MASTER II DROIT ET POLITIQUES DE SANTE

UNIVERSITE DE LILLE

L'ACCES A L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE EN EUROPE

Mémoire présenté par Mathilde POUSSET

SOUS LA DIRECTION DE MADAME LE PROFESSEUR
JOHANNE SAISON

Année universitaire 2018 / 2019

« La faculté n’entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire : ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur »

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement le professeur Johanne Saison, ma directrice de mémoire, pour sa disponibilité, son attention et ses précieux conseils qui m'ont beaucoup aidé dans la réalisation de ce mémoire.

Je remercie aussi ma directrice de stage, Madame Lydie Doré, de m'avoir permis de découvrir le fonctionnement du Centre Hospitalier Universitaire de Rouen ainsi que Mesdames Aurélie Daubry et Amélie Colin, juristes au CHU, pour l'organisation de rencontres avec l'équipe du centre de planification et d'éducation familial. Enfin, je remercie Madame Clémence Graffin, juriste au CHU de Rouen, pour sa relecture et ses conseils précieux.

Je remercie également Monsieur Mathieu Mouchard, sage-femme, coordinateur du centre de planification et cadre de santé, ainsi que toute l'équipe du centre, pour avoir témoigné et répondu à mes questions sur l'accès à l'I.V.G. des femmes au CHU de Rouen.

J'adresse également mes remerciements à Madame Sophie Antor, sage-femme en Protection Maternelle Infantile, pour ses renseignements sur l'accès à l'I.V.G. sur le territoire dieppois, ainsi que pour son aide dans ma réflexion.

Enfin, je remercie mes proches, et particulièrement ma mère, sage-femme en cabinet libéral, pour ses explications, et son soutien apporté à mon projet.

TABLE DES ABREVIATIONS

Al.	Alinéa
A.M.E.	Aide Médicale d'Etat
A.N.S.F.O.	Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes
Art.	Article
C.C.	Conseil Constitutionnel
C.Cass.	Cour de Cassation
C.C.N.E.	Comité Consultatif National d'Ethique
C.E.D.H.	Cour Européenne des Droits de l'Homme
C.P.	Code Pénal
C.P.P.	Code de Procédure Pénale
Ed.	Edition
H.C.E.(F.H.)	Haut Conseil à l'Egalité (Homme femme)
I.G.A.S.	Inspection Générale des Affaires Sociales
I.M.G.	Interruption Médicale de Grossesse
I.V.G.	Interruption Volontaire de Grossesse
J.O.R.F.	Journal Officiel de la République Française
M. / Mme	Monsieur / Madame
T.G.I.	Tribunal de Grande Instance
U.R.S.S.	Union des Républiques Socialistes Soviétiques

SOMMAIRE

INTRODUCTION……..8

PREMIERE PARTIE. DES INEGALITES D'ACCES A L'I.V.G. EN EUROPE…….23

CHAPITRE I. DES INEGALITES DE NATURE DANS L'ACCES A L'I.V.G. EN EUROPE…….24
SECTION I. DES INEGALITES A PRIORI FAIBLES : UNE MAJORITE DE PAYS EN FAVEUR DE L'ACCES A L'I.V.G. EN EUROPE……..25
SECTION II. DES INEGALITES PERSISTANTES : UNE MINORITE DE PAYS EN DEFAVEUR DE L'ACCES A L'I.V.G. EN EUROPE……..38

CHAPITRE II. DES INEGALITES DE DEGRES DANS L'ACCES A L'I.V.G. EN EUROPE……...50
SECTION I. DES INEGALITES DE DEGRES DANS LES CONDITIONS D'ACCES A L'I.V.G. EN EUROPE……50
SECTION II. DES INEGALITES DE DEGRES DANS LES SANCTIONS DE L'INACCES A L'I.V.G. EN EUROPE……69

SECONDE PARTIE. DES REMEDES AUX DIFFICULTES COMMUNES D'ACCES A L'I.V.G. EN EUROPE……78

CHAPITRE I. DES DIFFICULTES COMMUNES D'ACCES A L'I.V.G. EN EUROPE…….79
SECTION I. DES DIFFICULTES CONCERNANT LES MOYENS DANS L'ACCES A L'I.V.G. EN EUROPE……80
SECTION 2. DES DIFFICULTES CONCERNANT LES PERSONNES DANS L'ACCES A L'I.V.G. EN EUROPE……89

CHAPITRE II. DES REMEDES AUX DIFFICULTES D'ACCES A L'I.V.G. EN EUROPE……...99
SECTION I. UNE MEILLEURE PREVENTION DE L'I.V.G. COMME REMEDE……100
SECTION II. UN MEILLEUR ACCOMPAGNEMENT DE L'I.V.G. COMME REMEDE……107

CONCLUSION……...114

INTRODUCTION

Laurence Rossignol, sénatrice de l'Oise déclarait dans l'émission Allo Docteur sur France 5, le 13 juin 2019 : « *Le droit à l'Interruption Volontaire de Grossesse (I.V.G.) n'est pas menacé. En revanche, l'accès à l'I.V.G. devient de plus en plus compliqué* ». En effet, elle est la sénatrice qui avait proposé au sénat le 8 juin dernier, une loi visant à allonger le délai d'accès à l'I.V.G. en France pour passer de 12 à 14 semaines de grossesse. Grâce au faible nombre de sénateurs présents ce jour-là, la proposition de loi fût adoptée par le Sénat. Cependant, face à une opposition ferme des politiciens de droite (qui composent la majorité du sénat) et de madame la ministre de la santé Agnès Buzyn, la proposition a été de nouveau soumise au vote le mardi 12 juin 2019, avec cette, fois, 205 voix contre 102. La proposition a donc été abandonnée[1].

Cet échec montre bien combien la question de l'accès à l'I.V.G. est encore difficile aujourd'hui pour les femmes. Le but de cette proposition était de permettre à davantage de femmes d'avoir accès à l'I.V.G. Elle visait notamment les femmes qui se rendent compte tardivement qu'elles sont enceintes, ou les jeunes mineures qui se sentent souvent démunies face à un tel choix.

La question de l'accès à l'I.V.G. ne concerne pas uniquement la France. De nombreux évènements ont lieu actuellement dans l'Europe voire même le monde entier. Certains états des Etats-Unis notamment, reviennent sur ce droit d'accès à l'I.V.G. En Alabama ou dans le Dakota du Sud, l'accès à l'avortement a été récemment interdit quel que soit le cas. Le Dakota du Sud est revenu sur l'I.V.G. sous prétexte qu'un groupe de travail ait rapporté que l'avortement serait « *mauvais pour les femmes et devrait donc être interdit* ». Cette loi a ensuite été abrogée par referendum mais le rapport du groupe de travail a été accueilli favorablement par la Cour suprême de cet état qui, dans son jugement Carhart, a accueilli favorablement l'argument selon lequel l'avortement est un « *acte négatif* ». Selon la Cour, « *le lien entre la mère et l'enfant crée une relation humaine qui est, sans doute, la plus gratifiante de toute l'expérience humaine*

[1] L'express.fr avec AFP, *Le sénat supprime l'allongement des délais d'IVG voté vendredi*, le journal l'Express et Agence France Presse, publié le 11 juin 2019 à 20h18 sur la page de son site internet.

».[2] Malgré la prise en compte, par la décision Roe Vs Wade de la Cour Suprême des Etats Unis, du droit à l'avortement comme faisant partie du droit à la vie privée de la femme, cette décision n'est pas contredite par le jugement Carhart, étant donné que la Cour Suprême des Etats-Unis, laissait de la marge de manœuvre aux Etats.

L'étude de ce mémoire se limitera à une comparaison entre Etats européens, soit entre les pays membres du conseil de l'Europe (et non restreints aux pays membres du conseil de l'Union Européenne). Toutefois il est à noter que le mouvement de recul de certains gouvernements ne concerne pas que l'Europe. Des gouvernements du monde entier cherchent actuellement à revenir sur ce droit fondamental qu'est le droit à l'avortement.

En Europe, si l'Irlande a pu libéraliser l'accès à l'avortement en 2018[3], de nombreux pays ont tenté de revenir sur cet accès plus ou moins déjà mis en place. En 2013, le gouvernement Rajoy, en Espagne avait soumis un projet de loi au Parlement Espagnol prévoyant de supprimer totalement le droit à l'I.V.G[4]. Le projet a finalement été abandonné par la suite mais a pu susciter l'angoisse chez de nombreuses femmes du pays. De même, en 2016, la Pologne déjà très restrictive en matière d'avortement a élaboré un projet de loi visant à interdire totalement l'accès à l'I.V.G., « *sauf en cas de danger immédiat pour la femme* ». Grâce à d'importantes manifestations féministes dans le pays, le projet de loi a été abandonné[5].

Ces différentes actualités laissent entendre que ce droit acquis il y a maintenant plusieurs années par de nombreux pays européens est encore loin d'être un acquis.

L'accès à l'I.V.G. en Europe recouvre un véritable paradoxe : les gouvernements sont à la fois poussés par les mouvements féministes à admettre un accès concret à l'I.V.G. tout en étant marqués par un passé, et une forte imprégnation de culture et de religion.

La question de l'avortement oppose deux intérêts mis en balance : l'intérêt de la mère et son droit à disposer de son corps contre la question d'un droit à la vie éventuel pour le fœtus.

[2] MANCINI (S.), *L'avortement au temps de la mondialisation*, Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences, 2017/4 Vol. 28, p.33. ; Report of the South Dakota Task Force to Study Abortion (2005), p. 46.
[3] BERNARD (P.), *La libéralisation de l'IVG divise l'Irlande*, le journal le Monde en ligne, 23 mai 2018.
[4] CHAMBRAUD (C.), *Le gouvernement Rajoy veut lancer une croisade contre l'avortement en Europe*, Le journal le Monde, 28 déc.2013.
[5] IWANIUK (J.), *En Pologne, l'interdiction totale de l'avortement est rejetée en commission parlementaire*, Le journal le Monde en ligne, 6 oct. 2016.

Pour certains, il s'agit d'un débat entre le droit à la vie et le droit à la mort et pour d'autres, un droit de la femme face au droit d'un enfant potentiel[6]. Dans chaque pays, l'avortement est soit légalisé soit illégal. Dans tous les cas, en cas de légalisation, il reste strictement encadré par la loi aussi bien en ce qui concerne les délais, que la compétence donnée à certains professionnels de santé uniquement, ou encore dans la réglementation des techniques[7].

Selon le sociologue Luc Boltanski, l'avortement doit être distingué de l'infanticide car l'avortement concerne un « *inconnu* » alors que l'infanticide concerne un enfant « *connu* »[8]. La notion d'Interruption Volontaire de Grossesse (I.V.G.) doit elle-même, se distinguer de celle d'avortement. Si ces deux notions recouvrent l'idée d'une intervention destinée à mettre fin à une grossesse en évacuant l'embryon ou le fœtus, elles sont différentes car la notion d'avortement est plus large et regroupe tous types d'interruption de grossesse, que ce soient les interruptions volontaires ou les interruptions médicales. L'interruption médicale de grossesse (I.M.G.) est l'interruption conseillée par les médecins pour assurer le maintien en bonne santé de la femme. Pour cette étude, seule la question de l'interruption volontaire de grossesse sera abordée, puisque la véritable question n'est pas celle d'un accès des femmes à l'interruption médicale de grossesse. La plupart des pays admettent qu'en cas de danger pour la mère ou en cas de malformation du fœtus, l'interruption de grossesse peut être proposée. Cependant, la véritable question est celle de l'accès des femmes qui souhaitent avorter par leur propre volonté.

Etienne Bieronski, professeur de droit comparé, a pu souligner cette distinction en rappelant que la notion d'I.V.G., étant plus juridique que la notion d'avortement, offre à la femme davantage de distance avec l'acte lui-même[9]. La notion d'I.V.G., apparue avec la « loi Simone Veil » du 17 janvier 1975, a permis d'apporter un encadrement du processus d'interruption volontaire de grossesse. Cette distance instaurée par cette notion d'I.V.G. démontre selon certains auteurs, une méfiance instaurée vis-à-vis de l'avortement en France. Et parallèlement en France, on utilise le terme juridique « *d'enfant à naître* » contrairement à d'autres pays où

[6] MISTRETTA (P.), *Interruption Volontaire de Grossesse*, répertoire de droit pénal et de procédure pénale, Dalloz, sept.2009, p.1 à 7.
[7] S. GUINCHARD et T. DEBARD, Lexique des termes juridiques, voir « *Interruption volontaire de grossesse* 3 (I.V.G.)», Dalloz, 2014, 21e édition, p. 525 ; in WALCZAK (C.), *La CEDH et l'avortement, étude comparée,* mémoire, 2012-2013, p. 7.
[8] BOLTANSKI (L.), *La condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement, Essais, Gallimard*, 2004, p. 92.
[9] HAUDIQUET (V.), SURDUTS (M.), TENENBAUM (N.), *Le droit des femmes à disposer de leurs corps*, Colloque du 27 septembre 2014, éd. Syllepse, coll. Arguments et mouvements, 2015, p. 120.

l'on parlera plutôt d'embryons ou de fœtus pour « *lui donner moins d'humanité* »[10]. L'embryon n'a pas le statut de personne, il n'est qu'un « *être potentiel* ».

En matière d'I.V.G. l'intérêt de la femme est placé au centre des préoccupations. Pourtant la question se pose également de savoir quelle place occupe l'homme dans cet accès à l'avortement ? Parce que l'homme ne porte pas l'enfant en son corps, ne peut-il avoir aucun droit de regard sur la décision d'avorter ?

L'I.V.G. est un droit de la femme, pas un droit de l'homme. Pourtant les hommes peuvent aussi être concernés ou se sentir concernés[11]. Simone Veil en 1974 soulevait déjà ce problème : « *La décision de l'interruption de grossesse ne devrait pas, chacun le ressent, être prise par la femme seule, mais aussi par son mari ou son compagnon. Je souhaite, pour ma part, que dans les faits il en soit toujours ainsi et j'approuve la commission de nous avoir proposé une modification en ce sens, mais, comme elle l'a fort bien compris, il n'est pas possible d'instituer en cette matière une obligation juridique* ». Si la décision de l'interruption de grossesse devait idéalement être le résultat d'un commun accord entre la femme et l'homme, en réalité, la femme est la seule véritable décisionnaire. La loi ne mentionne d'ailleurs jamais le partenaire car il est primordial de protéger la femme d'éventuelles influences extérieures. Le mari pourrait tout aussi bien lui suggérer de ne pas avorter que la pousser à réaliser une I.V.G. qu'elle ne souhaiterait pas. Pour protéger son intégrité, la loi protège la femme en la nommant seule responsable de sa décision[12]. Ainsi, le respect dû au compagnon qui invoquerait un droit à être informé voire consulté en cas d'avortement, ne prime pas le respect du secret médical opposé par la femme et son médecin.

En pratique, l'équipe médicale tente de convaincre la femme d'en parler à son compagnon s'il est présent et non informé de la situation. Dans sa thèse en médecine, Pauline Lambert démontre néanmoins que les hommes sont globalement favorables au droit des femmes à l'avortement (en France). En effet, les hommes se sentent inclus dans la prise de décision, ils se sentent autant responsables que leur partenaire, et viennent souvent pour la soutenir. Dans la plupart des cas, ils assistent à la consultation médicale et à la consultation avec la conseillère conjugale. L'homme ne doit pas être complètement exclu de l'I.V.G., surtout lorsque la femme lui laisse

[10] MASTOR (W.), *L'embryon en droit comparé,* Regards croisés sur l'embryon. 40 ans après la loi Veil, Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences, éd. ESKA, Vol.28, n°4, 2017 p. 131 à 153.
[11]NISAND (I.), ARAUJO-ATTALI (L.) et SCHILLINGER-DECKER (A.-L.), *L'I.V.G., Que sais-je ?* éd. PUF, 1ère éd., 2012, p. 43.
[12] NISAND (I.), ARAUJO-ATTALI (L.) et SCHILLINGER-DECKER (A.-L.), *ibid.*, p. 45.

la possibilité d'être présent. L'information et l'écoute masculines peuvent permettre une meilleure prise en charge de la patiente dans sa globalité[13]. Si le partenaire est présent, l'équipe médicale doit lui laisser une place pendant le processus, et lui offrir une écoute. Un entretien psychologique est même proposé si le couple n'est pas d'accord sur la situation. Enfin, au moment de la prise de décision définitive, seule la femme est entendue.

En Europe, peu importe le pays, la décision de procéder à une I.V.G. appartient dans un premier temps à la mère et parfois dans un second temps, le corps médical peut avoir le dernier mot. Le père n'est jamais consulté officiellement comme en France. Pourtant certains pères ont pu revendiquer leur droit à participer à la décision. En 1979, la justice anglaise rejetait la requête d'un homme qui souhaitait empêcher sa femme de procéder à un avortement en demandant aux juges de lui interdire. Après avoir été débouté, le requérant saisissait la Cour Européenne des Droits de l'Homme (C.E.D.H.) en invoquant les articles 2, relatif au droit à la vie, et 8, pour le droit à la vie privée. Dans un arrêt de 1980, la Cour jugea qu'il s'agissait en premier lieu de prendre en compte le droit de la femme enceinte, celle-ci étant la personne principalement concernée[14]. Elle ajoutait que le droit du mari au respect de sa vie privée et familiale ne pouvait être interprété de manière si étendue : un époux ne pouvait se prévaloir d'un droit à être consulté dans le cadre d'une I.V.G.

En 1987, dans une autre affaire en Grande-Bretagne, un étudiant souhaitait empêcher sa compagne d'avorter en invoquant l'illégalité de cette procédure, au motif que le fœtus était viable. Sa demande fut rejetée par le juge qui refusait d'imposer à une femme la poursuite de sa grossesse contre son gré[15].

De même en France, les juges refusent de donner une place aux pères dans la décision concernant l'I.V.G. Le Conseil d'Etat dans une décision du 31 octobre 1980 a confirmé que la décision appartient uniquement à la femme[16]. En l'espèce, le mari reprochait à l'hôpital d'avoir effectué l'I.V.G. alors que sa femme ne se trouvait pas dans un réel état de détresse. Le

[13] LAMBERT (P.), *La place de l'homme dans l'I.V.G. : enquête auprès des hommes accompagnant leur partenaire dans le service d'orthogénie du centre hospitalier d'Armentières*, thèse en médecine, université Lille 2 Droit et santé, 2014, p. 58.
[14] WALCZAK (C.). *La CEDH et l'Avortement, étude comparée.* Université Panthéon-Assas : Mémoire Master 2, 2012-2013. p.27.
[15] WALCZAK (C.), id., p.27.
[16] CONSEIL D'ETAT, n°13028, du 31 octobre 1980, Décision « *Lahache* ».

Commissaire du Gouvernement déclarait que l'état de détresse « *est une notion purement subjective que la femme majeure apprécie souverainement* »[17].

Seule la femme enceinte peut donc demander un accès à l'I.V.G. Que la femme soit majeure ou bien mineure, elle dispose dans la plupart des pays européens d'un droit à l'avortement. De même, dans les pays favorables à l'I.V.G., toute femme, qu'elle soit nationale ou étrangère, peut demander un accès à l'I.V.G. De nombreuses femmes irlandaises par exemple, sont allées avorter en Angleterre, pays qui facilitait l'accès à l'avortement alors que l'Irlande l'interdisait, car le gouvernement ne sanctionnait pas ces femmes qui se faisait avorter dans un autre pays.

Si la question d'un accès à l'avortement existe aujourd'hui partout dans le monde, elle est également présente depuis toujours. En effet, il s'agit d'une idée ancienne, car déjà Hippocrate donnait des conseils abortifs dans l'Antiquité. Son fameux serment précisait à l'époque : « *je ne remettrai pas d'ovule abortif aux femmes* »[18]. Dans son ouvrage *la condition fœtale*, le sociologue Luc Boltanski rappelle le caractère universel de la pratique de l'avortement. De multiples moyens ont pu être utilisés pour cette pratique : des moyens anciens tels que l'utilisation de drogues abortives, l'introduction d'une tige dans le vagin, des ceintures comprimant le ventre, mais aussi d'autres parfois encore utilisées mais toujours naturelles : l'abstinence ou le retrait. L'arrivée du christianisme a bouleversé les pratiques en interdisant et sanctionnant sévèrement l'avortement. En France, que ce soit sous le code pénal Napoléonien ou sous le régime de Vichy, l'accès à l'I.V.G. a été interdit pendant longtemps. Pour autant, cette pénalisation de l'avortement est un échec absolu. On dénombre sous le régime de Vichy et même dans les années suivantes, entre 400 000 et 600 000 avortements clandestins[19].

Dès les années 50, les mouvements des femmes se multiplient pour la légalisation de l'avortement. Les plus aisées vont avorter en Grande-Bretagne ou aux Pays-Bas. Les moins fortunées le pratiquent dans l'illégalité dans des conditions d'hygiène déplorables. Le développement des méthodes de contraception permet de ralentir un peu la pratique abortive. Pour certaines femmes, notamment de l'Europe de l'Ouest, l'I.V.G. vient pallier une défaillance ou un oubli de contraception alors que pour d'autres, surtout des femmes de l'Europe de l'Est,

[17] WALCZAK (C.), *La CEDH et l'Avortement, étude comparée.* Université Pantheon-Assas : Mémoire Master 2, 2012-2013. p.27.
[18] NISAND (I.), ARAUJO-ATTALI (L.) et SCHILLINGER-DECKER (A.-L.), *L'I.V.G.*, Que sais-je?, éd. PUF, 1ère éd., 2012, p. 5.
[19] BOLTANSKI (L.), *op. cit.*, p. 124.

l'I.V.G. est un moyen de contraception (moins onéreuse et utilisée bien avant l'utilisation des méthodes de contraception).

Le principe de laïcité se généralise. La religion perd de son influence sur les choix politiques de certains pays de l'Europe et les législations en faveur de l'I.V.G. se multiplient.

Toutefois, Danielle Hassoun, gynécologue, précise qu'il existe différents types de rapports à l'I.V.G. en Europe[20]. Elle les regroupe géographiquement dans trois groupes principaux. Ces différenciations des rapports à l'avortement répondent à des histoires et cultures différentes.

Concernant le nord-ouest de l'Europe, la libéralisation est progressive dès 1935 : l'Islande, la Suède ou le Danemark par exemple, favorisent l'accès à l'I.V.G. et n'instaurent que peu de conditions.

Puis au début des années 70, les pays de l'Ouest suivent leur trace. La Grande-Bretagne vote *l'Abortion act* en 1967, la France vote la loi de dépénalisation de l'avortement en 1975 avec la loi Simone Veil pour toutes les femmes « *en situation de détresse* » (notion qui sera supprimée par la loi de 2014) qui souhaitent avorter dans les dix premières semaines de leur grossesse. En 1981 aux Pays -Bas, l'I.V.G. est accessible s'il existe selon la femme et son médecin des « *circonstances impérieuses* » ; condition qui sera finalement largement interprétée. En Belgique en revanche, la situation est paradoxale car l'I.V.G. n'est libéralisée qu'en 1991 bien que l'avortement était déjà toléré auparavant. Enfin en Allemagne, en 1995, est adoptée une loi de compromis assouplissant la norme qui existait déjà en Allemagne de l'Ouest et restreignant celle qui existait en Allemagne de l'Est afin d'harmoniser les législations. L'accès reste cependant difficile dans les Länder les plus conservateurs, sous la forte influence de l'Église catholique[21].

En France, comme dans d'autres pays, l'accès à l'I.V.G. s'est développé progressivement, renforçant l'existence d'un véritable droit à l'avortement.

[20] HASSOUN (D.), *Témoignage. L'interruption volontaire de grossesse en Europe*, Revue Française des affaires sociales, La documentation Française, 1, 2011, p.213 à 221.
[21] HASSOUN (D.), *id*, p.213 à 221.

Il est considéré en droit français que la dignité et le respect sont dus à tout être humain dès le commencement de sa vie (article 16 du code civil), qui correspond légalement, à la naissance de l'enfant, né vivant et viable. Ainsi, l'I.V.G. ne vient pas contredire ce principe primordial de respect de la vie humaine. En effet, selon une décision du conseil constitutionnel du 15 janvier 1975, « *La loi du 17 janvier 1975 n'admet qu'il soit porté atteinte au principe du respect de tout être humain dès le commencement de sa vie qu'en cas de nécessité et selon les conditions et limitations qu'elle définit. Aucune de ces dérogations n'est, en l'état, contraire à l'un des principes fondamentaux de la République, ni ne méconnaît le principe énoncé dans le préambule de la Constitution de 1946 selon lequel la Nation garantit à l'enfant la protection de la santé, non plus qu'aucune des autres règles de valeur constitutionnelle édictées par le même texte* »[22]. Eu égard aux conditions posées par le législateur, les dispositions issues des lois des 17 janvier 1975 (Veil) et 31 décembre 1979 (Pelletier), relatives à l'interruption volontaire de grossesse, prises dans leur ensemble, ne sont pas incompatibles avec les articles 2 et 4 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme (C.E.D.H.) et 6 du pacte international sur les droits civils et politiques[23].

Si l'accès à l'I.V.G. français a été seulement dépénalisé en 1975 par la loi Veil, d'importants progrès ont été réalisés par la suite. Cette loi promulguée avec une mise à l'essai de cinq ans, a finalement été confirmée par la loi Pelletier de 1979. Le rapport à l'avortement en France évolue. En 1993, est votée la loi Neiertz qui dépénalise l'auto-avortement et créé le délit d'entrave ciblant les manifestations et groupes anti-I.V.G. empêchant la libre circulation des personnes. En 2001 une réforme importante de l'I.V.G. est promulguée pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes et allonge notamment le délai légal de 10 à 12 semaines de grossesse[24]. Puis d'autres lois ont élargi les possibilités d'accès, notamment en 2014, une loi qui supprime la notion de détresse permet désormais à toute femme peu importe sa condition, de demander l'I.V.G. En 2016, ce sont les professionnels de santé pratiquant l'I.V.G. qui se diversifient : les sages-femmes sont désormais compétentes pour accomplir une I.V.G. L'ouverture de l'I.V.G. à la médecine de ville contribue à l'équilibre de l'offre et de la demande de soins. Les délais sont également élargis et mieux maîtrisés[25].

[22] Cons. const. 15 janv. 1975: *D. 1975. 529, note L. Hamon.*
[23] Cons. const. 27 juin 2001: D. 2001. 2533, note Mathieu ; D. 2002. Somm. 1948, obs. G. Nicolas ; JCP 2001. II. 10635, note Franck ; JCP 2002. I. 128, n° 15, obs. Mathieu et Verpeaux. – Mouton, Dr. fam. 2001. Chron. 18. - Brunetti-Pons, ibid. Chron. 23.
[24] NISAND (I.), ARAUJO-ATTALI (L.) et SCHILLINGER-DECKER (A.-L.), *op.cit.* p.6.
[25] AUBIN (C.), JOURDAIN MENNINGER (D.), *Rapport de l'IGASS sur la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse*, oct. 2009, p. 11 à 34.

Les pays du sud de l'Europe (Espagne, Grèce, Italie, Portugal) légalisent à leur tour l'avortement dans les années 1980. Malgré des difficultés d'application, dans les années 2000 la plupart de ces pays admettent finalement l'I.V.G. sur demande. En 2007, le Portugal admet l'I.V.G. à la suite d'un referendum avec 59,3% d'opinions favorables alors que la précédente législation de 1984 comptait parmi les plus répressives d'Europe avec pour conséquence des avortements clandestins et des procès jusqu'en 2002. En 2010, c'est l'Espagne qui continue ce mouvement de libéralisation en votant une loi pro-avortement rendant l'accès à l'I.V.G. possible dans les quatorze premières semaines de grossesse. L'I.V.G. était donc devenu accessible, même si des résistances persistaient notamment avec l'existence dans les hôpitaux publics de « *conseils de résistance* » avec lesquels la femme était obligée de s'entretenir avant de prendre sa décision[26].

La Russie et les pays de l'Europe centrale et orientale libéralisent très tôt l'I.V.G. En URSS, l'avortement est autorisé dès 1920 sur simple demande de la femme. Pour autant, les russes connaitront des fluctuations car l'avortement est interdit en 1936 et de nouveau admis en 1955. Sous l'influence de l'URSS, certains pays de l'Est libéralisent également l'I.V.G. dès les années 50, même si pour certains, cette libération s'effectue sur une courte période. En effet, en 1966 notamment en Roumanie, avec l'arrivée au pouvoir de Ceausescu, le régime devient très restrictif concernant les droits reproductifs de la femme et interdit l'I.V.G. ce qui entraîne une forte augmentation des avortements clandestins. L'accès à l'I.V.G. est réinstauré avec la chute de son régime en 1990.

Aujourd'hui, la majorité des pays de l'Est admettent l'I.V.G., même s'ils restent encore fortement impactés par la religion. L'exception reste la Pologne où l'I.V.G. est officiellement restreint aux cas de viol, danger pour la santé de la femme ou malformation du fœtus. Dans d'autres pays, son accès est également rendu de plus en plus difficile. En Hongrie par exemple, une loi de 2001 a obligé la femme qui fait une demande d'I.V.G. à passer deux entretiens avant de pouvoir la réaliser[27].

Néanmoins, et d'un point de vue plus général, si la plupart des pays européens donnent un accès à l'I.V.G., un droit européen à l'avortement n'est toujours pas consacré par les institutions

[26] HASSOUN (D.), *Témoignage. L'interruption volontaire de grossesse en Europe*, Revue Française des affaires sociales, La documentation Française, 1, 2011, p.213 à 221.
[27] HASSOUN (D.), *id.*, p.213 à 221.

européennes. La Cour Européenne des Droits de l'homme saisie plusieurs fois de la question n'a toujours pas à ce jour admis l'existence d'un droit harmonisé à l'avortement en Europe, au motif qu'il n'existe toujours pas de consensus européen sur le sujet.

De plus, malgré l'évolution des droits des femmes, l'avortement est encore et toujours réprimé. Dès l'arrivée du christianisme, et de la consécration de la vie humaine, l'avortement est sévèrement sanctionné. En 1558, le pape Sixte Quint condamne de façon formelle l'avortement quel qu'en soit le terme[28]. Les nouvelles techniques sont utilisées par le catholicisme pour prouver que la vie commence dès la conception. L'invention du microscope au XVIIème siècle, qui permet de voir clairement les spermatozoïdes et les ovules, ou, les progrès de l'embryologie et de la clinique au XVIIIème siècle font remonter les débuts de la vie à la conception. Ces découvertes entraînent une vague de criminalisation dans les Etat européens[29].

Aujourd'hui persistent encore des freins politiques, culturels et religieux qui privent les femmes européennes d'un accès plein et entier à l'I.V.G. Pour certains, dès sa conception, l'embryon est considéré comme un enfant potentiel. D'ailleurs, en France notamment, le vocabulaire juridique utilisé est souvent celui de « *l'enfant mort-né* » pour parler du fœtus qui n'est pas sorti vivant du ventre de sa mère. Cette dénomination montre que cette considération de l'embryon comme un être vivant persiste. De même, le médecin est habituellement vu comme une personne qui soigne et donne ou redonne vie, et non comme une personne qui élimine ou avorte la vie. Ces considérations aboutissent à trois constats importants en Europe.

Premièrement, certains pays ne reconnaissent pas ou très peu l'accès à l'I.V.G. encore aujourd'hui en Europe. En effet, malgré une forte majorité d'européens en faveur du droit à l'avortement, tous les gouvernements ne sont pas en accord sur le sujet. Si certains pays comme la Pologne, Chypre ou l'Irlande jusqu'à il y a peu, sont très restrictifs dans cet accès à l'I.V.G., d'autres tels que Malte ou Andorre l'interdisent totalement. De même, d'autres pays l'autorisent aujourd'hui mais ont tenté récemment de revenir sur ce droit : tel est le cas notamment de l'Espagne qui avait admis l'accès à l'I.V.G. en 2010 et dont le premier ministre Mariano Rajoy en 2013 a voulu faire passer un projet de loi visant à l'abolir totalement.

[28] LAMBERT (P.), *La place de l'homme dans l'I.V.G. : enquête auprès des hommes accompagnant leur partenaire dans le service d'orthogénie du centre hospitalier d'Armentières*, thèse en médecine, université Lille 2 Droit et santé, 2014, p.2.
[29] LAMBERT (P.), *id.*, p. 9.

