

**PROGRAMME
HUMANITAIRE &
DÉVELOPPEMENT**

LE DROIT À L'AVORTEMENT : Passé, présent et futur possible

Par Suchitra DALVIE

MD, MRCOG
COORDINATRICE DE ASAP

Asia Safe Abortion Partnership

SEPTEMBER 2017

OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ MONDIALE – GLOBAL HEALTH



Les dernières décennies ont vu la diminution de l'âge d'apparition des premières règles qui commencent aujourd'hui vers l'âge de 10 ans, alors que l'âge de la ménopause reste aux abords de la cinquantaine. Cela implique qu'aujourd'hui, une jeune fille de dix ans va avoir à gérer environ 480 cycles menstruels, et se retrouver devant l'éventualité d'une grossesse à 400 reprises, lorsqu'elle est sexuellement active. Considérant que la grande majorité de ces femmes ont/auront le souhait d'avoir un ou deux enfants, elles auront besoin d'une contraception qui les protégera les 398 autres fois... sans faillir ¹!

CONTRACEPTION

Selon les études actuelles, 50% des femmes sexuellement actives et en âge de procréer dans les pays en voie de développement souhaitent éviter une grossesse. Cependant, 140 millions d'entre elles n'utilisent aucune méthode de contraception, et 75 millions d'autres utilisent des méthodes, dites traditionnelles, peu efficaces.²

Offrir une contraception sûre, efficace et adaptée à toutes (pas seulement aux couples mariés) est important, mais la réalité est que 87 millions de grossesses non planifiées se produisent chaque année, dont environ 26,5 millions que l'on peut attribuer à une utilisation inappropriée ou à une défaillance de la méthode de contraception. Même dans le cas d'une utilisation optimale, il y aurait encore près de 6 millions³ de grossesses accidentelles par an.

Certains éléments de la vie peuvent amener la mère à souhaiter/envisager une interruption de grossesse même lorsque celle-ci est initialement planifiée et désirée : préserver sa propre santé, un changement de situation sociale, la fin d'une relation, les violences domestiques, les anomalies fœtales ou autres...

Environ 70 000 femmes meurent chaque année des suites d'un avortement non médicalisé. Une estimation qui n'a que peu évolué ces dix dernières années. La morbidité est bien plus importante, puisqu'on estime jusqu'à 8 millions de femmes souffrant chaque année de complications qui nécessitent une intervention médicale... que seulement 5 millions reçoivent⁴. Ces femmes qui arrivent aux urgences pour des soins post-avortement ont un taux de mortalité anormalement élevé. La légalisation de l'avortement ne suffit pas à diminuer ces chiffres, puisque dans les pays comme l'Inde ou le Népal, les

¹ <https://www.feminist.com/resources/ourbodies/abortion.html>

² <http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/index.shtml>

³ Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva, World Health Organization, 2003.

⁴ Abortion Worldwide: A decade of uneven progress. Guttmacher Institute. Dec 2009 Report. <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-decade-uneven-progress>

femmes continuent de mourir du fait de la difficulté d'accès aux soins⁵. C'est encore plus vrai lorsque l'on parle d'une femme enceinte du second trimestre.

ANAMNÈSE DE L'AVORTEMENT

Contrairement à d'autres espèces animales (à l'exception de quelques grands singes), les humains sont capables d'enfanter tout au long de l'année. Ressentir le besoin d'arrêter une grossesse non désirée est certainement aussi vieux que l'humanité elle-même. Ce besoin n'était probablement pas aussi grand dans les structures sociales tribales et nomades antérieures, mais avec les révolutions agricoles et industrielles, la propriété privée accrue, il a été créé un besoin de déterminer la paternité... et donc de contrôler la sexualité des femmes.

On retrouve la première trace d'un avortement provoqué sur le papyrus « Ebers » en Égypte en 1550 av. JC, mais également dans le folklore chinois où l'utilisation du mercure pour provoquer l'avortement remonterait à 5000 ans.

