

Françoise ASSUS-JUTTNER

J'avais prévu d'en parler demain et j'en parlerai, il est vrai que, par exemple quand les violences sont intrafamiliales, le rôle de la femme dans la famille aboutit à sa complicité dans cette aliénation ; et ça c'est un problème d'éducation et de culture. C'est vrai que la coutume est transmise par les femmes, mais ce n'est pas une raison pour ne pas les en débarrasser.

Geneviève DUCHÉ

C'est tout le travail de l'idéologie dans l'appropriation des femmes, à la fois dans sa matérialité et son idéologie, la naturalisation. **À partir du moment où il est naturel, normal, d'être soumise à un certain nombre de choses, on reproduit cette chose pour rester dans le cadre d'une société que l'on connaît.** Il faut le courage, et les féministes de tous les pays ont un très grand courage lorsqu'elles rompent, lorsqu'elles disent non avec cette idéologie qui les asservit. **Il est assez logique effectivement que les asservis reproduisent les conditions de l'avertissement.**

Geneviève COURAUD

Eh bien, merci à toutes et tous. Nous allons arrêter là.

TABLE RONDE 1

« Le corps reproducteur des femmes entre obligation et interdiction »

L'injonction de reproduction et le projet parental au travers des questions de l'avortement et de la PMA.

Modération : Claire DONZEL, trésorière de l'ADF

Marie-Laure BRIVAL, cheffe de service de gynécologie, Maternité des lilas, ancienne Présidente de l'association nationale des centres d'IVG et de contraception (ANCIC)

Jocelyne FILDARD, coprésidente de la Coordination lesbienne en France (CLF)

Claire DONZEL

Notre première table ronde a pour thème « le corps reproducteur des femmes entre obligation et interdiction ». On m'a dit « Débrouille-toi, mais tu dois mettre en avant ce dilemme interdiction/obligation ». Je ne vais pas déflorer le sujet mais interroger les faces contradictoires de ce dilemme, éternel et universel dans le fond, qui vise à contraindre les femmes, à maîtriser leur corps et leur sexualité, contrôler leurs faits et gestes et, par-là, et dans tous les cas, les dominer. Interroger la perpétuation énigmatique dans le temps et dans l'espace de ce tandem interdiction/obligation. Mais jamais autonomie, jamais liberté, jamais responsabilité, jamais citoyenneté pleine et entière. Il y a donc en nous quelque chose qui dérange. À vrai dire, nous le savons toutes : plusieurs choses, même, et celle-là plus que d'autres. Ils nous veulent belles pour pouvoir nous séduire (comprendre posséder), mais pas trop (faudrait pas que d'autres utilisateurs

s'y frottent) ; fragiles pour pouvoir nous protéger (comprendre infantiliser), mais aussi fortes pour pouvoir les accompagner (comprendre entretenir et soigner) ; ils se sont même mis à nous aimer intelligentes et cultivées, mais pas trop quand même. Pas au point de gagner autant qu'eux voire de les subordonner. Donc, surhommes devons-nous être, puisqu'il n'est pas tant question que cela de partager ces fameuses tâches ménagères, vous savez, celles que Charles Péguy décrit comme « *La vie humble aux travaux ennuyeux et faciles est une œuvre de choix qui veut beaucoup d'amour* ». De choix, dit-il. Tu parles ! Ou alors, c'est bien la preuve de leur véritable amour puisque ce n'est justement pas leur choix à eux !

Donc, des concessions, ils veulent bien en faire (« ils », en tout cas les nôtres, ceux des pays démocratiques), enfin un peu. Mais il y en a une sur laquelle ils ne veulent rien lâcher, ou alors acculés, c'est notre ventre, sa capacité reproductrice. Dans les sociétés archaïques (merci à **Françoise Héritier, Benoîte Groult, Simone de Beauvoir** et les autres qui nous l'ont enseigné), cela s'appelait lignage, équilibre pacifique entre groupes humains ou organisation sociale. Plus récemment, et encore au XXe siècle, chez nous, cela ne se disait pas tel quel, mais cela s'appelait chair à canon ou force musculaire nécessaire à la production agricole ou industrielle d'un pays. Lors de mes études de future professeure d'EPS, m'appropriant la culture et l'histoire de notre métier, c'était frappant. L'éducation physique des filles était sans le « S » de sportive ; mais seulement la préparation de corps féminins forts pour fabriquer des fœtus sains et engendrer des enfants en bonne santé... Accessoirement, des corps féminins forts pour les porter pendant la grossesse, mais aussi pendant les premières années, laver (à la main) le linge familial, faire les courses, faire le ménage... Mais sans la confrontation libre et source de plaisir que peut être le sport, le fameux « S ». Indécent disait le cher baron¹⁹ ; dangereux approuvait l'Académie. Indécent que des corps de femmes exhibés dans l'effort, mais aussi dans le plaisir, plus ou moins dénudés, pour que le geste soit aisé sans mettre en cause leur pudeur... Pudeur... Tiens ! Cela me fait penser à un débat très actuel. Aujourd'hui, on n'en est plus là et pourtant, encore : les médecins l'ont obtenue il y a 40 ans et les pharmaciens ont tenté très récemment de faire introduire une clause de conscience. Les centres de planification sont périodiquement étranglés et menacés. Les nouveaux conseils régionaux remettent en cause leur contribution à la diffusion et à l'accès à la contraception.

Ne parlons pas de celles qui par choix personnel ou de couple, ou idéologique, décident, ces inconscientes, ces égoïstes, ces pas tout à fait femmes, de ne pas devenir mères.

Et il y a encore, dévoiement sémantique cruel, l'obligation de la « maternité heureuse ». Ce slogan qui a présidé à la création du *Planning familial* est à présent une injonction : mère tu seras, mais épanouie tu devras t'y trouver. Et allaitante et non polluante, puisque convaincue que les couches redevenues lavables sauveront la planète et que les petits pots maison confectionnés au jour le jour (mais dans le brouillard du manque de sommeil) préserveront la santé de ta progéniture. Et j'en passe. Mère ET épanouie, sans conteste possible !

Et puis, il y a celles qui le voudraient, mais ... Mais elles sont lesbiennes ! Célibataires, à la rigueur : elles n'ont pas trouvé le bon compagnon, les pôvres ! On va donc tenter de les aider à devenir mères, la société est bien bonne. Car, dans le fond, elles ont compris, elles, qu'une vraie femme ne peut l'être qu'en étant mère. Mais lesbiennes ! Oh ! la vilaine chose ! Elles osent, celles-

¹⁹ Baron Pierre de Coubertin

là, se passer d'hommes pour aimer et vivre ! Et, en plus, elles prétendraient s'en passer aussi pour concevoir et élever des enfants ? On a quand même été bien sympa de leur octroyer le mariage, et pas de gaieté de cœur, je vous le dis ! Une fois de plus, il ne faut quand même pas pousser.

Voilà campé l'état actuel, où ailleurs, bien évidemment, mais aussi ici et maintenant, maîtriser sa fécondité reste une course d'obstacles pour les femmes. Que ce soit pour éviter les grossesses non désirées ou provoquer des grossesses qui, elles, sont désirées. Course d'obstacles encore et toujours morale, politique et religieuse. C'est quand qu'ils nous lâchent tous ces censeurs de nos vies, ces maîtres de nos destins, ces tuteurs auto-institués de notre liberté, ces précepteurs de notre avenir, ces généraux de nos ventres... et pourtant, nos frères ?

Lors de la préparation de cette 24^e Université de l'Assemblée des femmes, et fidèles à notre volonté d'interroger l'actualité féministe de l'année, nous avons souhaité solliciter celles et ceux qui seraient les plus à même de nous éclairer et susciter le débat, au-delà des consensus qui peuvent être les nôtres de féministes engagées. Nous avons ainsi la chance d'accueillir **Marie-Laure BRIVAL**, cheffe du service gynécologie à la maternité des Lilas, célèbre pour son combat pour essayer d'exister et de survivre (je ne parle pas de Marie-Laure ; je parle de la maternité des Lilas). Elle est aussi ancienne présidente de l'*ANCIC*. Elle évoquera avec vous l'éternel combat de la maîtrise de la fécondité, technique, peut-être, mais morale, politique et religieuse, toujours. Quant à **Jocelyne FILDARD**, elle est coprésidente de la *Coordination lesbienne de France*. C'est ainsi la problématique de la PMA pour toutes qu'elle va soulever. Elles vont nous aider à décoder cette injonction contradictoire et ses enjeux, et par là même, nous donner les clés pour la comprendre et donc la surmonter, et la porter chacune et ensemble.

Marie-Laure BRIVAL

Merci à l'Assemblée des Femmes de m'avoir invitée. J'ai bien compris depuis ce matin avec toutes ces brillantes interventions, que nous étions là pour réfléchir et apporter des éléments à cette réflexion. Je suis particulièrement heureuse et honorée de participer à cette réflexion et bien sûr, le sujet qu'il m'a été donné de traiter, la question de l'avortement en France et à travers l'Europe est un très vaste sujet. Certaines questions ne seront donc qu'effleurées et j'espère qu'au cours du débat, je pourrai approfondir d'autres questions.

La question des droits sexuels et reproductifs est une question qui est évoquée depuis le milieu du siècle dernier. Cette question est évoquée dès les années 40. En 1946, elle fait partie de la constitution de l'OMS²⁰. Le vrai tournant décisif a été marqué en 1994 lors de la conférence internationale du Caire sur la population et le développement. La question de la santé et des droits sexuels et reproductifs y a été vraiment marquée, bien que les questions de financement pour la contraception et les questions d'accès à l'avortement aient été évitées lors de cette conférence. On note quand même que cette conférence établit et définit la santé sexuelle et reproductive en parlant d'un « *état de complet bien-être physique, mental et social de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement à tous les stades de la vie et non pas seulement une absence de maladies ou d'infirmités.* » Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante, qu'elle est capable de procréer et est libre de le faire aussi souvent qu'elle le désire en toute sécurité.

²⁰ OMS, Organisation Mondiale de la Santé

Plus de vingt ans après, l'accès à ces droits humains fondamentaux reste, dans tous les pays du monde, une conquête inachevée voire à peine commencée pour les femmes. Le libre arbitre des femmes et, en conséquence, les moyens nécessaires pour la régulation du nombre d'enfants souhaités, l'espacement des grossesses ou le non désir d'enfant, reste un enjeu sociétal dépendant du politique, du religieux, des traditions, des croyances, des normes propres à chaque société ainsi que de la situation économique ou de crise du pays où elles se trouvent. Quelle que soit l'approche, notamment politique et religieuse, toutes ces normes constituent des entraves à l'exercice du droit à la santé sexuelle et reproductive. La crise économique internationale, le retour en force du religieux, les guerres, les conflits locaux, le terrorisme, avec leur lot de viols comme armes de guerre, mettent à mal des millions de femmes à travers le monde. Ces femmes pour qui, de la puberté à la ménopause, la question de leur fertilité et en conséquence celle du choix, sera centrale : entre doutes et certitudes, peur et jubilation, maîtrise et impuissance, révolte et soumission, entre désir et refus. Comment peuvent-elles opérer ces choix ? **Ont-elles réellement le choix de disposer de ce corps si convoité, ou doivent-elles toujours subir, être sous tutelle et répondre de l'ordre sociétal ?**

J'interviendrai ici en tant que médecin, gynécologue obstétricienne, militante féministe depuis de très nombreuses années sur ces questions de choix entre injonction et interdiction. Ces questions sont particulièrement graves et j'espère que mon exposé, forcément incomplet alimentera le débat. Après, nous aborderons successivement dans un tour d'horizon mondial les questions de la planification/contraception et de l'avortement. Tout au long de mon propos, je reprendrai à mon compte ce qu'avait l'habitude de dire **Maya Surduts** : « *Quand ça va mal dans le monde, ça encore plus mal pour les femmes* », tant que la pauvreté ne sera pas résolue, tant que l'accès à l'éducation sera refusé aux femmes, tant que le politique ne sera pas débarrassé du poids du religieux.