La Pologne avait autorisé l'accès à l'I.V.G. pendant quarante ans avant de revenir sur ce droit en 1991 lorsque la loi a été invalidée par la cour constitutionnelle sous l'influence de l'Eglise Catholique, qui considérait que cette loi contrevenait au droit à la protection de la vie de l'enfant conçu, inscrit dans la Constitution[30]. Ce n'est plus une interruption volontaire de grossesse qui est vraiment permise dorénavant, mais plutôt une interruption de grossesse pour raisons médicales, qu'elles soient d'ordre somatiques ou psychologiques. Ce retour en arrière des polonais, a entraîné une recrudescence des avortements clandestins. Selon Wanda Nowicka, présidente de la Fédération des femmes polonaises, ce ne sont « *non pas quelques centaines d'avortements par an, mais plutôt 15 000 qui sont fait dans des cabinets privés à des sommes astronomiques ou à l'étranger* »[31].

Deuxièmement, même si la plupart des pays européens admettent maintenant légalement l'accès à l'I.V.G., cet accès est très diversifié et même très inégalisé entre les pays, puisqu'il existe des accès plus facilités dans certains pays que dans d'autres.

Pour quelques pays tels que le Danemark, la Norvège, la Suède, la France et certains pays de l'Est, l'avortement est légalisé. La femme peut demander l'avortement de façon relativement libre. En revanche, dans la plupart des autres pays, l'avortement est inscrit dans le code pénal. L'I.V.G. doit donc le plus souvent être effectuée sous respect de conditions légalement admises, sous peine de poursuites pénales. Ces restrictions portent notamment sur l'exigence de consentement de la femme ou de ses parents si elle est mineure, sur la nécessité d'une autorisation éventuelle du médecin, sur l'encadrement de l'I.V.G. par des délais (temps de grossesse, délai de réflexion…), l'obligation d'un entretien social et /ou avec une psychologue, sur la prise en charge financière…[32]. En Europe, les taux d'I.V.G. les plus élevés se vérifient surtout en Europe de l'Est. On avorte plus en France, qu'en Italie, Belgique, Allemagne ou Grèce mais moins que dans les pays de l'Est[33].

[30] LAMOUREUX (D.), *Jacqueline Heinen et Anna Matuchniak-Krasuka (dir.) : L'avortement en Pologne*. Recherches féministes, vol.6, n°2, 1993, p. 175 à 178.
[31] HASSOUN (D.), *Témoignage. L'interruption volontaire de grossesse en Europe*, Revue Française des affaires sociales, La documentation Française, 1, 2011, p.213 à 221.
[32] HASSOUN (D.), *Id.*, p.213 à 221.
[33] NISAND (I.), ARAUJO-ATTALI (L.) et SCHILLINGER-DECKER (A.-L.), *op. cit.*, p. 24.

Les inégalités et disparités en Europe en matière d'IVG se vérifient surtout entre les pays fondateurs de l'Union Européenne notamment avec les pays les plus récemment entrés dans l'Union. En effet dans ces derniers pays, qui sont majoritairement des pays de l'Est, l'accès à la contraception reste très limité car trop cher, et l'avortement constitue parfois le seul moyen pour réguler les naissances. Le taux d'I.V.G. dans ces pays est deux fois plus élevé que dans les pays où la contraception est généralisée[34]. Le taux moyen d'I.V.G. est supérieur à 20 % en Bulgarie, Lettonie, Estonie, Roumanie, mais inférieur à 10 % en Grèce, Allemagne, Espagne, Belgique, ou Italie.

Dans certains pays européens, le poids des mouvements anti-I.V.G. parfois soutenus par l'Eglise, empêchent ou gênent fortement l'accès à l'I.V.G. Cette privation d'accès peut se manifester aussi bien physiquement que virtuellement par l'intermédiaire de sites internet qui détournent les informations concernant l'avortement.

La question du délai d'accès à l'I.V.G. est également fondamentale, et ce délai peut varier de plusieurs semaines d'un pays à l'autre. Cette différence de délai entraîne de grandes inégalités d'accès entre les pays européens, notamment pour les femmes qui n'apprennent leur grossesse que tardivement.

Troisièmement, le développement théorique de l'accès des femmes reste encore aujourd'hui finalement très limité en pratique. Si la plupart des pays européens aujourd'hui donnent un accès légalisé à l'I.V.G., cet accès n'est pas toujours parfaitement appliqué, voire très peu mis en œuvre. La pratique de l'I.V.G. rencontre en effet des difficultés venant principalement de deux causes : des difficultés liées aux moyens et des difficultés liées aux personnes. La femme qui souhaite avoir accès à l'I.V.G., a besoin de techniques et d'avoir toutes les informations pour prononcer son choix éclairé. Elle nécessite aussi d'avoir les capacités financières d'accès à ces techniques, parfois plus ou moins onéreuses.

La pratique de l'I.V.G. doit faire face aussi à des difficultés liées aux personnes. En effet, la femme qui souhaite avorter peut connaitre de difficultés qui sont propres à l'acte d'avorter. Mais elle peut aussi connaitre des difficultés qui lui sont opposées par les personnes lui donnant accès, personnes physiques ou personnes morales. En effet, les personnes physiques, sont

[34] NISAND (I.), ARAUJO-ATTALI (L.) et SCHILLINGER-DECKER (A.-L.), *ibid.*, p. 15.

humaines et bénéficient souvent d'une clause de conscience légalisée qui leur permet de refuser de pratiquer un avortement, posant ainsi une barrière à la patiente qui leur fait une demande d'I.V.G. Les personnes morales peuvent aussi poser des difficultés : notamment avec cette clause de conscience essentiellement avec les établissements privés de santé qui peuvent par exemple en France généraliser la clause de conscience à tout l'établissement privant ainsi les femmes d'un accès à l'I.V.G. au sein de leur établissement. Autrement, les personnes morales peuvent également pour des raisons financières voir fermer leur service proposant la réalisation d'I.V.G. Ces établissements peuvent également arrêter totalement leur activité et priver ainsi les femmes d'accès à l'I.V.G. sur un territoire donné. L'hôpital Sarthois du Bailleul en France, avait ainsi pendant un temps cessé de pratiquer des I.V.G. Sur les quatre médecins gynécologues, l'un est parti en retraite, et les trois autres invoquaient leur clause de conscience, privant ainsi les femmes de tout accès à l'I.V.G. dans cet établissement[35].

Ces difficultés matérielles et personnelles se ressentent de façon générale dans la plupart des pays européens, plus ou moins fortement. Et pour les pays qui sont déjà restrictifs à l'I.V.G., tel que la Pologne ces difficultés se font encore davantage ressentir. En effet, même dans les cas extrêmes, pourtant admis par la loi, tel que l'accès à l'interruption de grossesse dans les cas de viol, il est très difficile pour la patiente de se faire réellement réaliser cet avortement, à cause des jugements extérieurs, notamment par les professionnels de santé qui peuvent opposer leur clause de conscience.

En Espagne, en Italie ou au Portugal, les femmes rencontrent souvent des difficultés à faire appliquer la loi car l'accès à l'I.V.G. est limité en particulier par l'utilisation importante de la clause de conscience pour des motifs religieux. En Italie, 70% des médecins opposeraient leur clause de conscience à l'heure actuelle aux femmes demandant un I.V.G., voire jusqu'à 90% dans le sud de l'Italie[36].

Ainsi, si non seulement l'accès à l'I.V.G. est limité légalement dans certains pays européens, il pourrait aussi bien être limité dans la pratique et dans le quotidien des femmes dans la plupart

[35] PELISSIER (J-P), *L'hôpital Sarthois du Bailleul va de nouveau pratiquer les I.V.G.*, journal Le Monde, publié le 7 septembre 2018, site internet du journal le Monde.
[36] GAUTHERET (J.), *En Italie, 70% des médecins refusent de pratiquer des I.V.G.*, journal le Monde, publié le 23 mai 2018 sur le site internet du journal Le Monde.

des pays européens, venant remettre en cause finalement le droit à l'avortement pour les femmes européennes.

La question se pose alors de savoir quel est l'accès aujourd'hui pour les femmes européennes à l'I.V.G. ? Face aux résistances qui persistent et amènent même parfois certains pays à reculer sur un droit à l'I.V.G. que l'on pensait acquis (la Pologne est revenue sur 40 années de légalisation de l'avortement, et l'Espagne a failli revenir sur ce droit en 2013), l'Europe parviendra-t-elle un jour à harmoniser un droit à l'avortement plein et entier des femmes ?

Il est difficile de comparer les législations car l'avortement est simultanément inscrit dans divers codes, réglementations et statuts. Pourtant, le schéma qui se dessine démontre des inégalités certaines entre les pays (Partie 1) mais aussi l'esquisse de difficultés communes aux membres de l'Europe liées à des questions techniques, financières et humaines qui incitent à repenser la place de l'I.V.G. dans la société (Partie 2).

PREMIERE PARTIE. DES INEGALITES D'ACCES A L'I.V.G. EN EUROPE

L'accès à l'I.V.G. en Europe n'est pas homogène. D'un point de vue normatif, les femmes n'ont pas toutes un droit à l'interruption volontaire de leur grossesse. La plupart peuvent réaliser une interruption de grossesse pour raisons médicales, mais la possibilité d'avorter sur la base de la simple volonté de la femme, n'est pas l'apanage de toutes les femmes européennes. Peu de pays interdisent totalement l'accès à l'I.V.G. en Europe, mais certains en restreignent officiellement et fortement l'accès. D'autres, l'ont légalisé mais ont tenté de revenir sur cette législation, ce qui démontre parfois une instabilité des législations des Etats européens sur la question de l'accès à l'I.V.G.

De même, des inégalités plus subtiles existent entre les pays qui proposent un accès à l'interruption de grossesse. Ces pays étant officiellement favorables à l'I.V.G., offrent des conditions d'accès et des procédures à respecter qui peuvent différer énormément d'un pays à l'autre. Que ce soit au regard des conditions tenant à la patiente qui demande l'I.V.G., au professionnel qui va réaliser l'interruption, aux conditions tenant aux moyens proposés pour la réaliser ou encore et surtout aux délais pour la réaliser, la procédure peut offrir un accès plus ou moins vaste d'un pays à l'autre. Les effets varient également. Certains pays sanctionnent plus sévèrement ceux qui privent d'un accès à l'I.V.G. que d'autres, et donc offrent un accès plus effectif que d'autres à l'I.V.G. Des Etats vont également sanctionner très sévèrement les I.V.G. réalisées dans des conditions illégales, voire poursuivre ceux qui les ont réalisées, ce qui aura pour effet de restreindre davantage l'accès à l'I.V.G. par rapport à d'autres pays qui seront plus souples. L'Europe connait donc des divisions importantes parfois entre des pays qui pourtant tous ont légalisé l'I.V.G. et continue de respecter leur souveraineté en refusant de les contraindre à une harmonisation dans l'accès à l'I.V.G.

Aussi, il convient de traiter dans un premier temps les inégalités de nature entre les Etats membres pro-avortement et contre-avortement (CHAPITRE I) avant d'étudier les inégalités de degrés entre les Etats pro-avortement, plus subtiles, mais pouvant avoir des conséquences bien réelles pour les femmes (CHAPITRE II).

CHAPITRE I. DES INEGALITES DE NATURE DANS L'ACCES A l'I.V.G.

Les inégalités de nature entre Etats existent encore aujourd'hui dans l'accès à l'I.V.G. Il s'agit des inégalités entre les pays qui ont légalisé ou non l'avortement et donc officiellement reconnu un droit à l'I.V.G. pour les femmes de leur territoire.

La majorité des pays européens ont progressivement libéralisé le droit à l'avortement depuis les années 1950. Mais certains se refusent à l'autoriser sur leur territoire : c'est le cas de Malte, dont le gouvernement précise qu'il n'y a pas de revendication du peuple en la matière, Andorre, considéré plus comme une principauté qu'un Etat. Si ces deux territoires représentent une faible part des femmes européennes, la position de ces deux entités n'est pas à négliger.

Par ailleurs, d'autres pays admettent l'I.V.G. par dérogations seulement au principe d'interdiction, et dans des conditions extrêmes pour la femme. Il s'agit de Chypre et de la Pologne.

Des inégalités de nature existent donc bien entre certains pays d'Europe sur la question du droit à l'interruption de grossesse, et encore plus particulièrement sur la question de l'interruption volontaire.

De prime abord, il ne semble exister que peu d'inégalités de nature entre les pays européens, étant donné que la plupart d'entre eux, se sont prononcés en faveur de l'accès à l'I.V.G. (section 1). Néanmoins, ces inégalités persistent, pour des raisons notamment culturelles ou religieuses, marquant de fait une persistance des inégalités de nature en Europe concernant l'interruption volontaire de grossesse (Section 2).

SECTION I. DES INEGALITES A PRIORI FAIBLES : UNE MAJORITE DE PAYS EN FAVEUR DE L'ACCES A L'I.V.G. EN EUROPE

En Europe, la plupart des pays sont favorables à l'accès à l'I.V.G. par les femmes. Tout au long du XXème siècle, ces pays ont progressivement libéralisé le droit à l'avortement. Ce droit est le résultat d'un long combat pour les droits des femmes (Paragraphe 1) et ce mouvement de libéralisation des droits de la femme, qui a une portée générale en Europe, amène à s'interroger sur une éventuelle harmonisation des législations en matière de droit à l'I.V.G. (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. Un résultat dû au mouvement de libération de la femme

Le droit à l'I.V.G. est né grâce à un mouvement de libération de la femme et de ses droits dès les années 1950 en Europe, dans la période d'après-guerre. Lors de ce mouvement, de nouveaux droits étaient proclamés, tels que le droit de disposer librement de son corps et le droit à l'I.V.G. qui en découlait. Le combat pour ce droit a longtemps perduré (A) pour un résultat finalement répandu aujourd'hui dans toute l'Europe (B).

A- Le droit à l'I.V.G. : l'objet d'un long combat

Le droit à l'I.V.G. est né dans la plupart des pays européens dans une période d'après-guerre où le rôle des femmes avait été mis en avant. Mais la naissance de ce droit résulte surtout souvent d'un long combat mené par les femmes.

Pour beaucoup de pays, le principe en matière d'avortement au début du XXème siècle était la pénalisation du droit à l'I.V.G. En France, l'avortement était longtemps puni de mort, par les rois de France, qui suivaient les préceptes de l'Eglise. Le premier code pénal français de 1791 proposait une peine encore lourde puisqu'il punissait l'avorteur de 20 ans de fer sans pour autant punir la femme qui avortait (situation modifiée par le code napoléonien). Sous le régime de Vichy, la peine maximale en matière d'avortement était la peine de mort au motif que cet acte « *nuisait à la nation* ». C'est ainsi que Marie-Louise Giraud, qui aidait les femmes à avorter,

fût guillotinée en 1943 pour avoir procédé à 36 avortements. Ce fut cependant, la dernière condamnation à mort pour avoir pratiqué une I.V.G. en France.

En France, l'I.V.G. est longtemps considéré comme un régime d'exception au principe de primauté du droit à la vie, inscrit dans l'article 16 du code civil. Cette notion était d'ailleurs retranscrite au sein de l'article L 2211-1 du code de la santé publique. De 1975 à 2014, la femme en demande d'I.V.G. en France devait justifier d'une situation de détresse et donc n'avait pas véritablement un droit à l'avortement tant qu'elle n'était pas dans une situation difficile[37].

En Europe de l'Ouest, et notamment en France, la libéralisation de l'I.V.G. ne s'est faite qu'après la légalisation des moyens de contraception. Par cet accès favorisé à la contraception, les femmes obtiennent ainsi le droit exclusif de déterminer librement et en toute responsabilité le nombre et l'échelonnement des naissances[38]. Les législations européennes contiennent pour la plupart des dispositions permettant la régulation des naissances. L'interdiction générale et absolue de la contraception devient une violation de la vie privée des personnes au sens de l'article 8 de la C.E.D.H.

En France, l'accès à la contraception se développe notamment avec la loi du 13 décembre 2000 sur la contraception d'urgence et la réforme opérée par la loi du 4 juillet 2001 relative à l'I.V.G. et à la contraception. Le juge français contribue également à assurer le respect de ce droit à régulation des naissances notamment dans un arrêt de section du conseil d'Etat du 30 mars 1979 association « *Laissez-les vivre* »[39].

Puis, c'est dans le prolongement de ce droit à la contraception, que le droit à l'I.V.G. s'est répandu dans la plupart des pays d'Europe.

B- <u>Un résultat répandu en Europe</u>

[37] BIERONSKI (E.), *Les disparités d'acceptation du soin I.V.G. en Europe*, Ethics, Medicine and Public Health éd. Elsevier Masson SAS, vol. 8, 2019, p.60.
[38] Déclaration sur le progrès et le développement dans le domaine social, art. 4, Assemblée générale des Nations unies, résolution no 2542, XXIV, 11 déc. 1984.
[39] CE, sect., 30 mars 1979, nos 4.139 à 4.143 et 4.848, Association « *Laissez-les vivre* », Rec. CE 1979, p. 888.

Dans les années 1920, l'U.R.S.S. est le premier pays d'Europe orientale à légaliser l'avortement sur simple demande de la femme. En 1936, le gouvernement revient sur cette loi et interdit finalement l'I.V.G. avant de le réinstaurer en 1955.

En 1935, l'Islande est le premier pays d'Europe occidentale à élargir les conditions légales de recours à l'avortement. La Suède enchaîne le mouvement en 1937 ainsi que le Danemark en 1938. Ces deux pays libéralisent l'I.V.G. même si les conditions de recours restaient encore assez restreintes.

Ce n'est qu'au début des années 70 qu'apparaissent, en Europe Occidentale des législations permettant de pratiquer des avortements sur demande de la femme.

En dehors de l'URSS, les autres pays de l'Europe de l'Est libéralisent à leur tour l'avortement dans les années suivantes, mais cette libéralisation est suivie de nombreuses restrictions plus ou moins importantes selon les pays. La Roumanie est l'exemple le plus typique de restrictions importantes à l'avortement puisqu'en 1966 des limitations brutales sont appliquées à l'accès à l'avortement. Inversement, en Tchécoslovaquie en 1986 et en Hongrie en 1988, une nouvelle loi sur l'avortement supprimait l'obligation d'obtenir l'autorisation d'un comité spécial. L'avortement pouvait désormais se réaliser sur simple demande de la femme.

En Suisse, la libéralisation de l'avortement s'est réalisée à plus petite échelle. La Suisse est connue pour être un pays où peu d'avortements sont pratiqués, non pas en raison d'un gouvernement opposé à l'avortement, mais plutôt grâce à une excellente éducation sexuelle des femmes et jeunes filles.

L'Irlande du Nord, n'avait quant à elle pas bénéficié de la loi sur *l'Abortion Act*, comme le reste du Royaume-Uni en 1967. Cette partie du Royaume-Uni était donc, avant 2018, sous un régime comparable à la République Irlandaise[40].

Mais à l'exception de quelques pays, la plupart des Etats européens ont aujourd'hui libéralisé cet accès à l'I.V.G., ce qui pose la question d'un consensus aujourd'hui au niveau européen sur cet accès.

[40] BLAYO (C.), *L'avortement en Europe*. In: Espace, populations, sociétés, 1989-2. Aspects de la fécondité dans les pays industrialisés - About fertility in industrialized countries. P. 225-226.

Paragraphe 2. Vers une harmonisation européenne sur la question du droit à l'I.V.G. ?

La libéralisation progressive de l'accès à l'I.V.G. en Europe amène à se poser la question de l'existence d'un consensus au niveau européen. Il est intéressant de noter que si l'Union Européenne s'est prononcée plusieurs fois en faveur de l'existence d'un tel droit dans l'Union Européenne (A), la Cour Européenne des Droits de l'Homme (C.E.D.H.) nie toujours la reconnaissance d'un accès européen à l'I.V.G. (B).

A. Une Union Européenne en faveur du droit à l'I.V.G.

Au niveau de l'Union Européenne, deux initiatives sont lancées au début des années 2000 pour pousser les pays membres de l'U.E. à reconnaitre ce droit à l'interruption volontaire de grossesse. En 2001, la Commission parlementaire des droits de la femme publie un rapport sur la santé et les droits sexuels et reproductifs de la femme, incitant ainsi les pays membres à adopter une législation en faveur de ce droit d'accès élargi à l'avortement. Puis c'est le Parlement Européen qui recommande aux Etats membres de légaliser l'avortement dans une résolution du 3 juillet 2002[41].

En décembre 2013, les députés européens ont rejeté le rapport Estrela[42] sur la santé et les droits sexuels et génésiques. Ce rapport assimilait le droit à l'avortement comme un droit fondamental, faisait la promotion de la contraception et de l'avortement auprès des mineurs et rendait l'enseignement sexuel obligatoire pour les élèves des écoles primaires et secondaires. Le rapport a été rejeté par le Parlement Européen, qui votait finalement une résolution alternative réaffirmant le principe de subsidiarité en précisant que « *la formulation et la mise en œuvre des politiques sur la santé et les droits sexuels ainsi que les droits à l'éducation sexuelle relevaient de la compétence des Etats membres* »[43].

Après une deuxième tentative début 2015, le rapport Tarabella[44] sur l'égalité hommes-femmes était adopté par le Parlement européen. Ce texte prévoit notamment que les « *droits sexuels et*

[41] NISAND (I.), ARAUJO-ATTALI (L.) et SCHILLINGER-DECKER (A.-L.), *op. cit.*, p. 16.
[42] ESTRELA (E.), *Rapport sur la santé et les droits sexuels et génésiques*, 2013/2040, du 26 sept. 2013.
[43] Dossier Généthique, *L'interruption volontaire de grossesse*, janv. 2016, p. 34.
[44] TARABELLA (M.), *rapport sur l'égalité hommes-femmes*, adopté par le Parlement européen le 11 mars 2015.

reproductifs sont des droits humains fondamentaux et qu'il convient de les prendre en compte dans le programme d'action de l'Union dans le domaine de la santé » et en insistant « *sur le fait que les femmes doivent avoir le contrôle de leur santé et de leurs droits sexuels et reproductifs, notamment grâce à un accès aisé à la contraception et à l'avortement* »[45]. Avec le vote de ce texte, l'Union Européenne déroge au principe de subsidiarité. Il ne s'agit pas d'une loi et pourtant, ce rapport pourrait constituer un moyen d'apporter des évolutions au sein des législations nationales de chaque Etat membre.

La même année, le Parlement Européen a adopté un autre rapport, le rapport Panzeri[46], qui « *demande à l'Union et à ses États membres de reconnaître le droit inaliénable des femmes et des filles à l'intégrité physique et à la prise de décisions autonome pour ce qui est, entre autres, du droit à l'accès à la planification familiale volontaire, du droit à l'avortement légal et sans risque »*[47]. Ce principe est encore adopté par dérogation au principe de souveraineté des Etats membres en matière de santé.

Enfin, en septembre 2015, le Parlement européen a adopté la résolution Ferrara[48] selon laquelle « *la santé et les droits génésiques et sexuels sont des droits fondamentaux* » et qui « *prie instamment la Commission d'inclure la santé et les droits génésiques et sexuels, en tant que droits fondamentaux, dans sa prochaine stratégie de l'Union dans le domaine de la santé pour garantir la cohérence entre la politique interne et externe de l'Union Européenne* »[49].

Ainsi, et malgré son incompétence en la matière, le Parlement Européen s'est attaché pendant plusieurs années, et par le vote de plusieurs résolutions, à faire admettre aux Etats membres, l'adoption du droit à l'avortement pour les femmes, comme un droit fondamental[50].

B. <u>Une C.E.D.H. en déni sur la question d'un accès à l'I.V.G. en Europe</u>

[45] Dossier Généthique, *L'interruption volontaire de grossesse*, janv. 2016, p. 34
[46] PANZERI (P.), *Rapport sur les droits de l'homme et la démocratie dans le monde*, adopté le 12 mars 2015.
[47] Dossier Généthique, *Id*, p. 35.
[48] FERRARA (L.), *Rapport sur les droits fondamentaux dans l'Union Européenne*, adopté le 8 septembre 2015.
[49] Dossier Généthique, *Id*, p.34.
[50] Dossier Généthique, *Id*, p.36.

Des femmes, souhaitant avorter dans des pays restrictifs dans l'accès à l'avortement, ont saisi plusieurs fois la C.E.D.H. afin d'inciter ces pays à libéraliser cet accès. Le but étant de faire instaurer par la C.E.D.H., un véritable droit à l'I.V.G. dans toute l'Europe.

A plusieurs reprises la Cour Européenne des Droits de l'Homme s'est prononcée, sur la conventionnalité des législations des pays membres en la matière.

Dans l'affaire Boso contre Italie du 5 septembre 2002, la Cour admettait que l'I.V.G. effectuée conformément à la loi ne porte pas atteinte au droit à la vie de l'enfant à naître garanti par l'article 2 de la Convention E.D.H. Dans l'affaire Vo contre France du 8 juillet 2004, la Cour laissait la marge d'appréciation aux Etats pour lui laisser le choix de décider si l'enfant à naître est au sens de l'article 2 de la Convention, une personne susceptible d'être victime d'un homicide involontaire déploré par la femme qui le portait[51].

La Cour Européenne des Droits de l'Homme a eu l'occasion de se prononcer sur la conventionnalité de plusieurs législations européennes, notamment celles de pays limitant l'accès à l'avortement.

Ainsi, la Cour a pu être saisie en 2007 sur la compatibilité de la législation polonaise en matière d'I.V.G. à la Convention Européenne dans l'affaire célèbre Tysiac contre Pologne. Cette affaire souleva un important retentissement médiatique. Mme Tysiac saisit plusieurs juridictions en interne, mais toutes ses plaintes furent rejetées. Elle décida alors de saisir la Cour Européenne des Droits de l'Hommes pour non-respect de son droit à la vie privée au regard de l'article 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme.

La Cour a bien reconnu que « *le gouvernement polonais ne respecte pas ses propres lois et que toute atteinte à l'intégrité physique d'un individu doit passer pour une ingérence dans le droit de celui-ci au respect de la vie privée au visa de l'article 8 de la Convention E.D.H., si elle a eu lieu contre sa volonté* [52]». Pour autant, elle « *refuse de déduire de l'article 8 au nom d'un principe d'autonomie personnelle, un droit général de la femme sur son corps* ». Dans cet arrêt Tysiac contre Pologne, la C.E.D.H. déclarait qu'elle « *n'avait pas en l'espèce à rechercher si*

[51] MARGUENAUD (J.-P.), *La Cour de Strasbourg, Cour européenne des droits de la Femme : la question de l'accès à l'avortement thérapeutique*, RTD Civ. 2007 p.292.
[52] BIERONSKI (E.), *op. cit.*, p.61.

la convention garanti un droit à l'avortement ». Cette décision n'impose pas non plus un droit à l'avortement thérapeutique en Europe, mais prévoit en revanche, que tous désaccords sur la question puissent être tranchés en temps utile par un organe indépendant, spécialement lorsque la femme se trouve dans un état grave ou que le risque pour sa santé est d'une certaine gravité[53]. Elle refusa également de trancher la question de savoir s'il fallait accorder au fœtus un droit à la vie au sens de l'article 2 de la Convention E.D.H.

La question a pu se poser notamment de savoir si la possibilité pour une femme d'accéder légalement à des services abortifs constituait ou non un aspect du droit au respect de la vie privée au sens de l'article 8 de la Convention. Face à cette question et en l'absence de consensus européen, la Cour fait une « *approche très nuancée* » : dans son arrêt du 16 décembre 2010, A.B.C. contre Irlande elle juge en effet que l'article 8 de la C.E.D.H. ne saurait s'interpréter comme consacrant un droit à l'avortement. L'interdiction de l'avortement par le droit irlandais est donc jugée *« conforme aux exigences conventionnelles* » [54]. Les juges européens relèvent néanmoins une violation du droit au respect de la vie privée dans la défaillance de l'Irlande à organiser les conditions effectives d'accès à l'avortement thérapeutique prévu par la loi, obligeant les requérantes à aller à l'étranger pour pouvoir bénéficier de ces interventions[55].

Selon cette décision, le droit à l'interruption volontaire de grossesse ne fait pas partie intégrante du droit au respect à la vie privée, contrairement au droit à l'avortement thérapeutique. En revanche, au regard de la CEDH, l'article 2 qui protège le droit à la vie, ne protège pas l'embryon[56]. La détermination du point de départ du droit à la vie relève néanmoins de la marge d'appréciation des Etats[57].

La Cour modifiait son raisonnement dans sa décision du 16 décembre 2010, A.B.C. contre Irlande. Dans cette affaire, trois femmes irlandaises souhaitaient la condamnation du

[53]MARGUENAUD (J-P), *Avortement et crucifix : l'éclatant retour aux racines chrétiennes de l'Europe*, R.T.D. Civ., 2011, p. 303.
[54]CEDH, 16 déc. 2010, aff. 25579/05, A, B, C c/ Irlande, RDSS 2011, p. 293, note Roman D., v. Hennette-Vauchez S., Vademecum à l'usage de la Cour européenne des droits de l'homme*, La théorie féministe au secours d'une juridiction menacée de « splendide isolement »,* D. 2011, chron., p. 1360.
[55] Anonyme, *Accès à la contraception-Avortement,* le Lamy droit des personnes et de la famille, étude 150, Lamyline.
[56] C.E.D.H., gr.ch., 10 avr. 2007, Evans c/ Royaume-Uni, n°6339/05 :D.2007. AJ 1202, obs. Delaporte-Carré ; ibid. 2008. Pan. 1443, obs. Galloux ; JCP 2007. II. 10097, note Mathieu ; RDSS 2007. 810, obs. D. Roman ; RDC 2007. 1321, obs. Bellivier et Noiville ; RTD civ. 2007. 295, obs. Marguénaud ; ibid. 545, obs. Hauser.
[57] C.E.D.H. sect. IV, 7 mars 2006 Evans c/ Royaume-Uni, n°6339/05: D. 2007. Pan 1108, obs. Galloux et Gaumont-Prat ; RDC 2007. 1321, obs. Bellivier et Noiville.

gouvernement Irlandais pour leur difficultés d'accès à l'avortement. Elles avaient toutes les trois, été contraintes d'aller demander une I.V.G. en Angleterre, la législation irlandaise à l'époque, ne permettant l'avortement qu'en cas de danger pour la santé physique de la mère[58].

La Cour rejeta le grief tiré du droit à la vie (article 2 de la C.E.D.H.) pour la troisième requérante, en estimant que sa vie n'avait pas été menacée puisqu'elle avait pu aller avorter à l'étranger. Elle écarta l'allégation du traitement inhumain et dégradant, au visa de l'article 3 de la C.E.D.H. en précisant que « *le fait d'aller avorter à l'étranger ne représentait pas une épreuve suffisamment grave physiquement ou psychologiquement* ». Elle rejeta également la question de la violation du droit à la vie privée au visa de l'article 8 C.E.D.H. en déclarant que ce droit ne pouvait s'interpréter comme signifiant que la grossesse d'une femme et son interruption relèvent exclusivement de la vie privée de la future mère. Elle précisait que ce droit pouvait être associé au droit de l'enfant à naître.

En revanche, dans cet arrêt la Cour a pu relever que « *l'impossibilité pour les deux premières requérantes de bénéficier d'une interruption de grossesse pour des motifs de santé et/ou de bien-être s'analyse en une ingérence du droit au respect de la vie privée, même si toute réglementation de l'interruption de grossesse ne constitue pas une atteinte au droit au respect de la vie privée* »[59].

Selon Diane Roman, professeur à l'Université de Tours, cet arrêt « *rendu dans sa formation la plus solennelle, sonne le glas à la fois de la confiance dans les institutions européennes pour garantir des avancées féministes mais aussi de la démarche volontariste menée par la Cour pour faire produire des effets juridiques aux valeurs majoritaires en Europe* ». Cette affaire, qui mêle ce qui en France relèverait de procédures différentes, une demande d'interruption volontaire grossesse et une demande d'interruption de grossesse pour motif médical, montre que pour les trois requérantes, bien que dans des situations différentes, ont toutes dû se déplacer à l'étranger pour se faire avorter (en Angleterre).