Beaucoup de méthodes ont été employées à travers les âges et les cultures : l'escalade, la levée de poids, l'utilisation d'herbes irritantes, les saignées, le versement d'eau chaude sur l'abdomen. Le massage de l'abdomen avec une pierre chaude est encore utilisé par les femmes en Asie et en Afrique lorsqu'elles n'ont pas accès à l'avortement médicalisé.⁶

Parce qu'ils étaient inducteurs d'ulcères vaginaux, le serment d'Hippocrate interdit l'utilisation de pessaires (suppositoires vaginaux) pour provoquer l'avortement, mais il n'interdit pas l'avortement lui-même. Indépendamment de l'interprétation du serment, des écrits d'Hippocrate ont été retrouvés où il conseillait à une prostituée qui était tombée enceinte de sauter en haut et en bas, en touchant ses fesses avec ses talons à chaque saut, afin d'induire une fausse couche : c'est la procédure dite du « saut de Lacedaemonium ». D'autres écrits qui lui sont également attribués décrivent des instruments conçus pour dilater le col et introduire la curette à l'intérieur de l'utérus.

Pendant la période médiévale, les médecins du monde islamique ont documenté des listes détaillées et étendues de pratiques de contrôle des naissances, y compris l'utilisation d'abortifs, commentant leur efficacité et leur prévalence.⁷

En raison du secret de la procédure et de l'utilisation de méthodes dangereuses, jusqu'au 19^e siècle, l'avortement a été considéré comme le dernier recours, en particulier pour les femmes non mariées. Le Dr Evelyn Fisher a écrit comment les femmes vivant dans une

⁵ "I need to terminate this pregnancy even if it will take my life": a qualitative study of the effect of being denied legal abortion on women's lives in Nepal. Puri M, Vohra D et al. BMC Women's Health. 2015 Oct 14; 15:85. doi: 10.1186/s12905-015-0241-y. Second trimester abortions in India. Dalvie SS. Reproductive Health Matters. 2008 May; 16(31 Supplement):37-45. doi: 10.1016/S0968-8080(08)31384-6.

⁶ <http://maetaoclinic.org/wp-content/uploads/2012/03/Kathy-Pan-Sticks-and-Pummeling-Techniques.pdf>

<http://theweek.com/articles/561517/indonesias-secret-abortion-problem>

⁷ <http://www.medicationsabortions.com/mifepristone>

ville minière au Pays de Galles au cours des années 1920 ont utilisé des bougies destinées aux cérémonies religieuses pour dilater le col de l'utérus afin d'auto-induire l'avortement. De même, l'utilisation de bougies et d'autres objets, tels que des barres de verre, des fourneaux, des fers à friser, des cuillères, des bâtons, des couteaux et des cathéters, ont été signalés au cours du 19^e siècle aux États-Unis.

L'avortement a commencé à être conceptualisé comme un outil de la planification familiale pour les femmes mariées, et être proposé comme une solution logique aux grossesses non désirées résultantes de contraceptifs inefficaces. Ironiquement, dans le même temps, l'avortement devient de plus en plus sujet à débat aux États-Unis et en Angleterre. On pourrait penser que c'était se préoccuper de la santé des femmes subissant une intervention dangereuse avec un taux de mortalité élevé, mais il s'avère qu'à cette époque la plupart des interventions chirurgicales étaient menées de manière similaire et n'étaient pour autant pas interdites.

Si on a parlé de « protéger » les femmes des dangers de l'avortement, il était surtout question de les contrôler et les restreindre à leur rôle traditionnel de « mère ». La législation anti-avortement résulte de l'activisme d'un groupe antiféministe réagissant aux mouvements croissants d'émancipation de la femme pour le droit de vote, le droit au planning familial... et d'autres droits des femmes au 19^e siècle.

Le 19^e n'a pas l'apanage de la réduction des droits. La chasse aux sorcières dans le cadre de la lutte contre les révolutions des paysans a entraîné en Europe et aux États-Unis le meurtre de millions de femmes. Un écrivain a estimé le nombre d'exécutions à une moyenne de 600 par an (soit 2 par jour) dans certaines villes allemandes « *à la sortie du dimanche, neuf cents sorcières ont été détruites en une seule année dans la région de Wertzberg et 1000 dans et autour de Como. À Toulouse, quatre cents ont été mises à mort en un jour. Dans l'évêché de Trèves, en 1585, deux villages ont été laissés à une seule femme par personne.* » De nombreux rapporteurs de l'époque ont estimé que le nombre total de mortes s'estimait en millions.

