

Le Droit de Choisir



Éditorial

2-5

Réaffirmant le droit à
l'avortement sécurisé

Projecteur

6-19

Faire progresser la sexualité
positive et les droits à
l'avortement en luttant contre
la stigmatisation

Femmes marginalisées et droits
reproductifs: qui devrait
assurer l'accès à l'avortement
sécurisé?

L'impact de la Règle du Bâillon
Mondial (Global

Gag Rule en Anglais) sur les
services d'avortement sécurisé :
Lancement d'un mouvement
pour l'avortement sécurisé

La vie de chaque femme vaut la
peine d'être sauvée: Le droit à
l'avortement sécurisé en Asie
Avortement par télémedecine
dans des contextes restrictifs

En nos propres mots

20-25

Attitudes, perceptions et
objections de conscience du
prestataire: La lutte Entre le
'droit' et la responsabilité

De l'anti-choix au prestataire
d'avortement

L'impact de la Stigmatisation:
L'expérience d'avortement
d'une Femme Népalaise

Suivi des pays et des activités de la région

25-36

Améliorer la santé et les droits
sexuels et reproductifs des
femmes: Un bref examen du
programme de régulation
menstruelle au Bangladesh

Avortement au Vietnam:

Actions dans un contexte
juridique

Le dilemme de l'accès aux
pilules d'avortement
médicamenteux en vente
libre au Népal

Menaces graves pour les droits
reproductifs en Pologne

Compassion plutôt que la
coercition: l'Irlande abroge le
8e amendement en allant au
cœur du problème

La Règle du Bâillon Mondial
sur les services d'avortement
sécurisé et l'expérience
Cambodgienne.

Ressources du centre de partage de connaissances DSSR

d'arrow 36-39

Autres ressources 39

Définitions 40-42

Dossier de faits 42-42

Le rôle des instruments inter
nationaux des droits de
l'homme dans le plaidoyer
pour le droit à l'avortement
sécurisé

Equipe éditoriale et de
production

50

Publié par

Le centre de ressources et de recherche Asie-
Pacifique pour les femmes
(arrow)



Publié avec le soutien financier de



arrow reçoit le soutien institutionnel
de la Fondation Ford et de la
Fondation pour une Société Juste

REAFFIRMANT LE DROIT A L'AVORTEMENT SECURISE

Les droits sexuels et reproductifs comprennent les droits et les libertés fondamentales concernant notre corps—le domaine le plus personnel que chacun de nous possède. Parmi ces droits, le droit de la femme à l'avortement sécurisé reste le plus contesté et le plus souvent limité entre les nations, les cultures et les religions.

Le droit à l'avortement sécurisé est à la fois une question d'égalité des sexes, d'intégrité corporelle et de liberté personnelle, et ne peut être perçu comme un droit distinct en soi, mais comme un droit qui aide à définir et clarifier tous les autres droits, et contribue au cadre général sur l'autonomie sexuelle et reproductive des individus. Les services d'avortement sécurisé ne sont requis que par les filles, les femmes et les personnes nées biologiquement en tant que femmes, et en tant que tel, le refus de ces services leur inflige la mort, le handicap et le traumatisme psychologique unique sur eux. La grossesse forcée par l'État leur refuse le droit de décider du nombre des enfants à avoir et du moment de les avoir, si tel est le cas. L'État décide quelles grossesses doivent être menées à terme ou non, ainsi que quels groupes de femmes et de filles peuvent se procurer des services d'avortement sécurisé pour des raisons particulières et quels groupes ne le peuvent pas, viole la prise de décision personnelle sur la procréation individuelle.

Les défenseurs et militants de droits à la santé sexuelle et reproductive (DSSR) considèrent le Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (PoA CIPD) comme un document complet

et cohérent sur la santé sexuelle et reproductive. Pourtant, il présente également des compromis sur l'avortement comme vu dans les paragraphes suivants:

- **7.24**, qui ne reconnaît pas le rôle de l'avortement dans la limitation des naissances;
- **7.6**, qui limite la prestation de services à la prévention et à la gestion des complications de l'avortement;
- **8.19**, qui parle de prévention de l'avortement mais non de fourniture de services d'avortement sécurisé; et
- **8.22**, qui à nouveau ne parle que de la prestation de services pour traiter les complications de l'avortement.

L'État décide quelles grossesses doivent être menées à terme ou non, ainsi que quels groupes de femmes et de filles peuvent se procurer des services d'avortement sécurisé pour des raisons particulières et quels groupes ne le peuvent pas, viole la prise de décision personnelle sur la procréation individuelle.

Les compromis de 1994 ont conduit à imposer des avortements sécurisés à différents niveaux politiques et à limiter l'accès des femmes aux services. Ces compromis continuent de nous hanter tout au long des négociations intergouvernementales jusqu'aujourd'hui, y compris pour le Programme de Développement Durable 2030.

Le travail des Comités des Droits de

Par Sivananthi Thanenthiran

Directrice Exécutive, Centre Asie-Pacifique de Recherche et de Ressources pour les Femmes (ARROW), et la Championne de SheDecides pour l'Asie Pacifique
Email:siva@arrow.org.my

L'Homme a contribué à repousser les limites de l'une des principales lacunes du PoA de la CIPD: «l'accès à un avortement sécurisé et légal [n'est] pas reconnu comme faisant partie de droits à la santé reproductive; [en] respectant les lois nationales; là où il est illégal, [nécessitant] uniquement le traitement des complications.

Le comité des droits économiques, sociaux et culturels a reconnu le droit à l'avortement sécurisé comme essentiel pour réaliser l'égalité des sexes et son déni comme étant une discrimination de genre dans le Commentaire général 22, alors que le Comité CEDAW a affirmé que le refus ou le retard d'accès aux services d'avortement sécurisé est une forme de violence basée sur le sexe équivalente à la torture dans sa Recommandation générale 35.

En outre, le Comité des droits de l'enfant a reconnu l'accès aux services d'avortement sécurisé comme essentiels, en particulier pour les groupes de femmes marginalisées comme les adolescentes, dans son Observation générale 20 sur les adolescents. Le Comité des Nations Unies contre la torture dans ses études sur le Nicaragua (2009), le Paraguay (2011) et le Pérou (2006 et 2012) ont constaté que le refus des services d'avortement sécurisé - en particulier en ce qui concerne la violence sexuelle, l'inceste et les anomalies fœtales - et le portage forcé à terme de ces grossesses, qui en résulte, constituent une forme de torture.

Dans toute la région Asie-Pacifique, des modifications progressives des lois

sont intervenues depuis 1994. En 1997, le Cambodge a dépénalisé l'avortement afin de réduire les avortements à risque et de réduire la mortalité maternelle. En 1989, le Vietnam a légalisé l'avortement et la réglementation menstruelle. En 2002, le Népal a légalisé l'avortement sans restriction de raisons pendant les 12 premières semaines de grossesse. En 2005, la Thaïlande a amendé et élargi une réglementation médicale régissant l'avortement, qui permet l'accès aux services d'avortement pour des raisons de santé mentale et de déficience fœtale. En Indonésie, ce n'était qu'en septembre 2009 que la loi a été amendée et stipule strictement (dans les quatre semaines de grossesse) que seules les femmes dont la vie est en danger ou celles qui ont été violées peuvent se faire avorter. En 2009, aux Fidji, l'avortement était autorisé pour des raisons socio-économiques ou en cas de viol, d'inceste ou de déficience fœtale.

Alors que nous préconisons de célébrer les progrès accomplis pour permettre aux femmes de réaliser leur droit à l'avortement sécurisé, nous devons également nous méfier car il existe des tentatives très réelles, continues et insidieuses de restreindre l'accès à l'avortement sécurisé.

En Asie et dans le Pacifique, les pays qui ont défendu la CIPD en 1994 ont désormais des gouvernements plus conservateurs en place qui ont renversé les positions et les engagements gouvernementaux envers les idéaux de la CIPD en matière de droits reproductifs. Il s'agit notamment du Bangladesh, de l'Indonésie, de l'Iran, de la Malaisie et du Pakistan - des pays islamiques qui sont influencés par les pays du Moyen-Orient, comme le Qatar et l'Arabie saoudite, pour rejoindre leurs groupes. Les mises en garde de la CIPD contre l'avortement ont été fermement et systématiquement retenu, sans reconnaissance du progrès des mécanismes des droits de l'homme.

En outre, certains gouvernements ont introduit de nouvelles restrictions.

De plus, ces nouveaux défis ont également semé la discorde dans le mouvement féministe parce qu'ils utilisent le langage des droits et opposent un certain nombre de droits différents au droit des femmes à l'avortement sécurisé. En Asie et dans le Pacifique, l'opposition d'autres droits au droit à l'avortement sécurisé se produit dans quatre domaines spécifiques. Tous visent à réduire les droits et l'accès des femmes aux services d'avortement sécurisé. Ces tentatives de restreindre l'avortement sécurisé introduisent un discours au sein de la société qui alimente et perpétue fortement la stigmatisation de l'avortement.

Le premier concerne les droits de l'enfant à naître. La croyance que la vie commence à la conception est spécifique au catholicisme, qui a été largement emprunté par d'autres fondamentalistes religieux. En 2014, aux Philippines, seul pays catholique en Asie, la Cour Suprême s'est rangée du côté des groupes anti-choix en affirmant que la vie commence à la fertilisation.

En 2017, les chefs religieux bouddhistes, musulmans et chrétiens se sont unis pour s'opposer à la légalisation de l'avortement au Sri Lanka, lorsque le Cabinet a approuvé la présentation au parlement d'un projet de loi pour légaliser l'avortement lorsqu'une grossesse est issue d'un viol ou si un fœtus est diagnostiqué avec une malformation congénitale mortelle. Les dirigeants de ces trois religions ont dit au gouvernement qu'ils croient tous que la vie commence à la conception. La Chine, qui a eu une loi libérale sur l'avortement, a également vu une floraison de groupes chrétiens et bouddhistes «pro-vie», qui introduit des discours sur l'avortement forcé et sur le traitement de l'avortement comme un péché étant donné que la vie commence à

la conception.

Si une anomalie fœtale était fatale ou non. La recommandation faite aux autres organes des droits de l'homme était de faire preuve de prudence dans la défense du droit à l'avortement dans ces cas-là.²³ Ce mouvement a également pris de l'ampleur en Inde,²⁴ où le conseil est suggéré comme une intervention clé pour les femmes cherchant à se faire avorter en raison d'anomalies fœtales.

Lorsque le droit à l'avortement sans risque est présenté comme contesté et réduit par un autre droit, il est impératif de considérer l'accès à l'avortement de manière humaine et juste. Comme l'a dit Marge Berer, "Les femmes avortent pour une seule raison - parce qu'elles ne peuvent pas faire face à une grossesse particulière à un moment particulier donné. On ne le dira jamais assez. Elles peuvent regretter les raisons, mais cela ne change rien au fait que l'avortement est la bonne décision pour elles et qu'il est nécessaire dans les circonstances de leur vie."²⁵ Il ne peut y avoir de compromis sur le droit des femmes à un avortement sûr.

Lorsque le droit à l'avortement sécurisé est présenté comme contesté et réduit par un autre droit, il est impératif que nous considérions l'accès à l'avortement d'une manière humaine et juste.

Le second concerne les droits de la fille à naître. Un certain nombre de pays asiatiques dotés de lois sur l'avortement plus libérales - comme la Chine, l'Inde et le Vietnam - sont connus pour leur culture de préférence pour les fils et ont des politiques démographiques fortes. La sélection du sexe se produit en raison de la dévaluation inhérente des filles et des femmes. Les techniques de détermination du sexe avant la conception et prénatale sont utilisées par les couples dans

ces pays afin d'avoir uniquement des descendants masculins, en particulier suite à des politiques gouvernementales strictes sur les familles de plus petite taille.

Cependant, la question de l'éradication de la sélection du sexe a été plus étroitement centrée sur l'avortement sélectif en fonction du sexe. L'Inde a une loi nationale de 1994 sur les Techniques de Diagnostic Pré-conception et prénatal (PNDT), et les groupes demandent une application plus rigoureuse de la loi, en particulier contre les prestataires de services d'avortement. Il y a eu des appels au Vietnam pour des lois similaires. En Inde, cela a conduit les prestataires de services d'avortement à devenir plus réticents à fournir des services d'avortement, en particulier dans le secteur public en raison de problèmes avec la loi. Les femmes à faible revenu sont celles qui sont les plus touchées par cette évolution puisqu'elles dépendent des services de santé publique. Cette question a alors créé de profondes fissures au sein du mouvement féministe sur le droit à l'avortement sécurisé. Les groupes anti-avortement ont également rejoint le mouvement de l'avortement sélectif selon le sexe, amplifiant les messages de restriction de l'accès aux avortements sécurisés, mais sans présenter les nuances de discrimination de genre présentées par les membres du mouvement féministe. En réalité, pour inverser la sélection du sexe, il faut des lois et des politiques qui encouragent les parents et les familles à avoir des filles et une réforme juridique globale reconnaissant l'égalité des droits pour les femmes et les filles au sein des familles pour aider à renverser la préférence pour les fils dans les sociétés. Le troisième est le point de vue anti-promiscuité. La région est traditionnellement conservatrice et les relations sexuelles avant le mariage sont mal vues. L'usage de la contraception

et l'avortement sont traditionnellement associés aux femmes promiscuités, surtout si elles ne sont pas mariées, et la fourniture de services est considérée comme encourageant la promiscuité dans la société. À cet égard, les grossesses chez les adolescentes sont analysées comme le résultat de la mauvaise moralité sociale des jeunes femmes qui ont des relations sexuelles avant le mariage. Ces jeunes femmes sont alors présentées comme recherchant et utilisant des services d'avortement sécurisé. L'inégalité entre les sexes est évidents car les garçons sexuellement actifs ne sont pas qualifiés de promiscuité et ne sont généralement pas punis.