En refusant de considérer le droit à l'avortement comme faisant partie du droit à la vie privée, Diane Roman précise que la Cour « *peut donner le sentiment de capituler devant une morale*

[58] ROTEN (V.), *L'avortement : entre philosophie et droit*, mémoire de master, Maîtrise : Univ. Genève, 2014 p. 15 à 19.
[59] ROTEN (V.), *Id.*,p. 15 à 19.

réactionnaire très minoritaire en Europe, foulant ainsi aux pieds non seulement le droit des femmes européennes à disposer de leur corps mais aussi l'ambition de construire une Europe fondée sur des valeurs communes et le respect des droits fondamentaux »[60].

Avant cet arrêt, la Cour considérait que, quel que soit le motif de l'avortement, elle « *doit avant tout tenir compte des droits de la mère, puisque c'est elle qui est essentiellement concernée par la grossesse, sa poursuite ou son interruption* ». Pourtant avec cet arrêt A.B.C. contre Irlande, la Cour exerce un retour en arrière, « *un recul inouïe* », en ajoutant que « *la grossesse et son interruption relèvent exclusivement de la vie privée de la future mère, la vie privée d'une femme enceinte devenant étroitement associée au fœtus qui se développe* ». Ainsi cet arrêt pose le principe selon lequel, l'enfant à naître dispose de droits opposables à ceux de la mère et qu'il est nécessaire de concilier les uns avec les autres. Un véritable recul sur la progression entamée par la Cour en faveur des droits de la femme.

Avec cet arrêt la C.E.D.H. semble trancher la question sur laquelle elle hésitait depuis longtemps : le droit à l'avortement n'est pas un droit accordé aux femmes. Ainsi, les Etats du Conseil de l'Europe qui incriminent toujours l'avortement (Saint Marin, Malte, Andorre) ou qui ne l'autorisent que dans des hypothèses extrêmes où la vie de la femme est menacée par une grossesse (encore aujourd'hui la Pologne) sont libres, sous certaines réserves, de maintenir cette solution, jugée par certains auteurs comme « *archaïque* ».

Diane Roman déplore la position de la C.E.D.H. concernant l'absence d'un consensus européen sur l'avortement, alors que selon elle le consensus existe réellement. En effet, le Parlement Européen a pu recommander que l'avortement « *soit légalisé, sûr et accessible à tous dans le but de protéger la santé et les droits génésiques des femmes* ». De plus, à l'échelon national, tous les Etats européens, à quelques exceptions, autorisent l'interruption de grossesse. La Cour ne méconnaît pas cet état du droit européen lorsqu'elle relève expressément qu' « *une tendance en faveur de l'autorisation de l'avortement pour des motifs plus larges que ceux prévus par le droit irlandais* » est observée « *dans une majorité substantielle des Etats membres du Conseil de l'Europe* » [61].

[60] CEDH, 16 déc. 2010, aff. 25579/05, A, B, C c/ Irlande, RDSS 2011, p. 293, note Roman D., v. Hennette-Vauchez S., Vademecum à l'usage de la Cour européenne des droits de l'homme, *La théorie féministe au secours d'une juridiction menacée de « splendide isolement »*, D. 2011, chron., p. 1360.
[61] ROMAN (D.), *L'avortement devant la Cour EDH : l'Europe contre les femmes et au mépris de son histoire*, Note sous CEDH, Gde ch., 16 déc. 2010, A, B et C c/ Irlande, req. n° 25579/05, RDSS 2011 p.293.

Dans un autre arrêt, R.R. contre Pologne du 26 mai 2017, la Cour a condamné la Pologne pour violation des articles 3 et 8 C.E.D.H. En l'espèce, le gouvernement polonais n'avait pas rempli ses obligations en retardant volontairement la faisabilité de tests médicaux afin d'empêcher une femme d'avorter dans les délais légaux prévus en cas de malformation du fœtus, l'un des seuls cas légaux d'avortement en Pologne. La Cour jugea en l'occurrence que de telles circonstances ont exposé l'intéressée à une souffrance qui « *a atteint le degré minimum de gravité requis* » pour qu'une violation de l'article 3 soit constatée[62].

Dans une autre affaire opposant cette fois Savita Halappanavar contre le gouvernement d'Irlande en 2012, la Cour E.D.H. a été saisie par les ayant droits d'une jeune femme d'origine indienne, enceinte de 17 semaines et décédée parce que les médecins de l'hôpital universitaire de Galway, avaient refusé de pratiquer une interruption médicale de grossesse sur cette jeune femme qui présentait une grave infection gynécologique et un état suicidaire avéré à la suite de plusieurs tentatives d'I.V.G. clandestines. Cette interruption pour causes médicales était pourtant admise à l'époque en Irlande, lorsque la santé physique d'une femme est en danger.

Pour donner suite à cette affaire largement médiatisée, l'accès à l'interruption de grossesse a pu évoluer. En 2013, le Parlement Irlandais a décidé d'étendre le droit à l'I.M.G. au danger sur la santé mentale de la femme présentant un caractère grave et suicidaire de la femme attesté à l'unanimité par deux psychiatres et un gynécologue, ce qui est encore extrêmement restrictif [63]. Puis en 2018, finalement, après un referendum, le Parlement Irlandais votait une loi en faveur de l'Interruption volontaire de grossesse.

La Cour Européenne des Droits de l'Homme reste malgré tout, encore très « *frileuse* »[64] quant à une harmonisation des législations européennes en faveur du droit à l'I.V.G. Son but était d'insérer un « *standard minimum de protection* » tout en laissant le soin aux Etats d'aller au-delà s'ils le souhaitent. Selon Diane Roman, « *la jurisprudence européenne en matière*

[62] ROTEN(V.), *op. cit., p.6-7.*
[63] BIERONSKI (E.), *op. cit.,* p.62.
[64] CEDH, 16 déc. 2010, aff. 25579/05, A, B, C c/ Irlande, RDSS 2011, p. 293, note Roman D., v. Hennette-Vauchez S., Vademecum à l'usage de la Cour européenne des droits de l'homme, *La théorie féministe au secours d'une juridiction menacée de « splendide isolement »,* D. 2011, chron., p. 1360.

d'avortement est une succession d'hésitations et de palinodies »[65]. Dans la plupart des jurisprudences, la Cour évite de prendre position sur l'existence d'un droit conventionnel à l'avortement.

Pourtant, en tant qu'institution européenne, elle s'impose à tous les Etats signataires de la Convention E.D.H. et dispose de la primauté sur toute norme nationale, puisque les Etats ont l'obligation de prendre en compte dans leur législation interne, les droits de la Convention ainsi que la jurisprudence de la Cour. Toute personne dont les droits et libertés reconnus par la Convention ont été violés, a « *un droit à un recours effectif devant une instance nationale* ». Le recours devant le Cour Européenne ne peut s'effectuer qu'en cas d'épuisement des voies de recours internes par le requérant[66].

L'article 2§1 de la Convention européenne des droits de l'Homme dispose que : *« Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi* ». Il s'agit du premier des droits de l'homme, présenté comme la « *valeur suprême dans l'échelle des droits de l'homme au plan international* » mais aussi comme « *l'une des valeurs fondamentales des sociétés démocratiques qui forment le Conseil de l'Europe* »[67]. Selon l'article 15 CEDH, ce droit est réputé indérogeable et c'est ce qui souligne « *le principe du caractère sacré de la vie protégée* »[68]. En effet, tous les systèmes légaux des pays concernés en l'espèce ont posé le principe du droit à la vie. Ainsi, en France, nous retrouvons la primauté de la personne dans l'article 16 du Code Civil mais aussi à l'article 1er de la loi Veil sur l'I.V.G. En Angleterre, le *Human Rights Act* de 1998 renvoie expressément à l'article 2 CEDH. En Irlande et en Pologne, la consécration du droit à la vie est constitutionnelle, respectivement dans les articles 40.3.3 de la Constitution irlandaise et 38 de la Constitution polonaise[69].

Si la majorité des pays s'accorde sur la nécessité de poser ce principe, ils n'entendent pas de la même manière la signification des notions et l'étendue qu'ils souhaitent leurs donner. En effet, le droit à la vie n'est pas délimité et reste une notion floue et incertaine. La Convention ne

[65] ROMAN (D.), HENNETTE-VAUCHEZ (S.), Vademecum à l'usage de la Cour européenne des droits de l'homme, *La théorie féministe au secours d'une juridiction menacée de « splendide isolement »*, D. 2011, chron., p. 1360.
[66] ROTEN (V.), *op.cit.*, p. 15.
[67] CEDH, 27 septembre 1995, Mac Cann c. Royaume Uni, n°18984/91, §147.
[68] CEDH, 29 avril 2002, Pretty c. Royaume Uni, n°2346/02, §37 et §65 ; SUDRE (F.), *Droit européen et international des droits de l'homme*, puf, 2011, 10e édition, p. 302.
[69] WALCZAK (C.), *La CEDH et l'avortement*, étude comparée, mémoire rédigé sous la direction du professeur Emmanuel Decaux, Université Panthéon Assas, 2012-2013, p. 53-66.

définit nullement celles de « *personne* » ni de « *vie* », contrairement à l'article 4 de la Convention américaine relative aux droits de l'homme qui protège la vie *« en général à partir de la conception* ». Il faut souligner qu'aucun instrument international ne vise expressément l'embryon ou le fœtus. Cependant, la plupart des Etats membres du Conseil de l'Europe protègent le fœtus par le droit civil du fait de sa potentialité et capacité à devenir une personne. C'est le cas en France avec un adage latin qui veut que « *l'enfant simplement conçu soit considéré comme né toutes les fois que cela lui apporte un avantage* », notamment en matière de successions ou libéralités. C'est aussi le cas en Angleterre. En effet, bien que les anglais ne reconnaissent pas le fœtus comme une personne à laquelle on accorderait un droit à la vie au sens de l'article 2 CEDH, ils décident de le protéger au nom de la dignité humaine[70].

Par conséquent, il apparait que sur le fondement de l'article 2 CEDH, la Cour européenne ne souhaite pas prendre de position au sujet d'un éventuel droit à la vie du fœtus pour ne pas limiter la protection accordée à la vie et à la santé de la mère dans le cadre de l'avortement.[71]

Les inégalités entre pays européens peuvent donc persister sur la question du droit à l'I.V.G.

SECTION II. DES INEGALITES PERSISTANTES : UNE MINORITE DE PAYS EN DEFAVEUR DE L'ACCES A L'I.V.G. EN EUROPE

Des inégalités persistent entre les pays européens, puisqu'encore certains interdisent totalement tout accès à l'I.V.G. Ces pays restent minoritaires en Europe, mais leur situation n'est pour autant pas négligeable. Ils reflètent en effet parfois l'image d'une Europe encore influencée par des préceptes religieux, historiques ou culturels.

Certains Etats reconnaissent aussi le droit à l'I.V.G. comme dérogation au principe de l'atteinte du droit à la vie, et placent la procédure de l'accès à l'interruption de grossesse au sein de leur code pénal. Le principe reste donc la pénalisation de l'avortement et certaines exceptions peuvent être mises en place en respectant des conditions strictes.

[70] WALCZAK (C.), *ibid*, p. 53-66.
[71] WALCZAK (C.), *ibid*, p. 53-66.

La position de tous ces Etats maintient l'existence d'inégalités persistantes en Europe en matière d'I.V.G. Cependant, leur nombre *a priori* minoritaire, reste tout de même à relativiser. En effet, certains Etats en Europe, qui ont consacré l'avortement comme un droit, au-delà donc de sa simple dépénalisation, hésitent parfois à revenir en arrière, voire à supprimer totalement ce droit.

Ainsi, il convient de se demander si l'influence de l'Eglise en Europe (Paragraphe 1) ne conduirait pas à réaffirmer l'existence d'inégalités entre pays européens et à renforcer parfois cette minorité de pays en défaveur de l'I.V.G. (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. Des inégalités persistantes dues aux influences religieuses

L'avortement en Europe rencontre toujours des freins, principalement d'ordre religieux. Certains pays comme la France ont posé le principe de laïcité, permettant une séparation entre l'Etat et les religions. Si quelques Etats d'Europe écartent aussi la religion du pouvoir en place (tels que dans les pays du Nord par exemple), certains en restent fortement influencés. Les pays de l'Est notamment sont encore très pratiquants dans la religion Orthodoxe (Russie, Roumanie). D'autres comme les pays du Sud, sont encore très influencés par la religion catholique (c'est le cas de l'Espagne, le Portugal, l'Italie, ou encore l'Irlande).

Ces religions, sont souvent fermement opposées à l'accès à l'interruption volontaire de grossesse et peuvent influencer certains gouvernements.

Il convient donc d'étudier d'une part cette limitation de l'accès à l'I.V.G. en Europe par la religion (A) et de se concentrer sur le cas de la Pologne, exemple typique d'un pays sous l'emprise de la religion et privant encore aujourd'hui de nombreuses femmes d'accès à l'I.V.G. (B).

A. La limitation de l'accès à l'I.V.G. par la religion en Europe

Etienne Bieronski expliquait dans un article récent, que « *Les disparités législatives du soin I.V.G. en Europe ont en lien les disparités culturelles et les valeurs d'un pays à l'autre de*

l'Europe »[72]. Selon lui, les orientations politiques sont encore profondément marquées par la religion dont le poids sur la vie politique se développe notamment en Europe.

De nombreuses instances religieuses, très présentes en Europe, prennent position sur l'accès à l'I.V.G. et influencent encore énormément les gouvernements européens.

La religion Catholique, est fermement opposée à tout accès à l'avortement au nom de la défense du droit à la vie dès la conception. Selon cette religion, le fœtus a le statut d'être humain et donc l'avortement est considéré comme un homicide. Les personnes qui le pratiquent ou qui viennent en aide aux femmes qui veulent avorter peuvent être sanctionnées par l'excommunication (soit l'exclusion de la communauté chrétienne).

Dans les pays où la religion catholique est très respectée, tels que l'Espagne ou la Pologne, elle influence beaucoup le gouvernement, en contribuant au maintien d'un climat politique très conservateur en matière d'I.V.G.[73].

L'Irlande par exemple, est un pays fortement ancré dans le catholicisme et pour cette raison, a longtemps interdit l'accès à l'I.V.G. sur son territoire. Si par un referendum de 2018, le gouvernement de la République d'Irlande a finalement légiféré en faveur d'un droit à l'interruption de grossesse pour les femmes, ce droit est malgré tout le fruit d'un long combat entre une partie de la société plus libérale, contre une autre partie marquée par des valeurs traditionnelles et catholiques.

En 1983, l'Irlande constitutionnalisait l'interdiction de procéder à un avortement, sous le « *pro-life amendment* » en reconnaissant le droit à la vie, comme un droit fondamental de l'enfant à naître. Cet amendement adopté par referendum en était destiné, selon Jean-Pierre MARGUENAUD, à « *préserver les racines chrétiennes du pays contre les risques de contamination par acclimatation jurisprudentielle des célèbres décisions Bourne de 1939 et Roe Vs Wade de 1973 qui avaient levé l'interdiction absolue d'avorter respectivement en Angleterre et au Pays de Galle et aux Etats-Unis* »[74].

72 BIERONSKI (E.), op. cit., p.56.
73 GUILLAUME (A.), ROSSIER (C.), *L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences*, Population, vol. 73, no. 2, 2018, pp. 225-322.
74 MARGUENAUD (J-P), *Avortement et crucifix : l'éclatant retour aux racines chrétiennes de l'Europe*, R.T.D. Civ., 2011, p. 303.

Toutes personnes qui avaient recours à l'avortement, ou toutes personnes qui aidaient ou même conseillaient les femmes en matière d'avortement, par exemple en leur suggérant de se rendre à l'étranger pour y procéder, étaient sanctionnées. Pour autant, un cas de viol, venait en 1991 assouplir cette dernière position. Dans cette affaire, une jeune fille de 14 ans menaçait de se suicider après avoir été violée, s'il ne lui était pas possible d'avorter. Elle souhaitait se rendre en Angleterre avec ses parents pour y subir une I.V.G. Le procureur Général requit une injonction contre cette jeune fille pour l'en empêcher et cette décision fût validée par le juge Costello aux motifs que « *le risque que la jeune fille s'ôte la vie si elle ne peut subir d'avortement est beaucoup moins grave et d'un ordre différent que la certitude que la vie de l'enfant à naître soit ôtée si l'ordre n'avait été donné* » [75].

Cette décision provoquait un « *tollé dans la société irlandaise* ». Le gouvernement aida donc la jeune fille financièrement à faire appel de cette décision. Le 25 novembre 1992, un treizième amendement de la constitution Irlandaise était proclamé et permettait aux femmes de subir un avortement à l'étranger en interdisant toute entrave à la liberté de se déplacer librement[76]. La C.E.D.H., en 2010, dans un arrêt A.B.C. contre Irlande, confirmait cet amendement tout en rappelant que la reconnaissance d'un droit d'accès à l'avortement restait l'apanage des pays européens[77].

L'accès à l'I.V.G. n'était donc toujours pas permis sur le territoire irlandais. En 2013, le « *Protection of Life During Pregnancy Act* » qualifiait l'avortement de « *destruction de la vie humaine à naître* ». Dans une décision de la Cour Suprême Irlandaise de 2009, la vie de l'enfant à naître était considérée comme « *existant dès son implantation dans l'utérus et jusqu'à l'émergence complète du corps de la mère* » [78]. On remarque alors encore l'impact important de la religion dans les décisions prises par les juges, comme dans la législation Irlandaise.

L'Eglise peut avoir une influence importante et donc qui dure dans le temps, sur les politiques en matière de santé sexuelle et reproductive, notamment sur la question de l'avortement, mais aussi sur les questions de contraception, de procréation médicalement assistée… plus

[75] ROTEN (V.), *L'avortement : entre philosophie et droit*., mémoire de maîtrise, Univ. de Genève, 2014, p.8 à 10.
[76] ROTEN (V.), *id*., p.8 à 10.
[77] WALCZAK (C.), *La CEDH et l'avortement*, étude comparée, mémoire rédigé sous la direction du professeur Emmanuel Decaux, Université Panthéon Assas, 2012-2013, p. 48-52.
[78] ROTEN (V.), *L'avortement : entre philosophie et droit*., mémoire de maîtrise, Univ. de Genève, 2014, p.8 à 10.

généralement, elle a un avis parfois impactant, sur toutes atteintes portées au corps, dans ses fonctions reproductrices[79].

Dans les pays dont la religion catholique est prédominante, certains religieux souhaitent seulement restreindre la pratique de l'avortement, par exemple en l'autorisant uniquement dans les cas où il existe un risque pour la santé de la mère, ou pour la santé de l'enfant, d'autres plus extrêmes préfèrent qu'elle soit totalement interdite[80].

La religion catholique n'est toutefois pas la seule religion a être réfractaire à l'accès à l'I.V.G. D'autres religions, également présentes en Europe, sont aussi opposées à l'avortement, et revendiquent ce caractère sacré de la vie humaine. Dans le Coran par exemple, l'avortement n'est pas explicitement mentionné et la vie y est considérée comme sacrée. Les écoles de pensée et interprétations diffèrent sur la question de l'avortement, et ont plus ou moins de tolérance vis-à-vis de cet acte en fonction des circonstances et de la durée de la grossesse. Chaque courant place le curseur de la vie à un stade différent de la grossesse : certains parlent de l'existence d'un « *souffle de vie* », d'autres « *d'une insufflation de l'âme* » dans le fœtus, qui se produit selon le courant, « *au bout de 40, 90 ou 120 jours de grossesse* ». Tant qu'il n'existe aucune vie ni aucune âme, l'avortement peut être toléré. Passé le stade imposé par le courant de pensée, l'avortement est interdit[81].

Dans la religion juive, l'interprétation diffère également selon le courant de pensée. Certains interprètent la Torah de façon très extrémiste et considèrent l'avortement comme une atteinte à la valeur suprême qu'est la vie humaine, et d'autres considèrent que le fœtus est « *une vie préhumaine et non une vie humaine complète, donc il n'acquière des droits qu'au moment de la naissance* ». De manière générale, l'avortement est le plus souvent interdit par la religion juive, sauf si la vie ou la santé de la mère sont menacées[82].

Ainsi, dans la plupart des religions, l'avortement est condamnable. Certains courants de pensée restent plus souples lorsqu'il existe un danger pour la vie ou la santé de la mère en admettant

79 GUILLAUME (A.), ROSSIER (C.), *L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences*, Population, vol. 73, no. 2, 2018, pp. 225-322.
80 GUILLAUME (A.), ROSSIER (C.), *id.*, pp. 225-322.
81 GUILLAUME (A.), ROSSIER (C.), *ibid.*, pp. 225-322.
82 GUILLAUME (A.), ROSSIER (C.), *ibid.*, pp. 225-322.

l'Interruption de grossesse pour motifs thérapeutiques. Néanmoins, la vie de l'enfant prime sur la volonté de la mère, peu importent les raisons qu'elle invoque.

Cette idéologie se vérifie davantage dans les politiques de pays profondément marqués par les valeurs religieuses, et notamment catholiques. Tel est le cas de la Pologne.

B. L'accès à l'I.V.G. extrêmement limité par le Catholicisme en Pologne

« *C'est dans l'action combinée de l'État et de l'Église qu'il faut chercher les raisons de la situation actuelle (...) les autorités communistes n'ont rien fait pour promouvoir une politique active en matière de contraception, dans le but de limiter le nombre d'avortements. Quant à l'Église, elle s'est empressée d'occuper l'espace ainsi laissé libre par l'État. En fait l'analyse de l'État occupe une place beaucoup moins importante que celle de l'Eglise »*[83]. Ainsi était analysée la situation de l'avortement en Pologne, par des auteurs féministes en 1993.

La Pologne fait partie des pays de l'Europe de l'Est où l'avortement est aujourd'hui pénalisé. Cependant, en 1932, le Code Pénal polonais autorisait la femme à pratiquer une interruption de grossesse lorsque celle-ci était le résultat d'une infraction criminelle ou d'un danger sérieux pouvant affecter sa vie. L'avortement « *on demand* » en Pologne ne fût en revanche permis qu'un très court laps de temps, pendant la seconde guerre mondiale, de 1943 à 1945 sous l'occupation Allemande[84].

En 1950, une loi repris l'essence des dispositions du code pénal de 1932, autorisant l'interruption de grossesse dans le cas d'un danger pour la vie de la mère, confirmé par la décision d'un comité médical ou si la grossesse est le résultat d'une infraction criminelle, telle que le viol, l'inceste, ou le fait d'avoir eu un rapport sexuel avec un mineur de moins de 15 ans, constaté par l'attestation d'un Procureur[85].

En 1956, une loi, proposée par Khrouchtchev, étendit les possibilités de recourir à une I.V.G. en introduisant la possibilité de demander l'avortement pour des raisons économiques ou

[83] LAMOUREUX (D.), HEINEN (J.), MATUCHNIAK-KRASUKA (A.), *L'avortement en Pologne*. Recherches féministes, vol.6, n°2, 1993, p. 91.
[84] BIERONSKI (E.), *op. cit.*, p. 60.
[85] BIERONSKI (E.), *id., p.60.*

sociales. Selon le Professeur L. Gardocki, ce fut la principale raison utilisée pour procéder à une I.V.G. car, selon les précisions apportées par un règlement rendu par le Ministre de la Santé en 1959, c'était à la femme d'apporter l'appréciation de sa situation que le médecin se bornait à retranscrire. De plus, aucun délai n'était arrêté pour ce cas d'avortement[86].

Néanmoins, en 1989, la Pologne opérait un véritable retour en arrière en matière d'accès à l'avortement. Les députés intégristes catholiques déposaient un projet de Code pénal incluant la pénalisation de l'I.V.G. afin d'annuler la loi de 1956 et d'inscrire le « *droit à la vie dès la conception* » dans la Constitution[87]. Selon R. Siemienska, « *cette loi de 1989 aurait été préparée sous le protectorat de l'Episcopat, mettant bien en évidence que l'avortement devrait être interdit car le fœtus aurait les mêmes droits qu'un enfant* ». Le projet de loi de 1989 suggérait alors une peine de deux ans d'emprisonnement pour toute personne qui causait la mort d'un enfant à naitre, ne permettant l'avortement que dans l'unique cas où la vie de la mère court un danger. Cependant, le Parlement Polonais décidait de reculer l'adoption de cette loi après les élections de 1991. En attendant, les parlementaires prirent pour seule résolution d'interdire l'avortement privé[88].Dès lors, il devint très difficile pour les femmes de recourir à l'I.V.G.

Par la suite, la visite du Pape Jean-Paul II en 1991, qui assurait un lien entre la Pologne et le Vatican, créa une nouvelle pression en faveur de la mise en place de restrictions au sujet de l'avortement. Le Pape souhaitait « *arrêter la libéralisation qui était en train d'envahir l'Europe au sein de pays à la base très catholiques comme l'Italie, le Portugal ou l'Espagne »,* d'autant plus dans son pays d'origine qui devait servir d'exemple.

En mars 1990, le Président fondateur du mouvement Solidarnosc et élu Président de la République, Lech Walesa, critiquait fermement l'avortement proposant son interdiction totale. Dès 1993, une loi sur « *le Planning familial, la défense du fœtus, et l'accès aux interruptions de grossesses* » entrait en vigueur. Selon ses dispositions, l'avortement était considéré comme légal si pratiqué dans un hôpital public lorsqu'il constituait une menace pour la vie de la mère, ou si un examen prénatal indiquait d'importants et irréversibles dommages susceptibles d'être causés à l'embryon, ou encore après que des poursuites juridiques aient déterminées que la grossesse était le résultat d'une infraction (viol ou inceste).

[86] BIERONSKI (E.), *id.*, p.60.
[87] BIERONSKI (E.), *id.*, p.60.
[88] BIERONSKI (E.), *id*, p. 60.

Après un premier échec en 1996, la chambre basse du Parlement Polonais réussit à faire promulguer une loi qui permettait aux femmes d'interrompre une grossesse jusqu'à la douzième semaine en raison de difficultés personnelles ou financières, mais seulement après avoir été conseillées et avoir attendu un délai de 3 jours. Cet acte législatif prévoyait notamment l'introduction de cours d'éducation sexuelle dans les écoles[89]. Mais dans une décision du 27 mai 1997, le Tribunal Constitutionnel Polonais, déclarait cette loi inconstitutionnelle avec la petite constitution de 1992, puisqu'elle violait « *la garantie constitutionnelle apportée à la vie humaine* »[90].

Depuis, des projets de lois ainsi que de nombreuses manifestations ont tenté de faire changer la législation concernant l'avortement mais sans succès. La C.E.D.H. condamna à plusieurs reprises la Pologne pour violation de ses dispositions sans pour autant l'inciter à consacrer un droit à l'avortement.[91]

Dans un arrêt de la Cour, P et S c. Pologne, rendu fin 2012, une jeune mineure réclamait l'interruption de grossesse à la suite d'un viol. Malgré la réunion des conditions légales, elle eut beaucoup de mal à obtenir l'avortement en pratique, notamment par l'immixtion de l'Eglise dans son processus de demande d'avortement. Lors d'une consultation, un médecin l'emmena voir et discuter avec un prêtre, sans même lui demander son avis, ni celui de ses parents. L'ecclésiastique tenta très clairement de la dissuader de procéder à un avortement. Puis, s'ensuivit un harcèlement de sa part, mais aussi de la part d'activistes « *pro-life* ». Les refus de procéder à l'avortement s'enchainèrent et la divulgation d'informations d'ordre privé concernant l'adolescente et sa volonté de mettre un terme à la grossesse entrainèrent des mouvements de masse pour essayer de la faire changer d'avis[92].

Cette affaire montre bien l'influence et l'omniprésence de l'Eglise dans le parcours des femmes qui souhaitent avoir recours à l'avortement en Pologne. Elle démontre aussi que la mise en œuvre de la loi de 1993 se trouve presque inexistante en Pologne et qu'en réalité l'accès à l'avortement est très difficile voire impossible.

[89] BIERONSKI (E.), ibid., p. 60.
[90] BIERONSKI (E.), ibid., p. 60.
[91] WALCZAK (C.), *La CEDH et l'avortement*, étude comparée, mémoire rédigé sous la direction du professeur Emmanuel Decaux, Université Panthéon Assas, 2012-2013, p. 43-48.
[92] BIERONSKI (E.), *op. cit*., p. 60.

Selon certaines auteures, le principe du droit des femmes à l'avortement, n'a jamais été reconnu en Pologne, même si un accès à l'interruption de grossesse a pu être plus élargi à certains moments. Pour autant, cet accès dépendait plus de la politique étatique de gestion de la main-d'œuvre que des besoins des femmes[93].

Par ailleurs, cet accès amélioré à l'avortement qu'ont connu les femmes polonaises en 1956, constituait surtout le principal moyen de planification des naissances en Pologne (tout comme dans les autres pays du bloc soviétique) et pour plusieurs raisons, notamment l'absence totale d'éducation sexuelle considérée comme choquante par l'Eglise et l'absence de moyens de contraception.

Il est ainsi aujourd'hui encore, très difficile, en Pologne, de s'opposer catégoriquement à l'Église catholique, fer de lance de l'interdiction de l'avortement, tant son emprise est grande sur la société polonaise[94].

De même, si la Pologne est considérée comme l'un des quelques pays à restreindre l'accès à l'I.V.G., elle n'est toutefois pas une exception européenne.

Paragraphe 2. Une minorité relative de pays opposés à l'I.V.G.

Peu de pays interdisent aujourd'hui encore tout accès à l'I.V.G. Il s'agit par ailleurs de petits pays comportant une faible population. Cependant, cette minorité reste à relativiser. En effet, certains pays européens admettent l'accès à l'I.V.G. dans certains cas très restreints mais conservent une position officielle de pénalisation de l'avortement (A) et d'autres admettent l'accès à l'avortement, voire même à l'interruption volontaire de grossesse mais tendent parfois de revenir sur cet accès (B).

A. Des pays officiellement opposés à l'accès à l'avortement en général

[93] LAMOUREUX (D.), *Jacqueline Heinen et Anna Matuchniak-Krasuka (dir.) : L'avortement en Pologne*. Recherches féministes, vol.6, n°2, 1993, p. 68.
[94] LAMOUREUX (D.), *id*, p. 175 à 178.

En Europe, le seul pays à interdire totalement l'accès à l'avortement, peu importe les raisons invoquées par la femme, est Malte. Les micro-états de Saint-Marin et du Vatican ainsi que la principauté d'Andorre l'interdisent également.

Tout contrevenant à cette interdiction est pénalement sanctionné. A Malte, toutes femmes ayant avorté ou tous médecins ayant pratiqué un avortement, risquent jusqu'à 3 ans de prison ferme[95]. Le protocole annexé au traité d'adhésion de Malte à l'Union européenne en 2004 garantit que la loi maltaise sur l'I.V.G. ne peut être modifiée par une législation européenne. Cette interdiction a toujours été en vigueur à Malte et le gouvernement déclare que l'interruption n'est pas nécessaire car les femmes maltaises n'en font pas la demande. Cependant, il s'agit d'un pays où l'Eglise Catholique est très influente. De plus, en 2016, de nombreuses femmes ont mené un combat pour un libre accès à la pilule du lendemain sans prescription médicale, même si en pratique, de nombreuses pharmacies s'appuient sur une clause de conscience pour refuser encore de délivrer la pilule. La question de la véritable volonté des femmes en matière d'accès à l'avortement, reste donc encore en suspens dans ce pays.

Si Malte est le seul pays à interdire totalement l'accès à l'I.V.G., d'autres pays en Europe admettent l'accès à l'I.V.G. dans des conditions assez restreintes. D'ailleurs, pour certains Etats, l'I.V.G. constitue une dérogation au droit à la vie, et est principalement, voire uniquement, codifié dans le code pénal. Cette intégration marque l'idée que l'acte d'avorter est finalement toujours un acte jugé répréhensible par l'Etat sauf si la femme respecte des conditions strictes.

Ainsi, en Allemagne, l'avortement est, selon le code pénal allemand, « *un délit contre l'ordre des familles et la moralité publique* ». Le régime applicable résulte des articles 218 et suivants du code pénal sur les conflits de grossesse. Ainsi le principe reste la pénalisation. Toutefois, depuis 1990, l'I.V.G. est dépénalisée sous certaines conditions dérogatoires cumulatives. Elle doit notamment être réalisée avant la fin de la douzième semaine de grossesse sur demande de la femme « *en détresse* », après consultation médico-psychologique obligatoire (articles 218 et 218 a du code pénal allemand).

