

LA LÉGISLATION DE L'AVORTEMENT DANS LES PAYS DU COMMONWEALTH

par

REBECCA J. COOK

BERNARD M. DICKENS

Le présent rapport a été établi pour la cinquième réunion des Ministres de la Justice des pays du Commonwealth, qui a eu lieu à Winnipeg, Canada, du 22 au 26 août 1977, et pour la Cinquième Conférence médicale du Commonwealth, tenue à Wellington, Nouvelle-Zélande, du 15 au 25 novembre 1977. Conformément à une décision de cette conférence, le rapport a été mis à jour ultérieurement et contient les renseignements dont les auteurs ont eu connaissance jusqu'à la fin du mois d'avril 1978. Sa publication par l'OMS a été rendue possible grâce à une subvention reçue du Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population.

Ce rapport a été publié originalement dans le
Recueil international de Législation sanitaire, 1979, 30, 445-566.

Mlle Rebecca J. Cook est l'ancien chef du Programme de législation et de planification familiale, Fédération internationale pour la Planification familiale, Londres, Angleterre. Elle est maintenant Consultante auprès du Programme et poursuit des études au Centre de Droit de l'Université de Georgetown, Washington, DC, Etats-Unis. M. Bernard M. Dickens est Professeur chargé de la Recherche et Directeur du Programme de législation et de soins de santé, Faculté de Droit, Université de Toronto, Toronto, Canada.

Les opinions exprimées dans le présent rapport sont celles des auteurs et ne reflètent pas obligatoirement le point de vue de l'OMS.

ISBN 92 4 269303 0

© Organisation mondiale de la Santé 1979

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection prévue par les dispositions du Protocole N° 2 de la Convention universelle pour la Protection du Droit d'Auteur. Les institutions gouvernementales et les sociétés savantes ou professionnelles peuvent toutefois reproduire des données, des extraits ou des illustrations provenant de ces publications, sans en demander l'autorisation à l'Organisation mondiale de la Santé.

Pour toute reproduction ou traduction intégrale, une autorisation doit être demandée au Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse. L'Organisation mondiale de la Santé sera toujours très heureuse de recevoir des demandes à cet effet.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

IMPRIMÉ EN FRANCE

79/4467 - Granchamp - 1000

TABLE DES MATIÈRES

	Page
I. INTRODUCTION	5
II. INDICATIONS LÉGALES	6
A. Aperçu général	6
B. Common law	7
C. Législation de base	8
D. Législation élaborée	9
E. Législation progressiste	11
F. Problèmes particuliers	12
i. Le statut du fœtus	12
ii. « Illégalement »	13
iii. L'affaire <i>Bourne</i>	14
iv. Nécessité	16
v. Santé	17
vi. Médecins	18
vii. Bonne foi	18
viii. Décision du jury	20
ix. Peines	21
x. Compétence territoriale	22
xi. Commencement de la grossesse	23
G. Poursuites judiciaires	24
III. DISPOSITIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE	26
A. Les personnes autorisées à procéder aux avortements ..	27
B. Les établissements où les avortements peuvent être pratiqués	31
C. La durée de la grossesse	33
D. Les procédures d'approbation	34
E. Le coût de l'avortement	36
F. Dispositions supplémentaires	38
i. Conditions de nationalité et de résidence	38
ii. Les clauses de conscience	39
iii. Consentement	40
iv. Formalités de déclaration	41
IV. ÉVALUATIONS NATIONALES ET PROPOSITIONS EN VUE DE CHAN- GEMENTS	42
A. Aspects généraux	42
B. Rapport de la Commission sur la Loi britannique rela- tive à l'avortement (rapport Lane : Grande-Bretagne, 1974)	46
C. Rapport du Comité sur l'Application des Dispositions législatives sur l'Avortement (rapport Badgley : Canada, 1977)	49
D. Rapport de la Commission royale d'Enquête (rapport McMullin : Nouvelle-Zélande, 1977)	52
E. Rapport de la Commission royale sur les Relations humaines (rapport Evatt : Australie, 1977)	56
V. COMMENTAIRE	59
A. Généralités	59
B. Conditions de l'avortement	60
i. Santé	60
ii. Echec de la contraception	61
iii. Viol et inceste	62
iv. Les indications spécifiques en général	63

	Page
v. Domicile et avortement à l'étranger	63
vi. Critères biologiques	64
vii. Le commencement de la grossesse	64
C. Le contrôle du choix	65
i. Le droit de choisir	65
ii. Consentement des parents	66
iii. Consentement du conjoint ou du père	66
iv. Deuxième (et autres) avis médicaux	67
D. Pratique médicale	68
i. Bonne foi	68
ii. Clause de conscience	69
iii. Autorisation	69
iv. Délégation de pouvoirs	70
v. Honoraires	70
vi. Formalités de déclaration	70
vii. Grossesse de moins de trois mois	70
E. Législation	71
i. Le rôle de la législation	71
ii. Le rôle des sanctions	73
iii. La psychologie de la législation	74
iv. La dynamique de la réforme juridique : les droits des femmes	74
v. Effets de l'application des lois progressistes	76
vi. Evolution juridique	78
F. Conclusion	79
VI. TABLEAUX	81
Tableau I Indications légales	81
Tableau II Dispositions prises pour l'application (droit et pratique)	89
Tableau III Evaluations nationales et modifications propo- sées	95
VII. ANNEXES	101
Annexe I Division des juridictions à législation de base, élaborée ou progressiste	101
Annexe II Modèle de projet de loi sur l'interruption médicale de la grossesse, avec commen- taire	102
Annexe III Modèle de formule à remplir par les méde- cins lors d'une demande d'interruption de grossesse	105
VIII. BIBLIOGRAPHIE	112
Décisions judiciaires de pays du Commonwealth	112
Décisions judiciaires d'autres pays	112
Rapports officiels de pays du Commonwealth	112
Commentaire sur la législation de l'avortement dans les pays du Commonwealth	113
Afrique	113
Asie et Océanie	115
Europe	117
Hémisphère occidental	118
Ouvrages relatifs à la législation de l'avortement	119
Ouvrages relatifs à l'avortement	120
Ouvrages relatifs à l'avortement pendant l'adolescence	120
Références générales	121

I. INTRODUCTION

Les dispositions légales n'ont pas marché au même pas que les progrès de la médecine en matière de prévention des grossesses non désirées. En conséquence, la Quatrième Conférence médicale du Commonwealth (1974) a recommandé que le Secrétariat du Commonwealth recueille des renseignements concernant la législation sur l'interruption médicale de la grossesse (IMG). Pour mener son enquête, le Secrétariat du Commonwealth a envoyé un questionnaire aux 36 pays membres du Commonwealth ainsi qu'aux Etats associés et aux territoires dépendants, afin de connaître leur législation et leurs intentions en ce qui concerne l'IMG. L'objet de l'enquête était d'analyser l'état du droit, les évaluations qui en sont faites et les propositions qui sont avancées pour sa modification dans les pays du Commonwealth, les Etats associés et les territoires dépendants.

Les résultats de l'enquête ont été présentés à la réunion des Ministres de la Justice des pays du Commonwealth qui a eu lieu à Winnipeg, au Canada, en août 1977, et à la Conférence des Ministres de la Santé du Commonwealth qui s'est tenue à Wellington, en Nouvelle-Zélande, en novembre 1977. Cette dernière conférence a « félicité le Secrétariat d'avoir fourni aux gouvernements une information de base complète et a estimé que les renseignements devraient être tenus à jour de façon permanente ».

Les réponses au questionnaire indiquent que la plupart des 62 juridictions du Commonwealth étudiées ont hérité leur législation sur l'avortement de la Loi anglaise de 1861 sur les atteintes à la personne humaine [Offences against the Person Act] (applicable à l'Angleterre et à l'Irlande du Nord) et de la tradition anglaise de la common law. L'empreinte anglaise n'est pas la seule cependant, car des pays comme la Malaisie ont été influencés par le droit islamique tandis que le Lesotho et le Swaziland suivent la tradition juridique romano-hollandaise. Le Code pénal de Maurice est rédigé principalement en français (il existe cependant une traduction anglaise) et son interprétation continue d'être influencée par le Code pénal français. Un certain nombre de pays conservent aussi, bien entendu, leur droit coutumier indigène.

Etant donné ce patrimoine juridique commun, les pays du Commonwealth ont des lois qui vont de l'interdiction de l'avortement, sauf dans le cas où la vie de la femme est en danger, à l'avortement sur simple demande. Le tableau I indique les motifs qui justifient légalement l'IMG dans les différents pays et cite la législation correspondante. Le tableau II présente les dispositions relatives à la mise en œuvre des services d'IMG. Le tableau III fournit les informations les plus complètes dont on dispose actuellement sur les évaluations nationales ainsi que sur les propositions faites par les gouvernements ou des associations professionnelles en vue de l'application, de l'interprétation et/ou de la révision

de la loi, y compris les propositions de textes législatifs et d'éclaircissement administratif de la loi.

On espère qu'en indiquant ce qu'est la situation juridique dans les pays membres du Commonwealth, dans les Etats associés et dans les territoires dépendants, on aura progressé vers une meilleure utilisation de la législation sur l'avortement afin d'arriver à un recours acceptable à l'avortement en tant que moyen de prévention des grossesses non désirées.

II. INDICATIONS LÉGALES

A. Aperçu général

La législation sur l'avortement des pays du Commonwealth peut être classée par rapport à quatre étapes progressives. (Le tableau I indique de façon détaillée la situation de chaque pays.) Ces étapes sont les suivantes :

Common law : Tous les pays ont tendance à interpréter leur législation à la lumière du fond historique de common law.

Législation de base : La Loi anglaise de 1861 sur les atteintes à la personne humaine [Offences against the Person Act] (articles 58 et 59) est à l'origine des interdictions légales essentielles qui ont été adoptées et retenues dans tout le Commonwealth. La substance de ces articles était exprimée quelque peu différemment dans les projets de code pénal établis par Sir James Fitzjames Stephen en 1879 et 1880, qui ne furent jamais mis en application en Angleterre mais qui servirent à transmettre l'esprit de la législation anglaise sur l'avortement. L'essentiel de ce droit est contenu dans des lois portant spécifiquement sur l'avortement, dans la législation sur les atteintes à la personne humaine ou sur les atteintes à la moralité, ou dans des codes pénaux ou criminels complets.

Législation élaborée : Les articles 58 et 59 de la Loi de 1861 ont été interprétés dans des décisions judiciaires, notamment l'affaire *R.c. Bourne*, et en se référant par exemple à la Loi de 1929 sur la vie de l'enfant (préservation) [Infant Life (Preservation) Act], qui s'applique à l'Angleterre et au pays de Galles. Nombreux sont les pays qui ont développé la signification inhérente de la législation de base en ayant recours à de telles sources de droit, tandis que d'autres, tout en conservant l'expression de la législation de base, ont élaboré un ensemble de décisions administratives produisant le même effet (voir tableau I).

Législation progressiste : Un certain nombre de pays ont adopté une législation détaillée précisant les motifs légaux qui justifient l'interruption de grossesse. La Loi de 1967 sur l'avortement [Abortion Act] (applicable à l'Angleterre, au pays de Galles et à l'Ecosse) énumère les

motifs justifiant l'avortement ainsi que le type d'établissements dans lesquels cette intervention peut être pratiquée. Elle indique aussi la procédure à suivre pour l'autorisation médicale. De même, les amendements apportés en 1969 à l'article 251 du Code criminel canadien instituent des procédures d'approbation par des comités de l'avortement thérapeutique constitués de la manière voulue. A Singapour, la Loi de 1974 sur l'avortement établit un rapport entre la durée de la grossesse et le degré de spécialisation du médecin autorisé à procéder à cette intervention, mais limite la possibilité d'obtenir l'avortement sur simple demande aux 24 premières semaines de la grossesse. Un certain nombre de ces législations progressistes contiennent des « clauses de conscience » permettant au personnel médical de ne pas s'exposer à des poursuites au cas où il viendrait à refuser de participer à un avortement autorisé pour des raisons médicales.^a

La Loi anglaise de 1861 et son interprétation jurisprudentielle dans l'affaire *Bourne* ont fait autorité dans tout le Commonwealth. De même, les lois qui ont été plus loin que la Loi de 1861, par exemple en Grande-Bretagne la Loi de 1967 sur l'avortement, en Inde la Loi de 1971 sur l'interruption médicale de la grossesse, et à Singapour la Loi de 1974 sur l'avortement, sont considérées comme des modèles dans un certain nombre de juridictions du Commonwealth.

Cependant le rapport établi à la Barbade, en 1975, par la Commission nationale du Droit de l'Avortement a recommandé l'adoption de la position prise en 1973 par la Cour suprême des Etats-Unis dans les affaires *Roe c. Wade* et *Doe c. Bolton*, qui supprime toutes les interdictions légales pour les avortements effectués pendant les trois premiers mois de la grossesse.

B. Common law

En Angleterre, avant qu'une législation concernant l'avortement soit adoptée en 1803, l'interruption de grossesse était punie en tant que délit de common law. Il y avait délit lorsque l'avortement était provoqué par la femme enceinte sur elle-même ou par d'autres personnes sur elle, mais dans les deux cas seulement, semble-t-il, si la grossesse avait atteint le stade de la manifestation des premiers mouvements du fœtus [quickening]. On relève ici l'influence du droit canonique qui faisait, jusqu'en 1869, une distinction entre le fœtus qui n'avait pas encore bougé et celui qui avait commencé à se manifester. En conséquence, il peut sembler que dans les pays influencés par la common law l'avortement pratiqué avant la manifestation des premiers mouvements du fœtus (qui sont considérés normalement comme se produisant vers la 14^e

^a On trouvera une classification des juridictions ayant des lois de base, des lois élaborées ou des lois progressistes dans l'annexe I du présent rapport (voir p. 101). L'annexe II (voir p. 102) présente un modèle de loi contenant un certain nombre d'aspects novateurs de différentes législations. L'annexe III (voir p. 105) fournit un modèle de formule à remplir pour prouver la bonne foi du médecin qui entame une procédure d'interruption de grossesse.

semaine) ne sera pas illicite à moins qu'il ne viole d'autres lois, celles par exemple qui concernent l'exercice illégal de la médecine. Les délits selon la common law peuvent être justifiés en invoquant une diminution de la responsabilité, due par exemple à la nécessité (voir F. iv ci-dessous, p. 16).

C. Législation de base

L'article 58 de la Loi de 1861 citée plus haut énonce que :

Toute femme enceinte qui, en vue de se procurer son propre avortement, absorbera illégalement tout poison ou autre substance nocive, ou qui utilisera illégalement tout instrument ou tout moyen avec la même intention, et quiconque, avec l'intention de procurer l'avortement de toute femme, qu'elle soit enceinte ou non, lui donnera illégalement ou lui fera prendre tout poison ou autre substance nocive, ou utilisera illégalement un instrument ou tout autre moyen avec la même intention, sera coupable d'un crime [felony]...

L'article 59 énonce que :

Quiconque fournira ou procurera tout poison ou autre substance nocive, ou tout instrument ou objet, en sachant qu'ils sont destinés à être utilisés ou employés illégalement dans l'intention de procurer l'avortement d'une femme, qu'elle soit enceinte ou non, sera coupable d'un délit [misdemeanour]...

L'esprit de ces clauses répressives semble fournir la base de la législation du Commonwealth sur l'avortement. De nombreuses juridictions reproduisent dans leurs propres lois la terminologie de ces articles presque mot pour mot. Plusieurs d'entre elles, cependant, adoptent des variations qui ont une signification particulière, en exposant par exemple la femme à des poursuites si elle tente de se procurer l'avortement à elle-même, même si elle n'est pas enceinte. L'article 192 du Code criminel des Bermudes incorpore cette clause. D'autre part, l'article 303 du Code pénal de Sri Lanka rend une autre personne passible de sanctions dans le cas seulement où la femme est enceinte, et l'article 235 du Code pénal de Maurice ne rend une personne responsable que lorsque la femme est enceinte et que les mouvements actifs du fœtus sont perceptibles.

Malgré la teneur répressive de ces lois de base, il faut remarquer l'emploi répété du terme « illégalement » pour décrire le fait d'administrer, de fournir ou de procurer du poison et d'utiliser un instrument pour procurer l'avortement. L'implication que le fait d'administrer un poison ou d'utiliser un instrument peut être légal a été reconnue très tôt, en 1909, dans l'affaire *R. c. McCready*, au Canada, dans laquelle le juge Lamont, de la Cour suprême du Saskatchewan, a déclaré à propos de l'avortement d'une femme : « à partir des témoignages dont je dispose, je ne peux pas dire que l'intervention... n'était peut-être pas nécessaire pour sauver la vie de la femme, auquel cas l'avortement n'est pas illégal ». Une formulation positive de la législation indiquant que la néces-

sité de sauver la vie de la femme enceinte rend l'avortement légal situe la loi à un stade plus évolué.

D. Législation élaborée

L'admission la plus importante de la légalité de l'avortement dans le cadre de la législation de base a eu lieu en 1938, lors de la célèbre affaire *R. c. Bourne* qui a été depuis lors citée et approuvée par les cours d'appel du Commonwealth. Il ne semble pas que la décision ait jamais été désapprouvée dans un verdict. Ce cas montre que l'avortement peut être légal lorsqu'il s'agit de sauver non seulement la vie de la femme mais aussi sa santé et, en particulier, sa santé mentale. Le Dr Bourne a été acquitté après avoir procédé à une interruption de grossesse, pour la raison que la poursuite de la grossesse aurait eu pour conséquence de ruiner la santé mentale de la femme.

En exposant le sens de la Loi dans l'affaire *Bourne*, le juge Macnaghten s'est référé à la Loi de 1929 sur la vie de l'enfant (préservation) [Infant Life (Preservation) Act]. Tuer illégalement un fœtus *in utero* peut être un avortement criminel, et tuer illégalement une personne née peut être un homicide, mais pendant la naissance même l'enfant n'est ni un fœtus ni une personne née ; la Loi de 1929 comble ce vide juridique en créant le crime de « destruction d'enfant ». L'article 1(1) de cette loi énonce que sera considéré comme crime le fait de tuer un enfant pendant sa naissance,

mais personne ne sera déclaré coupable... à moins qu'il ne soit prouvé que l'acte ayant provoqué la mort de l'enfant n'a pas été commis de bonne foi dans le seul but de sauver la vie de la mère.

Dans l'affaire *Bourne*, il a été statué que cette condition explicite de 1929 avait toujours été implicite dans l'article 58 de la Loi de 1861, en déduisant que si la sauvegarde de la vie de la mère justifie le sacrifice de la vie de l'enfant au moment de la naissance, elle justifie également un tel sacrifice à des stades moins avancés de la grossesse. Le tribunal est allé même plus loin, en décidant que l'interruption précoce de la grossesse est légale lorsqu'il s'agit de sauvegarder non seulement la vie de la mère mais aussi « la qualité de sa vie ». La « qualité de la vie » est décrite comme étant la santé et comprend la santé physique et la santé mentale.

La formulation du droit dans un ensemble de lois et de décisions judiciaires ne pose pas de difficultés pour les juristes, mais il faut aussi que le droit soit intelligible pour les non-juristes. Pour être mieux compris par les médecins et d'autres encore, il doit être énoncé de préférence dans des textes adéquats, et une législation élaborée de l'avortement sera plus utile si elle est contenue dans un seul acte législatif. Peu de législations sur l'avortement des pays du Commonwealth présentent cette clarté.

Le Ghana développe la législation de base en adoptant d'autres lois : dans ce pays, la loi de base (exprimée dans les articles 58 et 59 du Code criminel) est sujette à l'article 67(2), qui énonce que :

Tout acte effectué, de bonne foi et sans négligence, aux fins du traitement médical ou chirurgical d'une femme enceinte est justifiable, même s'il entraîne ou est destiné à entraîner l'avortement, provoqué ou spontané, l'expulsion prématurée ou la mort de l'enfant.

En 1973, la Commission de la Réforme des Lois du Ghana estimait encore que la législation n'était pas suffisamment claire et proposait trois versions en vue d'une nouvelle rédaction.

L'article 122(2) du Code criminel de Belize est rédigé dans des termes identiques, avec inversion cependant des termes « avortement provoqué » et « avortement spontané ». Néanmoins, dans sa réponse au questionnaire envoyé par le Secrétariat du Commonwealth, Belize estime que sa législation n'autorise l'avortement qu'en cas de danger pour la vie de la mère.

Le Code pénal des Etats du Nord du Nigéria contient des dispositions semblables dans son article 232 aux termes duquel :

Quiconque provoquera volontairement l'avortement d'une femme enceinte sera puni si cet avortement n'a pas été provoqué de bonne foi, dans le but de sauver la vie de la femme...

Ces dispositions se rapprochent de la notion du « bon Samaritain » que l'on trouve dans de nombreux codes d'instruction criminelle du Commonwealth. On peut citer, comme étant représentatif, l'article 240 du Code pénal du Kenya, qui énonce que :

Une personne ne sera pas considérée comme responsable d'un acte criminel si elle a pratiqué de bonne foi, avec un soin et une dextérité raisonnables, une intervention chirurgicale sur toute personne pour son bien, ou sur un enfant qui n'est pas encore né en vue de sauver la vie de la mère, si l'intervention est raisonnable vu l'état de la patiente à ce moment donné, et toutes les circonstances de l'espèce.

Une telle disposition peut être considérée comme fournissant une justification de l'avortement fondée sur la nécessité qui est compatible avec la décision *Bourne*. Sa présence peut, par conséquent, transformer une législation de base sur l'avortement en législation élaborée.

Lorsque le niveau atteint est celui de la législation progressiste, où les motifs spécifiques autorisant l'avortement sont indiqués dans le détail, l'invocation défensive de la notion du « bon Samaritain » est exclue. La Cour suprême du Canada, dans *Morgentaler c. R.* (1975), a décidé que l'article 45 du Code criminel, qui est presque identique à l'article 240 du Code du Kenya, mais sans référence à l'enfant pas encore né, ne pouvait être invoqué dans une action intentée aux termes de la législation autorisant spécifiquement l'avortement qui est formulée dans l'article 251 du Code criminel. Le tribunal a été cependant d'avis que la notion de nécessité utilisée par la common law, en tant que moyen de défense, pouvait s'appliquer dans ce cas.

E. Législation progressiste

La législation élaborée interdit l'avortement en général mais reconnaît expressément la nécessité de sauvegarder la vie ou la santé de la femme. La législation progressiste énonce que l'avortement est légal lorsqu'il est demandé par la femme et lorsqu'il répond aux indications spécifiées par la loi. Les motifs justifiant un avortement ne sont pas les mêmes dans toutes les législations progressistes, car les différents pays du Commonwealth ont choisi leurs justifications parmi les indications ci-dessous (voir 1). En outre, les dispositions concernant la mise en œuvre, par exemple les conditions que doivent remplir les médecins et les établissements approuvés (voir 2 ci-dessous), viennent souvent s'ajouter aux indications relatives à la situation de la femme.

1. *Indications permettant l'interruption médicale de la grossesse*

- a) Danger pour la vie ou la santé physique ou mentale de la femme en cas de poursuite de la grossesse, signifiant un risque qui va au-delà du risque normalement associé à la grossesse (indication thérapeutique).
- b) Grossesse à la suite de viol ou d'inceste (indication juridique).
- c) Probabilité d'anomalie physique ou mentale de l'enfant (indication eugénique).
- d) Effet de la naissance sur la santé et le bien-être des enfants et de la famille existants de l'intéressée (indication sociale et socio-économique).
- e) Echec d'une méthode de contraception utilisée régulièrement.
- f) Sur simple demande.

2. *Dispositions concernant la mise en œuvre*

- a) Les qualifications médicales (et le cas échéant les qualifications spécialisées) de ceux qui sont habilités à pratiquer ou autoriser un avortement ou à donner un avis sur sa nécessité.
- b) Le statut des hôpitaux, centres de consultations et autres établissements où des avortements peuvent être pratiqués.
- c) Le stade d'avancement de la grossesse.
- d) Un avis médical concordant, par exemple l'opinion d'un second médecin ou d'un comité de l'avortement.

Aux termes de l'article 1(2) de la Loi britannique de 1967 sur l'avortement, 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 », mais cette expression d'une indication sociale (1(d) ci-dessus) est considérée ailleurs comme recouvrant des indications

socio-économiques ou socio-médicales. Une justification particulière apparaît dans l'article 169(A)(b) du Code criminel de Chypre qui autorise l'avortement à la suite d'un viol si la grossesse « met sérieusement en danger la position sociale de la femme enceinte ou celle de sa famille ».

D'autres dispositions peuvent aussi tenir compte spécifiquement de facteurs comme l'âge de la femme, sa nationalité, son domicile ou son état civil. D'autres encore peuvent dégager la responsabilité civile des personnes qui ont légalement certaines obligations à l'égard des patientes mais qui émettent une objection de conscience concernant leur participation à un avortement, sauf lorsqu'il y a danger de mort pour la femme ou d'atteintes graves à sa santé physique ou mentale. Certaines lois rendent passibles de peines ceux qui, par contrainte ou d'une autre manière, incitent une femme à se soumettre, contre son gré, à un avortement.

Il n'existe pas de dispositions posant comme condition préalable le consentement du mari ou du père biologique. Les établissements où sont pratiquées les interventions peuvent, cependant, ajouter aux conditions légales une condition de cette nature. Elle peut être imposée dans le cadre de la réglementation hospitalière ou d'une autre manière, comme l'indique le rapport établi au Canada, en 1977, par le Comité sur l'Application des Dispositions législatives sur l'Avortement (rapport Badgley). Lorsque la législation sur l'avortement n'exige pas explicitement le consentement des parents dans le cas d'une adolescente, les lois, règlements ou arrêtés municipaux applicables aux hôpitaux peuvent subordonner tout acte médical (ou les seules interventions chirurgicales) au consentement des parents s'il s'agit de mineures.

F. Problèmes particuliers

L'un des principes de l'interprétation juridique veut qu'une loi soit considérée dans son ensemble, dans l'intérêt du raisonnement logique et afin de dégager les intentions du législateur. De même, le fond juridique général dont une loi est issue et les effets de cette loi sur le droit général appellent une intégration de l'acte législatif dans son contexte plutôt que la séparation de ses différents composants.

Il convient donc de voir dans l'examen de problèmes particuliers que posent les législations du Commonwealth sur l'avortement la recherche d'une compréhension équilibrée de leur signification et non la mise en relief exagérée d'un seul aspect quel qu'il soit.

i. *Le statut du fœtus*

La Loi de 1861 a été adoptée six ans avant que Joseph Lister publie ses découvertes sur l'importance de l'asepsie dans les opérations chirurgicales, à une époque où l'avortement présentait tant de risques qu'il constituait un délit contre la personne, même s'il était provoqué par la

femme elle-même. La common law interdisait la mutilation aux termes de dispositions qui faisaient que le consentement de la victime ne constituait pas un moyen de défense, parce que l'intérêt public interdisait la mutilation invalidante, y compris l'automutilation. Les lois concernant la moralité, comme celles qui portaient sur les rapports sexuels, ne considéraient pas non plus la collaboration du partenaire comme un moyen de défense et en faisaient même souvent un délit. La législation sur l'avortement s'insérait parfaitement dans ce cadre.

Son inspiration postféodale lui venait cependant du droit canonique et mettait l'accent sur l'âme de l'enfant à naître et sur la nécessité spirituelle de naître vivant afin de recevoir le sacrement du baptême et de ne pas subir les conséquences éternelles de la mort sans baptême. Cette inspiration demeure digne du plus grand respect et, si le fœtus est vivant au terme d'une interruption provoquée de la grossesse, tous les efforts doivent être tentés pour lui permettre de survivre, sans tenir compte du fait que la femme enceinte ne comptait ni ne voulait être mère. Les droits de l'enfant passent avant ses préférences.

Aux premiers stades de la grossesse, toutefois, les intérêts de l'enfant à naître n'ont pas autant d'importance. La common law ne reconnaît les droits juridiques d'une personne qu'au moment de sa naissance. La transmission des biens peut tenir compte de l'enfant conçu mais non encore né, mais c'est dans le but de déterminer les intérêts présents et futurs des personnes existantes plutôt que pour reconnaître le droit à la naissance de l'enfant non encore né. Le droit n'a jamais été un moyen de protéger les intérêts spirituels, comme le confirme son recours fréquent, jusqu'à notre siècle, à la peine de mort. Il est évident que le coupable et l'innocent ont un statut juridique différent. Toutefois, l'intérêt spirituel n'est pas nécessairement pertinent, étant donné que l'enfant à naître, encore taché par le péché originel, n'est pas « innocent ». La différence entre les intérêts juridiques et les intérêts spirituels ressort encore du fait que la Loi de 1861 s'applique à tous les stades de la grossesse alors que le droit canonique n'a protégé qu'après 1869 le fœtus qui n'a pas encore donné de signes de vie. Le Code pénal de Maurice, en fait, continue à ne rendre passibles de peines que les interventions pratiquées sur ou par la femme enceinte dont « l'enfant manifeste des mouvements spontanés » (article 235). La loi ne peut pas être facilement utilisée pour servir les intérêts spirituels, et le statut du fœtus n'est, par conséquent, pas traité dans les lois sur l'avortement des juridictions du Commonwealth.

ii. « *Illégalement* »

Le mot « illégalement » se retrouve partout dans les législations interdisant de rechercher, de pratiquer ou de faciliter l'avortement. Les tribunaux du Commonwealth ont émis régulièrement l'opinion (voir iii ci-après) que le mot n'est pas superflu ni dénué de sens mais qu'il reconnaît la possibilité d'un avortement légal. En conséquence, les affirmations de certaines autorités (dans les juridictions appliquant la législation

de base), selon lesquelles l'avortement est toujours illégal, semblent mal représenter la situation. Cette admission pousse à demander quand l'avortement peut être légal, et la réponse, sauf dans les pays dont la législation est progressiste, réside dans la notion de nécessité. Certains pays à législation élaborée de l'avortement ont renforcé le concept de nécessité avec les dispositions dites du « bon Samaritain » qui, à différents degrés, s'appliquent à l'avortement provoqué par des moyens chirurgicaux. Il est démontré cependant que l'avortement présente moins de risques lorsqu'il est pratiqué avant qu'une intervention chirurgicale soit nécessaire, et il serait peut-être plus indiqué de préférer un concept de nécessité allant au-delà de la notion du « bon Samaritain », comme dans l'affaire *Bourne*.

iii. *L'affaire Bourne*

Dans le sens strict du terme, le jugement de l'affaire *Bourne* n'a pas une autorité irréfutable (et cela a été invoqué), du fait qu'il a été rendu dans un procès de première instance (c'est-à-dire que le cas n'a pas été examiné dans la subtile atmosphère d'une cour d'appel), et que la décision a été rendue par un jury qui n'avait pas à en donner les raisons. La force d'un jugement ne dépend pas seulement du tribunal dont il émane mais vient aussi de la façon dont les jugements suivants et la doctrine en tiennent compte. Une affaire qui n'est pas considérée techniquement comme un précédent obligatoire, parce que la décision a été rendue dans une autre juridiction du même niveau, peut guider ou convaincre si elle fait autorité.

Le langage utilisé par le juge Macnaghten, dans son exposé à l'intention du jury, a reçu l'approbation générale. Il occupe une place de choix dans les écrits juridiques concernant non seulement l'avortement mais aussi le concept juridique général de la nécessité et son utilisation en tant que moyen de défense. Mettre en doute l'autorité de la décision *Bourne* n'est pas seulement manifester une opinion différente sur l'opportunité juridique de l'avortement mais aussi mettre en question le fondement de la common law moderne, qui est l'admission du concept de nécessité. L'importance de la décision *Bourne* est confirmée dans la Loi britannique de 1967 sur l'avortement, dont l'article 1(4) incorpore et exprime son esprit en énonçant qu'un médecin immatriculé n'est pas lié par les conditions techniques que fixe cette loi pour que l'avortement ne constitue pas une infraction à la loi lorsqu'il :

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.

Cette décision jurisprudentielle, qui s'est vu accorder une place importante dans le droit anglais, a été citée à maintes reprises par les tribunaux d'autres pays du Commonwealth et a reçu leur approbation. Voici quelques exemples :

- a) La plus haute juridiction canadienne, la Cour suprême fédérale, tout en rejetant la défense dite du « bon Samaritain » dans l'affaire *Morgentaler*, a approuvé la défense fondée sur la nécessité telle qu'elle était exprimée dans la décision *Bourne*. En se fondant exclusivement sur ce moyen de défense, l'accusé a pu être acquitté du deuxième chef d'accusation d'avortement illégal (acquittement maintenu en appel) et après un nouveau procès du chef d'accusation original.
- b) La Cour d'appel de l'Afrique occidentale, dans *R. c. Edgal* (1938), statuant en appel sur une affaire soumise par le Nigéria méridional, a cité la décision *Bourne* en confirmant la légalité de l'avortement lorsqu'il s'impose pour sauver la vie de la femme.
- c) En Australie, la Cour suprême du Victoria, dans *R. c. Davidson* (1969), a adopté le raisonnement de la décision *Bourne*, en se déclarant en faveur de l'acquittement pour quatre chefs d'accusation d'avortement illégal.
- d) Dans le Queensland, en Australie, l'interprétation de la loi de base sur l'avortement donnée dans la décision *Bourne* a été acceptée dans *R. c. Ross and McCarthy* (1955).
- e) La Cour suprême de Nouvelle-Zélande, dans *R. c. Anderson* (1951), a accepté comme précédent de jurisprudence la décision *Bourne*. En outre, dans *R. c. Woolnough* (1976), la Cour d'appel de Nouvelle-Zélande a adopté le principe *Bourne* en ce qui concerne la sauvegarde de la santé physique et mentale de la femme, étant donné que l'article 182(2) de la Loi de 1961 sur les délits criminels ne permettait l'avortement qu'en vue de sauver la vie de la femme.
- f) Dans l'affaire *The people c. Gulshan, Smith and Finlayson* (1971), jugée par un tribunal zambien, il a été reconnu que la règle de droit énoncée dans l'affaire *Bourne* s'appliquait à l'interprétation du Code pénal zambien.
- g) Les articles 165 et 167 du Code pénal de Fidji suivent de près la terminologie prohibitive de la législation de base, mais, dans *R. c. Emberson and Emberson* (1976), la Cour suprême de Fidji a décidé que : « Un médecin qualifié est pleinement autorisé à pratiquer ce qu'on a appelé dans ce procès un avortement thérapeutique, c'est-à-dire l'interruption de la grossesse qui, à son avis, implique un risque d'atteinte à la santé physique ou mentale de la patiente ». C'est ainsi que la décision *Bourne* a fait évoluer la législation de base.

En plus des décisions et des lois adoptant le principe *Bourne*, certaines réponses au questionnaire envoyé par le Secrétariat du Commonwealth contiennent des références au jugement *Bourne* et à l'adoption de son esprit, celles par exemple du Ghana, du Kenya et de la Sierra Leone, en Afrique, de la Barbade, des Bermudes, des îles Vierges britanniques, de la Guyane et de Trinité-et-Tobago, dans la région des Caraïbes, et de la Malaisie.

iv. *Nécessité*

La décision *Bourne* introduit dans une législation de base sur l'avortement prohibitive la notion de légalité d'un avortement imposé par la nécessité de sauver la vie de la femme enceinte ou de sauvegarder sa santé physique ou mentale. Si la personne accusée d'avortement illégal apporte les preuves de cette nécessité, la décision d'acquiescement prise par un jury ne pourra pas être annulée par une cour d'appel (voir *R. c. Morgentaler* (1976), Cour d'appel de Québec).

Le concept de nécessité va au cœur de la question de l'avortement, étant donné que le risque d'atteinte à la vie ou à la santé de la femme enceinte provient du fœtus qu'elle porte. Ce concept, par conséquent, face aux intérêts concurrents de la femme et du fœtus, accorde la priorité à la femme. Un certain nombre de législations du Commonwealth consacrent expressément la priorité de la vie de la femme sur la vie potentiellement indépendante du fœtus, en permettant spécifiquement des interventions visant à sauver la vie pendant la grossesse. En cela, elles adoptent le principe de la condition que contient l'article 1(1) de la Loi de 1929 sur la vie de l'enfant (préservation) [Infant Life (Preservation) Act].

Sacrifier le fœtus pour sauvegarder la santé de la femme peut sembler plus difficile à accepter, cependant, lorsque le risque d'atteinte à la santé, tout en étant supérieur à celui de la gestation et de l'accouchement, est transitoire. De fait, alors que dans la décision *Bourne* le juge Macnaghten a approuvé le but déclaré « de sauver la vie encore plus précieuse de la mère » dans le All England Report de 1938, il n'a pas gardé cette référence dans le rapport officiel de 1939 sur les décisions du King's Bench, ce qui indique qu'elle n'était pas indispensable. Néanmoins, étant donné que son exposé à l'intention du jury était influencé par les preuves apportées démontrant que la femme risquait de « perdre sa santé mentale », il semble clair qu'un risque grave, non seulement pour la vie mais aussi pour la santé physique et mentale à long terme, constitue une nécessité qui rend l'avortement légal.

