



L'Edito

Une histoire de droits, de choix et de santé sexuelle

L'avortement n'est pas un problème, c'est la solution à un problème.

Cette affirmation peine à être entendue !

Le taux mondial des avortement est passé de 34‰ en 1995 à 29‰ en 2003 dont 50% sont clandestins ou réalisés dans des conditions médicales très insatisfaisantes ou inexistantes et pratiqués à 97% dans les pays en développement, malgré les textes internationaux défendant et recommandant aux Etats de favoriser l'accès à un avortement sûr et légal.

Les lois restrictives ou interdisant l'avortement n'entraînent pas de baisse des pratiques clandestines ou dangereuses, bien au contraire.

Ainsi la conduite d'une politique de libéralisation de l'avortement comme en Afrique du Sud conduit à une amélioration des situations (taux le plus faible du continent Africain) même s'il faut dépasser le protocole de Mapouto.

Pour autant, les difficultés et reculs constatés ici et là renforcent tout à la fois une migration

de l'avortement en Europe et maintiennent l'existence d'avortements à risque.

Le contexte international n'est pas des plus rassurant comme l'absence dans la résolution finale de Rio+20 de la mention sur les droits des femmes à décider de leur fécondité. Il y a clairement un mouvement visant à réaffirmer l'assignation des femmes à la maternité nourrit du poids institutionnel des anti-choix et relayé par l'Internationale conservatrice pour maintenir un contrôle sur le corps des femmes. Ces freins sociaux culturels rendent la mobilisation politique des gouvernements difficile pour certains d'entre eux dans un contexte conservateur auquel parfois ils adhèrent quitte à laisser passer des résolutions en deçà de ce qui existe dans leur pays

Bien loin aussi de l'accès universel à la médecine procréative d'ici 2015 alors que le taux de mortalité maternelle reste scandaleusement élevé. 80% de ces décès sont dus aux conséquences d'avortement pratiqués dans de mauvaises conditions en lien avec les législa-

tions répressives ou systèmes de santé inadaptés. Même l'accès à la contraception reste difficile : 62% des femmes mariées ou en union utilisaient une « forme » de contraception mais quid des jeunes filles dans un interdit, un contrôle social et culturel de la sexualité des jeunes? Comment permettre aux 215 millions de femmes qui voudraient éviter ou planifier leur grossesse d'avoir accès à une contraception face à l'absence de contraceptifs, de choix de la méthode, de lieux non adaptés ou trop loin ?

Plus largement, se pose l'enjeu du continuum du choix en matière de sexualité, d'identité sexuelle dans un monde où l'éducation sexualisée reste en friche, les rapports F/H inégalitaires et les tabous sur la sexualité persistants... ■

« Si la fécondité est le lien central de la domination masculine, il s'en suit que la prise par les femmes du contrôle de leur propre fécondité revient pour elles à sortir du lien de domination. Là est le levier d'un changement majeur pour l'humanité toute entière ». Françoise Héritier.

Le sommaire

Edito

Une histoire de droits, de choix et de santé sexuelle

Page 2

L'avortement dans les textes internationaux, la politique des petits pas

Page 3

Le protocole de Mapouto, dynamique positive d'application des textes internationaux
Un tour de la législation en Europe

Page 4

Caractère restrictifs d'accès à l'avortement dans le monde et évolution législative

L'avortement dans les textes internationaux: la politique des petits pas !

C'est en 1945 que l'égalité femmes/hommes a été admise comme principe fondamental par les 51 Etats membres de la Charte des Nations Unies.

La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948 proclame explicitement le respect universel et effectif des droits de l'Homme sans distinction de race, de sexe, de langue ou de religion.

Sous la pression des mouvements féministes, les droits des femmes prennent, dans les années 70, une dimension internationale via les textes de l'ONU sur l'élimination de toutes discriminations à leur égard.

La CEDAW (Convention sur l'élimination de toutes les discriminations contre les femmes) adoptée fin 1979 par l'ONU était ratifiée en 2011 par 187 pays avec plus ou moins de restrictions. Les pays sont soumis à évaluation régulière par un comité d'experts de l'avancée des droits des femmes.

Cette convention est l'aboutissement des travaux initiés en 1946 par la commission de la condition des femmes (CSW) sur la situation des femmes pour promouvoir leurs droits notamment celui de décider librement du nombre de naissances. C'est le seul texte relatif aux Droits de l'Homme à faire mention de la planification familiale. (art. 10 et 12).

1994, au Caire, la conférence de l'ONU sur la population et le développement (CIPD) reconnaît le droit à la santé sexuelle et reproductive et les liens entre statut des femmes, santé de la reproduction et développement social et économique et recommande aux pays de considérer que les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité sont un problème majeur de santé publique.