De même, en Suisse, le régime applicable à l'interruption de grossesse résulte en partie du code pénal (l'autre partie comprend les dispositions législatives adoptées par chaque canton). Le

[95] Site internet toute l'Europe- le droit à l'avortement dans l'Union Européenne.

code pénal Suisse formule ainsi que « *l'interruption de grossesse n'est pas punissable* » lorsqu'elle est effectuée selon certaines conditions. Cette formulation montre bien que par principe l'avortement est punissable.

Si dans la pratique, l'accès à l'I.V.G. s'est davantage développé, la législation de certains pays reste très conservatrice à l'égard de l'I.V.G. et l'aborde avec grande prudence.

B. Des pays en recul face à l'accès à l'avortement ?

L'idée qu'il ne resterait aujourd'hui seulement qu'un très faible nombre de pays interdisant tout accès à l'avortement est à relativiser car si la plupart des pays européens ont aujourd'hui légalisé cet accès, en réalité, il ne s'agit toutefois pas toujours d'une légalisation stabilisée et permanente.

Certains pays comme la Pologne ont pu légaliser l'avortement pendant un temps, sous certaines conditions, puis finalement revenir dessus au début des années 1990. Depuis 1993, l'accès à l'avortement est permis en Pologne selon trois conditions. Mais en octobre 2016, un projet de loi pour supprimer totalement l'accès à l'avortement était déposé devant le Parlement polonais. Même si ce projet de loi a été rejeté par la chambre basse du Parlement Pologne, sous la pression de nombreuses manifestations, le gouvernement polonais ne semble cesser de vouloir restreindre le droit à l'avortement sur son territoire[96].

D'autres pays ont également démontré une certaine instabilité en matière de légalisation de l'I.V.G.

L'Espagne est un exemple frappant de cette hésitation à admettre un droit à l'I.V.G. En premier lieu, certaines régions en Espagne ne lui donnent aucun accès pratique. En second lieu, ce pays n'a admis l'avortement sur demande qu'en 2010 contrairement à de nombreux autres pays européens qui l'avaient admis dans les années 1970, 1980. Puis seulement quatre ans plus tard, en 2014, le gouvernement Rajoy déposait un projet de loi visant à revenir sur ce droit. En effet, la loi de 2010 prévoit la possibilité pour toutes femmes d'avorter sur demande pendant les 14 premières semaines de grossesse. Mais le projet de loi déposé par le ministre de la justice

[96] GUILLAUME (A.), ROSSIER (C.), *L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences*, Population, vol. 73, no. 2, 2018, p. 286.

espagnole en 2014 visait à restreindre considérablement ce droit en l'admettant uniquement en cas de viol attesté par un dépôt de plainte ou en cas de risque durable ou permanent pour la santé physique ou psychique de la mère, certifié par deux psychiatres[97]. Ce projet a finalement été rejeté suite à de nombreuses pressions au niveau national et international, mais a pu susciter de nombreuses craintes chez les femmes.

De même, la Roumanie qui avait légalisé l'avortement en 1956, est revenue en arrière de manière drastique en 1966 lorsque le gouvernement de Ceausescu a adopté une politique nataliste. Ce retournement conduisait à une forte hausse de la mortalité maternelle due à l'augmentation considérable des avortements clandestins. Il a fallu attendre 1989 pour que les femmes roumaines puissent de nouveau avoir accès à l'avortement légalement et pour que la mortalité maternelle diminue de nouveau[98].

Ainsi, même si la plupart des pays européens s'accordent aujourd'hui sur la consécration d'un droit à l'I.V.G. sur leur territoire, et que les pays qui interdisent totalement cet accès sont très peu nombreux et peu représentatifs de la population des femmes européennes, l'accès à l'I.V.G. n'est pas si aisé. Certains pays conservent leur principe de pénalisation de l'I.V.G. avant d'admettre certaines dérogations. D'autres hésitent et révèlent une certaine instabilité sur la question, allant parfois jusqu'à revenir totalement sur un droit à l'avortement qui semblait pourtant acquis. Si globalement la culture européenne est en faveur d'un accès à l'I.V.G., il semble que finalement chaque pays a sa propre vision de cet accès et que même au sein de la majorité de pays ayant légalisé l'I.V.G., les accès des femmes restent très différents et souvent même très inégaux.

[97] X, *L'Espagne renonce à son projet de loi sur l'avortement*, le journal Le Monde, 23 septembre 2014.
[98] HASSOUN (D.), *Témoignage. L'interruption volontaire de grossesse en Europe*, Revue Française des affaires sociales, La documentation Française, 1, 2011, p.213 à 221.

CHAPITRE II. DES INEGALITES DE DEGRES DANS L'ACCES A L'I.V.G. EN EUROPE

Plus subtiles, mais plus nombreuses, les inégalités de degré entre pays européens sont engendrées par des différences dans l'accès à l'I.V.G. qui creusent les inégalités entre des pays qui ont tous légalisé l'accès à l'avortement.

Ces inégalités entre femmes européennes, dépendent du degré de réalisation de la norme, en fonction du taux d'acceptation du soin I.V.G.[99]. Elles résident aussi bien dans les conditions d'accès à l'avortement (Section 1) que dans les sanctions de son inaccès (Section 2).

SECTION I. DES INEGALITES DE DEGRES DANS LES CONDITIONS D'ACCES A L'I.V.G. EN EUROPE

L'accès à l'avortement dépend de plusieurs facteurs. Il peut dépendre de la personne qui souhaite réaliser l'interruption de grossesse mais aussi de la personne qui réalise cette interruption. Pour bénéficier de cet accès, les femmes sont aussi soumises à des contraintes de temps et de moyens.

Toutes ces conditions d'accès à l'avortement varient d'un pays à l'autre en Europe. Cet accès est loin d'être uniformisé, même si parfois certaines conditions se recoupent.

Cet accès dépend de tellement de facteurs qu'il semblerait néanmoins presque impossible de trouver un jour une harmonie sur les conditions d'accès en Europe. La diversité de ces conditions dépend des politiques et moyens mis en place par les gouvernements de chaque pays, mais aussi de la mentalité et de la culture instaurée dans le pays. Chaque pays s'adapte aux moyens dont il dispose et à sa propre culture.

Il semble très difficile de penser à une convergence en Europe sur les moyens d'accès à l'avortement et encore plus sur les moyens d'accès à l'I.V.G. puisque les pays sont parfois

[99] BIERONSKI (E.), *op. cit.*, p. 57.

moins enclins à donner un accès facilité à une femme qui souhaite avorter par sa propre volonté que pour une femme qui en a besoin d'un point de vue thérapeutique.

Cette disparité engendre parfois de fortes inégalités entre des pays parfois voisins.

Ces inégalités se vérifient aussi bien au niveau des personnes dans l'accès à l'I.V.G. (Paragraphe 1), qu'au niveau des moyens (Paragraphe 2) ou du temps pour réaliser cet I.V.G. (Paragraphe 3).

Paragraphe 1. Des inégalités concernant les personnes dans l'accès à l'I.V.G.

Les inégalités de degrés entre pays qui ont légalisé l'accès à l'I.V.G. se vérifient notamment selon les personnes qui participent à cet accès. En effet des inégalités existent d'une part concernant les femmes qui demandent cet accès (A) et surtout d'autre part concernant les personnes qui réalisent l'interruption volontaire de grossesse (B).

A. Des inégalités concernant les femmes demandant l'accès à l'I.V.G.

La femme qui demande un accès à l'I.V.G. ne peut le faire pour les mêmes motifs dans les pays européens. Elle peut parfois le demander librement. D'autres fois, elle devra justifier d'une raison particulière. De plus, toute femme ne peut pas forcément demander l'I.V.G. librement, la situation peut diverger selon que cette femme est mineure ou majeure.

En premier lieu, quelques faibles inégalités existent entre les pays européens donnant accès à l'I.V.G. concernant la situation sociale et économique de la femme.

En France, la loi Veil de 1975 posait la condition selon laquelle, la femme qui demandait un accès à l'interruption volontaire de grossesse devait se trouver dans une situation de détresse. Cette condition a été supprimée par la loi du 4 août 2014 en son article 24 qui prévoyait finalement que « *toute femme qui ne veut pas poursuivre une grossesse peut demander l'I.V.G.* » [100]. Pendant 39 ans, en France la femme devait donc invoquer le motif de sa situation de détresse. Cette notion restait pourtant à la libre appréciation du médecin qui pouvait juger si

[100] Loi n° 2014-873 du 4 août 2014, art.24 ; art. L. 2212-1 du code de santé publique.

effectivement la femme qui se présentait à lui était dans cette situation de détresse ou non. Par ailleurs la définition même des conditions de détresse restait floues. Il pouvait s'agir de détresse physique, psychologique voire détresse sociale. La notion n'avait pas finalement grande utilité et a été supprimée. La femme est donc aujourd'hui libre de réaliser une I.V.G. sur sa simple demande.

Il en est différemment en Belgique puisque dans les 12 premières semaines de grossesse, la femme « *que son état place dans une situation de détresse* », état souverainement apprécié par le médecin, peut subir une I.V.G.[101]. La notion de détresse est toujours d'actualité en Belgique, et l'accès à l'I.V.G. n'est donc pas accessible à toutes, peu importe le motif. Mais en pratique, il est important de noter que cette situation de détresse est largement interprétée. De même en Suisse, l'I.V.G. est possible à la demande de la femme qui se trouve également dans une situation de détresse[102].

En Allemagne, n'est « *pas pénalisée* » l'interruption de grossesse dans les 12 semaines à compter de la conception lorsque la femme enceinte prouve qu'elle a reçu un conseil dans un centre spécialisé au moins trois jours avant l'intervention[103]. Ainsi la femme a besoin d'être conseillée avant de prendre seule sa décision. La liberté d'accès semble donc restreinte par rapport à la France.

En Italie, l'I.V.G. est possible, lorsqu'elle est « *en lien avec la situation économique, sociale ou familiale de la femme* » [104]. Ainsi, on ne parle pas de situation de détresse mais la condition imposée semble plus restrictive puisqu'il s'agit de vérifier particulièrement la situation économique, sociale ou familiale de la femme. Il n'est pas fait mention d'une situation difficile d'un point de vue psychologique. Cependant, en pratique, l'interprétation de ces critères semble ressembler à l'appréciation des conditions de détresse.

En second lieu, des inégalités se vérifient concernant l'âge de la femme en Europe et surtout sur la question de savoir si la femme est mineure ou majeure.

[101] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *L'interruption volontaire de grossesse, législation comparée*, note de synthèse réalisée à la demande de Madame Françoise Laborde, Sénatrice de Haute-Garonne, mai 2017, p. 11-12.
[102] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *id*, p. 11-12.
[103] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *id*, p. 11-12.
[104] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *id*, p. 11-12.

En France, la loi permet à toute femme enceinte, y compris la mineure, qui ne veut pas poursuivre une grossesse, de demander l'I.V.G. Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est recueilli[105] (article L 2212-7 al. 1er du code de santé publique). Mais la jeune fille peut également demander si elle le souhaite, le secret de son I.V.G. et dans ce cas les parents ne sont pas informées[106] (article L 2212-7 du code de santé publique). Le consentement de la jeune fille suffit et elle peut être accompagnée de la personne majeure de son choix. Cette personne ne dispose d'aucun droit dans la procédure, elle n'est présente que pour accompagner la jeune fille, la soutenir et l'aider dans ses démarches.

En Italie, en revanche, si la femme doit formuler sa demande personnellement, il en est différemment si cette femme est mineure. En effet, pour réaliser une I.V.G. en Italie, il est nécessaire d'obtenir le consentement de la personne qui détient l'autorité parentale si la femme a moins de 18 ans sauf « *dans le cas où de sérieux motifs empêchent ou conduisent à déconseiller la consultation de cette personne, ou encore si ces personnes investies de cette autorité expriment des avis divergents et en cas de péril imminent pour la vie de la femme après les 90 premiers jours d'aménorrhée* ». Dans les sept jours suivant la demande, le centre de consultation ou le médecin choisi par la femme mineure remet un rapport motivé au juge des tutelles, lequel peut autoriser l'I.V.G. Un régime particulier est applicable aux personnes incapables[107].

Concernant les étrangères, certains pays accueillent beaucoup de femmes étrangères pour la réalisation d'un avortement. C'est le cas notamment en Angleterre ou aux Pays-Bas, les délais et les conditions d'accès à l'I.V.G. étant favorables, de nombreuses femmes viennent encore aujourd'hui s'y faire avorter.

En France, l'Aide Médicale d'Etat (A.M.E.) est un dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins. Cette aide est attribuée sous conditions de résidence stable de plus de 3 mois et de ressources. Lorsqu'elle est attribuée, l'A.M.E. est

[105] Loi n°2001-588 du 4 juil. 2001, art.7 ; art. L.2212-7 du code de santé publique.
[106] Agence Régionale de Santé Normandie, Dossier Guide I.V.G., 3 avril 2017.
[107] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, op. cit. p. 53.

accordée pour un an, et permet tout accès aux soins pour la femme étrangère, dont l'accès à l'I.V.G.[108].

Ainsi, en dehors de cas particuliers comme la France, la situation de la femme est souvent évaluée avant de lui donner un accès à l'I.V.G. Cette situation est évaluée par un ou des médecins qui disposent ainsi le plus souvent en Europe d'un pouvoir important en ce qu'ils peuvent décider de donner ou non un accès à l'I.V.G. aux femmes qui leur demandent.

B. Des inégalités concernant les personnes donnant accès à l'I.V.G.

Si la situation de la femme peut diverger d'un pays à un autre, la femme qui demande un accès à l'I.V.G. est de toute façon limitée dans sa demande par la décision du professionnel de santé à qui elle le demande, ainsi que par la politique et la position de la structure personne morale dans laquelle elle se présente pour une interruption de grossesse.

En France, pour faire suite à la loi de 1975 sur la dépénalisation de l'interruption de grossesse, Madame Simone Veil avait prévu la création de centres autonomes pour avorter car les médecins responsables de services hospitaliers à l'époque refusaient de pratiquer les I.V.G.

Si la femme peut demander un accès à l'I.V.G. sans justifier d'aucun motif, le professionnel de santé, ou l'établissement, reste maître de la décision finale puisque s'il refuse de réaliser l'I.V.G., la femme ne peut l'exercer seule. Peu importe le pays, finalement, la femme reste dépendante du professionnel et des établissements de santé dans son parcours.

Cependant, la place accordée au professionnel et à l'établissement par la législation n'est pas la même d'un pays à l'autre. Dans certains pays, des établissements de santé seront libres de donner un accès ou non à l'I.V.G. Et dans certains Etats, les professionnels de santé seront plus ou moins nombreux et compétents pour la réalisation d'un tel acte.

D'une part, une différence est à noter entre la France et les autres pays européens concernant les personnes physiques qui donnent un accès à l'I.V.G.

[108] FOURNET (P.), *Interruption Volontaire de grossesse, cadre juridique français*, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction, 2016, p. 1577 à 1595.

En France, la loi du 26 janvier 2016 est venue élargir les personnes capables de donner un accès à l'I.V.G. puisqu'en plus des médecins (généralistes ou gynécologues), les sages-femmes peuvent désormais interrompre une grossesse[109], à condition que la méthode utilisée soit la technique d'I.V.G. médicamenteuse.

Une place de plus en plus importante est aussi accordée au médecin généraliste, qui assure de façon simple, adaptée, souple et efficace la fonction d'accueil de tous les consultants. De plus, son accès est facilité aussi bien géographiquement qu'économiquement par sa proximité dans l'environnement des patients. [110]

Ainsi en France, le gynécologue n'est pas le seul professionnel compétent en matière d'I.V.G. Ce partage des compétences est expliqué par la volonté de favoriser l'accès à l'I.V.G. par les femmes qui se voient confronter à la clause de conscience de médecins.

Dans la plupart des autres pays, seul un médecin peut réaliser une I.V.G.

En Angleterre, contrairement à la France où l'avortement ne se fait que sur demande de la femme (hors motif médical), l'avortement ne peut se faire que si un tiers médical l'autorise. Il ne s'agit pas donc d'un avortement sur demande, mais d'un avortement « *on specific grounds* »[111]. Ainsi, le pouvoir du médecin en Angleterre est plus important encore qu'en France, puisque le médecin en principe réalise les I.V.G. qui leur sont demandées, à moins qu'ils ne souhaitent opposer leur clause de conscience. En Angleterre, en revanche, le médecin décide si la femme peut avoir un accès à l'I.V.G. ou non.

En Allemagne, seul un médecin peut pratiquer l'interruption de grossesse et celui qui la réalise ne peut être le même médecin que celui qui conduit l'entretien avec la femme[112].
En Belgique[113] seul un médecin peut réaliser l'I.V.G. Il en est de même en Suède, en Suisse, en Islande, au Luxembourg ou même en Finlande.

[109] Loi n° 2016-41 du 26 janv. 2016, art. 127-I-1°.
[110] MAZEL (A.-E.), *op. cit.*, 2015.
[111] WALCZAK (C.), *op. cit.*, p. 28-33.
[112] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *L'interruption volontaire de grossesse, législation comparée*, note de synthèse réalisée à la demande de Madame Françoise Laborde, Sénatrice de Haute-Garonne, mai 2017 p. 21.
[113] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *id.* p. 29.

En Italie la femme « *s'adresse au médecin de son choix qui réalise les vérifications sanitaires nécessaires et évalue avec la femme et le père (sous réserve du consentement de la femme), les circonstances qui la conduisent à demander l'I.V.G.* » [114].

D'autre part, certaines nuances existent entre les pays concernant les personnes morales qui donnent un accès à l'I.V.G.

En France, les patientes ont le libre choix en principe de leur établissement de santé et libre choix de leur médecin (article L 710-1 du C.S.P.). Donc, en matière d'I.V.G., le principe est le libre choix de son lieu de réalisation[115]. Tout établissement public de santé a l'obligation de fournir un accès à l'I.V.G. aux femmes. La femme peut également demander une I.V.G. au sein d'un établissement privé de santé, mais ceux-ci n'ont pas l'obligation de pratiquer cet acte. Il existe également des centres de planification prévus particulièrement pour délivrer des soins en matière de santé sexuelle. La plupart des centres de planification se situent à l'intérieur même des établissements de santé, afin de favoriser la coordination du parcours de la femme. Elle peut par exemple venir en consultation au centre de planification familiale, puis faire le choix de l'I.V.G. par méthode chirurgicale, et dans ce cas être directement adressée à un service de chirurgie obstétrique à proximité dans le même établissement. Pour autant, certains centres de planification existent en dehors des établissements de santé.

En revanche, si la femme fait le choix d'une I.V.G. médicamenteuse, elle n'est pas obligée de s'adresser à un établissement de santé, mais peut consulter auprès de la médecine de ville, ou auprès d'une sage-femme exerçant en libéral, ce qui multiplie les possibilités d'accès à l'I.V.G.

En Italie, la femme qui envisage une I.V.G. s'adresse à un centre de consultation publique. Ce centre permet le déroulement des examens médicaux appropriés. Il a en outre pour mission « *spécialement quand la demande d'I.V.G. est motivée par l'effet de la situation économique, sociale ou familiale sur la santé de la femme d'examiner avec celle-ci et avec le père, si la mère y consent […] les solutions possibles des problèmes et de l'aider à supprimer les causes qui la conduiraient à l'I.V.G.* » En vertu de l'article 8 de la loi sur l'I.V.G., celle-ci est pratiquée par « *un médecin du service obstétrico-gynécologique d'un hôpital général qui vérifie l'absence de contre-indications sanitaires ou d'un hôpital public spécialisé ou d'un institut visé à l'article*

[114] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *ibid* p.58.
[115] Agence Régionale de Santé Normandie, Dossier Guide I.V.G., 3 avril 2017.

premier, avant dernier alinéa de la loi n° 132 du 12 février 1968 ou de la loi n° 817 du 26 novembre 1973 ou encore du décret du Président de la République n° 754 du 18 juin 1958 lorsque leurs directions en font la demande ». Elle peut aussi être réalisée dans les hôpitaux généraux équipés à cet effet. L'I.V.G. peut également être pratiquée dans un établissement autorisé par la région, le ministre de la Santé devant déterminer, par un arrêté, le pourcentage des I.V.G. par rapport au total des actes opératoires effectués l'année précédente dans ce type d'établissement sans que ce pourcentage ne puisse être inférieur à 20 %[116].

Concernant d'autres pays, tels que la Belgique ou la Suède, l'avortement n'est réalisé que respectivement dans un établissement de soin pour le premier ou dans un hôpital général ou agréé par l'Etat pour le second[117].

Quant à la Suisse, c'est le code pénal qui prévoit que chaque canton fixe la liste des établissements (aussi bien les cabinets et les établissements hospitaliers) qui remplissent les conditions nécessaires « *à la pratique d'une interruption de grossesse dans les règles de l'art » et « au conseil approfondi de la femme enceinte* » (article 119) »[118].

Ainsi dans certains pays, plusieurs structures peuvent donner un accès à l'I.V. G, dans d'autres, les femmes ne peuvent se faire avorter uniquement dans un établissement de santé, soit un hôpital.

Mais les inégalités apparaissent également ailleurs, notamment dans les moyens d'accéder à l'I.V.G.

Paragraphe 2. Des inégalités concernant les moyens dans l'accès à l'avortement

Les inégalités persistent entre les Etats aujourd'hui en ce qui concerne les moyens d'accès à l'avortement. Ces moyens concernent aussi bien le matériel que l'immatériel. Ils regroupent des moyens d'accès direct à l'I.V.G. avec toutes les techniques et financements qui permettent

[116] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, op. cit., p.51.
[117] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, op. cit., p.62.
[118] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, op. cit., p. 65.

concrètement à la femme de réaliser une I.V.G. et les moyens plus indirects avec la diffusion de l'information donnant accès à l'I.V.G.

A. Des inégalités de moyens d'accès direct à l'I.V.G.

Pour pouvoir accéder à l'I.V.G., deux principaux moyens sont nécessaires à la femme : des moyens techniques d'abord, avec des méthodes médicales de pratique de l'I.V.G. De nombreuses méthodes peuvent permettre d'évacuer un embryon de l'utérus d'une femme, mais aujourd'hui deux méthodes sont généralisées et légalisées. Pourtant des différences persistent dans l'utilisation de ces méthodes entre les pays européens. Puis, le deuxième moyen nécessaire à la femme pour pouvoir accéder à l'I.V.G. est d'ordre financier. L'I.V.G. étant considéré comme un acte de soin, un service pratiqué et rendu par un professionnel de santé, il est nécessaire d'aborder son financement.

En premier lieu, des inégalités existent entre les Etats Européens dans les moyens techniques proposés à la femme pour la réalisation d'une interruption de grossesse.

Dans la plupart des pays, les patientes devraient avoir le choix entre la méthode médicamenteuse et la méthode chirurgicale. La première consiste en la délivrance de médicaments (Le Mifépristone qui permet d'interrompre le développement de l'embryon ou du fœtus et la prostaglandine ou le RU 486 pour l'évacuer ensuite) qui par leur ingestion vont permettre l'interruption de la grossesse. La prise des deux médicaments se fait de manière espacée. La deuxième suppose la réalisation d'une intervention chirurgicale consistant soit à aspirer l'embryon ou du fœtus soit à l'évacuer par curetage. Pour cette seconde méthode d'I.V.G., il est également en principe donné le choix à la femme de se soumettre à une anesthésie générale ou locale.

La technique d'interruption de grossesse est le plus souvent déterminée par l'âge gestationnel. Mais elle peut aussi être adaptée par le médecin selon la situation sociale et psychologique de la femme. Si la méthode médicamenteuse parait plus simple et ne nécessite pas d'être endormie, elle engendre néanmoins d'éventuelles douleurs et des symptômes qui ne peuvent être supportées à condition que la femme bénéficie d'un soutien, qu'elle respecte son suivi et sa visite de contrôle post-I.V.G.

Dans tous les cas où cela est possible, la femme doit pouvoir choisir la technique mais aussi le mode d'anesthésie (sauf problème médical ou urgence). La méthode d'anesthésie générale suppose d'endormir complètement la patiente, mais engendre certains risques. La méthode d'anesthésie locale peut permettre d'éviter ces risques mais nécessite souvent l'apport d'une aide ou d'un soutien psychologique de la femme qui est consciente lors de la réalisation de l'I.V.G., ce qui peut constituer un acte traumatisant[119].

Malgré son développement et les avantages qu'elle peut offrir en comparaison avec la méthode chirurgicale, la méthode médicamenteuse est pourtant loin d'être couramment utilisée partout en Europe.

La France est le premier pays à autoriser la commercialisation du médicament le Mifépristone et la Prostaglandine en 1989, suivie par le Royaume-Uni en 1990 et la Suède en 1991.

En 2007 l'Agence Européenne du Médicament a autorisé l'I.V.G. médicamenteux jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée (5 semaines de grossesse) à domicile et jusqu'à 9 semaines (7 semaines de grossesse) avec une courte hospitalisation. Au-delà, le médicament est jugé non efficace et une intervention chirurgicale est donc nécessaire.
En France, la loi de 2001 autorise l'I.V.G. médicamenteux auprès d'un médecin de ville et depuis 2016, les sages-femmes sont habilitées à réaliser également ces I.V.G. médicamenteux jusqu'à 7 semaines de grossesse. Cette méthode connait un fort succès en France puisqu'en 2017, elle comptait environ 95% de réussite pour la méthode médicamenteuse[120].

Alors qu'en Italie, l'I.V.G. médicamenteuse n'a été autorisée qu'en 2010 dans des conditions strictes sous influence d'une opposition politique et religieuse. Et en Europe de l'Est, les produits sont commercialisés mais la méthode médicamenteuse reste peu accessible car le prix est bien souvent plus cher que la réalisation d'un avortement chirurgical[121]. Ainsi les femmes n'ont pas toujours le choix de la méthode voire même très rarement dans certains pays.

[119] Témoignage de l'équipe du centre de planification, CHU de Rouen, jeudi 25 juillet 2019.
[120] Agence Régionale de Santé Normandie, Dossier Guide I.V.G., 3 avril 2017.
[121] HASSOUN (D.), *Témoignage. L'interruption volontaire de grossesse en Europe*, Revue Française des affaires sociales, La documentation Française, 1, 2011, p.213 à 221.

En second lieu, des inégalités persistent entre les pays européens dans l'accès à l'I.V.G. pour les femmes, pour des raisons financières.

En France, les femmes sont aujourd'hui remboursées à 100 % par la caisse d'assurance maladie. La loi Roudy de 1982 avait déjà amorcé le processus de prise en charge avec une I.V.G. remboursé à 80 % et 100 % pour les bénéficiaires de l'exonération du ticket modérateur. Par ailleurs, le développement des techniques médicamenteuses en 1989 en France, ont permis des accès à l'I.V.G. moins coûteux pour la sécurité sociale[122]. Aujourd'hui, tous les actes nécessaires à une I.V.G. sont remboursés à 100 %, qu'il s'agisse des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues par le Code de la sécurité sociale (article L160-8), ou même des actes accomplis durant le parcours qui conduit à une I.V.G. (consultations, examens de biologie, échographies…), en vertu de l'arrêté du 26 février relatif aux forfaits afférents à l'I.V.G. »[123]. Cette prise en charge totale bénéficie autant aux femmes majeures qu'aux mineures. En ville, les femmes sont également intégralement prises en charge pour les actes qui concernent l'I.V.G. Les laboratoires de biologie médicale et d'imagerie par exemple, ne peuvent pas pratiquer de dépassement tarifaire sur ces actes.

En Belgique, l'interruption de grossesse est prise en charge, quel que soit le fait qui la motive, sous réserve du versement d'un ticket modérateur[124].

En revanche, en Allemagne elle n'est prise en charge que lorsqu'elle résulte d'un motif thérapeutique ou qu'elle est réalisée à la suite d'un crime sexuel. Elle est payée par la femme lorsqu'elle résulte de sa décision dans les 12 semaines de la conception, chaque Land pouvant cependant accorder une aide aux personnes dépourvues de revenus[125]. L'Allemagne recommande aux femmes affiliées à un système d'assurance-maladie privée de se renseigner auprès de leur caisse, puisque « *les règlements relatifs y diffèrent selon les compagnies* ». Dans cet Etat, de manière générale, une personne ayant recours à un avortement « *devra payer*

[122] BOLTANSKI (L.), *op. cit*., p. 322.
[123] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *L'interruption volontaire de grossesse, législation comparée*, note de synthèse réalisée à la demande de Madame Françoise Laborde, Sénatrice de Haute-Garonne, mai 2017, p. 9.
[124] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *id., p*. 31.
[125] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *id*, p. 17.

environ 250 euros pour un avortement par prise de médicaments sans complications et environ 350 euros pour une intervention chirurgicale en service ambulatoire »[126].
Au contraire en Italie, l'interruption volontaire de grossesse relève des prestations que le Service sanitaire national doit fournir gratuitement à tous les citoyens[127].

En Pologne, paradoxalement, alors que les femmes ont un accès très restreint, voire parfois quasi inexistant à l'I.V.G., les femmes soumises au régime de sécurité sociale ou à un autre régime qui sont exonérées du coût des soins médicaux sont également exonérées de la prise en charge du coût de l'interruption de grossesse (article 4 b de la loi du 7 janvier 1993 précitée) »[128].

En Suède, l'avortement étant un acte médical, il est remboursé dans les mêmes conditions que les autres actes du même type[129]. Et en Suisse, l'article 30 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie prévoit, depuis le 1er octobre 2002, que « *l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations que pour la maladie en cas d'interruption de grossesse non-punissable au sens de l'article 119 du Code pénal* » [130].

Il n'y a qu'en Italie, ou même encore en Angleterre que l'accès à l'I.V.G. est totalement gratuit. Dans la plupart des autres pays, cet accès n'est pas gratuit mais pris en charge plus ou moins intégralement par la sécurité sociale du pays. Et dans d'autres états, comme l'Allemagne, l'avortement est très peu pris en charge, laissant à la femme sa charge financière, restreignant ainsi ses facilités d'accès.

B. <u>Des inégalités de moyens d'accès indirect à l'I.V.G.</u>

Des inégalités se maintiennent également entre les pays dans les moyens d'accès plus indirect à l'I.V.G., et notamment en matière d'information des femmes sur l'avortement.

[127] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *ibid*, p. 25-26.
[127] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *ibid*, p.55.
[128] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *ibid*, p.59.
[129] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *ibid*, p.63 ; Rapport de la médiateure des enfants, L'Avortement en Suède, 2005, SOU 2005 :90.
[130] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *ibid*, p. 68.

D'une part, l'information délivrée par les professionnels peut être différente d'un pays à un autre.

En France, la femme peut consulter son médecin, sa sage-femme, ou sa gynécologue pour obtenir des informations sur l'I.V.G. et être orientée ensuite vers une personne ou une structure qui la pratique si le praticien en question ne le fait pas. Le praticien consulté par la femme l'informe sur ses droits et sur les aides sociales auxquelles elle peut avoir recours ainsi que sur les centres de consultations et les structures socio sanitaires. Le professionnel doit lui délivrer immédiatement un certificat qui lui permet de se présenter dans un centre pratiquant l'I.V.G.[131], ce certificat attestant d'un premier rendez-vous réalisé (deux consultations sont pratiquées généralement). En effet, en France, « *Toute personne a le droit d'être informée sur les méthodes abortives et d'en choisir une librement. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables* »[132].

Dès la première visite, le professionnel doit informer la patiente des méthodes médicales et chirurgicales d'interruption de grossesse, des risques et des effets secondaires potentiels[133]. Il lui remet un dossier-guide avec la liste et les adresses des organismes qui pratiquent l'I.V.G. et des établissements où sont effectuées des interruptions volontaires de grossesse. Les Agences Régionales de Santé assurent la diffusion de ces dossiers-guides[134]. La première consultation permet d'apporter des informations claires et précises à la patiente sur les méthodes d'interruption de grossesse et les choix offerts de recours à l'anesthésie locale ou générale. L'information se réalise par voie orale, mais les informations écrites sont également mises à la disposition des patientes. L'âge gestationnel de la grossesse est précisé par l'interrogatoire, l'examen clinique et l'échographie réalisée sur place ou en cabinet de radiologie. A l'issue de cet entretien la date de l'I.V.G. est fixée[135].