Sacrifier le fœtus sur la base d'indications juridiques ou sociales peut sembler répréhensible, même à ceux dont la philosophie personnelle n'est pas fondée sur une doctrine religieuse. Les indications eugéniques de l'avortement, en outre, qui se rapportent à la probabilité d'anomalies susceptibles de handicaper gravement l'enfant à naître, peuvent ne pas justifier l'avortement dans le cadre du concept de nécessité qui vise essentiellement à sauver la vie de la mère. La nécessité de sauvegarder la santé peut cependant être invoquée si les inquiétudes de la femme concernant les circonstances sociales et autres de sa grossesse ou, par exemple, le fait qu'elle est au courant d'anomalies congénitales du fœtus risquent de mettre en danger sa santé physique ou mentale. Les justifications de l'avortement qui se fondent sur des motifs purement juridiques, sociaux ou eugéniques, sont exprimées dans les lois progressistes, car elles ne sont pas contenues dans le concept de nécessité qui permet d'interpréter dans un sens plus large la législation de base.

Etant donné que la nécessité justifie l'avortement, il convient de se demander si elle rend l'avortement obligatoire, c'est-à-dire si un médecin, se trouvant devant une telle nécessité, peut refuser de pratiquer l'avortement en raison de ses convictions, religieuses ou autres. Il est évident qu'en ne prenant pas les mesures appropriées pour sauver sa patiente, il s'expose à des poursuites judiciaires pour négligence ou rupture de contrat, par exemple, et peut-être même pour négligence criminelle, surtout si la non-intervention a entraîné la mort de la femme.

Il faut remarquer que les « clauses de conscience » contenues dans les législations progressistes dégagent la responsabilité du personnel médical, mais seulement lorsque la nécessité qui peut justifier un avortement n'est pas telle qu'il y a risque pour la vie ou risque d'atteinte grave permanente à la santé physique ou mentale. Ainsi la notion de nécessité peut ne pas être limitée à ces circonstances, ce qui soulève la question de la définition de la « santé », dont la sauvegarde crée la nécessité de l'avortement légal.

v. *Santé*

Les références à la « santé » sont nombreuses dans les législations et la jurisprudence concernant l'avortement, mais elles s'accompagnent rarement d'une définition. La plupart des pays du Commonwealth souscrivent à la définition de l'OMS, selon laquelle « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

En l'absence de toute autre définition, certains médecins, dans plusieurs provinces canadiennes, ont appliqué la législation sur l'avortement dans ce sens, tandis que d'autres rejettent cette définition et s'en tiennent à une acception plus restrictive tirée du dictionnaire ou de leur expérience personnelle. Il existe peu de conditions ou de causes empêchant un « état complet de bien-être physique, mental et social » qui ne seraient pas comprises dans la définition de la santé que l'OMS a donnée. Il est clair, par exemple, que la grossesse qui résulte d'un viol, d'un adultère ou de rapports non consacrés par le mariage peut altérer sérieusement la santé physique et/ou mentale de la femme, et que ces facteurs entrent dans le cadre d'une définition étroite de la santé.

Il peut être difficile de s'opposer par la voie législative à un élargissement du concept de santé, car les médecins consciencieux peuvent, dans l'intérêt de leurs patientes, appliquer une définition étroite d'une façon libérale, reconnaissant les effets des conditions sociales sur la santé générale. Une rédaction législative qui interdit ou limite l'indication de santé peut rester exposée à l'élaboration jurisprudentielle de la décision *Bourne* et, de toute manière, peut sembler porter atteinte au droit des femmes à une bonne santé. La seule façon de limiter efficacement le concept de santé consiste peut-être à tenter de fournir d'autres indications dans le cadre d'une législation sur l'avortement progressiste. Il faut remarquer, cependant, qu'on demande aux médecins d'apprécier « en toute bonne foi » les indications qui peuvent justifier l'avortement

et que le fait qu'une même situation puisse donner lieu à des appréciations différentes ne diminue pas le caractère consciencieux ni par conséquent la valeur légale d'une interprétation libérale.

vi. *Médecins*

La possibilité d'invoquer, afin de se justifier, la nécessité d'agir pour sauver la vie ou préserver la santé n'est pas l'apanage des médecins immatriculés. Les lois dites du « bon Samaritain » mentionnent généralement « une (ou toute) personne ». Ces lois s'appliquent aussi, bien entendu, à « toutes les circonstances de l'espèce » et, lorsqu'un personnel médical qualifié est disponible et prêt à pratiquer un avortement légal, l'initiative prise par un profane (quelles que soient ses qualifications et son expérience) peut être difficile à justifier. Par contre, si les médecins ne sont pas disponibles ou si, craignant peut-être l'obscurité des textes législatifs, ils refusent d'agir, une intervention pratiquée par un personnel de santé formé, lorsqu'il y a risque pour la vie ou pour la santé physique ou mentale de la femme, peut être justifiée. Une infirmière, une sage-femme ou tout autre personnel de santé convenablement formé ou expérimenté peut avoir plus de raisons d'intervenir qu'une personne n'ayant absolument aucune qualification. Cependant, l'absence de diplôme en soi ne rend pas la tentative d'avortement illégale, à condition qu'il puisse être démontré que le niveau de compétence et de soins était raisonnable vu les circonstances. La simplification des méthodes d'avortement pour les grossesses peu avancées, par exemple les techniques de succion ou la méthode (promise) du suppositoire, réduira la nécessité de recourir aux médecins pour l'intervention même, mais non pour la surveillance. De même, la nécessité peut servir de justification lorsqu'une femme tente de se procurer ou se procure un avortement sur elle-même ou, du moins, a recours à des médicaments et autres méthodes non chirurgicales.

Les lois qui ne donnent l'autorisation de procéder à une interruption de grossesse qu'à des médecins qualifiés ont peu d'effet, cependant, lorsque dans un pays ou une des régions du pays le nombre des médecins est notoirement insuffisant ou lorsque les praticiens existants, ou bien ne veulent pas pratiquer eux-mêmes cette intervention, ou bien ne veulent pas laisser à d'autres le soin de l'effectuer. Ces lois peuvent même nuire aux soins de santé si les formalités de consentement demandent plus de médecins qualifiés qu'on ne peut en rassembler dans les moindres délais et aux moindres frais.

vii. *Bonne foi*

Demander à un médecin de faire preuve de bonne foi, lorsqu'il évalue médicalement s'il est nécessaire de procéder à un avortement ou si une femme remplit toutes les conditions nécessaires, implique l'obligation de se fonder sur des critères professionnels appropriés en matière de soins de santé, et l'absence de motifs cachés [ulterior motives] ou non

professionnels. Par exemple, le souci primordial de recevoir des honoraires peut constituer un motif « caché » en ce sens (voir l'affaire *Ember-son* (Fidji, 1976)), tout comme d'ailleurs l'application d'une doctrine, sociale ou autre.

Lorsque le droit en matière d'avortement en est au stade élaboré, l'évaluation des dangers pour la vie ou pour la santé physique ou mentale doit porter sur des raisons médicales (y compris des raisons psychologiques ou psychiatriques). Si la source du risque d'atteinte à la santé est l'origine, par exemple, adultérine ou incestueuse de la grossesse, il faut que cette situation constitue une indication médicale autorisée pour que l'interruption de grossesse soit légale. De même, s'il est prouvé médicalement qu'une situation financière, sociale ou autre met en danger la vie ou la santé, l'avortement peut être autorisé ; mais la décision doit se fonder sur des risques réels pour la vie et la santé, et non pas sur des facteurs économiques ou sociaux en tant que tels.

Le principe fondamental est que l'opinion d'un médecin qui ne repose pas sur ses qualifications spéciales et son jugement éclairé n'est pas une opinion médicale. En recommandant ou en pratiquant un avortement parce qu'il estime que toute femme qui demande un avortement a le droit de l'obtenir, un médecin n'exercerait pas un jugement médical ou ne procéderait pas, en toute bonne foi, à une évaluation médicale. Dans les pays dotés de législations progressistes, cependant, des justifications non médicales peuvent être autorisées et, dans ce cas, des informations extra-médicales peuvent avoir leur importance.

Lorsque, par exemple, un médecin se propose de tenir compte des « conditions du milieu dans lequel la femme vit au moment considéré ou peut être appelée à vivre de manière prévisible » (aux termes, par exemple, de l'article 1(2) de la Loi britannique de 1967 sur l'avortement), il peut avoir à l'esprit la possibilité du naufrage de son mariage. Etant donné que ses connaissances médicales ne lui permettraient pas de mieux appréhender la situation, il peut être plus approprié d'avoir recours à l'évaluation d'une assistante sociale ou d'une conseillère conjugale pour déterminer les indications sociales. De même, aux termes de l'article 169(A)(b) du Code criminel de Chypre, par exemple, l'interruption médicale de la grossesse est légale :

lorsque l'autorité de police compétente atteste, avec si possible un certificat médical à l'appui, que la grossesse résulte d'un viol ou de circonstances telles que, si la grossesse n'était pas interrompue, elle mettrait sérieusement en danger la position sociale de la femme enceinte ou celle de sa famille...

Etant donné qu'une interruption de grossesse peut être pratiquée, en invoquant la nécessité, par une personne autre qu'un médecin qualifié, il est possible également que la bonne foi d'un auxiliaire médical fasse l'objet d'un examen. La bonne foi peut être prouvée, par exemple, en montrant qu'aucun médecin qualifié n'était disponible, ou en invoquant l'absence d'esprit de lucre, ou le niveau satisfaisant des qualifications mises en œuvre, arguments liés peut-être aussi au stade de la grossesse et au danger pour la vie ou pour la santé. Apporter la preuve de la bonne

foi est critique dans tout procès, étant donné que l'avortement est considéré comme un délit criminel pour lequel il est nécessaire d'avoir la preuve « sans aucun doute raisonnable » que l'accusé est coupable ou avait des intentions malhonnêtes. Comme le juge l'a déclaré dans son exposé au jury dans l'affaire anglaise *R. c. Bergmann and Ferguson* (1948) :

Vous n'avez pas à décider si le Dr Ferguson est parvenu à la bonne conclusion... Il vous faudra déterminer si le médecin a donné un avis insincère, n'a pas agi de bonne foi et, par conséquent, conseillait un acte qui n'était pas légal.

Une preuve de bonne foi peut être le fait qu'une seconde opinion médicale indépendante a été demandée alors même que, légalement, cela n'était pas nécessaire, ou qu'il y a eu examen approprié des antécédents médicaux de la femme.

Il est possible aussi de prouver la bonne foi en montrant que le médecin avait l'intention de procéder à une intervention licite qui ne visait pas à interrompre la grossesse. Lorsque, par exemple, la vie ou la santé sont mises en danger par une grossesse ectopique, l'intervention chirurgicale en vue de sauver la mère provoque l'élimination du produit de la conception mais ne requiert pas une approbation préalable aux termes de la législation sur l'avortement. De même, la Commission Lane, faisant rapport sur la Loi britannique de 1967 sur l'avortement, a reconnu que des techniques de régulation cataméniale pouvaient provoquer un avortement licite qui se situait hors du cadre de la législation sur l'avortement en vigueur. L'aspiration endométriale peut aussi être légalement pratiquée avant que la grossesse puisse être établie sans exposer à l'accusation d'avortement illégal, à condition que le praticien qui a recours à une telle méthode ait agi en toute bonne foi, dans un but thérapeutique, par exemple afin de faire le diagnostic de la dysménorrhée.

viii. *Décision du jury*

La question de la bonne foi, qui déterminera s'il y a eu ou non acte criminel, est jugée, dans la plupart des pays du Commonwealth, par un jury. En 1974, dans l'affaire *R. c. Smith (John)*, la Cour d'appel anglaise a déclaré : « La question de la bonne foi est, au premier chef, l'affaire du jury, qui se fondera sur l'ensemble des témoignages. » Déterminer, par exemple, s'il y a eu « nécessité » d'agir médicalement parlant, ou conviction sincère de la nécessité médicale d'agir, sont des questions de fait qui doivent être résolues par les jurés. Les convictions personnelles à propos de l'opportunité d'un avortement ont parfois été en conflit avec les convictions portant sur le caractère sacré du jugement par jury, étant donné que les jurés du Commonwealth des temps modernes ont tendance à favoriser les accusés médecins. Ils ont de la sorte fait preuve de tolérance à l'égard des lois sur l'avortement libérales, ou d'intolérance à l'égard de textes restrictifs comme les législations de base. Lorsque les médecins ont mis en doute le sens de la loi, soit en provoquant une confrontation, soit en ouvrant des cliniques où sont

effectuées des interruptions de grossesse, et ont été poursuivis, les jurys les ont acquittés. En plus de l'affaire *Bourne*, les jurys ont acquitté des médecins (souvent de plusieurs chefs d'accusation) dans les affaires *Bergmann and Ferguson* (1948), *Morgentaler* (1973, 1975, 1976), *Davidson* (1969), *Woolnough* (1975) et *Wald* (1971). Cela pose un problème pour l'accusation, que les poursuites aient été engagées de façon courante ou pour défendre un point de vue particulier. Mais cela peut également permettre au législateur, lorsqu'un jury est vraiment représentatif, de mieux connaître l'état de l'opinion publique.

ix. *Peines*

L'étude des législations positives du Commonwealth sur l'avortement a permis de constater une grande uniformité dans les textes qui reflètent leur origine commune, à savoir la Loi anglaise de 1861 et les codifications ultérieures du droit pénal, qui n'ont pas été appliquées dans le Royaume-Uni mais que d'autres pays du Commonwealth ont conservées ou mises en pratique. Toutefois, les sanctions pour avortement illégal varient à l'extrême. Le Code criminel canadien énonce que toute personne reconnue coupable d'un délit aux termes de son article 251(1) est « passible de l'emprisonnement à perpétuité ». Une telle formule laisse, bien entendu, au juge une certaine liberté discrétionnaire, et des peines brèves ou non privatives de liberté peuvent être imposées. La peine de prison maximum à Fidji est de 14 ans, et les Emberson (cas cité ci-dessus, p. 19) se sont vu infliger une simple amende. Par contre, le Code criminel des Bermudes, dans son article 192, impose une peine maximum de trois ans d'emprisonnement, sanction imposée non seulement au tiers qui procure l'avortement, mais aussi à la femme qui provoque elle-même son avortement. Alors que l'article 251(1) du Code criminel canadien prévoit, comme on l'a dit, une peine d'emprisonnement à perpétuité pour quiconque procure l'avortement d'une autre personne, l'article 251(2) prévoit une peine maximale d'emprisonnement de deux ans seulement pour la femme qui, illégalement, provoque elle-même son avortement.

Les lois sur l'avortement abondent en sanctions imposées aux femmes, aux avorteurs et à ceux qui fournissent des moyens d'avorter, mais ne mentionnent pas les pères biologiques, qui sont souvent les instigateurs de l'avortement. On pourrait, certes, avoir recours dans leur cas aux dispositions concernant les conspirateurs et leurs complices, mais ces clauses s'appliquent également à toutes les autres parties, étant donné qu'elles sont associées elles aussi au délit des autres. A Singapour, la Loi de 1974 sur l'avortement énonce, dans son article 5, que toute personne qui, par contrainte ou intimidation, oblige ou incite une femme enceinte à se soumettre, contre son gré, à une intervention d'interruption de la grossesse est passible d'une peine d'emprisonnement et/ou d'une amende. Cette peine pourrait être encourue non seulement par le père qui cherche à éviter la charge de l'entretien de l'enfant mais aussi par

l'ascendant direct qui veut protéger la réputation de la famille. Il n'y a délit, cependant, que lorsque la femme est contrainte de subir l'avortement.

Une étude des textes législatifs du Commonwealth révèle non seulement des inconsistances en ce qui concerne les peines mais aussi des différences fondamentales dans la conception de la gravité des délits dans le cas où la femme a mis fin elle-même à sa grossesse, comme dans le cas où un tiers a procuré l'interruption de grossesse. On est enfermé dans un dilemme : si la peine encourue est trop sévère, les jurys procéderont à l'acquiescement par crainte d'une sanction excessive, et les juges demanderont des preuves formelles ; si la peine est trop faible, les raisons qui ont présidé à l'adoption de lois rendant l'avortement illégal disparaissent, et le délit ne devient qu'une infraction technique ou administrative. Ce dernier point est maintenant souligné par la prise de conscience de plus en plus grande des limitations territoriales des lois pénales, une femme ayant la possibilité de quitter une juridiction particulière afin d'obtenir un avortement ailleurs pour des motifs qui ne sont pas autorisés dans le pays où elle réside.

x. *Compétence territoriale*

Historiquement, la compétence de la common law est strictement territoriale, reflétant ses origines féodales. (La common law se distingue ainsi du droit civil, qui, depuis la Révolution française, a accepté la nationalité individuelle comme étant le lien juridictionnel lors des affaires criminelles.) En conséquence, une femme qui réside dans un pays du Commonwealth où la législation est prohibitive ne commet aucun délit en obtenant légalement une interruption de grossesse dans un pays où les lois sont plus libérales, pour une indication qui n'est pas autorisée dans le pays où elle réside. Cela est confirmé dans la réponse au questionnaire du Secrétariat du Commonwealth qu'ont envoyée les Bermudes (législation de base) et qui indique que certaines femmes se rendent dans des cliniques de New York pour obtenir un avortement dans les cas où cette intervention est interdite par le Code criminel des Bermudes.

Le même argument ressort du rapport Badgley : une sur six des Canadiennes qui se faisaient avorter (soit environ 10 000 par an) était allée dans un hôpital ou autre établissement des Etats-Unis pour cette intervention. En outre, de nombreuses femmes dont la demande d'avortement thérapeutique avait été refusée au Canada par les comités compétents se rendaient aux Etats-Unis pour des avortements légaux (souvent du 4^e au 6^e mois). Les systèmes d'assurance sociale des provinces canadiennes remboursent en partie le coût d'un certain nombre de ces interventions qui, pourtant, seraient peut-être bien illégales si elles étaient pratiquées au Canada.

Il est possible que les hôpitaux ou centres de consultations des Etats-Unis, en particulier s'il s'agit d'établissements privés exploités à titre lucratif, cherchent à attirer la clientèle. Il se peut d'autre part que les établissements publics ne veuillent pas recevoir un trop grand nombre

dé femmes domiciliées dans leur région ou venant d'autres régions ; ils fournissent alors des services complets de planification familiale et de contrôle de la fécondité, mais imposent des conditions de résidence pour tout avortement. A Singapour, la Loi de 1974 contient des dispositions à cet effet : l'article 3(3) réserve cette intervention aux femmes citoyennes de Singapour ou conjointes d'un citoyen de Singapour et aux femmes qui ont résidé à Singapour pendant au moins quatre mois immédiatement avant la date de l'intervention. Ces dispositions ne sont pas applicables lorsque l'intervention s'impose pour sauvegarder la vie de la femme enceinte.

La possibilité de passer outre aux lois locales prohibitives en se rendant ailleurs introduit sans conteste une discrimination entre les femmes qui peuvent envisager le voyage à l'étranger parce qu'elles ont des ressources financières et la possibilité de se dégager des soins du ménage et les femmes dont la situation n'est pas la même. Seules les premières seront à même d'obtenir une intervention médicale légale (et par conséquent plus sûre dans la plupart des cas).

xi. *Commencement de la grossesse*

Les législations du Commonwealth sur l'avortement parlent d'avortement provoqué ou spontané et d'interruption de grossesse, mais deux textes seulement abordent la question du commencement de la grossesse. La Loi de Singapour de 1974, dans son article 4(2), donne le moyen d'évaluer la durée de la grossesse ; celle-ci est calculée : « à compter du premier jour des dernières menstrues normales de la femme enceinte... » (la durée de la grossesse peut être également déterminée par examen clinique). Ce critère légal, cependant, est nettement distinct des questions éthiques et biologiques relatives au commencement de la grossesse.

En Nouvelle-Zélande, selon la modification apportée en 1977 à la Loi de 1961 sur les délits criminels, un critère biologique est applicable pour les besoins de la loi sur l'avortement, l'article 182 A énonçant que le terme « avortement » [miscarriage] signifie : « a) la destruction ou la mort d'un embryon ou d'un fœtus après la nidation ; ou b) l'expulsion prématurée ou l'enlèvement d'un embryon ou d'un fœtus après la nidation pratiqués pour d'autres raisons que pour provoquer la naissance d'un fœtus que l'on croit viable ou pour enlever un fœtus qui est mort ». Il s'ensuit qu'aux termes de la loi modifiée, enlever un ovule fécondé avant sa nidation dans l'utérus ne serait pas « procurer un avortement », bien que, théoriquement, il puisse y avoir poursuites ou condamnation pour tentative ou participation à une tentative tendant à procurer un avortement.

Les lois fondées sur l'article 59 de la Loi anglaise de 1861 interdisent la fourniture de moyens permettant de procurer un avortement bien que les mêmes systèmes juridiques autorisent généralement aide et information en matière de contraception. Ces législations ne font généralement pas de distinction, sur la base de critères médicaux, entre la prévention de la conception et l'interruption de grossesse.

Cet argument a été récemment mis en relief par la mise au point de contraceptifs administrés après les rapports sexuels (« pilule du lendemain ») et l'adoption de méthodes simples de nettoyage de l'utérus et de rétablissement du cycle menstruel faisant appel à des techniques d'aspiration par dépression. Des médecins pensent maintenant que certains contraceptifs ont peut-être bien un effet abortif en empêchant la nidation de l'ovule fécondé dans la muqueuse utérine. Ainsi, une méthode utilisée légalement au titre de la contraception peut être considérée par d'autres comme un avortement du moment qu'elle empêche la nidation et par conséquent la croissance de l'ovule fécondé.

La pratique de la régulation cataméniale et l'utilisation de contraceptifs pris ou exerçant une action après les rapports sexuels s'étendront probablement, et on risque ainsi de voir surgir certaines dissensions entre l'application sans danger des progrès de la médecine et les dispositions et l'application de la loi. L'intérêt public semblerait demander que le conflit entre contraception autorisée et législation sur l'avortement soit définitivement tranché.

G. Poursuites judiciaires

Les tribunaux ont un rôle important à jouer lorsqu'il s'agit de clarifier et de définir le droit mais ils n'ont pas le pouvoir d'intenter un procès. Les tribunaux agissant seuls ne peuvent donc pas procéder à cette clarification juridique. Il faut que l'instance soit engagée par des parties intéressées, qu'il s'agisse de particuliers ou d'organisations, ou du Parquet, du procureur général ou d'autres magistrats du ministère public. Les plaideurs sont influencés par des motifs divers, mais le ministère public, sur lequel retombe presque inévitablement le fardeau du respect des lois, peut manifester une certaine réticence à engager un procès lorsque la loi n'a pas la clarté nécessaire. L'incertitude elle-même constitue un obstacle sur la voie de la clarification judiciaire.

Cette opinion est étayée lorsqu'on examine les décisions qui ont été rendues dans diverses affaires d'avortement. On remarque que les médecins ne sont pas souvent condamnés et que ceux qui travaillent dans des hôpitaux publics sont rarement poursuivis. Dans les affaires *Morgentaler*, *Woolnough*, *Davidson* et *Emberson*, les médecins inculpés dirigeaient des cliniques privées ou spécialisées. Les femmes qui ont sollicité leurs services ne semblent pas avoir été poursuivies, peut-être parce que l'accusation fait reposer ses arguments contre les avorteurs présumés en grande partie sur leur déposition, leur proposant l'immunité en échange de leur témoignage.

Le ministère public agira en réponse à des directives administratives, à des décisions et même à des opinions exprimées par le procureur général sur la signification de la loi, si bien qu'une loi de base *de jure* devient loi élaborée *de facto* tandis qu'une loi progressiste en principe peut être interprétée de façon très restrictive. La présence d'éléments qui peuvent être invoqués à la décharge de l'accusé et sont susceptibles

d'être retenus par les tribunaux influera aussi sur la décision de porter ou non l'affaire devant un tribunal. Un principe de défense comme celui de la nécessité (et de la preuve de la bonne foi) doit être compris non pas en ce qu'il permet l'acquiescement mais en ce qu'il freine les poursuites.

Il est possible d'intenter une action privée devant certaines juridictions du Commonwealth, ce qui devrait permettre, en principe, à des groupes activistes opposés à l'avortement d'engager des poursuites pour mettre la loi à l'essai, et d'attaquer des directives administratives qu'ils n'approuvent pas. Dans la pratique, toutefois, ces groupes ne l'ont pas fait. Ils n'ont pas à leur disposition certains des moyens auxquels peut recourir le ministère public. Ils ne peuvent pas, en particulier, requérir les témoignages et ils ne peuvent pas non plus proposer aux femmes qui ont avorté l'immunité judiciaire en échange de leur témoignage contre les avorteurs.

La défense doit, par conséquent, être considérée dans le contexte de l'obligation incombant à l'accusation de prouver la culpabilité « au-delà de tout doute raisonnable ». Il faut montrer non seulement que l'accusé a violé la loi mais aussi qu'il avait une intention criminelle ou qu'il n'a pas agi de bonne foi. Les preuves d'une telle intention ou du manque de bonne foi peuvent résider dans le fait que l'opération a été réalisée dans le secret (et non pas seulement dans la discrétion), que le médecin n'a pas posé à la requérante les questions voulues en vue de déterminer quels étaient les motifs justifiant légalement l'intervention ou qu'il a demandé des honoraires élevés. D'autre part, le médecin qui a pratiqué un avortement sera disculpé en principe s'il a agi en toute bonne foi pour sauver la vie ou sauvegarder la santé de la femme, ou s'il a eu recours, en vue d'empêcher la possibilité d'une grossesse ultérieure, à une méthode licite qui pourrait produire ses effets après la fécondation. De même, un médecin qui procède, de bonne foi, à une aspiration endométriale sur une patiente se plaignant de troubles menstruels qui ne lui donne nullement à penser qu'elle a eu des rapports sexuels sans protection ne serait pas considéré comme coupable même s'il n'a pas fait de test de grossesse (en effet, à ce stade précoce de la grossesse, le test pourrait ne fournir aucune indication valable).

L'intention de sauver la vie ou de sauvegarder la santé physique ou mentale protège un médecin même lorsque la législation est « de base » et ne fournit pas expressément ces indications pour les avortements légaux. Le droit élaboré de l'avortement est contenu dans la législation de base, et un tribunal qui appliquerait la règle de droit donnée dans l'affaire *Bourne*, ce qu'il fera vraisemblablement, ferait ainsi passer le droit du stade de base au stade élaboré.

Lorsque l'accusation a montré qu'il y a eu conduite illicite en vue d'interrompre la grossesse et a fourni les preuves d'une intention coupable ou d'un manque de bonne foi, l'accusé doit satisfaire le tribunal quant à la validité du motif de défense qu'il invoque. S'il nie avoir entrepris un traitement en vue d'interrompre une grossesse ou s'il déclare ne pas y avoir participé, ce sera aux témoignages d'établir les faits. Si

l'accusé admet sa conduite mais invoque la bonne foi, il doit fournir les preuves dont on peut déduire sa bonne foi en toute probabilité. S'il invoque la nécessité de sauver une vie, il doit montrer qu'il croyait réellement que la vie de sa patiente était en danger. Il y a ici une bonne part de subjectivité, visant à établir ce que l'accusé lui-même croyait réellement, mais, si les preuves fournies sont très personnelles, elles risquent de ne pas convaincre.

Le tribunal doit considérer comme recevables les arguments invoqués par l'accusé qui tendent à démontrer que la grossesse mettait en danger non pas la vie mais la santé physique ou mentale de la femme, même lorsque la législation de base en vigueur n'autorise pas les avortements pour ces raisons, étant donné que cet argument ne porte pas sur la légalité de la procédure en soi mais sert à montrer que l'accusé n'a pas agi avec mauvaise intention. Un système juridique qui nierait l'existence de ces arguments de défense ferait passer la vie du fœtus avant la santé à long terme de la mère. Aucun système juridique du Commonwealth n'accorde cette priorité au fœtus et aucun juge n'a, dans les jugements rapportés, recommandé qu'il en soit ainsi dans son exposé au jury.

En conclusion, il convient de faire remarquer que, si les textes législatifs réglementant l'avortement semblent insister sur des justifications portant sur l'état de la femme enceinte, les tribunaux recherchent plutôt si l'accusé qui a agi pour interrompre la grossesse a agi de bonne foi. Un tribunal ne peut clarifier la loi que dans les limites d'une affaire particulière et des arguments invoqués par l'accusé pour sa défense. Si une commission ou un autre organe a été créé en vue d'accorder les autorisations d'avortement, un accusé peut réussir à expliquer la raison pour laquelle il n'y a pas eu recours. Le Dr Morgentaler, par exemple, a démontré que les avis des comités de l'avortement thérapeutique étaient difficiles à obtenir et demandaient de longs délais. Si la législation est muette sur les moyens autorisés et se contente d'énoncer ce qui est interdit, les tribunaux peuvent trouver dans la common law les interprétations qui favoriseront un accusé de bonne foi. En outre, même si le juge, dans ses recommandations au jury, se montre peu favorablement disposé envers l'accusé, les jurés conservent le droit de se prononcer pour l'acquiescement lorsqu'ils estiment qu'étant donné les circonstances une condamnation serait injuste.

III. DISPOSITIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE

Le tableau II (voir p. 89) reproduit les informations sur les dispositions prises pour l'application des procédures d'interruption médicale de la grossesse (IMG) que contiennent les réponses au questionnaire du Secrétariat du Commonwealth. Les lois progressistes ont souvent en commun certains traits visant à réglementer les formalités permettant de

fournir ou d'obtenir ces interventions. Ces éléments portent sur : A. Les personnes autorisées à procéder aux avortements ; B. Les établissements où les avortements peuvent être pratiqués ; C. La durée de la grossesse ; D. Les procédures d'approbation ; E. Le coût de l'avortement.

En outre, les réponses ont évoqué des questions concernant le domicile, les objections de conscience, le consentement et les formalités de déclaration. Ces questions ne sont pas reprises ci-dessous, mais elles semblent mériter qu'on s'y arrête étant donné qu'elles sont traitées en détail dans un certain nombre de législations progressistes. Certaines des réponses soulignent la difficulté de déterminer avec certitude la légalité de pratiques locales, ce qui est particulièrement le cas dans les pays à législation de base et législation élaborée.

A. Les personnes autorisées à procéder aux avortements

Les législations des pays du Commonwealth varient. Certaines ne mentionnent pas expressément qu'il est nécessaire que l'interruption de grossesse soit pratiquée par une personne ayant une qualification particulière. D'autres requièrent qu'elle soit exécutée uniquement par des médecins immatriculés, et d'autres vont même jusqu'à demander que le praticien soit spécialisé. La Loi de 1861 n'indique pas que, pour être légal, l'avortement doit être pratiqué seulement par un médecin immatriculé, bien que l'interprétation de l'acceptation implicite du terme « légal » semble le suggérer. Dans les juridictions à législation de base, par conséquent, la loi ne requiert pas spécifiquement que l'intervention soit pratiquée seulement par un médecin et n'accorde aucune protection particulière à un médecin qui procède à l'avortement. L'avortement fait courir autant de risques au médecin immatriculé qui agit de bonne foi pour sauver la vie ou préserver la santé de sa patiente qu'à la personne non qualifiée qui a agi dans un esprit de lucre. Il est certain cependant que, dans de nombreux pays à législation de base uniquement, beaucoup de médecins consciencieux mettent fin à des grossesses pour des raisons qu'eux-mêmes, leurs confrères et la communauté considèrent comme justifiées. Les poursuites judiciaires viennent confirmer cet état de choses, en ce que ne sont poursuivis en justice que les praticiens n'ayant pas de formation et, en général, seulement lorsqu'il y a eu décès à la suite d'un avortement illégal. Certaines autorités du Commonwealth, conscientes des ambiguïtés de leur législation de base ou législation élaborée, ont adopté des pratiques administratives pour protéger les médecins qui effectuent une interruption de grossesse pour des motifs spécifiques, en réduisant (presque au point de les éliminer) les possibilités de poursuites.

L'affaire *Bourne* a fourni, pour la première fois dans l'histoire du droit de l'avortement dans les pays du Commonwealth, l'occasion d'énoncer, en tant qu'élément de sa légalité, que l'avortement devait être pratiqué par un médecin. Cette interprétation jurisprudentielle de la législation de base protège bien mieux des poursuites les médecins qui

procèdent à une interruption médicale de la grossesse justifiée par des indications de santé physique ou mentale. Dans les pays où le précédent *Bourne* fait règle de droit, par conséquent, il est évident que la loi accorde sa protection aux médecins qui agissent en toute bonne foi.

La Loi de Singapour n'indique pas seulement la nature de cette immunité, mais fait progresser l'immunité dans le domaine du droit civil. Elle énonce dans son article 9 : « La responsabilité civile ou pénale d'un médecin immatriculé ne sera engagée, pour l'exécution d'une intervention d'interruption de la grossesse, que si la femme enceinte n'a pas donné son consentement à cette intervention ou si cette intervention a été exécutée de manière négligente. » La perte de protection en cas de négligence diffère ici de l'article 8 de la Loi indienne de 1971 qui énonce simplement que : « Aucune poursuite ni autre action légale pour un dommage ne sera engagée à l'égard des médecins immatriculés, pour autant que ce dommage soit dû ou soit attribuable à un acte exécuté ou destiné à être exécuté, de bonne foi, aux termes de la présente loi. »

Les législations progressistes indiquent invariablement que les interventions qu'elles réglementent ne doivent être pratiquées que par des médecins immatriculés. D'autres juridictions peuvent aboutir à ce résultat directement en utilisant les dispositions contre l'exercice illégal de la médecine. Toutefois, les textes législatifs, en général, peuvent être interprétés comme donnant à la personne chargée de surveiller le déroulement des interventions la permission d'en déléguer l'exécution lorsque cette pratique est autorisée par sa profession.

Singapour, l'Inde et le Territoire du Nord de l'Australie sont les trois, et seules, juridictions du Commonwealth qui demandent, dans des lois, règlements ou réglementations, que les médecins immatriculés aient des qualifications supérieures à celles des omnipraticiens. La Loi de Singapour indique qu'un médecin immatriculé doit posséder « les qualifications en médecine qui auront été éventuellement prescrites » (article 2(1)(a)). A Singapour, le Règlement de 1974 sur l'avortement énumère les qualifications que les médecins doivent posséder pour pratiquer 1) une interruption précoce et 2) une interruption tardive de la grossesse. Un médecin immatriculé ayant une clientèle privée qui pratique des interruptions de grossesse jusqu'à la fin de la 16^e semaine doit avoir exercé pendant au moins six mois dans un service d'obstétrique et de gynécologie d'un hôpital d'Etat de Singapour ou dans un hôpital agréé par le Ministère de la Santé et de l'Intérieur. Aux termes du paragraphe 3(2) du Règlement précité, les médecins immatriculés ayant une clientèle privée ou exerçant dans un établissement agréé doivent, pour pratiquer un avortement entre la 17^e semaine et la fin de la 24^e semaine de la grossesse, avoir les qualifications suivantes : a) être Master of Medicine (obstétrique et gynécologie) de l'Université de Singapour ; b) être Fellow d'un Royal College of Surgeons ; ou c) être membre ou Fellow d'un Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Le paragraphe 3(3) du Règlement prévoit que les avortements jusqu'à la fin de la 24^e semaine peuvent aussi être effectués par un médecin immatriculé « qui est au service de l'Etat et qui exerce, ou a

exercé, des fonctions dans un service d'obstétrique ou de gynécologie d'un hôpital d'Etat pendant une période d'au moins six mois ».

Dans les cas où le traitement conduisant à l'interruption de la grossesse consiste uniquement à administrer des médicaments et n'entraîne pas une intervention chirurgicale, la Loi de Singapour énonce qu'il n'est pas nécessaire : *a*) que le médecin immatriculé ait les qualifications ou l'expérience prescrites ; ou *b*) que le traitement ait lieu dans un hôpital d'Etat ou dans un établissement agréé.

En Inde, la Loi de 1971, dans son article 2(*d*), définit un « médecin immatriculé » comme un médecin qui est en possession d'une quelconque qualification médicale reconnue (conformément aux dispositions légales pertinentes), dont le nom est inscrit dans un registre médical d'Etat et qui réunit les conditions d'expérience ou de formation en gynécologie et obstétrique prescrites par règlement édicté en application de la présente loi. Aux termes du Règlement de 1975 sur l'interruption de la grossesse (abrogeant le Règlement correspondant de 1972), un médecin immatriculé est considéré comme ayant l'expérience appropriée dans les cas suivants : 1) aide apportée à un médecin immatriculé pour pratiquer au moins 25 interruptions médicales de la grossesse dans un hôpital créé ou exploité par l'Etat ou dans une institution de formation agréée à cette fin par l'Etat ; 2) six mois de chirurgie en clinique de gynécologie et obstétrique ; 3) possession d'un grade ou diplôme postuniversitaire en gynécologie et obstétrique ; 4) dans le cas d'un médecin immatriculé avant la date d'entrée en vigueur de la Loi de 1971, expérience de l'exercice de la gynécologie et de l'obstétrique d'au moins trois ans ; ou 5) dans le cas d'un médecin immatriculé à la date ou après la date d'entrée en vigueur de la Loi, expérience d'au moins un an, dans un quelconque hôpital, de l'exercice de la gynécologie et de l'obstétrique.