Préambule

En 2000, les dirigeants du monde ont pris des engagements historiques et se sont accordés pour fixer huit objectifs afin de réduire les inégalités de développement à travers le monde, certaines cibles devant être atteintes à l'horizon 2015. C'est ce que l'on a appelé les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). De ces huit OMD, les deux qui intéressent particulièrement la femme, l'objectif numéro 3 « promouvoir l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes » et l'objectif numéro 5 « améliorer la santé maternelle » (vous noterez le terme « maternel ») sont les moins avancés selon le rapport des Nations Unies de 2012 : « *L'inégalité des sexes persiste et les femmes continuent d'être confrontées aux discriminations dans l'accès aux bienfaits de l'éducation, du travail et de l'économie et à la répartition dans les gouvernements. La violence exercée contre les femmes continue de saper les efforts pour atteindre tous les objectifs. [...] Les diminutions de la mortalité maternelle sont loin de la cible de 2015. Il y a eu des améliorations de la santé maternelle et de la réduction de la mortalité maternelle, mais la progression est encore lente. Les réductions des grossesses chez les adolescentes et l'expansion du recours à la contraception se sont poursuivies, mais à un rythme plus lent depuis 2000, comparé à celui de la décennie précédente.* »

Encore une fois, quand cela va mal, cela va encore plus mal pour les femmes... Le rapport de 2015 ne dit pas mieux. **Monsieur Ban Ki-Moon**, Secrétaire Général des Nations Unies dit en introduction : « *Malgré les bienfaits remarquables obtenus, je suis tout à fait conscient que les inégalités*

persistent et que les progrès ont été inégaux. Les progrès ont tendance à laisser de côté les femmes et ceux qui se trouvent au plus bas de l'échelle économique ou sont désavantagés à cause de leur âge, handicap ou ethnicité. »

Quand cela va mal, cela va encore plus mal pour les femmes...

Voilà un peu la situation, où depuis plus de 70 ans, des textes, des conventions internationales, des déclarations universelles sur ce problème de la santé reproductive et du droit à la santé reproductive des femmes, sont mis à mal. Nous sommes en 2016 et c'est encore une réalité.

La planification familiale et la contraception

Au plan international, et toujours selon ces rapports des Nations Unies 2012 et 2015, les besoins non satisfaits en matière de planification familiale restent invariablement élevés dans les régions où le recours à la contraception est de faible niveau. Ces besoins n'ont connu qu'une très lente diminution au fil du temps. Le taux d'amélioration a même connu une décélération entre 2000 et 2010 dans des régions comme l'Afrique subsaharienne où une femme sur quatre en âge de procréer, mariée ou non, n'a pas vu ses besoins en matière de contraception satisfaits. **On estime à 225 millions le nombre de femmes qui présentent des besoins non satisfaits de contraception moderne dans les régions en développement.** Le financement des services et fournitures de planification familiale est un élément clé pour supprimer la non-satisfaction de la demande de contraceptifs, mais l'aide à la planification familiale, exprimée en proportion de l'aide totale à la santé pour les pays en développement, a sensiblement diminué au cours de la dernière décennie. Souvenez-vous : en 2000, dès son élection, Georges W. Bush a réintroduit des limites à l'aide internationale pour la planification familiale. Les événements du 11 septembre et les mesures liberticides qui ont suivi ont été néfastes aux droits humains et particulièrement aux droits des femmes. Et pourtant, on sait qu'assurer le financement nécessaire pour satisfaire la demande de contraceptifs est particulièrement pertinent sur la limitation des grossesses non désirées et en conséquence sur la santé des femmes, vu le nombre croissant des femmes en âge de procréer et de celles souhaitant utiliser des contraceptifs dans les régions en développement. Il ne faut cependant pas oublier que dans les pays industrialisés où la planification est depuis longtemps disponible et accessible, l'avortement existe toujours et n'a guère de tendance à la baisse. Ce qui signifie que l'accès à la contraception est primordial, mais l'accès à l'avortement dans de bonnes conditions est aussi essentiel. Ce sont les deux moyens dont dispose une femme pour maîtriser sa fécondité.

En France,...la situation pourrait paraître idyllique au regard de ces pays, notamment pour les jeunes. Pour autant, la question de l'égalité femmes/hommes est en débat permanent, l'éducation à la sexualité soulève des oppositions incompréhensibles, l'accès à la contraception n'est toujours pas si aisé que cela pour les femmes en grande précarité : pour avoir accès à la contraception, il faut avoir une information et une éducation autour de ces questions de procréation et de sa régulation. Ainsi, plus on est pauvre et plus c'est difficile. En matière de contraception, une menace pèse sur l'accès au pass-contraception et sur les discriminations selon une « norme » qui a été édictée pour l'accès à la contraception pour les jeunes. À savoir la pilule quand on n'a pas encore d'enfants, ensuite le dispositif intra-utérin et après seulement, on peut envisager d'autres contraceptions. Si bien que pendant très longtemps, et ce n'est toujours pas réglé, les adolescentes

n'avaient pas accès au dispositif intra-utérin. Les médecins sont loin d'être progressistes en matière de droit des femmes à la santé sexuelle et reproductive !

J'aimerais insister sur la question de la contraception définitive ou stérilisation par voie dystéoscopique. La loi de 2001, réformant les lois Neuwirth de 1975 et Veil de 1967, a constitué une avancée importante pour les femmes : pour la première fois dans une seule et même loi, l'esprit de la loi reconnaît la régulation des naissances tant par la contraception que par l'avortement. Dans cette même loi de 2001, en plus de toutes les réformes que nous connaissons pour les avancées pour les femmes, est reconnue pour la première fois la possibilité pour toute personne majeure d'avoir accès à la contraception définitive ou la stérilisation. Cette possibilité pour les femmes de mettre un terme définitif à leurs possibilités de procréation est passée presque inaperçue. Il n'y a eu aucune volonté des professionnels de proposer cette méthode dans l'arsenal contraceptif. Elle est donc restée méconnue des femmes, alors même qu'il s'agit de la première méthode contraceptive au monde. La France répugne à franchir le pas.

Des femmes en ont eu malgré tout connaissance. Nous assistons à une véritable montée en charge de la demande de la part de femmes qui ont déjà des enfants, mais aussi de nullipares jeunes qui revendiquent de vivre pleinement leur vie de femme sans enfant, de ne plus être dépendantes de ce corps procréateur, et s'affranchir de la double injonction. Malheureusement, les femmes sont confrontées au refus systématique des professionnels, alors que la loi est très claire : « *Toute personne majeure peut demander à un médecin une contraception définitive après quatre mois de délai de réflexion* ». Les médecins, au seul prétexte de la possibilité de regret, ont établi des critères drastiques qui en limitent considérablement l'accès : un âge supérieur à 43 ans (certains disent 45 ans), la naissance d'au moins un enfant ou de plusieurs enfants et de sexe différent, l'avis du compagnon, la contre-indication absolue à toute grossesse et à toutes les contraceptions réversibles. Ce n'est pas « et/ou », c'est « et ». Tout cela contrevient totalement à la loi. Comme pour l'avortement, les femmes restent encore jugées incapables de prendre seules une telle décision et suspectes de frivolité et d'immatunité : « Vous rendez-vous compte que vous faites un choix irréversible et que vous pourriez le regretter ? » À aucun moment n'est pris en compte le choix de la liberté fondamentale d'une femme de ne pas souhaiter devenir mère. On ne pose pas du tout ce type de questions du choix irréversible quand une femme, parfois dans des conditions psychosociales et économiques désastreuses ou quelles que soient les raisons, met au monde un, deux, trois ou quatre enfants. C'est plutôt valorisé. Or elle fait un choix définitif, non pas pour elle-même et elle seule, mais elle met en cause deux personnes, elle et un enfant à venir. Cela ne pose de problème à personne.

Cela interroge et pose au fond la question d'injonction de procréer faite à la femme et la renvoie à son rôle de reproduction de la famille. L'accomplissement de la femme passe obligatoirement par la maternité, la condamnant par là même à la vie domestique. La femme idéale est la mère. Ne pas vouloir d'enfants est une déviance, un tabou réprouvé par l'ensemble de la société. Les rares professionnels qui, comme moi, acceptent de prendre en compte la demande de ces femmes et respectent leurs demandes sont confrontés à une solitude extrême, et je le vis tous les jours sur le terrain, à la sensation de faire quelque chose de mal, de transgresser un tabou. Ils travaillent dans la peur du regard des pairs. Les attaques contre la méthode ne cessent de se multiplier. Une pétition circule sur le net, « Je ne ferai plus l'amour », interpellant la Ministre de la

Santé. Elle a recueilli plus de 45 000 signatures. Pour expliquer la pétition, voilà ce que la personne qui a lancé la pétition nous dit : « Ce que l'on ne nous dit pas sur cette méthode "idéale", c'est qu'après, vous n'aurez plus besoin de faire l'amour puisque vous ne le pourrez plus... Vous jonglerez entre des règles hémorragiques, des rapports douloureux, des douleurs pelviennes, des douleurs dorsales et musculaires et des perforations d'organes. Des cas de cancers ont été rapportés aux États-Unis (tiens, les États-Unis... C'est curieux), des réactions allergiques auto-immunes, et de la fatigue qui deviendra chronique et peut-être même une dépression ». Un « etc. » finit cette liste déplorable des effets de la méthode de contraception définitive et laisse à penser que ses méfaits sont encore beaucoup plus importants. Tout cela rappelle étrangement les attaques sur les conséquences de l'IVG.

Or cette méthode, je vous le rappelle, consiste simplement en une obturation mécanique de la perméabilité tubaire, point final. En aucun cas, cela ne peut être à l'origine de tout ce qui est décrit. Mais voilà : la propagande qui circule. C'est exactement la même chose que ce qui a circulé sur l'avortement, alors que c'est l'acte médical le moins risqué de l'ensemble des actes médicaux. Le CNGO (Collège National des Gynécologues-Obstétriciens) s'en est ému, a demandé aux professionnels une vigilance extrême et les invite à bien peser les indications. Un arrêté ministériel du 11 février 2016 impose que l'intervention soit pratiquée au bloc opératoire par un médecin très expérimenté, alors que cette intervention peut se pratiquer en cabinet de consultation, tout comme la pose d'un dispositif intra-utérin. Enfin, l'agence nationale de sécurité du médicament, l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé) a publié une note d'information en date du 27 avril 2016 : tout en reconnaissant à ce jour n'avoir pas identifié d'éléments remettant en cause le rapport bénéfice/risque de ce dispositif, elle souhaite néanmoins rappeler aux patientes les modalités de pose de cet implant, ainsi que les risques éventuels liés à cette technique. La rumeur, la désinformation montent. Voilà donc la désinformation hostile.

Combien faudra-t-il de décennies et de siècles pour qu'enfin, les femmes soient libres de disposer de leur corps et de décider ou non d'avoir des enfants ? Rien n'est acquis et, à mon sens, il s'agit d'un nouveau combat à mener d'urgence, avant que cette technique ne soit plus remboursée par la sécurité sociale et finalement disparaisse de l'arsenal contraceptif. **Nous devons nous battre pour que les femmes puissent affirmer sans honte, sans tabou, le choix de ne pas avoir d'enfants et d'être libérées des aléas et des contraintes de la contraception réversible. Naître femme n'impose pas d'être mère.** Comme pour l'avortement, la reconnaissance du droit à ne pas devenir mère en choisissant une méthode de contraception définitive donnera sa pleine valeur à la deuxième partie du slogan « un enfant quand je veux, si je veux ». Je tenais à faire ce détour sur cette question de la stérilisation qui m'inquiète beaucoup. En tant que professionnelle, je suis très inquiète sur l'avenir de ce choix qu'ont les femmes de décider de mettre un terme définitif à leur capacité procréative.