La 4^{ème} Conférence Mondiale des

femmes (Pékin, 1995) a eu un impact significatif. Outre la participation importante des gouvernements (189), pour la première fois, l'attention a été portée sur l'égalité femmes/hommes par l'approche de genre. Deux documents seront adoptés :

- * la déclaration générale d'intention où les gouvernements s'engagent à faire progresser des objectifs de développement, d'égalité et de paix pour toutes les femmes dans le monde dans l'intérêt de l'humanité.
- * un programme d'actions pour promouvoir et aboutir à la réalisation universelle de tous les droits fondamentaux, de toutes les libertés pour toutes les femmes tout au long de leur vie.

La forte mobilisation et participation autour de cette conférence coïncidait avec les préoccupations du mouvement des femmes, l'un des plus importants mouvement social de la fin du XX siècle, alors que les acquis des femmes étaient menacés partout dans le monde. Les positions de la Conférence du Caire sur l'avortement seront reconduites tout en demandant que *« Les gouvernements révisent les lois qui prévoient des sanctions contre les femmes en matière d'avortement. »*

Derrière ces timides avancées se cachent des années de luttes et d'acharnement des femmes pour faire valoir leurs droits dans une communauté mondiale dirigeante, à majorité masculine, qui peine à prendre conscience de la condition des femmes. Et si des mesures, parfois volontaires ont été instaurées, c'est bien souvent sous la pression des ONG.

Aujourd'hui s'exerce une menace forte d'une remise en cause du droit positif au profit d'une morale religieuse et d'un retour « très naturalisant » de la place et du rôle des femmes et hommes

En 1999, quatre organisations de l'ONU soulignaient que, dans des pays en voie de développement, 1 femme sur 10 meurt des suites d'une grossesse ou d'un accouchement et l'avortement clandestin est l'une des 5 causes principales de décès. La recommandation de l'ONU condamne l'interdiction absolue de l'avortement dans ses termes *« L'interdiction de l'avortement viole les droits de la personne humaine. Le droit au libre choix doit sauver des vies »* qui .

Lors Objectifs de Développement du Millénaire (OMD) en 2000, 191 pays se sont accordés sur le caractère impérieux de la réduction des inégalités dans le monde.

L'amélioration de la santé maternelle et la réduction de 75% des décès maternels à échéance 2015, ont été identifiés comme deux des objectifs principaux dans la lutte contre les inégalités.

La plupart des décès maternels se produisent dans les pays en développement. En 2008, 358 000 femmes sont mortes lors de grossesses souhaitées ou non dont 47 000 des suites d'avortements clandestins ou à risque, soit 13% !

Face au déni des sociétés sur cette question et les violentes offensives des alliances œcuméniques, les politiques et les lois restent en panne refusant toujours aux femmes le droit à disposer de leur corps.

Les conventions ou textes internationales ne posent pas de façon frontale ce droit des femmes à disposer de leur corps, les privant du libre choix de mener à terme ou pas, une grossesse. L'interdiction d'avorter lèse les droits fondamentaux des femmes.

Le chemin est encore bien long pour que *« Le respect universel et effectif des droits de l'Homme sans distinction de race, de sexe, de langue ou de religion soit explicitement proclamé. »* ■

Le protocole de Maputo, dynamique positive d'application des textes internationaux

87 millions de grossesses annuelles dans le monde sont non prévues dont 50% se terminent par un avortement provoqué. Parmi les 44 millions de femmes qui avortent, 78% vivent dans des pays en développement, 21 millions d'avortements sont considérés à risque dont 86% dans les pays en développement. Ainsi 97% des avortements pratiqués en Afrique sont à risque ! Toutes les 18 minutes, une africaine meurt des suites d'un avortement non sécurisé. Les jeunes filles en sont les premières victimes faute d'accès aux services et informations de qualité en santé sexuelle et reproductive.

Le protocole de Maputo relatif aux droits des femmes en Afrique adopté en 2003 par l'Union Africaine (UA), entré en vigueur en 2005 était ratifié en 2011 par 28 pays. Il complète la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples en posant l'égalité des sexes comme principe fondamental et s'est inspiré à la fois de la conférence mondiale des droits humains de Vienne (1993) -qui souligne l'inaliénation des droits humains de la femme et de l'enfant

filles tout en affirmant ces droits parties intégrantes et indivisibles des droits humains- et de la CIPD. Il a aussi reçu l'appui de L'International Planned Parenthood Federation (IPPF).