L'objectif du Règlement révisé est de permettre à un médecin qui possède les qualifications, l'expérience ou la formation requises, de pratiquer des avortements sans avoir à obtenir une autre forme d'autorisation officielle. On laisse donc au médecin le soin de décider lui-même s'il a les qualifications requises par le Règlement. Il doit supporter les conséquences de son acte s'il ne possède pas ces qualifications (en s'exposant, selon le Code pénal indien, à des poursuites pour avortement illégal). Le Règlement de 1972 prévoyait la constitution de commissions spéciales chargées de délivrer aux médecins immatriculés un certificat les autorisant à effectuer des avortements. Ce règlement a été modifié parce que les commissions fonctionnaient rarement de façon satisfaisante et aussi parce que les avortements licites ne pouvaient être effectués que dans des hôpitaux créés ou exploités par l'Etat ou dans un « établissement » [place] agréé à cette fin par l'Etat.

A partir des observations présentées au sujet des dispositions qui réservent aux seuls médecins, ou à des médecins possédant des qualifications particulières, l'autorisation de pratiquer des interruptions médicales de la grossesse, divers arguments opposés peuvent être dégagés. Il peut sembler, au premier abord, difficile de s'opposer à ce que les avortements ne soient pratiqués que par des médecins qualifiés. La protection

de la santé des femmes est une question de la plus haute importance du point de vue individuel comme du point de vue social. Les salles d'urgence et les cimetières apportent des témoignages effrayants du résultat de l'intervention d'avorteurs non qualifiés. De même, il est évident qu'un avortement tardif par opération chirurgicale est plus traumatisant physiologiquement et psychologiquement qu'une méthode de rétablissement de la menstruation ; il requiert, en outre, la présence de médecins très spécialisés et l'utilisation d'équipements plus complexes. Cet argument est appuyé par l'attitude de médecins consciencieux qui dirigent les cas de grossesses avancées et présentant des risques de complications vers des établissements de soins convenablement équipés à cet effet.

L'argument en faveur de soins de haut niveau dispensés par des personnes hautement qualifiées a beaucoup de poids car il se fonde sur le fait que des complications peuvent se produire en principe dans n'importe quel cas d'intervention « courante ». Néanmoins cet argument peut être exagéré, et mettre ainsi l'accent sur l'excellence est à la fois condamner ce qui est seulement bon et méconnaître la réalité. Si les interventions médicales ne peuvent être effectuées que par les personnes les plus qualifiées, leur nombre serait bien inférieur à ce qu'il est en fait ; et il deviendrait difficile, sinon impossible, de créer les spécialisations nécessaires. De nombreux spécialistes laissent au personnel de leurs services le soin de pratiquer certaines interventions pour lesquelles ils sont responsables médicalement parlant. Ils conseillent, surveillent et sont toujours là pour intervenir, par exemple, en cas d'urgence.

Dans les pays développés comme dans les pays en développement du Commonwealth, des sages-femmes dûment formées, des infirmières diplômées et d'autres personnels de santé comparables peuvent être chargés des interventions en début de grossesse sous surveillance appropriée. Faire appel à ces personnes peut présenter un avantage car elles sont mieux à même de donner des soins avant et après l'avortement et des conseils de meilleure qualité qu'un spécialiste très occupé, ce qui assure une gestion globale des malades améliorée et plus personnelle. Elles jouent déjà un rôle important dans l'espacement des naissances, y compris la régulation cataméniale, à laquelle l'avortement très précoce est analogue. De plus, au fur et à mesure que les chercheurs mettent au point des moyens abortifs non chirurgicaux dont les effets secondaires sont contrôlables, il est moins nécessaire que le médecin reste sur place lorsque ces moyens sont employés et on peut envisager, pour la gestion des malades, une délégation des pouvoirs plus poussée. Restreindre légalement au personnel le plus rare et le plus coûteux l'autorisation de dispenser les soins médicaux peut se révéler préjudiciable pour la communauté.

Dans les pays où les médecins qualifiés ne sont pas en nombre suffisant ou sont mal répartis sur l'ensemble du territoire, de nombreuses interventions doivent être pratiquées par un personnel auxiliaire de santé. Si cela n'était pas autorisé, ces interventions ne seraient plus accessibles aux femmes qui ne sont pas en mesure de bénéficier d'un traitement privilégié, en particulier pour des raisons économiques. Fixer

des normes trop élevées pour l'ensemble des soins de santé n'est pas, semble-t-il, réaliste et ne peut pas vraiment se justifier lorsqu'on crée un système authentiquement destiné à mettre fin aux grossesses véritablement dangereuses ou angoissantes dont une société donnée autorise l'interruption. Utiliser les ressources des services de santé afin d'optimiser la justice et les avantages sociaux est le souci constant des gouvernements et des organisations nationales qui représentent les professions de santé. La répartition des rares médecins spécialistes doit obéir aux stratégies d'ensemble des administrateurs d'hôpitaux et autres établissements de soins visant à faire face aux cas prioritaires non prévus, et la rigidité des prescriptions législatives n'a peut-être pas sa place ici. Il n'existe aucune autre loi indiquant spécifiquement le comportement à adopter face à des besoins médicaux, du fait que l'on fait confiance aux médecins pour maintenir un juste équilibre entre les actes médicaux et les ressources disponibles. Les avortements semblent, du point de vue médical, ne pas justifier une intervention législative.

B. Les établissements où les avortements peuvent être pratiqués

La plupart des législations sur l'avortement des pays du Commonwealth (n'étant que des législations de base ou élaborées) ne spécifient pas les qualifications professionnelles requises des personnes autorisées à pratiquer une interruption de grossesse et, pour la même raison, elles ne précisent pas le lieu où ces interventions peuvent avoir lieu. Il est possible cependant que cette absence d'indications soit un avantage, en ce que ce sont les personnels administratifs des services sanitaires qui sont chargés d'adapter leurs services aux ressources dont disposent les établissements. Une formulation législative rigide pourrait fort bien ne pas améliorer la distribution des services et constituer un obstacle à toute réponse appropriée aux besoins de santé.

Les lois progressistes, comme celles par exemple de Singapour et de l'Inde, recommandent plutôt que les interruptions médicales de grossesse soient pratiquées seulement dans des hôpitaux d'Etat spécifiés et d'autres établissements qui ont reçu l'agrément spécifique du ministère de la santé. Alors que toutes les lois progressistes admettent à la fois les établissements de soins publics et privés, elles restreignent parfois dans la pratique le recours à ces derniers en posant des normes qu'il leur sera difficile d'appliquer, ou en omettant de spécifier ces normes. La Loi canadienne, par exemple, autorise les comités de l'avortement thérapeutique à agréer les interventions pratiquées dans des hôpitaux accrédités ou agréés (Code criminel, article 251(4)(a)), tels qu'ils sont définis par l'autorité centrale et par les autorités provinciales, respectivement. Le rapport Badgley a toutefois constaté que, dans la pratique :

Certains hôpitaux qui pouvaient établir un comité de l'avortement thérapeutique dans certaines provinces ne pouvaient le faire dans d'autres provinces. Les normes ne précisaient pas les services et les installations nécessaires pour pratiquer l'avortement

selon que cette intervention était faite avec ou sans hospitalisation ou selon la durée de la grossesse de la patiente. (p. 117)

Les différences entre les normes exigées des établissements où sont effectuées des interventions avec ou sans hospitalisation deviendront importantes au fur et à mesure des progrès réalisés dans les techniques utilisées et de la suppression des obstacles à l'interruption précoce de la grossesse. Toutefois, les lois progressistes ne semblent pas traiter cette différence de façon satisfaisante, laissant aux règlements ou dispositions d'application la tâche d'en préciser les modalités. Ces règlements paraissent se fonder sur des consultations entre personnel juridique et personnel de santé, et incorporent l'adaptation détaillée des besoins aux ressources disponibles, qui est la tâche essentielle de l'administration hospitalière. Cet exercice présente un intérêt certain et offre, sans doute, des satisfactions intellectuelles, mais il peut aussi finir par n'être que rédaction et promulgation de mots qui renforceront une pesante structure bureaucratique, ou n'auront aucun effet. Dans la mesure où les règlements expriment la pratique courante, ils ne la maîtrisent pas et, dans la mesure où ils s'écartent de la pratique, ou bien ils limitent les interventions en milieu hospitalier et autres que les médecins étaient prêts à pratiquer, ou bien ils créent des zones de légalité douteuse.

L'expérience montre que les mécanismes complexes d'autorisation qui ont été introduits par des législations progressistes, comme celles de l'Inde et de Singapour, ont dû être peu à peu simplifiés. En Inde, les premiers règlements d'application de la Loi de 1971 ont été modifiés quelques années plus tard pour faciliter l'agrément, aux fins des interruptions médicales de grossesse, des établissements de santé. Aux termes du paragraphe 4(6) du Règlement de 1975, le Gouvernement peut agréer l'établissement et délivrer un certificat d'agrément sur simple recommandation du médecin-chef du district. Auparavant, l'établissement devait prouver qu'il était conforme aux exigences imposées par des commissions spécialement conçues à cet effet mais qui n'étaient que rarement constituées. L'article 5(1) de la Loi de 1971 énonce que les exigences concernant les établissements autorisés ne s'appliquent pas lorsque l'interruption de grossesse est immédiatement nécessaire pour sauver la vie de la femme enceinte. Singapour a exclu de ses formalités d'approbation les interruptions de grossesse provoquées uniquement par des médicaments. En Angleterre, en 1975, le Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale a autorisé les interruptions de grossesse dans des centres d'avortement privés, sans hébergement, lorsque la durée de la grossesse ne dépasse pas 12 semaines, et a immédiatement accordé l'autorisation nécessaire à deux œuvres de bienfaisance.

Une surveillance très stricte garantit une excellente qualité des soins et réduit le nombre des cas d'urgence. Elle est souvent nécessaire pour les avortements impliquant une intervention chirurgicale lorsque la grossesse est avancée et qu'un fœtus viable peut naître. A ces arguments, on peut répondre que des règlements trop précis risquent d'accorder une importance excessive à des questions administratives ou relevant du droit

pénal. On sait que l'avortement pratiqué dès le début de la grossesse est plus sûr que l'accouchement, qui n'est pourtant pas étroitement réglementé par de telles dispositions. En outre, les actes médicaux autres que les interruptions médicales de grossesse ne font pas l'objet de semblables réglementations, et il peut être bon de faire confiance au jugement clinique et aux décisions, en matière d'affectation des ressources, des praticiens de la médecine, pour cet acte médical comme pour les autres.

C. La durée de la grossesse

Il est unanimement reconnu qu'un avortement précoce présente moins de risques qu'un avortement tardif. En outre, plus l'intervention est tardive, plus elle requiert un personnel qualifié et des ressources rares. C'est pourquoi, dans les législations progressistes, des clauses précisent que les avortements tardifs ne pourront être pratiqués que par des médecins très spécialisés et dans des services parfaitement équipés. Certaines législations n'autorisent pas l'avortement tardif sur la base d'indications sociales ou socio-économiques, la seule justification acceptable étant la sauvegarde de la vie ou de la santé de la femme. En Inde, la Loi de 1971 exige l'agrément de deux médecins immatriculés pour tout avortement lorsque la durée de la grossesse est de 13 à 20 semaines, alors qu'elle ne requiert avant la 13^e semaine que le jugement en conscience du médecin qui doit pratiquer l'intervention. Ces dispositions montrent une progression rationnelle, l'avortement très précoce étant autorisé pour les motifs les plus étendus et l'avortement tardif ne l'étant que pour des justifications très restreintes, tandis que la « destruction d'enfant » n'est autorisée que pour « sauver la vie de la mère ». (Article 1(1) de la Loi anglaise de 1929 sur la vie de l'enfant (préservation).)

Un certain nombre de lois progressistes qui prévoient le recours à des spécialistes spécifiés et à des établissements particuliers énoncent cependant que ces dispositions ne sont pas applicables lorsqu'il y a danger pour la vie de la femme ou risque d'atteinte grave à sa santé. C'est le cas, par exemple, de la Criminal Law Consolidation Ordinance (N° 2) de 1973 du Territoire du Nord de l'Australie, qui autorise un gynécologue ou un obstétricien travaillant dans un hôpital à interrompre une grossesse de 14 semaines au plus pour des indications thérapeutiques ou eugéniques générales (confirmées par un autre médecin). Un médecin peut également agir de son propre chef, lorsque la durée de la grossesse est de 23 semaines au plus, s'il estime que l'interruption de la grossesse est immédiatement nécessaire pour éviter de graves atteintes à la santé physique ou mentale de la femme. Il semblerait que lorsque la grossesse est plus avancée, il ne puisse procéder à cette intervention que pour sauver la vie de la femme.

Les partisans d'une limitation progressive des justifications autorisées disent que les dangers que présente l'interruption médicale de la grossesse augmentent avec la durée de la grossesse. Cet argument pré-suppose toutefois que la femme avait eu la possibilité d'obtenir facile-

ment et rapidement un avortement. Parfois, cependant, les formalités d'approbation et autres exigences non médicales peuvent provoquer des retards qui font que les interventions ne peuvent être pratiquées que tardivement, à un stade où elles sont limitées par des dispositions légales de plus en plus restrictives. De même, ces lois peuvent infirmer les indications eugéniques de l'avortement thérapeutique du fait que certaines anomalies congénitales du fœtus peuvent ne se manifester, n'être provoquées ou n'être décelées que lorsque la grossesse est relativement avancée. L'amniocentèse, par exemple, utilisée pour déceler les anomalies génétiques, ne peut être faite qu'entre la 14^e et la 16^e semaine et les résultats ne sont connus qu'après quatre à six semaines. Il est peut-être préférable de laisser aux médecins qui connaissent les circonstances de chaque cas particulier le soin d'évaluer les dates limites lorsque le cas se présente plutôt que d'avoir des dates préétablies de façon rigide par le législateur. On pourrait fixer des limites dans des directives souples établies pour un établissement particulier ou à l'échelle régionale en se fondant sur des connaissances locales et récentes.

D'après les réponses au questionnaire envoyé par le Secrétariat du Commonwealth, dans la pratique ces directives existent fréquemment. Les dispositions de la législation élaborée du Ghana, par exemple, sont considérées par les médecins comme s'appliquant jusqu'à la fin de la 16^e semaine, alors que des prescriptions semblables, aux Bahamas, sont appliquées jusqu'à la fin de la 20^e semaine. Dans d'autres cas, comme à Belize, la date limite appliquée semble être de 28 semaines. En Tasmanie et dans certaines autres juridictions, la limite est la « viabilité » du fœtus, et c'est au médecin qu'il incombe de décider à quel moment ce stade est atteint. Le fait que ces pratiques ressemblent fort aux dispositions incorporées dans les législations progressistes semble indiquer qu'elles présentent les mêmes avantages concernant la protection, en toute bonne foi, de la santé des patientes, mais aussi qu'elles offrent la possibilité de s'adapter à une évolution des conditions locales que la législation risque de contrarier.

D. Les procédures d'approbation

Etant donné que la plupart des législations du Commonwealth sont de base ou élaborées, elles ne comportent aucune disposition d'application concernant l'approbation de l'interruption médicale de la grossesse. Elles demandent cependant que le médecin agisse de bonne foi et, traditionnellement, la bonne foi se démontre en obtenant un second avis médical concordant, étayé par un document probant, ce qui montre que l'intervention n'est pas clandestine, et peut atténuer ou masquer la responsabilité quant à la décision d'interrompre la grossesse. Ce second avis peut présenter des avantages aussi du point de vue thérapeutique pour la femme, en ce sens que des informations supplémentaires et un autre avis ont été sollicités. Les lois progressistes ont institutionnalisé

cette formalité en incorporant des dispositions qui exigent la preuve d'avis concordants ou l'approbation de la majorité des membres d'un comité.

C'est le cas, par exemple, de la Loi britannique de 1967 qui requiert « que deux médecins immatriculés [aient] émis l'avis, établi en toute bonne foi, » qu'il existe bien l'une des indications autorisées par la loi pour un avortement (article 1(1)) ; le règlement pris en application de la loi gouverne la forme que revêtiront ces deux avis, qui ne doivent pas nécessairement concorder quant à l'indication qui justifie l'avortement. En Inde, la Loi de 1971 demande pour les grossesses de 12 à 20 semaines l'avis « d'au moins deux médecins immatriculés » (article 3(2)(b)), sans mentionner, cependant, dans quelles circonstances il faut solliciter l'avis de plus de deux médecins (et sans parler non plus des procédures à suivre si ces deux avis constituent une minorité lorsque cinq médecins ou plus sont consultés).

En Zambie, la Loi de 1972 sur l'interruption de la grossesse est plus spécifique et, dans son article 3(1), autorise un médecin immatriculé à pratiquer un avortement « lorsque ce médecin et deux autres médecins immatriculés, dont l'un s'est spécialisé dans la branche de médecine dans laquelle l'intéressée est spécifiquement tenue de subir un examen avant qu'il soit conclu à la recommandation de l'avortement, auront émis l'avis établi en toute bonne foi... » qu'il existe des indications physiques ou mentales ou des indications eugéniques.

La formalité d'approbation la plus complexe est celle que prévoit le Code criminel canadien, dont l'article 251(6) autorise un hôpital accrédité, ou approuvé par la province, à créer un comité de l'avortement thérapeutique composé d'au moins trois membres, « qui sont tous des médecins qualifiés ». La majorité de ces médecins peut autoriser « un médecin qualifié, autre qu'un membre d'un comité de l'avortement thérapeutique de quelque hôpital » (article 251(4)(a)) à pratiquer l'avortement. Les formalités d'approbation sont très complexes, mais elles prévoient, pour la plupart, des dérogations en cas d'urgence lorsque la vie ou la santé de la femme courent un grave danger, et de toute manière il serait possible, dans ces cas, de justifier qu'il y a eu nécessité au sens donné à ce terme par la common law, comme l'a montré, au Canada, l'affaire *Morgentaler*.

En Nouvelle-Zélande, la Loi de 1977 sur la contraception, la stérilisation et l'avortement comporte également des dispositions très complexes qui prévoient la création d'un comité de contrôle de l'avortement composé de trois personnes (dont deux médecins), chargé d'accorder ou de refuser les demandes d'autorisation soumises par les directeurs d'établissement. Une autorisation complète permet à son détenteur d'autoriser des avortements dans son établissement quelle que soit la durée de la grossesse, tandis qu'une autorisation partielle ne permet, dans cet établissement, que les avortements effectués pendant les douze premières semaines de la grossesse. Tout médecin dont on sollicite l'avis ou qui propose un avortement doit, sur demande de la femme, envoyer le dossier à deux médecins consultants autorisés à donner un avis conforme

(dont un au moins est gynécologue ou obstétricien) en leur demandant de décider si l'avortement doit être autorisé. Le comité tient la liste des médecins consultants autorisés à donner un avis conforme. Cette autorisation de deux médecins consultants autorisés à donner un avis conforme est exigée dans tous les cas, sauf lorsque l'avortement est immédiatement nécessaire pour sauver la vie de la femme enceinte ou éviter des atteintes graves et permanentes à sa santé physique ou mentale.

Ces formalités d'approbation exigeant un second avis médical ou l'avis d'un comité sont imposées pour fournir la preuve que l'avortement n'est pratiqué que dans le cadre de justifications légales. La formulation des dispositions pertinentes semble indiquer cependant que les formalités ne sont pas vraiment destinées à améliorer les soins de santé, du fait que les médecins concernés ne doivent pas nécessairement fournir un avis concordant quant à l'indication qui justifie l'avortement. Ces prescriptions, en ce qu'elles correspondent à la pratique médicale, peuvent aussi être considérées comme superflues. On peut ajouter qu'en insistant sur la forme, on ne protège pas la substance, en ce sens que le second avis peut être accordé automatiquement et que l'état de la femme peut ne pas être véritablement évalué de façon indépendante. En outre, comme pour d'autres dispositions concernant l'application, ces clauses établissent une distinction entre l'avortement et d'autres actes médicaux comparables (et même plus graves).

D'autres problèmes surgissent avec le système des comités ; à cet égard, l'abolition à Singapour, après cinq années d'expérience, d'un système de ce genre peut se révéler intéressante. L'obligation d'avoir à demander l'avis d'un comité augmente les retards et réduit le secret ; en outre, ces formalités peuvent être humiliantes et dégradantes dans un domaine où les femmes ont une certaine pudeur, qui ne provient pas seulement du fait de l'origine parfois embarrassante de leur grossesse. L'approbation d'un comité, tout comme le second avis médical, peut augmenter le coût de l'interruption médicale de la grossesse. Peu de lois réglementent les honoraires qu'il est possible de demander pour cette formalité. La possibilité d'obtenir des honoraires peut avoir un effet médical contraire à celui qui est recherché, en ce sens qu'un médecin auquel on demande un second avis peut être poussé à favoriser l'avortement pour amener le premier médecin à solliciter à nouveau son avis. Enfin, il est utile de faire remarquer qu'aucune législation du Commonwealth ne prévoit de procédure permettant de faire appel de la décision de médecins ou de comités hospitaliers.

E. Le coût de l'avortement

Le coût des avortements est absorbé et réparti suivant des procédures très différentes dans les pays et juridictions du Commonwealth, et la loi applique les procédures qui sont celles d'un pays ou d'une juridiction donnée. Ces procédures vont du système national de santé et d'assurance

de l'Etat Providence [welfare state] (comme celui du Royaume-Uni) à l'indépendance totale en matière de soins de santé, la requérante devant assumer tous les frais de l'intervention.

Les dispositions réglementant les services nationaux de santé ne comportent aucune référence particulière à l'avortement, et les systèmes nationaux d'assurance-maladie qui fonctionnent dans le cadre de programmes sociaux moins complets absorbent les frais de l'avortement avec les autres frais. Les dépenses peuvent être ventilées de façon très détaillée et inclure, par exemple, le coût du fonctionnement des services d'information et d'orientation, des tests et des conseils avant l'avortement, de deux avis médicaux ou plus, de l'intervention proprement dite, des soins ultérieurs, et la perte de revenu de la femme pendant la période nécessaire au traitement. Ces coûts sont, bien entendu, plus élevés lorsque l'avortement est plus tardif, mais on doit cependant les comparer aux dépenses qui ne sont pas immédiatement chiffrables mais qui sont plus coûteuses, à savoir la perte de l'investissement que représentait l'éducation d'une jeune fille dont les études et la carrière sont arrêtées parce que, mère célibataire, elle doit subvenir aux besoins d'un enfant qu'elle ne désirait pas, la perte économique qu'entraîne le départ d'une travailleuse dûment formée, ou encore les dépenses que représente pour la société l'entretien d'un enfant gravement handicapé dont on aurait pu éviter la naissance au moyen d'un avortement justifié par des indications eugéniques. Pour évaluer le coût économique, il faut également tenir compte des dépenses que peut causer l'absence de services pratiquant les interruptions de grossesse légales dans les meilleures conditions de sécurité (c'est-à-dire les conséquences économiques des avortements clandestins et dangereux). Il s'agit notamment de la mortalité et de la morbidité maternelles, avec la mobilisation de ressources hospitalières pour traiter les infections déclenchées par l'avortement, et les conséquences de la mutilation des organes féminins.

Rares sont les réponses au questionnaire qui donnent des renseignements sur les coûts, et celles qui le font ne fournissent que des informations incomplètes. La plupart des Etats qui ont répondu à ce sujet fournissent les services à titre gratuit dans les hôpitaux publics, ou les subventionnent suivant les ressources de la requérante ou celles de sa famille. Le tableau II (voir p. 89) présente certains des renseignements relatifs aux coûts, les données fournies par l'Australie établissant une distinction très nette entre les dépenses de l'Etat et celles de la femme. On peut craindre que les femmes qui veulent un avortement à tout prix ne se fassent exploiter par des médecins mûs par le seul esprit de lucre, mais seule la Loi de Singapour de 1974 prévoit des dispositions à ce sujet. Son article 10, qui peut être modifié par arrêté ministériel, énonce que :

1) Lorsque le traitement en vue d'interrompre la grossesse est pratiqué dans un hôpital d'Etat, les honoraires à payer pour ce traitement s'élèveront à cinq dollars.

2) Toute autre dépense d'hospitalisation encourue dans l'hôpital d'Etat où le traitement est pratiqué sera supportée par la femme enceinte.

Cela veut dire, bien entendu, que la responsabilité du paiement de ces dépenses supplémentaires incombe à la femme, et non pas qu'il ne serait pas justifié qu'une autre personne les règle à sa place.

La rémunération des médecins peut se faire sur une base salariale (elle est versée par l'Etat) ou sur la base d'honoraires pour chaque acte médical. Limiter les honoraires qui doivent être payés aux médecins salariés pour cette intervention ne pose pas de problèmes particuliers à l'avortement, tandis que limiter les honoraires dans le secteur privé peut avoir pour résultat de restreindre l'accès à l'avortement pour les femmes qui ont les moyens de payer, sans pour autant rendre cette intervention plus accessible aux femmes qui n'en ont pas les moyens. Aucune législation du Commonwealth sur l'avortement ne traite de la question de la disponibilité et de l'équité sociale de l'avortement sous l'angle de la régulation des coûts.

F. Dispositions supplémentaires

i. *Conditions de nationalité et de résidence*

Il semble que certains pays qui ont adopté des lois progressistes aient craint d'attirer les femmes qui vivent dans d'autres pays de la même région. Ainsi deux juridictions du Commonwealth, Singapour et l'Australie méridionale, appliquent des dispositions libérales à condition que les femmes qui demandent l'interruption médicale de leur grossesse aient un certain lien avec la juridiction (en général, il faut être ressortissante ou bien domiciliée dans le pays pendant une période définie). Les pays qui ont des systèmes nationaux de santé bien établis sont moins enclins à prendre des mesures particulières du fait qu'ils ont habituellement adopté des dispositions générales concernant les soins de santé à fournir aux non-ressortissants.

C'est le cas du Royaume-Uni, où de nombreuses personnes se rendent pour recevoir des soins spécialisés dans des cliniques réputées du secteur privé.

Singapour a peut-être voulu décourager l'arrivée de femmes de pays voisins où la législation est plus restrictive. L'article 3(3) de sa Loi de 1974 déclare que :

Un médecin immatriculé ne pourra exécuter une intervention d'interruption de grossesse que si la femme enceinte est citoyenne de Singapour ou la conjointe d'un citoyen de Singapour ou si elle a résidé à Singapour pendant au moins quatre mois immédiatement avant la date à laquelle l'intervention doit être exécutée...

Ces dispositions ne s'appliquent cependant pas lorsque l'avortement s'impose sans délai pour sauver la vie de la femme enceinte.

Bien que le choix d'une période de quatre mois n'ait pas été fait dans ce but, il semble qu'il permette de pratiquer l'interruption de grossesse sur des non-ressortissantes dont la grossesse a commencé à Singapour. En Australie méridionale, la réglementation ne requiert que deux

mois de séjour. Certains médecins interprètent cette disposition comme ne requérant pas nécessairement que la période de résidence soit acquise immédiatement avant l'avortement.

L'Australie méridionale pensait peut-être davantage aux personnes qui viendraient d'autres Etats australiens, tandis que Singapour avait des préoccupations plus internationales. Au Canada, le Comité Badgley a montré combien les hôpitaux peuvent avoir l'esprit étroit à cet égard. Désireux de n'offrir leurs services en matière d'avortement qu'à la population de leur ressort, les comités hospitaliers refusent purement et simplement d'examiner les demandes émanant de femmes qui sont domiciliées en dehors de leur territoire. Le Code criminel, cependant, n'incorpore nullement ces exigences concernant le domicile, que l'on trouve seulement dans différents documents comme les règlements des hôpitaux, que le public ne peut pas facilement consulter.

ii. *Les clauses de conscience*

Les législations de base et les législations élaborées, n'utilisant qu'une terminologie négative, ne tiennent pas compte, de façon positive, des convictions morales du personnel médical, infirmier et auxiliaire. Plusieurs législations progressistes autorisent les personnes qui s'opposent, pour des raisons de religion ou de conscience, à l'avortement provoqué en tant que tel (et non pas pour des motifs fondés sur les caractéristiques d'un cas particulier) à ne pas participer à cette intervention. Contrairement aux lois du Canada et de l'Inde, qui ne comportent pas de dispositions semblables, la Loi britannique de 1967 sur l'avortement contient une clause de conscience exprimée de façon très large. L'article 4(1) énonce que :

... nul ne sera tenu pour obligé, que ce soit par contrat ou par voie de règlement ou autre prescription légale, de participer à une intervention autorisée par la présente loi vis-à-vis de laquelle il émet une objection de conscience :

Etant entendu qu'en cas de poursuites judiciaires la charge de la preuve de l'objection de conscience incombera à la personne qui s'en réclame.

Les clauses de conscience peuvent être invoquées par toutes les personnes qui participent directement à un avortement, chirurgiens, omnipraticiens et infirmières. Il n'est pas indiqué clairement, cependant, si elles s'appliquent à d'autres personnes. On ne peut déterminer sans hésitation si leur application s'étend au personnel qui sert les repas, qui est chargé de l'anesthésie locale ou générale et des soins postopératoires. Il est clair, cependant, que personne ne peut invoquer cette clause de conscience en cas d'urgence, étant donné que l'article 4(2) de la Loi britannique énonce que :

Les dispositions du paragraphe 1^{er} ci-dessus n'affectent pas l'obligation de participer à une intervention rendue nécessaire pour sauver la vie d'une femme enceinte ou prévenir une atteinte grave permanente à sa santé physique ou mentale.

L'existence d'une clause de conscience n'oblige pas ceux qui sont disposés à participer à une interruption de grossesse à pratiquer cette intervention dans tous les cas où les conditions légales sont remplies, mais ils ne peuvent pas s'en dispenser en invoquant la clause de conscience. De même, un médecin ne pourrait pas invoquer cette clause pour ne pas avoir à pratiquer ces interventions dans le cadre des fonctions qu'il remplit dans un hôpital public alors qu'il les pratiquerait pour sa clientèle privée.

Pour ce qui est d'apporter la preuve d'une objection de conscience à l'avortement provoqué en général, la Loi britannique de 1967 prévoit un moyen de preuve qui peut être invoqué devant les juridictions écossaises. Des dispositions analogues existent dans la Loi zambienne de 1972, dont l'article 4(3) dispose que :

Au cours de toute action en justice, une déclaration faite sous serment par toute personne qui a refusé de pratiquer un avortement autorisé par la loi, attestant qu'elle a agi pour des raisons de conscience, sera considérée comme suffisante pour décharger cette personne du fardeau de la preuve [de son objection de conscience].

On notera que, dans les juridictions où la législation prévoit des clauses de conscience, les associations professionnelles de médecins demandent généralement, pour des questions d'éthique, que les médecins dispensés envoient les requérantes à d'autres médecins.

iii. *Consentement*

Peu de législations sur l'avortement du Commonwealth mentionnent le consentement, bien qu'une ou deux contiennent une disposition formulant ce qui semble implicitement évident, à savoir que la femme concernée doit consentir à ce que l'intervention soit pratiquée. La Loi indienne ajoute une distinction à cet égard, en ce qu'elle énonce dans son article 3(4)(a) que :

La grossesse d'une femme de moins de dix-huit ans... ne peut être interrompue qu'avec le consentement écrit de son représentant légal.

La plupart des systèmes juridiques indiquent, bien entendu, l'âge à partir duquel on peut donner son consentement, mais ces dispositions figurent dans les lois générales régissant l'âge de la majorité légale ou, s'il n'est pas identique, l'âge à partir duquel on peut exprimer son consentement à des actes médicaux ou chirurgicaux. Lorsque les prescriptions concernant le consentement sont édictées sur la base de l'âge, cet âge varie considérablement, allant de 14 ans au Québec (qui est l'âge auquel les jeunes sont considérés comme majeurs pour ce qui est des opérations chirurgicales) à 21 ans, l'âge habituel de la majorité légale. De nombreux systèmes juridiques tiennent compte également des doctrines actuelles de la common law concernant le « mineur mûr » et le « mineur émancipé » et reconnaissent une certaine autonomie à ceux qui, sans être légalement majeurs, prennent en fait des décisions qui les

touchent personnellement, par exemple lorsqu'ils vivent seuls, qu'ils sont financièrement indépendants ou qu'ils sont mariés.

La question du consentement des parents ou du représentant légal est également gouvernée par les règlements médicaux généraux. Elle pose toutefois des problèmes particuliers pour ce qui est de l'avortement, étant donné que ces règlements autorisent le père, la mère ou le représentant légal d'un enfant à interdire tout traitement médical. Les questions juridiques qui se posent, par exemple lorsqu'un père, membre de la secte des Témoins de Jehovah, refuse que l'on fasse une transfusion sanguine à son enfant, montrent la nature du problème. La législation de protection sociale de l'enfant, qui exige des représentants légaux qu'ils donnent à ceux dont ils ont la charge les soins médicaux appropriés, ne semble pas pouvoir résoudre complètement le dilemme. Le problème se complique encore si le mari de la femme enceinte est lui-même mineur. La solution habituellement adoptée pour les mineures mariées consiste à demander le consentement du mari pour une intervention à laquelle la femme, étant trop jeune, ne peut donner son consentement (en tant que mineure émancipée, il se peut cependant qu'elle y soit autorisée) ; mais, étant donné que les dispositions concernant l'âge nubile ne sont pas toujours intégrées dans les lois sur le consentement au traitement médical, le mari peut donner son accord à une intervention chirurgicale effectuée sur sa femme, alors que lui-même n'est pas, à proprement parler, autorisé à donner son consentement pour une intervention sur sa propre personne.

S'il est parfois nécessaire d'obtenir l'accord du mari du fait que sa femme est mineure, aucune législation du Commonwealth ne requiert l'accord du mari en tant que partie intéressée à la poursuite de la grossesse ; de même, aucune loi sur l'avortement ne tient compte de l'intérêt que le père biologique continue de porter à la grossesse dont il est responsable. La seule mention de son intérêt se trouve dans l'article 5 de la Loi de Singapour de 1974, aux termes duquel est passible d'une peine toute personne qui, par contrainte ou intimidation, oblige ou incite une femme enceinte à se soumettre contre son gré à une intervention d'interruption de grossesse.

iv. *Formalités de déclaration*

L'attention particulière que suscite l'interruption de grossesse se reflète dans les dispositions fréquentes, complexes et parfois très particulières, concernant la manière dont il est fait rapport aux départements ministériels des interventions pratiquées, avec renseignements relatifs aux patientes. Cette procédure de rapport conduit à des dispositions annexes concernant la protection du secret, la nature des informations requises et la durée pendant laquelle elles doivent être conservées.

Diverses dispositions concernent la déclaration à faire avant puis après l'intervention, mais leur objectif n'est jamais le même. Elles peuvent avoir été conçues pour éviter qu'il n'y ait des interventions illicites ou pour montrer qu'il n'est pratiqué que des interventions légales dans

les établissements publics ou les services privés. Certaines servent à fournir des informations qui seront analysées par la recherche en matière de prestations sanitaires ou utilisées pour les statistiques démographiques ou épidémiologiques, mais ces objectifs peuvent ne pas être compatibles avec les clauses restreignant l'accès à ces informations en vue d'assurer l'anonymat à la patiente. De même, l'utilisation des rapports à des fins scientifiques est limitée, étant donné qu'ils ne traitent que des avortements qui ont été pratiqués, à l'exclusion des avortements pour lesquels une demande a été présentée.

Le Code criminel canadien, par exemple, énonce (dans son article 251(5)) que le Ministre de la Santé d'une province peut, par ordonnance, demander qu'on lui fournisse un certificat d'avis médical autorisant un avortement « ainsi que les autres renseignements qu'il peut exiger au sujet des circonstances entourant l'émission de ce certificat ». Il peut demander aussi au médecin qui a procédé à l'intervention de lui donner des renseignements similaires. Il ne dispose d'aucun pouvoir comparable pour obtenir des renseignements sur les raisons pour lesquelles une intervention a été refusée, même si, comme l'indique le rapport Badgley, les refus sont souvent motivés par l'impossibilité où se trouvent les services de santé de répondre à toutes les demandes d'avortement, du fait que le ministère provincial de la santé ne fournit pas les ressources nécessaires.