Un entretien d'information de soutien et d'écoute doit pouvoir être proposé systématiquement et réalisé pour les femmes qui souhaiteraient en bénéficier. Cet entretien est réalisé par des professionnels qualifiés pour cet accompagnement et l'identification de difficultés

[131] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *ibid*, p.51.
[132] Loi n°2016-41 du 26 janv. 2016, art. 127-V.
[133] Loi n°2001-588 du 4 juil. 2001, art.4 ; art. L.2212-3.
[134] Ord. N°2010-177 du 23 février 2010, art. 7-36°) ; loi n° 2016-41 du 26 janv. 2016, art. 127-I-3°-c.
[135] LAMBERT (P.), *La place de l'homme dans l'I.V.G. : enquête auprès des hommes accompagnant leur partenaire dans le service d'orthogénie du centre hospitalier d'Armentières*, thèse en médecine, université Lille 2 Droit et santé, 2014, p.2.

psychosociales. Le plus souvent, ce sont des conseillères conjugales et familiales qui le réalisent. Cet entretien est facultatif pour les majeures mais reste obligatoire pour les mineures. Au cours de cet entretien, la femme bénéficie d'un soutien psychologique d'informations ou de conseils appropriés à sa situation. Cette consultation a lieu dans un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé. Il peut aussi être proposé une assistance sur le plan social et psychologique[136].

Dans d'autres pays européens, l'information par les professionnels peut être plus ou moins limitée.

En Belgique, le service d'information de l'établissement où se déroule l'intervention « *accueille la femme enceinte et lui donne des informations circonstanciées, notamment sur les droits, aides et avantages garantis par la loi et les décrets aux familles, aux mères célibataires ou non, et à leurs enfants, ainsi que sur les possibilités offertes par l'adoption de l'enfant à naître et […], à la demande soit du médecin soit de la femme, accorde à celle-ci une assistance et des conseils sur les moyens auxquels elle peut avoir recours pour résoudre les problèmes psychologiques et sociaux posés par sa situation* » [137]. « Le médecin doit « *informer [la femme] des risques médicaux actuels ou futurs qu'elle encour*t » et « *rappeler les diverses possibilités d'accueil de l'enfant à naître et faire appel, le cas échéant, au personnel du service* », et en outre « *s'assurer de la détermination de la femme à faire pratiquer une interruption de grossesse* [138]».

En Suède, la loi prévoit que l'on propose, avant l'intervention, un « *entretien de soutien* » à la femme qui subit une interruption de grossesse.

En Suisse, le médecin est tenu avant l'intervention « *de s'entretenir lui-même de manière approfondie avec la femme enceinte, de la conseiller et de l'informer sur les risques médicaux de l'intervention ainsi que de lui remettre contre signature un dossier comportant : la liste des centre de consultation qui offrent gratuitement leurs service, une liste d'associations et organismes susceptibles de lui apporter une aide morale ou matérielle [et] des informations*

[136] Agence Régionale de Santé Normandie, *Dossier Guide I.V.G.*, 3 avril 2017.
[137] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *L'interruption volontaire de grossesse, législation comparée*, note de synthèse réalisée à la demande de Madame Françoise Laborde, Sénatrice de Haute-Garonne, mai 2017, p. 13 à 15.
[138] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *id*, p.29.

sur les possibilités de faire adopter l'enfant ». Si la patiente a moins de seize ans, il doit en outre s'assurer qu'elle s'est adressée à un centre de consultation spécialisé pour mineures[139].

Ainsi dans certains pays, l'information reste importante, et vise surtout à soutenir la femme dans ses choix, tout en lui expliquant les risques de l'I.V.G. et la possibilité du recours à d'autres options. Cependant, dans d'autres états, l'information conduit davantage à éviter tout recours à l'I.V.G., et à privilégier les aides sociales et les possibilités pour la femme de garder l'enfant.

En Allemagne, l'information sur l'I.V.G. est très restreinte, car le contenu de l'information délivrée à la femme ne doit servir qu'à la protection de la « *vie non encore née* ». L'article 219 du code pénal allemand prévoit que l'entretien de conseil qui se déroule dans un centre agréé, doit aider la femme enceinte à prendre sa décision en conscience et raison, « *lui ouvrir des perspectives de vie avec son enfant* », l'informer que cet enfant a également un droit à la vie et que l'interruption volontaire n'est, en vertu de l'ordre juridique, envisageable que dans des situations exceptionnelles[140]. L'Allemagne est ainsi beaucoup plus restrictive en matière d'information, qui conduit davantage à éviter le recours à l'I.V.G.

En Italie, la loi vise également à restreindre les avortements. Elle prévoit soit le recours à un centre de consultation publique où se déroulent les examens médicaux appropriés, lequel a aussi pour mission, *« spécialement quand la demande d'I.V.G. est motivée par l'effet de la situation économique, sociale ou familiale sur la santé de la femme d'examiner avec celle-ci et avec le père, si la mère y consent […] les solutions possibles des problèmes et de l'aider à supprimer les causes qui la conduiraient à l'I.V.G.* » ; soit la consultation d'un médecin que choisit la patiente, lequel réalise les vérifications sanitaires nécessaires et évalue avec la femme et avec le père, sous réserve du consentement de la femme, « *les circonstances qui la conduisent à demander l'I.V.G.* », l'informant, à cette occasion, sur ses droits et sur les aides sociales auxquelles elle peut avoir recours ainsi que sur les centres de consultations et les structures socio-sanitaires[141].

D'autre part, l'information délivrée par les pouvoirs publics peut aussi différer selon le pays.

[139] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *L'interruption volontaire de grossesse, législation comparée*, note de synthèse réalisée à la demande de Madame Françoise Laborde, Sénatrice de Haute-Garonne, mai 2017, p. 13 à 15.
[140] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *id*, p. 13 à 15.
[141] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *id*, p. 13 à 15.

En Irlande, par exemple, avant la loi de 2018 adoptée après un referendum sur l'accès à l'I.V.G., des résistances importantes existaient en matière d'information sur l'I.V.G. Dans un arrêt de la C.E.D.H., *Open Door et Dublin Well Woman c. Irlande*, la question de la diffusion de l'information s'est posée. En l'espèce, deux organisations qui fournissaient des informations concernant l'interruption de grossesse, en Irlande comme à l'étranger, furent enjointes de cesser toute activité de ce genre jugée illégale par la législation irlandaise. Après condamnation, le problème fut réglé avec l'adoption du quatorzième amendement qui autorisa la propagation de l'information sur ce sujet[142].

En France, il est clairement précisé par la loi, qu'« *En aucun cas l'interruption volontaire de grossesse ne doit constituer un moyen de régulation des naissances* » (article L 2214-2 du code de santé publique). A cet effet, le Gouvernement prend toutes les mesures nécessaires pour développer l'information la plus large possible sur la régulation des naissances, notamment par la création généralisée, dans les centres de planification maternelle et infantile, de centres de planification ou d'éducation familiale et par l'utilisation de tous les moyens d'information. La formation initiale et la formation permanente des médecins, des sages-femmes, ainsi que des infirmiers et des infirmières, comprennent un enseignement sur la contraception. La mise en ligne du site « *IVG.gouv.fr »* en 2014 en France, a notamment permis une large propagation de l'information[143]. En 2010, La Haute Autorité de Santé préconisait notamment au sein de recommandations, la nécessité de délivrer des informations claires et précises pour la patiente concernant la procédure et les choix offerts de recours à l'anesthésie locale ou générale.

Exceptées ces variantes entre les Etats européens concernant les moyens d'accès à l'I.V.G., d'autres inégalités persistent, aussi dans les délais permettant l'accès à l'I.V.G.

Paragraphe 3. Des inégalités concernant le temps dans l'accès à l'avortement

Si la plupart des pays Européens reconnaissent un délai légal de 12 semaines de grossesse pour pouvoir réaliser une interruption volontaire de grossesse, ce délai ne fait pas l'unanimité entre les pays européens pro-avortement. De plus, l'accès à l'I.V.G. en matière de

[142] WALCZAK (C.), *La CEDH et l'avortement*, étude comparée, mémoire rédigé sous la direction du professeur Emmanuel Decaux, Université Panthéon Assas, 2012-2013, p. 48-52.
[143] MAZEL (A.-E.), *op. cit.*, 2015.

temps, ne dépend pas uniquement du temps de gestation, mais dépend aussi des délais de procédures de réalisation de l'I.V.G. Ainsi, des inégalités entre les pays existent aussi bien concernant ces délais gestationnels pour l'accès à l'I.V.G. (A) que ces délais procéduraux pour cet accès (B).

A. Des inégalités dans les délais gestationnels d'accès à l'I.V.G.

Pour la plupart des pays européens pro-I.V.G., le délai d'accès, correspondant au temps de gestation chez la femme est égal à 12 semaines de grossesse, soit 14 semaines d'aménorrhées.

En France, l'interruption volontaire de grossesse ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la douzième semaine de grossesse (article L 2212-1 du C.S.P.)[144]. Ce délai a été élargi par la loi du 4 juillet 2001 relative à l'I.V.G. et à la contraception, puisqu'auparavant, la loi Veil de 1975 prévoyait la possibilité pour les femmes d'avorter dans un délai de 10 semaines de grossesses, soit 12 semaines d'aménorrhées. En Belgique et en Allemagne, le délai est identique, les femmes peuvent demander l'I.V.G. dans un délai de 12 semaines de grossesse.

Dans d'autres pays, l'accès à l'I.V.G. est possible non pas dans les 12 premières semaines de grossesses mais dans les 12 semaines suivant la fin des dernières règles, ce qui constitue un délai plus court. En Suisse, l'interruption de grossesse n'est « *pas punissable* » lorsqu'elle est effectuée « *sur demande écrite de la femme qui invoque qu'elle se trouve en situation de détresse, [et qu'elle] est pratiquée au cours des douze semaines suivant le début des dernières règles, par un médecin habilité, qui doit au préalable s'entretenir lui-même de manière approfondie avec la femme enceinte et la conseiller* » (article 119 (2) du Code pénal). »[145] De même, au Portugal, c'est à la suite d'un référendum que le Parlement a adopté, le 8 mars 2007, un projet de loi légalisant l'avortement jusqu'à la dixième semaine de grossesse.

En Italie, une petite nuance existe. La loi distingue selon que la demande est formulée avant ou après le 90ème jour d'aménorrhée (environ 13 semaines), soit environ 11 semaines de grossesse. En dessous de ce délai, l'interruption volontaire est plus facilitée qu'au-delà de ce délai.

[144] Loi n°2001-588 du 4 juil. 2001, art.2.
[145] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *op. cit*.,p. 65.

En Suède, en revanche, le délai est beaucoup plus important. Une femme peut exercer le droit de demander l'interruption de grossesse avant la fin de la 18e semaine de grossesse, sauf si l'intervention peut occasionner un danger pour sa vie ou sa santé. Les femmes suédoises ont donc plus de temps pour se rendre compte de leur grossesse et plus de temps pour prendre une décision. Elles bénéficient ainsi d'un accès beaucoup plus large à l'I.V.G. que ses voisins européens.

Au-delà de ce délai, en Suède, l'avortement ne peut être réalisé qu'avec l'accord de la direction générale des Affaires sociales pour des « *raisons spécifiques* » et « *dans la mesure où le fœtus n'est pas viable ou si l'on estime que la femme a une maladie ou une malformation telle que la poursuite de la grossesse met sa vie en danger. La décision de la Direction générale des affaires sociales est insusceptible de recours* »[146].

De même aux Pays-Bas ou en Angleterre, le délai d'accès à l'I.V.G. est encore plus important puisque les femmes peuvent demander l'avortement jusqu'à 24 semaines d'aménorrhées si elles sont en situation de détresse[147][148]. En comparaison avec la France, ce délai est considérable, presque trois fois plus élevé mais cela repose notamment en Angleterre, sur la majeure distinction qui veut qu'en France, la décision d'avorter soit laissée à la femme alors qu'en Angleterre, cette décision se trouve dans les mains du médecin et doit répondre aux conditions légales.

Lorsque la femme répond aux conditions de délai général d'accès à l'I.V.G., elle peut encore subir d'autres délais plus spéciaux pour obtenir finalement la réalisation de son I.V.G.

B. <u>Des inégalités dans les délais procéduraux d'accès à l'I.V.G.</u>

La femme qui fait une demande d'I.V.G. peut selon le pays, connaitre encore de délais jusqu'à la réalisation effective de son I.V.G. Il peut s'agir de délais nécessaires à son organisation, mais la plupart du temps, il s'agira d'un délai de réflexion imposé à la femme avant de pratiquer l'I.V.G.

[146] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *ibid*, p.61.
[147] GUILLAUME (A.), ROSSIER (C.), *L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences*, Population, vol. 73, no. 2, 2018, pp. 225-322.
[148] FOURNET (P.), *Interruption Volontaire de grossesse, cadre juridique français*, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction, 2016, p. 1577 à 1595.

En Belgique, « *le médecin ne pourra au plus tôt, pratiquer l'interruption de grossesse que six jours après la première consultation prévue et après que l'intéressée a exprimé par écrit, le jour de l'intervention, sa détermination à y faire procéder* »[149].

En Allemagne, ce délai de réflexion est un peu plus court, puisqu'il est de trois jours[150]. En Italie et au Luxembourg, le délai de réflexion est de sept jours, tout comme en France jusqu'en 2016 où il a été finalement supprimé pour donner un meilleur accès, plus rapide à l'I.V.G.

Aux Pays-Bas ce délai existe toujours et est de cinq jours. En Albanie, Hongrie, ou encore au Portugal, les femmes doivent patienter un délai de trois jours entre le moment où elles effectuent la demande et le moment où l'I.V.G. est réalisé.

La plupart des délais de réflexion oscillent donc entre trois et sept jours selon les pays, allongeant ainsi plus ou moins l'accès à l'avortement, même après que la demande soit faite.

La question du délai d'accès est importante puisqu'il conditionne l'accès des femmes à l'I.V.G. Plus le délai général d'accès, est large, plus les femmes ont un accès important à l'I.V.G. et plus elles ont le temps de se rendre compte de leur grossesse, étant donné que certaines femmes apprennent tardivement qu'elles sont enceintes. En revanche, plus les délais de procédures sont longs, plus l'accès à l'I.V.G. se restreint, et peuvent être problématiques en cas d'urgence. Les Etats choisissent ces délais en considération des intérêts de la femme mais aussi de l'intérêt public. Néanmoins, la question du délai de réflexion et des délais spéciaux imposés à la femme au cours de la procédure, sont parfois justifiés par les Etats, comme permettant à la femme de prendre sa décision en conscience, et pour éviter de subir des pressions qui précipiteraient la réalisation de l'I.V.G. avec un temps de préparation psychologique[151]. Cet argument n'est toutefois pas partagé par les femmes qui sont sûres de leur décision et ne souhaitent pas que le processus s'éternise.

Ainsi, les inégalités persistent dans les conditions d'accès à l'I.V.G., que ce soit concernant les acteurs, les moyens ou les délais d'accès. Elles existent aussi dans les effets de l'inaccès à l'I.V.G., notamment en matière de sanctions.

[149] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *ibid*, p.29.
[150] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *ibid*, p.15.
[151] NISAND (I.), ARAUJO-ATTALI (L.) et SCHILLINGER-DECKER (A.-L.), *op. cit.*, p. 37.

SECTION II. DES INEGALITES DE DEGRES DANS LES SANCTIONS DE L'INACCES A L'I.V.G. EN EUROPE

Les pays pro-I.V.G. en Europe ne sont pas toujours égaux sur la question des sanctions dans l'absence d'accès à l'I.V.G. L'accès à l'avortement en Europe peut varier selon que le pays prévoit des sanctions plus ou moins sévères en cas de non-respect des conditions de réalisation de l'I.V.G. légal. Certains pays vont ainsi punir plus sévèrement que d'autres les personnes qui réalisent un avortement sans respecter les conditions légales, donc punir l'accès à l'I.V.G. qui se pratique de façon illégale. Plus la sanction est stricte, plus l'accès à l'I.V.G. est encadré et limité et donc, moins le pays est tolérant sur les écarts dans la pratique de l'I.V.G. Au contraire, moins la sanction est sévère, plus le pays est tolérant concernant la question de l'accès à l'I.V.G.

Des différences entre les pays pro-I.V.G. existent aussi dans la question des privations d'accès à l'I.V.G. légal. En effet, certains pays sanctionnent les privations d'accès à l'I.V.G. légal de façon plus ou moins sévères. Les pays qui sanctionnent ces privations d'accès voire, qui les répriment sévèrement, sont plus enclins à garantir un accès effectif à l'I.V.G. que les pays qui ne sanctionnent pas ou peu ces privations d'accès.

Ainsi, il convient d'étudier ces inégalités entre les pays sur la question d'abord des sanctions des accès illégaux à l'I.V.G. (Paragraphe 1) puis, sur la question des sanctions infligées dans le cadre de privations d'accès à l'I.V.G. légal (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. Des inégalités de degrés dans les sanctions de l'accès illégal à l'I.V.G.

La plupart des Etats européens en faveur de l'I.V.G., soumettent son accès à des conditions légales bien précises. Cet accès reste donc toujours encadré par la loi. En cas de non-respect de ces conditions légales, les acteurs réalisant l'I.V.G., encourent des sanctions.

Cependant, des subtilités voire parfois d'importantes inégalités existent entre les différentes sanctions, et donc les effets, que peuvent engendrer la réalisation d'une I.V.G. non conforme à la loi.

Ces sanctions divergent selon les pays aussi bien concernant la femme qui souhaite se faire avorter (A) que concernant la personne qui réalise l'I.V.G. sur autrui (B).

A. Des inégalités dans les sanctions de la personne demandant l'accès illégal à l'I.V.G.

Tous les pays ne sanctionnent pas forcément la patiente qui réalise l'I.V.G. dans des conditions illégales.

En France, par exemple, la femme qui s'auto-pratique une interruption de grossesse, n'est pas pénalement sanctionnée. La loi du 27 janvier 1993 a en effet supprimé l'incrimination de l'auto-avortement[152].

En revanche, d'autres pays pro-avortement, sanctionnent encore la femme, qui réalise l'I.V.G.

En effet, la Belgique par exemple, sanctionne toujours la patiente qui réalise l'I.V.G. dans des conditions illégales. Ainsi « *Est punie d'un mois à un an d'emprisonnement et d'une amende de cinquante à deux cents euros, la femme qui aura fait pratiquer un avortement en-dehors des conditions prévues à l'article 350 du Code pénal* » selon l'article 351 du même code.

Si ces sanctions restent plus faibles que dans les pays en défaveur de l'avortement, tels que la Pologne, où la femme encourt au moins 3 ans d'emprisonnement pour avoir eu recours à l'I.V.G., elles subsistent néanmoins et marquent encore la fermeté de certains pays, concernant le respect des conditions légales d'accès à l'I.V.G.

En Allemagne, également, « *l'interruption d'une grossesse après la nidification de l'ovule fécondé est punie d'une amende ou d'un an d'emprisonnement, si c'est la femme enceinte elle-même qui interrompt sa grossesse* » en vertu de l'article 218 (3) du code pénal allemand.

En Suisse, aussi, la femme enceinte qui subit une interruption de grossesse de façon illégale encourt trois ans d'emprisonnement ou une amende.

[152] VIGNEAU (D.), *L'embryon dans la législation relative à l'I.V.G.*, Regards croisés sur l'embryon. 40 ans après la loi Veil, Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences, éd. ESKA, Vol.28, n°4, 2017, p.45.

Ainsi quelques pays sanctionnent encore aujourd'hui la femme qui subit l'I.V.G. En revanche, concernant la personne qui pratique l'I.V.G. sur la femme est toujours sanctionnée, plus ou moins sévèrement, si elle la réalise sans respecter les conditions prévues par la loi.

B. Des inégalités dans les sanctions contre la personne réalisant l'I.V.G. sur autrui dans des conditions illégales

La personne qui réalise une interruption de grossesse sur autrui dans des conditions illégales est toujours sanctionnée. Cependant ces sanctions peuvent varier d'un pays à l'autre.

En France, plusieurs peines sont prévues pour différents cas aux articles L 2222-1 et suivants du code de la santé publique. Par exemple, concernant le consentement de la femme dans l'accès à l'I.V.G., cet article L 2222-1 prévoit que « *Comme il est dit à l'article 223-10 du code pénal (...) l'interruption de la grossesse sans le consentement de l'intéressée est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende* ». De même, en Allemagne, la sanction de l'interruption de grossesse réalisée sans le consentement de la femme enceinte correspond à une peine similaire, puisque « *si l'auteur agit contre la volonté de la femme ou s'il occasionne manifestement un péril de mort ou une grave détérioration de sa santé, il encourt de 6 mois à 5 ans d'emprisonnement* » au regard de l'article 218 (4) du code pénal allemand.

En Belgique, la loi est plus sévère, car l'article 348 du Code pénal punit de cinq à dix ans d'emprisonnement celui qui « *par tout moyen aura (...) fait avorter une femme qui n'y a pas consenti* ». La tentative est punie d'une peine d'un mois à cinq ans d'emprisonnement (articles 358, 52, 80 et 81 du même code). Si « *l'interruption de grossesse à laquelle la femme n'a pas consenti entraîne la mort, la peine d'emprisonnement est comprise entre dix et quinze ans* » (article 352 du même code).

En Italie, est « *puni de de 4 à 8 ans d'emprisonnement, l'I.V.G. réalisée sans consentement de la femme ou moyennant un consentement extorqué par violence, menace ou tromperie* » [153].

[153] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *L'interruption volontaire de grossesse, législation comparée*, note de synthèse réalisée à la demande de Madame Françoise Laborde, Sénatrice de Haute-Garonne, mai 2017, p. 55.

Concernant les cas où la femme est consentante mais que l'interruption de grossesse ne se réalise pas dans les conditions prévues par la loi, des divergences existent également entre les pays.

En France, l'I.V.G. réalisée en dehors des conditions légales, c'est-à-dire par exemple après l'expiration du délai dans lequel elle est autorisé par la loi, ou par une personne n'ayant pas la qualité de médecin ou de sage-femme entre autres, est punie de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende, lorsqu'elle est pratiquée en connaissance de cause (article L 2222-2 du code de la santé publique) [154].

En Belgique, en revanche, celui qui pratique l'I.V.G. avec le consentement de la femme enceinte mais en dehors des conditions légales prévues à l'article 350 du code pénal, est puni de trois mois à un ans d'emprisonnement et d'une amende de 100 à 500 euros (article 351 du code pénal Belge).

Ainsi, la Belgique est moins sévère dans les sanctions des personnes qui réalisent l'I.V.G. sur autrui, et en cela, elle offre plus de tolérance envers l'accès illégal à l'I.V.G., que la France par exemple.

En Suède, l'auteur de l'interruption de grossesse réalisée dans des conditions illégales est passible seulement d'un an d'emprisonnement s'il n'a pas la qualité de médecin[155]. Cette sanction fait également preuve d'une plus grande tolérance en Suède dans la pratique illégale de l'I.V.G. pour personne incompétente, qu'en France.

Les inégalités entre pays européens dans les sanctions qu'ils infligent pour l'accès illégal à l'I.V.G. ne sont pas isolées. La situation de certains pays diffère également concernant les sanctions imposées pour l'inaccès à l'I.V.G. légal.

[154] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *ibid*, p. 7.
[155] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *ibid*, p. 17-18.

Paragraphe 2. Des inégalités de degrés dans les sanctions des privations d'accès à l'I.V.G. légal

Des inégalités persistent également entre Etats européens sur la question de la sanction de l'inaccès à l'I.V.G. légale. En effet, dans tous les pays européens pro-avortement, certains répriment les privations d'accès à l'I.V.G., alors que d'autres ne les sanctionnent guère.

Certains pays européens comme la France, répriment clairement toute privation d'accès à l'I.V.G., d'autres punissent cette privation de manière plus indirecte, et d'autres encore comme l'Allemagne, sont opposés à toute promotion sur l'I.V.G. et ne répriment donc pas les privations d'accès à l'information sur l'I.V.G., sauf lorsqu'il s'agit d'informations précises données par le médecin sur l'I.V.G. et ses conséquences pour une femme enceinte qui lui a précisément demandé de la réaliser.

En France, l'article L 2223-2 du code de la santé publique prévoit ainsi qu' « *est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher de pratiquer ou de s'informer sur une interruption volontaire de grossesse ou les actes préalables prévus par les articles L. 2212-3 à L. 2212-8 par tout moyen, y compris par voie électronique ou en ligne, notamment par la diffusion ou la transmission d'allégations ou d'indications de nature à induire intentionnellement en erreur, dans un but dissuasif, sur les caractéristiques ou les conséquences médicales d'une interruption volontaire de grossesse notamment en perturbant l'accès aux établissements mentionnés à l'article L. 2212-2, la libre circulation des personnes à l'intérieur de ces établissements ou les conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux* ».

La France réprime ainsi tout type d'entrave à l'I.V.G., que cette privation soit matérielle ou virtuelle. L'entrave peut s'entendre de façon directe ou indirecte. En effet, cet article a été promulgué d'abord dans le but de réprimer les groupes anti-I.V.G. qui empêchent les femmes de se rendre physiquement dans les établissements de santé pour y réaliser leur I.V.G., mais aussi dans le but de punir les sites qui détournent l'information vraie sur l'I.V.G., constituant ainsi une privation indirecte à l'information et donc une privation d'accès à l'I.V.G.[156].

[156] Site internet toute l'Europe- le droit à l'avortement dans l'Union Européenne.

Ce délit d'entrave à l'I.V.G. en France est récent puisqu'il a été définitivement adopté par le Parlement le 15 février 2017.

Le code pénal Suisse punit plus précisément la privation d'accès à l'information sur l'I.V.G. et donc sanctionne l'omission de certaines formalités par un médecin. L'article 120 (1) dudit code punit d'une amende le médecin qui pratique une interruption de grossesse, en omettant préalablement entre autres, « *de s'entretenir de manière approfondie dans les conditions prévues supra* »[157].

En Allemagne, les sanctions de l'inaccès à l'I.V.G. sont bien plus limitées, car le principe reste la pénalisation de l'information généralisée sur l'I.V.G. Dans ce pays, sont punis d'une amende ou de deux ans d'emprisonnement, la promotion de moyens, objets et procédés appropriés à l'I.V.G. et d'une amende ou d'une peine allant jusqu'à deux ans de prison, la mise en circulation de moyens ou d'éléments appropriés à l'I.V.G., avec l'intention d'encourager celle-ci (article 219b (1) du code pénal).

En revanche, l'Etat Allemand sanctionne le professionnel qui ne donne pas un accès complet à l'I.V.G. notamment en privant la patiente de toute l'information nécessaire concernant l'I.V.G. qu'elle lui a demandé. Ainsi, selon l'article 218c du code pénal, est puni « *d'une amende ou d'un an d'emprisonnement, le médecin qui, pratiquant une I.V.G., ne prodigue pas de conseils médicaux à la femme sur l'opération, en particulier sur son déroulement, ses suites, ses risques, ses possibles conséquences physiques et psychiques* ».

Ainsi, en Allemagne, les sanctions en matière de privation d'information sur l'I.V.G. sont très restreintes et ne concernent que certaines informations précises. Il est en revanche interdit de faire la promotion de l'I.V.G. ou des moyens nécessaires à la réalisation d'une I.V.G.

Ces inégalités de sanction entre les pays européens viennent ainsi s'ajouter à la longue liste des inégalités entre les états sur l'accès à l'I.V.G. Ainsi, l'accès à l'I.V.G. est loin d'être uniformisé sur le territoire européen. Non seulement des pays sont encore très restrictifs en matière d'I.V.G., mais en plus, les pays qui ont libéralisé son accessibilité ne connaissent pas des mêmes procédures pour y accéder. De nombreuses subtilités, voire parfois d'importants écarts

[157] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *op.cit.*, p. 67.

persistent entre les pays pourtant pro-I.V.G., en accord avec une position mitigée et hésitante de la Cour Européenne des Droits de l’Homme. Ces inégalités se justifient en majorité par les différences de cultures et les rapports plus ou moins important des pays à la religion. Les inégalités entre pays, entraînent concrètement des inégalités entre les femmes. Pourtant, aussi bien l’Union Européenne, notamment dans sa Charte des droits fondamentaux de l’Union Européenne, que le conseil de l’Europe, à l’article 14 de la Convention Européenne des Droits de l’Homme, ont prohibé toute forme de discrimination entre les Européens et Européennes. Le droit à l’avortement, au regard de ce principe d’égalité devrait donc être uniformisé, et surtout accessible à toutes les femmes qui le souhaitent. Malgré ces textes en faveur de l’égalité, les disparités persistent et persisteront tant que les Etats conserveront leur souveraineté dans le domaine de la santé et plus particulièrement des droits sexuels et reproductifs.

Par ailleurs, même si l’existence d’inégalités signifie que certains pays connaissent en théorie d’un bon accès à l’I.V.G., il semble que même dans ces pays, l’accès à l’interruption volontaire de grossesse soit devenu de plus en plus difficile. Si les pays européens divergent en ce qui concerne l’accès à l’I.V.G., ils semblent néanmoins converger sur les difficultés d’accès à l’I.V.G., les amenant finalement avant tout à consacrer un droit d’accès effectif à l’I.V.G. avant d’uniformiser leurs procédures d’accès.

SECONDE PARTIE. DES REMEDES AUX DIFFICULTES COMMUNES D'ACCES A L'I.V.G. EN EUROPE

Les pays d'Europe font aujourd'hui face à des ennemis communs : les difficultés pratiques d'accès à l'I.V.G., qui constituent un véritable obstacle pour les femmes. Ces difficultés renforcent l'idée d'un certain recul aujourd'hui sur l'I.V.G. dans de nombreux pays. Par exemple, en Italie, le droit d'avorter qui existe depuis 1978 n'est aujourd'hui plus garanti. Contrairement à l'Espagne ou la Pologne où la menace provient des politiques, en Italie, ce sont essentiellement les professionnels qui restreignent l'accès à l'I.V.G.[158].

Ce mouvement de recul se renforce et se répand dans toute l'Europe. Les femmes doivent aujourd'hui à nouveau se battre pour un droit effectif, libre et sécurisé à l'avortement. En Espagne, lors des débats sur la restriction du droit à l'I.V.G., les femmes s'étaient mobilisées dans les grandes villes espagnoles et certaines faisaient la queue devant les bureaux du registre commercial des biens mobiliers afin d'enregistrer leur corps comme leur propriété. En Pologne, de grandes manifestations avaient éclaté dans le pays s'opposant à un recul encore plus radical sur l'accès à l'avortement. Le résultat de ce recul est le retour aux avortements clandestins[159].

Ainsi, les pays d'Europe sont amenés aujourd'hui à faire face à des difficultés communes (Chapitre 1) et à repenser l'effectivité du droit à l'avortement sur leur territoire (Chapitre 2).

[158] DUCHENE (L.), FONTANA (M.), PONTICELLI (A.), VAUGELADE (A.), WAJEMAN (L.), LALANDE (A.), *L'I.V.G., quarante ans après*, Association Vacarme, site cairn-info, n°67, 2014, p.3.
[159] DUCHENE (L.), FONTANA (M.), PONTICELLI (A.), VAUGELADE (A.), WAJEMAN (L.), LALANDE (A.), *id*, p.3.

CHAPITRE I. DES DIFFICULTES COMMUNES D'ACCES A L'I.V.G. EN EUROPE

Malgré la libéralisation du droit à l'avortement dans la plupart des pays d'Europe, l'effectivité d'un tel droit reste aujourd'hui, encore en suspens. Si depuis les années 60, 70, les femmes ont un accès de plus en plus élargi à l'avortement., elles n'ont pas encore à ce jour un droit effectif à l'I.V.G. En 2008, la commission sur l'égalité des chances pour les femmes et les hommes, du Parlement européen, constatait en effet que « *même dans les États membres où l'avortement est légal, de nombreuses conditions sont imposées et restreignent l'accès effectif à un avortement sans risque* »[160].

Des résistances proviennent de toute part. Des raisons politiques, économiques, religieuses ou individuelles sont invoquées. Les femmes rencontrent des difficultés directement dans leurs parcours. Les professionnels de santé qui les rencontrent s'opposent à la réalisation d'une I.V.G. Un manque de moyens techniques peut aussi empêcher la femme d'avoir le choix dans les méthodes d'I.V.G. normalement proposées. Elles peuvent rencontrer des difficultés pour trouver un professionnel mais aussi un établissement ou un centre qui pratique des I.V.G. Plus généralement, elles rencontrent aussi des difficultés d'accès à l'I.V.G. à cause de pressions de leur entourage, voire de la mentalité de la société ou de la politique du gouvernement en place.