C'est un discours réitéré dans un certain nombre de pays où l'avortement est accessible. Cela a été noté en Thaïlande, où la disponibilité d'avortements légalement sûrs et peu coûteux est considérée comme aggravant le problème de la grossesse et de l'avortement chez les adolescentes et encourageant la promiscuité parmi les étudiantes. Au Népal, où les lois sur l'avortement ont été libéralisées depuis 2006, les données montrent une augmentation de 42% des avortements et le fait que 70% d'entre eux concernaient des jeunes femmes de moins de 24 ans qui ont été utilisés comme preuve que seules les femmes et les filles promiscuité ont besoin de services d'avortement. Il y a eu des demandes pour que l'accès aux services d'avortement sécurisé soit limité, et de modifier la loi en conséquence. Au Vietnam, il a été rapporté en 2016 que les adolescentes enceintes représentaient 70% des avortements clandestins dans le pays, y compris les avortements répétés.

Le dernier concerne les droits des personnes handicapées. Aussi récemment qu'en 2017, le Comité des Droits des Personnes Handicapées des Nations Unies s'est opposé à ce que

les «déficiences fœtales mortelles» soient utilisées comme motif spécifique d'avortement. Le Comité a déclaré qu'une telle approche était risquée étant donné qu'il n'y avait aucune garantie quant à savoir si une anomalie fœtale était mortelle ou non. La recommandation à ses organes sœurs des droits de l'homme était de faire preuve de prudence lors du plaidoyer pour le droit à l'avortement dans ces cas. Cela s'est également accéléré en Inde, où le counseling est suggéré comme une intervention clé pour les femmes cherchant à se faire avorter sur la base des anomalies fœtales.

Lorsque le droit à l'avortement sécurisé est présenté comme contesté et réduit par un autre droit, il est impératif que nous considérions l'accès à l'avortement d'une manière humaine et juste. Comme Marge Berer l'a dit, «les femmes se font avorter pour une seule raison - parce qu'elles ne peuvent pas faire face à une grossesse particulière à un moment donné. Cela ne peut jamais être assez dit. Elles peuvent regretter les raisons, mais cela ne change rien au fait que l'avortement est la bonne décision pour elles et nécessaire dans les circonstances de leur vie.» Il ne peut y avoir de compromis sur le droit des femmes à l'avortement sécurisé.

Notes & References

Nancy Northup, "Roe ne concerne pas seulement les droits des femmes, mais aussi la liberté personnelle de chacun," The Washington Post, 8 juillet, July 8, 2018, https://www.washingtonpost.com/opinions/roe-isnt-just-about-womens-rights-its-about-everyones-personalliberty/2018/07/08/527d8548-8160-11e8-b658-4f4d2a1aeef1_story.html?noredirect=on&utm_term=.0275536df03b.

Nations Unies, Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, éd. 20e anniversaire. (New York: FNUAP, 2014), <https://www.unfpa.org/publications/international-conference-population-and-development-programme-action>.

Rosalind P. Petchesky, Prescriptions mondiales: santé et droits de l'homme (Londres, Royaume-Uni: Zed Books, 2003), 44.

L'observation générale stipule ce qui suit : "La réalisation des droits des femmes et de l'égalité des sexes, tant en droit qu'en pratique, exige l'abrogation ou la réforme des lois, politiques et pratiques discriminatoires dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. L'élimination de tous les obstacles qui entravent l'accès des femmes à des services, des produits, une éducation et des informations complets en matière de santé sexuelle et reproductive est nécessaire. Pour réduire les taux de mortalité et de morbidité maternelles, il faut des soins obstétriques d'urgence et des sages-femmes qualifiées, y compris dans les zones rurales et reculées, et la prévention des avortements dangereux. La prévention des grossesses non désirées et des avortements à risque exige que les États adoptent des mesures juridiques et politiques pour garantir à tous les individus l'accès à des contraceptifs abordables, sûrs et efficaces et à une éducation sexuelle complète, y compris pour les adolescents ; pour libéraliser les lois restrictives sur l'avortement ; pour garantir aux femmes et aux jeunes filles l'accès à des services d'avortement sûrs et à des soins post-avortement de qualité, notamment en formant les prestataires de soins de santé ; et pour respecter le droit des femmes à prendre des décisions autonomes concernant leur santé sexuelle et reproductive".

Voir : Comité des Droits Économiques, Sociaux et Culturels des Nations Unies, "Observation générale n° 22 (2016) sur le Droit à la Santé Sexuelle et Reproductive (Article 12 du Pacte International relatif aux Droits Économiques, Sociaux et Culturels)", mai 2016, <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSMlBdZFEovLCuW1aoSzabooXTdlmnsJZZVQfQejF41Tob4CvjjeTiAP6sGfQktiae1v1bbOAekmaOwDOWsUe7N8T1m%2BP3HJPzXjHySkUoHmavD%2Fpyfcp3YlZg>.

La recommandation générale stipule ce qui suit : "Les violations de la santé et des droits sexuels et reproductifs des femmes, telles que la stérilisation forcée, l'avortement forcé, la grossesse forcée, la criminalisation de l'avortement, le refus ou le report d'un avortement sans risque et/ou de soins post-avortement, la poursuite forcée de la grossesse, ainsi que les abus et les mauvais traitements infligés aux femmes et aux jeunes filles cherchant à obtenir des informations, des biens et des services en matière de santé sexuelle et reproductive, sont des formes de violence basée sur le genre qui, selon les circonstances, peuvent conduire à la torture ou à un traitement cruel, inhumain ou dégradant." Voir : Comité des Nations Unies pour l'Élimination de la Discrimination à l'égard des Femmes, "Recommandation Générale n° 35 sur la Violence Basée sur le sexe à l'égard des Femmes, mise à jour de la Recommandation Générale n° 19", 26 juillet 2017, https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/GC/35&Lang=en.

Avec cette observation générale, le "Comité invite instamment les États à dépénaliser l'avortement afin que les jeunes filles aient accès à des services d'avortement et de post-avortement sécurisés, à revoir la législation en vue de garantir l'intérêt supérieur des adolescentes enceintes et à veiller à ce que les opinions des adolescentes enceintes soient toujours entendues

et respectées dans les décisions relatives à l'avortement". Voir : Comité des Droits de l'Enfant des Nations Unies, "Observation générale n° 20 (2016) sur la mise en œuvre des Droits de l'Enfant pendant l'adolescence", 6 décembre 2016, paragraphe 60, <http://www.refworld.org/docid/589dad3d4.html>.

Département des Affaires Économiques et Sociales : Division de la Population, Politiques mondiales en matière d'avortement 2007 (2007), consulté le 24 septembre 2018, http://www.un.org/esa/population/publications/2007_Abortion_Policies_Chart/2007_WallChart.pdf.

Centre de Recherche sur le Genre, la Famille et l'Environnement dans le Développement (CGFED), Rapport national du Vietnam sur la mise en œuvre de la CIPD+15/Étude de cas nationale/brouillon (Kuala Lumpur : Le centre de ressources et de recherche Asie-Pacifique pour les femmes - ARROW, rapport non publié, 2009).

Centre pour les Droits Reproductifs (CRR), Abortion Worldwide : 12 ans de réforme (New York, États-Unis : CRR, 2007), 3.

CRR, Abortion Worldwide, 4.

"Le Droit de la Santé Discrimine les Groupes Marginalisés : activistes", The Jakarta Post, 17 septembre 2009, <http://www.thejakartapost.com/news/2009/09/17/health-law-discriminates-against-marginalized-groups-Activists.html>.

CRR, Abortion Worldwide : Dix-sept ans de réforme (New York : CRR, 2011), https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/pub_bp_17_years.pdf.

Cour Suprême de la République des Philippines, "Décision : GR n° 204819, 2014934, 204957, 204988, 205003, 205043, 205138, 205478, 205491, 205720, 206355, 207111, 207172 et 207563", ville de Baguio, 8 avril 2014, <http://sc.judiciary.gov.ph/pdf/web/viewer.html?file=/jurisprudence/2014/april2014/204819.pdf>.

Micaiah Bilger, " Leaders Unis pour s'opposer à la Légalisation de l'Avortement au Sri Lanka ", LifeNews, 26 septembre 2017, <http://www.lifenews.com/2017/09/26/buddhist-muslim-and-christian-religious-leaders-united-to-oppose-legalizing-abortion-in-sri-lanka/>.

Kingsley Karunaratne, " Les leaders Bouddhistes, Musulmans et Chrétiens s'Opposent à l'Avortement ", UCAnews, 26 septembre 2017, <https://www.ucanews.com/news/buddhist-muslim-and-christian-leaders-oppose-abortion/80326>.

Bethany Allen-Ebrahimian, " Rencontre avec les Chrétiens (et Bouddhistes) pro-vie de Chine ", Foreign Policy Magazine, 5 août 2015, <http://foreignpolicy.com/2015/08/05/china-abortion-pro-life-planned-parenthood-video-christian/>.

TK Sundari Ravindran et Renu Khanna, Guide sur le Genre (Kuala Lumpur : ARROW, non publié, 2018).

TK Sundari Ravindran, révision de la communication, 9 septembre 2018.

Ravindran et Khanna, Manuel sur le Genre.

Jon Fernquest, "Comment les Lois sur l'avortement doivent-elles être appliquées en Thaïlande ? Bangkok Post, 4 novembre 2010, <https://www.bangkokpost.com/learning/advanced/204779/how-should-abortion-laws-be-handled-in-thailand>.

Kalpit Parajuli, "Népal : Records en matière d'Avortements chez les Adolescents ; Proposition de Révision de la Loi ", AsiaNews.it, 19 juillet 2011, <http://www.asianews.it/news-en/Nepal-record-in-abortionsamong-teenagers-Proposal-to-revise-law-22135.html>.

Bui Hong Nhung, "Les adolescents représentent 70 % des avortements secrets au Vietnam", VN Express, 1er juillet 2016, <https://e.vnexpress.net/news/nouvelles/adolescents-compter-pour-70-pourcents-de-secret-abortions-in-vietnam-3428414.html>.

. Carl O'Brien, " Les organismes des NU en désaccord sur l'avortement dans les cas de malformations fœtales mortelles ", The Irish Times, 27 octobre 2017, <https://www.irishtimes.com/news/social-affairs/un-bodies-clash-over-abortion-in-cases-of-fatal-foetalabnalties-1.3270579>.

. K. Kannan, " Un Débat Délicat sur l'Avortement ", The Hindu, 3 août 2016 (mis à jour le 20 septembre, 2016), <http://www.thehindu.com/opinion/lead/A-tricky-debate-on-abortion/>

article14547721.

ece?homepage=true.

Marge Berer, " Faire de l'avortement un droit de la femme dans le monde entier ", Reproductive Health Matters 10, no.19 (2002): 3, [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(02\)00010-1](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(02)00010-1).

FAIRE PROGRESSER LA SEXUALITÉ POSITIVE ET LES DROITS À L'AVORTEMENT EN LUTTANT CONTRE LA STIGMATISATION

La recherche et la pratique montrent qu'il est nécessaire de lutter contre la stigmatisation pour que toutes les personnes aient accès à une santé et à des droits sexuels et reproductifs complets, y compris l'accès à des soins d'avortement sécurisé, sans jugement et de qualité. La stigmatisation survient lorsque les individus sont étiquetés, déshumanisés et victimes de discrimination en raison de leur besoin ou de leur association avec l'avortement. Un élément central du processus de stigmatisation est d'étiqueter les personnes qui ont besoin d'avortement, les professionnels de la santé qui fournissent des services d'avortement et les pharmaciens qui dispensent le misoprostol comme étant différents et indésirables. Ces étiquettes peuvent conduire à la perte de statut, à la discrimination et à la violence. Alors que les avortements sont l'une des procédures médicales les plus courantes et peuvent être gérés en toute sécurité par les femmes et un éventail de prestataires de soins de santé, la stigmatisation de l'avortement contribue à sa marginalisation sociale, médicale et juridique.

Comment la stigmatisation de l'avortement est-elle produite et reproduite? La stigmatisation de l'avortement est difficile à isoler car elle est produite et reproduite à différents niveaux (y compris le niveau individuel, communautaire, organisationnel, juridique et structurel) et est propulsé par les médias et le discours public.

Même le langage que nous utilisons pour l'avortement et les images associées à l'avortement révèlent la stigmatisation. Les images d'avortement représentent souvent le fœtus séparé de l'utérus dont il dépend, plutôt que de reconnaître la femme enceinte. Des communautés entières ont développé des moyens de séparer, de stéréotyper et de discriminer les femmes qui ont besoin

La stigmatisation se manifeste de différentes manières et au fil du temps. Il recoupe les attributs personnels, l'emplacement géographique, l'accès aux services, le moment de l'avortement et d'autres facteurs. Les stigmatisations peuvent être contradictoires pour les femmes issues des classes socio-économiques et des identités qui sont sous-évaluées par les normes et pratiques sociales dominantes.

d'avorter en les forçant à cacher leur grossesse et à rechercher des soins auprès de prestataires en dehors de leurs communautés. Les cadres juridiques créent des catégories d'avortements «acceptables» et «inacceptables». Structuellement, les avortements ont été séparés des services complets de santé reproductive; par exemple, être exclus des programmes d'assurance et être totalement dissociés de la contraception. La stigmatisation se manifeste de

Par Leila Hessini

Vice-Présidente de Programmes,
Global Fund for Women

Email: lhessini@

globalfundforwomen.org

et Rufaro Kingai

Directrice du Programme, Droits à
la Santé Sexuelle et Reproductive,
Global Fund for Women

différentes manières et au fil de temps. Il recoupe les attributs personnels, l'emplacement géographique, l'accès aux services, le moment de l'avortement et d'autres facteurs.

Les stigmatisations peuvent être contradictoires pour les femmes issues des classes socio-économiques et des identités qui sont sous-évaluées par les normes et pratiques sociales dominantes.. La stigmatisation peut en outre être anticipée, perçue et / ou vécue. Certaines femmes peuvent prévoir que si elles révèlent leur expérience de l'avortement, elles seront stigmatisées, ou elles peuvent avoir l'impression que les autres les jugeront. La stigmatisation expérimentée est celle qui se produit lorsque les femmes sont effectivement discriminées ou lésées en raison de leur besoin d'avorter ou d'en avoir eu un.