IV. ÉVALUATIONS NATIONALES ET PROPOSITIONS EN VUE DE CHANGEMENTS

A. Aspects généraux

Le tableau III (voir p. 95) présente les informations reçues en réponse au questionnaire du Secrétariat du Commonwealth qui concernent l'évaluation des lois en vigueur dans les différentes juridictions du Commonwealth, et les changements proposés par les organismes gouvernementaux et les associations professionnelles. Les rapports sur l'application et les effets des lois progressistes que des commissions gouvernementales spéciales avaient été chargées d'établir ont paru récemment. D'autres commissions ainsi que, par exemple, des associations médicales dans des juridictions à législation de base ou élaborée ont également présenté des observations sur les lois en vigueur et des propositions en vue de changements. La portée, les objectifs et la profondeur de ces rapports et commentaires sont très différents, mais on dispose là d'un ensemble d'évaluations très utiles concernant l'application des lois sur l'avortement. En plus de ces sources classiques d'information portant, notamment, sur les possibilités d'obtenir légalement un avortement, un certain nombre de groupes, parrainés par le gouvernement ou indépendants, qui s'intéressent à la condition sociale, légale et économique des femmes,

ont exprimé leur point de vue. Des propositions de modification de la loi fondées sur ces études de la situation concrète font ressortir la situation peu satisfaisante qui règne dans un certain nombre de juridictions en ce qui concerne la législation sur l'avortement. Certaines de ces évaluations et de ces propositions de modification sont examinées ci-après.

Il y a toujours eu une certaine opposition à l'élargissement des indications légales de l'avortement, émanant de milieux dont l'attitude était prévue ou est quelquefois inattendue. Les opposants se prononcent par exemple pour une amélioration de la planification familiale, de l'éducation sexuelle et/ou pour une modération de l'appétit sexuel. Ils recommandent rarement des solutions de rechange au statu quo juridique tout en s'élevant vigoureusement, en général, contre les insuffisances de la situation actuelle. Leurs réactions face aux propositions de réforme sont négatives. Cependant, leur opposition contribue à l'amélioration des débats publics en obligeant les tenants du changement à affiner leurs propositions. Le débat acquiert des implications plus générales qui font que, lorsqu'on aboutit à une réforme du droit de l'avortement, le résultat est considéré comme étant dû à un processus social réel et multilatéral.

Les adversaires d'une réforme de la législation britannique sur l'avortement n'ont pas relâché leurs efforts après l'adoption de la Loi de 1967 et ont continué à émettre des critiques sur la façon dont la loi était appliquée. En conséquence, une Commission a été constituée en juin 1971 pour passer en revue l'application de cette loi. La Commission était dirigée par Mme Lane, juge de la Haute Cour d'Angleterre, et comptait dix femmes parmi ses quinze membres. Elle a publié son rapport en trois volumes en avril 1974. En accord avec les conclusions unanimes de la Commission, aucun amendement de la Loi n'a été proposé, bien qu'un examen ultérieur ait apporté quelques changements très mineurs dans les règlements d'application.

Une étude complète comparable a été également menée au Canada sous les auspices du Comité sur l'application des Dispositions législatives sur l'Avortement nommé le 29 septembre 1975 par le Conseil privé. Ce comité, qui était présidé par le Professeur Robin Badgley, comptait deux autres membres (deux femmes). Il a publié son rapport de 474 pages en janvier 1977. Le Comité Badgley, à la différence de la Commission Lane, avait reçu spécifiquement pour instructions de ne pas faire de recommandations concernant des modifications à apporter à la législation. Cependant le rapport du Comité Badgley contient des renseignements utiles pour évaluer la façon dont est appliquée la législation canadienne sur l'avortement et indique les voies vers lesquelles celle-ci pourrait s'orienter avec profit.

La Commission royale de la Nouvelle-Zélande sur la Contraception, la Stérilisation et l'Avortement a été créée en juin 1975 sous la direction du juge McMullin. Elle comptait six membres (dont trois femmes). Elle a présenté un rapport de 454 pages en mars 1977, plus philosophique que celui du Comité Badgley et moins statistique que les rapports Lane ou Badgley, peut-être parce qu'elle avait mandat d'étudier les aspects

sociaux, moraux et juridiques. Elle avait cependant été habilitée à envisager des changements juridiques, et elle semble avoir abordé la question de l'avortement en s'inspirant des travaux de la Commission Lane.

En Australie, la Commission royale sur les Relations humaines, présidée par Mme Elisabeth Evatt, juge, a publié en novembre 1977 son rapport sur un grand nombre de sujets. Ce rapport en cinq volumes traite de l'avortement dans son volume III (Sexualité et fécondité) et étudie tout particulièrement l'avortement légal au Royaume-Uni et aux Etats-Unis d'Amérique. Ce rapport contient des informations qui ont permis aux Etats et territoires australiens d'évaluer leurs propres lois au vu de l'expérience d'autres pays.

Bien des renseignements très utiles ont déjà été publiés en Australie dans les rapports annuels de la Commission permanente nommée pour examiner les avortements notifiés en Australie méridionale et faire rapport à ce sujet. Cette commission, créée par le Gouvernement de cet Etat en vue de suivre l'application de la Loi amendée, était habilitée à entendre les personnes qui sembleraient abuser des dispositions de la Loi. Ces rapports annuels et d'autres rapports périodiques sont très utiles en ce qu'ils permettent de déterminer les changements d'attitude vis-à-vis du droit de l'avortement et de son application. Ainsi, le 6^e rapport annuel (pour 1975) de la Commission de l'Australie méridionale a pu observer, par exemple, qu'« il est évident que la passion manifestée dans les débats sur cette législation s'est bien calmée » (p. 3) et que certains signes semblent indiquer « une acceptation plus générale du principe de l'avortement sur simple demande » (p. 5).

D'autres rapports ont été publiés, tout aussi sérieux quant à leur contenu mais plus simples quant à leur forme, comme ceux de la Commission d'Enquête du Sénat sur les Tendances démographiques à Fidji (dont le second rapport (1976) contenait une analyse des lois de Fidji sur l'avortement et les révisions recommandées de cette loi). Ce rapport de 1976, tout en étant relativement bref (16 pp.), a une large portée et approfondit le sujet, car il observe le monde à partir d'une base géographique limitée. Notant l'évolution de la condition de la femme, par exemple, la Commission souligne que « les pays qui ont adopté les lois les plus libérales sur l'avortement sont ceux qui, à l'exception du Japon, ont pleinement reconnu et mis en pratique l'égalité de la femme » (paragraphe 27). La Commission fait observer en outre que « les procédures dans le cadre desquelles les demandes d'avortement sont examinées par des commissions hospitalières ne sont qu'une tentative mal déguisée de perpétuer la domination des hommes sur les femmes, étant donné leur composition entièrement ou presque entièrement masculine » (paragraphe 28). Elle conclut son examen en recommandant l'adoption en principe de la Loi britannique de 1967, mais — il est intéressant de le remarquer — elle rejette l'obligation d'obtenir un second avis médical, en conseillant fortement que « la décision de pratiquer l'avortement soit prise par la femme et par son médecin » (paragraphe 137(4)).

Un certain nombre de rapports se prononcent en faveur de l'adoption d'indications légales inspirées de la Loi britannique, mais ajoutent

une indication supplémentaire qui se trouve dans les notes explicatives de la Loi indienne de 1971. La note explicative II de l'article 3(2)(i) énonce :

Lorsque la grossesse résulte de l'échec d'un objet ou moyen contraceptif utilisé par une femme mariée ou son conjoint, l'état de détresse dû à cette grossesse non désirée peut être présumé constituer une atteinte grave à la santé mentale de la femme enceinte.

Bien entendu, il n'y a pas de raison, en principe, de présumer que la détresse morale d'une femme célibataire, séparée ou veuve serait moindre que celle d'une femme mariée.

Le rapport de la Commission nationale de la Barbade sur la Législation de l'Avortement, publié en mars 1975, et le rapport de l'Association médicale de Saint-Vincent, paru en mai 1977, estimaient que l'avortement n'avait pas pour rôle de remplacer ou de concurrencer les méthodes anticonceptionnelles mais qu'il constituait une sorte d'assurance « en cas de défaillance ». Il semble donc normal qu'une femme qui prend des dispositions pour s'informer sur les méthodes anticonceptionnelles puisse être protégée contre une grossesse non désirée aussi longtemps que les moyens contraceptifs disponibles présentent un certain risque d'échec qui ne peut être ramené en dessous d'un taux minimum.

Les réponses au questionnaire du Secrétariat du Commonwealth indiquent que les mécanismes d'une réforme juridique sont bien en place dans de nombreux pays, mais aussi que beaucoup de pays veulent faire preuve d'une certaine prudence lorsqu'il s'agit de porter le débat sur la place publique. Au Ghana, la Commission sur la Réforme des Lois a présenté en 1973 trois avant-propositions de loi possibles et, au Nigéria, le Conseil national de la Population a recommandé l'avortement sur simple demande après que l'Association médicale nigériane se fut déclarée en faveur d'une loi fondée sur la Loi britannique de 1967. De même, les barreaux de plusieurs pays ont recommandé l'adoption de justifications plus étendues de l'avortement. Un projet de loi visant à la formulation d'une législation progressiste a été examiné en 1973 par une commission d'enquête de la législation des Bermudes, et Nauru étudie une loi comparable allant de pair avec la réforme de son Code criminel. Le nombre des juridictions citées dans le tableau III témoigne de l'intérêt porté à ce sujet par des organismes influents dans diverses juridictions du Commonwealth.

Les tribunaux, par contre, se distinguent par leur activité. En Australie, au Canada, à Fidji, en Nouvelle-Zélande et en Zambie, des actions qui ont été récemment intentées ont permis de clarifier et de faire progresser les lois, mais ces procès étaient exceptionnels même dans les juridictions où ils ont eu lieu. Le nombre très faible des poursuites engagées pour non-respect des lois sur l'avortement montre que ces lois ne sont pour ainsi dire pas applicables. La très grande majorité des juridictions ne peuvent fournir aucun exemple de poursuites engagées récemment (ou même il y a longtemps) contre une personne ayant procédé illégalement à un avortement ou une femme ayant eu recours à ses services

ou s'étant procuré l'avortement sur elle-même. Considérant le taux important d'avortements illégaux, les charges connues que ces interventions font peser sur les services d'urgence des hôpitaux et, ce qui est tragique, le nombre des déclarations faites avant de mourir par les victimes d'interventions illégales (donnant le nom de l'avorteur), il semble évident que les autorités chargées d'engager des poursuites n'ont aucunement l'intention d'utiliser les dispositions pénales de la loi pour éliminer ni même pour réduire le nombre des avortements illégaux. Dans les diverses juridictions du Commonwealth, les autorités chargées de faire respecter les lois ne donnent presque uniformément qu'une très faible priorité à l'application des lois sur l'avortement. Cela incite à évaluer les termes et les effets de ces lois fréquemment violées que l'on fait rarement respecter, et oblige à étudier l'harmonisation des dispositions légales avec la situation actuelle et les possibilités d'application de ces dispositions.

Il n'est pas rare que l'on s'inspire, pour réformer la loi, des actions engagées en justice qui n'ont pas abouti. En fait, les deux principaux rapports sur l'avortement publiés en 1977, le rapport canadien Badgley et le rapport néo-zélandais McMullin, étaient étroitement liés à des poursuites engagées contre des médecins qui avaient pratiqué des interruptions de grossesse dans des cliniques spécialisées. Dans les affaires *Morgentaler* et *Woolnough*, en outre, les jurés avaient acquitté les médecins après avoir eu pleinement connaissance, non seulement de la nature des actes ayant donné lieu à des poursuites, mais aussi de la nature des interventions que les médecins pratiquaient fréquemment.

Les conclusions principales et, le cas échéant, les propositions de réforme avancées dans les rapports Lane, Badgley, McMullin et Evatt font l'objet des commentaires suivants.

B. Rapport de la Commission sur la Loi britannique relative à l'avortement (rapport Lane : Grande-Bretagne, 1974)

La recommandation la plus importante du rapport Lane, pour ce qui est de l'évaluation des effets et des possibilités d'application d'une loi progressiste, est peut-être la suivante : « le libellé de la loi établissant les critères applicables à l'avortement ne doit pas être amendé » (p. 71).

Les membres de la Commission, qui ont confirmé les indications fixées par la Loi de 1967 après avoir étudié à fond le problème, reçu de nombreuses personnes et entendu les opinions les plus diverses fondées sur les principes et sur l'expérience, ont placé le fardeau de la preuve sur quiconque s'oppose à l'adoption d'une telle loi. Le rapport contient des témoignages sur la base desquels on pourrait attaquer une loi de ce genre dans le contexte de sujets particuliers ; mais, tout bien pesé, la Commission a conclu à l'unanimité que « Les avantages de la loi ont été bien supérieurs aux inconvénients pour lesquels elle a été critiquée » (paragraphe 605). La Commission a constaté, et cela est important, qu'« en facilitant un plus grand nombre d'avortements, la loi a supprimé bien des souffrances individuelles » (paragraphe 600). Il n'en reste pas moins qu'il

faut maintenant déterminer dans quelle mesure cette loi pourrait être améliorée pour soulager les souffrances qui existent encore.

Le rapport a identifié des besoins qui semblaient peut-être évidents, par exemple une meilleure action préventive, une éducation portant sur la vie sexuelle et les responsabilités qu'elle entraîne, la création de nombreux centres de conseils et de services en matière de contraception, des services d'avortement dans les hôpitaux publics. Du fait, en particulier, de l'absence de services d'avortement, il y a, dit le rapport, « des inégalités très nettes dans l'ensemble du pays pour ce qui est de l'accessibilité des prestations » (paragraphe 601). La Commission Lane a parlé également du petit nombre de médecins âpres au gain qui ont abusé de la loi. Elle a demandé que la rapidité et le caractère confidentiel des interventions pratiquées dans le privé par ces médecins soient les mêmes dans le secteur public, sans que les femmes aient à payer des honoraires exorbitants. A son avis, la meilleure façon d'éliminer les abus consistait non pas à adopter une législation répressive mais à demander que des mesures soient prises au niveau administratif et professionnel.

La Commission Lane a reconnu le problème des droits moraux à l'existence du fœtus, et du conflit qui surgissait entre ces droits et ceux de la mère et de sa famille, mais elle a refusé de prendre position du fait de la nature très personnelle des décisions à prendre. Pour ce qui est des objections de conscience, les conclusions de la Commission sont les suivantes (paragraphe 607) :

607. Il est, bien entendu, une autre décision pour la conscience individuelle, celle de la participation ou de la non-participation à un avortement. Ni médecins ni infirmières ne sont tenus de participer à une intervention autorisée par cette loi si leurs objections sont d'ordre religieux ou moral. Cela est tout à fait normal, c'est une liberté traditionnelle qui doit être protégée avec un soin jaloux, et nous avons constaté qu'en général elle est parfaitement respectée. Lorsqu'il y a désaccord entre ce que l'individu désire éviter et ce qu'il doit faire, c'est bien plus souvent parce que ses propres sentiments de loyauté et d'honnêteté envers ses collègues et sa perception des besoins des patientes entrent en conflit avec le sens qu'il a du caractère répréhensible de l'avortement, que parce qu'il y a eu pression de ses supérieurs pour qu'il prenne part à l'intervention. Certaines des décisions les plus difficiles, ayant des implications morales graves, concernent les nominations de personnel : doit-on accorder la priorité à la personne qui invoque son droit à la tolérance religieuse et par conséquent son droit de refuser, pour des raisons de conscience, de participer à un avortement, ou au Service national de Santé qui a l'obligation de fournir un service aux patientes qui ont besoin d'un avortement ? Nous avons exprimé l'opinion que, parfois, les besoins du plus grand nombre doivent passer avant et qu'inévitablement certains qui refusent ce travail peuvent ne pas obtenir un poste particulier ; mais nous sommes parvenus à cette conclusion bien à regret et nous espérons que les occasions où une telle décision devra être prise ne seront pas nombreuses.

La Commission a souligné que « son attitude généralement tolérante décevra peut-être ceux qui considèrent que la loi et son application témoignent du déclin grave et progressif de la moralité et du comportement sexuel » (paragraphe 608). Mais elle a indiqué en même temps qu'elle se préoccupait de « la femme qui, après avoir connu les tourments de l'angoisse, des scrupules et des doutes, décide de chercher à

obtenir un avortement » quand elle se trouve dans « une situation qui serait souvent tragique pour elle » (paragraphe 609). L'opinion de la Commission était la suivante : « Nous ne pensons pas que la Loi sur l'avortement puisse être interprétée ou doit être utilisée de façon répressive dans le but d'améliorer la moralité de la société où nous vivons et de réduire l'inconduite sexuelle ». Notant l'évolution rapide des attitudes et des opinions survenue depuis l'adoption de la loi, la Commission a fait observer que « les progrès de l'émancipation des femmes, les découvertes médicales et les pressions qu'exerce l'explosion démographique... feront que l'observation se poursuivra » (paragraphe 610). Cette observation s'accorde bien avec l'admission par la Commission qu'« un nombre difficile à évaluer d'avortements pratiqués théoriquement en conformité de la loi sont, à proprement parler, illégaux du fait qu'ils ne respectent pas les critères de la loi » (paragraphe 509).

Dans ses recommandations plus détaillées, la Commission s'est prononcée en faveur d'une durée limite de la grossesse fixée à 24 semaines, au-delà de laquelle l'interruption volontaire de la grossesse devrait se faire en provoquant le travail et en essayant de sauver la vie de l'enfant qui naît, ce qui réduirait, par exemple, le recours à l'injection d'un soluté salin. Toutefois, la Commission a recommandé instamment que les avortements soient pratiqués avant la douzième semaine de la grossesse et que les retards soient évités et réduits au minimum grâce, par exemple, à l'amélioration et à une plus juste répartition des formalités au sein du Service national de Santé. Elle a recommandé l'extension des services de conseils et des services ultérieurs de soins, une attention toute particulière étant accordée aux jeunes filles de moins de 16 ans, aux femmes qui ont beaucoup d'enfants ou qui sont déjà âgées, et à celles qui ont déjà eu plusieurs avortements.

En ce qui concerne les services et les informations en matière d'interruption de grossesse, la Commission a préféré opter pour la modernisation des services gynécologiques en général plutôt que pour la création d'unités d'avortement spéciales dans les hôpitaux. Pour le secteur privé, où des institutions se chargent d'orienter les femmes vers des médecins privés, la Commission a recommandé que les institutions qui travaillent à titre lucratif soient tenues d'obtenir une autorisation, ce qui permettrait d'éliminer celles qui ne fournissent pas une véritable consultation médicale. A part cela, la Commission a recommandé que le secteur privé puisse fonctionner sans réglementation spéciale des honoraires, exigence de qualifications spéciales pour les médecins, ou restriction des services d'avortement dans le cas des personnes étrangères non domiciliées dans le pays.

En ce qui concerne les jeunes filles de moins de 16 ans qui reçoivent des conseils en matière de contraception sans que leurs parents aient donné leur consentement ou soient informés, des opinions divergentes ont été émises au sein de la Commission, qui a énoncé néanmoins que :

Une majorité des membres pense que, dans des cas exceptionnels, les médecins devraient fournir des moyens anticonceptionnels, sans que les parents soient infor-

més ou aient donné leur consentement, lorsque la jeune fille a refusé à consentir à ce qu'ils soient avisés, pour la raison que, dans ces cas, cela serait moins grave que de laisser cette jeune fille s'exposer au risque d'une grossesse. (paragraphe 245)

C. Rapport du Comité sur l'Application des Dispositions législatives sur l'Avortement (rapport Badgley : Canada, 1977)

Le Comité Badgley a été créé après divers procès au cours desquels des jurys successifs avaient estimé que le Dr Morgentaler avait été obligé de pratiquer des avortements hors du cadre d'une législation progressiste, du fait qu'il n'était pas possible d'obtenir un avortement selon les termes de cette loi dans une ville comme Montréal, pourtant bien desservie en hôpitaux.

On avait demandé au Comité d'effectuer une enquête « afin d'établir si le recours à l'avortement prévu par le Code criminel est offert équitablement à travers le Canada et de faire rapport sur cette question ».

Le Comité a constaté que ce recours n'était pas offert équitablement, et les nombreux renseignements donnés dans le rapport peuvent orienter utilement toute juridiction qui envisage d'adopter une législation progressiste sur l'avortement. Le rapport expose en détail les faits et le mécanisme des inégalités, tout en demeurant fidèle à la limite imposée, qui était de ne pas critiquer les principes sous-jacents à la loi.

La législation canadienne sur l'avortement prévoit la création de comités de l'avortement thérapeutique spécialement constitués pour examiner les demandes d'avortement à la lumière des justifications légales d'un droit élaboré, c'est-à-dire pour examiner si « la poursuite de la grossesse... risque ou risquerait de mettre en danger la vie ou la santé [de la femme] (article 251(4)(c) du Code criminel). Le Comité Badgley a constaté qu'un grand nombre de médecins et d'infirmières, sans parler des patientes, ignoraient les dispositions précises de la loi sur l'avortement et, lorsqu'on les questionnait à ce sujet, révélaient des conceptions erronées de ce que la loi autorisait. Ils approuvaient très souvent, par exemple, l'indication de l'avortement en cas de viol ou de malformation congénitale du fœtus, ce qu'en fait la Loi canadienne n'admet pas. Le rapport a noté que « l'ignorance ou la connaissance imparfaite de la loi soulève un dilemme sérieux quant à l'application de ses modalités » (p. 72).

Le principal problème qu'a identifié le Comité Badgley est celui sur lequel il lui avait été demandé de ne pas donner son avis, à savoir le fait que l'avortement a été singularisé parmi les actes médicaux. Seuls certains hôpitaux sont autorisés à pratiquer des avortements, sur la base de critères (normes concernant le personnel et les installations) qui ne sont pas appliqués de façon uniforme ; seuls les hôpitaux « admissibles » peuvent demander l'autorisation de constituer un comité de l'avortement thérapeutique, mais ils n'ont pas l'obligation de le faire. Une fois constitué, un comité de l'avortement thérapeutique peut fort bien considérer

qu'il a pour rôle de passer méticuleusement au crible les requérantes sur la base des motifs médicaux, psychiatriques ou légaux et d'éviter à l'hôpital, à son personnel médical et auxiliaire et à lui-même les risques d'une peine qui peut aller jusqu'à l'emprisonnement à vie pour participation à un avortement illégal. A l'opposé, un autre comité peut se réunir rarement et approuver automatiquement toutes les demandes après des délibérations faites par téléphone ou par correspondance, en ne tenant compte que du nombre de lits et du temps alloués pour les avortements dans son hôpital.

Au moment de son enquête, le Comité Badgley a constaté que 20% seulement des hôpitaux civils au Canada avaient constitué un comité de l'avortement thérapeutique et que le comité avait souvent adopté un règlement intérieur qui limitait l'accès aux services de l'hôpital. Par exemple, beaucoup de comités rejetaient les demandes émanant des femmes domiciliées en dehors du ressort de l'hôpital en établissant des critères de résidence qui n'étaient pas révélés. Le Comité a constaté que :

... L'accessibilité à l'avortement variait considérablement d'une région à une autre en raison de l'influence de l'ensemble des facteurs suivants : la répartition des hôpitaux admissibles, la situation géographique des hôpitaux dotés d'un comité de l'avortement thérapeutique, l'application de conditions de résidence et de quotas au nombre de patientes, la répartition provinciale des obstétriciens-gynécologues et le fait que les avortements [sont] pratiqués principalement par ces spécialistes. (p. 32)

A la différence de la Commission Lane, qui s'était prononcée en faveur de la modernisation des services de gynécologie dans les établissements hospitaliers, le Comité Badgley s'est déclaré convaincu qu'il serait préférable d'avoir des centres ou dispensaires spécialisés dans les interruptions de grossesse qui s'occuperaient surtout de la régulation de la fécondité et de la santé de la femme, étant donné que la concentration des compétences et de l'expérience assurerait une meilleure efficacité. Il a constaté que « les hôpitaux dans lesquels se faisaient le plus d'avortements avaient le taux de complications le plus bas en dépit du fait qu'un plus grand nombre d'avortements y étaient pratiqués à des stades de gestation plus avancés » (p. 33). Des centres spécialisés attireraient également un personnel, infirmier en particulier, qui n'est pas hostile à l'intervention.

La sécurité de l'avortement est liée manifestement au stade de la gestation, et le Comité s'est prononcé pour l'accessibilité de l'avortement au stade le plus précoce possible. Il a constaté cependant qu'en moyenne les femmes attendaient 2,8 semaines à compter du moment où elles se doutaient qu'elles étaient enceintes (et non pas juste après le début de la grossesse) avant de se rendre chez un médecin, et qu'après cela il fallait compter en moyenne un délai de huit semaines avant que l'avortement soit pratiqué. Cette moyenne de huit semaines est inquiétante quand on pense à l'attitude bureaucratique et impersonnelle qu'adoptent certains comités. Le long délai provient de la façon dont les médecins, les hôpitaux et les comités de l'avortement thérapeutique se consultent les uns

les autres pour donner leur avis sur des requérantes qui deviennent de plus en plus désespérées et désappointées. Le Comité Badgley a constaté que :

... Dans beaucoup de cas, les patientes sont envoyées d'un médecin à l'autre. Ces procédés coûtent chers aux deniers publics, augmentent la tension chez les patientes et, pour beaucoup de femmes, prolongent la durée de la grossesse. (p. 21)

Le Comité a décelé que le système canadien constituait un danger de santé pour les femmes autorisées légalement à obtenir un avortement.

Les médecins ne semblent pas être conscients de cette situation, et un certain nombre d'entre eux pensaient même que le Canada avait adopté de fait un système d'avortement sur simple demande. Quand on leur a demandé (dans une enquête effectuée à l'échelle nationale par le Comité Badgley) quel était le temps qui s'écoulait, à leur avis, entre la consultation d'un médecin et l'interruption de la grossesse, un médecin sur 200 seulement a reconnu que ce délai était en moyenne de huit semaines.

Le Comité Badgley n'a pas pu se prononcer sur un aspect du fonctionnement de ces comités de l'avortement thérapeutique qu'un juriste trouverait particulièrement inquiétant, à savoir que les requérantes ne sont absolument pas recevables à exiger d'accéder aux voies de droit régulières. Des dispositions du Code criminel permettent au ministre de la santé d'une province de recevoir copie du certificat autorisant un avortement ainsi que tout autre renseignement qu'il demandera au sujet des circonstances entourant l'émission de ce certificat et de l'obtention de l'avortement, mais aucun ministre ne semble jamais avoir pris cette initiative. Il n'existe d'autre part aucune disposition prévoyant qu'un ministre, une requérante, son médecin ou toute autre personne aura la possibilité de demander à connaître les raisons pour lesquelles une demande a été refusée. Il est certain qu'il faudrait disposer d'un mécanisme permettant de mettre en question les décisions prises (autre que la soumission de la demande à un autre comité), si l'on veut examiner les exigences imposées par ces comités. Il a été constaté que de nombreux comités imposaient des conditions supplémentaires et parfois très particulières, renforçant celles qui sont contenues dans le Code criminel. Plusieurs, par exemple, avaient introduit des conditions de domicile, un quota d'interventions et une durée limite de la grossesse ; en outre, deux comités sur trois demandaient l'accord du mari si la femme était mariée, et un sur cinq exigeait cet accord même si le couple était séparé ou divorcé. Certains comités demandaient l'accord de l'homme responsable de la conception, même si la femme n'avait jamais été mariée.

« Le Comité a constaté que les exigences en matière de consentement variaient... selon l'âge de la femme et aussi en ce qui concerne l'obtention du consentement du père » (p. 266). L'âge auquel une personne peut donner son consentement à un traitement médical va de 14 ans au Québec à 19 ans dans certaines provinces maritimes, alors que l'âge général de la majorité dans les différentes provinces est plus élevé (il est par exemple de 18 ans au Québec). L'incertitude règne donc, étant donné que cer-

tains comités prennent en ligne de compte l'âge requis pour le consentement à un traitement médical (16 ans dans l'Ontario, par exemple) et que d'autres, dans la même province, s'en tiennent à la majorité légale (18 ans dans l'Ontario). Quand la jeune fille n'a pas atteint l'âge de la majorité légale ou l'âge requis pour le consentement à un traitement médical, qui peut être supérieur à l'âge nubile, la situation est encore plus confuse pour le médecin, étant donné que les parents de la jeune fille peuvent ne pas être d'accord quant à l'opportunité d'un avortement thérapeutique, ou que le conjoint ou l'homme à l'origine de la grossesse peut être lui-même mineur.

Les justifications pour lesquelles les comités de l'avortement thérapeutique autorisent les avortements sont de même loin d'être satisfaisantes. Le Code criminel n'autorise pas l'avortement lorsqu'il y a possibilité d'anomalie fœtale grave ni en cas de viol ou d'inceste. Néanmoins 87,7% des hôpitaux tenaient compte de la possibilité de difformités ou de malformations congénitales du fœtus lors de l'examen des antécédents médicaux de la femme, et les comités de l'avortement thérapeutique accordaient une grande importance aux cas de grossesse résultant d'un viol ou d'un inceste. Pour la plupart d'entre eux (80,6%), cette situation justifiait l'approbation de l'avortement thérapeutique (p. 296). De nombreux comités tenaient compte aussi de l'effet qu'aurait la continuation de la grossesse d'une femme sur la santé de sa famille, sur sa situation économique, du fait que la conception était le résultat d'une relation adultère et de l'âge (si la femme avait moins de 18 ans et plus de 40 ans). La majorité cependant (68,5%) n'était pas prête à approuver une demande d'avortement dans le seul but d'empêcher une naissance hors mariage.

Chaque année, environ 10 000 Canadiennes (soit une sur six femmes qui se font avorter) ont recours aux services d'avortement des États-Unis, et des agences de consultation et d'orientation, commerciales ou non, facilitent les arrangements à prendre. Plusieurs témoignages semblent indiquer que certaines agences commerciales donnent une idée fautive de la loi canadienne et du coût réel d'une intervention pratiquée au Canada. Le Comité a estimé que la légitimité des activités de ces agences pouvait être mise en doute, et a noté qu'« elles existaient parce qu'elles répondaient à des besoins qui n'étaient pas satisfaits autrement » (p. 428).

D. Rapport de la Commission royale d'Enquête (rapport McMullin : Nouvelle-Zélande, 1977)

La Commission McMullin avait pour mandat de mener une enquête sur la contraception, la stérilisation et l'avortement, et de faire rapport à ce sujet. Elle devait, à propos de l'avortement, enquêter sur les questions légales, sociales et morales soulevées par le droit de l'avortement et son application, et présenter un rapport sur les modifications qui devraient être apportées à la législation. Elle n'abordait donc pas le problème sous

le même angle, tant s'en faut, que le Comité Badgley, et cela donne une importance accrue à son évaluation de la façon dont la Loi de la Nouvelle-Zélande sur l'avortement est appliquée, étant donné que ses conclusions sont très proches de celles du rapport Badgley au Canada. Elle a constaté, par exemple, que :

Il est évident, au vu de ces témoignages, que cette loi est interprétée de façon très différente dans toute la Nouvelle-Zélande. Le fait qu'une jeune fille ou une femme puisse obtenir un avortement dépend dans une certaine mesure du lieu géographique particulier où elle réside et de la façon dont les médecins de cette région interprètent la loi. (p. 147)

La Commission a fait remarquer qu'une enquête effectuée en 1969-70 avait montré que « les praticiens prétendaient connaître la législation sur l'avortement mais que, de l'avis de ceux qui ont réalisé cette enquête, leurs connaissances à cet égard manquaient d'exactitude » et que le concept de « santé » était souvent compris au sens de la définition donnée dans le préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (pp. 147-148). Autre point commun avec le Canada : de même que les Canadiennes aisées se rendent aux Etats-Unis, les Néozélandaises qui ont les moyens de le faire vont en Australie pour obtenir un avortement légal dans ce pays.

Il est particulièrement intéressant, et significatif au point de vue juridique, de voir la façon dont la Commission a procédé pour définir certains termes essentiels, étant donné que ses connaissances de la doctrine et des procédures juridiques lui imposaient de suivre le même raisonnement que les tribunaux. En faisant la distinction entre avortement « légal » et avortement « illégal », la Commission a été forcée de déduire que :

Alors que... les médecins ont procédé à des avortements illégaux dans les hôpitaux en les appelant tantôt dilatation et curetage, tantôt hystérotomie, il est difficile de prouver qu'ils n'agissaient pas en toute bonne foi. Du fait que nous ne pouvons pas déterminer si une opération pratiquée par un médecin dans un hôpital ou un dispensaire est légale ou non, nous nous proposons de limiter notre définition de l'avortement « illégal » à toute interruption de grossesse pratiquée par une personne non qualifiée médicalement parlant, en dehors d'un hôpital. (p. 153)

Admettre, comme cela est nécessaire, qu'il est difficile, sinon impossible, de prouver que des interruptions de grossesse pratiquées en milieu hospitalier par un médecin sont illégales est en accord avec ce que concluent en général les autorités judiciaires et autres et conduit à penser qu'il serait plus sage de supprimer les restrictions légales théoriques qui réglementent ces interruptions. Il ressort des constatations de la Commission concernant les femmes qui cherchent à obtenir un avortement que l'avortement est considéré comme un moyen de planification familiale en sus des méthodes anticonceptionnelles. « Pour les femmes d'un certain âge, la plus forte motivation sera peut-être leur âge », tandis que « les femmes célibataires ont recours à l'avortement pour retarder le moment où elles auront des enfants » (p. 179).

La Commission n'est pas parvenue à une décision sur la question des droits de « l'enfant à naître » et de ceux de la femme enceinte. Elle a supposé que ces droits existent dans un même ordre de priorités mais n'a trouvé aucune preuve convaincante dans le droit pénal pour une protection du fœtus, en dehors de la législation sur l'avortement, et a reconnu que les droits qui existent en matière civile ne s'appliquent qu'en cas de naissance vivante. Le droit à la vie a été considéré non pas comme étant absolu mais comme devant céder « à des intérêts concurrents contraignants » (p. 192).

La « moralité de l'avortement » ne fait l'objet que d'un bref chapitre (deux pages) dans le rapport de 455 pages de la Commission, qui a conclu son examen du problème en proposant trois principes qui devraient régir tout droit de l'avortement, et un code moral en six points (accordant une importance toute particulière à la moralité de l'indication « eugénique » de l'avortement). Une des informations intéressantes fournies par la Commission est que « 96% des avortements réalisés en Nouvelle-Zélande pendant la période allant du 1^{er} octobre 1975 au 30 septembre 1976 l'ont été pour des justifications psychiatriques » (p. 202).

Bien que la Commission, conformément à son mandat, ait accordé une certaine importance à des considérations morales abstraites, plus en fait que ne l'auraient demandé la nature et l'étendue de son enquête, elle a reconnu la nécessité du soutien du peuple, ou du moins de sa tolérance, à l'égard d'une législation qui se propose de réglementer le comportement des hommes. La recherche de préceptes moraux condamnant, sur la base de critères ésotériques, une conduite qui est générale ou tolérée dans la société, est considérée comme sans valeur. Il est nécessaire d'arriver à un certain équilibre, car « les lois ne doivent pas être si rigoureuses que bien peu de citoyens les respecteront toutes de bon gré, et ne doivent pas non plus être axées sur la conduite de ceux dont le niveau moral laisse fort à désirer » (p. 268).

La formulation des principes sociaux peut sembler « traditionnelle » et non « libérale », mais les conclusions de la Commission sur la participation individuelle à la décision de l'avortement sont en fait très progressistes. Elle a estimé, par exemple, qu'il serait approprié de connaître, au stade de l'orientation et des conseils, l'avis du père, mais que ce dernier ne devrait avoir aucun moyen de s'opposer à un avortement pour lequel il existe une indication légale. De même, elle a estimé que, dans les mêmes conditions, l'opinion de la jeune fille qui n'a pas atteint l'âge légal du consentement à un traitement médical ou à une intervention chirurgicale devrait être décisive :

... les désirs de la jeune fille devraient prévaloir si des motifs justifiant l'avortement existent... Il nous semble que, si l'on peut démontrer qu'un avortement est justifiable légalement pour l'un des motifs que nous avons recommandés, il serait cruel et illogique de le lui refuser du fait de son âge. (p. 278)

La Commission a recommandé d'ajouter une « clause de conscience » qui pourrait être invoquée par le personnel médical, infirmier et

paramédical qui a des objections de conscience à l'avortement pour des motifs religieux, moraux ou autres (p. 315).