Toutes ces difficultés qui s'imposent aujourd'hui aux européennes rend leur parcours compliqué, et vont parfois jusqu'à les priver totalement d'interruption de grossesse, les forçant à la poursuivre jusqu'au terme. Ce manque d'accès effectif à l'I.V.G. pour les femmes en Europe provient de deux problèmes majeurs : les difficultés concernant les moyens d'accès à l'I.V.G. (Section 1) et les difficultés concernant les personnes dans l'accès à l'I.V.G. (Section 2).

[160] NISAND (I.), ARAUJO-ATTALI (L.) et SCHILLINGER-DECKER (A.-L.), *op. cit.*, p. 15.

SECTION I. DES DIFFICULTES CONCERNANT LES MOYENS DANS L'ACCES A L'I.V.G. EN EUROPE

En Europe, les femmes enceintes qui souhaitent interrompre volontairement leur grossesse, doivent faire face aujourd'hui à des difficultés importantes en termes de moyens. Ces moyens d'accès regroupent toutes les modalités leur permettant un accès direct ou indirect à l'I.V.G. Les difficultés peuvent ainsi concerner aussi bien les moyens matériels d'accès à l'I.V.G. qui donnent un accès direct et concret à la femme (Paragraphe 1) que les moyens immatériels permettant à la femme d'avoir un accès plus indirect à l'I.V.G. et plus abstrait mais malgré tout réel (Paragraphe 2).

Paragraphe 1. Des difficultés de moyens matériels d'accès à l'I.V.G.

Les femmes européennes sont confrontées aujourd'hui à des difficultés de moyens matériels dans leur processus d'accès à l'I.V.G. En effet, lorsqu'elles en font la demande, l'interruption de grossesse peut être soumise à certaines contraintes en termes de techniques utilisées par le praticien ou l'établissement dans la pratique de l'avortement. Les femmes qui devraient en principe, et selon les normes européennes en vigueur, avoir le choix en ce qui concerne les méthodes d'accès à l'I.V.G., se voient parfois imposer une méthode par l'établissement. Si elles sont contraintes par les délais et ne disposent pas du temps nécessaire pour rechercher un autre établissement qui offre le choix sur les différentes techniques d'I.V.G., elles sont soumises à la volonté du premier établissement et subissent une I.V.G. dont elles n'ont pas choisi les modalités.

De plus, leur accès reste limité, puisqu'il dépend aussi de la mise en place de structures, et de services qui pratiquent l'I.V.G. Dans certaines régions, des services d'orthogénies, réalisant des interruptions de grossesse ferment leurs portes. C'est aussi le cas de certains établissements tout entier qui pratiquaient pourtant des I.V.G. Leur fermeture prive les femmes d'accès à l'I.V.G.

Ainsi, les femmes sont confrontées à de réelles difficultés aujourd'hui, partout en Europe, et notamment à un manque de moyens pour accéder à l'I.V.G. Ce manque souvent attribué à des difficultés financières ou à des choix politiques, peut avoir pour effet de restreindre le choix dans les modalités d'accès à l'I.V.G., voire de restreindre totalement son accès.

Il convient donc de relever deux difficultés majeures concernant les moyens matériels d'accès à l'avortement, que sont les difficultés en termes de méthodes ou techniques utilisées pour la pratique de l'I.V.G. (A), et les difficultés en termes de structures délivrant les I.V.G. (B).

A. Des difficultés matérielles dans les méthodes d'accès à l'I.V.G.

En France, comme dans d'autres pays d'Europe, la femme dispose en principe du libre choix entre les deux méthodes légalement utilisées pour la pratique de l'I.V.G. Cependant, en pratique, ce choix est souvent restreint par les professionnels et surtout par les établissements de santé.

Certaines femmes, aussi peuvent ne pas avoir la possibilité de choisir les modalités d'I.V.G. qui leur conviennent le mieux par manque d'information sur ces méthodes existantes et sur leurs effets[161].

En 2010, la Haute Autorité de Santé en France, préconisait la liberté de choisir pour la femme. Or, plusieurs études montrent que peu de femmes sont informées des pratiques inhérentes aux différents établissements de soins avant leur arrivée au sein de l'hôpital où elles seront prises en charge. Les femmes adaptent souvent leurs choix aux possibilités du centre d'orthogénie dans lequel elles s'adressent en premier lieu[162].

Concernant la méthode chirurgicale, les femmes devraient également avoir le choix de la méthode d'anesthésie. Or, en pratique, elles ne disposent pas toujours de ce choix, puisque certains établissements, imposent notamment la méthode d'anesthésie générale. Celle-ci permettrait d'avoir recours à moins de moyens, étant donné qu'une fois endormie, il n'est pas nécessaire de soutenir psychologiquement la patiente, ce qui pourrait être le cas, au cours d'une anesthésie locale, où la patiente, éveillée, pourrait avoir besoin de soutien pendant la réalisation de l'acte. Plus généralement, les femmes estiment que l'information est insuffisante pour leur

[161]Circulaire nº DGOS/R3/DGS/SPI/2016-243 du 28 juillet 2016 relative à l'amélioration de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (I.V.G.) et à l'élaboration de plans régionaux, in Lamyline, p.3.
[162] AUBIN (C.), JOURDAIN MENNINGER (D.), Rapport de l'IGASS sur la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse, oct. 2009, p. 35 à 64.

permettre d'être autonomes dans le choix du type d'anesthésie lors d'une I.V.G. par voie chirurgicale.[163]

Dans un rapport remis au gouvernement en 1999, il était déjà constaté en France, que le choix de la technique utilisée soit déterminé par la pratique des centres d'I.V.G., avec peu de possibilités de choix pour les femmes. Dix ans plus tard, la situation ne semble pas être fondamentalement modifiée alors même que l'éventail des méthodes théoriquement utilisable s'est accrue avec l'I.V.G. médicamenteuse[164].

Cette absence de choix pour la femme, peut tenir aux installations et au choix organisationnel effectué dans les établissements. L'anesthésie locale s'est beaucoup développée dans les centres qui avaient peu accès au plateau technique avec anesthésie. A l'inverse l'anesthésie générale est majoritaire dans les services de gynécologie obstétrique compte tenu notamment des besoins de formation des jeunes médecins. Toutes les structures hospitalières françaises n'offrent pas l'éventail complet des techniques disponibles pour réaliser les I.V.G. Par exemple à l'Assistance Public-Hôpitaux de Paris, seuls 6 centres sur 20 pratiquent toutes les techniques (Bichat, Lariboisière, Saint-Louis, Saint-Vincent-de-Paul, Bicêtre et Antoine-Béclère) [165]. Au Centre Hospitalier Universitaire de Rouen, les femmes peuvent bénéficier de la méthode médicamenteuse jusqu'à 9 semaines d'aménorrhées. Au-delà, la méthode chirurgicale est privilégiée avec anesthésie générale[166].

Pour autant de façon générale, en France la méthode médicamenteuse est davantage utilisée, et davantage proposée, car efficace et permet de limiter les risques inhérents aux interventions chirurgicales et à l'anesthésie générale. Cette dernière ayant un coût plus important pour la sécurité sociale est moins pratiquée[167].

[163] BOSSER (L.), *Consentement éclairé et méthodes d'I.V.G. : paroles de femmes*, mémoire pour obtenir le diplôme d'état de sage-femme, Université Paris Descartes, Gynécologie et obstétrique, 2010, 87 p-.
[164] AUBIN (C.), JOURDAIN MENNINGER (D.), *Rapport de l'IGASS sur la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse*, oct. 2009, p. 35 à 64.
[165] AUBIN (C.), JOURDAIN MENNINGER (D.), *id*, p. 35 à 64.
[166] Témoignage de l'équipe du centre de planification, CHU de Rouen, jeudi 25 juillet 2019.
[167] AUBIN (C.), JOURDAIN MENNINGER (D.), *id*, p. 35 à 64.

Dans d'autres pays d'Europe, et notamment dans les pays de l'Est, la méthode chirurgicale est au contraire plus utilisée que la méthode médicamenteuse. En effet dans ces pays, le médicament est plus cher que l'intervention chirurgicale, il est donc moins répandu[168].
Ainsi la restriction du choix de la patiente est souvent justifiée aussi par le coût des procédures et dépendra des moyens financiers que l'Etat prodigue au système de santé pour la réalisation des interruptions de grossesse[169].

L'aspect financier possède également un impact au niveau des structures donnant un accès à l'I.V.G. aux femmes.

B. Des difficultés matérielles dans les structures d'accès à l'I.V.G.

Dans toute l'Europe, l'accès à l'I.V.G. est restreint par la disparition ou l'absence de structures délivrant cet accès à l'I.V.G. En effet, certains établissements, tels que des établissements privés de santé en France, ne fournissent aucun accès à l'I.V.G., puisque contrairement aux établissements publics, ils ne sont pas tenus de permettre cet accès. Si les établissements publics de santé sont malgré tout tenus, de donner un accès à l'I.V.G., des contraintes financières peuvent les inciter à supprimer les services d'orthogénie, voire à fermer des maternités entières, restreignant ainsi l'accès structurel et géographique à l'I.V.G. pour les femmes.

Dans certains établissements, l'activité d'interruption de grossesse tient manifestement une place marginale dans les préoccupations des professionnels administratifs et soignants ce qui se traduit par des oublis ou des absences systématiques de planification et d'attribution des locaux et des ressources pour cette activité. Ces choix se répercutent nécessairement sur les conditions de traitement des patientes[170].

Les moyens matériels alloués à 1'I.V.G. sont ainsi parfois insuffisants notamment en termes de capacité d'accueil. Certains établissements connaissent un nombre de lits insuffisants. D'autres,

[168] AUBIN (C.), JOURDAIN MENNINGER (D.), *id*, p. 35 à 64.
[169] AUBIN (C.), JOURDAIN MENNINGER (D.), *Rapport de l'IGASS sur la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse*, oct. 2009, p. 35 à 64.
[170] AUBIN (C.), JOURDAIN MENNINGER (D.), *id*, p. 35 à 64.

ont également des problèmes dans les plages horaires affectées à 1'I.V.G. dans le planning des blocs opératoires.

Les femmes sont parfois confrontées à de nombreux problèmes de circuits et d'organisation des services, à des problèmes de distances à parcourir dans les déserts médicaux (surtout à la campagne) et à des problèmes de fermetures de certains espaces dédiés à l'avortement (maternité).

En France, l'accès à l'I.V.G. subit aussi certaines conséquences de la réforme de financement des établissements de santé et l'impact de la tarification à l'activité. En effet, pour obtenir des financements, les activités les plus rentables sont parfois privilégiées dans certains établissements, et l'I.V.G. n'en fait pas partie, ce qui engendre des fermetures de services ou de maternités[171]. Plus de 130 services pratiquant des I.V.G. ont été fermés entre 2003 et 2013.
Des centaines de centres I.V.G. ont été supprimés entre 2000 et 2007. En France, plusieurs raisons sont émises : à Lannezan la fermeture s'est opérée au vu du faible nombre d'accouchements par an (moins de 300 accouchements par an). A Vire, la structure a été supprimé pour manque de professionnels qui acceptaient de la pratiquer. A Dourda, la sécurité des femmes n'était plus assurée. A Sarlat, la maternité n'avait plus de raison d'être, en l'absence de chirurgie possible.

Le 22 mars 2011, M. Christian Eckert posait ainsi la question au gouvernement de savoir comment continuer à conserver un accès à l'I.V.G. pour les femmes, alors que le rapport de l'IGAS d'octobre 2009 pointait la diminution du nombre d'établissements réalisant des I.V.G. passant de 729 en 2000 à 639 en 2006 sur le territoire français[172].

Dans d'autres pays d'Europe, la femme se heurte également dans la pratique à cet obstacle structurel pour se faire avorter. En Autriche, notamment, l'avortement continue de rencontrer une nette opposition. Dans l'ouest du pays, en particulier, nombre d'hôpitaux et de médecins refusent de pratiquer l'avortement sur demande[173].

[171] BILLARD (M.), *Question n°63003 du 10 nov. 2009 sur l'accès à l'I.V.G.*, Assemblée Nationale, site JO 18 mai 2010, p. 5582 in Lamyline.
[172] ECKERT (C.), *id*, p.6340, in Lamyline.
[173] BLAYO (C.) *L'avortement en Europe*. In: Espace, populations, sociétés, 1989-2. Aspects de la fécondité dans les pays industrialisés - *About fertility in industrialized countries*. p. 225-238.

De manière plus indirecte, les femmes subissent aussi des restrictions dans leur accès à l'I.V.G. puisqu'elles connaissent de difficultés importantes concernant les moyens immatériels permettant cet accès.

Paragraphe 2. Des difficultés de moyens immatériels d'accès à l'I.V.G.

Pour bénéficier d'un plein et entier accès à l'I.V.G., les femmes doivent pouvoir bénéficier de moyens immatériels d'accès, tels que du temps (A), et de l'information(B) sur l'I.V.G. Sans ces facteurs, l'accès à l'I.V.G. est restreint pour la femme.

A. Des difficultés immatérielles de temps dans l'accès à l'I.V.G.

Pour un accès complet à l'I.V.G. les femmes ont souvent besoin de temps, que ce soit pour réfléchir à cette prise de décision non anodine, ou même pour se rendre compte qu'elles sont enceintes. Le temps est primordial dans l'accès à l'I.V.G.

Cependant, en dehors, de la Suède, l'Angleterre et les Pays-Bas, les pays européens imposent un temps relativement court qui correspond globalement aux trois premiers mois de grossesse de la femme. Le délai est parfois jugé trop court pour certaines femmes, qui peuvent rencontrer différents obstacles dans l'accès à l'I.V.G., par exemple pour le simple délai de prise de rendez-vous pour la première consultation.

En France, pour remédier à ces critiques, le délai de réflexion a été supprimé en 2016, afin d'accélérer pour les femmes qui le souhaitent, leur accès à l'I.V.G. Pour autant ce délai de réflexion se maintient encore dans plusieurs pays d'Europe. En Italie, par exemple, le délai de réflexion de 7 jours est maintenu. Cette circonstance peut poser davantage problèmes dans ce pays, où les praticiens qui acceptent encore de réaliser une I.V.G. sont de moins en moins nombreux.

En Belgique, les femmes doivent attendre six jours entre la première consultation et la réalisation de l'I.V.G. Certains hôpitaux souhaitent d'ailleurs assouplir les délais de référence pour l'avortement médicamenteux. Cette réforme permettrait, selon un hôpital, « *de répondre*

aux demandes croissantes d'interruptions de grossesse »[174]. Dans les faits et particulièrement pour ce qui concerne les délais, la loi n'est pas toujours respectée : « *Dans la pratique, dans notre prise en charge et notre approche des patientes, nous ne tenons pas compte des nombreuses idioties contenues dans cette loi* », affirmait Carine Vrancken, Présidente de l'union des centres d'avortements néerlandophones au sein du Rapport de 2012 de la commission nationale d'évaluation de l'I.V.G.[175].

Lorsque le délai de douze semaines est dépassé, certains médecins disent « *s'arranger* » pour « *ne pas envoyer les femmes en Hollande* » et leur permettent d'avorter malgré le non-respect des conditions strictes prévues pour un avortement tardif.
Ainsi, en Belgique, certains professionnels reconnaissent ne pas toujours être dans la stricte légalité, pour permettre malgré tout un accès à l'I.V.G. à la femme qui aurait dépassé légèrement le délai[176].

Au contraire en Pologne, le temps est manipulé par les professionnels pour empêcher les femmes d'avoir un accès à l'I.V.G. Les nombreux retardements et prolongations s'avèrent souvent opérés pour dépasser les délais légaux et faire tomber de nouveau l'avortement dans l'illégalité[177].

Confrontées à des difficultés d'accès aux services légaux d'avortement dans leur pays, les femmes recourent alors souvent à des moyens de contournement. Une des stratégies adoptées consiste à se déplacer vers des pays ou des régions proches dans lesquels le contexte légal est plus favorable, soit parce que les lois sont plus permissives, soit parce que les délais autorisés sont plus longs. Ainsi, l'Angleterre et les Pays-Bas connaissent encore aujourd'hui d'importants flux d'étrangères arrivant sur leur territoire afin de se faire avorter[178].

[174] Rapport de 2012 de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, p. 59 ; Dossier de l'Institut Européen de Bioéthique de Bruxelles, *Avortement : 28 ans d'application de la loi en Belgique*, p.14.
[175] Rapport de 2012 de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, p. 59 ; Dossier de l'Institut Européen de Bioéthique de Bruxelles, *id.*, p.15-16.
[176] Rapport de 2012 de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, p. 59 ; Dossier de l'Institut Européen de Bioéthique de Bruxelles, *id.*, p.15-16.
[177] WALCZAK (C.), *La CEDH et l'avortement, étude comparée,* mémoire, 2012-2013, p. 51.
[178] GUILLAUME (A.), ROSSIER (C.), *L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences*, Population, vol. 73, no. 2, 2018, p.245.

La question des délais est donc souvent problématique aujourd'hui pour les femmes dans l'accès à l'I.V.G. Si la limitation de l'accès à l'I.V.G. par un délai, est jugée nécessaire pour la plupart des pays, celle-ci peut parfois aboutir à priver la femme de tout accès à l'I.V.G. et donc la contraindre à accoucher.

Les difficultés immatérielles connues par la femme, ne concernent pas que les contraintes de temps mais englobent aussi le manquement d'information sur l'accès à l'I.V.G.

B. Des difficultés immatérielles dans l'information sur l'accès à l'I.V.G.

Les femmes en Europe connaissent aujourd'hui des difficultés pour accéder à l'information concernant l'I.V.G. En effet, certaines femmes sont insuffisamment informées sur le processus d'I.V.G. ainsi que sur les structures ou professionnels qui la pratiquent[179].

En France, existe notamment le problème des sites internet à l'apparence sérieuse, mais qui en réalité représentent un réel danger de désinformation. Par exemple le site « *IVG.net* » n'est pas un site objectif d'information sur l'I.V.G., mais vise plutôt à contourner son accès par une information trompeuse.

Pour la réalisation de l'I.V.G., par exemple, la possibilité de choisir la méthode et le mode d'anesthésie associé doit être encouragée le plus possible. Or, une étude réalisée par Laureline BOSSER, sage-femme, montre que peu de femmes sont informées des pratiques inhérentes aux différents établissements de soins avant leur arrivée au sein de l'hôpital où elles seront prises en charge. Les femmes adaptent souvent leurs choix aux possibilités du centre d'orthogénie dans lequel elles s'adressent en premier lieu. Les patientes estiment ensuite en majorité que l'information qui leur est donnée correspond à leurs attentes pour pouvoir choisir la méthode. En revanche, les femmes pensent que cette information est insuffisante pour leur permettre d'être autonomes dans le choix du type d'anesthésie lors d'une I.V.G. par voie chirurgicale. Le consentement éclairé des femmes à la réalisation d'une méthode d'I.V.G. n'est donc pas encore suffisamment pris en compte dans le système de soins. La diversité de l'offre de soins nécessite que les patientes soient informées en amont sur le déroulement d'une I.V.G. et s'orientent selon

[179]Circulaire nº DGOS/R3/DGS/SPI/2016-243 du 28 juillet 2016 relative à l'amélioration de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (I.V.G.) et à l'élaboration de plans régionaux, in Lamyline, p.3.

les pratiques des centres. Le premier professionnel de santé rencontré en ville est l'interlocuteur privilégié qui permet l'élaboration d'un choix éclairé pour les femmes[180].

En Allemagne, l'article 219a du code pénal prévoit que « *toute personne, qui en public ou par ses écrits, (…) propose ou promeut ses services ou ceux d'un tiers pour effectuer ou encourager un avortement (…), est passible d'une peine de privation de liberté allant jusqu'à deux ans ou d'une contravention* ». Cet article, ajouté au code pénal par Adolf Hitler, quelque mois après son arrivée au pouvoir est aujourd'hui toujours d'actualité. De nombreuses condamnations ont été prononcées par les juges allemands, au visa de cet article. En novembre 2017, le tribunal de Giessen (Hesse) a ainsi condamné Kristina Hänel, un médecin généraliste à 6 000 euros d'amende pour avoir indiqué, sur le site de son cabinet, qu'elle réalisait des I.V.G. Au vu de cette affaire, de nombreuses oppositions se sont élevées contre cet article, tendant à sa suppression. Pourtant, faute de majorité, ce projet n'a pu être amené à son terme, et cette interdiction, en Allemagne, est aujourd'hui toujours en vigueur et prive de nombreuses femmes de l'information sur l'I.V.G.[181].

De plus, certains pays manquent de données sur l'I.V.G. pour pouvoir évaluer la situation et mettre en œuvre ensuite des plans d'action. En France, le gouvernement manque de données quantitatives et qualitatives concernant notamment les mineures procédant à une I.V.G. sans le consentement de leurs parents, les I.V.G. récurrentes, le vécu de l'I.V.G. par les femmes essentiellement en fonction de la méthode utilisée et concernant le déroulement de l'I.V.G. en ville[182].

Pourtant, il est important d'obtenir des données fiables dans ce domaine car peu de questions de santé publique mettent autant en jeux des points de vue personnel, éthique, religieux, philosophiques, moraux et politiques. En matière d'I.V.G., la situation où les partis pris et les impressions subjectives souvent forgées à partir de cas particuliers tendent à l'emporter sur l'analyse objective des données de fait reflète au-delà de l'imperfection des statistiques qui n'est pas propre à l'I.V.G. la spécificité d'un sujet pas tout à fait comme les autres.

[180] BOSSER (L.), *Consentement éclairé et méthodes d'I.V.G. : paroles de femmes*, mémoire pour obtenir le diplôme d'état de sage-femme, Université Paris Descartes, Gynécologie et obstétrique, 2010, 87 p-.
[181] WIEDER (T.), *L'avortement, enjeu de tractations au sein de la coalition allemande*, le Journal le Monde en ligne, 19 décembre 2018.
[182] AUBIN (C.), JOURDAIN MENNINGER (D.), Rapport de l'IGASS sur la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse, oct. 2009, p. 35 à 64.

Plus généralement, concernant l'Europe, Chantal BLAYO classe les pays en cinq grandes catégories en matière d'accès à l'information sur l'I.V.G. La première catégorie regroupe les pays où n'existe aucune donnée et pour lesquels il n'existe aucun moyen indirect d'estimer le nombre d'avortements pratiqués. Il s'agit de l'Albanie, la Grèce, le Luxembourg, le Portugal et de la Roumanie après 1983. La deuxième catégorie regroupe les pays où l'avortement est pénalisé mais pour lesquels il est possible d'estimer le nombre d'avortements pratiqués illégalement dans le pays ou des déclarations d'avortements pratiqués à l'étranger (avant 2018, il s'agissait surtout des Irlandaises qui partaient avorter en Angleterre ou pays de Galles). La troisième catégorie comprend ceux dans lesquels il existe un enregistrement systématique mais encore incomplet ou des statistiques partielles. La quatrième catégorie regroupe à la fois des pays qui possèdent des estimations assez fiables du sous-enregistrement (Espagne, France, Italie, notamment.) et des pays où il n'existe pas d'estimation du nombre total d'avortements pratiqués (Autriche et Suisse. Enfin, la dernière catégorie comprend ceux où il existe des enregistrements *a priori* complets (la plupart des pays restant)[183].

De nombreuses difficultés immatérielles ou matérielles privent ainsi les femmes d'un accès plein et entier à l'I.V.G. en Europe aujourd'hui. Elles sont sans cesse confrontées à des manques de moyens des établissements voire des Etats pour leur laisser le choix dans les méthodes et pour leur consacrer un véritable droit à l'I.V.G. effectif. Leurs difficultés ne se limitent pourtant pas à ce manque de moyens, mais proviennent aussi et surtout des personnes.

SECTION II. DES DIFFICULTES CONCERNANT LES PERSONNES DANS L'ACCES A L'I.V.G. EN EUROPE

Des difficultés d'ordre personnel peuvent également compliquer l'accès à l'I.V.G. pour les femmes. L'acte d'avorter engendre des questions d'ordre moral, et fait appel à la conscience de chacun des acteurs participant à la réalisation de cet acte.

Simone Veil, lors de son fameux discours prononcé devant l'Assemblée Nationale en 1974, mentionnait déjà le fait qu'« *aucune femme ne recourt de gaieté de cœur à l'avortement. Il suffit*

[183] BLAYO (C.), *L'avortement en Europe*. In: Espace, populations, sociétés, 1989-2. Aspects de la fécondité dans les pays industrialisés - About fertility in industrialized countries. P. 228.

d'écouter les femmes. C'est toujours un drame... »[184]. L'avortement ne constitue pas un acte anodin pour la femme, qui non seulement doit prendre sa propre décision, mais doit en plus subir parfois le jugement d'autres personnes, telles que le conjoint, les parents ou encore le professionnel, voire même d'une partie de la société.
De plus, l'acte d'avorter, est un acte de soin, qui ne peut être réalisé que par des professionnels de santé. La femme est donc subordonnée dans les faits à la volonté du professionnel. Même si celui-ci doit par principe faciliter l'accès des femmes à l'I.V.G. par sa fonction, il n'est jamais tenu de pratiquer une I.V.G. et peut donc invoquer sa clause de conscience.

En effet, comme l'I.V.G. concerne les prémices de la vie, la plupart des pays d'Europe autorisent les professionnels à invoquer cette clause, leur permettant de refuser d'accomplir un acte, et donc de servir une patiente qui demanderait l'I.V.G. Cependant, l'existence même de cette clause entraîne de nombreuses dérives. Dans certains pays, elle est invoquée par trop de professionnels, ce qui prive littéralement beaucoup de femmes d'un accès l'I.V.G.

De nombreuses difficultés concernant les personnes participant à la réalisation de l'I.V.G. privent les femmes d'un accès plein et entier à l'I.V.G. Ces difficultés concernent essentiellement les femmes qui demandent accès à l'I.V.G. et sont soit des difficultés personnelles propres à l'acte d'avorter (A.), soit des difficultés personnelles propres aux professionnels qui réalisent l'I.V.G. (B).

Paragraphe 1. Des difficultés personnelles propres à l'acte d'avorter

L'interruption volontaire de grossesse pose à la femme de nombreuses difficultés d'un point de vue personnel. Il s'agit d'abord d'un acte douloureux et psychologiquement difficile (A). Puis il s'agit aussi d'un acte encore mal jugé par la société (B).

A. Un acte douloureux et psychologiquement difficile pour la femme

L'acte d'avorter est un acte qui peut être douloureux pour la femme. Lors d'une I.V.G. médicamenteuse, la femme peut ressentir des douleurs physiques au moment de la prise de

[184] VEIL (S.), *Discours sur la présentation du projet de loi sur la dépénalisation de l'avortement,* Assemblée Nationale, le 26 novembre 1974.

médicaments. Lors d'une I.V.G. chirurgicale, peu importe la méthode d'anesthésie, les patientes peuvent ressentir des douleurs post-opératoires, et peuvent aussi vivre le moment difficilement émotionnellement, notamment lors d'une intervention sous anesthésie locale, puisqu'elles vivent le moment en direct.
La douleur physique peut être plus importante, lorsque la grossesse est avancée. La douleur psychologique peut exister à tout moment et même, persister encore longtemps après la réalisation de l'avortement.

La douleur, comme le vécu des femmes est pourtant encore insuffisamment prise en compte aujourd'hui.

En France, la Haute Autorité de Santé (H.A.S.) a pu souligner notamment que l'I.V.G. médicamenteuse était responsable de douleurs modérées à sévères pour plus de 50 % des femmes. Ces douleurs sont liées principalement à l'utilisation des Prostaglandines. De plus, elle a déclaré que lors des avortements par aspiration, c'est-à-dire dans le cas d'une intervention chirurgicale, environ le tiers des patientes estime que la technique d'anesthésie locale par « *bloc para cervicale* », ne prévient pas forcément la survenue de douleurs importantes.

La question de la douleur est également particulièrement importante pour les I.V.G. réalisées en ville. Bien que celles-ci s'effectuent sous la surveillance d'un professionnel de santé, la femme risque d'être confrontée à la douleur à son domicile, sans la présence de professionnels.

En plus de la douleur, il existe aussi les effets secondaires de cette technique de I.V.G. médicamenteuse nécessitant en tout état de cause une organisation et des locaux adaptés au-delà des seuls aspects physiologiques. L'I.V.G. demeure un évènement difficile à vivre sur le plan psychologique. Cependant, cette dimension, si elle est volontiers mise en avant, manque d'éclairage objectif et scientifique. Le vécu et la satisfaction des femmes sont peu questionnés, ce qui reflète sans doute à la fois une faible valorisation du sujet et les difficultés spécifiques de son approche. Comme le constate la H.A.S. il existe peu de données concernant le retentissement psychologique de l'I.V.G.[185].

[185] AUBIN (C.), JOURDAIN MENNINGER (D.), *Rapport de l'IGASS sur la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse*, oct. 2009, p. 35 à 64.

Au-delà des douleurs que peut ressentir chaque femme, celles-ci doivent composer avec une vision parfois encore très archaïque de la société, et notamment des personnes présentes dans leur entourage.

B. Un acte encore mal jugé par la société et par les proches

La femme connait des difficultés personnelles, provenant de pressions extérieures, subies notamment par des proches. Elles connaissent également des jugements de personnes extérieures, que ce soit des professionnels de santé, ou même parfois plus largement, de la société toute entière.

Les femmes peuvent subir des pressions psychologiques de la part de leur proches, qui leur font alors obstacle. L'I.V.G. est un acte légal dans de nombreux pays, mais reste pourtant empreinte de connotations morales négatives au sein de la société. Dans de nombreux témoignages de femmes ayant subi une I.V.G. on peut lire, qu'elles ne veulent pas forcément que cela se sache, que l'acte doit rester secret car il s'agirait d'un acte honteux. Elles peuvent vivre parfois cet épisode dans la solitude et mettent un tabou autour de leur histoire pour éviter tout jugement ou incompréhension de leur proche.
Le secret conservé autour de l'interruption de grossesse permet aussi à certaines femmes (notamment les mineures) d'éviter d'éventuelles pressions de la part de leur compagnon ou de leurs parents. Le recours à l'I.V.G. peut nuire à l'image sociale de la personne et entre autre entraver une carrière professionnelle, surtout pour celles qui sont censées connaitre l'utilisation des moyens de contraception (soignantes, médecins,)[186].

Les femmes peuvent aussi subir des jugements de la part du monde médical et paramédical dans leur accès à l'I.V.G. Les médecins, les gynécologues ou encore le personnel soignant représentent des interlocuteurs incontournables puisque sans eux l'I.V.G. ne peut être pratiquée. La patiente peut donc être confrontée à certains professionnels qui les jugent. Certaines trouvent soutien et réconfort auprès de ces praticiens, d'autres se heurtent à des réactions très critiques[187]. Dans certains témoignages, des femmes estiment avoir fait l'objet de pressions de la part du médecin consulté. Ces médecins, détiennent un pouvoir sur les femmes qui sont prêtes parfois à passer outre les jugements et d'éventuelles tentatives de dissuasion, pourvu que l'I.V.G.

[186] DIVAY (S.), *L'avortement : une déviance légale*, Déviance et Société, 2004, Vol. 28, No 2, pp. 199 à 201.
[187] DIVAY (S.), *id.*, p. 199 à 201.

puisse avoir lieu. L'ensemble de ces éléments démontre que l'I.V.G. demeure, toujours un choix et un acte problématiques. Comme le souligne François-André Isambert, « *en tant qu'objet conflictuel, l'avortement se trouve au cœur d'une série de tensions autour des conceptions de la vie, des rapports entre le droit et la morale, de l'éthique sexuelle, du statut de la femme, de la rationalité des décisions procréatives et du rôle de l'institution médicale* » (Isambert, 1982, 380). Pour certains auteurs, l'I.V.G. relève « *d'un type de déviance morale légale qui expose les femmes à des formes de sanction non institutionnelles* »[188].

De nombreux mouvements pro-life voient le jour un peu partout en Europe et dans le monde, notamment aux Etats-Unis. Le mouvement célèbre, né aux Etats-Unis, LIVE ACTION, forme régulièrement de jeunes activistes pro-life en Angleterre en leur apprenant à utiliser les médias de manière stratégique afin de dévoiler le traitement « *inhumain* » subi par les femmes qui avortent. La sphère d'influence de ces mouvements ne se limite pas, par ailleurs, à l'Europe Occidentale. En effet, en 2011, le Parlement russe a adopté une loi très restrictive en matière d'accès à l'avortement, qui oblige, entre autres, les cliniques à informer les patientes de tous les éventuels effets indésirables de l'interruption de grossesse[189].