Il est important de comprendre que la stigmatisation de l'avortement ne concerne pas seulement l'avortement, mais se joue et s'attache aux différents enjeux et débats sociaux dans nos sociétés respectives. Dans les pays fortement influencés par les institutions catholiques et aux États-Unis, l'avortement est devenu une pierre angulaire dans les débats politiques et les guerres culturelles, tandis que dans les pays où la contraception est facilement disponible, la stigmatisation de l'avortement peut être une forme de punition pour les femmes qui choisissent de ne pas accéder ou n'ont pas carrément accès aux contraceptifs. Dans les pays pro-natalistes, les avortements

peuvent être stigmatisés en raison du désir des pouvoirs Étatiques de voir les femmes ayant des grandes familles. En fin de compte, la stigmatisation de l'avortement est directement liée aux normes sociales et culturelles relatives à l'autorité, la place et au statut des femmes dans la société, et constitue un moyen direct de contrôler et subjuguer les femmes et limiter leur opportunités de vie.

Quelles sont les conséquences de Stigmatisation de l'avortement? Les conséquences de la stigmatisation de l'avortement sont larges et profondes. Dans des pays comme le Nigéria, où la mortalité maternelle due à l'avortement non-sécurisé est exorbitante, les conséquences de la santé publique du fait que les femmes n'ont pas accès aux avortements sécurisés sont vraiment une question de vie ou de mort.

L'Amérique latine possède certaines des lois les plus restrictives au monde sur l'avortement - et par conséquent, des taux élevés de décès et de blessures maternelles. Même dans les pays où l'avortement est légalement disponible, la stigmatisation liée à l'avortement signifie que la plupart des femmes ont encore des avortements en dehors du système de soins de santé. Dans une interview avec le Fonds Mondial pour les Femmes en 2017 lors d'une campagne sur la santé et droits sexuels, nous avons discuté avec les bénéficiaires les façons variées dont leur santé et droits sexuels sont limités, y compris l'accès à l'avortement. Par exemple, alors que l'avortement est légal au Népal, la stigmatisation reste une puissante barrière. Les femmes qui recherchent l'avortement sont souvent ostracisées «au niveau de la famille, au niveau communautaire, et à toute fonction religieuse», déclare Shanta Laxmi Shrestha, Présidente du Comité Beyond Beijing.

«D'autant plus qu'on ne lutte pas contre la stigmatisation de l'avortement, même si les services sont très disponibles, les femmes qui en ont besoin ne les obtiendront pas à cause de la stigmatisation.»

Quelles sont quelques stratégies que les groupes de femmes peuvent utiliser pour lutter contre la stigmatisation de l'avortement? En réponse aux attaques en cours contre l'accès à l'avortement, les organisations de défense des droits des femmes s'attaquent à la stigmatisation et imposent du changement à plusieurs niveaux. Cette approche écosystémique est illustrée dans la théorie du changement du Fonds Mondial pour les Femmes, qui est le cadre de nos subventions et montre le changement nécessaire au niveau institutionnel, structurel, social et individuel.

Au niveau individuel, nos perceptions de l'avortement sont façonnées par les mots que nous entendons et utilisons. Les organisations de droits des femmes ont changé le langage pour être davantage axé sur la justice reproductive, les droits, la santé et les mouvements pro-femmes. Les jeunes à travers l'Europe ont réapproprié le récit de leurs propres expériences d'avortement de façons nouvelles et innovantes. Le Groupe d'Action pour les Femmes au Zimbabwe définit l'avortement en termes d'accès des femmes à des soins holistiques, de qualité et sans jugement, y compris pour les femmes handicapées ou les femmes marginalisées dans les zones difficiles d'accès. L'organisation Nigériane, « Education as a Vaccine », cadre son travail de droits sexuels et reproductifs dans le contexte de la capacité des jeunes à poursuivre leurs objectifs de vie et faire progresser leur propre bien-être éducationnel et économique et celui de leur pays. Le Partenariat Asiatique pour l'Avortement sans Risque (The Asian Safe-

Abortion Partnership) organise un institut annuel de plaidoyer de jeunes qui promeut l'apprentissage, le partage et l'élaboration de stratégies entre les militants qui recadrent le droit à l'avortement comme une question clé à leur avenir et leur droits.

La stigmatisation est produite et reproduite à différents niveaux de l'écosystème et seule l'approche globale — recadrant le langage nuisible, changeant les politiques et pratiques discriminatoires et assurant la mise en œuvre de services de qualité — entraînera le droit à l'autodétermination et l'accès à l'avortement pour tous.

Les lois discriminatoires et punitives sur l'avortement sont les principales causes de la stigmatisation de l'avortement. Les lois perpétuent la stigmatisation de nombreuses façons - ils créent les catégories de «bons avortements» contre les «mauvais avortements» et qui peuvent et ne peuvent pas en obtenir. Ceci est inexistant pour toute autre procédure médicale. Les mouvements de femmes ont travaillé pour libéraliser les lois sur l'avortement à travers le monde; L'Irlande a récemment libéralisé ses lois sur l'avortement et le Chili a élargi les indicateurs juridiques de l'avortement.

Travailler pour garantir que les soins d'avortement soient offerts de manière centrée sur les femmes est également essentiel pour réduire la stigmatisation. Semillas, un fonds pour les femmes au Mexique, s'emploie à traiter les aspects de la prestation de services de santé qui stigmatisent certains groupes de femmes, en particulier celles qui sont jeunes et celles qui appartiennent aux groupes sociaux défavorisés. Le Fondo de Aborto para la Justicia

Social MARIA du Mexique cherche à déstigmatiser l'avortement en normalisant son existence et fournissant aux femmes des informations et des soins faciles d'accès grâce à une ligne verte et à des consultations en personne. Ils fournissent également un soutien aux femmes vivant dans des États où l'avortement est légalement limité à se rendre à Mexico City où l'avortement est légal.

La décentralisation des soins à travers des réseaux informels d'activistes est une stratégie utilisée par des groupes comme le Centro Las Libres de Información en Salud Sexual Región Centro AC (Las Libres) au Mexique. Las Libres fournit aux femmes des kits d'avortement pour procéder à des avortements médicaux auto-provoqués en toute sécurité. Les avortements autogérés sont une stratégie innovante menée par les organisations dirigées par les femmes qui permet aux femmes d'accéder à l'avortement en toute sécurité à domicile, réduisant ainsi la stigmatisation, ainsi que le risque d'être criminalisé par un agent médical qui peut les remettre aux autorités. Le Line Aborto Libre, un collectif de féministes au Chili, gère une ligne téléphonique verte 24 heures sur 24 pour garantir que les femmes aient accès aux informations, soins, médicaments et counselling sur l'avortement sécurisé. Ces interventions sont centrées sur les besoins des femmes et sont faites pour que les femmes puissent accéder aux services d'avortement en toute sécurité quand et où elles en ont besoin. L'organisation féministe et de droits de femmes basée en Indonésie, Samsara, promeut l'accès à l'éducation et aux informations sur les DSSR et l'avortement sécurisé en plusieurs langues via des applications accessibles via les téléphones mobiles et tablettes.

Comment lutter contre la stigmatisation de l'avortement.

La stigmatisation est produite et reproduite à différents niveaux de l'écosystème et seule l'approche global — recadrant le langage nuisible, changeant les politiques et pratiques discriminatoires et assurant la mise en œuvre de services de qualité — entraînera le droit à l'autodétermination et l'accès à l'avortement pour tous. Il est également essentiel d'établir des liens entre les organisations qui travaillent sur la stigmatisation de l'avortement et d'autres formes de stigmatisation - dans les domaines du VIH/SIDA, du droit des travailleurs du sexe et de la syndicalisation des LBTQI. Les réseaux mondiaux, comme le Réseau International pour la Réduction de la Stigmatisation et de la Discrimination liées à l'Avortement (International Network for the Réduction of Abortion Stigma and Discrimination), sont également essentiels pour le partage des connaissances et stratégies, la construction de la résistance et la résilience et, la création d'un avenir où la stigmatisation de l'avortement fait partie de notre passé.

Notes & Références

1. F. Hanschmidt et al, " Stigmatisation de l'avortement : Une revue systématique ", Perspectives de la santé sexuelle et reproductive, 48 (2016) : 169-177, <https://doi.org/10.1363/48e8516>; K. Le Tourneau, La stigmatisation de l'avortement dans le monde : Une synthèse de la littérature qualitative : Un rapport technique pour les membres du Réseau international pour la réduction de la discrimination et de la stigmatisation de l'avortement (inroads) (Chapel Hill, NC : inroads) ; Anuradha Kumar, Leila Hessini, et Ellen. M.H. Mitchell, " Conceptualisation de la stigmatisation de l'avortement ", Cultures, santé et sexualité 11, no 6 (2009) : 625-639, <https://doi.org/10.1080/13691050902842741>. Traduit avec www.DeepL.com/Translator (version gratuite)
- 2.5. Médicament utilisé pour provoquer le travail et les avortements, traiter les ulcères d'estomac et prévenir les saignements post-partum.
- 3.5. Organisation mondiale de la santé, Département de la santé et de la recherche reproductive, Avortement Sans Risque : Guide technique et politique pour les systèmes de santé, 2e édition. (Genève : Organisation mondiale de la santé, 2012), www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe-abortion/9789241548434/en/.
- 4.6. Kumar, Hessini et Mitchell, " Conceptualisation de la stigmatisation de l'avortement "
- 5.6. Chimaraoke Izugbara, Frederick Wekesah et Sunday Adedini, " La santé maternelle au Nigeria : A Situation Update ", 2016, <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1291.9924> ; Andrzej Kulczycki, " L'avortement en Amérique latine : Les changements dans la pratique, les conflits croissants et les développements politiques récents ", Études en planification familiale 42, n° 3 (septembre 2011) : 199-220

6. Fonds mondial pour les femmes, " Le rendre concret : utiliser les Objectifs de développement durable pour apporter la santé et les droits sexuels aux femmes du Népal ", octobre 2017, <https://www.globalfundforwomen.org/beyond-beijing-committee/#.W5qQTOhKiBo>

7.6. "Notre impact", Fonds mondial pour les femmes, https://www.globalfundforwomen.org/our-impact/#.W4Zs_9gzauU.

8.8.7. YouAct, Parlez Mon Langage : Une boîte à outils développée par et pour les jeunes ; le récit de l'avortement en Europe de l'Est du point de vue des jeunes, avec des contributions de la Géorgie, de la Lituanie, de la République de Macédoine, de la Pologne et de la Roumanie (2016), http://youact.org/wp-content/uploads/2016/01/YOUCT_ABORTION_STORYTELLING_IN_EE.pdf.

9.7. Réseau international pour la réduction de la discrimination et de la stigmatisation de l'avortement (INROADS), <https://endabortionstigma.org/>.

FEMMES MARGINALISÉES ET DROITS REPRODUCTIFS: Qui devrait arbitrer l'accès à l'avortement sécurisé?

Par Bhuvaneswari Sunil

Chercheuse doctorale, Institut des Sciences Sociales de Tata, Mumbai, Inde

Email: buvanas@gmail.com

Quels que soient les désirs de leur mari, les femmes indiennes d'âge, d'éducation, de caste et de classes sociales différentes souhaitent avoir de petites familles avec deux enfants. ,

Pourtant, les femmes rurales issues de milieux socio-économiques défavorisés, les jeunes femmes et celles de basses castes et les intouchables continuent de subir des grossesses non désirées, des fausses couches et des avortements. Incapables d'arbitrer librement sur leur corps et privées de mobilité dans les espaces publics, ils sont beaucoup plus dépendantes des établissements publics de santé en raison de facteurs tels que la dépendance financière, la pauvreté et l'apathie de leurs maris à l'égard de la grossesse et des expériences de santé reproductive des femmes.

Kalaimathi, une femme ménagère de 25 ans et de castes des intouchables, est l'une de ces femmes. Elle a connu cinq grossesses, a perdu un enfant immédiatement après l'accouchement, a fait une fausse couche entre le 7e et le 8e mois de sa grossesse et a maintenant deux enfants vivants. Elle se souvient de son expérience de l'avortement:

Quand j'étais enceinte pour la sixième fois, j'ai demandé à mon mari de me procurer des comprimés [d'avortement médicamenteux] à la pharmacie... J'ai juste eu trois jours de menstruation après cela et je n'ai plus eu mes règles pendant encore deux mois. La femme médecin m'a grondé, disant que j'avais à nouveau perdu le sens de concevoir malgré les grossesses multiples. Elle m'a grondé pour avoir pris les pilules et m'a demandé pourquoi je n'avais pas été stérilisée lors

du dernier accouchement. Je lui ai dit que nous planifions mais toujours incertain.

Elle m'a demandé de revenir [pour la procédure d'avortement] après deux jours avec 5.000 Rs (USD 69.30). Nous sommes retournés à l'hôpital pour demander s'ils pouvaient réduire les coûts et comme le médecin n'était pas là, une infirmière a dit qu'elle pouvait le faire pour 2.000 Rs (USD 27.70). Le même soir, mon mari a réussi à mettre en gage mes bijoux et a obtenu de l'argent. L'infirmière l'a fait à l'hôpital même. C'était si douloureux; bien pire qu'un accouchement. Je n'ai toujours pas été stérilisé; J'en ai peur.

Dans ces circonstances, l'autonomie, la sexualité et l'identité des femmes sont remises en question lorsqu'elles sollicitent des services d'avortement. L'État et les prestataires privés négligent et privent le droit des femmes à des services d'avortement sécurisés et dignes.

Les répondants estiment que les médecins sont insensibles à leur sort. Non seulement ces prestataires de santé ne reconnaissent pas les expériences subjectives des femmes, mais aussi ils ont également tendance à les objectiver en tant que chercheuses de plaisir sexuel et à les juger pour leur incapacité à s'abstenir de concevoir. Ils imposent également la responsabilité de la grossesse aux femmes seules. Selon la plupart des personnes interrogées, «les médecins ne peuvent pas comprendre les circonstances dans lesquelles ces femmes sont tombées enceintes, principalement en raison de leur incapacité à refuser les exigences sexuelles de leur mari.»