L'avortement

- **En France**, la loi de 1975, qui a mis en son temps un terme au désastre sanitaire de l'avortement clandestin, a été très largement assouplie en juillet 2001 : suppression du caractère obligatoire de l'entretien psychosocial, sauf pour les mineures, possibilité pour les mineures d'accéder à l'IVG sans autorisation parentale si elles sont accompagnées d'un adulte majeur, allongement des délais

de 12 à 14 semaines d'aménorrhée, possibilité de pratiquer des avortements hors de l'hôpital (l'IVG médicamenteuse). **De plus, la suppression de la notion de détresse en janvier 2014, la prise en charge à 100 % de l'acte d'IVG en 2012, l'élargissement en janvier 2016 de la prise en charge de tous les frais relatifs à l'IVG, et la suppression du délai de réflexion en avril 2016, sont des avancées considérables. Malgré tout cela, toutes les femmes françaises ne sont pas égales face à l'exercice de ce droit, notamment les plus précaires.** En dépit de toutes ces avancées, la loi reste une loi qui autorise, mais ne peut en aucun cas obliger du fait de la persistance de la clause de conscience. Certains professionnels s'abritent derrière cette clause de conscience, refusent de participer à cet acte médical, déléguant à d'autres personnels sa réalisation. **La clause de conscience est le vrai problème qui reste autour de la question de l'accès à l'IVG en France, parce que cela va déterminer les conditions d'accueil des femmes.** Cela peut déterminer la question du choix de la méthode pour des femmes.

Personne ne s'est ému de la **montée en charge actuelle des IVG médicamenteuses**. Ces IVG médicamenteuses représentaient il y a à peine une quinzaine d'années 20 %, à côté des méthodes instrumentales (anesthésie générale et anesthésie locale) Les dernières statistiques de la DRESS montrent que 57 % des IVG sont actuellement réalisées par méthode médicamenteuse : l'anesthésie locale, acte dont le risque est proche de zéro, est peu utilisée notamment dans les établissements publics. A l'hôpital, c'est cette méthode qui est prise en charge. Certains services font jusqu'à 99 % d'IVG médicamenteuses. Quelle en est la raison ? Elle est simple. C'est que cette méthode permet aux médecins, qui ne se sont jamais véritablement intéressés à la question de l'avortement, de se débarrasser de cet acte en le déléguant à d'autres professionnels de santé comme les infirmières et maintenant, les sages-femmes. C'est un bienfait que les sages-femmes participent à l'IVG, mais c'est une couverture pour les médecins qui du coup n'ont pas à intervenir sur cet acte. J'irai même plus loin.

Ce qui étonne beaucoup dans l'analyse, c'est qu'actuellement, les IVG médicamenteuses sont faites dans certains services à 99 % de 7 à 14 semaines d'aménorrhée... À 14 semaines d'aménorrhée, faire une IVG médicamenteuse, excusez-moi d'entrer dans le détail, mais c'est évidemment un mini accouchement. Quand on fait une IVG médicamenteuse, c'est une maltraitance aux femmes si elles ne l'ont pas choisi. Et **quand on fait 99 % d'IVG médicamenteuses, cela veut dire que les femmes n'ont pas le choix. Ce n'est pas possible qu'un choix soit fait à 99 %. On est en république bananière.** Cela ne fonctionne pas. C'est qu'elles n'ont pas le choix. La méthode leur est imposée et parfois, à 14 semaines d'aménorrhée. Pourquoi ? Parce que les médecins se déchargent sur cette méthode. Or, quand on fait un avortement à 14 semaines, il reste toujours des débris placentaires. Il faut faire derrière une révision utérine. Là, les médecins interviennent. Cette pratique rappelle étrangement ce qui se passait avant 1975, quand les médecins n'acceptaient d'intervenir dans les questions d'avortement que pour un acte purement médical, révision utérine sur rétention placentaire après un avortement clandestin. C'est bizarre qu'en 2016, on en soit à 99 % d'IVG médicamenteuses. Les médecins n'auront qu'un rôle dans cette question, faire une opération complémentaire. Ils ne font pas d'IVG, la clause de conscience est respectée !

Tout cela pour dire que, tant que la clause de conscience ne sera pas réglée, l'avortement ne fera pas partie des études initiales de médecine. La question de la contraception et de l'avortement restera toujours reléguée à deux ou trois heures d'études complètement catastrophiques sur les

conséquences de l'avortement. Le tabou autour de l'IVG persiste et l'accueil des femmes dans les centres et à l'hôpital est loin d'être optimal. Je ne veux pas dramatiser la situation en France, mais il faut se rendre compte que même avec les tests, on est dans des situations problématiques et il faut vraiment une force considérable pour que les femmes soient correctement prises en charge et surtout que leur choix en matière de techniques d'IVG soit respecté. Je ne m'étendrai pas sur les restructurations hospitalières qui ont fait disparaître les structures de proximité et qui imposent aux femmes de se rendre dans des grands centres où tout est concentré. C'est aussi un problème. Donc, oui, la loi en France est extrêmement importante. **Dans l'esprit de la loi, les femmes ont un libre accès à l'avortement en France. En pratique, on observe des choses pas très sympathiques.**

- **A l'international**

Plus dramatique est la situation dans certains pays d'Europe et pire encore pour la majorité des femmes à travers le monde du fait de lois répressives et de leurs conséquences sur la santé des femmes. Lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement du Caire en 1994, il avait été souligné dans tous les débats que l'avortement non médicalisé était un grave problème de santé publique et les gouvernements étaient convenus de textes en vue de son élimination. Ces textes ont, certes, une portée symbolique extrêmement importante, mais entre les textes et leur application, on doit faire face à toutes les résistances. Ce problème de santé publique se heurte aux lois régressives. **Dans le monde, il n'y a guère qu'une cinquantaine de pays sur 197 qui autorisent l'avortement sur simple demande de la femme.**

Quelques chiffres : chaque année, 210 millions de grossesses surviennent, dont 182 millions dans des pays en développement, et 87 millions de femmes n'ont pas souhaité cette grossesse. La violence à l'encontre des femmes est étroitement associée aux grossesses non désirées. **Jusqu'à 40 % des femmes qui demandent une interruption de grossesse ont subi des violences sexuelles ou physiques. 303 000 femmes meurent chaque année (soit 830 par jour) des suites de la grossesse, qu'elle se termine par un accouchement ou par un avortement clandestin. A 99 % dans des pays en voie de développement.**

On estime que, dans la période 2010/2014, 56 millions (contre 50 millions entre 1990 et 1999) de femmes vont subir chaque année de par le monde, un avortement provoqué, soit 25 % de l'ensemble des grossesses ; 50 millions de ces avortements (soit près de 90%) ont lieu dans des pays en développement. 2/3 de ces avortements concernent des femmes jeunes, entre 15 et 30 ans. Plus de 30 millions d'avortements seront faits dans des conditions sanitaires catastrophiques, dont 29 millions dans les pays en développement, notamment en Afrique. Le nombre de morts maternelles par avortement est estimé entre 45 000 et 80 000 par an dans le monde. Ces chiffres représentent jusqu'à 18 % des décès maternels liés à la grossesse : ainsi, une grossesse sur huit va se terminer par le décès de la mère. Le risque de mourir d'un avortement est de 1/150 000 en Europe et aux États-Unis. Dans un pays en développement, on va mourir d'un avortement une fois sur 150. L'avortement, au regard de sa fréquence dans le monde, de sa pratique bien souvent illégale du fait de lois restrictives, de sa contribution à la mortalité maternelle et de ses implications sociales est un problème majeur de santé publique dans la plupart des pays en développement. Sans parler des conséquences non mortelles, séquelles physiques et psychologiques qui contribuent largement à la charge mondiale de la morbidité féminine.

Pour diminuer le poids de ces avortements pratiqués dans des conditions précaires, les mesures à prendre sont connues, mais leur mise en œuvre est difficile. La communauté internationale et les organisations des Nations Unies ont un rôle de première importance à jouer pour amener les gouvernements à modifier leurs lois sur l'avortement et améliorer leur système de santé afin de mieux prendre en compte le droit à la santé pour les femmes. Les femmes paient d'un prix très lourd un avortement non médicalisé, non seulement du point de vue de leur santé et de leur vie, mais aussi sur le plan financier. Dans certains pays en développement, les complications consécutives à un avortement non médicalisé représentent jusqu'à 50% des hospitalisations en service de gynécologie obstétrique. La mobilisation de lits d'hôpital, de réserves de sang, de médicaments, de salles d'opération, d'anesthésistes et de médecins grève lourdement un budget déjà limité. Une hospitalisation suite à un avortement non médicalisé peut représenter plus de 2500 fois les dépenses de santé quotidiennes par habitant.

Au-delà même de la bêtise et de l'absurdité, ne sommes-nous pas là face à un paradoxe fou où l'on connaît les causes du mal, mais où rien n'est fait en terme de loi pour y mettre fin ? **C'est une situation de crime tranquille ourdi dans un silence consensuel à l'encontre des femmes.** Les adolescentes, les pauvres, les femmes qui vivent en milieu rural, les réfugiées de guerre contre lesquelles le viol systématique est utilisé comme arme en sont les premières victimes. Non seulement on sait ce qu'il faudrait faire, c'est-à-dire accroître les lois permissives. On sait que des lois restrictives ne sont absolument pas associées à un moindre taux d'avortement. On connaît l'exemple de la Roumanie où le décret Ceausescu en 1965 a supprimé l'accès à l'avortement et aux méthodes contraceptives. **On a vu le nombre de morts de femmes considérablement augmenter, passant de 30 décès liés aux complications d'avortement pour 100.000 naissances en 1965 à 142 en 1989, date à laquelle, après l'abolition de ces mesures restrictives, il est retombé à 50 pour 1000.000 naissances.**

Pour le moins, face à cette hécatombe, pourrait-on imaginer que dans les pays où les lois sur l'avortement sont restrictives, les services de santé pourraient traiter, sans avance d'argent, les femmes souffrant de complications dues à un avortement et qu'elles ne subissent pas de représailles lorsqu'elles ont recours à un traitement médical efficace. Les professionnels de soins peuvent jouer un rôle clef : ils devraient pouvoir passer outre leurs propres craintes et assurer le traitement des complications dues aux avortements. On pourrait espérer aussi que les indications légales d'avortement (même s'il y a des restrictions) soient interprétées de la manière la plus large possible, en particulier de la part du personnel médical, assurant ainsi l'accès à l'avortement pour le plus grand nombre possible. Mais à l'heure où nous échangeons c'est un vœu pieux, si on peut s'exprimer ainsi. On se souvient toutes de la mort de cette jeune Irlandaise en 2012, suite à une rupture de la poche des eaux à 24 semaines, que des médecins ont laissé mourir parce que le cœur du fœtus battait encore. Ce n'était pas en 1900, mais en 2012.

- **Tour d'horizon selon les régions du monde**

En dépit de ces constats, ces quinze dernières années ont été le témoin d'une lente mais claire tendance à la libéralisation des lois sur l'avortement afin de remédier au fléau des avortements clandestins. L'impact négatif des restrictions de l'IVG sur la survie, la santé et le bien-être des femmes inquiète, de plus, les organismes de défense des droits de l'Homme, de même que les

ONG qui œuvrent en leur faveur. Les réformes des lois relatives à l'IVG se sont opérées sur un fond de défense des droits de l'Homme et donc du droit à la santé. **La tendance à la libéralisation ne devrait cependant pas masquer les très réelles menaces qui pèsent sur les droits génésiques dans de nombreuses régions du monde.** Des résistances restrictives ont été instaurées dans plusieurs pays et en beaucoup d'endroits du monde, où donc les femmes se voient régulièrement refuser les services de prestataires pour cause d'«objection de conscience». Les droits relatifs à l'IVG restent précaires et, quand ils existent ; leur respect est toujours loin d'être universel. Plusieurs pays ont intensifié les restrictions, le lobby anti-choix invoquant les mêmes droits de l'Homme, considérant que la vie commence au moment de la conception. Ces pays sont concentrés en Amérique latine et aux Caraïbes, Asie centrale, du sud et de l'est, le Moyen Orient et l'Afrique du Nord (excepté la Tunisie), l'Afrique subsaharienne, l'Europe orientale et centrale. **Au total, près de 26% de la population mondiale vit dans les 68 pays où l'avortement est strictement interdit ou autorisé seulement pour sauver la vie de la femme. 57 pays autorisent l'avortement sans restriction. Cela représente 39% de la population mondiale.**

Toutes les femmes européennes n'ont pas accès à l'avortement : en Irlande, à Malte, Andorre, Monaco l'avortement leur est interdit sauf si la vie de la femme est menacée. En Slovaquie, en Lituanie, comme en Pologne (restrictions en 1997 alors que l'avortement y était autorisé depuis plus de quarante ans), la question de l'avortement est un sujet de plus en plus tabou et menacé par des lois de plus en plus restrictives. Il en est de même pour la Turquie, la Hongrie, la Géorgie, le Luxembourg et la Suisse. En 2013, l'initiative « One of Us » soutenue par le Pape a de quoi inquiéter. En Espagne, le vote de 2010 est remis en cause en 2013, heureusement sans succès Le Portugal n'a libéralisé l'avortement qu'en 2007. Près de 85% des médecins en Italie refusent de procéder à des avortements. Le lobbying anti-choix et des religieux sur les institutions européennes et internationales est de plus en plus organisé, de plus en plus visible et doté de moyens grandissants. L'Union Européenne, entre immobilisme et ouverture, botte en touche et considère que c'est un problème de santé relevant de la compétence de chaque Etat. Mais si l'Union Européenne veut être considérée comme un projet moderne sur lequel repose l'espoir des femmes de nombreux pays, le droit de toutes les femmes d'Europe en matière de santé reproductive ne doit-il pas figurer en priorité sur son agenda politique ?