Au même moment où ces femmes guérisseuses étaient qualifiées de sorcières (accusées de « magie »), les médecins masculins qui utilisaient sangsues et vapeurs créaient collèges médicaux et établissements hospitaliers. Les femmes ont été systématiquement éloignées de ceux-ci sur l'argument qu'elles « *avaient un petit cerveau, n'étaient pas capables d'être rationnelles, qu'elles étaient trop émotives, sujettes à l'hystérie* » (à ce propos il est intéressant de se plonger dans l'étymologie du terme « hystérie » qui vient du latin « hystericus » signifiant : relatif à l'utérus). À cette époque, beaucoup d'études et de pensées réduisaient l'intérêt de la femme à sa capacité à procréer.

Cet « *instinct maternel naturel* » a mené les femmes à être considérées comme aptes au travail infirmier, ce qui a conduit à entériner une répartition des rôles basés sur le genre, où les hommes étaient les patrons et donnaient des ordres et où les femmes n'étaient qu'exécutantes.

Les instances médicales ont activement adopté la cause anti-avortement dans la seconde moitié du 19^e siècle dans le cadre de ses efforts pour éliminer la fonction de sages-femmes.

Ainsi, l'Association médicale américaine nouvellement formée (AMA) a soutenu que l'avortement était à la fois immoral et dangereux.

En 1880, la plupart des avortements étaient illégaux aux États-Unis, sauf ceux « nécessaires pour sauver la vie de la femme ». Cependant, la tradition du droit des femmes à l'avortement précoce était enracinée dans la société américaine et les médecins-avorteurs ont continué à pratiquer ouvertement, avec le soutien public, sans être inquiétés par la justice locale. En 1969, à Chicago, un groupe de femme crée le collectif « Jane » qui propose aux femmes un avortement sécurisé alors qu'il était toujours illégal. En quatre ans, ce collectif a procédé à 11 000 avortements à Chicago jusqu'à ce que cette pratique soit rendue légale en 1973.

En 1910, la quasi-totalité des États-Unis avait criminalisé l'avortement, sauf pour sauver la vie de la mère et selon le jugement d'un médecin.

Cependant, hier comme aujourd'hui, rendre l'avortement illégal n'a jamais éliminé le besoin d'arrêter une grossesse ni d'empêcher sa pratique. Une étude menée par l'Institut Guttmacher indique : « *Les lois sur l'avortement très restrictives ne sont pas associées à des taux d'avortement plus faibles. Sur une étude comparative, la moyenne des taux d'avortements dans les pays où la procédure est illégale est de 37 pour 1000 femmes en âge de procréer contre 34 pour 1000 où la procédure est disponible à la demande, statistiquement la différence est non significative* ».

Aujourd'hui, de nombreux pays d'Asie du Sud et du Sud-Est, héritier du Code pénal des pays européens colonisateurs (britanniques, espagnols et néerlandais), criminalisent encore l'avortement. On se retrouve encore dans des situations où une fausse couche est une infraction pénale, comme en Inde avec les articles 312 à 316 du Code pénal (1860). Si les pays européens, jadis colonisateurs, ont progressé dans leur compréhension dans les années 1800, la plupart des pays de cette région du monde sont restés attachés à ces diktats archaïques qui criminalisent les fausses couches. Au Népal, où l'avortement a été rendu légal en 2002, on assiste à un déclin des complications liées à l'avortement. Une étude récente conduite dans huit districts a révélé le déclin des complications liées à l'avortement passant de 54% de toutes les maladies maternelles traitées en 1998, à seulement 28% en 2009.