La Commission, cependant, manifeste un changement d'opinion assez curieux pour ce qui touche à l'aspiration endométriale. Elle s'est prononcée contre cette technique, non pas tant pour des motifs de sécurité médicale que parce que la loi et son application ne permettraient pas de définir clairement s'il s'agit ou non d'un avortement illégal, et a présenté l'observation suivante :

Si, en fait, la technique de la régulation cataméniale est utilisée sur une femme ou une jeune fille dans l'intention de procurer son avortement, cet acte entre manifestement dans le cadre de la loi actuelle sur l'avortement. S'il n'est pas possible de prouver qu'elle a été utilisée dans ce but, alors cet acte n'y entre pas. Toutefois, si certaines limitations ne sont pas apportées à son utilisation, cette technique peut devenir un moyen de contourner la loi. (p. 282)

Il peut sembler que ce soit manquer de clairvoyance que de limiter l'utilisation d'une technique médicale qui permet d'interrompre une grossesse à un stade peu avancé de la gestation et par conséquent dans des conditions moins risquées, pour la raison que la loi ne peut pas vraiment déterminer si cette technique est légale ou non. La réponse de la Commission Lane à ce problème avait le mérite de reconnaître qu'il est nécessaire de modifier la loi pour l'adapter à la réalité médicale, bien que sa solution, consistant à faire entrer la technique de la régulation cataméniale dans le cadre d'une législation élargie de l'avortement, ne soit pas nécessairement la seule solution. La Commission McMullin effectuait son enquête à la même époque que le Comité Badgley au Canada et n'a donc pas pu prendre connaissance des conclusions de ce dernier sur les retards, les risques pour la santé et les injustices causées par le fonctionnement des comités sur l'avortement thérapeutique. Ces conclusions permettent certainement de douter de la valeur des recommandations du rapport McMullin, selon lesquelles de 12 à 14 comités de consultation devraient être institués en Nouvelle-Zélande pour examiner les demandes d'avortement (ce qui obligerait les femmes à passer devant ces comités avant de pouvoir obtenir un avortement). Il pourrait être difficile d'assurer que des précautions seront prises, comme le propose la Commission, pour ne pas heurter la sensibilité des requérantes lors de ces formalités. Un tel mécanisme peut fort bien, dans la pratique, restreindre l'accès à des services d'avortement légal qui ont été clairement autorisés, et exposer au risque de taux de mortalité et de morbidité maternelles plus élevés ainsi qu'à la continuation des profits réalisés par des praticiens qui transgressent la loi ou se prêtent à des accommodements. On peut se féliciter en principe de la création de services de conseils rattachés aux services d'avortement, mais recommander qu'« afin d'assurer un fonctionnement uniforme, impartial et efficace de la législation sur l'avortement, des comités soient établis... pour décider, après avoir examiné tous les éléments d'information appropriés, si l'avortement demandé est justifié dans le cadre de la loi » (p. 296) peut sembler ironique au vu des conclusions du rapport Badgley et du rejet motivé d'une telle procédure par la Commission Lane.

E. Rapport de la Commission royale sur les Relations humaines (rapport Evatt : Australie, 1977)

Aux termes de son large mandat, la Commission Evatt devait notamment présenter un rapport sur l'adéquation et l'efficacité des déterminations médico-légales existantes concernant les interruptions de grossesse, la fréquence de ces interruptions, les facteurs qui influent sur leur réalisation, l'adaptation de la formation médicale à l'évaluation des méthodes d'interruption, le droit de la famille ou d'autres personnes concernées à être consultées et l'adéquation quantitative et qualitative des services de soutien à la maternité (paragraphe *e* du mandat). De plus, on demandait aux membres de la Commission d'examiner « les pressions sociales, économiques, psychologiques et médicales qui s'exercent sur les femmes lorsqu'elles décident de poursuivre ou non une grossesse non prévue ou non désirée, compte tenu des conséquences sociales, psychologiques et médicales de l'interruption ou de la non-interruption de cette grossesse » (paragraphe *d* (iii) du mandat). En conséquence, le rapport traite des problèmes légaux, sociaux et moraux en rapport avec l'avortement, de la fréquence de cette intervention, des attitudes à l'égard de l'avortement, des conséquences de l'avortement et des services d'avortement (volume 3).

Une seule juridiction australienne (l'Australie méridionale) demande que les avortements provoqués soient déclarés, si bien qu'il est difficile d'évaluer la fréquence des avortements. Cependant, les membres de la Commission ont estimé que plus de 60 000 avortements étaient pratiqués chaque année, dont 30% sur des femmes âgées de moins de 20 ans et 50% sur des femmes qui n'étaient pas légalement mariées. La Commission a constaté que :

Actuellement les services d'avortement ne sont pas seulement divisés entre le secteur public et le secteur privé. Ils sont aussi répartis de façon inégale. Les services principaux se trouvent dans les grandes villes et les services fournis par les hôpitaux de province ne sont pas entièrement satisfaisants. (p. 190)

La Commission n'a fourni aucune donnée sur la fréquence de l'avortement illégal, mais elle a noté que « des taux de mortalité élevés sont enregistrés lorsque l'avortement est clandestin... Il semble qu'au fur et à mesure que le personnel médical acquiert une certaine expérience et que les méthodes s'améliorent, la mortalité liée à l'avortement légal régresse » (p. 204). Selon les chiffres officiels publiés en Australie, les décès dus à des avortements ont été au nombre de 45 en 1964-1966, de 25 en 1967-1969, de 25 en 1970-1972 et de 1 (attribué à l'anesthésie) en 1973-1976. Le rapport indique que « le taux des décès dus à un avortement est bien moins élevé que celui des décès dus à d'autres causes afférentes à la grossesse et à l'accouchement » (p. 205), qui est approximativement de 20 morts maternelles pour 100 000 naissances d'enfants vivants.

La Commission n'a pas voulu aborder le sujet du commencement de la grossesse, puisqu'elle définit l'avortement comme « l'interruption de la grossesse avant que le fœtus soit viable » (p. 20) ; elle a estimé que l'avortement est une méthode d'espacement des naissances, bien que « les problèmes qui se posent à son sujet diffèrent sur plusieurs points importants de ceux que pose la contraception ». Pour ce qui est des diverses méthodes anticonceptionnelles, la Commission a noté que l'on pense généralement que les dispositifs intra-utérins « empêchent la nidation » (p. 21), confirmant en cela la classification de ces méthodes parmi les méthodes anticonceptionnelles et non pas abortives ; la contraception est définie comme étant « les méthodes de régulation de la fécondité qui empêchent la conception ou la nidation » (p. 20). Dans le cadre de l'« avortement » ainsi défini, la « viabilité » est définie ensuite comme étant l'« aptitude à une vie indépendante extra-utérine », le fœtus capable de survie extra-utérine grâce à des moyens mécaniques étant ainsi exclu de la viabilité et susceptible d'avortement. Le statut légal de l'avortement d'un fœtus viable *in utero* a fait l'objet de discussions, bien que les problèmes connexes n'aient pas été résolus. La Commission a cependant fait observer que :

A notre avis, la période de gestation de 20 semaines (soit 22 semaines de grossesse) devrait être la limite maximum pour un avortement sans restrictions légales. (p. 162)

En même temps la Commission a déclaré : « L'établissement d'une date limite pour l'avortement ne doit pas empêcher de pratiquer des avortements après cette date dans le cas d'anomalies physiques ou mentales susceptibles de causer des handicaps graves » (p. 163).

La Commission a procédé à un examen complet des dispositions légales en Australie, en faisant une distinction entre les juridictions qui appliquent la « common law » (c'est-à-dire la Loi anglaise de 1861) ou « le Code » et celles qui ont une législation analogue à la Loi britannique de 1967 (Australie méridionale et Territoire du Nord). Elle a constaté que :

... les lois restrictives n'ont pas, en fait, empêché les avortements. Elles ne font qu'entraver la surveillance des avortements en les forçant à se faire clandestins. La patiente se retrouve sans protection ni recours légal contre la négligence. (p. 144)

Ce point est développé dans le paragraphe 187 du rapport :

La liste des préjudices subis en matière d'avortement illustre ce qui peut arriver lorsque des restrictions légales sont imposées, et permet de déterminer les critères d'un service d'avortement convenablement organisé et efficace.

Les principaux préjudices sont les suivants :

- méthodes hasardeuses et dangereuses ; absence d'installations et de qualifications satisfaisantes ;
- retard apporté à la confirmation de la grossesse, à la décision de l'avortement et à l'intervention ;
- honoraires abusifs ;

- absence de contrôle médical après l'avortement et de services de contraception ;
- absence de conseils.

Il n'était pas possible de mettre un terme à ces préjudices car la requérante n'était pas en mesure d'assumer un rôle de consommatrice critique et de se plaindre d'un aspect particulier de peur de ne pouvoir obtenir l'avortement. Dans le cas des hôpitaux, la femme qui ne pouvait pas payer un médecin n'avait guère le choix. (p. 168)

La Commission a estimé que la question d'un service d'orientation et de conseils était ouverte à controverse, des témoignages ayant montré qu'un tel service n'était pas nécessaire ou qu'il pouvait être une atteinte aux droits civils d'une patiente décidée à obtenir un avortement. A son avis, ce service, que la loi ne devrait pas rendre obligatoire (p. 157), devrait être offert afin de déterminer si une femme est poussée à demander un avortement, de faire connaître leurs droits aux femmes, de leur expliquer les autres solutions possibles, et de fournir des renseignements sur les organismes susceptibles d'aider, par exemple, la femme qui désire mener sa grossesse à terme ; de plus, le service d'orientation et de conseils devrait donner des renseignements sur la contraception et être réceptif à l'émotion des femmes qui décident de subir l'intervention (p. 175). La Commission a estimé que « les personnes qui demandent un avortement ont le droit d'être traitées à la consultation avec autant de courtoisie que les patients de n'importe quel autre service médical » (p. 171).

Les membres de la Commission n'ont pas pu prendre connaissance du rapport canadien Badgley ; cependant, ils se sont prononcés eux aussi pour des services d'avortement distincts plutôt que pour l'avortement pratiqué dans les services hospitaliers existants, en donnant les raisons suivantes :

Une clinique distincte a notamment les avantages suivants :

- a) le personnel médical et autre n'est pas opposé à l'avortement ; le personnel cherche à apporter son soutien plutôt qu'à manifester sa réprobation ;
- b) le personnel médical est à même de développer son savoir-faire dans un domaine particulier, réduisant ainsi les risques de l'intervention ;
- c) des conseillers sont sur place et peuvent aussi acquérir des compétences spécialisées. (p. 176)

Les membres de la Commission n'ont pas pu davantage consulter le rapport McMullin, et ils sont d'ailleurs parvenus à des conclusions différentes pour ce qui est de la régulation cataméniale et de l'aspiration endométriale qui, à leur avis, « sont identiques à l'interruption précoce de la grossesse par application d'une ventouse obstétricale, à cela près qu'elles sont pratiquées avant que la grossesse soit diagnostiquée » (p. 186). La Commission a toutefois examiné les observations du rapport Lane sur la question, ainsi que des éléments probants ultérieurs, par exemple le fait qu'un certain nombre de femmes qui subissent cette intervention ne sont en fait pas enceintes et que, pour certaines qui sont

enceintes, il faudra recommencer l'intervention, étant donné que la succion de la ventouse n'attire pas l'ovule fécondé microscopique qui vient de pénétrer dans l'utérus. Elle a estimé que les avantages et les inconvénients de ce procédé relèvent du jugement du médecin, domaine dans lequel la loi n'a pas à intervenir. Les membres de la Commission sont arrivés à la conclusion suivante :

Nous ne pensons pas que le procédé de la régulation cataméniale ou de l'avortement précoce doive faire l'objet de restrictions légales particulières lorsqu'il est appliqué par un médecin. (p. 187)

Il a été fait mention de la Commission Lane à propos du consentement du conjoint. Cependant, la Commission Evatt s'est déclarée opposée à ce consentement et a noté : « Nous sommes arrivés à la conclusion que c'est là un domaine où les valeurs morales et sociales ne peuvent pas être nécessairement reflétées par des dispositions légales » (p. 157). Les membres de la Commission ont conclu :

Dans le cas de personnes adultes, nous estimons qu'il n'est pas justifié de requérir légalement le consentement d'une autre personne, ou d'imposer comme condition préalable de l'avortement le consentement de toute personne autre que la femme intéressée. Certes, le partenaire de la femme peut être sérieusement affecté par la décision de celle-ci, mais il ne devrait pas avoir le pouvoir de s'y opposer. (p. 157)

Les membres de la Commission ont estimé qu'en principe les médecins et les infirmières devraient pouvoir refuser, pour des raisons de conscience, de participer à un avortement. Ils se sont prononcés absolument contre toute législation visant à imposer le recours à un second avis médical, à un comité de l'avortement thérapeutique ou à toute autre méthode semblable de contrôle (p. 158). Ils se sont montrés soucieux d'éviter tout retard, étant donné que :

Si l'avortement doit avoir lieu, il devrait être pratiqué pendant les trois premiers mois de la grossesse. Dans une situation idéale, il ne serait aucunement nécessaire d'imposer des dates limites pour l'avortement, car l'intervention serait toujours pratiquée au début de la grossesse, sauf dans les cas où un danger pour la vie de la mère apparaîtrait plus tard ou lorsque des anomalies du fœtus seraient diagnostiquées ultérieurement. (p. 162)

V. COMMENTAIRE

A. Généralités

Le présent commentaire tente d'expliquer les implications des législations du Commonwealth sur l'avortement sous un angle social et pratique. Il évalue des dispositions légales particulières en examinant les avantages, les effets et les risques pour la santé de la mère et de la famille, tels qu'ils ressortent de l'expérience concrète. Notre point de vue, après avoir passé en revue les dispositions précises et, surtout,

l'application des lois sur l'avortement dans les pays du Commonwealth, est différent de celui qui prévalait au moment où ces lois ont été adoptées. Dans l'état des connaissances médicales, toute intervention chirurgicale était beaucoup plus dangereuse qu'elle ne l'est devenue par la suite. On a pu démontrer récemment que l'avortement licite présentait de nos jours beaucoup moins de dangers que les solutions de rechange sociales auxquelles on recourt fréquemment et, tout particulièrement, que l'avortement clandestin. L'expérience montre qu'une attitude restrictive peut avoir des effets néfastes du fait qu'elle n'instruit ni ne prévient mais oblige à pratiquer l'avortement dans les pires conditions possibles au détriment de la santé physique et mentale. Ces conclusions sont fondées sur des considérations socio-légales aux termes desquelles l'avortement entre dans le cadre des soins de santé légitimes.

B. Conditions de l'avortement

i. Santé

La toute première dérogation apportée à l'interdiction absolue de l'avortement visait à sauver la vie de la mère, et c'est toujours là le motif évident que l'on rencontre dans toutes les législations sur l'avortement. Heureusement, il n'a pas à être invoqué très souvent et il est déterminé au moyen de critères sur lesquels les médecins sont généralement d'accord. Les justifications portant sur la sauvegarde de la santé physique et mentale de la mère sont aussi largement adoptées et figurent dans les législations élaborées et progressistes.

Le concept central de « santé » garde toutefois un caractère insaisissable, comme le confirme le fait que la seule définition qui soit largement utilisée — celle que contient le préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé — est la formulation la plus souple et la moins restrictive. Certains médecins, et d'autres personnes qui estiment que l'avortement est trop libre, préfèrent une définition plus pédante, empruntée au dictionnaire, et font remarquer qu'objectivement la grossesse et l'accouchement portent naturellement atteinte à la santé optimale ; subjectivement, cependant, il existe différents niveaux de santé, selon le stade d'avancement de la grossesse. Un argument utilisé pour s'opposer à l'adoption de larges justifications médicales consiste à soutenir que les médecins ne peuvent évaluer que les critères physiques et mentaux et que l'évaluation et le pronostic sociaux ne sont pas dans leurs compétences et se situent, par conséquent, en dehors du domaine où ils sont à même d'exprimer une opinion professionnelle quant à l'opportunité de l'avortement. Les objections se concentrent surtout sur des dispositions de la législation progressiste comme celles de l'article 1(2) de la Loi britannique de 1967 sur l'avortement qui énonce que, lorsqu'on détermine si la poursuite de la grossesse implique un risque pour la santé, « 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 ».

Les médecins n'ont pas affaire simplement à des symptômes et à des indications mais à des personnes, et ils se préoccupent de la santé non pas d'unités biologiques mais d'êtres sociaux. Pour estimer l'état de santé, le médecin doit considérer le milieu social et, en ce sens, il tient compte de facteurs socio-économiques ou socio-médicaux. L'énoncé de l'article 1(2) de la Loi de 1967 peut donc sembler orienter à juste titre le médecin vers l'adoption d'un concept plus large de la santé, compatible avec la définition de l'OMS.

Les arguments en faveur de la prise en considération de ce facteur dans l'évaluation de l'état de santé ne sont affaiblis que par une seule préoccupation, à savoir que, si un médecin demande l'aide d'une assistante sociale, par exemple, pour obtenir les renseignements et les avis sur lesquels il fondera son évaluation du milieu dans lequel la femme vit ou vivra, il peut amener des retards qui rendront l'éventuel avortement inutilement dangereux.

On peut donc espérer qu'un médecin qui estime qu'il est de son devoir d'examiner ces facteurs pour établir son pronostic se rendra compte de la nécessité de prendre rapidement une décision. Les interventions pourront ainsi être pratiquées à des stades relativement peu avancés de la gestation et, dans le cas où le médecin décidera de ne pas accéder à la demande de la femme, celle-ci aura le temps d'exercer le droit qu'elle a, légalement et moralement, de solliciter l'avis d'un autre médecin.

ii. *Echec de la contraception*

Les progrès réalisés dans les techniques d'interruption d'une grossesse peu avancée permettent de faire de cette intervention un acte médical de plus en plus exempt de risques. Mais l'affirmation traditionnelle selon laquelle l'avortement est la pire méthode de planification familiale qui soit reste vraie. Il n'y a aucun doute que l'avortement n'est pas et ne doit pas être une solution de rechange de la contraception. L'encouragement de l'utilisation de moyens contraceptifs, d'une part, et la réglementation du recours à l'avortement, d'autre part, paraissent peut-être ressortir à deux domaines juridiques différents, mais on peut cependant établir utilement un rapport entre l'un et l'autre si l'on accepte que l'échec d'une méthode anticonceptionnelle soit une indication légale de l'avortement.

L'avortement est ainsi une sorte d'« assurance tous risques » de la contraception. L'idée demande à être affinée, bien entendu, étant donné que des méthodes anticonceptionnelles relativement aléatoires comme l'abstinence périodique pourraient être encouragées au détriment de méthodes plus sûres. On pourrait aussi demander à la femme qui sollicite un avortement pour motif d'échec de la contraception de fournir quelque preuve de l'utilisation, par elle ou par son partenaire, d'une méthode contraceptive. Un autre facteur à considérer, sur le plan de la politique à suivre, est le fait qu'une agence de planification familiale qui serait à même de fournir l'« assurance tous risques » pourrait ne plus s'intéresser à améliorer ses services et ses techniques.

Néanmoins, l'indication semble judicieuse en principe et réalisable dans la pratique. Elle établit clairement les priorités et garantit, comme visent à le faire les méthodes contraceptives, qu'une femme qui prend régulièrement les précautions nécessaires n'aura pas à mettre au monde un enfant qui n'était ni prévu ni désiré.

iii. *Viol et inceste*

Nombreux sont ceux qui, tout en n'approuvant pas l'avortement en tant que moyen de pallier aux conséquences du manque de sens des responsabilités en matière sexuelle, reconnaissent qu'une grossesse survenant à la suite d'un viol est un cas exceptionnel, motif pris qu'aucune femme ne devrait être obligée de nourrir dans son sein une graine semée par la violence. La compassion semblerait exiger qu'il lui soit rapidement porté secours.

Cette opinion est digne d'éloge, mais elle fait du viol une « indication » de l'avortement légal, alors que, du point de vue juridique, on doit avoir une « indication légale » de l'avortement ; cela veut dire que le viol doit être légalement reconnu à temps pour que la grossesse puisse être interrompue en toute sécurité. Les actes médicaux ne sont pas facilement pratiqués pour des indications légales (ou juridiques). Selon des critères légaux, un viol apparent peut se réduire, par exemple, à un attentat à la pudeur [indecent assault] lorsque — pour prendre deux cas — l'assaillant n'a pas atteint l'âge auquel il est considéré comme sexuellement capable, ou qu'il s'agit du mari de la plaignante. En outre, la nécessité de satisfaire diverses exigences légales, comme, par exemple, identifier le suspect, réunir les témoignages et preuves à l'appui de la déclaration de la demanderesse comme quoi elle n'a pas consenti à des relations sexuelles, risque de provoquer des retards qui réduisent les chances d'obtenir une interruption de grossesse.

L'indication n'est pas fondée sur la situation ou la condition de l'assaillant, mais sur le fait que la femme est sincèrement convaincue qu'elle a subi un outrage et qu'elle a été rendue enceinte alors qu'elle n'était nullement consentante. Cette conviction a un effet sur son caractère, la tolérance physique de son état et son équilibre mental. On peut donc l'incorporer dans l'indication traditionnelle de la santé physique ou mentale.

L'inceste diffère du viol en ce qu'il s'agit d'un acte consenti, sauf peut-être dans ce sens que la victime peut avoir été conditionnée par des facteurs prédisposants sociaux ou psychologiques. La science médicale n'a pas encore clairement établi quels étaient les risques d'anomalies chez les enfants issus de relations incestueuses, mais la culture populaire admet couramment qu'ils existent. Une indication eugénique n'englobe peut-être pas vraiment l'inceste, en l'absence d'un pronostic génétique spécifique. Une grossesse survenant à la suite d'un inceste peut bien entendu être interrompue sous le couvert des aspects socio-médicaux d'une indication de santé, mais l'introduction ou la tolérance dans la législation d'une justification pour inceste en tant que telle peut consti-

tuer une discrimination sociale anticipée contre un certain type de personne du fait de ses origines sociales. Néanmoins, le consentement qui permet de distinguer l'inceste du viol peut ne pas avoir été donné si librement que cela, et, par exemple, la Commission McMullin accepte l'inceste comme une indication justifiant l'interruption de grossesse.

iv. *Les indications spécifiques en général*

Les juridictions dont la législation ne prévoit pas d'accorder l'avortement « sur simple demande » comptent cependant des médecins éminents qui ont recours à des indications de santé spécifiques pour pratiquer ce qui est en fait l'avortement sur simple demande ; cette façon de procéder n'est nullement limitée au secteur privé. Une fois qu'il existe un motif pour l'avortement, tout médecin qui le désire, et ce peut-être pour les raisons les plus respectables, peut approuver pour ce motif des avortements dont aucun tribunal ou confrère ne pourrait établir nettement le caractère irrégulier, à moins qu'un autre facteur n'intervienne, comme par exemple le profit que le médecin a tiré de son autorisation. Les rapports Lane, Badgley, McMullin et Evatt ont montré qu'il est vain de chercher à formuler des termes, parfois arrachés à un législateur réticent, qui permettraient de restreindre les évaluations médicales, étant donné que les interventions sont pratiquées couramment sous le couvert d'une indication licite qui ne peut être qualifiée ni de légale ni d'illégale.

Ces témoignages empiriques permettent de dire qu'il existe des arguments très convaincants en faveur d'une réglementation portant, non pas sur les justifications, mais sur le personnel et les établissements. Beaucoup de lois progressistes sont, en fait, arrivées à cela, étant donné que les médecins peuvent, dans des établissements agréés, exercer honnêtement une médecine qui ne les expose pas à des poursuites criminelles. Ils ne s'exposent à des poursuites que dans le cas où leur conduite est si blâmable qu'elle constitue une violation de la déontologie médicale aussi bien que des interdictions concernant l'avortement. Les indications spécifiques ont encouragé par euphémisme des avortements « sur simple demande » légalement inattaquables.

v. *Domicile et avortement à l'étranger*

Craignant de devenir la « capitale de l'avortement » de leur région et de gaspiller des ressources rares en matière de santé publique au profit d'étrangères, les pays à législation progressiste réservent parfois leurs services à leurs ressortissantes ou résidentes. En fait, seuls Singapour et l'Etat de l'Australie méridionale ont de telles dispositions et constatent qu'elles ne sont pas facilement applicables. Des pays comme le Royaume-Uni et les autres Etats australiens et, en dehors du Commonwealth, les Etats-Unis d'Amérique acceptent les requérantes qui sont domiciliées ailleurs, en général pour les avortements pratiqués dans le secteur privé. Lorsqu'on veut introduire une législation progressiste et peut-être controversée, il peut être nécessaire, dans la pratique, d'exclure apparem-

ment les étrangères de l'accès aux services d'avortement publics et/ou privés. Il peut en résulter que les personnes riches iront ailleurs, que les personnes moins aisées s'adresseront à des avorteurs clandestins proches de chez elles, et que la xénophobie sera encouragée dans le pays. Il faut cependant payer parfois ce prix pour faire taire l'opposition aux lois progressistes.

Dans les pays du Commonwealth, la femme qui obtient un avortement légal en dehors du pays où elle est domiciliée n'enfreint pas la législation de son pays et aucune mesure ne semble devoir être prise pour modifier la situation à cet égard.

vi. *Critères biologiques*

L'avortement doit être reconnu en droit comme un domaine de prise de décision au niveau humain. La législation, que ce soit en fournissant des indications spécifiques ou en autorisant seulement certains personnels ou certains établissements, doit classer les priorités suivant un ordre humain et social. Les doctrines intransigeantes qui s'opposent à l'avortement en tant que tel, autrefois pour des raisons théologiques et aujourd'hui pour des raisons biologiques, placent les droits de l'enfant à naître sur le même plan, du point de vue de la protection légale, que les droits des personnes vivantes. Dans la pratique, cependant, les intérêts de l'enfant à naître ne sont pas reconnus en toute égalité : par exemple, un fœtus (et non un enfant mort-né) ne sera pas d'ordinaire enterré en terre bénite, et l'expulsion prématurée, spontanée ou provoquée n'est pas considérée par la société dans son ensemble comme étant un décès.

Essayer, en démontrant l'individualité humaine biologique du fœtus, d'éviter une discussion humaine et une détermination humaine de la destinée fœtale équivaut à confondre légalité et spiritualité. La législation peut fort bien autoriser les êtres humains à arriver à une décision concernant le fœtus et peut, de façon positive, indiquer les méthodes légitimes à suivre pour prendre une décision concernant l'avortement.

vii. *Le commencement de la grossesse*

Toutes les législations du Commonwealth ne suivent pas les dispositions contenues dans la Loi anglaise de 1861 (article 58) aux termes desquelles est coupable de crime quiconque agira avec l'intention de procurer l'avortement de toute femme, « qu'elle soit enceinte ou non ». En fait, ces dispositions ne sont même pas suivies uniformément au Royaume-Uni, puisque le droit écossais de l'avortement (auquel ne s'applique pas la Loi de 1861) requiert la preuve de la grossesse (H. M. *Advocate c. Anderson* (1927)). Néanmoins, une personne qui se proposait seulement de pratiquer la régulation cataméniale sur une femme pourrait déclarer, pour se défendre de l'accusation d'avortement, qu'elle ne pensait pas que cette femme était enceinte et qu'elle ne voulait que provoquer la menstruation. Cela attirerait l'attention sur la question de la détermination de ce qu'on entend légalement par grossesse et du moment où elle est supposée commencer. Les options biologiques sont la

fécondation de l'ovule, la nidation de l'ovule fécondé dans la muqueuse utérine, l'évolution de l'embryon puis du fœtus (huit semaines après la conception), la fin des trois premiers mois de la grossesse et la manifestation des premiers mouvements de l'enfant.

La common law a adopté le critère des premiers mouvements, et le critère de la femme enceinte dont « l'enfant manifeste des mouvements spontanés » a une importance primordiale aux termes du Code pénal de Maurice. La Commission Evatt, consciente du fait que la Cour suprême des Etats-Unis avait supprimé (*Roe c. Wade* (1973), *Doe c. Bolton* (1973)) tous contrôles légaux pour les avortements pratiqués pendant les trois premiers mois de la grossesse, a été d'avis que : « Il n'y a pas vraiment d'argument en faveur d'une réglementation légale de l'avortement pendant les trois premiers mois de la grossesse » (p. 159). On peut aussi dire que si le fœtus doit être protégé légalement, la vie préfoetale n'a pas à l'être. Si cela semble accorder une importance juridique exagérée à un critère purement biologique, il faut cependant faire remarquer que cet argument ne fait que reproduire la différence qui existe déjà juridiquement entre l'avortement et la contraception, étant donné que des méthodes anticonceptionnelles aussi légales que le stérilet, par exemple, ont une influence sur l'ovule après sa fécondation. Il semble, par conséquent, que les définitions légales se croisent inévitablement avec les stades de la progression biologique, et que les législateurs qui se préoccupent du droit de l'avortement, soit dans un esprit libéral, soit dans une optique conservatrice, doivent définir les termes qu'ils utilisent. L'organe législatif de la Nouvelle-Zélande a accepté cette responsabilité et a distingué l'avortement de la contraception dans son amendement de 1977 à la Loi de 1961 sur les délits criminels. Il a décidé que :

le terme « avortement spontané » [miscarriage] veut dire :

- (a) la destruction ou la mort d'un embryon ou d'un fœtus après la nidation ;
- (b) l'expulsion ou l'extraction prématurée d'un embryon ou d'un fœtus après la nidation, sans intention de provoquer la naissance d'un fœtus que l'on estime viable ou d'enlever un fœtus qui est mort.

On peut trouver à redire pour des raisons biologiques à l'expression « d'un embryon ou d'un fœtus » en ce qu'elle se rapporte à l'ovule fécondé immédiatement après la nidation, mais il est clair que l'expression est utilisée légalement comme terme générique de référence au produit de la conception après la nidation. Une définition légale de cette sorte peut se révéler extrêmement utile pour distinguer juridiquement l'avortement, l'aspiration endométriale et la contraception.

C. Le contrôle du choix

i. *Le droit de choisir*

L'individualité et l'intégrité humaine de la femme lui permettent de revendiquer le droit de régulariser sa fécondité et de planifier son avenir ; elle n'a pas à être confinée par sa sexualité à un rôle social prédé-

terminé. S'il est reconnu qu'elle a le droit de demander à obtenir une interruption de grossesse dans des conditions légales et médicalement sans danger, la législation qui exprime ce droit a l'obligation de ne pas refuser dans la pratique ce qu'elle est censée autoriser en principe.

Ainsi, adopter une législation progressiste mais soumettre l'intervention à des conditions portant sur les établissements qui ne pourront probablement pas être remplies du fait de l'insuffisance et de la répartition inégale du personnel et des ressources est discutable du point de vue moral et inutile du point de vue social. Si la législation reconnaît le droit de choisir, les organismes administratifs ont l'obligation de rendre ce choix effectif en fournissant les moyens de l'exercer. Lorsque les ressources ne sont pas disponibles, la législation n'a pas d'effet, les pratiques clandestines se perpétuent et il n'y a pas vraiment de choix légitime.

Cette question a des aspects positifs et négatifs. Il est évident que, lorsque les ressources permettant un avortement légal n'existent pas, une femme ne peut pas choisir de les utiliser, mais, de même, lorsqu'elles sont insuffisantes, il se peut que la possibilité de choisir de ne pas les utiliser lui soit refusée. Si une femme qui est indécise au sujet de la poursuite de sa grossesse obtient une possibilité d'interruption légale qui ne se renouvellera peut-être pas, l'occasion lui est refusée de se faire conseiller pour mieux comprendre sa situation et de se préparer à la naissance d'un enfant. Plus il lui sera difficile d'obtenir un avortement par des moyens légaux, plus elle s'accrochera à la première possibilité qui se présentera. En restreignant les possibilités d'obtenir un avortement, on refuse donc à la femme l'occasion d'essayer de poursuivre sa grossesse en sachant que, si sa situation rend cela impossible, elle pourra subir l'intervention un peu plus tard.

ii. *Consentement des parents*

Peu de législations du Commonwealth sur l'avortement demandent le consentement des parents lorsque l'avortement doit être pratiqué sur des mineures, bien que parfois des règlements hospitaliers ou médicaux l'exigent. Cet obstacle mis à l'interruption légale de la grossesse après un avis médical justifiant l'intervention peut donner aux parents la possibilité d'agir non seulement sur la santé de leur enfant mais aussi sur son avenir éducatif et social. Cela est particulièrement opprimant dans les juridictions où l'âge de la majorité est relativement élevé, 21 ans par exemple. La recommandation de la Commission McMullin, qui, après avoir examiné soigneusement le problème, a proposé que les parents ne puissent pas opposer leur refus à un avortement légal, justifié par un avis médical, semble donc difficile à rejeter.

iii. *Consentement du conjoint ou du père*

Aucune législation du Commonwealth sur l'avortement ne requiert le consentement du père biologique pour une opération et, comme ces lois n'autorisent généralement l'avortement que pour sauver la vie ou

préserver la santé de la femme enceinte, l'interdiction de ce père n'a certes pas sa place. Mais, au fur et à mesure que des législations plus libérales apparaissent, il est possible que l'on commence à reconnaître les intérêts du père biologique dans la décision d'avortement. L'analyse de la question montre que cette reconnaissance n'est pas justifiée et qu'elle pourrait avoir, en fait, des conséquences néfastes.

Si mari et femme se mettent d'accord pour obtenir un avortement, la femme peut exprimer elle-même cet accord. S'ils ne sont pas d'accord, le mari ne peut pas forcer sa femme à l'avortement qu'elle refuse. Si la femme peut obtenir un avortement pour des raisons de santé, le mari ne devrait pas avoir le droit de s'y opposer.

Si les motifs sont plus étendus, par exemple socio-économiques, le mari, encore une fois, ne devrait pas avoir la possibilité d'imposer ses vues lorsqu'il y a désaccord. La femme peut être amenée, par exemple, à refuser de reconnaître qu'il est le père de l'enfant à naître. S'il n'est effectivement pas le père, son intérêt disparaît, bien entendu, car, en s'opposant à l'avortement, il imposerait la naissance d'un enfant qu'il n'aurait pas l'obligation d'entretenir.

On peut penser que le père non marié pourrait avoir le droit d'interdire l'avortement parce qu'il a l'obligation de subvenir aux besoins de l'enfant, mais son acceptation de cette obligation a peu de valeur s'il est étudiant, n'a qu'un emploi temporaire ou a déjà des charges financières. De toute façon, le droit d'interdire un avortement accordé en contrepartie de l'entretien de l'enfant établit une distinction entre les pères non mariés, sur la base de leurs moyens et perspectives financiers. De plus, si la jeune fille est mineure, le père aura commis un délit et son cas peut être mis en parallèle avec, par exemple, le cas de l'homme qui a violé et qui ne peut, de sa prison, exiger la continuation de la grossesse de sa victime. Il semblerait donc préférable que la décision concernant l'avortement ne fasse pas entrer en ligne de compte le consentement et le droit de veto du père.

iv. *Deuxième (et autres) avis médicaux*

Il est fréquent qu'un médecin, dans l'exercice de sa profession, demande l'opinion d'un de ses confrères sur un sujet particulier, mais le recours à cette opinion pour déterminer la légalité des décisions d'avortement a été quelque peu dénaturé. Il s'agit, non plus d'arriver à mieux évaluer les besoins de santé ou le traitement d'un malade, mais de donner la preuve de la bonne foi du premier médecin en démontrant qu'il n'entreprend aucune action clandestine. La Loi britannique de 1967 sur l'avortement incorpore cette pratique médicale en reconnaissant la nécessité d'un second avis, mais il n'est pas nécessaire que les deux avis médicaux concordent quant aux indications justifiant l'avortement, et la méthode à employer ne fait pas nécessairement l'objet de discussions. En outre, si le second médecin estime qu'une intervention n'est pas justifiée médicalement ou n'est pas recommandée légalement, le premier médecin est libre d'obtenir ailleurs un avis concordant, bien qu'il soit plus libre

en cela dans le secteur privé que dans le secteur public. Dans la pratique, on a observé que l'on finit par connaître les médecins qui ont tendance à accepter et ceux qui ont tendance à refuser, et les premiers seront sans doute ceux que l'on préférera consulter. L'obligation d'obtenir un avis concordant augmente les dépenses, les retards et, par conséquent, les risques. Cela accroît aussi les injustices lorsqu'une femme, faute de moyens, ne peut s'adresser qu'aux services du secteur public, où elle est davantage à la merci de médecins qu'elle ne peut ni choisir ni rejeter.

L'obligation d'obtenir un deuxième avis peut aussi exercer des effets dans les régions qui manquent de médecins. En Zambie, la Loi de 1972 sur l'interruption de grossesse qui requiert, par exemple, l'avis concordant de trois médecins, dont au moins un spécialiste, semblerait impliquer qu'il y a pléthore de médecins en Zambie, ce que démentent les statistiques qui montrent qu'il y a un médecin pour 8110 habitants (chiffres pour 1971) ; en Angleterre, la proportion est de un médecin pour 770 habitants. Au Canada, où il y a un médecin pour 600 personnes, le Comité Badgley a montré que les comités thérapeutiques composés de trois personnes fonctionnent de façon très variable, qu'ils entraînent des retards, en moyenne de deux mois, et qu'ils conduisent à une répartition inéquitable des services d'avortement. Un système d'appel, qui introduirait plus de justice objective dans le fonctionnement des comités, contribuerait peut-être aussi aux retards.