En Afrique la plupart des pays interdit l'avortement. Parmi 54 pays africains, 26 n'autorisent l'avortement que pour sauver la vie de la mère. Les restrictions légales à l'avortement en Afrique expliquent la rareté des données sur le sujet. Les quelques études disponibles ne fournissent qu'une mesure partielle de l'ampleur du problème. Plus de 30.000 femmes y meurent chaque année d'avortements clandestins. La proportion de femmes de 15 à 19 ans chez lesquelles a été pratiqué un avortement non médicalisé est plus élevée que dans toute autre région du monde et près de 60% de tous les avortements clandestins en Afrique concernent les femmes de moins de 25 ans. Seuls la Tunisie, le Cap Vert et l'Afrique du sud se distinguent par leurs positions libérales en autorisant l'avortement sur demande de la femme. Cependant, même pour ces pays, l'accès à l'avortement est rendu difficile par le manque d'infrastructures disponibles ou de personnel qualifié, ce qui contribue au maintien d'une pratique clandestine importante.

On note cependant qu'au cours des dix dernières années des changements majeurs sont survenus dans six pays d'Afrique. L'IVG est aujourd'hui légale au Bénin, en Guinée et au Togo quand la poursuite de la grossesse met en danger la vie ou la santé de la femme enceinte, quand la grossesse est le produit d'un viol ou inceste, et quand le fœtus est atteint d'une très grave affection. L'avortement n'était auparavant considéré comme légal au Bénin et au Togo que pour sauver la vie de la femme et, en Guinée, pour sauver la vie de la femme et protéger sa santé. Le Tchad et le Niger autorisent désormais aussi l'IVG pour protéger la santé d'une femme, mais ils excluent tous deux le viol et l'inceste comme motifs d'avortement. L'IVG n'était, jusque-là, considérée comme légale dans ces deux pays que pour sauver la vie de la femme enceinte. Enfin, au Mali, l'IVG peut être pratiquée lorsque la grossesse met en danger la vie d'une femme et quand elle est le résultat de viol ou d'inceste. La procédure n'était auparavant légale que pour sauver la vie de la femme enceinte.

En Amérique latine Les lois y sont les plus restrictives, en dépit des problèmes récents liés au virus Zika. Ce sont l'Amérique latine et les Caraïbes qui enregistrent le taux le plus élevé d'avortements non médicalisés.

Aux USA : En 1973, la décision « Roe v. Wade » de la Cour Suprême des États-Unis a non seulement transformé l'avortement en un droit, mais a également empêché que chaque Etat puisse adopter des lois avancées par les mouvements réactionnaires « pro-vie ». On ne peut pas promouvoir de lois qui l'interdisent, mais tout cela est bien loin. Avec de l'imagination, de nombreux gouverneurs et maires ont utilisé, dans la mesure de leur pouvoirs, la capacité réglementaire qu'ils ont pour défendre ce point de vue. Selon l'institut Guttmacher, on assiste à une montée considérable des restrictions autour de l'avortement selon les Etats. Plus de la moitié du pays est sous une juridiction qui limite l'accès à l'avortement. 27 états ont introduit des restrictions sévères à l'avortement dont 18 d'entre eux avec plus de cinq lois « pro-vie ». En 2014, ont été présentés 341 projets de loi pour défendre la vie au sens où l'entendent les « pro- vie, » c'est-à-dire anti- IVG, et 26 sont devenus des lois. Ces restrictions au droit à l'avortement prennent de multiples formes : interdiction des méthodes médicales les plus courantes, délais d'attente rallongés imposés aux femmes, réduction drastique de la période autorisée pour une IVG, durcissement pour les mineures, complications administratives visant les médecins avorteurs, pas d'aide financières pour les plus démunies, pressions psychologiques, octroi de la personnalité juridique à un fœtus dès sa conception, fermetures de centres du fait de contraintes réglementaires intenable. « Il semble bien que la première stratégie politique des militants anti-avortement est d'accabler les centres d'IVG à un point tel qu'ils soient, dans leur majorité, voire leur totalité, contraints de fermer leurs portes ». On commence d'ailleurs à évoquer un « désert de l'avortement » dans le grand Sud américain, de la Floride au Nouveau-Mexique, ainsi que dans le Midwest : des femmes témoignent devoir faire des centaines de kilomètres pour une IVG. etc.

A l'inverse, en Chine, pour ne pas contrevenir à la politique de l'enfant unique mise en place il y a vingt-cinq ans, les femmes sont stérilisées, avortées de force. L'infanticide n'est pas chose rare, surtout quand il s'agit d'une fille.

En Inde, l'IVG est autorisée depuis 1972. La pratique de l'avortement sélectif des fœtus de sexe féminin, malgré la loi de 1994, reste largement pratiquée dans un système patriarcal où la femme est toute sa vie sous tutelle de l'homme. Selon une étude publiée en 2011 par la revue The Lancet,

entre quatre et douze millions de filles ont été “éliminées” en Inde depuis le milieu des années 1980. On estime que l’Inde est en déficit de 10 millions de femmes avec pour conséquence la fréquence des viols dans le pays par déséquilibre du ratio garçon/fille. Le viol est par ailleurs un véritable fléau en Inde. En juillet 2015 un tribunal indien a refusé à une adolescente de 14 ans enceinte de plus de cinq mois après avoir été violée par un médecin dans l’État du Gujarat (dans l’ouest du pays) le droit d’avorter. La haute cour du Gujarat a rejeté encore tout récemment la requête soumise par le père de l’adolescente, la législation indienne interdisant l’avortement après 20 semaines de grossesse.

L’avortement clandestin progresse donc dans le monde et chaque jour meurent des femmes pour cette seule raison pourtant parfaitement évitable. Les lois autorisant l’accès à l’IVG ne progressent que trop lentement et, quand ces lois existent, les entraves sont nombreuses, ce qui en fait un droit précaire. Il n’est plus possible d’accepter que les droits fondamentaux des femmes soient ignorés. Les gouvernements qui conservent ces lois répressives doivent faire l’objet de pressions de toutes parts.

En conclusion

Ainsi, selon les régimes, selon le poids du religieux dans l’exercice des fonctions de l’Etat, selon les coutumes et croyances, selon les conflits et guerres, nous voyons que les femmes sont l’objet de violences intolérables, d’injonctions ou d’interdits, diktats totalement contraires aux droits humains fondamentaux. Forcées ou interdites dans leur choix, les femmes doivent se soumettre ou mourir. Reconnaître que l’avortement clandestin est cause de mort de femmes et continuer à ne pas l’autoriser dans de bonnes conditions sanitaires par la loi, n’est-ce pas ce que l’on appelle non-assistance à personne en danger ? Le droit des femmes à la dignité et à la santé doit leur permettre non seulement de prendre leurs propres décisions concernant la contraception et l’IVG, mais aussi de disposer de l’information, du soutien et de l’accès aux services dont elles ont besoin.

La lutte pour le droit à la contraception librement choisie et à l’avortement sur demande de la femme ne peut plus être seulement nationale mais elle doit s’élargir sur un plan européen et plus encore international pour une reconnaissance de ce droit fondamental pour toutes les femmes de la planète. Le droit des femmes à choisir d’avoir ou pas des enfants, de planifier leurs maternités doit être au cœur de l’égalité entre les femmes et les hommes si nous voulons véritablement un monde plus juste. Pour que cesse l’hécatombe, catastrophe humaine dont on parle si peu : la mort continue des femmes par avortements clandestins à travers le monde, nous devons d’accentuer les pressions de toutes parts.

Claire DONZEL

Une courte synthèse : trois choses frappantes. La première est la notion de droit, de choix, de liberté au regard du poids des religions et du développement des Etats, que ce soit dans l’introduction du propos ou dans le tableau international dressé, notamment pour les pays en voie de développement. Là, les femmes sont toujours les plus sacrifiées, en matière de santé et de droits.

Le deuxième point est la notion d’injonction alliée à la désinformation, aboutissant à la notion de déviance. Celles qui osent ne pas être mère par choix ou celles qui revendiquent de l’être, sont

considérées comme des déviantes. Cela va peut-être introduire les propos de Jocelyne FILDARD, mais se pose la question : dans le fond, en empêchant les femmes lesbiennes d'accéder à la maternité, ne cherche-t-on pas à les maintenir dans une déviance, dans ce que l'on a défini comme une déviance ? On renforce cette « déviance » en leur interdisant d'être mère. C'est une question qui peut peut-être être posée.

La troisième chose est le retour de la punition. On a sorti, par la porte de la loi de 1974, la notion de punition pour les femmes qui avortaient et elle revient par la fenêtre via la méthode médicamenteuse à laquelle on les soumet, sans leur donner de choix.

Ces trois remarques, qui ne sont pas majeures mais marqueurs cependant, permettent de faire le lien entre cette intervention et celle de **Jocelyne FILDARD**.

Jocelyne FILDARD

Permettez-moi de vous dire que c'est avec grand plaisir que je m'adresse à vous. Depuis plusieurs années, des associations féministes et LGBT revendiquent l'accès à la PMA pour toutes les femmes, quelles que soient leurs orientations sexuelles ou leurs conjugalités. La *Coordination Lesbienne en France*, dont je fais partie, soutient cette revendication. Pour que vous puissiez tout comprendre, je vais vous dire quelques mots pour vous présenter *la Coordination Lesbienne en France*.

C'est un collectif d'associations enrichi d'un collège d'individuelles. La CLF est implantée dans certaines régions de France. C'est un mouvement non mixte, mais il ne s'agit pas d'une non-mixité d'exclusion. Elle nous permet d'élaborer une réflexion, une parole autonome de femmes pour la porter ensuite dans la société mixte tout entière. En créant la CLF en 1997, nous voulions en faire une force représentative lesbienne, sans prétendre pour autant représenter toutes les lesbiennes de France. Nos objectifs sont de renforcer la visibilité des lesbiennes, de dénoncer et de combattre la lesbophobie, de faire progresser nos droits et d'être actrices dans le champ politique et social, afin d'affirmer la citoyenneté des lesbiennes. Nous nous disons plutôt lesbiennes qu'homosexuelles : c'est une façon de vouloir être identifiées au-delà de notre orientation sexuelle. **Nous nous revendiquons lesbiennes féministes**. Nous sommes plus proches du mouvement des femmes, dont nous faisons partie, que du mouvement LGBT, dont nous ne partageons pas l'ensemble des revendications qu'il porte et au sein duquel sévit la domination masculine. Nous participons au *Collectif National pour le Droit des Femmes* (CNDF). Nous travaillons avec des associations généralistes comme Femmes Solidaires ou des associations portant une thématique spécifique, telle que la CADAC (Collectif des Associations pour le Droit à l'Avortement et à la Contraception). Nous travaillons avec certains partis politiques de gauche – je l'affirme ici, nous sommes des femmes de gauches – et avec diverses institutions. Enfin, nous fonctionnons en coprésidence pour éviter la concentration des pouvoirs sur une seule personne, en cohérence avec notre approche de l'égalité et la volonté d'un fonctionnement collectif.