De plus, les médecins n'étaient pas préoccupés par la peur et l'inconfort/ la douleur physique que les femmes ressentent lorsqu'elles recevaient une contraception forcée, comme le

Dispositif Intra-Utérin - DIU (comme condition préalable à l'avortement). Certaines femmes ont évoqué la pratique de l'application invasive du DIU par les prestataires de services. Ces stratégies contraceptives des prestataires rendent ces femmes - qui manquent d'autonomie sexuelle - plus vulnérables car elles sont obligées de faire face à leurs maris maussades.

Les femmes rurales issues de milieux socio-économiques défavorisés, les jeunes femmes et celles des castes arriérées et répertoriées continuent de subir des grossesses non désirées, des fausses couches et des avortements. Incapables d'arbitrer librement sur leur corps et privées de mobilité dans les espaces publics, ils sont beaucoup plus dépendantes des établissements publics de santé en raison de facteurs tels que la dépendance financière, la pauvreté et l'apathie de leurs maris à l'égard de la grossesse et des expériences de santé reproductive des femmes.

Radha, une femme ménagère de 35 ans qui appartient à une basse caste et qui a accepté de porter un stérilet au cuivre

après un avortement, a partagé:
La plupart des nuits, quand nous avons des relations sexuelles, il hurle et me maudit en disant que cela lui fait mal comme une lame. L'infirmière de la clinique qui me l'a inséré après l'avortement a refusé de l'enlever. Après presque trois à quatre mois de douleurs abdominales et dorsales persistantes, des saignements menstruels prolongés, de la fatigue et des agressions constantes de mon mari, j'ai dû me rendre dans ma ville natale pour le faire enlever ... Finalement, je suis tombée enceinte de nouveau et j'ai dû accoucher d'une autre fille .

Les médecins qui refusent l'avortement ne respectent pas non plus les femmes pour leur décision, lançant le langage abusif et affichant un comportement hostile. Il y a également une apathie et un jugement accrus, surtout si la femme est issue d'un milieu socio-économique inférieur, en fonction de sa caste, de sa couleur de peau / de son apparence, de sa profession, son argot linguistique et de son lieu / lieu de résidence.

Ponnulatchmi, une ouvrière de 24 ans issue d'une basse caste qui travaille dans le secteur de la construction et qui est une survivante de violences sexuelles, partage son expérience de la demande d'avortement dans un hôpital public:

J'ai dit au médecin que mon mari me trompait et allait se marier avec une autre femme. Il était en fait mon deuxième mari et j'ai une fille de mon premier mari. J'ai conçu en pensant qu'il voulait de moi un enfant, mais maintenant il m'a quitté et sa mère lui a cherché une autre épouse. Cela fait 45 jours depuis que j'ai mes règles. S'il te plaît fais quelque chose. Le médecin m'a grondé en disant exactement ces mots: «Vous irez dormir avec tous les hommes et il est de ma responsabilité de nettoyer votre ventre. Vous n'avez pas d'autre affaire que

de tomber enceinte.» Ces mots m'ont beaucoup blessé. Puis, après l'avoir tant suppliée, elle a dit: «Si tu te fais stériliser, je ferai l'avortement. J'ai accepté simplement parce que j'étais accusé de pute.

Ils ont obtenu ma signature et ont ensuite procédé à l'opération. Mais maintenant... j'ai du mal à élever ma fille toute seule car aucun homme n'envisagera de m'épouser d'autant plus que je suis stérile...

La honte et le blâme que subissent les femmes dans les établissements de santé constituent une violation des droits humains. Le droit d'une femme de vivre dans la dignité n'est reconnu ni par ces acteurs étatiques ni par les membres de sa famille. L'ensemble du continuum des grossesses non désirées et du refus de l'avortement soumet la femme à une marginalisation et à une exclusion supplémentaires.

La loi sur l'interruption médicale de la grossesse (MTP) (1971) donne le pouvoir aux médecins de pratiquer l'avortement provoqué de bonne foi en fonction de l'environnement réel ou prévisible de la femme. Pourtant, les prestataires de soins donnent souvent l'impression qu'il n'est légal de pratiquer l'avortement qu'en cas d'anomalies fœtales. L'utilisation générale par le prestataire du mot «fœtus en bonne santé», tout en refusant l'avortement à une femme, est une conceptualisation normative du handicap et de l'élimination des personnes «inaptes» (en mauvaise santé). De telles expériences ont forcé de nombreuses personnes interrogées à croire que l'avortement est illégal en Inde pour des raisons autres que les anomalies fœtales. Cela est indépendant du fait que la loi sur le MTP a créé des moyens pour les femmes d'accéder aux services d'avortement provoqué. Ces terminologies de la loi, qui ont été conceptualisées par les prestataires

de services de santé, garantissent le maintien de leur autorité dans le processus décisionnel, supprimant ainsi systématiquement les choix des femmes et leur refusant l'autonomie.

Il est vrai que l'avortement sélectif en fonction du sexe est interdit dans le pays. Néanmoins, c'est également une compréhension expérientielle de mon travail de terrain que la personification du fœtus basée sur le sexe est également une stratégie prédominante que les médecins utilisent pour convaincre les femmes de poursuivre leur grossesse non désirée. Le problème devient encore plus complexe lorsque les prestataires de soins de santé associent leurs valeurs personnelles et leurs croyances religieuses pour refuser l'avortement aux femmes confrontées à des grossesses non désirées.

Un exemple de ceci est le récit de Kanaka, une femme ménagère rurale de 34 ans avec cinq enfants vivants et huit expériences de grossesse:

L'hôpital gouvernemental ne fournit aucun service d'avortement! Le médecin de l'hôpital public dirige une clinique privée où sont fournis les services d'avortement....

Souvent, si c'est dans les premières semaines de grossesse, je demande à mon mari de prendre la pilule à la pharmacie du quartier. Ces pilules s'avèrent parfois efficaces et plusieurs fois le risque prévaut! [Cela signifie que la grossesse n'est pas effectivement interrompue avec l'utilisation de pilules

d'avortement médicamenteux auto-induites.] D'un autre côté, si nous nous rendons à l'hôpital gouvernemental au niveau du district, ils nous forceront à faire une opération [tubectomie] d'après la MTP!

Ces expériences obligent souvent de nombreuses femmes à demander de l'aide de prestataires non qualifiés et peu sûrs pour provoquer l'avortement. Lorsque les grossesses non désirées et l'avortement font partie de leur réalité quotidienne, les femmes comptent sur les informations des principaux réseaux sociaux (voisins ou parents éloignés) pour accéder à des prestataires d'avortement moins chers et, souvent, nuisibles. De nombreuses femmes préfèrent s'adresser à des prestataires non qualifiés simplement parce qu'elles n'ont pas à se justifier, ainsi que pour éviter la stigmatisation et le jugement.

Il est vrai que l'avortement sélectif selon le sexe est interdit dans le pays. Néanmoins, c'est aussi une compréhension expérientielle de mon travail de terrain que la personnification du fœtus basée sur le sexe est également une stratégie prédominante que les médecins utilisent pour convaincre les femmes de poursuivre leur grossesse non désirée. Le problème devient encore plus complexe lorsque les prestataires de soins de santé associent leurs valeurs personnelles et leurs croyances religieuses pour refuser l'avortement aux femmes confrontées à des grossesses non désirées.

Une gynécologue à la retraite a justifié sa décision de refuser l'avortement en disant: «Maintenant, j'ai un petit-fils, je n'effectue plus d'avortement. De plus, lorsque nous refusons l'avortement, elles peuvent décider de poursuivre leur grossesse; Je les convaincs et je les renvoie. Pourtant, un autre médecin

appartenant à une hiérarchie de caste supérieure a réagi sur sa décision de refuser les services d'avortement en disant: «J'avais juré à mon gourou que je ne ferais aucun acte comme celui de l'avortement... C'est un péché!»

Corroborant le récit de l'une de mes répondants, le refus et le retard continus dans la fourniture de l'avortement par l'une des prestataires l'ont poussée à pratiquer un avortement médicamenteux auto-provoqué.

Les femmes à qui l'on refuse l'accès aux services d'avortement sécurisé se voient refuser des aspects cruciaux de leurs droits humains, en particulier leurs droits sexuels et reproductifs. La loi et la politique sur l'avortement devraient reconnaître la discrimination historique entre les sexes et la discrimination sexuelle active de la part des prestataires de santé. Les avortements légaux devraient être offerts aux femmes sans aucune interférence des jugements moraux, des normes sociales, religieuses et culturelles. La culpabilité de l'organisme d'État à ne pas fournir un accès facile, informé, sûr et digne à l'avortement pousse les femmes à la marge. Il est temps que nous réexaminions la loi sur 'interruption médicale de la grossesse (MTP) et que nous abordions spécifiquement les questions du déni des droits des femmes et de la discrimination active exercée par les prestataires de santé.

Les services d'avortements légaux devraient être offerts aux femmes sans aucune interférence des jugements moraux, des normes sociales, religieuses et culturelles. La culpabilité de l'organisme de l'État à ne pas fournir un accès facile, informé, sûr et digne à l'avortement

pousse les femmes aux marges.

Notes & Références

. Les expériences des femmes qui sont partagées dans cet article sont basées sur le travail de doctorat de l'auteur, mené dans une petite ville appelée Kumbakonam dans le Tamil Nadu, au sud de l'Inde. Les entretiens ont été recueillis d'avril 2015 à octobre 2016.

. Culturellement, les familles souhaitent souvent avoir une fille et un garçon.

. Les hommes et les femmes qui travaillent dans le secteur de la construction en tant que maçons et entrepreneurs appartiennent à des castes inférieures ; ayant la peau noire, ils sont stéréotypés comme étant "sexuellement libres". La plupart des médecins de cette région appartiennent à la hiérarchie supérieure du statut de caste.

. En Inde, la loi sur les techniques de diagnostic préconceptionnel et prénatal rend illégal l'acte de détermination du sexe du fœtus. Cette loi interdit la détermination active du sexe et l'avortement des fœtus de sexe féminin, compte tenu de la préférence culturelle pour les garçons.

. Lorsque les femmes se rendent chez un prestataire pour se faire avorter, le prestataire qui effectue le scan convainc la femme de ne pas se faire avorter, ce qui lui permet de personnifier un fœtus comme un garçon et aussi comme étant en bonne santé.

. En Inde, la pilule pour un avortement médicamenteux (AM) ne peut pas être obtenue légalement en tant que pilule en vente libre comme de nombreux autres médicaments. Elle doit être vendue par un pharmacien sur ordonnance. Cependant, les pharmaciens vendent des pilules AM sans ordonnance principalement (aux hommes) à des résidents locaux situés dans une zone géographique particulière autour de la pharmacie.

L'IMPACT DE LA RÈGLE DU BÂILLON MONDIAL SUR LES SERVICES D'AVORTEMENT SÉCURISÉ : fortement souscrite en présence de 50 Lancement d'un Mouvement pour l'Avortement Sécurisé

Le 23 janvier 2017, le président américain Donald Trump a rétabli la Politique de Mexico City ou la Règle du Bâillon Mondial (Global Gag Rule). La politique interdit aux organisations non gouvernementales (ONG) de recevoir des fonds si elles continuent à pratiquer ou à promouvoir les avortements, notamment en offrant des conseils juridiques ou des counselling relatifs à l'avortement. La version de Trump de la Règle du Bâillon Mondial a considérablement et dangereusement élargi le champ d'application à toute l'aide sanitaire mondiale des États-Unis, englobant environ 9,5 milliards de dollars américains, au détriment de millions de femmes dans le monde, avec seulement de petites exceptions possibles pour les cas de viol ou d'inceste.

En réponse, la Ministre Néerlandaise du Commerce extérieur et de la Coopération Néerlandaise de l'époque, Lillianne Ploumen, a rapidement annoncé que les femmes et les filles devraient avoir le droit de choisir et que le gouvernement Néerlandais augmenterait le financement des services d'avortement sécurisés. Cette démarche a été rapidement soutenue par les ministères respectifs de l'aide et du commerce des gouvernements Néerlandais, Danois, Belge et Suédois, conduisant ainsi à la mise en place de l'initiative SheDecides.

Cette initiative, lancée le 2 mars 2017 lors de la conférence SheDecides, a été

gouvernements progressistes et de 450 participants d'agences des Nations Unies, d'ONG et de Fondations de part et d'autres de l'Atlantique.

SheDecides a déclaré que les gouvernements et les donateurs devraient, en substance, reconnaître, respecter et permettre aux femmes et aux filles de décider et de faire leur propre choix. C'était un moment charnière car il y avait une réponse mondiale et intergouvernementale à la politique étrangère du président Trump.

Ce moment était également fondé sur le principe que les droits des femmes, en particulier leurs droits sexuels et reproductifs, ne devraient pas être négociés dans le commerce politique. SheDecides a aidé à unifier différents mouvements travaillant aux niveaux national et régional, sur une gamme de droits sexuels et reproductifs et l'égalité des sexes, et a placé l'accès à l'avortement au premier plan de ces questions. Sans compromis.

L'estimation de 55,9 millions d'avortements s'explique en grande partie par la taille de la population de la région. En moyenne régionale, la plupart des avortements en Asie sont considérés comme sûrs, mais ce chiffre est pondéré par les chiffres en Chine et au Vietnam, où presque tous les avortements sont sûrs en raison de lois expansives qui en

Par Jona Claire Turalde
Championne de SheDecides
Email:jonaclaire20@gmail.com

et Dhivya Kanagasingam
Email:dhivya@arrow.org.my

permettent l'accès. En Asie du Sud, les chiffres sont inversés, où les deux tiers de toutes les

Les droits des femmes, en particulier leurs droits sexuels et reproductifs, ne doivent pas être négociés dans le commerce politique.

Chaque année, 275.288 femmes meurent de complications liées à la grossesse. En 2014, au moins 6% de tous les décès maternels (ou 5,400 décès) en Asie étaient dus à l'avortement à risque. On estime environ 35,5 millions d'avortements sur l'estimation mondiale de 55,9 millions se produisent dans la région Asie-Pacifique, en grande partie en raison de la taille de la population de la région. Comme moyenne régionale, la plupart des avortements en Asie sont classés comme sécurisés, cependant, ce nombre est pondéré favorablement par les chiffres en Chine et au Vietnam, où presque tous les avortements sont sécurisés en raison de lois expansives qui permettent l'accès. En Asie du Sud, les chiffres sont inversés, où les deux tiers de tous les avortements sont soit peu sécurisés, soit moins sûrs.