Lorsqu'une femme est déterminée à ne pas mener à son terme une grossesse, elle a toujours trouvé un moyen pour avorter. La restriction de l'avortement ne rend ces tentatives que plus dangereuses. Le cintre, outil du dernier recours, est ainsi devenu le symbole du désespoir de millions de femmes qui ont risqué la mort pour interrompre une grossesse... et continuer à vivre. « Aucune femme ne recourt de gaieté de cœur à l'avortement. Il suffit d'écouter les femmes. C'est toujours un drame et cela restera toujours un drame »

Le 20^e siècle a vu des améliorations dans les techniques de l'interruption de grossesse, en augmentant sa sécurité et en réduisant ses effets secondaires. L'invention de la canule de Karman, une canule en plastique souple qui a remplacé les modèles en métal antérieurs

dans les années 1970, a réduit l'apparition de la perforation et rend possible les méthodes d'aspiration sous anesthésie locale.

En 1980, les chercheurs du laboratoire pharmaceutique Roussel-Uclaf, en France, ont développé la mifepristone, un composé chimique qui agit comme un abortif en bloquant l'action hormonale. Il a d'abord été commercialisé en France sous le nom commercial Mifegyne en 1988. Le ministre français de la Santé de l'époque l'a qualifié de propriété morale des femmes.

OBSTACLES D'ACCÈS AUX SOINS

De par le monde, lorsqu'une femme veut mettre fin à une grossesse indésirable, qu'elle soit planifiée ou non, elle devra faire face à une multitude de barrières. Celles-ci vont des lois restrictives, des stigmatisations de la part des praticiens, du manque d'installations de prestation de services à la non-disponibilité des pilules du lendemain ou autre médicament abortif. On constate également avec inquiétude que les étudiants en médecine ne sont pas correctement sensibilisés sur l'importance de la question de l'interruption de grossesse. Ils sont nombreux à ne pas connaître avec précision le cadre juridique entourant l'IVG, même dans un pays comme l'Inde où il est légal (dans un ensemble de conditions).

Une étude du Guttmacher Institute⁸ montre que dans la dernière décennie, de nombreux pays ont libéralisé leurs lois sur l'interruption volontaire de grossesse. Cependant beaucoup reste à faire.

S'exprimant devant l'Assemblée générale des Nations unies en octobre 2011, Anand Grover, le rapporteur spécial de l'ONU pour la santé, a appelé tous les gouvernements à décriminaliser complètement l'avortement : « *Les lois pénales pénalisant et restreignant l'interruption de grossesse sont des exemples de barrières inadmissibles à la réalisation du droit à la santé des femmes et doivent être éliminées. Ces lois enfreignent la dignité et l'autonomie des femmes en limitant sévèrement la prise de décision par les femmes en matière de santé sexuelle et reproductive.* »⁹

L'ICPD (la conférence internationale sur la population et le développement), tenue en 1994 au Caire, a été considérée comme un moment clef qui a vu un changement de paradigme dans le discours de la population à l'échelle mondiale. La SRHR (Santé sexuelle et reproductive et droit de la femme) était alors considérée comme un droit individuel plutôt qu'une préoccupation démographique. En dépit de cela, le Programme d'action a précisé que l'avortement devrait être médicalisé et sécurisé au moins là « où il était légal ». À noter que ni les OMD (Objectif du millénaire pour le développement) en l'an 2000, ni les ODD (Objectif du développement durable) de 2015 pour 2030, ne spécifient l'absolue

⁸ Facts on Abortion Worldwide. Guttmacher Institute, November 2015

⁹ <https://www.un.org/press/en/2011/gashc4018.doc.htm>

nécessité de prendre en considération l'accès à un service sécurisé d'interruption de grossesse.

Depuis l'ICPD de 1994 jusqu'à la réintroduction de la *Global Gag Rule* en 2017, l'avortement sécurisé a été le premier droit à avoir été remis au placard. Il a été demandé de nier avec véhémence le fait que l'IVG était une méthode de planification familiale (bien qu'elle le soit clairement pour certaines femmes). Il faudrait accepter que les « avortements répétés » se voient proposer de recevoir plus de conseils sur la contraception à long terme ou permanente, sans jamais parler de l'avortement post-contraception.¹⁰

Le *Global Gag Rule* ou la *Mexico City Policy*, signés par le Président américain, Donald Trump, dans les jours qui suivirent son élection s'applique à l'ensemble de « l'assistance sanitaire mondiale fournie par tous les ministères ou organismes provenant des États-Unis ». Il s'agit de 10,3 billions USD de financement pour des programmes à travers le monde, dont la prévention du sida, des maladies infectieuses, la santé maternelle, le paludisme, la tuberculose, la nutrition et plus encore. Dans des pays comme le Cambodge, la Birmanie et même le Népal où le financement de l'USAID appuie de nombreuses ONG internationales et locales qui fournissent des contraceptifs ainsi que des avortements sans risque, cela entraînera probablement chaque année près de 200 000 grossesses non désirées avec une possibilité de 50 000 avortements dangereux.¹¹

QUE RÉSERVE L'AVENIR ?