La réprobation est globale encore aujourd'hui et même dans les sociétés où sa pratique est fréquente. De nombreuses personnes s'indignent encore face à l'interruption volontaire de grossesse, n'est pas encore totalement acceptée par la société moderne. Elle est par exemple encore sous-représentée dans l'art et la culture : elle n'existe ni dans les objets, ni dans les images, ni dans les sociétés primitives ou traditionnelles, ni dans la peinture. Peu de récits en dehors de témoignages, portent aujourd'hui sur l'avortement. L'I.V.G. était pourtant une pratique très courante jusqu'à la légalisation et le développement des méthodes de contraception.[190]

Ainsi l'I.V.G. est encore un acte fortement contesté par certains, et ces contestations constituent de véritables difficultés d'accès à l'I.V.G. pour les femmes aujourd'hui encore.

[188] DIVAY (S.), *ibid*, p. 199 à 201.
[189] MANCINI (S.), *L'avortement au temps de la mondialisation*, Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences, 2017/4 Vol. 28, p.38.
[190] NISAND (I.), ARAUJO-ATTALI (L.) et SCHILLINGER-DECKER (A.-L.), *L'I.V.G.*, Que sais-je ?, éd. PUF, 1ère éd., 2012, p. 3.

Des difficultés personnelles peuvent provenir aussi et plus précisément des professionnels qui pratiquent l'I.V.G.

Paragraphe 2. Des difficultés personnelles propres aux professionnels qui pratiquent l'I.V.G.

Dans la plupart des pays d'Europe, les professionnels de santé censés pratiquer l'I.V.G., ont la possibilité de refuser de la réaliser, en invoquant une clause de conscience. Ils doivent néanmoins, la plupart du temps, réorienter la femme vers un confrère ou une consœur qui le pratique, pour ne pas priver totalement l'accès des femmes à l'I.V.G.

Aujourd'hui, de nombreux professionnels invoquent cette clause. Certains pays n'offrent plus qu'un accès à l'I.V.G. très limité, du fait de l'invocation importante de cette clause. En Italie, 70% des médecins invoquent leur clause de conscience, et même jusqu'à 90 % dans le sud de l'Italie ce qui restreint considérablement l'accès à l'I.V.G. et entraîne un retour majeur des avortements clandestins. Selon le ministère de la Justice italien, en 2008, 20 000 femmes auraient avorté clandestinement et le chiffre s'élèverait à 40 000 en 2013 notamment en raison de l'objection de conscience[191].

De plus, l'I.V.G. souffre aujourd'hui d'une faible valorisation de l'activité. En effet, l'acte d'I.V.G. n'est pas valorisé par les gouvernements, ce qui repousse l'investissement des professionnels dans cette activité.

Les femmes subissent ainsi des restrictions parfois sévères, dans leur accès à l'I.V.G. par l'attitude des professionnels qui ne s'investissent encore trop peu dans la réalisation des I.VG. Essentiellement en invoquant directement la clause de conscience (A) mas aussi plus généralement par leur désintérêt dans cette activité peu valorisée (B).

A. Une clause de conscience : un refus de s'investir pour les professionnels

[191] DUCHENE (L.), FONTANA (M.), PONTICELLI (A.), VAUGELADE (A.), WAJEMAN (L.), LALANDE (A.), *L'I.V.G., quarante ans après*, Association Vacarme, site cairn-info, n°67, 2014, p.3.

La clause de conscience permet aux professionnels de santé de refuser de pratiquer un acte pour respecter leur conscience et conviction les plus profondes. Une clause de conscience est admise pour de nombreux professionnels par la plupart des pays d'Europe.

Il s'agit d'un compromis entre les gouvernements qui libéralisent l'I.V.G. et les professionnels qui résistent parfois à cette libéralisation et souhaitent conserver leur liberté d'action dans les actes qui concernent les prémisses de la vie. La clause de conscience pose la question de la conciliation entre la liberté de conscience du professionnel de santé et le droit de la femme de disposer de son corps et de son droit d'accès à l'I.V.G. En prévoyant cette clause dans leur loi, la plupart des pays européens laisse la liberté au médecin face au droit de la femme, même si cette clause de conscience reste généralement encadrée par les législateurs.

En France, aucun professionnel de santé « *n'est jamais tenu de pratiquer (ni de concourir à) une interruption volontaire de grossesse mais (en ce qui concerne le praticien à qui la demande est faite), il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens ou de sages-femmes susceptibles de réaliser cette intervention* (…) », (article L 2212-8 du Code de la santé publique). De même, « *un établissement de santé privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux*. » mais « […] *ce refus ne peut être opposé par un établissement de santé privé habilité à assurer le service public hospitalier que si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux* »[192].

En Allemagne, la loi reconnaît également au médecin le droit de refuser d'effectuer une interruption de grossesse sauf si la vie de la mère est en jeu. En Belgique, le praticien sollicité doit informer la femme enceinte de son refus dès la première visite. En Italie, le personnel sanitaire peut recourir à la clause de conscience par une déclaration préalable mais ne peut l'invoquer si son intervention est indispensable pour sauver la vie de la mère en cas de péril imminent.

[192] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *L'interruption volontaire de grossesse, législation comparée*, note de synthèse réalisée à la demande de Madame Françoise Laborde, Sénatrice de Haute-Garonne, mai 2017, p. 9.

Pour autant l'encadrement de la clause de conscience n'empêchent pas les professionnels de l'invoquer. Certains établissements publics en France peinent à permettre cet accès à l'I.V.G. pourtant garanti par la loi, par manque de professionnels acceptant de réaliser ces avortements.

De même, cette clause n'est pas toujours alléguée dans le respect des règles. Certains professionnels invoquent cette clause partiellement, et pratiquent ainsi des avortements sélectifs conduisant alors à une rupture d'égalité dans l'accès aux soins des femmes. D'autres, se contentent de refuser la pratique de l'I.V.G. sans réorienter correctement la patiente vers des confrères qui la pratiquent réellement. D'autres encore, ne l'invoquent que tardivement, restreignant alors le délai légal d'accès à l'I.V.G. Ainsi des abus existent notamment en Pologne, mais aussi dans beaucoup de pays, comme en France.

Pour autant, la clause de conscience ne fait pas l'unanimité en Europe. En Suisse, des dispositions relatives à la clause de conscience peuvent exister au niveau des cantons, mais sont absentes au niveau fédéral[193]. La Suède est l'un des seuls pays d'Europe où la clause de conscience n'existe pas. En effet, la loi ne comporte pas de « *dispositions spécifiques permettant à un médecin ou à un membre du personnel de santé d'invoquer une clause de conscience* »[194]. « *Un médecin qui ne veut pas pratiquer d'I.V.G. doit exercer une autre spécialité que la gynécologie ou l'obstétrique* »[195].

Néanmoins, elle reste légale dans la plupart des autres pays d'Europe.

Depuis la dépénalisation progressive de l'I.V.G., des années 1970 à 2010, dans les pays d'Europe de l'Ouest, le refus de soin des médecins, opposant la clause de conscience à la demande de soin I.V.G., n'a pas diminué. Au contraire, elle n'a cessé d'augmenter. Plus de 90% des médecins catholiques pratiquant leur religion au travail, refusent de pratiquer l'I.V.G. provoquant, *de facto*, l'impossibilité d'accéder à la demande de soin des patientes dans plusieurs régions au Portugal, en Italie et en Espagne[196].

[193] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *L'interruption volontaire de grossesse, législation comparée*, note de synthèse réalisée à la demande de Madame Françoise Laborde, Sénatrice de Haute-Garonne, mai 2017, p. 66.
[194] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, id, p.15 -16.
[195] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, id, p.62.
[196] BIERONSKI (E.), *op. cit*., p. 62.

L'accès à l'I.V.G. dépend donc avant tout des professionnels, et surtout des médecins chefs de service. En effet, si le chef de service de gynécologie et du planning familial est opposé à l'I.V.G., son hostilité rejaillira sur l'équipe. De même un directeur de clinique réfractaire à l'I.V.G. refusera qu'il soit pratiqué des I.V.G. au sein de son établissement.

Mais, au-delà de ces nombreux professionnels opposés à l'I.V.G., cette activité connait plus généralement, un désintérêt manifeste par ceux qui la pratiquent.

B. Une faible valorisation de l'activité : un désintérêt des professionnels

L'activité d'interruption volontaire de grossesse n'intéresse pas toujours les professionnels. En effet, il existe des difficultés de recrutement du personnel pour réaliser et accompagner les I.V.G. L'activité d'I.V.G. est peu valorisée tant sur le plan financier que sur le plan professionnel.

En France notamment, la place de cette activité est généralement limitée dans la formation des médecins généraliste ou gynécologue. Même s'ils n'interviennent pas directement dans l'activité de l'I.V.G., ils peuvent être confrontés au cours de leur pratique à cette question et doivent au moins avoir la capacité d'accueillir et d'orienter leurs patientes demandeuse d'une I.V.G. Pourtant l'organisation des études médicales réserve une place limitée à la question de l'I.V.G. Le nombre d'heures consacrées dans le cursus universitaire aux questions d'orthogénie reste faible et la place accordée à ces thèmes au cours du résidanat est très inégale d'une faculté de médecine à l'autre. Si l'I.V.G. est abordée, elle l'est essentiellement sous l'angle de la pathologie et des complications auxquelles les praticiens sont très rarement confrontés. Mais ces derniers ne sont pas ou encore peu, préparés à l'accueil, l'écoute, la prise en charge des femmes demandeuses d'I.V.G., ainsi qu'à l'explication des différentes méthodes[197].

Une enquête réalisée auprès de généralistes d'un département d'Ile de France sur leurs connaissances et pratiques face à une demande d'I.V.G., mettait en évidence des lacunes importantes dans l'information des médecins notamment concernant le contexte légal de l'avortement. En effet, seulement 34% des médecins praticiens interrogés connaissent le délai

[197] AUBIN (C.), JOURDAIN MENNINGER (D.), *Rapport de l'IGASS sur la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse*, oct. 2009, p. 35 à 64.

maximum permettant de réaliser une I.V.G. en France et la majorité ignorait que le consentement parental n'est plus obligatoire pour une jeune femme mineure[198].

Ainsi, si beaucoup de professionnels sont réfractaires aujourd'hui face à l'I.V.G., il devient urgent de repenser l'accès à l'I.V.G. en Europe, pour rendre le droit à l'avortement des femmes plus effectif.

[198] AUBIN (C.), JOURDAIN MENNINGER (D.), *Rapport de l'IGASS sur la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse*, oct. 2009, p. 35 à 64.

CHAPITRE II. DES REMEDES AUX DIFFICULTES D'ACCES A L'I.V.G. EN EUROPE

L'ensemble des difficultés actuelles rencontrées par les femmes dans l'accès à l'I.V.G., amène à repenser cet accès des femmes à l'avortement. Des remèdes aux difficultés doivent être recherchés.

La vision de l'I.V.G. bien qu'encore trop négative parfois, tend à être modifiée. S'il s'agit d'un acte réalisé afin de préserver le choix de la femme de ne pas avoir d'enfant, il doit avant tout être opéré en accompagnant la femme dans sa démarche. Parce qu'il s'agit d'un acte difficile, la femme a surtout besoin d'être accompagnée aussi bien physiquement que moralement par la société, les professionnels, et même ses proches.

En plus de cet accompagnement, si l'acte d'I.V.G. « répugne » encore trop de personnes, il devrait être davantage prévenu plutôt que réprimé. En effet, si l'acte est jugé voire empêché au moment où la femme en a besoin, cela n'empêche pas les femmes de recourir à ce moyen clandestinement, et la scission se creuse davantage entre les mouvements pro-avortements et contre-avortements. La prévention des I.V.G. pourrait être une solution, par l'enseignement d'une meilleure éducation sexuelle, et une meilleure information sur les méthodes de contraception auprès des femmes.

En Suisse, par exemple, l'accès à l'I.V.G. ne pose pas de difficultés ou très peu, puisqu'il s'agit d'un pays qui pratique peu d'I.V.G., du fait de sa très bonne prévention. Et lorsqu'elle est pratiquée, la femme est accompagnée tout au long du processus par différents acteurs, qui l'appuient dans sa décision, et lui apportent un soutien pour l'avenir afin d'éviter la nécessité d'une nouvelle interruption de grossesse. La prise en charge de l'I.V.G. en Suisse a été qualifiée de meilleure prise en charge au monde par l'Organisation Mondiale de la Santé En outre, ses méthodes prisées d'offre de soin I.V.G. font régulièrement l'objet d'études dans les cliniques privées de tous les pays qui souhaitent augmenter la performance de leurs soins I.V.G.[199].

[199] BIERONSKI (E.), op. cit., p. 59.

Ainsi pour remédier aux difficultés des européennes dans l'accès à l'I.V.G., les remèdes efficaces sont d'une part la prévention (section 1) afin d'éviter à la femme de devoir en arriver à la pratique d'une interruption de grossesse, et d'autre part, en cas d'échec de la prévention, l'accompagnement (section 2), afin d'aider la femme à gérer au mieux cette situation et à conserver sa liberté de choix.

SECTION I. UNE MEILLEURE PREVENTION DE L'I.V.G. COMME REMEDE

Si pour certaines femmes, l'avortement peut ne pas avoir de retentissement, pour beaucoup, il s'agit d'un acte difficile et marquant. Le but des pouvoirs publics reste surtout de prévenir toute interruption de grossesse chez les femmes et d'améliorer cette prévention.

Afin de remplir cette mission de prévention, les gouvernements tentent de renforcer l'éducation à la sexualité, notamment chez les plus jeunes femmes en s'adressant aux mineures dans les collèges et lycées.

Si le rôle de l'Etat n'est pas de s'investir dans la vie privée et sexuelle des femmes, celui-ci s'investit pourtant afin de permettre une prévention unifiée à l'ensemble des femmes susceptibles d'avoir recours un jour à l'I.V.G., en passant par une information large et en même temps personnalisée sur la contraception.

La prévention des I.V.G. est ainsi différente selon qu'elle s'adresse aux femmes mineures (Paragraphe 2) ou aux femmes majeures (Paragraphe 1).

Paragraphe 1. Une meilleure prévention de l'I.V.G. pour la femme majeure

Si « *aucune femme ne recourt de gaieté de cœur à l'avortement* », comme le précisait déjà Simone Veil lors de son discours pour la présentation de son projet de loi sur la dépénalisation de l'avortement devant l'Assemblée Nationale en 1974, il est important de prévenir cet acte qui peut être parfois dramatique. Le remède principal aux difficultés rencontrées par les femmes est la prévention des I.V.G. Cette prévention passe notamment pour toutes les femmes par une information claire et complète des moyens de contraception.

La question de la contraception est très importante pour la femme à toute âge, dès qu'elle commence à avoir une vie sexuelle et jusqu'à sa ménopause. Il s'agit d'un moyen pour la femme de prévenir toute grossesse non désirée.

L'accès à la contraception est très important pour la femme qui n'a jamais eu à subir une I.V.G. (A) mais est aussi importante, voire plus, pour la femme qui a déjà eu recours à l'I.V.G. (B).

A. Un meilleur accès à la contraception avant tout recours à l'I.V.G.

Les professionnels de santé ont un rôle essentiel dans l'information sur la contraception envers les femmes, puisque cette information peut permettre de les aider à éviter une grossesse non désirée, pouvant conduire à une interruption anticipée de la grossesse. Cependant, cette information doit être adaptée à chaque femme. Le professionnel de santé ne peut se contenter de délivrer une information globalisée. Les femmes n'ont pas toutes les mêmes besoins en matière de contraception, ni la même façon de fonctionner. Elles peuvent se trouver dans une situation psychologique, affective, ou sociale particulière, nécessitant un bon entourage par les professionnels et une information adaptée sur les méthodes de contraception à sa disposition.

Les pouvoirs publics doivent veiller à la diffusion de la meilleure information possible, et à l'amélioration de la qualité des informations fournies, par exemple grâce à la systématisation des enquêtes régulières, ou au recueil d'avis des patientes.

De nombreux moyens de contraception existent aujourd'hui et permettent de prévenir une grossesse. S'ils sont nombreux, ils ne sont pas tous aussi efficaces. Les dispositifs intra-utérins, les pilules contraceptives ou encore le préservatif sont les plus utilisés (notamment en France) car jugés comme étant les plus efficaces. Pourtant, d'autres méthodes existent et peuvent convenir davantage à certaines femmes, que ce soit le patch contraceptif, l'implant, l'anneau vaginal… autant de moyens de contraception qui peuvent être plus ou moins adaptés pour la femme. Le rôle du praticien est alors d'identifier chercher avec la patiente quelle méthode peut lui convenir au mieux afin d'éviter toute grossesse et de lui délivrer cette contraception de manière permanente si elle le souhaite.

Dans certains pays, la question de la délivrance de la pilule du lendemain peut faire débat.

En dehors de Malte, où elle n'a été autorisée que très tardivement, la plupart des autres pays européens permettent un accès à cette contraception d'urgence par les femmes.

En Allemagne, la pilule du lendemain est disponible en pharmacie et depuis le 15 mars 2015, elle peut être achetée sans prescription médicale. En Belgique, elle est en vente libre dans les pharmacies et disponible gratuitement dans les centres de planning familial. En Suède, « *La contraception d'urgence est accessible sans prescription médicale* ». Il en est de même en Suisse[200].

En revanche, en Italie, elle ne peut être achetée sans prescription médicale que par les majeures et seulement depuis le mois de mai 2015, année au cours de laquelle le nombre de ventes a atteint 83 346 contre 16 796 en 2014. En Pologne, le Gouvernement a obtenu le vote d'une disposition soumettant la délivrance de la contraception d'urgence à l'obtention d'une ordonnance[201].

Ainsi, si la contraception est aujourd'hui de plus en plus accessible, elle doit néanmoins être davantage accessible aux femmes pour prévenir l'I.V.G.

De même, si la femme a déjà eu recours à l'I.V.G., la question de la contraception est encore plus importante, puisque cette première I.V.G. peut supposer que la contraception utilisée ne correspondait pas à la femme, et qu'il est important de la réadapter afin de prévenir toute nouvelle interruption de grossesse.

B. <u>Un meilleur accès à la contraception post-I.V.G.</u>

Si la femme a déjà eu recours à l'I.V.G., il semble important d'éviter toute réitération de l'acte, qui constitue une certaine épreuve pour la femme. Il est important de l'aider à éviter toute nouvelle grossesse non désirée, et de prévenir davantage tout nouveau recours à l'I.V.G.

[200] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *L'interruption volontaire de grossesse, législation comparée*, note de synthèse réalisée à la demande de Madame Françoise Laborde, Sénatrice de Haute-Garonne, mai 2017 p.63.
[201] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *id*. p. 68.

alors qu'elle a déjà dû en subir un. Pour cela il est important de l'aider à trouver une contraception qui lui convienne et qui lui soit efficace. L'accumulation d'I.V.G. n'est pas souhaitable avant tout pour la patiente, qui doit à la fois affronter cet acte médical physiquement et psychiquement, renforçant parfois, son sentiment de culpabilité face à l'échec de sa contraception non maîtrisée, mais n'est pas non plus souhaitable d'une façon plus générale pour la société.

En effet, une répétition d'I.V.G. signifierait un échec de la part du professionnel dans sa mission de délivrance d'information sur les moyens de contraception envers sa patiente, mais signifie également l'échec des pouvoirs publics dans l'éducation des patients ainsi que dans ses missions de prévention et de santé publique.

La possibilité d'une nouvelle grossesse existe immédiatement après une I.V.G. Aussi est-il souvent nécessaire d'utiliser un moyen contraceptif juste après l'intervention et d'informer les femmes immédiatement après l'intervention d'interruption de grossesse. Aucune méthode n'est contre-indiquée après une I.V.G. (sauf le dispositif intra-utérin (DIU), en cas d'épisode infectieux lors de la première l'I.V.G., réalisée par voie chirurgicale).

Une enquête de 2014 en France sur l'I.V.G. médicamenteuse révélait notamment une fréquence élevée de ces I.V.G. répétées. La situation psychologique, affective et sociale des femmes nécessite parfois une attention particulière. Des inégalités sociales subsistent dans l'accès à la contraception. Les femmes confrontées à des difficultés financières, peu ou pas diplômées utilisent moins souvent les méthodes contraceptives. Ces inégalités d'usage de la contraception se traduisent par ce recours plus fréquent à l'I.V.G. Les conclusions de cette étude rappellent que la prise en charge des avortements répétés doit aller au-delà de considérations strictement médicales et envisager les aspects sociaux, culturels et psychologiques des femmes qui demandent une I.V.G. à plusieurs reprises. Une meilleure information avec des programmes ciblés pour les femmes en situation de précarité, un plus large accès à la contraception ainsi que la prescription d'un contraceptif adapté à chacune à la suite d'une I.V.G., pourrait contribuer à réduire l'incidence des I.V.G. répétées[202].

[202]OPATOWSKI (M.), BARDY (F.), DAVID (P.), DUNBAVAND (A.), SAUREL-CUBIZOLLES (M.-J.), *Caractéristiques des femmes ayant eu recours à plusieurs I.V.G., Enquête multicentriques sur les I.V.G. médicamenteuses en France en 2014*, Revue Gynécologie, obstétrique fertilité et sénologie, 45, 2017, p.22 à 27.

Ainsi un meilleur accès à la contraception est nécessaire pour aider les femmes à éviter toute grossesse non désirée, et réduire le recours à l'I.V.G. qui ne doit être considéré que comme une solution ultime. Concernant les mineures, l'accès à la contraception est aussi très important, mais l'éducation sexuelle de façon générale doit être favorisée et davantage développée pour permettre de prévenir toute I.V.G. chez la jeune femme.

Paragraphe 2. Une meilleure prévention de l'I.V.G. pour la femme mineure

Si une meilleure prévention de l'I.V.G. chez la mineure passe par un accès favorisé à la contraception (A), elle passe aussi et surtout par une meilleure éducation sexuelle (B).

A. Un meilleur accès à la contraception des mineures

La question d'un accès à la contraception des mineures est aussi très importante puisque si la femme majeure est considérée comme étant « *responsable* » de ses actes, et de ses choix, la femme mineure est davantage considérée comme une personne « *fragile* » qui a besoin d'être soutenue et guidée car il est plus important à son âge d'éviter toute grossesse non désirée. En effet, une grossesse non désirée à un jeune âge, peut entraîner des conséquences plus importantes aussi bien d'un point de vue financier, que social ou même psychique. C'est pourquoi, l'accès à la contraception doit être garanti pour les jeunes femmes mineures et surtout si cette jeune femme ne bénéficie pas de l'accord de l'autorité parentale et si elle souhaite agir dans le secret.

En France, les centres de planification et d'éducation familiale délivrent à titre gratuit des médicaments ou objets contraceptifs aux mineures désirant garder le secret sur leur situation. Pour la jeune femme mineure de plus de 15 ans, l'ensemble du parcours contraceptif (consultations, examens biologiques), ainsi que la délivrance des moyens de contraception pris en charge par l'assurance maladie sont gratuits. La contraception d'urgence est accessible sans ordonnance dans les pharmacies ou centres de planification familiale. Son coût est relativement faible. Les mineures de moins de 15 ans peuvent bénéficier d'une contraception d'urgence gratuite et anonyme dans les pharmacies, les centres de planification familiale et les infirmeries scolaires. Aux termes de l'article D 5134-1 du Code de la santé publique, « *la délivrance aux mineures des médicaments indiqués dans la contraception d'urgence et non soumis à*

prescription médicale obligatoire […] est effectuée dans les conditions de confidentialité permettant la tenue d'une conversation à l'abri des tiers ».[203]

En Allemagne, pour les femmes de moins de 21 ans révolus, la contraception d'urgence est remboursée par la caisse d'assurance-maladie si elle a été prescrite par un médecin. La pilule ne peut être achetée ou prescrite à une personne de moins de 14 ans qu'avec l'accord de ses parents. De 14 à 18 ans, le pharmacien, ou le médecin prescripteur en décident eux-mêmes après avoir discuté avec la patiente pour savoir si elle est en mesure de comprendre la décision d'automédication qu'elle s'apprête à prendre et ses conséquences. Dans tous les cas, ils s'assurent qu'elle ne présente aucune contre-indication[204].

En Belgique, les femmes de moins de vingt-et-un an peuvent obtenir la pilule du lendemain gratuitement ou pour moins d'un euro sur présentation d'une ordonnance[205]. En Suisse, la délivrance de la pilule du lendemain aux personnes de moins de 16 ans est laissée à l'appréciation du pharmacien qui évalue le discernement de la patiente[206].

L'accès à la contraception des mineures est donc globalement facilité. Plus largement, l'éducation sexuelle des mineures se développe et doit être assurée et maintenue pour prévenir notamment de toute interruption volontaire de grossesse. Les pouvoirs publics et les professionnels assurent un travail de complémentarité par rapport à l'éducation fournie par les parents afin d'assurer cette prévention.

B. <u>Un meilleur accès à l'éducation sexuelle des mineures</u>

L'accès général à l'éducation sexuelle des mineures est indispensable afin de prévenir la réalisation d'une I.V.G.

[203] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *L'interruption volontaire de grossesse, législation comparée*, note de synthèse réalisée à la demande de Madame Françoise Laborde, Sénatrice de Haute-Garonne, mai 2017, p. 9.
[204] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *id*, p. 26.
[205] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *id*, p. 31-32.
[206] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *id*, p.68.

En Suisse, par exemple, le taux d'adolescentes recourant à l'I.V.G. est le plus bas du monde. Le faible taux d'I.V.G. dans ce pays est dû à l'excellente éducation sexuelle, aux campagnes de prévention, et à l'accès moderne et efficace aux plannings familiaux dans tous les cantons[207].

En revanche, au Royaume -Uni, il existe un très fort taux de demande d'I.V.G. chez la mineure. Ce taux s'explique notamment par les défaillances concernant l'éducation sexuelle des mineures, qui n'est pas obligatoire. Il s'explique aussi par un manque d'ouverture aux questions liées à la sexualité et à l'importance des inégalités sociales[208].

En France, un adolescent sur cinq n'utilise pas de méthode de contraception. Ce chiffre a particulièrement augmenté entre 1999 et 2006, malgré la possibilité pour les mineures d'avoir désormais accès à une contraception gratuite et anonyme. Pourtant leur information sur la contraception et de manière générale sur la sexualité reste une priorité des pouvoirs publics afin d'éviter toute grossesse non désirée, qui peut facilement aboutir à cet âge, à la réalisation d'une I.V.G.[209].

Si la prévention des I.V.G. doit rester l'objectif principal des pouvoirs publics, et notamment pour les mineures, il est important que cette volonté de prévenir l'I.V.G. se concilie avec un accompagnement objectif et neutre des femmes qui souhaitent cet I.V.G.

SECTION II. UN MEILLEUR ACCOMPAGNEMENT DE L'I.V.G. COMME REMEDE

Lorsque la prévention a échoué pour une femme enceinte dont la grossesse n'est pas désirée, il est tout aussi important que cette femme soit accompagnée jusqu'au bout de l'interruption de grossesse, ainsi que quelque temps après l'intervention.

En effet, les pouvoirs publics s'attellent à préconiser un meilleur accompagnement des femmes pendant la réalisation de l'I.V.G. (Paragraphe 1) mais aussi après sa réalisation (Paragraphe 2).

[207] BIERONSKI (E.), op. cit., p. 59.
[208] BAJOS (N.), LERIDON (H.), JOB-SPIRA (N.), *La contraception en France dans les années 2000, présentation de l'enquête COCON*, revue population, vol. 59, 2004, p.409-418.
[209] NISAND (I.), ARAUJO-ATTALI (L.) et SCHILLINGER-DECKER (A.-L.), *op. cit.*, p. 61.

Paragraphe 1. Un meilleur accompagnement des femmes pendant l'I.V.G.

Lors de la réalisation de l'I.V.G., les femmes ont besoin d'être accompagnées et soutenues, quelque soient leur âge, leur terme de grossesse ou même leur situation sociale ou psychique.

Pour favoriser cet accompagnement, deux acteurs doivent s'impliquer : d'une part et pour assurer l'efficacité de la politique nationale, les pouvoirs publics (A). Et d'autre part, sur le terrain, les professionnels de santé doivent également particulièrement s'investir (B).

A. Un meilleur accompagnement des femmes par les pouvoirs publics pendant l'I.V.G.

Les pouvoirs publics ont une mission essentielle qui est de fournir un accompagnement adapté à toute femme qui demande l'interruption volontaire de grossesse.

C'est ainsi, que par la loi de 2001 élargissant les conditions d'accès à l'I.V.G., le législateur français a permis à la mineure enceinte d'opposer le secret de sa grossesse et de sa demande d'avortement aux titulaires de l'autorité parentale, et d'être accompagnée pendant le processus I.V.G., du majeur de son choix (article L 2212-4 C.S.P.).

La France a connu d'importantes évolutions en matière d'I.V.G. ces dernières années. En effet, pour faire suite au rapport du Haut Conseil à l'Egalité entre les Hommes et les femmes (H.C.E.) de 2013, le législateur a adopté deux lois importantes pour l'accès des femmes à l'I.V.G. : D'une part, la loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes qui est notamment venu supprimer la condition de détresse, dans laquelle devait se trouver les femmes auparavant pour avorter. D'autre part, la loi du 26 janvier 2016 pour la modernisation de notre système de santé, a par exemple ouvert aux sages-femmes la possibilité de réaliser certaines I.V.G., ou a aussi supprimé le délai de réflexion de 7 jours entre la demande de la femme et la réalisation de l'I.V.G. [210].

[210] Abrogé par la loi n°201641 du 26 janv. 2016, art.82-2°.

Encore cette année, le législateur français a cherché à élargir davantage cet accès, puisque le 7 juin dernier, le Sénat avait adopté de justesse l'allongement de 12 à 14 semaines de grossesse du délai légal pour pratiquer une I.V.G., avant finalement de revenir dessus, par un nouveau vote[211].

Le 26 novembre 2014 était votée par le Parlement Européen, une résolution qui réaffirmait le droit fondamental à l'interruption volontaire de grossesse. Cette résolution rappelait que le droit universel des femmes à disposer de leur corps est une condition indispensable pour la construction de l'égalité réelle entre les femmes et les hommes et d'une société de progrès. Elle réaffirme la nécessité de garantir l'accès des femmes à une information de qualité, à une contraception adaptée et à l'avortement sûr et légal. Cette prise de position, symbolique, marque un rappel nécessaire dans un contexte européen où les gouvernements espagnol, portugais et polonais ont tenté de restreindre ce droit.

Aujourd'hui, en Europe, l'accès à l'information sur l'I.V.G., tente à être facilité. Les parcours sont simplifiés dans la mesure où le délai de réflexion n'existe plus que dans une dizaine de pays européens.

On tend par ailleurs de plus en plus à revaloriser l'activité des I.V.G. En France, en 2017, le H.C.E. soulignait notamment les progrès déjà réalisés, concernant cette revalorisation de l'orthogénie dans la formation. Cette activité doit être inscrite comme une étape de carrière au même titre que d'autres activités en maternité, telles que l'assistance médicale à la procréation par exemple.
La formation continue peut contribuer à remédier à la carence en personnel, par la création de diplômes universitaires de plus en plus dynamiques, en dépit de la réticence de certaines universités, et qui permet de rassembler des professionnels d'horizons variés[212].

Enfin, le recrutement de praticiens contractuels dans les établissements publics de santé pour la réalisation d'I.V.G. est encouragé[213]. Selon Marjorie Agen de l'Association Nationale des

[211] VIGNAL (F.), *Le Sénat vote l'allongement de 12 à 14 semaines du délai légal de l'I.V.G.*, article parlementaire, site internet Public Sénat, 7 juin 2019.
[212] AUBIN (C.), JOURDAIN MENNINGER (D.), Rapport de l'IGASS sur la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse, oct. 2009, p. 35 à 64.
[213] Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes, *Accès à l'avortement : d'importants progrès réalisés, un accès réel qui peut encore être conforté*, réalisé à l'occasion du 42ème anniversaire de la loi Veil, 17 janvier 2017.

sages-femmes Orthogénistes (A.N.S.F.O.), « *dès le début de la formation, il faut introduire l'idée que l'I.V.G. fait partie de l'activité de gynécologie-obstétrique au même titre que les autres* », comme c'est le cas en Suède, où l'I.V.G. fait partie intégrante de l'activité de gynécologie-obstétrique[214].