Déjà 9,8 millions d'adolescentes en Asie-Pacifique ont un besoin non satisfait de contraception ; un tiers de toutes les grossesses des adolescentes ne sont pas désirées, plus de la moitié d'entre elles se terminent par un avortement, et 60% de ces avortements ont lieu dans des pays où les avortements sont moins sécurisés.

La politique de Trump frappe les pays les plus pauvres, qui dépendent des donateurs et ont en place un système

juridique faible. La politique frappe le plus durement les femmes les plus pauvres et les plus jeunes de tous les pays concernés et va à l'encontre des accords consensuels mondiaux durement obtenus sur les droits reproductifs des femmes. En plus, la politique s'est révélée être une stratégie ratée: réduire le financement et les activités des organisations qui fournissent la contraception moderne et l'avortement sécurisé, comme le fait la règle du bâillon mondial, peut en fait conduire à une augmentation du taux d'avortement à risque.

Malgré le lancement de SheDecides, d'importants déficits de financement se profilent au niveau mondial. Par exemple, Marie Stopes International, qui fournit des services de contraception et d'avortement dans 33 pays en développement, fait face à un déficit de financement de 80 millions de dollars. Ils estiment que 2 millions de femmes n'auront plus accès aux services de santé sexuelle et reproductive. Cela entraînera 2,5 millions de grossesses non désirées supplémentaires, 870.000 avortements à risque, 6.900 décès maternels évitables, et une augmentation de 138 millions de dollars américains des coûts directs des soins de santé.

L'impact total de la politique est également difficile à distinguer et à prévoir car il s'applique aux ONG qui reçoivent une quelconque assistance sanitaire américaine, pas seulement la planification familiale. En tant que telle, la règle du bâillon mondial laisse un effet glaçant. Au niveau des pays, les prestataires de santé ont fait état d'une confusion sur la mise en œuvre, d'un manque de directives claires sur l'application, d'une surinterprétation de la politique en raison de la peur et d'une dé-priorisation des services de santé intégrés, ce qui affecte la vie des femmes et des filles dans de nombreux pays en développement.

Le besoin de plates-formes et d'alliances solides sur terrain pour promouvoir la santé et les droits sexuels et reproductifs n'a jamais été aussi essentiel.

Les menaces croissantes autour du droit des femmes et des filles de décider de leur corps doivent être fortement repoussées. Plus tôt cette année, ARROW et ses partenaires dans cinq pays - le Bangladesh, le Cambodge, l'Inde, le Népal et les Philippines - ont lancé l'Alliance de solidarité pour le droit à l'avortement sécurisé dans le but d'œuvrer à la libération des lois sur l'avortement, tout en appliquant efficacement les lois existantes pour augmenter les services d'avortement sécurisé.

Avec la demande des femmes et des filles sur terrain et des mesures de responsabilisation plus strictes dans les pays autour de services sexuels et reproductifs, les pays en développement peuvent ne pas avoir à compter entièrement et fortement sur une aide étrangère incohérente qui change et diminue en un clin d'œil.

Tant que tous les gouvernements ne se rendront pas compte qu'ils ont l'obligation de protéger les droits des femmes sur leur corps et que les corps des femmes ne sont pas à eux de contrôler ou de faire la guerre, nous ne serons pas en mesure de réaliser le plein potentiel des femmes et des filles.

Notes & références

- Ann M. Starrs, "La règle du bâillon mondial de Trump : Une attaque contre le planning familial américain et l'aide à la santé mondiale", *The Lancet* 389, numéro 10068 (4 février 2017) : P485-486, consulté le 29 août 2018, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30270-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30270-2).
- "La politique de Mexico City de Trump ou la règle du bâillon mondial", *Human Rights Watch*, 14 février 2018, consulté le 29 août 2018, <https://www.hrw.org/news/2018/02/14/trumps-mexico-city-policy-or-global-gag-rule>.
- Nicholas J. Kassebaum et al., "Les niveaux mondial, régional et national de la mortalité maternelle 1990-2015 : Une analyse systématique de la charge mondiale de morbidité en 2015", *The Lancet* 388, Issue 10053 (8 octobre 2016) : P1775-1812, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31470-2).
- Guttmacher Institute, l'avortement en Asie (New York :

Guttmacher Institute, 2018), <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/abortion-asia>.

Susheela Singh et al, L'avortement dans le monde 2017 : Progrès inégaux et accès inégal (New York : Guttmacher Institute, 2018), 51, <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>.

Jacqueline E. Darroch et al, L'ajout : Coûts et avantages de la satisfaction des besoins des adolescents en matière de contraception (New York : Guttmacher Institute, 2016), <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-meeting-contraceptive-needs-of-adolescents>.

Darroch et al, L'addition

Eran Bendavid, Patrick Avila et Grant Miller, "La politique d'aide des États-Unis et l'avortement provoqué en Afrique subsaharienne", *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé* 89 (2011):873-880C, consulté le 31 août 2018, <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/12/11-091660/en/>.

Will Harris, "La règle du bâillon mondial de Trump un an après : Marie Stopes International fait face à un déficit de financement de 80 millions de dollars", *Marie Stopes International*, 19 janvier 2018, consulté le 1er septembre 2018, <https://mariestopes.org/news/2018/1/global-gag-rule-anniversary/>.

Harris, "Un an de la règle du bâillon mondial de Trump".

Vanessa Rios, Retour à la réalité : Un an après l'adoption de la règle du bâillon mondial de Trump (New York : International Women's Health Coalition, 2018), <https://iwhc.org/Ressources/reality-check-year-one-trump-global-gag-rule/>.

LA VIE DE CHAQUE FEMME VAUT LA PEINE D'ÊTRE SAUVÉE: Le Droit à l'Avortement Sécurisé en Asie

Par Azra Abdul Cader

Gestionnaire du Programme, Centre Asie-Pacifique de Recherche et de Ressources pour les Femmes

Email: azra@arrow.org.my

L'avortement, sécurisé ou non, a lieu en réponse à des grossesses non désirées et fait indéniablement partie des réalités vécues par de nombreuses femmes. Entre 2010 et 2014, dans le monde, 44% des 227 millions de grossesses par an étaient non désirées et 56% des grossesses non désirées se terminent par un avortement. Il existe de nombreuses raisons et facteurs bien connus de l'avortement, y compris des raisons socio-économiques, l'impréparation, la situation de partenariat, le bas âge, la menace pour la vie de la mère, l'échec ou le manque de contraception, le choix, l'espacement de naissances, le désir de cesser d'avoir des enfants, le changement de circonstances, le viol et l'inceste.

Rendre les avortements sûrs et accessibles doit être une priorité dans toute stratégie de santé et de droits reproductifs. ,

Cet article partage des estimations mondiales et régionales sur l'accès à l'avortement sécurisé. Il présente un cadre sur la manière dont l'avortement sécurisé doit être traité comme une question de droits et partage le travail de l'Alliance de solidarité pour le droit à l'avortement sécurisé, une alliance mondiale du Sud pour l'action.

Tendances clés. Entre 2010 et 2014, 55,9 millions d'avortements ont eu lieu chaque année, dont la plupart dans des régions en développement (49,3 millions). Dans le monde, 35 avortements ont été pratiqués chaque année pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans,

dont 36 pour 1 000 femmes se faisant avorter dans les pays en développement. Le taux annuel d'avortement en Asie en 2010-2014 était d'environ 36 pour 1 000 (femmes mariées) et 24 pour 1 000 (femmes non mariées) avec 27% des grossesses se terminant par un avortement.

Entre 1995 et 2000, les avortements à risque ont varié considérablement selon l'âge d'une région à l'autre, ce qui nécessite une plus grande attention pour s'attaquer aux effets de l'avortement à risque. Dans ce cadre, les adolescents (15 à 19 ans) représentent moins de 25% de tous les avortements à risque en Asie.

Les complications des avortements à risque peuvent entraîner une mortalité et une morbidité maternelles à court et à long terme. À l'échelle mondiale, entre 2010 et 2014, 14% de tous les avortements étaient les moins sécurisés. 49% de ceux du monde en développement sont considérées comme à risque. Environ 4,6 millions de femmes en âge de procréer en Asie ont été traitées pour des complications d'un avortement à risque en 2012 et environ 6% de tous les décès maternels en 2014 étaient dus à un avortement à risque.

Les conséquences de l'avortement à risque continuent d'affecter la mortalité et la morbidité des femmes. Les femmes cherchent un traitement après un avortement en fonction des restrictions légales et de l'accessibilité, souvent lorsque les symptômes mettent leur vie en danger. Certaines femmes,

particulièrement pauvres et originaires des zones rurales, peuvent renoncer complètement au traitement. Chaque année, 8,2 pour 1 000 femmes en âge de procréer étaient traitées dans des établissements pour complications post-avortement en Asie en 2012. De 2010 à 2014, en Asie, 62 des 100 000 avortements provoqués ont entraîné la mort.

Le coût du traitement de ces complications s'ajoute au fardeau des budgets des services de santé, ainsi qu'aux familles et aux femmes touchées par des avortements à risque. Chaque année, les coûts sont estimés à 232 millions de dollars américains; des coûts qui tomberaient à 20 millions de dollars américains si les avortements étaient pratiqués en toute sécurité. Les coûts liés, tels que la garde des enfants, le transport et autres, augmenteraient les estimations des coûts des soins après avortement.

Les chiffres relatifs aux taux d'avortement et à leur impact sur la santé maternelle et les soins post-avortement doivent être pris en compte ensemble avec les taux de fécondité et l'accès à la contraception. Les données disponibles montrent que les taux de fécondité voulus sont en baisse et reflètent un besoin non satisfait de contraception chez les femmes en union dans le monde et dans les pays les moins avancés .

Un Cadre pour Garantir le Droit à l'Avortement Sécurisé. Reconnaître l'avortement comme un droit humain présent des moyens de surmonter les obstacles et d'assurer la fourniture de

services holistiques. En conséquence, les besoins et la situation de chaque femme sont pris en compte, reconnaissant la nécessité de remédier aux injustices socio-économiques qui contribuent à des grossesses non désirées et à des avortements à risque. Les femmes sont soutenues pour prendre des décisions et agir librement et en toute sécurité en matière de santé reproductive. En outre, les vecteurs de marginalisation, de discrimination et d'inégalités sont identifiés pour être traités dans le cadre d'une solution holistique fondée sur les droits.

Le tableau 1 présente les problèmes interdépendants, les obstacles potentiels et les considérations pour garantir l'avortement en tant que droit de l'homme.

Il comprend non seulement les plus clairs aspects garantissant l'accès aux services, mais montre également comment les barrières peuvent se former et changer à divers moments.

En outre, il présente le large éventail d'actions qui doivent être entreprises pour garantir le droit à l'avortement.

L'Alliance Mondiale du Sud. L'Alliance de solidarité pour le droit à l'avortement sécurisé, lancée en 2018, comprend actuellement six organisations de la société civile engagées à réaliser le droit à l'avortement sécurisé pour toutes les femmes grâce à des interventions stratégiques qui reconnaissent l'avortement comme une question de droits. Apportant l'expérience et l'expertise de six organisations du Sud: le Bangladesh (Naripokkho), le Cambodge (Association pour la Santé Reproductive du Cambodge ou RHAC), l'Inde (CommonHealth), le Népal (Beyond Beijing Committee ou BBC) et les Philippines (Réseau Mondial des Femmes sur les Droits Reproductifs ou WGNRR) - l'alliance vise à améliorer les données factuelles sur les facteurs de

l'avortement à risque pour informer le plaidoyer régional et local et plaider pour un accès plus sûr à l'avortement.

L'Alliance mettra en œuvre des interventions dans divers contextes de légalité, en s'efforçant d'assurer la responsabilité à l'égard des droits reproductifs des femmes, y compris des jeunes femmes. Premièrement, cela se fera en améliorant la sensibilisation à la légalité de l'avortement et à la disponibilité des services afin de surmonter les obstacles qui empêchent l'accès à certaines femmes par rapport à d'autres.

Deuxièmement, l'Alliance garantira le droit à l'avortement en s'attaquant aux facteurs qui causent la stigmatisation et empêchent l'accès aux services sécurisés et, en garantissant l'autonomie pour revendiquer ces droits. Troisièmement, l'Alliance se concentrera sur l'élimination des obstacles à l'accès causés par l'objection de conscience par les fournisseurs de services qui refusent des services, y compris les transferts. Enfin, il s'emploiera à améliorer la qualité des services d'avortement, y compris les soins post-avortement pour aider à résoudre son impact sur la mortalité et la morbidité maternelles.

La diversité de l'Asie et les restrictions légales autour de l'avortement signifient que les interventions ciblées pour garantir l'accès aux services sécurisés ne peuvent pas être dépriorisées. Des efforts comme celui-ci interviennent à un moment critique, lorsque les conservateurs de la région menacent les acquis du passé, en particulier pour ceux qui sont les plus vulnérables, y compris les femmes plus jeunes et celles qui n'ont pas accès aux services de santé. L'accès à l'avortement sans risque est par conséquent gravement limité et a tendance à être le plus marginalisé dans les efforts visant à garantir les droits sexuels et reproductifs. Il est temps de changer cela dans le

cadre de garantir les droits de l'homme pour tous et dans la lutte pour ne laisser personne en arrière.

TABLEAU 1: QUESTIONS RELATIVES AU DROIT À UN AVORTEMENT SÉCURISÉ

FACTEURS PLUS LARGE A CONSIDERER

- Chaque femme est une détentrice de droits, capable de prendre des décisions informées sur son corps et ses choix de vie.
- La façon dont les barrières se manifestent dépend du contexte et des multiples niveaux de marginalisation de femmes.
- Les femmes constituent un groupe hétérogène et l'intersectionnalité doit être prise en compte.
- Les réalités et expériences vécues de femmes guident les décisions pour mettre fin à la grossesse.

