

Lara Lalman<sup>1</sup>

## L'IVG, question de santé publique et droit

La dépénalisation de l'IVG représente une avancée démocratique, « en matière de santé publique et d'égalité des chances ». C'est le pré-requis de la plate-forme de vigilance pour le droit à l'avortement en Europe, qui s'est constituée en Belgique en 2011<sup>2</sup>. Nous souhaitons ici, en reprenant les points de la charte rédigée par cette plate-forme et aujourd'hui signée par plus de 8000 personnes et institutions, proposer quelques éléments de réflexion sur l'application d'un droit des femmes partiellement reconnu et les freins rencontrés, qui se multiplient ces dernières années.

Ce que la plate-forme défend :

⇒ ***L'accès à l'avortement est un droit***

*Celui d'être maître de son propre corps, de choisir sa vie, de poursuivre une grossesse (ou pas) et de décider seule (ou avec son partenaire). C'est un droit fondamental des femmes.*

Ce droit n'est pas reconnu par les lois dépénalisant l'avortement. C'est en effet une revendication des mouvements de femmes, mais l'autonomie des femmes, leur liberté à disposer de leur corps n'est pas reconnue légalement. L'avortement est toujours un délit contre l'ordre familial dans le code pénal, et l'accès n'a été permis que dans un cadre médicalisé, pour des raisons de santé publique qui paraissent évidentes. Cependant, si le fait d'avoir prévu un cadre médical est bénéfique par rapport à des pratiques clandestines antérieures dans des conditions qui mettaient en danger la santé et la vie des femmes, il reste qu'elles ne peuvent s'approprier l'événement en dehors de ce cadre par d'autres pratiques ou dans un autre environnement si elles le désirent<sup>3</sup>. Et pour cause, pour la loi, ce ne sont toujours pas les femmes qui décident. Pour cela, il eût fallu donner suite à leurs revendications en sortant l'avortement du code pénal et en n'imposant pas de structures d'accueil obligatoires et contraignantes<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Chargée de projets au CEFA asbl

<sup>2</sup> <http://www.abortionright.eu/>

<sup>3</sup> Le MLAC en France était constitué de réseaux locaux autonomes dont certains revendiquaient des avortements non médicalisés, et/ou pratiqués entre femmes. Plus d'infos : <http://clio.revues.org/624>

<sup>4</sup> Fanny Filosoof, *Belgique. Avortement. Une liberté... conditionnée*, Université des femmes, début des années 90 : texte disponible sur les sites <http://libertaire.pagesperso-orange.fr/motscle/avorte.htm> et <http://1libertaire.free.fr/fem-avortement.html>. En France, l'amendement de la loi en 2001 a rendu l'entretien « pré-ivg » facultatif pour les femmes majeures

Et concrètement ?

« La pratique des centres extrahospitaliers dépasse les exigences de la loi en organisant une prise en charge pluridisciplinaire systématique des demandes d'avortements. »<sup>5</sup> Elle vise aussi à dépasser la loi pour tenter de donner aux femmes le droit que celle-ci ne prévoit pas.

En voici quelques exemples :

La « détresse » doit être jugée par un.e médecin : un débordement qui renforce injustement le pouvoir médical, et se révèle anti-démocratique. Dans les faits, elle est plutôt « constatée » et accueillie par l'accueillant.e du centre de planning familial. C'est néanmoins formalisé via l'entretien « pré-ivg », destiné à appliquer la loi qui prévoit son évaluation via un recensement des IVG<sup>6</sup>, en plus d'apprécier l'état de détresse et la détermination de la femme, et d'informer celle-ci des risques et alternatives. En pratique l'entretien dans les centres de planning familial est en principe mené dans le respect de la charte du GACEHPA<sup>7</sup> : accueil non jugeant de la demande d'ivg, information et accompagnement du choix de la femme par rapport à la poursuite ou non de sa grossesse. En principe car le contrôle moral reste quelquefois présent dans le chef des professionnel.le.s, se faisant l'écho d'un certain paternalisme psycho-médical. C'est ainsi que des accompagnant.e.s véhiculent parfois les normes, même malgré eux/elles. Le cadre des entretiens y est aussi pour quelque chose... où le colloque singulier installe d'office une hiérarchie jusque dans la responsabilité que le/la professionnel.le risque d'endosser.