J'en viens au sujet qui est **la PMA**. Je vais rappeler quelques notions de base, pour que l'on soit toutes au même niveau de connaissance.

L'encadrement, les techniques

Les lois bioéthiques de 1994, 2004 et 2011 encadrent la **PMA (Procréation Médicalement Assistée) dite aussi AMP (Assistance Médicale à la Procréation)**, acronyme surtout utilisé par le personnel médical ou le législateur.

La PMA est soumise à des règles strictes. Selon l'article L. 2141-2 du Code de la santé publique, elle est accordée aux couples hétérosexuels, mariés ou non, en âge de procréer et dont l'un des conjoints est infertile – infertilité médicalement constatée – ou pour éviter la transmission d'une maladie grave à l'enfant ou à l'un des partenaires du couple. Les conjoints doivent être vivants : l'insémination post-mortem est interdite. De même, vivre en séparation de corps ou être en instance de divorce ne permet pas d'accéder à la PMA. Toutefois, l'obligation de deux ans de vie commune a été supprimée, lors de la révision des lois bioéthique de 2011.

La PMA est pratiquée par insémination artificielle avec le sperme venant du conjoint (IAC) ou venant d'un donneur (IAD). Une autre technique est la fécondation in vitro (FIV) ou par l'injection intracytoplasmique de spermatozoïde ISCI (technique qui consiste à injecter le spermatozoïde à l'intérieur de l'ovule).

On peut considérer la PMA comme une simple aide à la procréation, puisque, on le sait, elle ne guérit pas l'infertilité. D'après le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes dans sa contribution au débat sur la PMA réalisée en mai 2015, je cite : « *La PMA ne soigne pas médicalement, mais socialement, l'infertilité des couples* ». Le choix des critères génétiques ou le choix du sexe de l'enfant sont bien sûr interdits. **En 2012, les enfants nés de PMA légales en France représentaient 2,9 % du total des naissances.**

En parallèle, un autre mode de procréation est utilisé par les femmes qui ne peuvent pas accéder légalement à la PMA. Il s'agit de l'**IA (Insémination Artisanale ou Insémination Artificielle non médicalisée)**. Elle pourrait paraître une bonne solution – la plus proche de la conception naturelle – puisqu'il s'agit de réaliser, hors intervention médicale, en période d'ovulation, une simple injection de sperme avec une seringue. Le donneur peut être un homme de l'entourage, un donneur rencontré via Internet ou ailleurs. Toutefois, il faut être conscient des risques sanitaires encourus que cela implique. Pour les PMA légales via les CECOS (Centres d'Etudes et de Conservation des Œufs et du Sperme), des précautions sont prises : recherche d'éventuelles anomalies, réalisation d'enquêtes génétiques et dépistages de MST et autres maladies. Ici, dans le cadre de l'IA, rien de semblable. On n'est donc pas à l'abri d'une éventuelle contamination ou d'autres problèmes, à moins d'avoir recours à une banque de sperme qui, elle aussi, réalise différentes analyses, telles que Cryos au Danemark, la plus grande banque mondiale qui compte 470 donneurs et livre dans 80 pays. Un kit arrive chez vous à domicile et il suffit de suivre le mode d'emploi, mais loi du marché oblige, il vous en coûtera entre 190€ HT pour un donneur anonyme ou 606€ pour un don non anonyme, plus 174€ de frais de livraison, auxquels peuvent s'ajouter d'autres frais. La pratique de l'IA étant clandestine, on ne dispose pas de statistiques fiables quant au taux de réussite, mais il semblerait plutôt faible. Enfin, n'existe pas de législation précise : on ne peut pas considérer l'IA comme légale en France, car seul le CECOS est autorisé à manipuler du sperme.

Une loi dépassée et ses incohérences

Maintenant, on va voir cet encadrement, que je viens de vous expliquer, et ce qu'il en est aujourd'hui, à savoir qu'il est dépassé et contient beaucoup d'incohérences.

Bien que révisées en 2011 (donc récemment), les lois « bioéthique » qui définissent les limitations d'accès à la PMA s'inscrivent dans un contexte sociétal aujourd'hui dépassé. Elles ne tiennent pas compte des modèles familiaux qui ont évolué ou qui se sont davantage affirmés tels que, par exemple, les familles monoparentales ou homoparentales. En 2011, sur l'ensemble des familles, 21,6 % étaient monoparentales, composées en grande majorité d'une mère et d'enfants (environ 85 %). **Concernant les familles homoparentales et d'après une enquête INSEE de 2012, environ 10 000 couples de même sexe vivent avec au moins un enfant, et 80 % de ces couples sont des couples de femmes.** Ainsi, l'encadrement législatif actuel, qui admet qu'il existe une réponse au désir d'enfant de personnes qui ne peuvent pas en avoir ensemble naturellement, nie cette évolution et reste donc conservateur.

De plus, on peut considérer que cet encadrement est en porte-à-faux avec des dispositions qui, elles, accordent la parentalité aux femmes seules comme aux couples homosexuels mariés, depuis les lois Taubira concernant l'accès à l'adoption. En accordant un agrément pour adopter, on reconnaît que des femmes seules ou des couples homosexuels mariés sont capables d'élever un enfant. Ainsi, on peut conclure que la loi encadrant la PMA subordonne la procréation et le droit d'être parents à l'union hétérosexuelle, consacrant ainsi la trinité père-mère-enfant jusqu'à permettre, lors d'une PMA avec IAD, la possibilité à l'homme infertile du couple hétérosexuel d'être reconnu comme le père biologique. Cette loi renforce une norme et institue une hiérarchie des sexualités. Elle est discriminatoire, puisque toutes les femmes n'y ont pas accès.

Au-delà de l'interdit

L'interdiction de la PMA aux couples de femmes ou aux femmes seules, et l'échec de l'insémination artisanale incitent ces femmes à se rendre à l'étranger, le plus souvent en Espagne, en Belgique, voire aux Pays-Bas. Il est difficile d'en connaître le nombre. En septembre 2010, un article de l'institut européen de bioéthique estime que sur 10 000 PMA par an pratiquées en Belgique, plus d'1/3 le seraient au bénéfice de personnes venant de l'étranger et notamment, de couples venant de France. Ce qui est confirmé par l'Académie Nationale de médecine française qui, d'après une étude réalisée dans quatre centres belges pratiquant la PMA, constate qu'en 2012, 533 femmes françaises ont eu accès à une PMA en Belgique. Publié en 2014 dans Socio-Logos, un article révèle qu'en 2012, sur les 10 000 couples de même sexe qui vivent avec au moins un enfant, 80 % sont des couples de femmes. Au sein de ces couples de femmes, un enfant sur deux serait né d'une PMA réalisée à l'étranger.

Auditionnée par le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCEF/h) et pour donner une dimension concrète à mon argumentation, j'ai réalisé des interviews auprès de femmes en couples qui sont allées pratiquer une PMA à l'étranger par IAD, puisque les lesbiennes ont essentiellement recours à cette technique. Ressort de ces entretiens que ces couples avaient longuement préparé et mûri leur projet, pendant trois à quatre ans : le temps d'une réflexion profonde à deux, le temps de s'informer, d'envisager comment organiser la vie de l'enfant, le temps de réunir les finances nécessaires. (En effet, c'est très coûteux : il faut prévoir entre 8 000 et 10 000 euros). Ces femmes m'ont parlé d'un parcours éprouvant, de la duplicité du personnel médical qui prescrivait les examens et traitements préparatoires, mais aussi des questions difficiles et culpabilisantes posées lors de la réalisation des examens. J'ai entendu des témoignages de femmes qui me paraissaient responsables, et pourtant traumatisées par un parcours fatigant,

psychologiquement et physiquement. Il a fallu parfois plus de six injections pour réussir, chaque échec étant vécu douloureusement, mais ces difficultés ne les ont pas arrêtées. Il ne s'agissait pas d'un caprice d'un jour, mais d'un projet entièrement réfléchi et assumé, avec le souci du bien-être de l'enfant. L'une d'entre elles m'a dit : « *Un couple hétéro fertile ne se pose peut-être pas toutes les questions que nous nous sommes posées. Nous avons mis quatre ans pour concrétiser notre projet* ».

Reste à souligner qu'une femme sur deux qui a accès à la PMA à l'étranger n'a pas de suivi médical satisfaisant. Toutefois, **Marisol Touraine** a réaffirmé récemment que toutes les femmes enceintes, quel que soit le mode de conception auquel elles ont recours, ont le droit de bénéficier d'un suivi de qualité partout sur le territoire. Enfin, les gynécologues qui aident à recourir aux dons de gamètes rémunérés risqueraient cinq années de prison et 75 000 euros d'amende. Il y a actuellement polémique à propos de l'abrogation d'une circulaire concernant ces pénalités, mais c'est un faux débat. Ce qui a été identifié comme une circulaire n'était qu'un courrier envoyé par le Ministère de la santé, rappelant aux gynécologues les peines encourues. Un courrier n'a pas vocation à être abrogé ! Donc si mes sources sont exactes – d'après des juristes ou des médecins – rien n'a changé par rapport aux pénalités.

Différentes approches féministes

Pour certaines féministes, la revendication de l'accès à la PMA pour toutes les femmes va au-delà de l'égalité entre tous les couples et toutes les femmes. Il s'agit du droit de chaque femme à disposer de son corps, indépendamment de la mainmise de l'hétéro-patriarcat, en dehors de tout contrôle masculin. Ce serait la continuité des luttes des féministes des années 1970 qui revendiquaient l'accès pour toutes à la contraception et à l'IVG, donc de pouvoir choisir sa maternité quand on la désirait. Autrement dit, la libre disposition du corps. Par ailleurs, pour cette approche féministe, la famille homoparentale comme monoparentale, permet de casser le modèle de la famille traditionnelle en redéfinissant les modalités de filiation et permettant de sortir des schémas normatifs. Autrement dit, l'accès à la PMA pour toutes les femmes serait éminemment subversif.

Pour d'autres féministes, le décryptage est tout autre. Après mai 1968, les luttes menées par les lesbiennes et les gays étaient des luttes émancipatrices. C'était le temps d'une véritable remise en question du système hétérosexuel et hétéro-patriarcal. Lesbiennes et féministes se voulaient révolutionnaires et subversives. Elles s'identifiaient par des slogans issus du MLF comme : « *A bas la normalité sociale qui voue les femmes aux mâles, aux marmots, aux machines, aux marmites* ». C'est dire la résistance à la maternité et à la famille oppressante. Toutefois, au fil du temps, la subversion de ces années s'estompe, les luttes émancipatrices laissent place, pour certaines lesbiennes et certains gays, au désir d'intégration dans la société telle qu'elle est. Il est vrai qu'il y a eu l'impact des années SIDA, mais on s'éloigne des revendications de libération collective des années « mouvement ». Les points de convergence entre féministes et gays éclatent. A présent, surtout pour un grand nombre de gays, mais aussi pour des lesbiennes, on veut être comme tout le monde, se marier, avoir des enfants, avoir une famille. D'où la revendication d'accès à la PMA et la GPA. **Ainsi, de la revendication du droit à la différence, on passe à celle du droit à l'indifférence. Des luttes émancipatrices et subversives, on passe au désir d'intégration. D'une volonté de libération collective, on passe à des intérêts individuels et, pour certaines, c'est vécu comme un retour en arrière.**

La CLF soutient l'accès à la PMA pour toutes les femmes, parce que ce droit existe et que chaque femme a le droit à une égalité de traitement. Toutefois, nous ne considérons pas que revendiquer la PMA est la continuité de la lutte pour la « libre disposition du corps » dans son acception des années 1970, où il s'agissait de lever la contrainte reproductive qui pesait sur chacune. Se libérer de cette contrainte était un levier pour libérer l'ensemble des femmes. Considérer que la PMA s'inscrit dans la libre disposition du corps est dangereux, porte ouverte à des dérives dont les femmes font les frais. C'est au nom de la libre disposition du corps que certains revendiquent la réglementation de la prostitution, par exemple. C'est aussi au nom de la libre disposition du corps que d'autres revendiquent la légalisation de la technique des mères porteuses ou GPA. C'est au nom de la libre disposition du corps que l'on instrumentalise et marchandise les corps. Tout cela porte atteinte à l'image et aux droits des femmes et peut-être que demain, au nom de la libre disposition du corps, on pourra vendre un rein ou un poumon.