Législation, Politique et Programmation	Perceptions et Attitudes	Lutte contre la Stigmatisation	Accès à l'Information	Accès aux Services
<ul style="list-style-type: none"> • Modifier les lois, y compris les codes pénaux • Un continuum de légalité plus large permettant l'avortement, y compris en dehors du contexte du mariage • Décriminalisation ou accès conditionnel à l'avortement - période gestationnelle, approbation médicale, période d'attente, conseils obligatoires et autres • S'assurer que les lois ne laissent pas de place à l'interprétation une fois mises en œuvre • Aucun conflit avec d'autres lois sur la santé reproductive • Directives pour les documents de mise en œuvre de lois pour garantir les services de qualité fondés sur les droits, y compris les soins post-avortement • Aucune autorisation de tiers • Suppression des actions punitives de tiers • La décision appartient uniquement à la femme • Non-recours à l'objection de conscience 	<ul style="list-style-type: none"> • Non influencées et liées par l'objection de conscience • Lutte contre les barrières sociales et culturelles qui positionnent les femmes en tant qu'inférieures et dans un rôle reproductif • Permettre des récits progressifs sur l'avortement, le droit au choix, le pro-choix et autres • Aborder la perception à travers les sphères, y compris la sphère informelle (famille) • Avortement hors du contexte de l'institution du mariage 	<ul style="list-style-type: none"> • La stigmatisation a de nombreuses dimensions • Les femmes elles-mêmes perpétuent la stigmatisation • Les femmes, les prestataires et les défenseurs sont confrontés à la stigmatisation • La peur à travers la stigmatisation • La stigmatisation est dynamique - elle change avec le temps et en relation avec l'espace • Assurer les interventions fondées sur les droits pour lutter contre la stigmatisation et ses effets 	<ul style="list-style-type: none"> • Suit les directives techniques de l'OMS pour fournir les soins complets • Les services d'avortement font partie intégrante de soins de santé • Disponibilité et accès aux services de qualité, y compris pré et post-counseling et contraception • Prestation de services par un plus large éventail de praticiens qualifiés • Les services d'avortement sont intégrés aux services adaptés aux jeunes • Exempt de stigmatisation, de jugement, de discrimination et de violence • Préservation de la vie privée et de la confidentialité • Volonté politique et ressources pour assurer une prestation de services sûre • Coût et accessibilité • Vie privée et confidentialité • Soins après avortement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité et accès aux informations de qualité sur les organes, les droits, les réseaux sociaux, la Santé Reproductive et l'avortement • Intégration dans le programme de services de santé • Sources d'information fiables • Information précise

Sources : Créé en collaboration avec Evelina Börjesson, Karah Pedersen et Laura Villa Torres, *Youth Act for Safe Abortion : Un guide de formation pour les futurs professionnels de la santé* (Chapel Hill, NC : Ipas, 2014) et Susheela Singh et al, *L'avortement dans le monde 2017 : Progrès inégaux et accès inégal* (New York : Guttmacher Institute, 2018).

Notes & Références

1. Susheela Singh et autres, *L'avortement dans le monde 2017 : Progrès inégal et inégalité d'accès* (New York : Institut Guttmacher, 2018), https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_
2. Singh et al., *L'avortement dans le monde 2017*
3. David A. Grimes et al., "Avortement à risque : La pandémie évitable," *Santé Sexuelle et Reproductive* 4, *Lancet* 368 (2006): 1908-19, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69481-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69481-6).
4. Singh et al., *L'avortement dans le monde 2017*.
5. Institut Guttmacher, *L'avortement en Asie : Factsheet* (New York: Guttmacher Institute, 2018), https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/ib_aws-asia.pdf
6. Grimes et al., "L'avortement à risque".
7. Singh et al., *L'avortement dans le monde 2017*.
8. Guttmacher Institute, *L'avortement en Asie*.
9. Les complications comprennent l'hémorragie, la septicémie, la péritonite et les traumatismes au niveau du col de l'utérus, du vagin, de l'utérus et des organes abdominaux.
10. Grimes et al., "L'avortement à risque".
11. Grimes et al., "L'avortement à risque".
12. Les données n'incluent souvent pas les femmes célibataires sexuellement actives et les adolescents. Singh et al., *L'avortement dans le monde 2017*.
13. Singh et al., *L'avortement dans le monde 2017*.
14. Evelina Börjesson, Karah Pedersen, ety Laura Villa Torres, *Youth Act for Safe Abortion: Un guide de formation pour les futurs professionnels de la santé* (Chapel Hill, NC: Ipas, 2014), <http://ifmsa.org/>

AVORTEMENT PAR TÉLÉMÉDECINE DANS DES CONTEXTES RESTRICTIFS : Une Révolution de l'Avortement et un Nouveau Triangle de Velours.

Par Hazal Atay

Doctorant de Sciences Po Paris,

Boursier INSPIRE-Marie

Skłodowska-Curie

Email: hazal.atay@sciencespo.fr

L'avortement a longtemps été un sujet de discussion fiévreux dans différents domaines sociopolitiques. Autour de la controverse en cours, il a été prouvé que restreindre l'avortement ne met pas fin à celui-ci, mais conduit plutôt à des pratiques d'avortement à risque. Aujourd'hui, on estime que parmi les 55,7 millions d'avortements qui ont eu lieu entre 2010 et 2017, environ 25,1 millions (45%) étaient à risque et potentiellement dangereux. En effet, chaque année, l'avortement à risque entraîne 47.000 décès et 5 millions de handicaps dans le monde.

Comme l'a dit Grimes et al. en ces termes: les avortements à risque semblent être une pandémie grave mais «évitable», car ces décès peuvent être évités grâce à la fourniture adéquate et efficace de services d'avortement sans risque.

C'est dans ce cadre que cet article étudiera l'avènement de la fourniture de services d'avortement médicamenteux par télé-médecine (counselling en ligne) dans des contextes restrictifs. En révélant un terrain pour la fourniture d'avortement sécurisé au-delà des lois, il démontrera comment la télé-médecine promet de changer les termes et conditions d'accès à l'avortement sécurisé dans les pays aux lois restrictives. En tant que tel, il illustrera comment la quête des femmes pour l'avortement sécurisé et de s'assurer l'anonymat et la sécurité s'est effusée en ligne et comment les femmes sont traitées par les services de télé-médecine et l'activisme féministe transnational qu'il y

associe.

Enfin, l'article examinera comment la télé-médecine peut fournir une alternative à l'avortement à risque et comment un nouveau triangle de velours de femmes, la télé-médecine et l'activisme féministe transnational, remet en cause les lois restrictives sur l'avortement à court et à long terme.

Des conséquences et des implications spécifiques pour les femmes vivant dans des environnements restrictifs, qui disposent désormais d'un refuge sûr face aux dangereux avortements clandestins et aux confinements légaux. L'auto-administration de l'avortement médicamenteux et la télé-médecine ont offert aux femmes la possibilité de pratiquer elles-mêmes des avortements en début de grossesse, quel que soit leur statut juridique. En tant que telle, elle a également ouvert la voie à la réduction de l'intimidation et de la stigmatisation entourant l'expérience de l'avortement

Selon Gomperts, l'avortement médicamenteux par mifépristone et misoprostol est «l'une des procédures les plus sûres de la pratique médicale contemporaine, avec une morbidité minimale et un risque de décès négligeable».5 Recherche

Les progrès de l'avortement médicamenteux et de la télé-médecine ont non seulement fourni aux femmes une méthode alternative, mais ont également

ouvert la voie à la redéfinition des moyens par lesquels les femmes accèdent à l'avortement sécurisé.

Beaucoup de choses ont changé depuis les demandes initiales de contrôler la fertilité et d'assurer la justice reproductive. La recherche et le développement scientifique ont considérablement

contribué à créer de nouvelles modalités et conditions d'autonomie corporelle des femmes. L'avortement médicamenteux - l'avortement avec des pilules - semble être l'un des changements les plus remarquables. Les progrès de l'avortement médicamenteux et de la télé-médecine ont non seulement fourni aux femmes une méthode alternative, mais ont également ouvert la voie à la redéfinition des moyens par lesquels les femmes accèdent à l'avortement sécurisé. En plus, cela a des conséquences et des implications spécifiques pour les femmes vivant dans des contextes restrictifs, qui ont désormais un refuge sûr face aux avortements clandestins dangereux et aux confinements juridiques. L'auto-administration de l'avortement médicamenteux et de la télé-médecine a offert aux femmes la possibilité de pratiquer elles-mêmes des avortements lors de grossesses précoces, quel que soit leur statut juridique. En tant que tel, il a également ouvert la voie à la réduction de l'intimidation et de la stigmatisation entourant l'expérience de l'avortement.

Selon Gomperts, l'avortement médicamenteux avec mifépristone et misoprostol est «l'une des procédures les plus sûres dans la pratique médicale

contemporaine, avec une morbidité minimale et un risque de décès négligeable. » La recherche a montré que la procédure a peu de complications graves, qui vont des saignements abondants à l'avortement incomplet et à l'infection. L'avortement médicamenteux, avec le mifépristone et le misoprostol, s'est révélé efficace à 98,3% pour les femmes d'âge gestationnel inférieur à 60 jours. Compte tenu du faible risque de complications et du taux de réussite élevé, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) affirme qu'un avortement médicamenteux n'a pas besoin d'avoir lieu dans un hôpital ou une clinique médicale; les femmes peuvent effectuer ce traitement en toute sécurité et gérer elles-mêmes le processus à la maison.

La possibilité d'auto-administration de l'avortement médicamenteux va plus loin, car elle autonomise les femmes tout en décentralisant la pratique de l'avortement des milieux médicaux vers les femmes elles-mêmes.

S'appuyant sur le principe de l'auto-administration et suivant les modèles précédents de lignes d'assistance et l'avènement du World Wide Web, les services de télémedecine sur Internet fournissent de l'aide et de l'information de manière « rentable et efficace ».

Aujourd'hui, il existe plusieurs services de télémedecine, tels que, y compris Women on Web, Women Help Women, Safe2choose, TelAbortion et Tabbot Foundation. Certains de ces services de télémedecine fonctionnent dans le monde entier au-delà des frontières, tandis que d'autres comme la Fondation Tabbot (en Australie) fonctionnent à l'échelle nationale.

Les services de télémedecine ne fournissent pas seulement l'avortement sécurisé, mais ils transforment également la rhétorique de l'avortement autour de ce qui constitue un « avortement sécurisé ». Aujourd'hui, quand on parle

d'avortements souterrains ou clandestins, ce n'est pas le même phénomène qui prédominait dans les années passées. Les preuves scientifiques montrent que les femmes peuvent avoir des avortements médicamenteux par elles-mêmes à la maison et cela peut être considéré comme une procédure sécurisée si les instructions appropriées sont suivies. Par exemple, Gomperts et al. a conclu que les résultats des soins après un avortement par télémedecine se situent dans la même fourchette que l'interruption de grossesse pratiquée en ambulatoire. En outre, l'OMS classe l'avortement médicamenteux obtenu grâce à des services de télémedecine fiables comme « l'avortement sans risque ».

Bien que des lois restrictives conduisent les avortements dans la clandestinité, avec l'avènement de l'avortement médicamenteux et des services de télémedecine, il y a les alternatives d'avortement sécurisé. Il est à noter que le site Web de Women on Web, mis en ligne en 2006, compte actuellement environ 2 millions de visiteurs uniques par an. Women on Web a annoncé à l'occasion de son 10e anniversaire que plus de 200.000 femmes de plus de 140 pays ont fait la consultation en ligne via son service, environ 50.000 femmes ont subi un avortement médicamenteux à domicile et son service d'assistance a répondu à plus de 600.000 e-mails. Comme le montre cet exemple, dans les endroits où les seuls recours des femmes sont les procédures dangereuses, les sources peu fiables et le marché noir, des services de télémedecine fiables offrent aux femmes une alternative sécurisée.

Les services de télémedecine ont certainement des limites. La technologie offrant de nouvelles opportunités, elle comporte également des risques. L'internet n'est pas disponible partout et de nombreuses femmes ne maîtrisent pas l'internet. En plus, ces services de

télémedecine peuvent facilement être censurés et / ou bloqués de sorte que les femmes n'y ont pas accès. Même lorsque ces services sont autorisés à fonctionner en ligne, la livraison des pilules peut être bloquée par les douanes et les femmes peuvent être victimes de harcèlement et de poursuites.

En outre, bien que ces services promettent de garder les informations des femmes confidentielles, il est difficile d'assurer la sécurité et la confidentialité des données. En plus, de nombreux services de télémedecine sont coûteux et leur durabilité est menacée s'ils sont moins financés et non pris en charge. Le marché noir pour les services de télémedecine empêche les femmes de trouver des services fiables et abordables. Enfin, nous devons reconnaître que les lacunes dans les connaissances pourraient signifier que les femmes peuvent avoir besoin de plus de conseils et de réconfort tout au long du processus et qu'un suivi peut être nécessaire.

En offrant des alternatives d'avortement sans risque dans des contextes restrictifs, les services de télémedecine, d'une part, répondent à la persévérance des femmes et, d'autre part, réduisent les restrictions à l'avortement à l'absurdité et à la futilité.

Malgré ces limites, on peut encore affirmer que l'avortement par télémedecine a révolutionné l'accès à l'avortement sécurisé en garantissant la sécurité d'un nombre important d'avortements autogérés. En tant que tel, il occupe aujourd'hui une place importante comme acteur clé dans les nouveaux débats sur l'avortement.