Il y a probablement plus de 2882 millions d'utilisateurs de smartphones dans la région Asie-Pacifique. Cela peut transformer la façon dont les jeunes femmes peuvent accéder à des informations précises ; la santé connectée pourrait devenir un outil d'autonomisation et de subversion.¹²

Les femmes déplacent déjà les limites de la prestation de services par l'auto-utilisation des pilules d'avortement médical, via des achats en vente libre ou on-line.

Nous devons travailler pour que l'interruption volontaire de grossesse soit considérée à sa juste place dans le spectre de la santé et des droits sexuels et reproductifs. Le plaidoyer doit se focaliser sur la dépénalisation de l'IVG, de la disponibilité des services et de l'information claire loyale et adaptée à chaque patiente. Lutter contre la stigmatisation de la sexualité et de l'IVG, et enfin questionner le modèle du patriarcat qui entraîne une inégalité entre les sexes et la subordination des femmes dans la mesure où elles n'ont pas le contrôle de leur sexualité et de leur corps.

¹⁰ <https://www.guttmacher.org/gpr/2011/06/unsafe-abortion-missing-link-global-efforts-improve-maternal-health>

¹¹ <https://www.theguardian.com/global-development/2017/jan/26/global-gag-rule-jeopardises-asia-health-initiatives-campaigners-trump>

¹² mHealth: To boldly go where no woman has gone before. Dalvie S. <http://asap-asia.org/blog/mhealth-to-boldly-go-where-no-woman-has-gone-before/#sthash.1ECKJjmX.dpbs>

Cette lutte ne se fera pas tout seule mais doit être intégrée dans l'effort global qu'il y a aujourd'hui autour de la santé sexuelle et de la reproduction par les droits de la femme, et y inclure l'ensemble des acteurs concernés par les problématiques tournant autour de la maternité, la violence obstétricale, la santé et les droits sexuels, le mouvement LGBTQ, la santé et les droits de reproduction, la lutte contre les mariages précoces, l'éducation sexuelle et la violence à l'égard des femmes...

Nous devrions exiger un investissement plus important dans la formation des prestataires de soins de santé, afin d'assurer la sensibilisation à l'égalité des genres et des droits.

Nous devrions également tenir nos gouvernements responsables d'assurer des budgets adéquats pour la prestation de services dans le secteur public et assurer la régularisation des services (qualité et coûts) dans le secteur privé.

Les femmes doivent pouvoir avoir accès à des avortements sécurisés afin de réaliser leur plus grand potentiel. Jusqu'à ce qu'elles soient libérées de la maternité obligatoire, elles ne peuvent contribuer de manière significative au développement de leur famille, de la société et du monde. ■

LE DROIT À L'AVORTEMENT : Passé, présent et futur possible

Par Suchitra DALVIE

MD, MRCOG
COORDINATRICE DE ASAP

Asia Safe Abortion Partnership

www.asap-asia.org

SEPTEMBER 2017

OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ MONDIALE – « GLOBAL HEALTH »

Sous la direction de Nathalie ERNOULT et du Dr Anne SÉNÉQUIER
ernoult@iris-france.org – senequier@iris-france.org

Un observatoire du

PROGRAMME HUMANITAIRE & DÉVELOPPEMENT

Sous la direction de Michel MAIETTA, directeur de recherche à l'IRIS
maietta@iris-france.org

© IRIS

Tous droits réservés

INSTITUT DE RELATIONS INTERNATIONALES ET STRATÉGIQUES

2 bis rue Mercoeur
75011 PARIS / France

T. + 33 (0) 1 53 27 60 60

contact@iris-france.org

@InstitutIRIS

www.iris-france.org