Une expérience en France démontre qu'il est possible de sortir du cadre spécialiste-patiente, et par là même du tabou : au planning familial de Poitiers, l'accueil des demandes d'IVG se fait collectivement, à l'instar des pratiques du MLAC dans les années 70, sur base du principe d'éducation populaire : « *cela déclenche un sentiment de solidarité, puisque nous créons du collectif, nous dédramatisons ensemble et nous tentons une analyse politique et féministe des situations qui nous sont communes* »<sup>8</sup>. Ces échanges, selon les accueillantes qui en témoignent, permettent une déculpabilisation et une réappropriation de leur vécu par les femmes : « *La femme pour une fois, décide toute seule ce qu'elle doit penser, ce qu'elle doit ressentir et en sort grandie* »<sup>9</sup>.

Quant à la place du partenaire, c'est en questionnement... L'impliquer oui, pourvu qu'il n'exerce pas de pression sur la femme : s'il a en effet sa part de responsabilité et peut-être d'émotions et de désirs qui doivent pouvoir être entendus quelque part, c'est à elle que revient le dernier mot sur ce qui se passe dans son corps. Ce n'est pas facile à négocier.

---

<sup>5</sup> <http://www.gacehpa.be/index2.php?page=loi>

<sup>6</sup> Cfr annexe 2 in M-M. Collard, *Mieux accompagner les femmes dans leur vécu des avortements*, CEFA, 2011

<sup>7</sup> <http://www.gacehpa.be/index2.php?page=charte>

<sup>8</sup> Les filles des 343, *J'ai avorté et je vais bien, merci*, éditions la ville brûle, 2012, p. 128

<sup>9</sup> Id.

## **Droits sexuels et reproductifs : recul sur le plan international**

En 1994 la conférence internationale du Caire évoquait pour la première fois les droits sexuels et reproductifs. En 1995, à Pékin, une convention internationale était ratifiée. Chaque année, l'ONU organise une session de compte-rendu des Etats signataires à New York.

La situation semble s'être dégradée depuis 3 ans et en 2012, Katinka In't Zandt, déléguée belge, constate différentes atteintes aux droits sexuels et reproductifs via un repli sur des coutumes nationales, religieuses, ... Par exemple, dans la résolution pour la réduction de la mortalité maternelle, souvent liée à des avortements clandestins, la pression a été mise pour enlever le mot clandestin. C'est de la désinformation. Autre exemple : la contraception. Les états s'accordent sur la nécessité d'une planification des grossesses, mais plus difficilement dès qu'on sort du cadre marital. Et de manière plus globale, les traditions monothéistes mettent en avant les valeurs familiales et la complémentarité homme-femme.

Un danger pour la santé physique et mentale? C'est ce que tentent de démontrer les anti-choix, notamment avec l'apparition du concept de syndrome post-ivg aux USA. Cette tentative se base sur un questionnaire soumis à 30 femmes américaines ayant déclaré avoir vécu une IVG stressante, et dont la moitié ont interrompu leur grossesse au cours du 2<sup>e</sup> trimestre dans des états ne reconnaissant pas le droit à l'IVG. Selon une récente étude danoise, le meilleur indicateur des risques post-ivg est la santé de la femme avant l'IVG<sup>10</sup>.

En réponse, au sein de la société civile s'élèvent des voix comme Catholics for choice, mouvement qui effectue recherches, publications et sensibilisation depuis 1973... et de manière plus locale, un mouvement de jeunes femmes s'identifiant comme « les filles des 343 » en France en créant un site web et une publication : « J'ai avorté et je vais bien merci ! »

Katinka In't Zandt observe aussi depuis 5 à 10 ans, dans la pratique, davantage d'interaction avec les croyances religieuses et une plus grande culpabilisation individuelle. Tout est une question de conception : en Hollande, lorsque l'interruption de grossesse a lieu dans les six premières semaines, on parle de « traitement de retard » des menstruations. Cela rejoint l'idée qu'une fausse couche naturelle peut avoir lieu dans le délai imparti par la loi belge pour une IVG.