Cependant, l'avortement par télémedecine ne peut être une solution à part. En effet, cela fait partie d'une lutte plus large, qui

constitue un nouveau triangle de velours, pour accroître l'accès à l'avortement sécurisé. Tant que les restrictions légales persistent, l'avortement par télémedecine est voué à rester davantage une cause ou une stratégie qu'une solution. En fait, les services de télémedecine ne peuvent être efficaces que pour favoriser un réel changement à travers un triangle de velours de femmes courageuses qui persistent sur leur autonomie corporelle et un activisme féministe transnational qui assure la viabilité et la continuité de ces services. Jelinska et Yanow notent que les services gérés principalement par des collectifs féministes constituent une stratégie réussie pour «diffuser des informations sur l'utilisation de pilules abortives pour un avortement sécurisé et comme vecteur de changement social». L'étude d'Aiken et al. sur les résultats auto déclarés après un avortement médicamenteux via la télémedecine en ligne en Irlande suggère le succès des services de télémedecine dans des contextes restrictifs. Aiken indique que, parmi 1.000 femmes qui étaient enceintes de moins de neuf semaines et qui ont reçu de l'aide de Women on Web entre janvier 2010 et décembre 2012, 94,7% ont déclaré avoir mis fin à leur grossesse avec succès et seulement 4,5% ont déclaré avoir eu besoin d'une intervention chirurgicale supplémentaire après l'auto-administration de l'avortement médicamenteux. On note que ce taux de réussite est similaire aux taux d'avortements médicamenteux pratiqués en milieu hospitalier et révèle l'efficacité de la télémedecine et de l'auto-administration de l'avortement médicamenteux.

Les résultats sont particulièrement significatifs pour les contextes restrictifs et renforcent la validité du «renforcement des services en dehors des soins de santé formels en tant qu'élément vital des stratégies visant à réduire la mortalité maternelle due à l'avortement à risque.»

a été l'un des moyens auxquels les femmes ont eu recours avec la plus grande persévérance au fil du temps. En effet, plus que la suppression de l'avortement, c'est la persistance de celui-ci qui fonde «la relation spécifique des femmes avec leur fécondité et les conditions de contrôle de leur fécondité et de leur liberté de procréation. En offrant des alternatives d'avortement sans risque dans des contextes restrictifs, les services de télémedecine, d'une part, répondent à la persévérance des femmes et, d'autre part, réduisent les restrictions à l'avortement à l'absurdité et à la futilité. Dans un communiqué de presse du 21 Juin 2016, Women on Web a déclaré: «Les pilules abortives sont partout!» Comme l'accès à l'avortement sécurisé augmente, si pas par les services de santé publique, mais plutôt grâce à des services de télémedecine fiables, les femmes sont moins susceptibles d'être de simples victimes de lois restrictives sur l'avortement. L'utilisation de services de télémedecine par les femmes et leur accès à l'avortement sécurisé dans des contextes restrictifs promettent de changer les termes et conditions d'accès à l'avortement à long et court termes.

Notes & References

- Bela Ganatra et al, "Classification mondiale, régionale et sous-régionale des avortements par sécurité, 2010-14 : Estimations à partir d'un modèle hiérarchique bayésien", The Lancet, 390, no. 10110 (septembre 2017), consulté le 4 juillet 2018, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4).
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Avortement sécurisé : Guide technique et politique pour les systèmes de santé, 2e éd. (Genève : OMS, 2012), consulté le 4 juillet 2018, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_fra.pdf.
- David Grimes et al, "Avortement à risque : La pandémie évitable", The Lancet 368, numéro 9550 (25 novembre 2006) : P1908-1919, consulté le 2 juillet 2018, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet_4.pdf.
- Rebecca Gomperts, "Changement de tâches dans la fourniture d'avortements médicamenteux" (thèse, Karolinska Institutet, mai 2014), consulté le 10 décembre 2017, <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/41984>.
- Mary Fjerstad et al, "L'efficacité de l'avortement médicamenteux avec la mifépristone et le misoprostol par voie orale jusqu'à 59 jours de gestation". Gestational Days", Contraception 30, no. 3 (septembre 2009) : 282-286, consulté le 3 juillet 2018, <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2009.03.010>.
- Organisation Mondiale de la Santé, "Résolutions et décisions : WHA58.28 eHealth", cinquante-huitième Assemblée Mondiale de la Santé, mai 2005, 121-123, consulté le 29 décembre 2017, <http://www.who.int/healthacademy/media/WHA58-28-fr.pdf>.
- Kinga Jelinska et Susan Yanow, "Mettre les pilules d'avortement entre les mains des femmes : Réaliser le plein potentiel de l'avortement médicamenteux", Contraception 97, numéro 2 (2018) : 86-89, consulté le 4 juillet 2018, <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.05.019>.
- Rebecca J. Gomperts et al, "Utiliser la télémedecine pour l'interruption de grossesse avec la mifépristone et le misoprostol dans des contextes où il n'y a pas d'accès à des services sécurisés", Journal Britannique d'Obstétrique et de Gynécologie 115, no. 9 (août 2008) : 1171-1175, consulté le 2 juillet 2019, <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01787.x>.
- Sarah Boseley, "Presque la moitié des avortements pratiqués dans le monde sont à risque, révèle l'OMS", The Guardian, 27 septembre 2017, consulté le 4 juillet 2018, <https://www.theguardian.com/world/2017/sep/27/almost-half-of-all-abortion-performed-worldwide-are-unsafe-reveals-who>.
- Women on Web, "Service d'avortement en ligne Women on Web a 10 ans", 22 avril 2016, consulté le 4 juillet 2018, <https://www.womenonweb.org/en/page/11876/online-abortion-service-women-on-web-is-10-years>.
- Abigail R.A. Aiken, "Résultats et effets indésirables autodéclarés après un avortement médicamenteux par le biais de la télémedecine en ligne : Étude démographique en République d'Irlande et en Irlande du Nord", BMJ, 357 (mai 2017):j2011, consulté le 8 août 2018, doi : <https://doi.org/10.1136/bmj.j2011>.
- Cité dans Diana Phillips, "La télémedecine pour un avortement médicamenteux sécurisé, efficace", Medscape (16 mai 2017), consulté le 8 août 2018, <https://www.medscape.com/viewarticle/880084>.
- Rosalind P. Petchesky, L'avortement et le choix des femmes: l'État, la sexualité et la liberté de procréation (Boston : Northeastern University Press, 1990), 26.
- Women on Web, "L'avortement bourdonne en Irlande : Les pilules de l'avortement sont partout", 21 juin 2016, consulté le 4 juillet 2018, <https://www.womenonweb.org/en/page/6311/abortion-drone-ireland-abortion-pills-everywhere>.

Comme le note Petchesky, l'avortement

ATTITUDES, PERCEPTIONS ET OBJECTIONS DE CONSCIENCE DE PRESTATAIRES: La lutte entre le «droit» et la responsabilité

Par Professeur Dato' Dr. Ravindran Jegasothy
Doyen, Faculté de Médecine
Université MAHSA, Malaisie
Email: jravi@mahsa.edu.my

La grossesse est un événement physiologique qui peut survenir pendant l'âge de procréation d'une femme. Souvent, c'est une occasion heureuse avec des connotations positives lorsque la grossesse est souhaitée. Cependant, certaines grossesses se heurtent à des complications médicales ou la grossesse elle-même peut être indésirable. Des perspectives négatives et émotives peuvent alors imprégner cet événement. Ces perceptions n'affectent pas seulement la femme enceinte mais aussi l'homme responsable de la grossesse (s'il est présent), ainsi que le Prestataire de Soins de Santé (PSS) à qui incombe la responsabilité de s'occuper et de prendre des décisions concernant les soins de la grossesse. Il va sans dire que ce qui se passera ultérieurement dépendra des systèmes de santé en vigueur, des opinions du patient, du partenaire, du professionnel de la santé et des lois du pays concerné. Bien que les avortements puissent être auto-provoqués, l'avortement est plus sécurisé lorsque les conseils et les soins sont fournis par un personnel qualifié dans un environnement approprié.

L'OMS définit l'avortement à risque comme une procédure d'interruption d'une grossesse non désirée «soit par des personnes ne disposant pas des compétences nécessaires, soit dans un environnement non conforme aux normes médicales minimales, soit les deux.» Une analogie peut être établie avec la mortalité maternelle, où celle-ci a été réduite lorsqu'il y a

assistance d'un personnel qualifié lors de l'accouchement.

Les femmes de tout âge subissent des avortements. La plupart des femmes qui cherchent à avorter sont des femmes mariées, qui essaient de limiter la taille de leur famille ou d'espacer les naissances en raison de difficultés économiques ou pour d'autres raisons. Qu'est-ce qui définit la perception des femmes envers l'avortement? Leur niveau d'éducation, leur statut social, leur état matrimonial, le statut des femmes dans leur communauté, l'accès aux soins de santé et à la contraception, et les attitudes des professionnels de la santé à l'égard des demandeurs d'avortement seraient tous des déterminants importants de la perception qu'une femme a de l'avortement.

Les prestataires de soins de santé constituent un élément important de l'équation déterminant l'accès de femmes aux services, ainsi que la qualité des soins fournis aux demandeurs d'avortement. Leur perception de l'avortement serait façonnée par leurs propres attitudes à l'égard de l'avortement, déterminées par leur éducation et leurs valeurs familiales, les valeurs sociétales dans lesquelles ils ont grandi, les déterminants religieux et socioculturels, la formation dispensée dans les écoles de médecine ou d'infirmières, leurs opinions sur la contraception, y compris sa disposition aux mères célibataires, ainsi que leur perception de lois du pays en matière d'avortement. Il sied également de

rappeler qu'en dehors de lois nationales, l'attachement de chaque pays aux politiques et aux pactes internationaux relatifs aux droits de l'homme et de soins de santé relatifs à la non-discrimination et à l'autodétermination en matière de procréation façonnerait également la perception du prestataire de soins de santé.

Les prestataires de soins de santé de n'importe quel pays seraient soumis aux directives et réglementations de leurs propres organes nationaux de réglementation professionnelle, tels que les conseils de médecins ou d'infirmiers. Les principes éthiques qui régissent les actions de professionnels de santé dans tout dilemme concernant les soins médicaux incluraient l'autonomie (la patiente qui a dépassé l'âge de la majorité civile et qui est capable de comprendre ce qui lui est informé devrait décider de ce qui doit être fait), la non-malfaisance (le devoir du professionnel de santé de ne jamais nuire), la bienfaisance (le devoir de toujours faire le bien) et la justice (toujours agir dans le meilleur intérêt du patient).

Le principe de la déontologie (il faut toujours faire ce qui est juste indépendamment de ce qui arrive à soi-même) est un principe éthique largement tenu dans la pratique médicale reflétant le caractère sacré de la relation médecin-patient. Le principe d'utilitarisme (l'exposition de la confidentialité des patients pour le plus grand bien de la communauté) n'entre souvent pas en

jeu dans le contexte des avortements car la grossesse et sa prise en charge ne concernent que la femme et son partenaire.

Les principes éthiques qui régissent les actions de professionnels de santé dans tout dilemme concernant les soins médicaux incluraient l'autonomie (la patiente qui a dépassé l'âge de la majorité civile et qui est capable de comprendre ce qui lui est informé devrait décider de ce qui doit être fait), la non-malfaisance (le devoir du professionnel de santé de ne jamais nuire), la bienfaisance (le devoir de toujours faire le bien) et la justice (toujours agir dans le meilleur intérêt du patient).

L'objection de conscience a été définie comme «le refus de participer à une activité qu'un individu considère comme incompatible avec ses croyances religieuses, morales, philosophiques ou éthiques.» Elle est compatible avec le concept selon lequel tous les prestataires de soins ont leur propre ensemble de croyances religieuses, culturelles et professionnelles qui, à la lumière du principe éthique de l'autonomie, doivent être respectées. Cependant, il est également connues que les communautés et les nations sont régies selon les principes de règles, règlements et lois qui sont établis selon les philosophies de chaque nation et évolueraient avec les vues de la majorité ou de parties au pouvoir. Les pratiques professionnelles en matière d'avortement sont dictées par les opinions de conseils de médecins ainsi que par les lois du pays. En d'autres termes, le comportement professionnel est guidé par les points de vue des pairs et de la communauté. Au niveau national, les lois et les politiques sont

un outil important pour assurer la fourniture de services de qualité, que ce soit pour l'avortement sécurisé, les soins post-avortement ou la fourniture de contraceptifs. Les lois peuvent aller de l'interdiction totale de l'avortement à la limitation des droits légaux à l'avortement pour sauver la vie de la femme, préserver la santé physique et préserver la santé mentale, ou plus libéralement à autoriser l'avortement pour des raisons socio-économiques ou sans restriction quant à la raison. Les mythes qui entravent la capacité des femmes à accéder à l'avortement, tels que l'incidence de l'avortement sera plus faible si l'avortement est illégal ou que l'avortement ne se produira plus si les femmes ont accès à la planification familiale, doivent être abordés et des soins après-avortement doivent toujours être offerts

Il y a eu un débat autour de la place de l'objection de conscience en médecine. Si tel est le cas, on pourrait refuser les soins requis et dictés par les directives cliniques à un patient en raison d'une objection morale de la part du personnel soignant. Les détracteurs de l'objection de conscience invoquent la suprématie de l'autonomie du patient et le devoir professionnel du médecin comme raisons de s'opposer. En revanche, les partisans de l'objection de conscience soulignent que la moralité du médecin fait partie intégrante de la relation médecin-patient et devrait ne pas être ignoré.

Certains ont soutenu que les croyances personnelles et la moralité du médecin ne devraient pas entrer dans la prise de décision médicale. Après tout, les médecins sont des êtres humains avec leurs propres valeurs et jugements. L'objection de conscience tient compte des variations individuelles, mais il faut s'assurer que le service de santé est suffisamment grand et dispose de garanties adéquates pour garantir

l'accès aux patients pour des procédures telles que l'avortement. Les médecins devraient finalement convenir qu'ils devraient faire le mieux possible pour le patient selon les preuves de tout traitement ou procédure dans le cadre des lois du pays. Le service de santé devrait s'étendre davantage pour protéger l'objection de conscience en tant que concept, tout en garantissant l'accès universel aux soins de santé.

La formulation de règles est une chose, leur respect dans le tumulte de la pratique professionnelle en est une autre. Une mesure de l'intégrité de la profession médicale peut être trouvée dans le degré avec lequel chaque praticien reconnaît sa responsabilité personnelle de préserver, par son propre exemple, l'honneur et la dignité de la profession, et le fait que de graves manquements au code de règles déontologiques sont relativement rares.

Tout changement de statut juridique n'apportera aucun changement sans un engagement politique et des directives claires visant à inclure l'avortement comme une composante essentielle des services de santé reproductive. Cela contribuera à déstigmatiser le problème pour permettre à toutes les femmes d'accéder aux avortements sécurisés.