Nous soutenons l'accès à la PMA sans pour autant en faire la promotion. Si chacune doit avoir le droit aux mêmes choix quand une loi existe, il est bien évident que nous nous questionnons : la PMA ne fait-elle que répondre à un désir d'enfant à tout prix ou répond-elle à une norme sociale qu'elle conforte ? Sommes-nous si loin de l'injonction à la maternité qui pèse encore sur les femmes dont ont voulu justement se débarrasser les militantes des années « mouvement », qui prônaient la libre disposition du corps et qui voulaient se libérer du pouvoir médical ?

Conclusion

Un dernier point, grand sujet de lutte de la Coordination lesbienne. Certaines personnes entretiennent la confusion entre PMA et GPA. Pour faire légaliser la GPA, certains en font le pendant de la PMA au nom d'une prétendue égalité. D'autres, pour combattre la PMA entretiennent l'amalgame GPA/PMA : les mettre au même niveau permet de combattre les deux en même temps. Enfin, des personnes mal informées pensent qu'il s'agit du même sujet. **Non, la GPA n'est pas une PMA au masculin, comme l'ont souligné des féministes. La GPA utilise le corps de deux femmes, une donneuse d'ovocyte et une mère porteuse, pour réaliser un abandon programmé, puisque l'enfant qui naîtra sera retiré à la mère qui l'a porté. C'est une régression sociale qui exploite les femmes et porte atteinte à leurs droits.**

La PMA soulève aussi de gros problèmes, ne serait-ce que le manque de donneuses et de donneurs de gamètes, ou l'impact sur la santé des donneuses d'ovocytes. Car si le don de sperme est un acte inoffensif, qu'en est-il des stimulations ovariennes et des prélèvements d'ovocytes sur la santé des donneuses ? Toutefois, la PMA ne met pas à disposition le corps d'autrui – comme la GPA – 24 heures sur 24 pendant neuf mois et surtout ne se solde pas par un abandon programmé. La PMA ne porte pas atteinte à la dignité des personnes.

Claire DONZEL

Merci Jocelyne, de nous relater les subtilités qui peuvent échapper à certaines d'entre nous sur la différence entre le mouvement LGBT et la *Coordination Lesbienne de France* et notamment de pointer du doigt que, pour vous, le féminisme l'emporte du fait que le mouvement LGBT maintient la domination masculine en son sein. Je pense que certaines d'entre nous ne sont pas au fait là-dessus. Dans cet aspect de l'histoire de votre mouvement, on note la progression de la

volonté d'émancipation pour arriver à la volonté et à la revendication de l'indifférence. Cette évolution qui correspond à celle d'un certain nombre de minorités pour revendiquer de passer du droit à la différence au droit à l'indifférence.

Pour animer notre débat, cette approche de refus du droit à la PMA comme libre disposition du corps peut faire débat : on va avoir besoin d'approfondissement !

Et puis, ressort la mise en évidence que la GPA n'est pas une PMA masculine : c'est clair.

Enfin, on touche du doigt combien la GPA est lourde pour les femmes qui vont la subir, tout comme la PMA est lourde pour les lesbiennes qui s'y engagent. Le parcours long et profond qui est le leur. En même temps, si c'est lourd à ce point, pourquoi l'IA – dont nous avons entendu les dangers et les risques sanitaires – n'est pas la solution comme étant quelque chose de beaucoup moins lourd, parce que non médicalisé et non banalisé ?

Jocelyne FILDARD

L'IA est quelque chose que l'on estime. Revendiquer la PMA, c'est revendiquer une égalité, par rapport à un droit qui existe. C'est dans ce sens que la PMA est revendiquée.

Claire DONZEL

Dans ce cas prolongeons la question : est-ce que la revendication ne pourrait pas être de déclandestiniser l'IA ?

Jocelyne FILDARD

Oui et non. Comme je l'ai expliqué, quand l'IA est clandestine, il n'y a pas de sécurité et de garanties sanitaires. Est-ce que le donneur est sain ? Est-ce qu'il y a un risque de contamination ? Est-ce que ce sera fait dans de bonnes conditions ?

Claire DONZEL

C'était provocateur, afin de lancer le débat. On va prendre à présent d'autres questions.

DÉBAT

Marie-Jo BONNET

Merci Jocelyne, c'était un exposé remarquable sur la complexité à laquelle les anciennes féministes sont confrontées. Personnellement, je suis contre la revendication de la PMA, parce que, pour moi, ce n'est pas un droit qui s'inscrit dans l'égalité avec les hétérosexuels. Dans un couple de lesbiennes, les femmes ne sont pas forcément stériles : avoir recours à la notion de « stérilité sociale » me paraît très dangereux. Cela voudrait dire que la relation entre femmes est socialement stérile, ce qui n'est pas le cas étant donné que nous avons fait partie des vecteurs principaux des mouvements féministes et que, sans les lesbiennes, ces mouvements n'auraient pas été aussi actifs. Socialement, nous sommes très vectrices et nous sommes aussi fertiles au niveau culturel. C'est pour cela que je trouve très dangereux d'employer la notion de stérilité sociale, qui me semble à la limite de l'homophobie : souvenons-nous que tous les discours des années 1930 ont été de dire que les lesbiennes étaient stériles. C'est mon premier point de désaccord. J'admire la réflexion juridique de la CLF, parce que je trouve que ce sont les plus pointues.

Le deuxième point avec lequel je ne suis pas d'accord – je me permets de ne dire que les points de désaccord – c'est la réflexion sur la question de donneur anonyme et de filiation. Pour moi, il n'y a rien de subversif dans le fait de priver l'enfant d'une partie de sa généalogie. C'est en revanche très grave, et le fait de remplacer le père biologique par deux parents devrait nous faire réfléchir, parce que l'on est en train d'engager l'avenir. Cette question de la filiation se retrouve aussi avec la GPA. Elle concerne véritablement la construction de l'individu.e. On se pose déjà la question quand on a des parents, alors imaginez pour les enfants qui n'ont pas accès à l'identité de l'un de leurs parents. Je trouve que nous n'avons pas le droit de mettre au monde des enfants que l'on prive de cela. Donc, pour ma part, je suis contre l'anonymat. Je suis pour les pratiques que l'on fait chez soi, avec les seringues : il n'y a pas de quoi fouetter un chat ! En ce qui concerne la revendication de l'égalité – aujourd'hui, on a l'impression que tout le monde a besoin du droit d'égalité – on a davantage changé la société en disant que nous voulions nous libérer. L'égalité est venue bien après, elle est venue quand il n'y avait plus de mouvements féministes.

Jeannick FRAIX

Pour les couples hétérosexuels qui ont procréé grâce à la PMA, c'est aussi un parcours du combattant. Il faut avoir des témoignages pour affirmer que vous êtes bien en couple avec l'homme depuis deux ans au moins.

Angèle LOUVIERS

Une question peut-être provocatrice : le débat n'est-il pas faussé ? Parce qu'à l'origine, la PMA était une réponse médicale et aujourd'hui, nous ne sommes plus dans un domaine médical, nous sommes dans une pratique qui a changé. On est dans une demande de désir d'enfant, donc on n'est plus dans le même schéma. Dans un premier temps, on était dans un schéma où il y avait un problème d'infertilité chez l'un ou l'autre : on a trouvé une technique médicale pour le réparer. Mais aujourd'hui, on n'est plus dans ce cas. Quand la demande est faite par deux femmes, le besoin est d'avoir un enfant. Est-ce que toute l'idéologie n'a pas basculé ? C'est là que l'on n'est, semble-t-il, pas dans le même débat, car on change de paradigme. La question concerne notre société pour savoir si l'on ne va pas basculer pour aller ailleurs. Est-ce que les femmes célibataires et les couples homosexuels ne vont pas changer tout le mécanisme ? Il faut le dépasser en douceur.

Jocelyne FILDARD

Pour répondre à Marie-Jo BONNET, avec qui on échange beaucoup et dont nous savons le désaccord sur l'accès des lesbiennes à la PMA : elle avance qu'il n'y a pas de notion d'égalité, la loi concernant les couples infertiles. La loi permet aux couples infertiles hétérosexuels d'avoir accès à la PMA. Dans la loi, le couple doit être infertile, et il y a des cas où aucun des deux conjoints n'est stérile, pourtant le couple est infertile et ne peut pas procréer ensemble. Ils sont infertiles, mais ils ne sont pas stériles, ils peuvent donc procréer par ailleurs. Pourquoi ces couples hétérosexuels, dont l'infertilité ne peut pas toujours être prouvée ont-ils accès à la PMA ? Si l'on parle d'égalité, allons-y jusqu'au bout. Là, on est dans une notion d'égalité, on n'est plus dans cette notion d'infertilité. Ils peuvent procréer, ils ne sont pas stériles, mais ils ont accès à la PMA, donc là se trouve une question d'égalité

Claire DONZEL

C'était la réponse à la première question. La deuxième concerne le fait que le parcours du combattant est aussi pour les couples hétérosexuels. La troisième question concerne le paradigme qui passe du médical au social.

Jocelyne FILDARD

La question du médical a beaucoup d'intérêt. Si j'ai bien compris, la question porte sur le fait qu'on passe de raisons médicales à des raisons de désir ? Dans tous les cas, il s'agit d'un désir d'enfant. On peut être infertile pour des raisons organiques et ne pas désirer d'enfant, en s'y résignant. En tout état de cause, le désir est à la base de toute démarche de demande de PMA. Je travaille aussi beaucoup sur la prise en charge des femmes séropositives, pour lesquelles on est passé par deux étapes. La première a eu lieu face aux couples séro-différents, où l'un est séropositif et l'autre séronégatif. A l'époque, n'existaient pas encore les trithérapies performantes pour annuler la charge virale, car quand une charge virale est négative, le risque est proche de zéro. On se posait donc la question de la procréation, et la PMA était interdite aux couples séro-différents jusqu'en 2000. Il n'y avait aucun problème de fertilité, c'était seulement une question de risque de transmission. La question de la nécessité d'un trouble organique pour accéder à la PMA n'est pas vérifiée. On arguait auprès de ces couples l'impossibilité à cause du risque de contamination, ce qui était une vraie atteinte au droit de reproduction, sans risque sur la santé par rapport à la reproduction. Maintenant, c'est autorisé. Ainsi, les choses peuvent évoluer, le désir de maternité pour les couples lesbiens peut tout à fait s'entendre, et on peut avancer vers l'autorisation de cette procréation médicalement assistée.

Marie-Josèphe DEVILLERS

Je voudrais m'adresser à Marie-Laure Brival. La question de la sécurité de l'accès à la contraception est vraiment primordiale. Nous sommes très conscients des risques sanitaires qui y sont liés, mais il y a un risque supplémentaire dans l'organisation de la contraception, que l'on oublie souvent. C'est un risque constaté par exemple au Mali et au Sénégal, à savoir que là-bas, des femmes viennent pour des avortements ou des infanticides.

Il y a encore un autre point important : l'accompagnement des femmes réfugiées. Lors de leur arrivée, elles parlent tout de suite d'avortement et de contraception. Certaines ont été violées et ont besoin d'avorter. Elles ne feront jamais elles-mêmes la démarche, mais il faut arriver rapidement pour expliquer que dans notre pays, c'est accessible dans des conditions sécurisées et libres. C'est juste un complément par rapport à ce qu'a dit Marie-Laure.

Marie-Laure BRIVAL

Effectivement, c'est une violence et une souffrance supplémentaire qui est faite.

Catherine MORIN-LE SEC

Demain, j'interviens sur la GPA et je voulais rajouter un mot par rapport à ce que Marie-Jo Bonnet a dit. Il ne faut pas oublier **le mariage forcé** : il signifie aussi le viol au quotidien et il faut vraiment l'avoir dans la tête quand vous rencontrez des femmes qui ont subi un mariage forcé. Nous le

savons dans le cadre des femmes lesbiennes réfugiées qui fuient leur pays, nous avons rencontré beaucoup de femmes qui ont été forcées au mariage.