L'art. 14-2c du protocole stipule que « *les Etats prennent toutes les mesures appropriées pour protéger les droits reproductifs des femmes, particulièrement en autorisant l'avortement médicalisé, en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus.* ».

Le plan d'action du protocole de Maputo s'est engagé en cohérence avec les OMD « *à l'accès universel et complet des services sexuels et de santé de la reproduction en Afrique à l'horizon 2015* » et dans son 5ème axe de priorité à « *réduire l'incidence de l'avortement à risque* ».

Une avancée car si le choix des femmes n'a pas encore vraiment sa place, il offre l'opportunité de développer un accès plus sécurisé à l'avortement, à faire connaître le cadre légal s'il existe, à développer la permissibilité de l'avortement et construire une offre de soin adaptée dans des structures de planifi-

cation familiale et de santé. Ceci dans un contexte politique, social et culturel à forte résistance sur l'avortement. L'IPPF poursuit son appui en épaulant ses associations membres sur les volets sanitaires et de plaidoyer comme par le biais de programmes dédiés de soutien à la prise en charge des avortements complets.

Ce protocole a ouvert une brèche, il s'agit maintenant pour les Etats de continuer à faire évoluer les lois et les pratiques qui privent les femmes de leur choix.

Ainsi par exemple au Burkina Faso, le choix et la maîtrise de sa fécondité ne sont pas acquis. Plus 1/3 des femmes qui désirent une contraception n'y ont pas accès sans compter l'accueil souvent moralisateur dans les centres de santé où nombre de femmes se font refouler ou insulter lors de demandes de préservatifs ou de pilule. Ce qui ne favorise pas la demande !

Dans ces conditions, une planification concertée et consentie des naissances pour les femmes, les jeunes filles ou les couples demandeurs est quasiment impossible. ■

Un tour de la législation sur l'avortement en Europe

Le droit à la contraception et à l'avortement sont les clés de l'autonomie des femmes, conditionnant la possibilité à chaque femme d'exercer pleinement ses autres droits. C'est la lutte déterminée des femmes qui a permis de faire reconnaître en Europe le droit des femmes de disposer de leur corps.

Pour autant ce droit fondamental n'est ni garanti ni reconnu dans tous les pays européens pour l'ensemble des femmes. La législation sur l'IVG dans l'UE diffère selon les pays avec un décalage parfois important entre la loi, son applica-

tion, l'accessibilité et les coûts tant ce droit est partout sous contrôle, sujet de polémiques, enjeux d'un pouvoir religieux, patriarcal et médical.

Ainsi Malte interdit toujours totalement, en 2012, l'avortement alors qu'elle a signé les textes internationaux et adhéré à l'UE. UE qui a adopté en 2002 le rapport Van Lancker sur les droits sexuels et génésiques (droits des femmes au contrôle de leur sexualité et leur protection en matière de santé sexuelle et reproductive) En Irlande, l'avortement n'est autorisé que dans le seul cas où la vie de la

mère est en danger, même après un viol, il reste interdit... Mais depuis le référendum en 1993, les femmes irlandaises ont le droit d'avoir recours à l'IVG à l'étranger, sans être passibles de poursuites ! Un déni politico-religieux qui condamne des milliers d'irlandaises à se rendre dans un pays voisin autorisant l'avortement mais à leur frais ! (Grande Bretagne)

Depuis 1997, la Pologne interdit l'avortement alors qu'il fut légal pendant 40 ans. Aujourd'hui, il ne l'est qu'en cas de viol ou d'anomalie du fœtus comme à Chypre ou l'Espagne qui ne l'autorisent que

Un tour de la législation en Europe (suite)

pour raisons de santé ou en cas de viol. Le Portugal adoptait en 2007 une loi autorisant l'IVG jusqu'à 10 semaines de grossesse.

Le Luxembourg, la Finlande et le Royaume Uni autorisent l'avortement pour des raisons économiques

et sociales.

D'autres pays ont légalisé (ou dépenalisé) l'avortement sans obligation de justification et parfois sur la seule demande des femmes.

Les délais les plus courants sont de 12 sem. de grossesse et jusqu'à 24

sem. en Grande-Bretagne.

En Suède, aux Pays Bas, en Allemagne et en Grèce le délai peut être étendu à 18, 20 voire 24 semaines dans certains cas. Ceux-ci nécessitent alors une justification médicale et des tests obligatoires. ■

Caractères restrictifs d'accès l'avortement dans le monde et évolutions législatives

En octobre 2011, le Rapporteur spécial de l'ONU sur le droit à la santé présente à l'Assemblée Générale un rapport qui lance un appel urgent à tous les gouvernements afin qu'ils dépénalisent totalement l'avortement.