Toujours dans le discours, un médecin a un jour déclaré : « quand une femme dit « je veux une IVG parce qu'il pleut, je la fais ». Katinka In't Zandt constate que cela ne pourrait plus se dire aujourd'hui : cela ne serait pas politiquement correct.

---

<sup>10</sup> Trine Munk-Olsen, Thomas Munk Laursen, Carsten B. Pedersen, Øjvind Lidegaard, and Preben Bo Mortensen, *Induced First-Trimester Abortion and Risk of Mental Disorder*, in : The New England Journal of Medicine, February 19, 2012

Lorsqu'un droit semble acquis, il est difficile d'imaginer un possible retour en arrière. Pourtant, les femmes subissent aujourd'hui des pressions diverses, parfois inconscientes.

⇒ ***L'avortement doit être accessible à toutes les femmes***

*Cela suppose une accessibilité géographique, financière... ainsi qu'un accompagnement des femmes et des hommes qui le souhaitent.*

En Belgique, la pratique en centres extrahospitaliers rend l'avortement davantage accessible dans une démarche de proximité. De plus son remboursement par la sécurité sociale tend vers une justice sociale... pour autant que les femmes soient en règle. En effet celles qui n'ont pas de couverture sociale se trouvent aussi être dans des situations particulièrement précaires (sans papiers, défaut de paiement des cotisations, ...). En France, la pratique hospitalière a vu quelques écueils, notamment au niveau de l'accueil des demandes (jugement, défaut de bienveillance...), et les restrictions budgétaires de ces dernières années mettent en danger cet accès. Au niveau européen, 4 pays interdisent encore l'avortement : la Pologne, Malte, L'Irlande et Chypre. Et cela a pour corollaire un moindre accès également à la contraception ET à l'éducation sexuelle.

⇒ ***Des campagnes d'information tous publics sont nécessaires***

*Afin d'informer, de dédramatiser et de déculpabiliser. L'accès à la contraception et à l'avortement sont des questions de santé publique et des enjeux de société.*

Les campagnes permettent en effet de toucher largement la population. La diminution du nombre d'avortements est certes un souci pour les politiques, surtout auprès des jeunes. C'est l'argument premier des discussions parlementaires et des mesures financées sur la question de l'éducation sexuelle. Pourtant, cela ne colle pas à la réalité de la complexité individuelle. Viser l'autonomisation semble plus juste comme objectif. Mais pour cela, il est nécessaire de se pencher sur la manière de communiquer : une campagne de prévention aura peu d'effet à long terme si elle parle en termes de risques. Informer, et renforcer les réseaux sociaux dans l'objectif de donner des clés de prise en main de ses choix et de ses comportements, voilà un défi pour les politiques de santé publique ! C'est la définition et l'intérêt même de la promotion de la santé que d'aucuns semblent avoir du mal à comprendre.

⇒ ***Éducation des élèves***

*L'éducation à la vie sexuelle doit être prodiguée à tous les élèves pour qu'ils puissent poser des choix libres et éclairés.*

C'est un droit ratifié par différentes conventions internationales! Et cela devrait être une priorité. Trop de femmes ignorent le fonctionnement de leur corps, un impondérable pour se responsabiliser et prendre soin de soi, et donc avoir une meilleure compliance à la contraception choisie. Par ailleurs, lutter contre les stéréotypes, démystifier, combler le vide