Il est possible qu'une opinion publique incertaine soit rassurée par ce contrôle d'un médecin par un autre médecin, et la profession médicale ne soulève aucune objection à ce sujet. Tout le monde peut y trouver son compte, sauf la femme qui veut obtenir un avortement. Il convient de ne pas repousser sans examen un autre système où l'on se fierait aux médecins immatriculés, peut-être lorsqu'ils exercent dans des établissements agréés, pour agir avec sérieux et où on laisserait au conseil de l'ordre des médecins le soin de contrôler ses propres membres.

D. Pratique médicale

i. Bonne foi

Un médecin qui agit de bonne foi ne peut être poursuivi pour avortement illégal. La bonne foi est établie par témoignages, généralement en recherchant l'avis concordant d'un autre médecin. Un élément de preuve supplémentaire et, en principe, subsidiaire est l'examen médical approfondi de la requérante en vue d'établir l'existence d'indications justifiant légalement un avortement. Chaque cas est unique, mais il serait peut-être possible de mettre au point un questionnaire assez uniforme, que rédigerait, par exemple, le ministère de la santé, et qui comprendrait la liste des questions que le médecin ne doit pas oublier de poser, portant sur la santé physique et mentale de la femme, la santé des enfants existants ou, par exemple, la transmission de défauts congénitaux. Des réponses adéquates pourraient confirmer la validité objective d'une décision d'interruption médicale de grossesse, même en l'absence d'un avis concordant,

lorsque cet avis n'est pas rendu obligatoire de par la loi. Si, pour chaque intervention, on enregistrait officiellement une formule dûment remplie et contenant les renseignements appropriés, il ne serait pas nécessaire d'obtenir un second avis. (Pour un modèle de formule-questionnaire, voir annexe III).

Des preuves de bonne foi peuvent être neutralisées par des preuves de « motifs irréguliers », par exemple des relations personnelles avec la patiente ou le paiement d'honoraires élevés. Les codes de déontologie médicale exigent souvent que les honoraires soient raisonnables, de sorte que le médecin qui demande des honoraires élevés semble admettre qu'en pratiquant un avortement il court un risque légal. La présence d'un vice entachant l'intégrité du jugement médical n'est toutefois pas annulée par le fait de demander des honoraires modérés.

ii. *Clause de conscience*

Les lois progressistes, qui autorisent dans certains cas l'avortement pour d'autres motifs que des raisons de santé, donnent généralement au personnel médical la possibilité de ne pas participer aux avortements pour des raisons de conscience, sauf lorsqu'il y a urgence et danger immédiat pour la santé de la femme. Cela peut établir un juste équilibre entre les intérêts de la patiente et ceux du médecin, de l'infirmière et de tout autre personnel médical, à condition que la patiente reçoive tout de même les autres services habituels des hôpitaux, par exemple les soins postopératoires et l'alimentation, ainsi que le respect dû aux malades.

Ces objections de conscience doivent s'appliquer partout et ne pas être limitées, par exemple, aux interventions pratiquées dans le secteur public. En outre, comme la Commission Lane l'a reconnu en principe et comme le Comité Badgley l'a constaté en fait, un médecin ou un autre dispensateur de soins de santé qui ne peut, quelle que soit la raison, s'acquitter des différentes fonctions qu'un hôpital s'est engagé à remplir ne peut pas s'attendre à être traité sur un pied d'égalité absolue avec les autres pour ce qui est de la nomination à un poste, de l'avancement et des responsabilités.

iii. *Autorisation*

Obtenir l'approbation de certains médecins seulement, peut-être des spécialistes, peut se justifier, surtout lorsque l'avortement doit être pratiqué à un stade avancé de la grossesse, mais cela risque aussi de restreindre les possibilités d'avortement lorsque ces praticiens ne sont pas en nombre suffisant. Cela est particulièrement vrai dans le cas où le secteur privé est florissant. Un moyen de répartir les services d'un médecin entre le secteur privé et le secteur public peut consister à ne permettre qu'à des médecins titulaires d'une autorisation spéciale de pratiquer des avortements. Tout médecin immatriculé peut alors être présumé avoir automatiquement cette autorisation, mais cette autorisation lui sera retirée dans les deux secteurs, public et privé, s'il n'effectue pas un nombre déter-

miné d'interventions dans les hôpitaux publics. Cette procédure de sélection à l'envers peut contribuer à résoudre le problème du personnel qualifié qui préfère ne pas demander l'autorisation.

iv. *Délégation de pouvoirs*

La présence d'un médecin est nécessaire pour chaque interruption de grossesse, bien que les nouvelles méthodes puissent être appliquées par un personnel paramédical travaillant sous le contrôle d'un médecin. Avec le temps, ce contrôle se fera peut-être par délégation plus lâche et, même à l'heure actuelle, un personnel paramédical convenablement formé peut être autorisé à pratiquer des actes médicaux spécifiés sous la surveillance du médecin qui délègue des fonctions à ce personnel.

v. *Honoraires*

Les honoraires sont toujours, comme l'a montré le Comité Badgley, une question délicate et constituent une source de conflits qui, dans le cas de l'avortement, suscite des réactions émotionnelles. Les législations progressistes ont parfois cherché à définir des barèmes d'honoraires, mais on peut se demander si cela est justifié ou nécessaire. Le médecin qui est disposé à pratiquer une intervention de grossesse ne fixera pas des honoraires si élevés qu'il n'aura plus de clientes dans le secteur privé. Quant à sa contribution au secteur public, elle peut être assurée par d'autres moyens que la réglementation des honoraires, par exemple par des systèmes d'autorisation lui donnant le droit de pratiquer les interventions nécessaires ou de les surveiller.

vi. *Formalités de déclaration*

Le règlement d'application de la Loi britannique de 1967 sur l'avortement précise les modalités de déclaration des avortements. De nombreux actes médicaux doivent être déclarés et, par conséquent, l'avortement ne peut être exempté de cette obligation, mais il ne devrait pas davantage être distingué et soumis à des exigences particulières en matière de déclaration. Au Canada, les dispositions qui prévoient qu'un ministre provincial de la santé peut exiger des copies des certificats délivrés en vue d'un avortement, ainsi que des renseignements connexes, n'ont pas été appliquées, comme l'a montré le Comité Badgley. Les arguments tendant à démontrer que l'avortement devrait être traité comme tout autre acte médical semblent convaincants.

vii. *Grossesse de moins de trois mois*

Les premières lois sur l'avortement faisaient une distinction entre la femme enceinte arrivée au stade de la manifestation des premiers mouvements du fœtus et celle qui n'est pas encore arrivée à ce stade. Cette façon de voir était assez réaliste, étant donné que le stade où « l'enfant

a bougé » coïncide avec la fin de la période (c'est-à-dire la 13^e ou la 14^e semaine de grossesse, d'après les méthodes modernes d'évaluation de la durée de la grossesse) pendant laquelle les avortements peuvent être pratiqués sans danger. Ne pas considérer comme délit criminel un avortement pratiqué sous surveillance médicale pendant les trois premiers mois de la grossesse permettrait de supprimer bien des entraves qui existent actuellement et encouragerait l'avortement précoce et, par conséquent, la diminution des risques pour la santé. Une opinion publique qui hésite devant l'interruption tardive de la grossesse pourrait avoir moins d'objections à des techniques qui ne font guère plus que provoquer une menstruation retardée. En conséquence, on pourrait proposer qu'aucune restriction autre que la surveillance médicale ne soit imposée pour les avortements pratiqués pendant les trois premiers mois.

On peut profiter, sur ce point, de l'expérience acquise par Singapour dont la Loi de 1969 sur l'avortement était fondée sur un certain nombre d'indications légales. L'expérience du fonctionnement de ce système a amené l'organe législatif à abolir la Loi de 1969 pour la remplacer par la Loi de 1974, actuellement en vigueur. Cette loi prévoit qu'un médecin immatriculé et qualifié peut procéder à une interruption de grossesse « sur simple demande » jusqu'à la fin de la 16^e semaine de grossesse. De la 17^e semaine à la fin de la 24^e semaine, un avortement « sur simple demande » ne peut être pratiqué que par des médecins ayant des qualifications spéciales ; après la 24^e semaine, l'avortement n'est légal que lorsqu'il s'agit de sauver la vie de la femme ou d'éviter de graves atteintes permanentes à sa santé physique ou mentale. Etant donné que la grossesse, aux termes de la Loi de 1974, est calculée à partir du premier jour des dernières règles normales, ou par examen clinique (article 4(2)), la période de 16 semaines peut coïncider approximativement avec le premier trimestre.

Une législation autorisant les avortements pour des motifs spécifiés et qui se montre libérale pour les avortements précoces devrait, lorsque la gestation est plus avancée, requérir des justifications de plus en plus restrictives se concentrant sur la sauvegarde de la santé et affinant progressivement l'effet de considérations plus socio-économiques. A la fin de la grossesse normale, le sacrifice du fœtus ne serait autorisé que s'il est nécessaire pour sauver la vie de la femme, ce qui est la position adoptée actuellement dans les juridictions ayant une loi dont la clause de « destruction d'enfant » protège le fœtus, comme par exemple la Loi anglaise de 1929 sur la vie de l'enfant (préservation) [Infant Life (Preservation) Act].

E. Législation

i. Le rôle de la législation

La réforme de la législation peut faire beaucoup pour réduire les risques que présentent les avortements clandestins pour la vie et la santé de

la femme. Le Comité Badgley, à propos de la nouvelle législation canadienne de 1969, a remarqué que :

Au Canada, le nombre des décès de femmes des suites d'avortements criminels ou autoprovocés, qui atteignait une moyenne de 12,3 chaque année de 1958 à 1969, est descendu à 1,8 décès par an de 1970 à 1974. (p. 72-73)

La législation peut faciliter l'accès à des interventions légales pratiquées par des médecins honnêtes et qualifiés, en énonçant clairement la légalité de cette intervention et, le cas échéant, en réduisant les restrictions existant dans des lois ou pratiques parallèles (concernant par exemple le consentement des parents).

La déclaration de la légalité de l'avortement, que cette légalité se fonde sur des indications précises ou sur les trois premiers mois de la grossesse ou la durée de la gestation, ne peut cependant pas orienter la répartition des ressources. Dans un certain nombre de juridictions où les obstacles juridiques à l'avortement ont été réduits, le nombre des avortements illégaux ainsi que les risques pour la vie et la santé de la femme qui leur sont associés n'ont pas diminué de façon significative parce que les services d'avortement rendus légaux en théorie n'ont pas pu être obtenus dans la pratique. Le fait qu'une interruption de grossesse devienne licite n'oblige aucunement les autorités administratives qui répartissent les ressources sanitaires à satisfaire la demande existante en matière d'avortement ou à faire en sorte que l'intervention puisse être pratiquée à un stade aussi précoce que possible de la grossesse. Il n'est pas besoin de préciser que, si ces autorités ne fournissent pas les ressources que demande l'application de la nouvelle loi, le seul changement visible dans le pays affectera simplement le code. Si le gouvernement ne s'engage pas à veiller à ce que les demandes d'avortement soient orientées vers la médecine licite, les avorteurs clandestins conserveront une nombreuse clientèle et seuls les plus riches pourront s'assurer un avortement sans danger.

Une législation inspirée par la recherche de la justice sociale et visant à donner aux pauvres des droits égaux en matière de soins de santé (notamment la possibilité d'obtenir une interruption de grossesse sans danger) peut faire partie d'un programme qui va au-delà de la simple promulgation des textes ; en fait, la loi peut être non pas la fin mais le début du programme. En outre, l'avortement n'a pas à être le point central de la législation, mais peut faire partie d'un programme général de régulation de la fécondité qui accorde la priorité à l'éducation en matière de vie familiale et à l'explication des méthodes anticonceptionnelles. La législation peut encourager un tel programme en protégeant les participants, en faisant, par exemple, de l'échec d'une méthode contraceptive une indication de l'avortement légal. La portée sociale des services peut aussi être renforcée si, par exemple, les médecins ne sont autorisés à pratiquer les interruptions de grossesse dans le secteur privé, plus rémunérateur, que s'ils en effectuent un certain nombre dans les établissements publics.

La législation seule ne peut pas garantir que les ressources seront fournies, mais elle peut être conçue de manière à faciliter et à encourager des services d'avortement plus équitablement répartis et à favoriser la rapidité de la décision afin que l'avortement puisse être pratiqué le plus tôt possible, pour le plus grand avantage de la santé des requérantes.

ii. *Le rôle des sanctions*

Il ne s'ensuit pas nécessairement qu'une conduite qui suscite la désapprobation doive tomber sous le coup de sanctions, pas plus qu'il ne s'ensuit que l'existence formelle de ces sanctions contrôle véritablement la conduite individuelle. L'interdiction, par exemple, de l'adultère n'a pas réduit pour autant son incidence, et la suppression des sanctions légales ne signifie pas qu'une telle conduite est approuvée ou excusée ; l'évolution légale a simplement mis fin à la possibilité de poursuites (qui, de toute façon, n'étaient pas entamées) en cas de conduite que la société regrettait mais tolérait. Une évolution légale comparable s'est produite dans les domaines du divorce, du suicide, de la contraception, des relations homosexuelles et des déviances sexuelles, qui sont toujours condamnés par la religion, mais qui ne le sont plus par la loi. La loi doit s'adapter aux changements que connaissent les limites de la tolérance de l'opinion publique et que l'on peut constater, non seulement dans les discours de ceux qui occupent des positions influentes dans la société, mais aussi dans la conduite et la vie privée des simples particuliers. La loi montre son impuissance et risque d'être sans rapport avec la situation réelle si elle continue à condamner en théorie, sans pour autant engager des poursuites, ce que la société dans sa grande majorité ne condamne plus dans la pratique.

La législation qui impose des sanctions en cas d'avortement n'empêche pas les avortements dans la société mais ne fait que retarder les interventions sans danger et refuser aux femmes pauvres les services publics qui sont pour elles le seul moyen d'accéder aux prestations d'un médecin qualifié. Chercher à réduire le nombre des avortements par la loi pénale est néfaste pour les femmes qui désirent obtenir un avortement et pour ceux qui s'opposent, par principe, à cette intervention. La force du droit pénal, même s'il est effectif, ne peut se substituer à la création de conditions dans lesquelles une conduite regrettable peut être évitée et découragée. En s'opposant à des modifications de la loi, les adversaires de la solution de l'avortement risquent de mal utiliser leurs ressources, qu'ils mettraient mieux à profit en encourageant la continuation de la grossesse, non point par des menaces, mais par une aide et une assistance aux jeunes filles et aux femmes enceintes. Des conseils, un soutien et l'exemple peuvent montrer comment on peut accepter une grossesse non désirée, mais des conseils éclairés ne peuvent être prodigués dans un climat de contrainte. Des services d'avortement inaccessibles et des sanctions pénales peuvent avoir pour effet d'empêcher d'identifier ou de contacter celles qui sont les plus susceptibles de profiter de ces conseils. Le problème de l'avortement dans les sociétés modernes

porte sur des questions touchant au bien-être individuel, et ces questions ne sont pas traitées avec succès si l'on se fonde sur des concepts de crime et de châtement.

iii. *La psychologie de la législation*

Les lois de base et les lois élaborées, mais aussi de nombreuses lois progressistes, sont exprimées en termes exclusivement négatifs. Les premières énoncent généralement que quiconque effectue illégalement des actes définis est coupable d'un délit et s'expose à une sanction. Les lois progressistes se greffent sur ces lois de base ou élaborées en énonçant que ces lois ne s'appliquent pas dans certaines conditions dûment spécifiées. En créant des dérogations aux interdictions, la législation évite psychologiquement d'exprimer clairement que l'avortement est légal, et conserve des termes chargés de culpabilité datant d'une époque passée de l'évolution sociale.

Logiquement et juridiquement, négatif plus négatif égale positif, mais si la loi doit être bien comprise par ceux auxquels elle s'applique, il lui faut exprimer ses dispositions clairement et de façon positive. Cela, qui est vrai pour toute loi, l'est tout particulièrement pour celle qui concerne l'avortement, étant donné que ses dispositions n'intéressent pas seulement le juriste mais constituent la base sur laquelle un médecin peut agir comme il convient à l'égard de sa patiente. L'interruption de la grossesse est le seul acte médical pour lequel le médecin est guidé par une loi pénale, et il est donc indispensable que cette loi soit exprimée dans un langage que les médecins puissent comprendre et appliquer après lecture d'un seul texte. Une législation introduisant une loi élaborée ou progressiste est plus claire lorsqu'elle contient un énoncé comme : « Une interruption de grossesse est légale lorsque... ». Les expressions négatives des textes actuels ne semblent fournir aux médecins qu'un moyen de défense en cas de poursuite, tandis qu'un énoncé positif indiquerait la légalité d'interventions pratiquées en conformité du texte.

Une autre preuve que les lois actuelles sont rédigées de façon peu satisfaisante et que leurs fondements conceptuels sont ésotériques réside dans le fait qu'elles ont tendance à se donner une dynamique interne qui produit un vrai barrage de règlements et d'explications. Cet obstacle semble insurmontable au non-juriste et crée de nombreux pièges pour le médecin qui n'est pas suffisamment circonspect et qui, par inadvertance, risque de commettre une infraction à ce système complexe et de s'exposer à de graves sanctions pénales et professionnelles pour avortement illégal. Il n'est pas bon et, si cela est voulu, il n'est pas honnête qu'une législation qui autorise un médecin à traiter sa patiente suivant leurs souhaits communs cache ou brouille ses effets de telle sorte qu'il y a manque de clarté quant à la légalité de l'intervention.

iv. *La dynamique de la réforme juridique : les droits des femmes*

Les institutions traditionnelles qui manifestent la plus grande résistance à la libéralisation des lois sur l'avortement sont généralement celles

qui s'opposent aussi à l'amélioration de la condition de la femme. Toutefois, les pays du Commonwealth constatent progressivement que leurs institutions publiques et politiques doivent reconnaître et écouter les vœux des femmes en tant que groupe particulier unifié par des intérêts communs. L'application des lois sur l'avortement montre fréquemment que ces intérêts sont négligés. On peut penser que prochainement les revendications des femmes amèneront une nouvelle façon de penser et l'adoption de lois qui auront ensuite des répercussions sur leur place au sein de la société. L'égalité plus grande apportée en matière de divorce, d'héritage, d'éducation et de possibilités d'emploi, ainsi que l'introduction du concept « à travail égal, salaire égal », s'inscrivent dans cette tendance.

On peut prédire que les femmes, en devenant de mieux en mieux instruites et de plus en plus capables d'exprimer leurs opinions, ne toléreront plus d'avoir à craindre ce qui se passe dans leur propre corps. De même, elles s'opposeront à l'adoption, aux dépens de la qualité de leur vie individuelle, de politiques démographiques nationales. Tout comme elles rejettent la stérilisation non volontaire, elles rejettent la maternité non désirée à laquelle on les obligerait à des fins politiques.

L'expérience de l'application des lois sur l'avortement montre le désespoir et le désarroi qui s'empare d'une femme lorsqu'elle apprend qu'elle est enceinte sans l'avoir voulu, et la détermination avec laquelle elle cherche à mettre un terme à sa grossesse. Même lorsque la législation est progressiste, elle devra peut-être se soumettre à un examen de sa situation personnelle, y compris l'origine de sa grossesse, afin que l'on détermine les facteurs physiologiques, psychiatriques ou sociologiques qui sont une indication d'avortement légal. Elle peut se sentir humiliée d'avoir à révéler à des inconnus des détails intimes concernant sa vie personnelle, familiale et sociale, et peut se sentir dégradée et privée de toute autonomie en voyant que sa destinée dépend entièrement d'autres personnes. Elle ne peut pour ainsi dire rien contre leur décision. Ces personnes peuvent faire appliquer leurs conceptions et leurs préférences à ses dépens alors qu'elle n'a peut-être même pas le droit de s'adresser à elles directement, et elles peuvent décider de son cas pour des raisons bureaucratiques, par exemple parce qu'on manque de ressources pour pratiquer l'intervention à laquelle elle a légalement droit.

Il est évident que les femmes qui peuvent éviter cela le font. Sur six Canadiennes qui se font avorter, une femme se rend aux Etats-Unis pour subir dans l'anonymat une intervention sur simple demande. De nombreuses femmes des Bermudes font de même, et les Néo-Zélandaises qui en ont les moyens vont en Australie. Certaines femmes, désireuses de conserver l'anonymat mais obligées pour des raisons économiques de rester dans leur pays, rechercheront peut-être un hôpital situé en dehors de leur région, risquant ainsi de voir leur demande refusée du seul fait qu'elles ne résident pas dans le ressort géographique de l'hôpital.

Les groupes qui représentent les intérêts des femmes expriment de plus en plus leur mécontentement et leur indignation devant ce que les femmes doivent supporter pour conserver leur intégrité physique et contrôler

leur avenir personnel et social. Les femmes qui ont des moyens peuvent échapper aux humiliations de la procédure officielle dans leur pays en obtenant une interruption de grossesse dans l'anonymat et la sécurité, à l'étranger ou dans leur pays, dans le secteur privé des soins de santé. Si les droits de la femme, en tant que catégorie importante des droits de la personne humaine, deviennent encore plus politisés, il est possible que les lois restrictives sur l'avortement finissent par devenir de l'histoire ancienne, tout comme d'autres lois maintenant rejetées qui opprimentaient elles aussi le droit à l'autodétermination individuelle.

v. *Effets de l'application des lois progressistes*

On a vu que l'adoption d'une législation progressiste peut amener une très forte diminution des décès dus aux avortements clandestins (voir i. ci-dessus), mais les méthodes d'application des lois libérales montrent également que les avantages ainsi obtenus pour la santé de la femme risquent d'être remis en question par une trop grande prudence. Il ressort du rapport Badgley que le recours aux comités de l'avortement thérapeutique cause, en moyenne, un retard de huit semaines pour l'interruption de la grossesse au Canada, ce qui confirme que les dispositions légales peuvent empêcher que les avortements soient pratiqués au début de la grossesse, lorsqu'ils présentent le moins de danger et sont le moins coûteux. Si l'on avance que ces retards sont dus à la nécessité d'éliminer les cas qui n'entrent pas dans le cadre de l'avortement légal, on ne tient pas compte des conclusions ci-après de la Commission Lane :

... selon les témoignages, une femme déterminée à obtenir un avortement n'est pas facilement détournée de son objectif, en particulier si elle n'est pas mariée. Certaines femmes qui n'ont pas pu l'obtenir légalement essaient de se faire avorter elles-mêmes, avec ou sans succès, d'autres s'adressent à des avorteurs clandestins (ces deux méthodes illégales peuvent avoir des conséquences physiques désastreuses), et quelques-unes se suicident ou tentent de le faire. (p. 162)

Il n'a jamais été établi qu'il y avait avantage à retarder l'avortement légal des femmes qui remplissent les conditions voulues afin d'exclure de la procédure d'autres femmes qui auront probablement recours à d'autres moyens.

Les avis médicaux concordants ne sont pas davantage destinés à protéger la santé de la femme et démontrent, au mieux, qu'une intervention particulière sera justifiable selon le libellé des indications retenues par la loi. A cet égard, la Loi britannique de 1967 est bien représentative en ce qu'elle ne demande pas que le deuxième avis médical soit fondé sur les mêmes motifs que le premier avis, avec lequel elle peut être en désaccord, et en ce qu'elle ne demande pas qu'il y ait accord sur la méthode abortive proposée, bien que le choix de la méthode puisse avoir une certaine importance pour la femme et pour le résultat.

L'obligation de déclarer les avortements place théoriquement les médecins sous le coup de poursuites en cas de pratique abusive, mais les déclarations, tout en étant fort complexes, ne sont demandées que pour

les avortements effectués, à l'exclusion des avortements refusés. Le Comité Badgley a montré que les ministres de la santé des provinces canadiennes n'avaient jamais utilisé leurs pouvoirs d'enquête concernant les avortements réalisés, et la Commission Lane a révélé un manque analogue de connaissance des avortements refusés, en dépit des clauses du règlement détaillé sur l'avortement.

Les auteurs du rapport Lane ont constaté que :

Il n'est pas possible de déterminer avec précision le nombre de femmes pendant la grossesse desquelles la question de l'avortement s'est posée mais à qui on a dit qu'il n'y avait pas de motifs suffisants pour une interruption... Au moins 30% de celles auxquelles on refuse tout d'abord un avortement peuvent finalement l'obtenir, et une proportion importante (peut-être 20%) l'obtiennent au sein du service national de santé. (paragraphe 160)

Ils poursuivent :

Dans les cas où l'avortement thérapeutique n'a pas été pratiqué, il peut y avoir avortement spontané, avortement illégal, ou naissance de l'enfant. Il n'existe aucune statistique nationale indiquant le pourcentage d'enfants nés après que l'avortement a été refusé... Les résultats indiquent que moins des deux tiers de celles à qui on refuse un avortement acceptent ce refus... Le tiers restant obtient finalement l'avortement. (paragraphe 161)

Le rapport Badgley a montré que de nombreuses demandes d'avortement étaient refusées, non pas du fait de l'état de la femme, mais parce que les services hospitaliers étaient débordés de demandes. Comme les refus n'ont pas à être notifiés, le ministre provincial de la santé responsable de l'affectation des ressources en matière de santé publique ne reçoit cependant aucune information à ce sujet dans le cadre de la déclaration des avortements. Cela confirme le fait que le but de la déclaration est de surveiller, non pas la qualité des services de santé fournis, mais simplement la légalité des interventions pratiquées. On peut douter que les mécanismes complexes mis sur pied à cet effet soient justifiés, du fait notamment que, de toute manière, on passe sous silence les illégalités.

On peut critiquer les règlements adoptés dans le cadre d'une législation progressiste sans pour autant nier qu'ils aient un rôle utile. Lorsque la loi, par exemple, énonce que les avortements seront effectués dans des établissements agréés et/ou par des praticiens autorisés, il est préférable que les conditions d'agrément et/ou d'autorisation soient exposées dans un règlement plutôt que dans le texte législatif. En effet, lorsque la position nationale se modifie, il est plus facile de changer le règlement que la loi. L'adaptation des ressources à la demande peut amener à considérer, par exemple, comme « établissements agréés » des dispensaires de planification familiale qui pratiqueront l'aspiration endométriale au tout début d'une grossesse supposée, ou à retirer à un établissement particulier l'autorisation de pratiquer ces interventions lorsque le personnel qualifié est parti. De même, lorsque les établissements publics ont un personnel qualifié suffisant, les critères exigés pour donner une autorisation aux médecins peuvent être moins sévères pour ce qui est du temps qu'ils doivent consacrer au service public, leur laissant ainsi plus de temps

pour leur clientèle privée. Il est préférable que ces ajustements fassent l'objet de règlements ministériels plutôt que de débats du corps législatif national, qui n'est pas fait pour procéder aux délicates mises au point périodiques que le ministère compétent peut effectuer par voie réglementaire.

vi. *Evolution juridique*

Tout juriste sait qu'une législation élaborée existe implicitement dans la législation de base d'une juridiction donnée, mais les professions médicales et apparentées le comprendraient mieux si un texte exprimait clairement ce que permet la loi, en modifiant non pas son essence mais seulement son libellé, pour donner à la loi une forme élaborée. Ou bien, sans empiéter sur le domaine du législateur, un ministre, le ministre de la justice par exemple, ou, ce qui serait peut-être plus approprié, le ministre de la santé, après avoir recueilli un avis juridique, pourrait publier une déclaration faisant autorité sur la signification de la loi, qui serait sujette à toute correction ultérieure requise par les décisions judiciaires.

Une loi élaborée ou progressiste pourrait également résoudre les conflits théoriques entre le droit de l'avortement et la pratique d'une contraception licite, par exemple par des méthodes « postcoït » ou « du lendemain », soit en étendant la loi sur l'avortement pour englober certaines de ces méthodes, soit en énonçant clairement qu'une contraception licite telle qu'elle est définie l'emporte sur les dispositions de la loi sur l'avortement.

Le droit et la gestion de l'avortement, dans les juridictions du Commonwealth, contiennent tous les ingrédients nécessaires pour arriver, assez rapidement peut-être, à une législation sur l'avortement correspondant à la réalité médicale et sociale. Les progrès de la médecine et les attitudes sociales font que l'avortement est devenu une intervention relativement sans danger et plus largement admise, de sorte que l'atmosphère criminelle qui entourait autrefois l'avortement a presque disparu *de facto*. Des affaires hors du commun sont encore portées devant les tribunaux, mais en général dans tout le Commonwealth, les poursuites sont très rares, et elles sont inconnues dans de nombreux territoires où les médecins qui pratiquent des avortements sont bien connus, sinon abordables. Les sanctions continuent à faire impression sur le médecin prudent, bien entendu, mais leur effet psychologique va en diminuant. L'avortement quitte le domaine du droit pénal pour se situer dans celui de la législation sociale, qui comprend le contrôle de la fécondité et la santé de la femme. En réponse au rapport Badgley, par exemple, le Ministre canadien de la Santé nationale et du Bien-Etre social a fait savoir qu'il envisageait la création de centres qui s'occuperaient, non pas seulement des interruptions de grossesse, mais aussi et tout particulièrement de la planification familiale, des conseils concernant la fécondité, du dépistage du cancer (en indiquant notamment comment procéder soi-même à l'examen du sein) et de la santé maternelle en général.

Etant donné que l'exercice de la médecine par des personnes non qualifiées est déjà interdit, il est tout à fait possible, dans le cadre de la plupart des systèmes de droit pénal, d'abroger les lois sur l'avortement en tant que telles et de réglementer cette intervention dans le cadre des lois sur la santé et le bien-être social. La surveillance visant à réprimer toute pratique illicite d'un médecin pourrait être confiée, dans ce domaine comme dans tous les autres, à la profession médicale, renforcée indirectement, peut-être, par les lois sur la négligence et le non-respect des contrats.

Très peu de pays du Commonwealth, ou peut-être aucun, ne sont prêts à reconnaître *de jure* que l'avortement pratiqué par un médecin a perdu son caractère d'acte criminel, comme cela est déjà reconnu *de facto*. Les rapports Lane, Badgley, McMullin et Evatt ont noté l'ambivalence, du point de vue juridique, de nombreuses interventions pratiquées en conscience qui ne sont pas strictement conformes aux lois progressistes et ont considéré que la question avait peu d'importance. Une société qui accorde la priorité à la préservation de la santé de la femme et à la possibilité égale pour toutes les femmes, quelle que soit leur catégorie socio-professionnelle, de maîtriser leur fécondité, sera prête à accepter que l'avortement entre dans le cadre général des soins de santé, ce qui permettra de réglementer cette intervention de la même manière et sur la base des mêmes dispositions législatives que les autres actes médicaux.

Le droit de l'avortement a évolué, passant de la législation de base prohibitive à la législation élaborée par le biais d'un précédent *Bourne* ou autre ou d'une déclaration administrative ayant le même effet, puis arrivant à une législation progressiste qui énumère les justifications légales de l'avortement et les conditions dans lesquelles il peut être réalisé. A partir du moment où la portée de l'avortement autorisé est définie, les arguments en faveur d'une législation de l'avortement distincte n'ont plus la même force, et on peut la remplacer par une législation de la santé et du bien-être social qui se préoccupe non pas de crime et de châtement mais d'affectation et de répartition des ressources en matière de santé afin de satisfaire les besoins sanitaires. Par conséquent, au terme final de son évolution, le droit de l'avortement ne sera peut-être pas identifiable à part. Il n'est peut-être pas trop tôt pour œuvrer afin d'atteindre l'objectif d'une assimilation complète de la loi sur l'avortement par la législation générale concernant les besoins de santé de la femme.

F. Conclusion

L'objet de ce rapport était de présenter une synthèse des législations du Commonwealth sur l'avortement et un bref aperçu de leur évolution. Il met l'accent sur les caractéristiques et les lignes d'évolution communes, reconnaissant non seulement le patrimoine juridique commun, mais aussi la diversité qui existe entre les pays du Commonwealth. Tout

comme chaque juridiction peut placer sa législation dans un cadre de base, élaboré ou progressiste, chaque juridiction peut déterminer pour elle-même la vitesse et l'orientation des changements qui seront apportés.

Le rapport identifie les facteurs que les planificateurs de l'évolution devront peut-être examiner, montre comment telle ou telle juridiction a résolu des problèmes particuliers et comment, à l'expérience, certaines lois fonctionnent. Nous espérons que, de la sorte, ce rapport sera une source d'information et un instrument utile. Il ne vise ni à donner des instructions, ni à guider. Chaque pays du Commonwealth et chaque juridiction doit faire face à des besoins et à des prévisions trop particuliers pour qu'il soit possible de les examiner dans un rapport général de ce genre. Les différences de ressources, de traditions culturelles et, par exemple, de dynamique sociale et d'aspirations de la population façonneront les solutions qui seront apportées localement au problème de l'avortement et de sa réglementation légale. Chaque administration a sa propre conception de la façon dont le conflit théorique entre servir un peuple et le diriger peut être résolu, dans le domaine de l'avortement comme dans tous les autres domaines. Fixer l'ordre des priorités nationales est une attribution du gouvernement, qui accomplit le mieux sa mission lorsqu'il est réceptif aux aspirations spirituelles et pratiques de ceux qu'il sert en les dirigeant.

Nous espérons que les données, l'analyse et le commentaire présentés dans ce rapport apporteront leur appoint à la somme d'informations, d'expériences et d'idées dont disposent ceux qui ont la responsabilité d'appliquer ou de faire progresser la législation sur l'avortement dans les différents pays du Commonwealth.

VI. TABLEAUX

Tableau I

INDICATIONS LÉGALES

Pays du Commonwealth, par région géographique	Indications légales justifiant un avortement							Textes législatifs et jurisprudence en vigueur au 1 ^{er} mai 1978
	Risque pour la vie	Santé physique	Santé mentale	Indications eugéniques	Indications juridiques (viol, inceste)	Indications socio-économiques	Sur simple demande	
AFRIQUE								
Botswana	X							Code pénal (chap. 8:01), art. 160-162.
Gambie	X							Code criminel (chap. 37), art. 15, 140-142. R. c. Bourne s'applique.
Ghana	X	X	X					Code criminel, 1960, art. 58-59, 67(2). R. c. Bourne s'applique.
Kenya	X	X	X					Code pénal (chap. 63), art. 158-160, 240. <i>Mehar Singh Bansel c. R.</i> [1959] E.A.L.R. 813. R. c. Bourne et R. c. <i>Newton and Stungo</i> s'appliquent.
Lesotho	X	X	X					Common law gouvernée <i>de jure</i> par la défense dite de la «nécessité».
Malawi	X							Code pénal (chap. 7:01), art. 149-151.
Maurice	X							Ordonnance portant Code pénal (chap. 195), art. 235, <i>Anath c. The Queen Supreme Court</i> , 17 mai 1977. Record N° 3103.

Tableau I (suite)

Pays du Commonwealth, par région géographique	Indications légales justifiant un avortement							Textes législatifs et jurisprudence en vigueur au 1 ^{er} mai 1978
	Risque pour la vie	Santé physique	Santé mentale	Indications eugéniques	Indications juridiques (viol, inceste)	Indications socio-économiques	Sur simple demande	
AFRIQUE (suite) Nigéria Etats du Nord	×							Lois du Nigéria septentrional. Lois R.E. 1963. Code pénal (chap. 89), art. 232-234.
Etats du Sud	×	×	×					Code criminel. Lois de la Fédération du Nigéria. Lois R.E., 1958, Vol. II (chap. 42), art. 228-230, 297. R. c. <i>Edgal</i> , 4 W.A.C.A. 133 (1938). R. c. <i>Bourne</i> s'applique.
Ouganda	×	×	×					Code pénal (chap. 106), art. 136-138, 217.
Seychelles	×							Code pénal (chap. 93), art. 147-149, 226.
Sierra Leone	×	×	×					Loi anglaise de 1861 sur les atteintes à la personne humaine [Offences against the Person Act], art. 58-59; common law gouvernée de jure par la défense dite de la «nécessité». R. c. <i>Bourne</i> s'applique.
Swaziland	×	×	×					Common law gouvernée de jure par la défense dite de la «nécessité».
Tanzanie	×							Code pénal (chap. 16), art. 150-152. R. c. <i>Bourne</i> s'applique.
Zambie	×	×	×	×		×		<i>People c. Gulshan, Smith, Finlayson</i> (1971). Haute Cour de Zambie (criminelle) H.P. 11/1971. Code pénal (chap. 146), art. 151-153. Loi de 1972 sur l'interruption de la grossesse.