De la salle

Je suis membre du Planning familial et j'aimerais m'adresser à Marie-Laure Brival par rapport à **l'IVG médicamenteuse, toujours dans la logique « obligation-interdiction »**. Lorsque l'IVG médicamenteuse a été proposée, on l'a saluée comme un réel progrès. Y avaient accès des femmes plutôt informées, il fallait plus ou moins se battre pour l'obtenir, c'était quelque peu confidentiel et l'on en faisait la promotion comme d'une IVG permettant aux femmes – toujours dans la perspective de maîtrise du corps – de se réapproprier l'acte. Progressivement, j'ai constaté qu'on la propose de plus en plus aux femmes et aux jeunes femmes sans information réelle. Vous avez un peu expliqué les raisons pour lesquelles on avait systématiquement recours à cette forme d'IVG. Est-ce qu'il est possible de voir comment cette évolution a pu se mettre en place ? Comment on est passé d'une IVG à la pointe, qui mettait les femmes au cœur du projet, à quelque chose qui est devenu quasiment la seule façon d'y avoir recours, dans les délais à respecter, bien sûr ?

Marie-Laure BRIVAL

Effectivement, nous nous sommes battues pour ce choix supplémentaire d'une autre technique pour les femmes, chacune pouvant décider à quel moment et quelle technique choisir, et nous avons donc eu raison de le faire. Je crois que la Haute Autorité de Santé s'est positionnée pour les bonnes pratiques, comme cette IVG médicamenteuse, qui est une découverte française et une avancée considérable pour les femmes. L'indication de cette méthode court entre cinq et neuf semaines d'aménorrhée. Entre sept et neuf semaines, cela doit se passer à l'hôpital, car le risque d'hémorragie est important. **Or, les politiques, les décideurs et les médecins se sont emparés de cette méthode d'une façon déviante pour réétudier le problème de l'accès à l'IVG en France à l'hôpital.** Les médecins refusant de faire des IVG instrumentales sous couvert de clause de conscience ont très vite compris que le fait de prendre des comprimés revenant à la femme accompagnée d'un professionnel pas forcément médecin était une façon de se débarrasser de cette question de l'avortement.

La prise de conscience concerne l'individu. Les institutions publiques, comme les hôpitaux, ont l'obligation de mettre en place une politique de santé publique pour la prise en charge de l'avortement, mais s'il n'y a pas de professionnel, il n'y aura pas d'avortement, donc on tourne en rond. De tout temps, l'IVG était une prérogative hospitalière. On l'a externalisée pour l'augmenter, parce que les professionnels ne voulaient pas la pratiquer. Donc, à l'hôpital, la recommandation d'une bonne pratique est de faire des IVG médicamenteuses jusqu'à sept, voire neuf semaines maximum.

J'ai parlé de violences faites aux femmes car une femme peut être hospitalisée pendant 12 heures, voire 48 heures, avec des comprimés et des doses faramineuses pour obtenir une expulsion, et ce à quatorze semaines. Ce qui dégage le médecin de cette responsabilité, car il ne va intervenir que pour enlever les débris placentaires : il ne touchera pas à l'embryon. C'est assez subtil, mais il est très important de savoir que pour faire un avortement, un médecin se réfugie derrière la clause de conscience, mais il ne considère pas comme un avortement le fait d'aspirer du placenta. C'est une

façon détournée de contourner la loi avec cette clause de conscience pour qu'à l'hôpital public, des IVG soient réalisées. De plus en plus de services prônent cette méthode jusqu'à quatorze semaines, bien que ce ne soit pas la recommandation clinique. La femme est dans un lit, elle a pris ses comprimés et elle attend l'expulsion d'un fœtus qui ressemble à un fœtus de quatorze semaines. Ce sont des choses traumatisantes à plus d'un titre, puisque ces femmes se retrouvent à expulser dans leur lit ! Dans cette absence de considération, quand vous interrogez les professionnels sur ces pratiques, ils demandent si l'on préfère qu'ils ne fassent pas ainsi ou que les femmes puissent quand même avorter. Voilà les choix qui sont posés actuellement, en demandant si l'on préfère un tel avortement ou pas d'avortement du tout, avec une femme au centre qui va subir cette violence, parce qu'elle n'aura pas choisi.

Les études montrent aussi que quand une femme a choisi une méthode, elle va l'assumer et la vivre comme un choix personnel. Cela change complètement la donne. Quand on impose une méthode à une femme, parce que les professionnels ne veulent pas faire autrement, c'est une catastrophe pour la santé des femmes. Il en est de même pour l'anesthésie locale. J'ai dit que l'IVG était un acte dont le risque était proche de zéro, mais cela concerne essentiellement l'anesthésie locale, supprimant le risque lié à l'anesthésie générale. Cette anesthésie locale est en train de disparaître par manque de formation des professionnels et par désintérêt. Quand on fait une anesthésie locale, il faut s'intéresser aux femmes et accompagner le processus, question que l'on ne se pose pas pour une anesthésie générale. Les femmes se retrouvent donc, soit à devoir subir une anesthésie générale, si tant est que l'IVG instrumentale est pratiquée, soit à subir un avortement médicamenteux, quel que soit la date du terme, alors que les recommandations cliniques sont jusqu'à neuf semaines pour une bonne pratique. Quand vous lisez les commentaires sur l'IVG médicamenteuse de l'HAS, c'est neuf semaines. Les professionnels disent que l'on peut faire des interruptions médicales de la grossesse jusqu'à terme avec les mêmes produits. Pourquoi limiter à quatorze ?

C'est un vrai sujet et l'IVG médicamenteuse est un progrès énorme pour les femmes. Maintenant, elle est utilisée par les politiques et par les professionnels comme une dérive dans la prise en charge de l'IVG sans autre choix de la méthode, en quelque sorte à prendre ou à laisser.

Catherine BONNET

Je souhaiterais revenir sur deux points.

Premièrement, **sur le choix d'accoucher dans l'anonymat**. Je pense qu'il faut rester très vigilant. Le Conseil constitutionnel a rendu une décision en 2012 maintenant ce choix, mais en Europe, il y a une poussée pour l'accouchement confidentiel. Il y a un risque d'exploitation des femmes vivant une grossesse dans des situations difficiles, en particulier si elles ont été violées. Leurs bébés peuvent leur être retirés. Le droit de choisir d'accoucher dans l'anonymat permet d'augmenter le choix pour les femmes. Il faut donc rester vigilant dans le droit de choisir pour les femmes.

Je voudrais également revenir sur le cas de **Jacqueline Sauvage**. Ce qui me frappe dans les débats qui tournent autour de cette dernière est qu'il s'agit d'une violence d'un homme vis-à-vis d'une femme, mais aussi d'un inceste. Or, le mot « inceste » n'est pas soulevé. Ses deux filles ont été violées et rien n'a été dit, semble-t-il, sur le fils. J'ai travaillé pendant trente ans sur les dévoilements d'inceste, en particulier chez les très jeunes enfants. Or, quand on pose des

questions aux mères des très jeunes enfants sur lesquels on dévoile un inceste, on s'aperçoit qu'un certain nombre d'entre elles a également été maltraité durant la grossesse de cet enfant. Les enfants ont été dénigrés et battus et les mères ne savent pas toujours ce qui est arrivé à leurs enfants. On a des études américaines portant sur une cohorte de 17 000 personnes interrogées. Ce sont des études rétrospectives sur des abus, réalisées dans un centre de médecine préventive. Il a été montré que 20 % de violences sexuelles ont lieu d'un homme envers une femme. Il y a donc un lien de continuité entre ces violences conjugales, les violences sexuelles faites aux enfants dans le cadre de l'inceste et les violences physiques. Des études montrent qu'entre 30 à 50% des violences physiques sur des enfants ont lieu dans le cadre des violences conjugales. Je pense qu'il est très important d'avoir un moyen de recensement. C'est l'introduction dans l'article 226-14 du Code pénal, à savoir l'obligation des professionnels de signaler les enfants victimes de violence. Ça permettrait d'aider la prévention à long terme de toutes ces violences.

Brigitte BESNIER, Planning Familial

Quid, dans la loi, de la contraception définitive ? Je rencontre souvent des femmes, jeunes ou moins jeunes, qui vivent dans la précarité et qui ont des enfants, mais qui disent ne plus en vouloir. Soit elles n'ont pas été informées, soit elles font face au refus des médecins. Que peut-on faire ? Je pense à une jeune femme qui avait 26 ans et qui avait déjà cinq enfants. Elle a demandé la contraception définitive, puisqu'aucune contraception ne fonctionnait bien sur elle. Le médecin a refusé et elle a été enceinte d'un sixième. Elle m'a dit qu'elle devrait porter plainte contre ce médecin. Que peut-on faire ?

Marie-Laure BRIVAL

On peut déjà s'engager à pratiquer ces actes quand en arrive la demande. En tant que médecin, c'est ce que je fais. Je me retrouve dans une vraie solitude en faisant quelque chose qui n'est pas reconnu par mes pairs. Ce n'est jamais très agréable de travailler dans la peur. Qu'est-ce que l'on peut faire ?

Je crois qu'à la base, il y a tout de même une loi qui est posée pour les adultes majeurs avec quatre mois de délais de réflexion. Ensuite, la prise en charge d'une demande de contraception définitive est un dialogue singulier entre celle qui la demande et le médecin. C'est ouvert, mais encore faut-il que ce médecin entende la demande d'une femme, et le problème est là. Ce n'est pas entendu par l'ensemble de la société et les médecins sont les relais primordiaux de cet ordre moral – on le sait, on a vu les débats de la contraception et l'avortement – et on le voit dans la situation actuelle.

Les médecins ne se sont intéressés aux femmes qu'à travers la prise en charge d'une maternité en dépossédant les sages-femmes de ce suivi des femmes enceintes, il faut rappeler l'histoire.

L'avortement et la régulation des naissances, ne font pas partie des études de médecine. Le résultat est que très peu de médecins acceptent ce genre de cas. Vous exposez une situation qui, pour moi, est tellement caricaturale qu'il ne me faut pas longtemps pour accéder à ce type de demande. Mais non : ça ne va pas être admis et accepté, parce qu'elle a 26 ans. La décision est prise à partir de la notion de score : on prend différents items et l'on trouve le score. A la fin, s'il est supérieur à tel autre, c'est bon et si c'est inférieur, ce n'est pas bon. Les scores posés ici sont l'âge, le nombre d'enfants, leurs sexes différents, l'information du compagnon, etc. Autant de choses qui n'apparaissent nulle part dans la loi.

Quand j'ai parlé du SYNGOF, le temple des gynécologues obstétriciens qui pratiquent ces actes, le Ministère a fait un arrêté, car tout le monde prend peur sur cette pétition. Or, tout ce qu'il y a dans cette pétition est faux. Il y avait un message à apporter sur cette question de la régulation – on est presque tous au courant de la catastrophe mondiale et l'on sait très bien, en France, les progrès qu'il y a eu – mais la question de la montée en charge de l'IVG médicamenteuse et de nonaccès pour les femmes jeunes, qui ont une vie hétérosexuelle ou bisexuelle, qui ne veulent pas d'enfants et qui le disent, est la vraie déviance que personne ne veut entendre.

En tant que médecin, procéder à une stérilisation chez une femme de 26 ans sans enfant, uniquement parce qu'elle dit n'avoir jamais voulu d'enfant depuis sa prime enfance est comparable à l'homosexualité. Quand quelqu'un se sent homosexuel, ça commence très tôt : on le sent, on le porte en soi et les femmes qui ne veulent pas d'enfants ne sont pas entendues. J'ai vu des femmes pleurer durant mes consultations pour dire qu'elles cherchent des médecins depuis des années. La loi date de 2015, personne ne la connaît. Les médecins refusent et c'est une vraie difficulté. Que faut-il que je fasse ? C'est vrai, j'ai 26 ans et je n'ai pas d'enfants, mais que faut-il que je prouve ?