éducatif des garçons, peuvent permettre aussi que tout le poids de la gestion de la reproduction cesse de peser sur les filles. Peut-on parler en outre de libération et de choix alors que les rapports sexuels valorisés comme « aboutis » sont féconds ? Entre plaisir et mise en garde (toujours davantage à l'égard des filles), les jeunes (et les autres) sont pris entre des injonctions contradictoires. Quel pouvoir de décision sur leur vie leur apprend-on à mettre en œuvre ? Pour Christine Delphy, dans une société idéale, « *si les femmes pouvaient vraiment choisir leur sexualité, - et choisir signifie : non seulement connaître les conséquences de ce qu'on fait, non seulement pouvoir se prémunir, mais aussi pouvoir refuser de le faire, mais aussi avoir d'autres activités aussi satisfaisantes sur le plan personnel et valorisées socialement – il y aurait peu ou prou d'avortements, car les activités fécondantes seraient effectuées en connaissance de cause et avec intention, et non dans l'affolement, l'ignorance et la contrainte du groupe ou du partenaire* »<sup>11</sup>.

Il y a actuellement, au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles, débat sur la possibilité de généraliser l'éducation à la vie affective et sexuelle<sup>12</sup> dans les écoles, en s'appuyant sur l'expertise des centres de planning familial, mais les moyens mis en œuvre par les politiques restent tributaires de budgets inadaptés et se limitent à l'incitation, ce qui ne garantit pas la généralisation visée, et donc une réelle égalité des chances.

#### ⇒ **Formation des professionnel.le.s de santé**

*La transmission des techniques d'avortement doit faire partie intégrante de la formation des professionnel/les du monde médical.*

Peu de relève militante à l'horizon des jeunes médecins. En effet l'émulation autour de la lutte pour dépenaliser l'avortement s'est éteinte avec l'acquis : il n'y a plus, semble-t-il, de motivation auprès des nouvelles générations de médecins, puisqu'il n'y a plus de combat à mener. Sans oublier la faible reconnaissance financière de la pratique médicale en planning familial qui manque singulièrement d'attrait.

La pratique des avortements s'apprend sur base de volontés individuelles, par compagnonnage auprès des praticien.ne.s expérimentés. Dominique Roynet, gynécologue administratrice au GACEHPA, s'est engagée dans la formation de médecins stagiaires, mais ce n'est pas suffisant. Qu'en est-il de la formation de base de ces médecins ? Sur les bancs de l'université, cela ne semble pas faire partie en effet du paysage de leur future profession. Comment en faire alors une pratique reconnue au même titre que d'autres soins et interventions ?

On peut ici se reposer la question, évoquée plus haut, de la pratique par des non médecins formé.e.s, vu qu'il s'agit d'une intervention relativement simple, tel que cela s'est fait en

---

<sup>11</sup> Christine DELPHY, « Comment nous en venons à avorter : nos vies sexuelles » in *Le Monde*, 22 octobre 2000

<sup>12</sup> Le vocable a changé depuis quelques années et inclut le terme « relationnelle » que nous trouvons superflu à côté du terme « affective », voire une manière de s'éloigner du sujet : ne serait-on pas là dans une forme repli au niveau des valeurs qui risquerait de renvoyer la sexualité dont elle sort à peine ?

amont des lois belge et française par des militant.e.s. Mais pour cela, il faudrait à présent un avenant à la loi, et une réouverture des esprits à cette alternative.

***L'avortement est un choix personnel. Cette liberté de choix doit être protégée.***

A la lumière de ce que nous venons d'écrire, cela paraît relever de l'utopie vu les contraintes politiques et socio-économiques qui pèsent sur nos vies sexuelles.

*« Aujourd'hui encore, le débat est orienté autour du « pour ou contre l'avortement », alors qu'il est grand temps de dépasser ce questionnement afin de se demander « comment ? » »<sup>13</sup>*

Pierre de Loch, fondateur du CEFA écrivait en 1982 : « *Je ne puis accepter que l'on dépossède une personne, quelle qu'elle soit, de la responsabilité de ses actes* ». Face à la multiplicité des enjeux, cherchons les meilleures conditions d'application d'un choix autonome et conscient !

---

<sup>13</sup> Collectif IVP, *Avorter. Histoires des luttes et des conditions d'avortement des années 1960 à aujourd'hui*, éditions tahin party, Grenoble, 2008