ASIE ET OCÉANIE Australie Australie méridionale	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	Criminal Law Consolidation Act, 1935-1966, art. 81-82. Criminal Law Consolidation Amendment Act, 1969, art. 82a.
Australie occidentale	×																		Loi de 1913 portant Code criminel, art. 199-201, 259.
Nouvelle-Galles du Sud	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	Loi de 1900 sur les délits criminels, art. 82-84, R. c. <i>Davidson</i> [1979] V.R. 667. R. c. <i>Wald</i> [1971] 3 D.C.R. (N.S.W.) 25.
Queensland	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	Code criminel, art. 224-226, 282. R. c. <i>Ross and McCarthy</i> [1955] Q.S.R. 48.
Tasmanie	×																		Loi de 1924 portant Code criminel, art. 51(1), 134-135.
Territoire de la Capitale	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	Loi de 1900 sur les délits criminels, art. 82-84, R. c. <i>Davidson</i> [1969] V.R. 667. R. c. <i>Wald</i> [1971] 3 D.C.R. (N.S.W.) 25.
Territoire du Nord	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	Criminal Law Consolidation Act and Ordinance 1876 à 1974, art. 78-79 A.
Victoria	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	Loi de 1958 sur les délits criminels, art. 65-66, R. c. <i>Davidson</i> [1969] V.R. 667.
Bangladesh	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	Code pénal, 1860, art. 312-316.

Tableau I (suite)

Pays du Commonwealth, par région géographique	Indications légales justifiant un avortement							Textes législatifs et jurisprudence en vigueur au 1 ^{er} mai 1978
	Risque pour la vie	Santé physique	Santé mentale	Indications eugéniques	Indications juridiques (viol, inceste)	Indications socio-économiques	Sur simple demande	
ASIE ET OcéANIE (suite)								
Fidji	×	×	×		Lorsqu'on peut les interpréter comme constituant un risque pour la santé			Code pénal (chap. 11), art. 165-167, 265. R. c. <i>Emberson and Emberson</i> . Procès criminel N° 16 de 1976.
Iles Gilbert	×							Code pénal, chap. 8, art. 150-152.
Hong Kong	×	×	×			×		Ordonnance modifiée de 1976 sur les atteintes à la personne humaine (chap. 212), art. 46-47, 47A, Règlement de 1973 sur l'interruption de la grossesse.
Inde	×	×	×	×		×		Code pénal, 1860, art. 312-316. Loi de 1971 sur l'interruption médicale de la grossesse. Règlement de 1975 sur l'interruption médicale de la grossesse.
Jammu et Cachemire	×	×	×	×		×		Loi d'Etat XXIII de 1974.
Malaisie Péninsulaire	×	×	×	×		×		Code pénal (chap. 75), art. 312-316.
Sabah	×	×	×	×		×		Code pénal (N° 3 de 1959), art. 312-316.
Sarawak	×	×	×	×		×		Code pénal. Lois du Sarawak 1958 (chap. 57), art. 312-316.

Nauru	×									Première annexe Loi de 1899 portant Code criminel, art. 224-226, 282, du Queensland (Australie) applicable en tant que loi adoptée.
Nouvelle-Zélande	×	×	×	×	×					Loi de 1961 sur les délits criminels N° 43, art. 182-187, modifiée en 1977, N° 113. Hospitalis Amendment Act de 1975 (modifiant le Hospitalis Act de 1957). R. c. <i>Woolnough</i> [1977] 2 N.Z.L.R. 508. Loi de 1977 sur la contraception, la stérilisation et l'avortement.
Papouasie-Nouvelle-Guinée	×	×	×	×						Code criminel (chap. XXII), art. 228-230; (chap. XXVI), art. 285. Section chargée des lois/opinion juridique, 13 août 1974.
Samoa-Occidental	×	×	×	×						Loi modifiée de 1969 sur les délits criminels, art. 73A-73D. R. c. <i>Bourne</i> s'applique.
Singapour								×		Code pénal (chap. 119), art. 312-316. Loi de 1974 sur l'avortement. Règlement de 1974 sur l'avortement.
Iles Salomon	×									Code pénal (chap. 5), art. 150-152, 227.
Sri Lanka	×									Code pénal (chap. 19), art. 303-305.
Tonga	×									Loi sur les délits criminels (chap. 15), art. 94-96.
EUROPE Chypre	×	×	×	×	×	×	×	×		Code criminel (chap. 154), art. 167-169, 169A (modifié par la Loi N° 59 de 1974).
Gibraltar	×									Délits criminels (chap. 37), art. 52-53.

Tableau I (suite)

Pays du Commonwealth, par région géographique	Indications légales justifiant un avortement							Textes législatifs et jurisprudence en vigueur au 1 ^{er} mai 1978
	Risque pour la vie	Santé physique	Santé mentale	Indications eugéniques	Indications juridiques (viol, inceste)	Indications socio-économiques	Sur simple demande	
EUROPE (suite) Malte	×							Code criminel (chap. 12), art. 255-258.
Royaume-Uni Angleterre et pays de Galles	×	×	×	×		×		Loi de 1861 sur les atteintes à la personne humaine, art. 58-59. R. c. <i>Bourne</i> [1939] 1 K.B. 687. Loi de 1967 sur l'avortement. Règlement de 1968 sur l'avortement. Règlement modifié de 1976 sur l'avortement.
Ecosse	×	×	×	×		×		<i>H.M. Advocate c. Semple</i> [1937] Scots L.T. 48, 239. Loi de 1967 sur l'avortement. Règlement (pour l'Ecosse) de 1968 sur l'avortement.
Irlande du Nord	×	×	×					Loi de 1861 sur les atteintes à la personne humaine, art. 58-59. R. c. <i>Bourne</i> s'applique.
HÉMISPHERE OCCIDENTAL Antigua								Loi sur les atteintes à la personne humaine (chap. 58), partie IX, art. 53-54.
Bahamas	×	×	×		Lorsqu'on peut les interpréter comme constituant un risque pour la santé			Code pénal (chap. 48), art. 341, 353, 357.

Barbade	×	×	×	×	×	Loi de 1868 sur les atteintes à la personne humaine (chap. 141), art. 61-62. <i>R. c. Bourne</i> s'applique.
Belize	×					Code criminel (chap. 21), titre IX, art. 106(1)-(3), 119(1)-(2), 122(1)-(2).
Bermudes	×	×	×	×	×	Code criminel (chap. 21), titre IX, art. 106(1)-(3), 119(1)-(2), 122(1)-(2).
Canada	×	×	×	×	×	Code criminel, R.S.C. 1970 (chap. C-34), art. 251-252. <i>Morgentaler c. R.</i> [1975] 53 D.L.R. (3d) 161 (C.S.C.). <i>R. c. Morgentaler</i> [1976] 64 D.L.R. (3d) 718 (C.A. de Québec, pourvoi devant la C.S.C. refusé).
Dominique	×					Ordonnance sur les atteintes à la personne humaine (chap. 44), art. 56-57.
Grenade	×					Code criminel de 1958 (chap. 55), art. 250, 263.
Guyane	×	×	×	×	×	Loi sur la législation criminelle (chap. 8:01), art. 78-80. <i>R. c. Bourne</i> et <i>R. c. Newton and Stungo</i> s'appliquent.
Iles Vierges britanniques	×	×	×	×	×	Loi sur les atteintes à la personne humaine (chap. 54), art. 53-54. <i>R. c. Bourne</i> s'applique.
Jamaïque	×	×	×	×	×	Loi de 1864 sur les atteintes à la personne humaine (R.E. 1953, Vol. VI), art. 65-66. <i>R. c. Bourne</i> s'applique. Bulletin du Ministère de la Santé N° 1, 1975 (M.P. N° H.H. 490/01).
Montserrat	×					Loi sur les atteintes à la personne humaine (chap. 56), art. 53-54.

Tableau I (suite)

Pays du Commonwealth, par région géographique	Indications légales justifiant un avortement							Textes législatifs et jurisprudence en vigueur au 1 ^{er} mai 1978
	Risque pour la vie	Santé physique	Santé mentale	Indications eugéniques	Indications juridiques (viol, inceste)	Indications socio-éco- nomiques	Sur simple demande	
HÉMISPHERE OCCIDENTAL (suite)								
Saint-Christophe- Nièves-Anguilla	×	×	×					Loi sur les atteintes à la personne humaine (chap. 56), art. 53-54. R. c. <i>Bourne</i> s'applique.
Sainte-Lucie	×	×	×					Code criminel, livre II, titre 24, art. 117-119. R. c. <i>Bourne</i> s'applique.
Saint-Vincent	×	×	×					Ordonnance sur les délits [Indictable Offences Ordinance] (chap. 6), art. 98-100. R. c. <i>Bourne</i> s'applique.
Trinité-et-Tobago	×	×	×					Ordonnance sur les atteintes à la personne humaine (chap. 4), N° 9, art. 57-58. R. c. <i>Bourne</i> s'applique.

Tableau II

DISPOSITIONS PRISES POUR L'APPLICATION (DROIT ET PRATIQUE)
(au 1^{er} mai 1978)

Pays du Commonwealth par région géographique	Professionnels spécifiés	Etablissements spécifiés	Durée de la grossesse	Procédures d'approbation	Coût*	
					pour le gouvernement	pour la patiente
AFRIQUE Ghana	Médecin immatriculé	Hôpital public ou autre établisse- ment agréé	Pratique semble indiquer jusqu'à 16 semaines		—	La patiente paie
Kenya	Médecin immatriculé	Pas d'instructions nettes, mais hôpitaux conseillés		Pratique semble indiquer second avis médical, mais non obligatoire	Dépend de la situation de la patiente	
Nigéria				Pratique semble indiquer second avis médical	Pour tous les services médicaux, les patientes paient des sommes inférieures au coût des soins pour l'établissement	
Ouganda	Médecin immatriculé			Pratique semble indiquer second avis médical	Par la fiscalité	
Swaziland	Médecin immatriculé	Hôpital public, clinique privée et/ou établissement agréé	Pratique semble indiquer jusqu'à 20 semaines	Pratique semble indiquer le médecin-chef	Principalement aux frais du Gouvernement ou contribution minimale de la patiente selon critère de ressources	Gratuit

* Lorsque les estimations du coût sont indiquées, elles sont données dans la monnaie nationale, avec la somme équivalente en livres sterling au taux de change du 1^{er} juillet 1977.

Tableau II (suite)

<i>Pays du Commonwealth par région géographique</i>	<i>Professionnels spécifiés</i>	<i>Etablissements spécifiés</i>	<i>Durée de la grossesse</i>	<i>Procédures d'approbation</i>	<i>Coût pour le gouvernement</i>	<i>Coût pour la patiente</i>
Zambie	Médecin immatriculé	Hôpital public ou autre établisse- ment agréé		Trois médecins im- matriculés «dont l'un s'est spécialisé dans la branche de la médecine dans laquelle l'intéressée est spécifiquement tenue de subir un examen» sauf si «l'intervention est immédiatement né- cessaire pour sauver la vie ou prévenir des atteintes graves et permanentes à la santé physique ou mentale de la femme»		
ASIE ET OCÉANIE Australie Australie méridionale	Médecin légalement qualifié	Hôpital indiqué	28 semaines	La législation re- quiert un second avis médical, sauf en cas d'urgence	Honoraires communs environ \$A65,00 (envi- ron £42,48)	\$A5,00 £3,26
					\$A60,00 £39,21	

Australie occidentale				Viabilité			Honoraires communs \$A65,00 (£42,48)
							\$A60,00 £39,21
Nouvelle-Galles du Sud	Médecin						Honoraires communs \$A65,00 (£42,48)
							\$A65,00 £39,21
Queensland	Médecin						Honoraires communs \$A65,00 (£42,48)
Tasmanie				Viabilité			\$A60,00 £39,21
							Honoraires communs \$A65,00 (£42,48)
Territoire de la Capitale	Médecin						\$A60,00 £39,21
Territoire du Nord	Gynécologue-obstétricien	Hôpital		14 semaines pour indications générales. 23 semaines pour indications physiques et mentales			
Victoria	Docteur en médecine			28 semaines			Honoraires communs \$A65,00 (£42,48)
							\$A60,00 £39,21

Tableau II (suite)

<i>Pays du Commonwealth par région géographique</i>	<i>Professionnels spécifiés</i>	<i>Etablissements spécifiés</i>	<i>Durée de la grossesse</i>	<i>Procédures d'approbation</i>	<i>Coût pour le gouvernement</i>	<i>Coût pour la patiente</i>
ASIE ET OCÉANIE (suite) Bangladesh	1. Médecin immatriculé 2. Personnel paramédical ayant reçu formation appropriée	1. Hôpital 2. Avortement sans hospitalisation pendant les six premières semaines		Pratique semble indiquer second avis médical	Entièrement gratuit dans les hôpitaux ou centres médicaux publics	
Hong Kong	Médecin immatriculé	Hôpital public ou établissement hospitalier ou dispensaire agréé aux termes d'un avis publié dans le Journal officiel par le directeur des services de médecine et de santé		Législation requiert second avis médical sauf en cas d'urgence		
Inde	Médecin immatriculé ayant la formation ou l'expérience prescrites en obstétrique et gynécologie conformément au Règlement de 1975	Hôpital public ou établissement agréé par le Gouvernement conformément au Règlement de 1975	20 semaines sauf si l'intervention «est immédiatement nécessaire pour sauver la vie de la femme enceinte»	Législation requiert second avis médical entre les 12 ^e et 20 ^e semaines sauf en cas d'urgence	Entièrement gratuit dans les hôpitaux publics	Aux frais de la patiente dans les établissements publics qui ne sont pas publics

Malaisie	Médecin immatriculé	Hôpitaux publics, universitaires et autres		Pratique semble indiquer second avis médical		Gratuit dans les hôpitaux publics. Dans les autres hôpitaux, entre M\$300,00 et M\$500,00 (£70,42 et £117,37)
Nouvelle-Zélande	Médecin immatriculé	Etablissement agréé		Pratique semble indiquer second avis médical	Gratuit si pratiqué dans hôpital public	Hôpital privé \$NZ90,00 (£51,13)
Papouasie-Nouvelle-Guinée	Médecin immatriculé	Etablissement de santé public	Pratique semble indiquer jusqu'à 12 semaines		40,00 kina (environ £29,00)	Patientes en salle commune 2,00 kina (environ £1,50) Patientes en chambre semi-privée 40,00 kina (environ £29,00)
Singapour	Médecin immatriculé ayant qualifications spécifiques en obstétrique et gynécologie, jusqu'à la 16 ^e semaine, et ayant des qualifications complémentaires entre la 16 ^e et la 24 ^e semaine	L'avortement peut être pratiqué dans n'importe quel dispensaire ou cabinet de médecin lorsqu'il est provoqué par des médicaments, mais il doit avoir lieu dans un hôpital ou dans un établissement agréé par l'Etat lorsqu'il y a intervention chirurgicale	24 semaines			Limité légalement à S\$5,00 (£1,18)

Tableau II (suite)

<i>Pays du Commonwealth par région géographique</i>	<i>Professionnels spécifiés</i>	<i>Etablissements spécifiés</i>	<i>Durée de la grossesse</i>	<i>Procédures d'approbation</i>	<i>Coût pour le gouvernement</i>	<i>Coût pour la patiente</i>
EUROPE Chypre	Médecin immatriculé	Hôpital ou clinique agrée		Législation requiert second avis médical et autorisation des services de police compétents lorsque la grossesse résulte d'un viol	Traitement médical gratuit dans les hôpitaux publics	
Royaume-Uni	Médecin immatriculé	Hôpital public ou établissement agrée par Secrétaire d'Etat	1. Jusqu'à 20 se- maines dans un établissement agrée 2. Jusqu'à 28 se- maines dans un hôpital public ou établissement agrée spéciale- ment autorisé à pratiquer ce genre d'intervention	Législation requiert second avis médical sauf en cas d'urgence	Pas évalué sépa- rément - fait partie du coût total de tous les services gynéco- logiques des hô- pitaux	1. Gratuit si in- tervention pra- tiquée dans le cadre du Ser- vice national de Santé 2. Patiente hos- pitalisée £80,00 Patiente am- bulatoire £25,00
HÉMISPHERE OCCIDENTAL Bahamas	Médecin immatriculé	Hôpital, pas néces- sairement public	Pratique semble indiquer 20 semai- nes (le plus souvent moins de 12 semai- nes		Pour les patien- tes qui bénéfi- cient de la gra- tuité des soins dans les hôpi- taux publics	Pour la clientèle privée dans les hôpitaux publics

HÉMISPHERE OCCIDENTAL (<i>suite</i>)							
Bélize			28 semaines				
Canada	Médecin immatriculé	Hôpital accrédité ou agréé			Comité de l'avorte- ment thérapeutique (au moins 3 méde- cins)	Systèmes d'assurance - hospitalisa- tion et soins médicaux des gouver- nements provinciaux, le cas échéant	
Saint-Christophe- Nièves-Anguilla			28 semaines				

Tableau III

ÉVALUATIONS NATIONALES ET MODIFICATIONS PROPOSÉES

<i>Pays du Commonwealth par région géographique</i>						
AFRIQUE Botswana				<i>Gouvernementales</i>		<i>Non gouvernementales</i>
Ghana		Commission sur la Législation de la Planification fami- liale (1975).				
		1. La Commission sur la Réforme des Lois au Ghana a rédigé trois projets de loi, en vue de discussions (1973). 2. Le 25 juin 1969 le délit d'avortement illégal qui était qualifié de «felony» du premier degré et était passible d'une peine d'emprisonnement minimum de dix ans a été réduit à celui de «felony» du second degré (passible au maximum de dix ans de réclusion ou d'une amende).				

Tableau III (suite)

<i>Pays du Commonwealth par région géographique</i>	<i>Gouvernementales</i>	<i>Non gouvernementales</i>
AFRIQUE (suite) Kenya	Une déclaration de déontologie publiée par l'intermédiaire du Ministère de la Santé indique les conditions dans lesquelles l'interruption médicale de la grossesse est autorisée (1976).	
Nigéria	Le Conseil national de la Population du Nigéria a recommandé que les femmes puissent obtenir sur simple demande un avortement pour des raisons de santé ou de bien-être social (1976).	L'Association médicale du Nigéria a recommandé de clarifier la loi existante en suivant les grandes lignes de la Loi britannique de 1967 sur l'avortement (1974). La Société des Gynécologues et Obstétriciens du Nigéria a demandé la libéralisation de la législation sur l'avortement en 1975 et a réaffirmé sa position en 1976.
Sierra Leone		Les médecins ont recommandé un élargissement des motifs justifiant l'avortement (1975).
Swaziland	On examine actuellement la possibilité d'adopter un texte législatif pour maîtriser les avortements et élargir les indications justifiant un avortement (1976).	
ASIE ET OCÉANIE Australie	Rapport Evatt (1977).	Le Conseil australien des Obstétriciens et Gynécologues a recommandé un élargissement des motifs justifiant l'avortement (1976).
Australie méridionale	1. Une commission a été nommée pour examiner les avortements notifiés en Australie méridionale et faire rapport à ce sujet chaque année.	

	2. Une modification de la législation a été proposée en vue de permettre les avortements dans des unités de soins ambulatoires (1976).	
Australie occidentale	Le Procureur général a déclaré qu'aucune poursuite ne serait engagée si certaines conditions étaient remplies (1976).	
Nouvelle-Galles du Sud	En 1974, le Procureur général a fait une déclaration portant sur l'interprétation de la Loi de 1974. Une enquête au niveau de l'Etat a été entreprise en 1977.	
Territoire de la Capitale	Rapport du groupe de travail sur le droit criminel du Territoire, proposant un amendement des dispositions concernant l'avortement (1975).	
Bangladesh	Projet de loi en cours (1977).	
Fidji	Second rapport de la Commission d'Enquête sur les Tendances démographiques à Fidji : examen de la législation de l'avortement à Fidji et recommandations (1976).	Le Conseil médical et dentaire de Fidji a interdit au Dr Emerson d'exercer sa profession pendant un période de neuf mois. Il n'a pas été fait appel devant la Cour suprême (1976).
Malaisie		La Sous-Commission sur l'Avortement de l'Association médicale de Malaisie a effectué une enquête auprès des médecins; 85 % de ceux qui ont répondu étaient favorables à une libéralisation (1975).
Nauru	Projet de loi en cours dans le cadre de la révision du Code pénal (1977).	
Nouvelle-Zélande	Rapport McMullin (1977).	La section féminine du Parti national et le Conseil de l'Association médicale néo-zélandaise ont demandé que les amendements de 1977 soient abrogés (mars 1978).

Tableau III (suite)

Pays du Commonwealth par région géographique	Gouvernementales	Non gouvernementales
ASIE ET OCÉANIE (suite) Sri Lanka		<p>Le séminaire national sur le droit et la population (1974) et la Sous-Commission sur l'Avortement de l'Association médicale de Sri Lanka (1975) ont recommandé une clarification de la loi afin que le médecin qui pratique un avortement en raison de l'état de santé physique ou mental de la femme enceinte ne soit pas poursuivi pour «acte criminel». Le séminaire sur le rôle de la profession médicale vis-à-vis de la législation démographique de Sri Lanka a soutenu cette recommandation en 1976 et a recommandé en outre que la loi soit modifiée pour répondre aux situations où l'interruption de la grossesse est demandée en raison : a) de l'échec des méthodes contraceptives; b) de considérations sociales et humanitaires.</p>
EUROPE Chypre		<p>L'Association médicale de Chypre a soutenu les modifications qui ont été introduites par les amendements de 1974 (1976).</p>
Royaume-Uni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapport Lane (1974). 2. Commission d'Enquête parlementaire sur l'Avortement (1976). 3. Projet de loi (amendement) sur l'avortement (Commission permanente C de la Chambre des Communes) (1977). 4. La Commission des Finances de la Chambre des Communes a recommandé la création d'unités d'avortement sans hospitalisation (1977). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le Collège royal d'Obstétrique et de Gynécologie a constamment recommandé le maintien de la Loi de 1967. 2. Une association connue sous le nom de «Doctors for Women's Choice on Abortion» a été créée en 1976 en vue d'amener une modification de la législation existant actuellement en Grande-Bretagne afin que la femme soit en mesure de prendre elle-même la décision en ce qui concerne la continuation de sa grossesse.

Irlande du Nord		L'Association consultative de l'Irlande du Nord sur la grossesse a recommandé une libéralisation de la loi.
HÉMISPHERE OCCIDENTAL		
Antigua	Le Gouvernement examine actuellement la législation (1977).	
Bahamas	Le Ministre de la Santé a déclaré qu'il était nécessaire de clarifier la loi (1976).	
Barbade	1. Une commission gouvernementale a recommandé un élargissement de la législation (1975). 2. Un projet de loi a fait l'objet de discussions (1977).	Une enquête a été effectuée à l'échelle nationale pour connaître l'opinion des médecins, du personnel infirmier et des travailleurs sociaux quant à la libéralisation de la loi (1976).
Bermudes	Un projet de loi élargi a été élaboré et examiné par une commission d'enquête de l'organe législatif (1973).	
Canada	Rapport Badgley (1977).	L'Association médicale canadienne a recommandé que l'avortement ne soit plus considéré comme un délit criminel. Le Barreau canadien a recommandé que tous les procès intentés pour avortement soient renvoyés à plus tard en attendant que la législation ait été réexaminée.
Guyane	Une commission spéciale d'enquête de l'Assemblée nationale a été nommée en vue d'examiner, entre autres sujets, la législation sur l'avortement (1973).	
Jamaïque	Des travaux ont été entrepris en vue de codifier la common law portant sur ce sujet (1976).	La Société Grabham (organisation professionnelle d'obstétriciens et de gynécologues) a recommandé d'élargir la loi pour qu'elle incorpore des indications physiques, mentales et socio-économiques (1971). Une enquête nationale a été entreprise auprès des médecins, du personnel infirmier et des sages-femmes pour connaître leur opinion (1973).

Tableau III (suite)

<i>Pays du Commonwealth par région géographique</i>	<i>Gouvernementales</i>	<i>Non gouvernementales</i>
HÉMISPHERE OCCIDENTAL (suite) Saint-Vincent	Une commission a été créée par le Ministre de la Santé afin d'examiner ce problème (1977).	L'Association médicale de Saint-Vincent s'est prononcée en faveur d'une modification de la législation qui permettrait d'inclure un plus grand nombre d'indications justifiant l'interruption médicale de la grossesse (1977).
Trinité-et-Tobago	La Commission nationale sur la Condition féminine a recommandé que des lignes de conduite plus précises soient données à la profession médicale en ce qui concerne l'avortement (1975).	Une commission d'enquête a été créée en 1977 par l'Association médicale en vue de présenter des recommandations sur la législation de l'avortement en 1978. Trois enquêtes ont été menées pour connaître l'opinion des milieux intéressés; l'une, dont s'est chargée l'Université des Indes occidentales, portait sur l'attitude des médecins.

VII. ANNEXES

Annexe I

DIVISION DES JURIDICTIONS À LÉGISLATION DE BASE, ÉLABORÉE OU PROGRESSISTE*

<i>DE BASE</i>	<i>ÉLABORÉE</i>	<i>PROGRESSISTE</i>
<i>Afrique</i>	<i>Afrique</i>	<i>Afrique</i>
Botswana	Ghana	Zambie
Gambie	Kenya	
Malawi	Nigéria (Etats du Sud)	
Maurice	Ouganda	
Nigéria (Etats du Nord)	Sierra Leone	
Seychelles		
<i>Asie et Océanie</i>	<i>Asie et Océanie</i>	<i>Asie et Océanie</i>
Australie (Australie occidentale)	Australie (Nouvelle-Galles du Sud)	Australie (Australie méridionale)
Australie (Queensland)	Australie (Territoire de la Capitale)	Australie (Territoire du Nord)
Gilbert (Iles)	Australie (Victoria)	Hong Kong
Nauru	Bangladesh	Inde
Salomon (Iles)	Fidji	Inde (Cachemire)
Sri Lanka	Malaisie (Péninsule)	Singapour
Tonga	Malaisie (Sabah)	
	Malaisie (Sarawak)	
	Nouvelle-Zélande	
	Papouasie-Nouvelle-Guinée	
	Samoa-Occidental	
<i>Europe</i>	<i>Europe</i>	<i>Europe</i>
Gibraltar	Irlande du Nord	Chypre
Malte		Grande-Bretagne
<i>Hémisphère occidentale</i>	<i>Hémisphère occidentale</i>	<i>Hémisphère occidentale</i>
Antigua	Bahamas	Canada
Bélize	Barbade	
Dominique	Bermudes	
Grenade	Guyane	
Montserrat	Iles Vierges britanniques	
	Jamaïque	
	Saint-Christophe-Nièves-Anguilla	
	Sainte-Lucie	
	Saint-Vincent	
	Trinité-et-Tobago	

* A l'exclusion du Lesotho et du Swaziland, qui appliquent la common law romano-hollandaise.

Annexe II

MODÈLE DE PROJET DE LOI SUR L'INTERRUPTION MÉDICALE DE LA GROSSESSE,
AVEC COMMENTAIRE

...

1. Par dérogation aux (ici, référence aux prescriptions légales ou autres mesures existantes concernant l'interdiction de l'avortement), l'interruption de la grossesse est légale quand elle est pratiquée ou surveillée par un médecin immatriculé agréé, lorsque ce médecin aura émis l'avis, établi en toute bonne foi :

1. 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'un enfant de sa famille, plus grave que celui qui résulterait d'une grossesse interrompue ;
2. qu'à la naissance l'enfant risquerait sérieusement d'être atteint d'anomalies physiques ou mentales susceptibles de le laisser gravement handicapé ; ou
3. que des preuves manifestes existent de l'utilisation, en toute bonne foi, d'une méthode contraceptive reconnue, par la femme enceinte ou son partenaire.

2. Pour déterminer si la poursuite de la grossesse implique un risque d'atteinte à la santé physique ou mentale, comme prévu au point 1 de l'article 1^{er} de la présente loi, 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. Toute intervention visant à l'interruption d'une grossesse doit être effectuée dans un hôpital public ou dans un autre établissement actuellement agréé aux fins du présent article par le ministre actuellement responsable de la santé, sauf si le traitement visant à interrompre la grossesse ne comporte que l'administration de médicaments prescrits par un médecin immatriculé et ne demande aucune opération ou procédure chirurgicale.

Il est prévu qu'une grossesse peut être interrompue dans tout établissement par un médecin immatriculé agréé dans le cas où celui-ci aura jugé, en toute bonne foi, que l'intervention s'impose sans délai pour sauver la vie ou pour préserver d'une atteinte grave la santé physique ou mentale de la femme enceinte.

4. 1) Nul n'est tenu de participer à une interruption de grossesse qui est licite aux termes de la présente loi mais à laquelle il a des objections de conscience, sauf dans le cas où il est de son devoir de participer à un traitement qui est nécessaire pour sauver la vie ou pour préserver d'une atteinte grave la santé physique ou mentale de la femme enceinte.

2) Dans toute action judiciaire, le fardeau de la preuve concernant l'objection de conscience incombera à la personne qui l'invoque.

5. Aucun médecin immatriculé agréé, ni aucune personne placée sous ses ordres, ne pourra être poursuivi pour avoir pratiqué ou surveillé un traitement visant à interrompre une grossesse lorsque la femme enceinte a consenti à ce traitement, sauf dans le cas où il y a eu négligence.

6. Au sens de la présente loi, « médecin immatriculé agréé » s'entend d'un médecin immatriculé qui est autorisé à pratiquer ou à surveiller une interruption médicale de grossesse aux termes des règlements adoptés par le ministre actuellement responsable de la santé.

7. Le ministre actuellement responsable de la santé peut définir par voie de règlement :

1. les conditions de l'autorisation des médecins immatriculés agréés ;
2. les établissements autres que les hôpitaux publics où tout traitement visant à l'interruption de la grossesse peut être effectué aux termes de la présente loi.

8. Les dispositions de la présente loi sont applicables sans préjudice de celles de la législation concernant le délit de « destruction d'enfant ».

Commentaire sur le modèle de projet de loi

Ce modèle de projet de loi incorpore de nombreux éléments favorables des législations progressistes du Commonwealth sur l'avortement, mais en omet certains autres (toutefois souvent présents dans ces législations) qui se semblent pas se rapporter expressément à la santé de la femme enceinte.

Nous examinons ci-dessous les principes et caractéristiques essentiels du projet de loi et la base de son libellé.

Article 1^{er}

a) Il est indiqué, de façon positive, que « l'interruption de la grossesse est légale » quand elle est pratiquée en conformité des dispositions du texte législatif.

b) Les termes « pratiqué ou surveillé » : étant donné que des techniques nouvelles, ou à l'étude, d'avortement précoce faisant appel à des médicaments ou à des méthodes non chirurgicales peuvent être utilisées sans danger par un personnel de santé convenablement qualifié et placé sous la surveillance d'un médecin, ces termes permettent la délégation de fonctions à ce personnel.

c) L'expression « établi en toute bonne foi » : le modèle de projet de loi n'exige pas que la bonne foi du médecin soit confirmée par un second avis médical. Lorsque cette obligation existe, on constate que le second avis médical a pour objet, non pas les soins de santé, mais la justification en cas de poursuites pour application incorrecte de la législation, et que, de toute manière, il n'est plus obligatoire dans les cas d'urgence où le médecin est alors seul juge de sa décision. En conséquence, le modèle de projet de loi demande que le médecin prouve sa bonne foi en donnant par exemple des soins de qualité qui montrent l'intérêt qu'il a porté à la santé de la femme enceinte et en demandant des honoraires raisonnables.

d) Les paragraphes 1 et 2 sont repris de la Loi britannique de 1967 sur l'avortement.

e) Le paragraphe 3, qui est repris de la Loi indienne de 1971 sur l'interruption médicale de la grossesse, introduit l'indication de l'échec d'une méthode contraceptive lorsque la femme enceinte ou son partenaire ont utilisé, de bonne foi, une méthode anticonceptionnelle reconnue.

Article 2

Cet article est repris de la Loi britannique de 1967 sur l'avortement, qui reconnaît que les conditions du milieu de vie sont un élément du concept de santé.

Article 3

Cet article prévoit que les interruptions n'auront lieu que dans des hôpitaux publics ou dans des établissements ayant l'équipement et le personnel appropriés, sauf dans les cas d'urgence. Les personnes non médecins et n'agissant pas sous la surveillance d'un médecin immatriculé agréé qui pratiquent une interruption de grossesse en cas d'urgence ne sont pas protégées par le modèle de projet de loi, mais elles verraient leur responsabilité diminuée par les dispositions du « bon Samaritain » et par le moyen de défense de « la nécessité » dans le cadre de la législation générale. Les avortements provoqués par des médicaments ne sont pas nécessairement pratiqués dans les établissements indiqués, mais ils doivent être effectués sous la surveillance de médecins.

Article 4

Cet article introduit une disposition pour que l'objection de conscience puisse être invoquée, sauf en cas d'urgence, en ce qui concerne la participation à l'avortement en tant que tel. Cette exemption doit être fondée sur le principe, et non pas sur la valeur d'un cas particulier. Elle est limitée à la participation à l'interruption de grossesse et ne couvre pas, par exemple, les soins postopératoires.

Article 5

Cet article, qui est repris de la Loi de Singapour de 1974 sur l'avortement, indique clairement que, pour que l'interruption de grossesse soit considérée comme légale, la femme doit donner son consentement, c'est-à-dire un consentement libre et informé. Lorsque ce consentement a été donné, les personnes qui surveillent ou pratiquent l'intervention sont protégées légalement, sauf en cas de négligence. En particulier, elles ne sont pas passibles de poursuites engagées par l'époux, le père biologique ou, par exemple, le père ou la mère de la femme enceinte, dont le consentement à l'intervention n'est pas requis aux termes de ce texte législatif.

Articles 6 et 7

L'« autorisation » qui est requise pour qu'un médecin immatriculé puisse pratiquer ou surveiller des interruptions de grossesse peut être accordée dans le cadre d'un règlement disposant que tout médecin immatriculé sera considéré automatiquement comme étant agréé. Ce médecin peut se voir cependant retirer l'autorisation s'il ne remplit pas certaines des conditions indiquées. Ces conditions peuvent porter, par exemple, sur sa présence à des cours de formation aux nouvelles méthodes. Cependant, pour disposer de médecins aux fins des interruptions de grossesse dans les hôpitaux publics ou autres établissements, il peut être imposé comme condition d'autorisation qu'un médecin exerce des fonctions dans un établissement spécifié, public ou autre, pendant une période donnée ou selon une fréquence prescrite. Le médecin qui refuse ou néglige de rendre un service public dans ces conditions perdra le droit de pratiquer des interruptions de grossesse dans le secteur privé. Comme dans la loi britannique, on ne demande pas que pour obtenir l'autorisation les médecins immatriculés qui procèdent à des avortements aient des qualifications particulières.

Les hôpitaux publics sont automatiquement agréés pour tout traitement visant à interrompre la grossesse. Le ministre actuellement responsable de la santé peut définir par voie de règlement les conditions que doivent remplir les établissements autres que les hôpitaux publics pour pratiquer tout traitement conduisant à une interruption de grossesse. Ainsi, il incombera à ces établissements de remplir les conditions indiquées, et non pas au ministre d'agréer ces établissements.

Article 8

Pour qu'il ne subsiste aucun doute, cet article précise que la période où l'interruption de grossesse peut être pratiquée ne s'étend pas à la période où commence la naissance. Le droit concernant le délit de « destruction d'enfant » est contenu dans la Loi anglaise de 1929 sur la vie de l'enfant (préservation) [Infant Life (Preservation) Act] et dans de nombreuses lois du Commonwealth qui expriment l'esprit de cette loi.

Annexe III

MODÈLE DE FORMULE À REMPLIR PAR LES MÉDECINS
LORS D'UNE DEMANDE D'INTERRUPTION
DE GROSSESSE^a

Note : Il ne vous faudra que quelques minutes pour remplir cette formule-questionnaire et vous éviterez ainsi éventuellement les pertes de temps et d'argent que votre défense occasionnerait en cas de procès.

Il vous est demandé de remplir la formule ci-jointe afin de fournir aux autorités responsables de l'application des lois la preuve qu'une interruption provoquée de la grossesse a été pratiquée en toute bonne foi suivant une pratique médicale honnête et conformément à la loi. La formule dûment remplie donne, par conséquent, les facteurs pris en considération, les avis sollicités et les enquêtes menées afin d'établir les besoins de santé de la patiente. Elle permet aussi de confirmer que l'intervention a été prévue, de la même manière que toute autre intervention médicale licite, sans qu'il y ait eu dissimulation ou exploitation abusive, suivant les normes habituelles en matière de soins de santé.

Le fait qu'un médecin soit à même de montrer qu'il dispose de renseignements sur la décision qui a été prise d'interrompre ou non la grossesse, ces renseignements ayant été recueillis de préférence avant l'intervention, permettra de déterminer dans le cas particulier la raison médicale qui a présidé à la décision et d'entrer ainsi dans le cadre de la « bonne foi ». Cette bonne foi, légalement, témoigne de l'absence d'intention criminelle et peut dégager un médecin de toute responsabilité pour faute criminelle.