Ce n'est même pas une question sur les contraceptifs que l'on ne peut pas prendre, etc... Elle ne veut pas d'enfants, donc pourquoi s'imposerait-elle l'obligation de prendre une contraception réversible avec les intolérances ou les accidents souvent plus graves que l'on peut avoir ? A la maternité des Lilas, je me retrouve avec une montée en charge de nombreuses demandes. A ma connaissance, il n'y a que Philippe David, à Nantes, et moi qui acceptons de façon très large d'entendre et d'écouter les quelques femmes pour qui la décision n'est pas très claire ou très posée, mais qui sont pour la plupart déterminées à avoir une contraception définitive et à ne plus avoir à répondre à cet ordre procréateur. On se retrouve en difficulté, dans une sorte de transgression de la norme imposée.

Comment peut-on faire ? Il faut davantage de médecins et c'est pour ça que j'interpelle cette assemblée, pour que vous preniez conscience que ce problème existe. Je ne sais pas si vous avez entendu parler de ces demandes – peut-être à travers le Planning – mais on en a de plus en plus. J'ai un prisme déformant de la dernière que j'ai vu arriver et qui était un vrai problème pour moi, car elle avait 19 ans. Elle disait n'avoir jamais voulu d'enfants et avoir tout essayé. Elle a pris dix kilos avec l'implant et elle n'a pas mieux supporté les autres contraceptifs. Que fait un médecin face à une femme de 19 ans, qui n'a pas d'enfant et qui demande une contraception définitive ? On est au cœur de nos préoccupations : injonction ou interdit ? Quand on demande si à 19 ans, elle ne le regrettera pas, je n'obtiens pas forcément de réponse. Je suis surtout à l'écoute des femmes, même de 19 ans. Actuellement, la plus jeune sur laquelle j'ai procédé à une contraception définitive avait 25 ans et c'est déjà un engagement considérable. 19 ans, je n'ai pas encore franchi le pas, parce que l'ambiance générale vous culpabilise. Or, cela me paraît tellement évident que je ne me pose pas de question, mais il y a des résistances considérables. Comment peut-on faire ? Tout le monde a vu des situations. Il y a des femmes qui n'ont pas eu d'enfants, qui l'avaient choisi dès la prime enfance et qui se sont débrouillées avec les contraceptions, mais personne ne leur demande si elles auraient usé de la contraception définitive si elles avaient pu le faire.

Otilia FERREIRA

Je suis gynécologue obstétricienne. Premièrement, je voudrais vous demander d'applaudir Marie-Laure, c'est une femme remarquable. Elle est engagée dans cette lutte des droits des femmes depuis toujours, depuis qu'elle fait de la gynécologie. Elle le fait partout, elle n'a de cesse de couvrir le territoire. Elle va se battre partout et elle tente de changer les mentalités. Elle est sur tous les combats. Merci, Marie-Laure.

Il faut compléter un peu et insister : **le problème de l'IVG est un vrai problème politique**. Tout à l'heure, tu parlais des objectifs du millénaire. En France, nous avons des textes qui régissent complètement notre fonctionnement de la santé sexuelle. **On sait que l'on fait peur aux politiques et l'on est probablement la première spécialité médicale muselée au monde**. Je crois qu'il faut que l'on ait conscience de ça.

Pourquoi y a-t-il autant d'IVG médicamenteuses ? Ce n'est pas uniquement le bon vouloir des médecins, c'est aussi dû à une réduction du nombre de gynécologues obstétriciens. La santé des femmes compte pour du beurre ! Les objectifs de santé sont imposés par le Ministère. Ce dernier donne une contrainte aux IVG médicamenteuses. Tous les ans, l'ARS s'adresse aux hôpitaux qui font des IVG en leur disant que si l'année précédente, ils ont fait 45 % des IVG en IVG médicamenteuses, ils doivent les augmenter de 5 % pour ne pas voir diminuer ce qu'ils reçoivent de l'ARS. Les hôpitaux se voient donc subir une pression pour augmenter de 5 % tous les ans. Il y a ainsi une fuite en avant, mais ce sont les pouvoirs publics qui en sont responsables. Pour le coup, on a demandé au Ministère de la Santé de remédier à cela pour qu'aujourd'hui, en France, le bon fonctionnement de la santé dépasse cet objectif de l'IVG médicamenteuse.

Je crois que tu n'as pas osé pousser ton intervention jusque-là, mais je me permets de le faire. On a donc à exercer cette pression sur les politiques, et l'on doit aussi exiger aujourd'hui, en France, un vrai débat sur la contraception. En 2013, on avait eu ici une intervention de Marisol Touraine. On peut quand même offrir une contraception aux femmes grâce aux pilules, mais on reste toujours sur des normes. Par exemple, il faut déjà avoir eu un enfant pour se voir poser un stérilet. Il y a aussi ce que tu dénonces par rapport à la stérilité, sujet sur lequel la politique a beaucoup évolué. Il s'agit de volonté militante et l'on revient à ce que tu disais, à savoir que le succès médical est devenu un succès militant.

Je crois que l'on doit s'approprier ce débat de l'Assemblée des Femmes aujourd'hui.

En ce qui concerne la PMA : oui, **la PMA aujourd'hui est inscrite dans un mouvement politique**. Elle est uniquement apportée en réponse thérapeutique à une infertilité. Je conçois que ça peut gêner, que cela gêne, mais l'infertilité est définie : elle concerne un couple qui essaye d'avoir un enfant pendant deux ans avec des rapports. On sait que cela représente 30 à 35 % des couples – je n'ai pas les derniers chiffres. On ne peut pas dire qu'ils ne sont pas infertiles, ils le sont, et ils rentrent alors dans le cadre de l'accès à la PMA. J'entends la demande des lesbiennes pour accéder aux techniques. On assiste par ailleurs à une régression du nombre des donneurs de sperme en raison de la sortie de l'anonymat. Tout est lié et peut-être que la Coordination aurait intérêt à avancer en revendiquant l'accès à la PMA, mais en l'appelant autrement pour sortir des lois et ne pas s'y trouver enfermées. **Les lois bioéthiques vont être corrigées et revues en 2018, donc il est peut-être temps pour nous de commencer à travailler dessus si l'on veut obtenir des choses**.

Jocelyne FILDARD

Tu dis que tu es gynéco. Peux-tu me donner une réponse sur ces pénalités qui ont été soi-disant abrogées ?

Otilia FERREIRA

J'étais en région Ile-de-France et j'ai eu des revendications de lesbiennes, donc je leur ai conseillé de partir en Belgique, en Espagne, etc., à cause des risques que l'on prenait, nous, à les accompagner. C'était très difficile, car pour avoir accès aux FIV, le traitement est lourd. C'était lourd pour les femmes de partir aussi longtemps à l'étranger. Je leur ai donc offert de faire leur traitement sur Paris pour qu'elles ne partent à l'étranger qu'au moment du transfert. On est dans du militantisme pur.

Jocelyne FILDARD

Merci pour ce complément que tu as apporté sur ces deux sujets, c'est extrêmement important. Cela éclaircit ce que j'ai essayé de dire, à savoir que nos politiques ont l'obligation d'assurer la santé publique. **L'avortement est un problème de santé publique et des lois le régissent, mais il n'y a plus de médecins, plus de spécialistes, et les médecins qui restent refusent d'y participer sur le plan instrumental.** Le détour est de presser des injonctions de l'ARS, de monter le nombre d'IVG médicamenteuses, parce que c'est le seul moyen d'arriver à faire des avortements. L'éclairage est ainsi complet avec l'intervention d'Otilia.

Marie-Noëlle GEROLAMI

Je voulais rajouter une information concernant les démarches pour la PMA. Généralement, que ce soit pour l'Espagne ou la Belgique, les couples lesbiens qui veulent avoir un enfant doivent aussi rencontrer un.e psychologue à au moins deux ou trois reprises, entretiens qui vont porter sur le désir d'enfant, le type de famille dans laquelle il va arriver et ce qu'il lui sera expliqué sur sa naissance, ses origines. Il y a donc toutes ces questions que l'on ne pose pas aux couples hétérosexuels et encore moins, je pense, aux couples homosexuels qui vont utiliser la GPA. **D'autre part, pour les couples lesbiens qui doivent faire toutes ces allées et venues, cela représente un coût. Un coût de temps, d'investissement et un coût financier.** Je pense que l'on peut aussi interroger la question de la discrimination par l'argent et c'est pour cela que des couples lesbiens utilisent l'IA, faute de moyens – dans tous les sens du terme – de pouvoir aller à l'étranger, comme pendant longtemps, les femmes qui n'avaient pas les moyens d'aller à l'étranger devaient avoir la possibilité d'avorter sur le territoire français. Celles qui avaient l'argent pouvaient avorter à l'étranger et ne risquaient pas de mettre leur vie en danger. **Je pense que la question de la discrimination par l'argent doit être posée.**

D'autre part, cela interroge aussi sur **les adoptions**. Quels types de couples adoptaient ? Pour la GPA, cela ne concerne pas que les homosexuels : il y a aussi des femmes hétérosexuelles qui ne peuvent pas porter d'enfant et qui font appel aux femmes des pays pauvres pour porter un enfant qu'elles ne peuvent pas porter.

Marianne VOLLET-GLESS

Je suis membre de *l'Association Familles Laïques du Bas-Rhin*. Nous sommes membres d'une fédération, le Conseil National des Associations Familiales Laïques. Nous questionnons fortement tout ce qui concerne les enjeux pour améliorer le bien-être matériel et moral des familles. Dans l'ensemble des associations familiales, nous sommes parmi les rares qui ont contribué à faire évoluer la notion de famille, en disant que c'est le lieu premier, peu importe le sexe, la religion, la nationalité, etc., avec ou sans enfants. Je voudrais donc revenir sur ce désir d'enfant et sur les différentes manières techniques, sociales et économiques pour en avoir. Sur le plan technique et gynécologique, nous ne sommes pas au point, mais sur le plan politique, nous sommes tout à fait ouverts en tant qu'association familiale représentative auprès des pouvoirs publics, pour défendre chacune des personnes qui composent une famille. Les premières à devoir être défendues le plus fortement sont les femmes, parce que notre définition de la famille veut sortir absolument du modèle patriarcal et ce n'est pas simple. Ce qui n'est pas simple non plus est effectivement le désir d'enfant. J'ai envie de rappeler ce que l'on disait dans ma jeunesse : « Un enfant quand je veux, si je veux » et dans les années 1990, on rajoutait « Comme je veux », à condition de respecter la dignité de chaque personne et de respecter les conditions d'égalité ou d'égalisation dans le dialogue social. Chaque fois que l'on abordait de manière inflexible la question technique qui était posée, on essayait au moins d'examiner ces trois aspects : la personne entière ; les liens d'égalité, qui ne sont pas toujours faciles entre jeunes et vieux, entre maris et femmes, entre enfants petits et grands ; et la question de savoir si la technique est une sorte de marchandisation de quelqu'un d'autre, notamment d'autres femmes ou d'autres enfants. Je n'ai pas de réponses, mais j'aimerais beaucoup qu'il y ait des convergences. Politiquement, la question est là.

Claire DONZEL On va arrêter là cette table ronde et ces échanges pour laisser la place à des communications de nos adhérent.e.s.

TEMPS d'ÉCHANGE ENTRE LES ADHÉRENT.E.S

autour de leurs actions militantes féministes

modération : Michèle LOUP

Geneviève COURAUD

On va passer à présent à un temps complètement différent de notre Université d'été, qui concerne les adhérent.e.s qui ont souhaité s'exprimer. Un certain nombre de personnes présentes dans cette salle sont invitées à venir parler d'initiatives dont elles sont porteuses. Ainsi **Françoise Durand** va nous parler d'Olympe de Gouges, **Laure Caille** du combat de **Djemila Benhabib** et **Marie-Paule Grossetete**, du camp d'été d'OLF.

Pour commencer cette partie de notre journée, on va projeter un clip créé par une jeune association, le *Collectif des Georgette Sand*, pour dénoncer le harcèlement sexuel dont certains hommes politiques sont les auteurs. La chanson « *C'est la ouate qu'elle préfère...* » a été détournée