Ainsi, les pouvoirs publics nationaux et européens tentent de garantir l'effectivité du droit des femmes à l'I.V.G. par l'instauration de politiques en sa faveur. Ils incitent également les professionnels à s'investir davantage.

B. Un meilleur accompagnement des femmes par les professionnels pendant l'I.V.G.

Les professionnels de santé, sont les interlocuteurs directs de la femme qui demande l'accès à l'I.V.G. Ils sont ainsi encouragés par les pouvoirs publics à s'investir auprès des femmes, et à leur garantir un accès effectif à l'I.V.G.

Par exemple, en France, les professionnels de santé ont un rôle essentiel concernant les mineures, qui souhaitent garder le secret sur leur demande d'I.V.G. En effet, ils doivent à la fois encourager la mineure à renouer avec ses parents tout en la protégeant d'éventuelles pressions extérieures et en tentant de dépister les risques de réactions parentales violentes ou disproportionnées qui pourraient être prévenues par une médiation de l'équipe soignante[215] . Ils sont présents pour assurer un véritable accompagnement de la patiente dans ses choix quelque soit son âge. Ils doivent lui offrir une aide morale, une écoute, une présence, et une confidentialité totale.

Les professionnels de santé ont aussi pour rôle de laisser une grande liberté de choix à la femme, notamment en ce qui concerne le choix de la méthode d'I.V.G. Des recherches ont montré que la satisfaction des patientes est plus grande après avoir choisi la technique qu'après avoir été randomisée entre les deux méthodes. Dans une étude danoise menée en 2005 sur 1033 femmes souhaitant une I.V.G., les auteurs ont montré que la satisfaction dans la méthode médicamenteuse passait de 82 % si elles l'avaient choisi à 68 % si cette méthode était imposée

[214] RICHARD-GUERROUDJ (N.), *En finir avec la clause de conscience spécifique à l'I.V.G. ?*, Profession sage-femme, numéro 249,nov. 2018, p.4-5.
[215] DELOTTE (J.), PILLET (E.), BAFGHI (A.), BOUCOIRAN (I.), D'ANGELO (L.), BONGOIN (A.), *Demande d'I.V.G. des mineures. Etude de leurs motivations et influences menée au CHU de NICE*, Gynécologie Obstétrique & Fertilité vol. 35, 2007, p. 662–665.

(*pour information : cette étude était menée dans un seul centre et avec le même personnel, quelle que soit la méthode*)[216].

Pour garantir cet investissement des professionnels, la question se pose également de la suppression de la clause de conscience.

En France le H.C.E. avait préconisé sa suppression, aux motifs que celle-ci faisait doublon avec la possibilité de recourir à la clause de conscience qui est déjà accordée de manière générale au personnel soignant pour l'ensemble des actes médicaux. De plus, certains praticiens n'appliquent pas cette clause correctement. Certains n'orientent pas loyalement les femmes alors que la loi l'exige. D'autres, « *orientent les femmes en les culpabilisant* », selon Marjorie Agen, membre de l'ANSFO. D'autres encore, n'invoquent pas leur clause de conscience de manière permanente, mais l'allèguent seulement pour certains cas, pratiquant alors des avortements sélectifs.

Pourtant, la question de cette suppression de la clause de conscience est difficile, car l'I.V.G. touche aux prémices de la vie humaine, et qu'il semble délicat d'obliger un praticien à porter atteinte au corps, et à l'intégrité physique d'une femme s'il ne le souhaite pas. Selon certains, cela pourrait même avoir pour effet d'être dangereux pour la patiente qui se trouverait entre les mains d'un praticien qui doit réaliser un acte auquel il s'oppose fermement[217].

De même l'A.N.S.F.O. lutte contre la suppression de la clause de conscience : « *un médecin qui serait contraint d'assurer une I.V.G. contre ses convictions ne pourrait garantir une qualité d'accueil et de soins optimale des femmes* »[218].

Certains pays ont alors organisé leur système de santé et de recrutement de manière à disposer de médecins prêts à fournir ces services. C'est le cas en Grande-Bretagne, où le *National Health Service* recommande lors du recrutement des médecins hospitaliers que les candidats soient «

[216] MAZEL (A.-E.), *op. cit.*, 2015.
[217] Propos de Madame la Ministre de la Santé, Agnès Buzyn, lors d'un débat sur la suppression de la clause de conscience à l'Assemblée Nationale, le 22 mars 2019 ; article Le Monde avec AFP, *La clause de conscience des médecins relative à l'IVG fait débat à l'Assemblée*, publié le 23 mars 2019.
[218] RICHARD-GUERROUDJ (N.), *En finir avec la clause de conscience spécifique à l'I.V.G. ?* Profession sage-femme, numéro 249,nov. 2018, p.4-5.

prêts à s'acquitter de toutes les tâches qui peuvent leur être demandées s'ils sont nommés, y compris celles liées à l'interruption de grossesse »[219].

Le soutien des professionnels comme des pouvoirs publics est ainsi indispensable pour les femmes tout au long du processus d'accès à l'I.V.G., et encore après sa réalisation pour assurer le bien-être physique, moral et social de la femme.

Paragraphe 2. Un meilleur accompagnement des femmes après l'I.V.G.

Les femmes doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement post-I.V.G., aussi bien sur le plan physique (A) que sur le plan moral (B).

A. Un meilleur accompagnement physique des femmes après l'I.V.G.

L'I.V.G. peut entraîner des effets secondaires non négligeables pour les femmes. Elles peuvent ressentir des douleurs physiques telles que des douleurs abdominales, après la réalisation d'une I.V.G. médicamenteuse. Le professionnel de santé doit donc prioritairement la soutenir lors de cette étape.

Au-delà de cette mission purement technique, le médecin ou la sage-femme doit également s'assurer de l'efficacité totale de la procédure chirurgicale ou médicamenteuse. Il procède ainsi souvent à un examen immédiat, après la réalisation de l'I.V.G. chirurgicale ou un examen différé après la réalisation d'une I.V.G. médicamenteuse, (même si les femmes ne reviennent que rarement lors de cette consultation de contrôle ultérieur[220]). Le but étant de s'assurer de la réussite de l'I.V.G. ainsi que du bien-être de la patiente.

Il profite de cette consultation de contrôle pour expliquer également à la patiente, quelles sont les contre-indications post-I.V.G. (notamment en cas d'I.V.G. chirurgicale).

Cette consultation est aussi l'occasion de détecter d'éventuelles complications du geste. Les complications de l'I.V.G. sont rares mais augmentent avec l'âge gestationnel de réalisation,

[219] NISAND (I.), ARAUJO-ATTALI (L.) et SCHILLINGER-DECKER (A.-L.), *op. cit.*, p. 47
[220] Témoignage de l'équipe du centre de planification, CHU de Rouen, le 25 juillet 2019.

notamment à partir de dix semaines de grossesse. Selon des études, l'I.V.G. médicamenteuse semble grevée d'un taux un peu plus élevé d'hémorragies et d'échecs que l'I.V.G. chirurgicale. A l'inverse, elle est dépourvue de risque traumatique cervical ou utérin et semble présenter un moindre risque infectieux. Les données actuelles suggèrent l'absence de conséquences à long terme de l'I.V.G. hormis le risque de fausse couche qui semble augmenter au cours des grossesses survenues dans les 3 mois suivants une I.V.G.[221].

Si l'accompagnement physique n'est pas toujours optimal en pratique, il est néanmoins organisé par la plupart des pays légalisant l'I.V.G., ce qui n'est pas toujours le cas de l'accompagnement moral des femmes après l'I.V.G., qui doit donc être renforcé.

B. Un meilleur accompagnement moral des femmes après l'I.V.G.

La réalisation de l'I.V.G. représente une période souvent stressante pour les femmes qui peuvent ressentir aussi diverses émotions une fois que celle-ci est effectuée. Certaines ressentent en effet de la tristesse, et doivent faire le deuil de l'embryon évacué. D'autres en revanche ne ressentent pas le besoin d'être suivi psychologiquement. Cet accompagnement moral post-I.V.G. est difficile à mettre en œuvre en pratique et compliqué à évaluer, car il dépend de la situation de la femme qui vient de subir une I.V.G.

Pour remédier à cette difficulté, certains pays assure un suivi psychologique en amont de l'acte, afin de préparer au mieux les femmes à l'I.V.G. En effet, en France, par exemple, un entretien psycho-social est proposé à la femme majeure, et réalisé obligatoirement pour la femme mineure (article L 2212-4 du C.S.P.).

Le soutien psychologique doit avant tout être assuré par les professionnels qui prennent en charge l'I.V.G., mais la femme devrait aussi pouvoir bénéficier d'un soutien de la part de sa famille et proches, ce qui reste plus difficile à organiser.

Généralement, ce soutien de la communauté est assuré et les femmes sont parfois accompagnées par un proche tout au long du processus, ce qui permet de rassurer les professionnels sur un

[221] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *L'interruption volontaire de grossesse, législation comparée*, note de synthèse réalisée à la demande de Madame Françoise Laborde, Sénatrice de Haute-Garonne, mai 2017, p. 62.

éventuel soutien psychologique post-I.V.G. La souffrance affective est en effet, plus intense lorsque la décision est prise seule[222].

Certains pays assurent déjà cet accompagnement moral des femmes post-I.V.G. C'est notamment le cas de la Suède, où un « *autre entretien de soutien doit être proposé à la femme qui a subi une interruption de grossesse ou un avortement, par l'entremise de la direction de l'établissement où a eu lieu l'intervention* »[223].

Dans d'autres pays, l'accompagnement moral après la réalisation d'une I.V.G. reste encore à organiser.

[222] HASSOUN (D.), *Témoignage. L'interruption volontaire de grossesse en Europe*, Revue Française des affaires sociales, La documentation Française, 1, 2011, p.213 à 221.
[223] Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *L'interruption volontaire de grossesse, législation comparée*, note de synthèse réalisée à la demande de Madame Françoise Laborde, Sénatrice de Haute-Garonne, mai 2017, p. 62.

CONCLUSION

L'accès à l'I.V.G. en Europe constitue encore aujourd'hui un vif débat dans la sphère juridique, mais aussi politique et sociale. En effet, en l'absence d'un accès généralisé en Europe, persistent encore aujourd'hui d'importantes disparités sur les législations des différents pays, dont découlent ces inégalités. La plupart des pays européens connaissent des similitudes concernant l'I.M.G., alors qu'ils sont très différents dans leurs rapports avec l'I.V.G.

Les inégalités de nature sont en faible nombres *a priori*, même si certaines instabilités émanent de pays, pourtant positionnés en faveur de l'I.V.G. Au contraire, les inégalités de degrés dans l'accès à l'I.V.G. sont plus importantes entre les différents pays.

Des disparités persistent dans les conditions concernant la situation de la femme, les moyens alloués à la pratique des I.V.G., que ce soit en termes de structures, de matériels, ou même en termes d'informations sur l'I.V.G. Des différences existent toujours également en matière de délais d'accès à l'I.V.G. avec des délais très larges pour l'Angleterre et les Pays-Bas, et des délais plus courts pour l'Espagne. Les distinctions sont flagrantes également dans les sanctions sur tout accès à l'I.V.G. dans des conditions illégales, et dans les sanctions contre les privations d'accès à l'I.V.G. légale.

Toutes ces inégalités proviennent avant tout de choix effectués par chaque pays sur sa position sur l'accès à l'I.V.G. S'ils sont nombreux à se positionner officiellement en faveur de l'I.V.G., ils possèdent néanmoins des procédures qui différent d'un pays à l'autre. A titre d'illustration, un pays peut être favorable à l'I.V.G., en élargissant les conditions d'accès à l'I.V.G., pendant qu'un autre, également en faveur de l'I.V.G., conservera des conditions d'accès étroites, mais en sanctionnant plus sévèrement la privation d'accès à l'I.V.G. Ainsi, certains pays adopteront une législation plus sévère quant à l'accès à l'I.V.G. tandis que d'autres, tels que l'Allemagne, la Suisse ou la Belgique, seront plus souples envers les femmes souhaitant recourir à une I.V.G.

En conséquence, ces disparités font l'objet de dissensions au sein des instances européennes, puisque si les instances de l'Union Européenne (U.E.) se sont plusieurs fois prononcées en faveur de la consécration d'un véritable droit à l'avortement dans les pays membres de l'U.E., la C.E.D.H., se prononçant sur l'application de la Convention de sauvegarde des droits de

l'homme et des libertés fondamentales, a, elle, décidé de s'abstenir sur l'existence d'un tel droit. Par cette position, la C.E.D.H. a conforté les pays réticents à l'I.V.G. dans leurs pratiques conservatrices et a même pu inciter les pays instables sur leurs politiques d'I.V.G., à revenir sur cet accès.

Enfin, la véritable problématique de ce mémoire, au-delà même des nombreuses disparités qui persistent entre les états européens sur l'accès à l'I.V.G., demeure la question des difficultés pratiques, rencontrées par les femmes quotidiennement, lorsqu'elles font une demande d'I.V.G.

En effet, ces femmes, rencontrent divers obstacles qui se concrétisent notamment par la fermeture de services, de maternité, par l'absence de choix de la méthode d'I.V.G. ou encore par le refus opposé par les professionnels. Ces différents freins sont rencontrés par toutes les femmes, dans tous les pays, à plus ou moins grande échelle. Si en Autriche, il est particulièrement difficile de trouver une structure, ou un établissement de santé qui pratique encore l'I.V.G., en Italie du Sud, le nombre de professionnels de santé acceptant de pratiquer une I.V.G. est de plus en plus en aléatoire.

Autant de difficultés pour lesquelles, des solutions doivent être repensées par les pays Européens. Sans une Europe unie sur la question, c'est chaque gouvernement qui doit s'atteler à trouver ses propres remèdes, malgré des difficultés qui leurs sont pourtant communes.

Le maître mot en matière d'I.V.G. reste la prévention par l'éducation sexuelle des femmes. Le rôle des pouvoirs publics comme des professionnels est primordial dans cette éducation, qu'elle se déroule à l'école, dans les collèges, les lycées, auprès de médicaux ou de paramédicaux.

Cependant, cette prévention doit être conciliée avec une nouvelle mentalité d'accompagnement. Si malgré tous les efforts développés, pour éviter le recours à l'I.V.G., la femme est enceinte et demande de recourir à l'avortement, celle-ci doit se faire accompagner de façon objective, et bienveillante par les professionnels de santé, sans aucun jugement. L'I.V.G. doit se réaliser dans de bonnes conditions, pour qu'elle soit le mieux vécu possible par la patiente mais aussi par toute l'équipe qui l'entoure. Tout en essayant d'éviter l'I.V.G. et donc de la considérer comme « *un problème* », les pouvoirs publics doivent inculquer dans les mentalités la nécessité de l'accompagnement des femmes, et donc du soutien à leur apporter dans leurs démarches.

Si la place de la religion encore très importante dans certains pays, vient freiner cette évolution des mentalités, il est important que les pouvoirs publics, et les politiques conservent un esprit de laïcité dans les politiques d’I.V.G. pour ne pas confondre la religion défendant le droit à la vie de l’embryon et le droit qui ne le reconnait juridiquement comme une personne qu’à la naissance, une fois né vivant et viable.

L’accès à l’I.V.G. est une véritable problématique aujourd’hui qui ne se limite pas aux frontières de l’Europe, mais va bien au-delà puisque bien d’autres pays se posent la question de cet accès. Certains Etats d’Amérique du Sud, comme l’Argentine, connaissent d’importants mouvements citoyens actuellement, pour la reconnaissance d’un droit à l’I.V.G. D’autres au contraire, qui avaient pourtant libéralisé l’I.V.G., reviennent en arrière. Tel est le cas de plusieurs Etats des Etats-Unis, comme l’Alabama, la Géorgie, ou encore la Louisiane.

S’il existe finalement autant de disparités d’accès à l’I.V.G. que de pays dans le monde, la question de son harmonisation semble incertaine. Néanmoins la véritable problématique est celle du manque d’accès effectif des femmes en Europe, et dans le monde à l’I.V.G. Certains pays reviennent même en arrière sur cet accès. Ce recul engendre la question du retour des politiques conservatrices en matière de droits sexuels et reproductifs et le clivage entre le retour de ces politiques et la libéralisation de ces droits sexuels en cours.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION……8

PREMIERE PARTIE. DES INEGALITES D'ACCES A L'I.V.G. EN EUROPE…….23

CHAPITRE I. DES INEGALITES DE NATURE DANS L'ACCES A L'I.V.G. EN EUROPE……...**24**

*SECTION I. DES INEGALITES A PRIORI FAIBLES : UNE MAJORITE DE PAYS EN FAVEUR DE L'ACCES A L'I.V.G. EN EUROPE……..**25***

*Paragraphe 1. Un résultat dû au mouvement de libération de la femme……...**25***

*Paragraphe 2. Vers une harmonisation européenne sur la question du droit à l'I.V.G. ?.....**28***

*SECTION II. DES INEGALITES PERSISTANTES : UNE MINORITE DE PAYS EN DEFAVEUR DE L'ACCES A L'I.V.G. EN EUROPE……...**38***

*Paragraphe 1. Des inégalités persistantes dues aux influences religieuses……...**38***

*Paragraphe 2. Une minorité relative de pays opposés à l'avortement……...**46***

CHAPITRE II. DES INEGALITES DE DEGRES DANS L'ACCES A L'I.V.G. EN EUROPE……...**50**

*SECTION I. DES INEGALITES DE DEGRES DANS LES CONDITIONS D'ACCES A L'I.V.G. EN EUROPE……..**50***

*Paragraphe 1. Des inégalités concernant les personnes dans l'accès à l'I.V.G. en Europe……**51***

*Paragraphe 2. Des inégalités concernant les moyens d'accès à l'I.V.G. en Europe……..**58***

*Paragraphe 3. Des inégalités concernant le temps dans l'accès à l'I.V.G. en Europe……..**66***

*SECTION II. DES INEGALITES DE DEGRES DANS LES SANCTIONS DE L'INACCES A L'I.V.G. EN EUROPE……..**69***

*Paragraphe 1. Des inégalités de degrés dans les sanctions de l'accès illégal à l'I.V.G. ……**70***

*Paragraphe 2. Des inégalités de degrés dans les sanctions de l'inaccès à l'I.V.G. légal……**73***

SECONDE PARTIE. DES REMEDES AUX DIFFICULTES COMMUNES D'ACCES A L'I.V.G. EN EUROPE……78

CHAPITRE I. DES DIFFICULTES COMMUNES D'ACCES A L'I.V.G. EN EUROPE……79
SECTION I. DES DIFFICULTES CONCERNANT LES MOYENS DANS L'ACCES A L'I.V.G. EN EUROPE……***80***
Paragraphe 1. Des difficultés de moyens matériels d'accès à l'I.V.G……***80***
Paragraphe 2. Des difficultés de moyens immatériels d'accès à l'I.V.G……***85***
SECTION 2. DES DIFFICULTES CONCERNANT LES PERSONNES DANS L'ACCES A L'I.V.G. EN EUROPE……***89***
Paragraphe 1. Des difficultés personnelles propres à l'acte d'avorter……***90***
Paragraphe 2. Des difficultés propres aux professionnels qui pratiquent l'I.V.G.……***94***

CHAPITRE II. DES REMEDES AUX DIFFICULTES D'ACCES A L'I.V.G. EN EUROPE……**99**
SECTION I. UNE MEILLEURE PREVENTION DE L'I.V.G. COMME REMEDE……***100***
Paragraphe 1. Une meilleure prévention de l'I.V.G. pour la femme majeure……***100***
Paragraphe 2. Une meilleure prévention de l'I.V.G. pour la femme mineure……***104***
SECTION II. UN MEILLEUR ACCOMPAGNEMENT DE L'I.V.G. COMME REMEDE……***107***
Paragraphe 1. Un meilleur accompagnement des femmes pendant l'I.V.G……***107***
Paragraphe 2. Un meilleur accompagnement des femmes après l'I.V.G……***111***

CONCLUSION……114

BIBLIOGRAPHIE

- **OUVRAGES NON JURIDIQUES**

- BOLTANSKI (L.), *La condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Essais, Gallimard, 2004, 432 p-.

- NISAND (I.), ARAUJO-ATTALI (L.) et SCHILLINGER-DECKER (A.-L.), *L'I.V.G.*, Que sais-je ? éd. PUF, 1ère éd., 2012, 129 p-.

- VEIL (S.), *Une vie*, coll. Le livre de Poche, éd. Librairie Générale Française, 2009, 352 p-.

- **OUVRAGES JURIDIQUES**

- MOQUET-ANGER (M.-L)., D*roit hospitalier*, coll. L.G.D.J. Lextenso, 5ème éd., 2018, 576 p-.

- TRUCHET (D.), *Droit de la santé publique*, Dalloz, 9ème éd., 2017, 317 p-.

- **THESE**

- LAMBERT (P.), *La place de l'homme dans l'I.V.G. : enquête auprès des hommes accompagnant leur partenaire dans le service d'orthogénie du centre hospitalier d'Armentières*, thèse en médecine, université Lille 2 Droit et Santé, 2014, 60 p-.

- **MEMOIRES**

- BOSSER (L.), *Consentement éclairé et méthodes d'I.V.G. : paroles de femmes*, mémoire pour obtenir le diplôme d'état de sage-femme, Université Paris Descartes, Gynécologie et Obstétrique, 2010, 87 p-.

- ROTEN (V.), *L'avortement : entre philosophie et droit*., mémoire de maîtrise, Univ. de Genève, 2014, 74 p-.

- WALCZAK (C.), *La CEDH et l'avortement*, étude comparée, mémoire, 2012-2013, 106 p-.

- **NORMES**

***Lois**

- Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception publiée au JORF n°0156 du 7 juillet 2001, page 10823, texte n° 1.

- Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les hommes et les femmes

- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

***Circulaire**

- Circulaire nº DGOS/R3/DGS/SPI/2016-243 du 28 juillet 2016 relative à l'amélioration de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (I.V.G.) et à l'élaboration de plans régionaux, in Lamyline, 20 p-.

- **JURISPRUDENCE**

    - **JURISPRUDENCE INTERNE**

***Décisions du Conseil Constitutionnel**

- Cons. Const. 15 janv. 1975, Décision n°74-54 DC sur la conformité de la loi relative à l'I.V.G., RJC, p.31 : D. 1975.529, note L. Hamon.

- Cons. const. 27 juin 2001: D. 2001. 2533, note Mathieu ; D. 2002. Somm. 1948, obs. G. Nicolas; JCP 2001. II. 10635, note Franck; JCP 2002. I. 128, n° 15, obs. Mathieu et Verpeaux. – Mouton, Dr. fam. 2001. Chron. 18. -Brunetti-Pons, ibid. Chron. 23.

Jurisprudence du Conseil d'Etat

- CONSEIL D'ETAT, section, 30 mars 1979, n° 4.139 à 4.143 et 4.848, Association « laissez-les vivre », Rec. CE 1979, p.888.

- CONSEIL D'ETAT, n° 13028, du 31 octobre 1980, Décision « Lahache ».

  - **JURISPRUDENCE EXTERNE**

Cour Européenne des Droits de l'Homme

- C.E.D.H., 27 sept. 1995, Mac Cann contre R-U, n°18984/91, §147.

- C.E.D.H.29 avril 2002, Pretty contre R-U n° 2346/02, §37 et §65 ; SUDRE (F.), Droit européen et international des droits de l'homme, puf. 2011, 10ème éd. p. 302.

- C.E.D.H. sect. IV, 7 mars 2006 Evans c/ Royaume-Uni, n°6339/05 : D. 2007. Pan 1108, obs. Galloux et Gaumont-Prat ; RDC 2007. 1321, obs. Bellivier et Noiville.

- C.E.D.H., gr.ch., 10 avr. 2007, Evans c/ Royaume-Uni, n°6339/05, D., 2007, AJ 1202, obs. Delaporte-Carré ; ibid. 2008. Pan. 1443, obs. Galloux ; JCP 2007. II. 10097, note Mathieu ; RDSS 2007. 810, obs. D. Roman ; RDC 2007. 1321, obs. Bellivier et Noiville ; RTD civ. 2007. 295, obs. Marguénaud ; ibid. 545, obs. Hauser.

- C.E.D.H. gr.ch., 16 déc. 2010, A.B. et C. c/ Irlande, n°25579/05.

- **DOCTRINE JURIDIQUE**

- BIERONSKI (E.), *Les disparités d'acceptation du soin I.V.G. en Europe*, Ethics, Medicine and Public Health, éd. Elsevier Masson SAS, vol. 8, 2019, p.56 à 64

- MARGUENAUD (J.-P.), *La Cour de Strasbourg, Cour européenne des droits de la Femme : la question de l'accès à l'avortement thérapeutique*, RTD Civ. 2007 p.292.

- MASTOR (W.), *L'embryon en droit comparé*, « Regards croisés sur l'embryon. 40 ans après la loi Veil », Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences, éd. ESKA, Vol.28, n°4, 2017 p. 131 à 153

- REDON (M.), *L'interruption volontaire de grossesse de la mineure ou l'exercice interposé du droit parental*, chroniques Dalloz, 2001, p.1194 ; in MOQUET-ANGER (M.-L.), *Droit hospitalier*, L.G.D.J. Lextenso, 5ème éd., 2018, 576 p-.

- ROMAN (D.), *L'avortement devant la Cour EDH : l'Europe contre les femmes et au mépris de son histoire*, Note sous CEDH, Gde ch., 16 déc. 2010, A, B et C c/ Irlande, req. n° 25579/05, RDSS 2011 p.293.

- ROMAN (D.), HENNETTE-VAUCHEZ (S.), Vademecum à l'usage de la Cour Européenne des droits de l'Homme, *La théorie féministe au secours d'une juridiction menacée de « splendide isolement* », D. 2011, chron., p. 130.

- VIGNEAU (D.), *L'embryon dans la législation relative à l'I.V.G.*, Regards croisés sur l'embryon. 40 ans après la loi Veil, Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences, éd. ESKA, Vol.28, n°4, 2017, 198 p-.

- **DOCTRINE NON JURIDIQUE**

- BAJOS (N.), LERIDON (H.), JOB-SPIRA (N.), *La contraception en France dans les années 2000, présentation de l'enquête COCON*, revue population, vol. 59, 2004, p.409-418.

- BLAYO (C.) *L'avortement en Europe*. In : Espace, populations, sociétés, 1989-2. Aspects de la fécondité dans les pays industrialisés - *About fertility in industrialized countries*. p. 225-238.

- DELOTTE (J.), PILLET (E.), BAFGHI (A.), BOUCOIRAN (I.), D'ANGELO (L.), BONGOIN (A.), *Demande d'I.V.G. des mineures. Etude de leurs motivations et influences menée au CHU de NICE*, Gynécologie Obstétrique & Fertilité vol. 35, 2007, p. 662–665.

- DIVAY (S.), *L'avortement : une déviance légale*, Déviance et Société, 2004, Vol. 28, No 2, p. 195 – 209.

- DUCHENE (L.), FONTANA (M.), PONTICELLI (A.), VAUGELADE (A.), WAJEMAN (L.), LALANDE (A.), *L'I.V.G., quarante ans après*, Association Vacarme, site cairn-info, n°67, 2014, p.3.

- FOURNET (P.), *Interruption Volontaire de grossesse, cadre juridique français*, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction, 2016, p. 1577 à 1595.

- GUILLAUME (A.), ROSSIER (C.), L'avortement dans le monde, Etat des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences, Population, vol.73, n° 2, 2018, pp. 225-322.

- HASSOUN (D.), *Témoignage. L'interruption volontaire de grossesse en Europe*, Revue Française des affaires sociales, La documentation Française, 1, 2011, p.213 à 221.

- LAMOUREUX (D.), HEINEN (J.), MATUCHNIAK-KRASUKA (A.), *L'avortement en Pologne*. Recherches féministes, vol.6, n°2, 1993, p. 175-178.

- MANCINI (S.), *L'avortement au temps de la mondialisation*, Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences, 2017/4 Vol. 28, p.25 à 42.

- MAZEL (A.-E.), *Évaluation de l'accès à l'I.V.G. en médecine de ville par la méthode du patient standardisé*, Médecine humaine et pathologie, HAL Archives-ouvertes.fr, 2015.

- OPATOWSKI (M.), BARDY (F.), DAVID (P.), DUNBAVAND (A.), SAUREL-CUBIZOLLES (M-J.), *Caractéristiques des femmes ayant eu recours à plusieurs I.V.G., Enquête multicentriques sur les I.V.G. médicamenteuses en France en 2014,* Revue Gynécologie obstétrique fertilité et sénologie, 45, 2017, p.22 à 27.

- RICHARD-GUERROUDJ (N.), *En finir avec la clause de conscience spécifique à l'I.V.G. ?* Profession sage-femme, numéro 249,nov. 2018, 50p-.

- **REPERTOIRES DALLOZ OU JURISCLASSEURS**

- MISTRETTA (P.), *Interruption Volontaire de Grossesse*, répertoire de droit pénal et de procédure pénale, Généralités, Dalloz, sept.2009, 60 p-.

- NEIRINCK (C.), Enfance, Répertoire de droit civil, Dalloz, oct. 2016, 1072 p-.

- ANONYME, *Accès à la contraception-Avortement*, le Lamy droit des personnes et de la famille, étude 150, Lamyline

- **AVIS, COLLOQUES, DISCOURS, NOTES ET RAPPORTS**

- AUBIN (C.), JOURDAIN MENNINGER (D.), *La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse*, rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (I.G.A.S.), oct. 2009, 160 p-.

- HAUDIQUET (V.), SURDUTS (M.), TENENBAUM (N.), « Le droit des femmes à disposer de leurs corps », Colloque du 27 septembre 2014, éd. Syllepse, coll. Arguments et mouvements, 2015, 142 p-.

- Direction des initiatives parlementaires et des délégations du Sénat, *L'interruption volontaire de grossesse, législation comparée*, note de synthèse réalisée à la demande de Madame Françoise Laborde, Sénatrice de Haute-Garonne, mai 2017, 70p-.

- VEIL (S.), *Discours sur la présentation du projet de loi sur la dépénalisation de l'avortement*, Assemblée Nationale, le 26 novembre 1974.

- **QUESTIONS AU GOUVERNEMENT**

- BILLARD (M.), *Question n°63003 du 10 nov. 2009 sur l'accès à l'I.V.G.*, Assemblée Nationale, site JO 18 mai 2010, p. 5582 in Lamyline.

- ECKERT (C.), *Question n°102792 sur l'accès à l'avortement, du 22 mars 2011*, Assemblée Nationale, JO 14 juin 2011, p.6340, in Lamyline.

- **ETUDE**

- VILAIN (A.), Etudes et Résultats, *Les interruptions volontaires de grossesse en 2015*, DREES, n°0968, juin 2016, p.1.

- **ARTICLES DE PRESSE**

- BERNARD (P.), *La libéralisation de l'IVG divise l'Irlande*, le journal le Monde en ligne, 23 mai 2018

- CHAMBRAUD (C.), *Le gouvernement Rajoy veut lancer une croisade contre l'avortement en Europe*, Le journal le Monde, 28 décembre 2013

- GAUTHERET (J.), *En Italie, 70% des médecins refusent de pratiquer des I.V.G.*, journal le Monde, publié le 23 mai 2018, site internet du journal Le Monde.

- IWANIUK (J.), *En Pologne, l'interdiction totale de l'avortement est rejetée en commission parlementaire*, Le journal le Monde en ligne, 6 oct. 2016

- PELISSIER (J-P), *L'hôpital Sarthois du Bailleul va de nouveau pratiquer les I.V.G.*, journal Le Monde, publié le 7 septembre 2018, site internet du journal le Monde.

- VIGNAL (F.), *Le Sénat vote l'allongement de 12 à 14 semaines du délai légal de l'I.V.G.*, article parlementaire, site internet Public Sénat, 7 juin 2019.

- WIEDER (T.), *L'avortement, enjeu de tractations au sein de la coalition allemande*, le Journal Le Monde en ligne, publié le 19 décembre 2018.