Cet appel rappelle la forte répression et les fortes contraintes qui pèsent aujourd'hui sur l'avortement dans le monde, alimentant la forte mortalité des femmes ne souhaitant pas poursuivre une grossesse non prévue. Toutes les 8 minutes une

femme meurt des suites d'un avortement clandestin ! Cette mortalité est particulièrement forte dans les pays aux lois restreignant l'accès à l'avortement car les femmes font alors appel à des prestataires non qualifiés, voire corrompus pratiquant des avortements dans des conditions insalubres et/ou insécures.

Le chemin est encore long (*cf. tableau infra*) car presque 1 femme sur 4 vit dans un pays dont les lois interdisent strictement l'avortement ou ne l'admettent que pour sauver la vie

de la femme.

Par ailleurs, on constate que le taux d'avortement tend à être plus faibles dans les sous-régions où l'avortement y a été libéralisé, ce qui devrait encourager les Etats à s'inscrire dans une démarche progressiste.

Pourtant depuis 2007, les remises en cause se font jour. Combien à venir encore pour ce droit fondamental des femmes et des couples à maîtriser leur fécondité face aux mobilisations des garants d'un ordre moral et religieux ? ■

Répartition des pays en fonction du caractère restrictif de la loi par région (source : Centre for reproductive rights, sept.2011)

Les restrictions peuvent varier sur le terrain selon le délai accordé en fonction des conditions sanitaires, des contextes sur les droits des femmes et l'acceptabilité de l'avortement dans la société (déterminants sociaux culturels et religieux). Entre 1998 et 2007 des pays ont libéralisé leur législation : Colombie, Mexique (plusieurs juridictions), Sainte-Lucie, Iran, Bhoutan, Népal, Thaïlande, Portugal, Bénin, Tchad, Éthiopie, Guinée, Mali, Niger, Swaziland, Togo. D'autres ont restreint leur loi : Salvador et Nicaragua. .

Caractères restrictifs de la loi	Pays
Interdiction totale ou pour sauver la vie de la femme	Antigua-et-Barbuda, Brésil, Chili, Dominique, Rép. dominicaine, El Salvador, Guatemala, Haïti, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Surinam, Venezuela, Afghanistan, Égypte, Iran, Irak, Liban, Libye, Oman, Syrie, Émirats arabes unis, Cisjordanie et Bande de Gaza, Yémen, Bangladesh, Bhoutan, Brunei Darussalam, Indonésie, Kiribati, Laos, Îles Marshall, Micronésie, Myanmar, Palaos, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, Îles Salomon, Sri Lanka, Tonga, Tuvalu, Andorre, Irlande, Malte, Saint-Marin, Angola, Rép. Centrafricaine, Congo Brazzaville, Côte d'Ivoire, Rép. Dém. du Congo, Gabon, Guinée-Bissau, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Nigéria, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Somalie, Soudan, Sud-Soudan, Timor Oriental, Tanzanie, Ouganda.
Santé physique	Algérie, Argentine, Bahamas, Bolivie, Costa Rica, Équateur, Grenade, Pérou, Uruguay, Jordanie, Koweït, Maroc, Qatar, Arabie saoudite, Maldives, Monaco, Pakistan, Rép.de Corée, Vanuatu, Liechtenstein, Pologne, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Tchad, Comores, Djibouti, Kenya, Guinée équatoriale, Érythrée, Éthiopie, Guinée, Mozambique, Niger, Rwanda, Togo, Zimbabwe
Santé physique et mentale	Colombie, Jamaïque, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Trinité-et-Tobago, Malaisie, Nauru, Nouvelle-Zélande, Samoa, Thaïlande, Irlande du Nord, Botswana, Gambie, Ghana, Libéria, Namibie, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland.
Santé physique, mentale et motifs socio-économiques	Barbade, Belize, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Australie, Fidji, Inde, Japon, Taiwan, Chypre, Finlande, Islande, Luxembourg, Grande-Bretagne, Hong Kong, Zambie.
Sans restriction de motivations	Canada, Cuba, Guyana, Porto Rico, États-Unis, Arménie, Azerbaïdjan, Bahreïn, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Tadjikistan, Tunisie, Turquie, Espagne, Turkménistan, Ouzbékistan, Cambodge, Chine, Rép.pop.dém.de Corée, Mongolie, Népal, Singapour, Vietnam, Albanie, Autriche, Belarus, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Rép.Tchèque, Danemark, Estonie, Macédoine, France, Allemagne, Grèce, Hongrie, Italie, Lettonie, Lituanie, Moldave, Monténégro, Pays-Bas, Norvège, Portugal, Roumanie, Russie, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Ukraine, Cap Vert, Afrique du Sud.