^a On a divisé en gros les ressorts juridictionnels en trois catégories suivant que leur législation sur l'avortement est de base, élaborée ou progressiste (voir annexe I). Certains points de la formule se rapportent à des points qui intéressent toutes les juridictions. D'autres concernent des indications justificatives qui n'existent que dans une législation progressiste. Etant donné que les lois élaborées sont contenues à l'état latent dans la législation de base, les points se rapportant à une catégorie intéressent également l'autre. Les points qui ne s'appliquent qu'aux juridictions ayant des lois progressistes sont marqués (A). Une formule qui serait utilisée dans les pays où les lois sont de base ou élaborées pourrait ne pas contenir ces questions. De même, la formule destinée à être utilisée dans les pays ayant une législation progressiste (comme Singapour ou la Zambie) devrait peut-être être repensée afin de tenir compte d'indications spécifiques et/ou d'autres dispositions spécifiques contenues dans la loi. Les éléments spécifiques de la formule pour chaque juridiction devraient de préférence être revus avec un juriste du pays. Lorsqu'il existe des dispositions exigeant l'approbation légale préalable de l'avortement par un comité ou un fonctionnaire chargé d'étudier le cas, comme en Nouvelle-Zélande ou au Canada, la formule est inutile.

**MODÈLE DE FORMULE À REMPLIR PAR LES MÉDECINS
LORS D'UNE DEMANDE D'INTERRUPTION DE GROSSESSE**

NOM DU MÉDECIN _____ DATE _____

QUALIFICATIONS _____

REEMPLIR TOUTES LES SECTIONS

1. Nom ou code de la patiente _____

2. Age _____

3. Adresse _____

4. Nationalité _____

5. Profession _____

6. a) Lieu de l'examen de grossesse _____

b) Date de l'examen de grossesse _____

c) Durée estimée de la grossesse (en semaines) _____

OU date du début des dernières menstrues _____

7. Situation de famille (cochez la case appropriée. Encerclez la mention utile : célibataire, veuve, etc.)

<input type="checkbox"/>	Mariée
<input type="checkbox"/>	Epouse de fait
<input type="checkbox"/>	Célibataire/veuve/divorcée/séparée - entretien assuré par les parents
<input type="checkbox"/>	Célibataire/veuve/divorcée/séparée - entretien dans le cadre de relations stables
<input type="checkbox"/>	Célibataire/veuve/divorcée/séparée - entretien dans le cadre de relations instables
<input type="checkbox"/>	Célibataire/veuve/divorcée/séparée - entretien assuré d'une autre manière (par exemple, pension alimentaire)
<input type="checkbox"/>	Célibataire/veuve/divorcée/séparée - sans aucun moyen/subvient à ses propres moyens

8. Etat de santé - physique

a) Evaluation actuelle _____

b) Capacité physique de supporter grossesse et accouchement _____

c) Problèmes susceptibles de se présenter lors de l'accouchement _____

d) Capacité physique d'élever un/un autre enfant _____

e) Pronostic après interruption de la grossesse _____

9. Etat de santé - mental

- a) Evaluation actuelle _____
- b) Pronostic pendant la grossesse _____
- c) Pronostic à la naissance _____
- d) Effets de la présence d'un/un autre enfant à élever _____
- e) Pronostic après interruption de la grossesse _____
- f) Pronostic après que l'enfant aura été i) placé dans une famille _____
ii) adopté _____

(A) 10. Bien-être social de la famille, y compris la santé et le bien-être du ou des enfant(s) existant(s) (cochez la case appropriée)

<input type="checkbox"/>	Bon
<input type="checkbox"/>	Satisfaisant
<input type="checkbox"/>	Insuffisant
<input type="checkbox"/>	Médiocre
<input type="checkbox"/>	Mauvais

(A) 11. Effet anticipé d'une naissance sur le bien-être de la famille (cochez la case appropriée)

<input type="checkbox"/>	Amélioré
<input type="checkbox"/>	Sans changement
<input type="checkbox"/>	Défavorable
<input type="checkbox"/>	Néfaste

(A) 12. Situation économique de la patiente (cochez la case appropriée)

<input type="checkbox"/>	Aisée
<input type="checkbox"/>	Suffisante
<input type="checkbox"/>	Incertaine
<input type="checkbox"/>	Médiocre
<input type="checkbox"/>	Pas de ressources

A) 13. Personnes à la charge de la patiente (cochez et indiquez l'âge et le nombre dans la ou les cases appropriées)

Enfant(s)	âge(s)						
Père et/ou mère - les siens/du conjoint							
Frère(s) et/ou sœur(s)							
Autre(s) personne(s)							
Mari ou partenaire							
Aucun							

(A) 14. Situation économique de la patiente après naissance (cochez la case appropriée)

Améliorée (par mariage ou emploi, par ex.)
Identique
Pire (par chômage ou perte du soutien de sa famille, par ex.)

(A) 15. Antécédents de la grossesse (cochez et indiquez le nombre dans la case appropriée)

Grossesses précédentes	
Problèmes lors de l'accouchement (détails)	
Enfant(s) vivant(s). Age(s)	
Enfant(s) mort-né(s)	
Avortements — i) spontanés	
ii) provoqués	

(A) 16. Indications eugéniques :

- a) Manifestations d'anomalies génétiques/congénitales chez enfant(s) vivant(s)
- i) physiques _____
- ii) mentales _____
- b) Manifestations connues d'anomalies génétiques/congénitales chez enfant(s) décédé(s)/mort-né(s)/fœtus avorté(s).
- i) physiques _____
- ii) mentales _____

- c) Risques génétiques ou congénitaux lors de la présente grossesse _____
 d) Raison(s) de cette opinion _____
 e) Evaluation du handicap dont souffrira l'enfant en cas de continuation de la grossesse _____

(A) 17. Origine de la conception (cochez case appropriée)

- a) Normale
- | | |
|--|--|
| | dans le cadre du mariage/mariage de fait |
| | en dehors du mariage existant |
| | alors que célibataire |
| | alors que veuve/divorcée/séparée |
- b) Incestueuse
- i) Raison(s) de cette opinion _____
 ii) Personne envoyée à/par un service d'assistance sociale _____
 iii) Confirmation de cette opinion (le cas échéant) _____
- c) Viol présumé
- i) Raison(s) de cette opinion _____
 ii) Plainte a-t-elle été déposée auprès de la police?
 (Entourez la réponse)

oui	non
-----	-----

 iii) Plainte a-t-elle été déposée auprès d'une personne ou d'un service n'appartenant pas à la police
 a) en plus de la police? (Entourez réponse)

oui	non
-----	-----

 b) au lieu de la police? (Entourez réponse)

oui	non
-----	-----

 iv) Y a-t-il des témoignages volontaires?
 (Entourez réponse)

oui	non
-----	-----

18. La décision concernant l'avortement a été discutée avec (cochez la case appropriée)

	Conjoint (légitime ou de fait)
	Partenaire masculin
	Père biologique putatif
	Père et/ou mère
	Frère(s) et/ou sœur(s)
	Autre(s) (Indiquez qui)

Si aucune des personnes précédentes n'a été consultée, indiquez pourquoi (par exemple, urgence, secret)

(A) 19. Motifs justifiant l'interruption de grossesse (cochez la case appropriée)

<input type="checkbox"/>	Santé
<input type="checkbox"/>	Indications eugéniques
<input type="checkbox"/>	Rapports sexuels illicites
<input type="checkbox"/>	Echec de méthode anticonceptionnelle
<input type="checkbox"/>	Bien-être de la famille
<input type="checkbox"/>	Socio-économiques, socio-médicaux
<input type="checkbox"/>	Autres motifs (indiquez lesquels)

20. L'interruption de grossesse doit être pratiquée par (nom) _____

Dans l'établissement suivant (nom) : i) hôpital _____

ii) dispensaire _____

iii) cabinet ou salle de consultation du médecin _____

iv) ailleurs _____

Méthode d'interruption de grossesse _____

Le fœtus peut-il être viable à la suite de l'interruption provoquée de la grossesse (entourez la réponse) oui non

21. Paiement à effectuer par la requérante/la personne qui agit au nom de la requérante (cochez la case appropriée) :

<input type="checkbox"/>	pas d'honoraires
<input type="checkbox"/>	honoraires habituels
<input type="checkbox"/>	moins que les honoraires habituels (si oui, indiquez pourquoi)
<input type="checkbox"/>	plus que les honoraires habituels (si oui, indiquez pourquoi, par ex., complications prévisibles) _____

22. Autre(s) médecin(s) concerné(s) (nom(s))

a) médecin(s) consulté(s) _____

b) consulté(s) sur (cochez case appropriée)

<input type="checkbox"/>	décision d'interrompre la grossesse
<input type="checkbox"/>	méthode d'interruption
<input type="checkbox"/>	viabilité du fœtus

c) consulté(s) pour évaluation(s) de la patiente (cochez case appropriée)

<input type="checkbox"/>	état physique
<input type="checkbox"/>	état mental

(A) d) consulté(s) pour évaluation(s) de la famille de la patiente (cochez case appropriée)

<input type="checkbox"/>	état physique
<input type="checkbox"/>	état mental

e) consulté(s) à d'autres égards (indiquez lesquels)

23. Autre(s) personne(s) consultée(s) à titre professionnel (par ex. assistante sociale) (nom et profession de chaque personne) _____

24. Contraception (cochez cases appropriées)

<input type="checkbox"/>	La requérante utilisait-elle des moyens contraceptifs (si oui, indiquez lesquels)
<input type="checkbox"/>	Moyens contraceptifs utilisés lors de la conception (si oui, indiquez lesquels)
(si non, indiquez pourquoi)	contraceptifs non accessibles
	vente, distribution et/ou utilisation de contraceptifs interdites
	autres raisons (si oui, indiquez pourquoi)

<input type="checkbox"/>	La femme demande stérilisation volontaire
<input type="checkbox"/>	Le partenaire de la femme demande stérilisation volontaire
<input type="checkbox"/>	La requérante demande information/conseils/moyens anticonceptionnels
<input type="checkbox"/>	La requérante dispose maintenant d'informations/conseils/moyens anticonceptionnels

Signé _____

Nom en majuscules _____

VIII. BIBLIOGRAPHIE

DÉCISIONS JUDICIAIRES DE PAYS DU COMMONWEALTH

- Anath c. The Queen* Supreme Court, 17 May 1977, Record No. 3103 (Maurice)
- H.M. Advocate c. Anderson* [1927] Scots L.T. 651 (Ecosse)
- H.M. Advocate c. Semple* [1937] Scots L.T. 48, 239 (Ecosse)
- Mehar Singh Bansel c. R.* [1959] E.A.L.R. 813 (Kenya)
- Morgentaler c. R.* [1975] 53 D.L.R. (3d) 161 (Canada)
- People c. Gulshan, Smith, Finlayson* (1971) High Court [Criminal] HP. 11/1971 (Zambie)
- R. c. Anderson* [1951] N.Z.L.R. 439 (Nouvelle-Zélande)
- R. c. Bergmann and Ferguson* [1948] *British Medical Journal*, 1, 1008 (Angleterre)
- R. c. Bourne* [1939] 1 K.B. 687 ; [1938] 3 A11 E.R. 615 (Angleterre)
- R. c. Davidson* [1969] V.R. 667 (Victoria, Australie)
- R. c. Edgal* 4 W.A.C.A. 133 (1938) (Etats du Sud, Nigéria)
- R. c. Emberson and Emberson* Criminal Case No. 16 of 1976 (Fidji)
- R. c. McCready* (1909) 14 C.C.C. 481 (Canada)
- R. c. Morgentaler* (1976) 64 D.L.R. (3d) 718 (Québec, Canada)
- R. c. Newton and Stungo* [1958] Crim. L.R. 469 (Angleterre)
- R. c. Ross and McCarthy* [1955] Q.S.R. 48 (Queensland, Australie)
- R. c. Smith (John)* [1974] 1 A11 E.R. 376 (Angleterre)
- R. c. Wald* (1971) 3 D.C.R. (N.S.W.) 25 (Nouvelle-Galles du Sud, Australie)
- R. c. Woolnough* [1977] 2 N.Z.L.R. 508

DÉCISIONS JUDICIAIRES D'AUTRES PAYS

- Roe c. Wade* (1973) 410 U.S. 113 (Cour suprême des Etats-Unis)
- Doe c. Bolton* (1973) 410 U.S. 179 (Cour suprême des Etats-Unis)

RAPPORTS OFFICIELS DE PAYS DU COMMONWEALTH

- AUSTRALIE. *Royal Commission on Human Relationships. Final Report, Volume 3, Part IV. Sexuality and fertility* (rapport Evatt). Canberra, Australian Government Printing Office, 1977, pp. 134-220.
- BARBADE. *Report of the National Committee on the Law of Abortion*. Bridgetown, 1975.
- CANADA. *Rapport du Comité sur l'Application des Dispositions législatives sur l'Avortement* (rapport Badgley). Ottawa, Approvisionnement et Services, Canada, 1977.
- FIDJI. *Second Report of the Senate Select Committee on Population Trends in Fiji: a review and recommended revisions of abortion laws in Fiji*. Suva, Government Printing Department, 1976 (Parliamentary Paper No. 15 of 1976).

- GHANA LAW REFORM COMMISSION. *Memorandum on the three alternative drafts for the proposed Ghanaian Abortion Decree, submitted by the National Redemption Council*. Ghana, 1973.
- INDE, MINISTRY OF HEALTH AND FAMILY PLANNING, DEPARTMENT OF FAMILY PLANNING. *Report of the Committee to study the question of legalisation of abortion*. New Delhi, Government of India Press, 1967.
- NOUVELLE-ZÉLANDE. *Contraception, sterilisation and abortion in New Zealand : Report of the Royal Commission of Inquiry* (rapport McMullin). Wellington, Government Printer, 1977.
- ROYAUME-UNI. *Report of the Committee on the Working of the Abortion Act* (rapport Lane). Trois volumes. Londres, HMSO, 1974.
- ZAMBIE. Projet de loi de 1972 sur l'interruption de grossesse [The Termination of Pregnancy Bill, 1972]. In : *Official verbatim report of the parliamentary debates of the fourth session (resumed) of the Second National Assembly, 25th July to 3rd August, 1972*. Lusaka, Government Printer, pp. 153-170, 181-182.

COMMENTAIRE SUR LA LÉGISLATION DE L'AVORTEMENT DANS LES PAYS DU COMMONWEALTH

AFRIQUE

- COLLINGWOOD, J. J. R. *Criminal law of East and Central Africa*. Londres, Sweet and Maxwell, 1967, pp. 131-132.
- FÉDÉRATION INTERNATIONALE POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE, RÉGION D'AFRIQUE. *Workshop on the strategy for abortion management in Africa, Nairobi, March 20-23, 1978 : report and background papers*. Nairobi, IPPF/Région d'Afrique (sous presse).
- MATI, J. K. G. Abortion in Africa. In : *Family welfare and development in Africa : Proceedings of the IPPF African Regional Conference, Ibadan, 29th August - 3rd September, 1976*. Londres, IPPF, 1977, pp. 74-79.
- SAI, F. T. Sub-Saharan Black Africa. In : David, H. P., éd. *Abortion research : international experience*. Lexington, MA (USA), Lexington (Heath), 1974, pp. 243-249.
- UCHE, U. U., éd. *Law and population change in Africa* (documents présentés au Workshop on the Teaching of Population Dynamics in African Law Schools, Nairobi, Kenya, 24-30 November 1974). Nairobi, East African Literature Bureau, 1976.

Ghana

- AMPOFO, D. A. The dynamics of induced abortion and the social implication for Ghana. *Ghana Medical Journal*, 9: 295-302 (1970).
- BENTSI-ENCHILL, K. Abortion and the law (document présenté à la Conference on the Medical and Social Aspects of Abortion in Africa, Accra, Ghana, 13-18 December 1973).
- KUDADJIE, J. N. Abortion and the contemporary religious moralist (document présenté à la Conference on the Medical and Social Aspects of Abortion in Africa, Accra, Ghana, 13-18 December 1973).
- Le POOLE-GRIFFITHS, F. The law of abortion in Ghana. *University of Ghana Law Journal*, 10: 103-129 (1973).
- TURKSON, R. B. *Law and population growth in Ghana*. Medford, MA, USA, Fletcher School of Law and Diplomacy, 1975, pp. 18-34 (Law and Population Monograph Series, No. 33).

Kenya

- MUTUNGI, O. K. The right of the unborn child and minors. In : Uche, U. U. éd. *Law and population change in Africa*. Nairobi, East African Literature Bureau, 1976, pp. 157-169.
- UCHE, U. U. *Law and population growth in Kenya*. Medford, MA, USA, Fletcher School of Law and Diplomacy, 1974, pp. 14-19 (Law and Population Monograph Series, No. 22).

Lesotho/Botswana/Swaziland

- CHRISTIE, R. H. Therapeutic abortion. *Central African Journal of Medicine*, 19(3) : 54-58 (1973).
- HUNT, P. M. A. Abortion. In : *South African criminal law and procedure. Volume II. Common law crimes*. Cape Town, Juta & Co., 1970, pp. 303-315 (voir aussi 1972 Supplement, p. 34).

Maurice

- VALLET, L. J. Workings of abortion law in Mauritius. In : *Workshop on the strategy for abortion management in Africa, Nairobi, March, 20-23, 1978 : report and background papers*. Nairobi, IPPF/Région d'Afrique (sous presse).

Nigéria

- AKINGBA, J. B. *Problem of unwanted pregnancies in Nigeria today*. Lagos, University of Lagos Press, 1971.
- AKINGBA, J. B. & GBAJUMO, S. A. Procured abortion : counting the cost. *Journal of the Nigeria Medical Association*, 7(2) : 1-12 (1970).
- AKINLA, O. & ADADEVOH, B. K. Abortion - a medico-social problem. *Journal of the Nigeria Medical Association*, 6(3) : 16-22 (1969).
- BAKARE, C. G. M. *Nigerian survey of medical and paramedical opinion on abortion : terminal report of a joint project*. Ibadan, Behavioural Sciences Research Unit, University of Ibadan, et Washington, DC, Transnational Family Research Institute, 1976.
- NIGERIA MEDICAL ASSOCIATION. Nigeria and her abortion law : a case for urgent review (mémoire présenté par la Nigeria Medical Association au Federal Commissioner for Health, 1974).
- SOLANKE, F. Abortion : legal aspects and women's rights (document présenté à un Panel on Law and the Status of Women at the International Women's Year Tribune, Mexico, 1975).

Ouganda

- KIAPI, A. *Law and population in Uganda*. Medford, MA, USA, Fletcher School of Law and Diplomacy, 1977, pp. 7-8 and 43 (Law and Population Monograph Series, No. 42).
- LWANGA, C. Abortion in Mulago Hospital. Kampala, Department of Obstetrics and Gynaecology, Mulago General Hospital, 1974.

Tanzanie

LUHANGA, E. G. The working of the abortion law in Tanzania. In : *Workshop on the strategy for abortion management in Africa, Nairobi, March 20-23, 1978 : report and background papers*. Nairobi, IPPF/Région d'Afrique (sous presse).

Zambie

CHRISTIAN COUNCIL OF ZAMBIA. *Why is the Church troubled over Termination of Pregnancy Act, 1972 ?* Lusaka, Christian Council of Zambia.

ASIE ET OCÉANIE

Australie

AUSTRALIA, ATTORNEY-GENERAL'S DEPARTMENT. *Report of the Working Party on Territorial Criminal Law*. Canberra, Australian Government Publishing Service, 1975.

FINLAY, H. A. & SIHOMBING, J. E. *Family planning and the law*. Second Edition. Sydney, Butterworths, 1978.

McMICHAEL, T., réd. *Abortion : the unenforceable law*. Melbourne, Abortion Law Reform Association (Victoria), 1972.

MITCHELL, R. *Criminal Law and Penal Methods Reform Committee of South Australia : Fourth Report. The substantive criminal law*. Adelaïde, Government Printer, 1977, pp. 86-96.

RUZICKA, L. T. Induced abortion : experience of South Australia 1970-1973. *Australian Quarterly*, September 1975, pp. 17-25.

SOUTH AUSTRALIA. *Sixth and Seventh Annual Reports of the Committee Appointed to Examine and Report on Abortions Notified in South Australia for the Years 1975 and 1976*. Adelaïde, Government Printer, 1976, 1977.

Bangladesh

BANGLADESH INSTITUTE OF LAW AND INTERNATIONAL AFFAIRS. *Interim report on the legal aspects of population planning in Bangladesh to the Committee on Population Planning in Bangladesh*. Dacca, 1977.

BURHANUDDIN, A. F. M. Abortion as a measure for population planning and its relevance for Bangladesh. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 12 : 93-100 (1974).

QUAMRUDDIN, K. A. A. A report on law and population activities in Bangladesh. In : Radhie, T. M., réd. *Law and population*. Djakarta, Law Center Foundation, 1976, pp. 59-60 (Hukum (Law) Journal, Special Edition).

Hong Kong

SINGER, K. Psychiatric aspects of abortion in Hong Kong. *International Journal of Social Psychiatry*, 21 : 303-306 (1975).

Inde

FAMILY PLANNING ASSOCIATION OF INDIA. *Seminar on medical and socio-economic aspects of abortion, Calcutta, November 25-27, 1972*. Calcutta, 1973.

- GREWAL, S. Medical termination of pregnancy — its status, achievements and lacunae (document présenté au WHO Workshop on implementation of the programme of medical termination of pregnancy at district hospital and block levels, New Delhi, 1-3 July 1975).
- INDIA. *Towards equality : report of the Committee on the Status of Women in India*. New Delhi, Ministry of Education and Social Welfare, 1974, pp. 327-329.
- INDIA, MINISTRY OF HEALTH AND FAMILY PLANNING, DEPARTMENT OF FAMILY PLANNING. *Report of the Committee to study the question of legislation of abortion*. New Delhi, Government of India Press, 1967.
- KAUR, S. Attitudes towards induced abortion : observations based upon recent Indian studies. *International Social Science Journal*, 26 : 265-283 (1974).
- MAHAJAN, A. Social implications of legalisation of abortion. *Indian Journal of Social Work*, 37 : 31-38 (1976).
- PANDE, D. C. Some inhibiting factors in the implementation of the Medical Termination of Pregnancy Act, 1971 — a study of acceptability. *Journal of the Indian Law Institute*, 16 : 660-674 (1974).
- RAO, N. B. & KANBARGI, R. Legal abortions in an Indian State. *Studies in Family Planning*, 8 : 311-315 (1977).
- SETH, D. D., MAITRA, S. K. & SINHA, B. N. *Abortion and termination of pregnancies in India along with penal provisions and punishment, practice, procedure and protection under law with rules*. Allahabad, Delhi Law House, 1973.
- SINGH, S. K. & RAIZADA, R. K. *Abortion law in India : past and present*. Chandigarh, Family Planning Association of India, Haryana Branch, 1976.

Malaisie

- CHOONG, S. P. *MMA Abortion Committee : Chairman's report on MMA general questionnaire sent out on 10th December 1974*. Kuala Lumpur, Malaysian Medical Association, 1975.
- IBRAHIM, A. *Law and population in Malaysia*. Medford, MA, USA, Fletcher School of Law and Diplomacy, 1977, pp. 22-26 (Law and Population Monograph Series, No. 45).
- LIEW, C. H. The ethics of abortion (document présenté à la Fourth Malaysian Law Conference, Kuala Lumpur, 19-21 October 1977).
- RAHMAN, S. bin A. et al. Law and population in Malaysia. In : Radhie, T. M., réd. *Law and population*. Djakarta, Law Center Foundation, 1976, pp. 127-131 (Hukum (Law) Journal, Special Edition).
- SINNATHURAY, T. A. et al. *Report on maternal health and early pregnancy wastage in peninsular Malaysia*. Kuala Lumpur, Federation of Family Planning Associations, Malaisie, 1977.
- SINNATHURAY, T. A. Country situation report in Malaysia (document présenté à la Réunion d'experts de l'OMS sur la grossesse et l'avortement pendant l'adolescence, Genève, 24-28 juin 1974).

Nouvelle-Zélande

- FACER, W. A. P. Criminal abortion in New Zealand. *New Zealand Law Journal*, No. 15, pp. 337-342 (1972).

- KEMBER, D. Abortion and the Crimes Amendment Act 1977. *New Zealand Law Journal*, No. 6, pp. 109-117 (1978).
- KIRKWOOD, B. J. & FACER, W. A. P. Public opinion and legal abortion in New Zealand. *New Zealand Medical Journal*, 83 : 43-47 (1976).
- LITTLEWOOD, B. M. Abortion in perspective, I and II. *New Zealand Law Journal*, No. 20, pp. 488-493 (1974) ; No. 5, pp. 103-110 (1975).
- TRLIN, A. D. Abortion in New Zealand : a review. *Australian Journal of Social Issues*, 10 : 179-196 (1975).
- WILLS, D. Contraception, sterilisation and abortion in New Zealand : a review of medical, nursing and related professional policy. *Nursing Forum*, 4(2) : 6-9 (1976).

Singapour

- CHEN, A. J. & PANG, S. L. *A study on legalised abortion in Singapore, 1970-1974*. Singapore, Family Planning and Population Board, 1975.
- CHENG, M. C. E. et al. Changing trends in mortality and morbidity from abortion in Singapore (1964-1970). *Singapore Medical Journal*, 12 : 256-258 (1971).
- CHENG, M. C. E. Induced abortion in Singapore (document présenté au 2nd Indonesian Congress of Obstetrics & Gynaecology, 29 July-3 August 1973).
- KWA, S. B., QUAH, S. T. & CHENG, M. C. E. The Abortion Act, 1969 : a review of the first year's experience. *Singapore Medical Journal*, 12 : 250-255 (1971).
- WEE, K. S. Country report : Singapore. In : Radhie, T. M., réd. *Law and population*. Djakarta, Law Center Foundation, 1976, pp. 193-195 (Hukum (Law) Journal, Special Edition).

Sri Lanka

- JAYASURIYA, D. C. *Law and population growth in Sri Lanka*. Medford, MA, USA, Fletcher School of Law and Diplomacy, 1976, pp. 2-6 (Law and Population Monograph Series, No. 40).
- RAJANAYAGAM, S. The problem of illegal abortion in Sri Lanka. Presidential address - 1973. *Ceylon Medical Journal*, 18 : 123-129 (1973).
- SRI LANKA LAW AND POPULATION PROJECT. Abortion. In : *Seminar on law and population, Sri Lanka, 16-18 January 1974, Colombo : seminar papers*.
- UNIVERSITY OF SRI LANKA DEPARTMENT OF FORENSIC MEDICINE, SRI LANKA LAW AND POPULATION PROJECT & FAMILY PLANNING ASSOCIATION OF SRI LANKA. *Report of the Seminar on Population Law and the Medical Profession in Sri Lanka, Colombo, 27 November 1976*.

EUROPE

Chypre

- TALIADOROS, D. M. Induced abortion in Cyprus. In : Nazer, I., réd. *Induced abortion : a hazard to public health ?* Beyrouth, IPPF/Région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord, 1972, pp. 179-181, 389.

Royaume-Uni

- BRITISH PREGNANCY ADVISORY SERVICE. *Views of the British Pregnancy Advisory Service on Mr. Benyon's Abortion (Amendment) Bill 1977*. Wootton Wawen, Solihull, 1977.

- COMPTON, P. A., GOLDSTROM, L. & GOLDSTROM, J. M. Religion and legal abortion in Northern Ireland. *Journal of Biosocial Science*, 6 : 493-500 (1974).
- DICKENS, B. M. *Abortion and the law*. Londres, MacGibbon & Kee, 1966.
- HORDERN, A. *Legal abortion : the English experience*. Oxford, Pergamon Press, 1971.
- O'NEILL, P. T. & WATSON, I. The father and the unborn child. *Modern Law Review*, 38 : 174-185 (1975).
- SIMMS, M. & HINDELL, K. *Abortion law reformed*. Londres, Owen, 1971.
- TUNKEL, V. Modern anti-pregnancy techniques and the criminal law. *Criminal Law Review*, pp. 461-471 (1974).
- ROYAUME-UNI. *First report from the Select Committee on Abortion together with proceedings of the Committee and appendices. Session 1975-76*. Deux volumes. Londres, HMSO, 1976.
- ROYAUME-UNI. *Second report from the Select Committee on Abortion together with proceedings of the Committee, minutes of evidence and appendices. Session 1975-76*. Londres, HMSO, 1976.
- ROYAUME-UNI. *Abortion (Amendment) Bill. Standing Committee C, first - tenth sittings, 22 June - 12 July, 1977*. Londres, HMSO, 1977 (Parliamentary Debates, House of Commons Official Report).
- WILLIAMS, G. *The sanctity of life and the criminal law*. Londres, Faber and Faber, 1958.

HÉMISPHERE OCCIDENTAL

Barbade

- HOYOS, M. D. & WALROND, E. R. National survey of doctors, nurses and social workers on liberalization of the Barbados abortion law. *West Indies Medical Journal*, 26(2) : 2-11 (1977).

Canada

- DICKENS, B. M. The Morgentaler case : criminal process and abortion law. *Osgoode Hall Law Journal*, 14 : 229-274 (1976).
- GEEKIE, D. A. Abortion : a review of CMA policy and positions. *Canadian Medical Association Journal*, 111 : 474-477 (1974).
- HARRIS, W. J. & TUPPER, L. S. Study of therapeutic abortion committees in British Columbia. *University of British Columbia Law Review*, 11 : 81-118 (1977).
- MAKSYMUK, J. P. The abortion law : a study of R. v. Morgentaler. *Saskatchewan Law Review*, 39 : 259-284 (1974-75).
- SCHLESINGER, B., réd. *Family planning in Canada : a source book*. Toronto, University of Toronto Press, 1974, pp. 201-251.
- SMITH, K. D. & WINEBERG, H. S. A survey of therapeutic abortion committees. *Criminal Law Quarterly*, 12 : 279-306 (1970).

Région des Caraïbes

- CARIBBEAN CENTRE FOR ADVANCED STUDIES IN YOUTH WORK & COMMONWEALTH SECRETARIAT, COMMONWEALTH YOUTH PROGRAMME. *Women in the seventies : report of a seminar, 7-11 July, 1975, Grenada*. Londres, Commonwealth Secretariat, p. 41.

- MENON, P. K. Law of abortion with special reference to Commonwealth Caribbean. *Anglo-American Law Review*, 5 : 311-345 (1976).
- PATCHETT, K. W. Reception of law in the West Indies. *Jamaica Law Journal* (April), pp. 17-35 (1973) ; (October), pp. 55-67 (1973).
- UNIVERSITY OF THE WEST INDIES et al. *Curative and preventive aspects of family planning in the English speaking Caribbean*. Conférence organisée par l'University of the West Indies, Jamaica National Family Planning Board, International Planned Parenthood Federation and Jamaica Family Planning Association, 15-16 décembre 1972.
- UNIVERSITY OF THE WEST INDIES. *Report on workshop on social legislation relating to the family and child in the Caribbean, Port of Spain, 22nd - 26th September, 1975*. Mona (Jamaïque), University of the West Indies, p. 16.

Guyane

- RAMPHAL, S. S. *Report by the Select Committee of the National Assembly appointed to consider and recommend changes in the law relating to matrimonial causes, succession, abortion, and benefits for reputed wives, concerning the committee's inability to conclude its investigation before the end of the session*. Georgetown, 1972.

Jamaïque

- ROSEN, R. C. *Law and population growth in Jamaica*. Medford, MA, USA, Fletcher School of Law and Diplomacy, 1973, pp. 19-23 (Law and Population Monograph Series, No. 10).
- SMITH, K. A. & JOHNSON, R. L. Medical opinion on abortion in Jamaica : a national Delphi survey of physicians, nurses, and midwives. *Studies in Family Planning*, 7 : 334-339 (1976).

Trinité-et-Tobago

- DALY, S. Abortion and the law (document présenté au Seminar on Abortion, Department of Obstetrics and Gynaecology, University of the West Indies, 1976).
- DALY, S. *Legal status of women in Trinidad and Tobago*. Port of Spain, National Commission on the Status of Women, 1975, pp. 20-22.
- TOBY, L. A. Abortion. *Sunday Guardian*, Issues dated 5 June, 12 June, and 19 June 1977.

OUVRAGES RELATIFS À LA LÉGISLATION DE L'AVORTEMENT

- CALLAHAN, D. *Abortion : law, choice and morality*. Londres, Collier-Macmillan, 1970.
- COOK, R. J. & DICKENS, B. M. A decade of change in abortion law : 1967-77. *American Journal of Public Health*, 68(7) : 637-643 (1978).
- INTERNATIONAL ADVISORY COMMITTEE ON LAW AND POPULATION. *World survey of abortion legislation*. Medford, MA, USA, Fletcher School of Law and Diplomacy (sous presse).
- LEE, L. T. & PAXMAN, J. M. *Legal aspects of menstrual regulation*. Medford, MA, USA, Fletcher School of Law and Diplomacy, 1974 (Law and Population Monograph Series, No. 19).

- NOONAN, J. T. *The morality of abortion : legal and historical perspectives*. Cambridge, MA, USA, Harvard University Press, 1970.
- OMRAN, A. R. A résumé of Islam's position on family planning and abortion. In : Nazer, I. R., réd. *Induced abortion : a hazard to public health ?* Beyrouth, IPPF/Région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord, 1972, pp. 348-358.
- STEPHEN, J. F. *A digest of the criminal law (crimes and punishment)*. Londres, Macmillan, 1877, p. 158.
- TUNKEL, V. The law against family planning : a Commonwealth survey. In : *Three studies of abortion law in the Commonwealth*. Londres, Commonwealth Secretariat, 1977.
- VEITCH, E. & TRACEY, R. R. S. Abortion in the common law world. *American Journal of Comparative Law*, 22 : 652-696 (1974).

OUVRAGES RELATIFS À L'AVORTEMENT

- ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. The unmet needs for legal abortion services in the U.S. *Family Planning Perspectives*, 7 : 224-230 (1975).
- EMBREY, M. P. Developments in medical technologies for fertility regulation and their implications for medical legislation. In : *Three studies of abortion laws in the Commonwealth*. Londres, Commonwealth Secretariat, 1977.
- FÉDÉRATION INTERNATIONALE POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE. *The human problem of abortion : the medico-legal dimension*. Rapport du groupe spécial d'experts sur l'avortement, 16-18 février 1978, Bellagio. Londres, IPPF (sous presse).
- MOORE-CAVAR, E. C. *International inventory of information on induced abortion*. New York, International Institute for the Study of Human Reproduction, Columbia University, 1974.
- OMS, Série de Rapports techniques, N° 623, 1978 (*L'avortement provoqué : Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS*).
- POTTS, M., PEEL, J. & DIGGORY, P. *Abortion*. Cambridge, Cambridge University Press, 1977.
- TIETZE, C. & MURSTEIN, M. C. *Induced abortion : 1975 factbook*. New York, Population Council, 1975 (Reports on Population/Family Planning, No. 14).
- TIETZE, C. *Induced abortion : 1977 supplement*. New York, Population Council, 1977 (Reports on Population/Family Planning, No. 14, Second Edition).
- TIETZE, C. & LEWIT, S. Legal abortion. *Scientific American*, 236 : 21-27 (1977).

OUVRAGES RELATIFS A L'AVORTEMENT PENDANT L'ADOLESCENCE

- ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. *11 million teenagers : what can be done about the epidemic of adolescent pregnancies in the United States*. New York, 1976.
- LEE, L. T. & PAXMAN, J. M. *Pregnancy and abortion in adolescence : a comparative legal survey and proposals for reform*. Medford, MA, USA, Fletcher School of Law and Diplomacy, 1975 (Law and Population Monograph Series, No. 26).
- OMS, Série de Rapports techniques, N° 583, 1975 (*La grossesse et l'avortement pendant l'adolescence : Rapport d'une réunion d'experts de l'OMS*).
- PAUL, E. W., PILPEL, H. F. & WECHSLER, N. F. *Pregnancy, teenagers and the law*, 1976. *Family Planning Perspectives*, 8 : 16-21 (1976).

WADLINGTON, W. Minors and health care : the age of consent. *Osgoode Hall Law Journal*, **11** : 115-125 (1973).

RÉFÉRENCES GÉNÉRALES

LISTER, J. On the antiseptic principle in the practice of surgery. *Lancet*, **2** : 353-356, 668-669 (1867).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Annuaire de Statistiques sanitaires mondiales, 1977, Vol. III : Personnel de santé et établissements hospitaliers*, Genève, 1977.

En cas de difficulté pour obtenir un des articles cités en référence, veuillez vous adresser au Service de la Bibliothèque et de la Documentation de la Fédération internationale pour la Planification familiale.