Les médecins peuvent être confrontés à des conflits entre différents principes éthiques, entre des exigences éthiques et légales ou réglementaires, ou entre leurs propres convictions éthiques et les demandes de patients, de décideurs mandataires, d'autres professionnels de santé, d'employeurs ou d'autres parties concernées. En fin de compte, le médecin doit prendre sa propre décision et être en mesure de la défendre, si nécessaire,

devant un tribunal d'opinion publique / professionnelle ou un tribunal.

La Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO), dans sa déclaration sur les questions éthiques en obstétrique et gynécologie, a exposé succinctement sa position par rapport aux normes professionnelles de soins concernant l'objection de conscience à l'avortement. Alors que les prestataires ont le droit à l'objection de conscience et à ne pas subir de discrimination sur la base de leurs croyances, l'objection de conscience doit être secondaire par rapport au devoir des prestataires de soins de traiter (c'est-à-dire de fournir des avantages et d'éviter de nuire) les patients.

Les patients ont le droit d'être référés à des praticiens qui ne s'opposent pas aux procédures médicalement indiquées pour leurs soins. Dans les situations d'urgence, les prestataires doivent fournir les soins médicalement indiqués, indépendamment de leurs propres convictions personnelles.

Tout changement de statut juridique n'apportera aucun changement sans un engagement politique et des directives claires visant à inclure l'avortement comme une composante essentielle des services de santé reproductive. Cela contribuera à déstigmatiser le problème pour permettre à toutes les femmes d'accéder aux avortements sécurisés.

En conclusion, l'objection de conscience est une option éthique dans le domaine de la gestion de l'avortement. Cependant, les organes de réglementation devraient veiller à ce que l'accès aux options de gestion ne soit pas restreint si les droits des femmes et des hommes affectés par une grossesse non désirée ne doivent pas être violés par l'inclusion de l'objection de conscience dans le domaine de la réglementation.

Notes & Références

1. Rasha Dabash et al, " Comment les attitudes des prestataires envers l'avortement peuvent avoir un impact sur la qualité et l'accès aux services d'avortement : Une évaluation des connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de l'IPPF/ WHR dans 6 pays d'Amérique latine et des Caraïbes " (document présenté à la XXVe Conférence internationale sur la population de l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population, Tours, France, 18-23 juillet 2005), <http://iussp2005.princeton.edu/abstracts/52409>
- 2.1. "Prévention de l'avortement à risque", Organisation mondiale de la santé, <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
- 3.1. Christopher Cowley, " Une défense de l'objection de conscience en médecine : Une réponse à Schuklenk et Savulescu ", *Bioéthique* 30, numéro 5 (10 décembre 2015) : 358-64, <https://doi.org/10.1111/bioe.12233>.
- 4.1. Julie D. Cantor, " L'objection de conscience Gone Awry- Restaurer le professionnalisme désintéressé en médecine ", *New England Journal of Medicine* 360,15 (9 avril 2009):1484-1485, <https://doi.org/10.1056/NEJMp0902019>
- 5.1. Julian Savulescu, " L'objection de conscience en médecine ", *BMJ* 332 (2006) : 294-297, <https://doi.org/10.1136/bmj.332.7536.294>
- 6.1. Ishmeal Bradley, " L'objection de conscience en médecine : Un Dilemme Moral ", *Corrélations cliniques*, 28 mai 2009, consulté le 3 juillet 2018, <https://www.clinicalcorrelations.org/?p=1454>.
- 7.1. Gustavo Ortiz- Millán, " Avortement et objection de conscience : Repenser les droits conflictuels dans le contexte mexicain ", *Global Bioethics* 29, Issue 1 (2018) : 1-15, <https://doi.org/10.1080/11287462.2017.1411224>.
- 8.1. Wendy Chavkin, Laurel Swerdlow et Jocelyn Fifield, " Réglementation de l'objection de conscience à l'avortement : Une étude comparative internationale à cas multiples ", *Health and Human Rights Journal* 19, Issue 1 (2017) : 55-68, <https://www.hhrjournal.org/volume-19-issue-1-june-2017/>.
- 9.1. Comité FIGO pour l'étude des aspects éthiques de la reproduction humaine et de la santé des femmes, *Ethical Issues in Obstetrics & Gynaecology* (UK : FIGO, octobre 2012), 130-132, <https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/ethics/English%20Ethical%20Issues%20in%20Obstetrics%20and%20Gynecology.pdf>.
- 10.2. Patty Skuster, Quand un professionnel de la santé refuse : Limites légales et réglementaires de l'objection de conscience à la prestation de soins liés à l'avortement (Chapel Hill, NC : Ipas, 2012), 1-8, <http://www.ipas.org/fr/Ressources/Ipas%20Publications/When-a-health-professionnel-de-santé-refuse-les-limites-légales-et-réglementaires-de-l'objection-de-conscience-.aspx>.

En nos propres mots

DE L'ANTI-CHOIX AU PRESTATAIRE D'AVORTEMENT

Réflexions d'un prestataire d'avortement

Par Anna Maria*

**Nom changé pour protéger
l'identité et l'affiliation
institutionnelle de l'auteur*

Je suis personnellement responsable de centaines d'avortements dans un pays où l'avortement est légalement limité. Je donne des conseils et j'aide les femmes à réussir un avortement médicamenteux. Avant de devenir prestataire de services d'avortement, cependant, je détestais, voire condamnais, les femmes qui avaient fait un avortement, ou même celles qui envisageaient d'en avoir un. Pour moi, c'étaient des femmes irresponsables, pleines de promiscuité, qui n'avaient ni conscience ni sens de l'humanité.

Qu'est-ce qui a changé mon esprit, passant du statut anti-choix à celui de défenseur et de prestataire d'avortement?

Eh bien, même si je veux dire qu'il y a eu une rencontre déchirante qui m'a fait changer d'avis, la vérité est qu'il n'y en a pas eu. C'était un processus - un long processus - non seulement pour obtenir de nouvelles idées, mais aussi pour désapprendre et remodeler les croyances et les valeurs que j'ai.

Ma première rencontre avec l'avortement a eu lieu avec un réseau régional en Asie qui mène des discussions sur l'avortement sécurisé. À ce moment-là, même si j'étais contre l'avortement, j'ai écouté. J'étais totalement confuse après la fin de la discussion, mais j'ai fait semblant de tout comprendre, car il semble que tout le monde était sur la même longueur d'onde, sauf moi.

Ensuite, j'ai mené une recherche sur les réalités de l'avortement dans mon pays, où j'ai rencontré Sheena (ce n'est pas

son vrai nom). Au début, je la considérais comme une simple étude de cas, mais en cours de route, j'ai ressenti sa douleur. Elle a partagé avec moi comment elle avait lutté pour sa vie lorsqu'elle souffrait de complications liées à un avortement à risque. Elle avait 17 ans lorsqu'elle est tombée enceinte; trop jeune et pas encore prête à élever un enfant, elle a eu un avortement. Compte tenu de la restriction de l'avortement sécurisé dans notre pays, sa procédure a été pratiquée par des prestataires non formés, de manière non stérile. Elle a souffert pendant des jours et après que le saignement ne s'est pas arrêté, elle a été transportée d'urgence à l'hôpital. Les médecins savaient qu'elle avait provoqué un avortement et elle a dû attendre des heures avant d'être soignée. Le personnel de l'hôpital l'a grondée, l'a même menacée de la dénoncer à la police. Pire encore, même dans la salle d'accouchement, elle a encore subi des violences verbales pendant la procédure.

Sheena ne pouvait pas arrêter ses larmes pendant qu'elle se remémorait cette expérience traumatisante. Je pouvais voir dans ses yeux l'agonie qu'elle avait à supporter. Je me sentais coupable parce que j'étais aussi comme le personnel de l'hôpital qui la maltraitait. J'ai détesté et condamné les femmes qui avaient des avortements, sans penser à ce qu'elles traversaient. J'étais trop aveuglée par mes croyances pour reconnaître que les femmes comme Sheena ont souffert à cause de mes préjugés. Avec cela, j'ai essayé d'ouvrir lentement, non seulement mon esprit mais aussi

mon cœur pour les femmes qui ont eu un avortement. J'ai essayé de comprendre l'avortement, non pas sur la base d'une position de jugement, mais plutôt en tant que personne et une femme. Ce n'était pas un processus facile, car il s'agissait de remettre en question mes convictions et mes valeurs personnelles, qui depuis des années, n'ont pas été remises en question.

Il était difficile d'admettre que ma perception selon laquelle «les femmes qui ont avorté sont irresponsables et immorales» est fausse. Cependant, avec la persistance des défenseurs qui n'arrêtaient pas de m'expliquer les réalités de l'avortement à risque et comment il tue et fait souffrir les femmes, mes préjugés et idées fausses ont été remplacés par la compassion pour les femmes.

Ce fut un long voyage avant que je sois enfin convaincu que l'avortement est un droit humain. Il a fallu quelques années pour finalement décider de plaider en faveur de l'avortement sécurisé et de proposer un avortement médicamenteux.

En tant que défenseur et prestataire d'avortement sécurisé dans un pays où l'avortement est fortement stigmatisé et pénalisé, cela n'a jamais été facile. En tant que prestataire, j'ai peur d'être arrêté et condamné, alors qu'en même temps, je sais que cela ne devrait pas m'empêcher de fournir le service. Je dois donc être très prudent, d'autant plus que ce que je fais n'est qu'une initiative individuelle. Il n'y a aucune organisation qui me renflouerait si je me fais prendre. Mis à part les sanctions légales, ce que je crains le plus, c'est la

stigmatisation de la communauté. Si les femmes qui ont subi des avortements sont considérées comme des femmes sans scrupules, irresponsables et immorales, les prestataires de services d'avortement sont perçus pires que celles-ci. Ils sont représentés dans les médias comme terriblement méchants et considérés comme des «tueurs» de bébés innocents.

Ils sont le plus méchants de toute l'histoire de l'avortement. C'est comme si fournir le service d'avortement, même s'il est sécurisé, était la chose la plus mauvaise à faire.

Mais il y a toujours de l'espoir. Je pense que nous pouvons changer cette perception. Parce que l'avortement se produit, les gens en parlent. Il s'agit

simplement de changer la conversation pour être plus compatissante et respectueuse de la décision des femmes sur leur corps.

L'IMPACTE DE LA STIGMATISATION

L'Expérience d'Avortement d'une Femme Népalaise

Une femme de 29 ans, mariée et éduquée, originaire du Népal urbain, partage son expérience de l'avortement.

Kamala (nom changé pour protéger son identité) était en train de faire ses études supérieures lorsqu'elle a découvert qu'elle était enceinte pour la deuxième fois. Bien qu'elle ait eu accès à une gamme de contraceptifs, elle était allergique à la plupart d'entre eux, limitant ainsi ses options contraceptives. Kamala a estimé que son allergie avait entraîné un échec de la contraception et ensuite une grossesse non désirée. Elle pensait qu'elle ne serait pas en mesure de prendre soin d'elle-même et de poursuivre ses études si elle menait la grossesse à terme et décida d'y mettre fin à six semaines.

Kamala savait que les services d'avortement sécurisés sont disponibles au Népal et elle connaît les prestataires de services dans sa région. Étant une femme éduquée et indépendante, elle se sent en mesure de décider de poursuivre ou non sa grossesse.

Cependant, le processus de prise de cette décision a été très difficile pour elle car elle craignait de faire face à des complications liées à l'avortement. Kamala a choisi un prestataire de services d'avortement privé dans

sa région avec l'espoir qu'il offrirait une meilleure qualité de service et maintiendrait sa confidentialité. Même si le comportement du prestataire de services à son égard était positif, elle n'était pas satisfaite des conseils offerts avant et après l'avortement. Elle n'a pas reçu d'informations adéquates sur ce qui arriverait à son corps après avoir pris les pilules abortives, sur les complications qui pourraient survenir et sur les méthodes de planification familiale qu'elle pourrait utiliser après l'avortement. L'absence d'une salle d'attente séparée dans le centre de services a rendu sa longue période d'attente encore plus inconfortable.

Elle avait peur d'être reconnue par la famille ou les membres de la communauté pendant qu'elle attendait.

Elle a estimé que sa vie privée n'était pas préservée, ce qui a conduit à sa décision de ne pas recourir aux soins après-avortement.

Kamala croit fermement qu'il est nécessaire de sensibiliser les femmes aux services d'avortement sans risque qui leur sont offerts. Elle estime

également que la qualité de services d'avortement doit être renforcée en fournissant des conseils appropriés avant et après l'avortement. La vie privée et la confidentialité des femmes doivent être préservées tout au long du processus afin que leur droit aux services d'avortement sécurisé soit garanti. Tout aussi important est la nécessité de déconstruire la stigmatisation de l'avortement qui prévaut dans la société népalaise afin que les femmes n'aient pas besoin de garder l'avortement secret.

Kamala garde toujours son avortement secret pour la plupart des gens, à l'exception de son mari et d'un ami qui l'ont aidée pendant le processus. Elle croit que son expérience après l'avortement aurait été moins stressante (à la fois mentalement et physiquement) si elle avait eu le soutien et la compréhension de sa famille et de ses amis. Cependant, elle

pense qu'ils n'auraient pas appuyé sa décision parce qu'ils pensent que l'avortement est moralement mauvais et un comportement déviant. Malgré les saignements abondants qu'elle a subis après l'avortement et ayant de difficultés à faire les tâches ménagères, elle n'a pas partagé des nouvelles avec sa famille par crainte de leur réaction et de leur jugement. Alors elle a menti en disant qu'elle avait ses règles.

Kamala croit fermement qu'il est nécessaire de sensibiliser les femmes aux services d'avortement sans risque qui leur sont offerts. Elle estime également que la qualité de services d'avortement doit être renforcée en fournissant des conseils appropriés avant et après l'avortement. La vie privée et la confidentialité des femmes doivent être préservées tout au long du processus afin que leur droit aux services

d'avortement sécurisé soit garanti. Tout aussi important est la nécessité de déconstruire la stigmatisation de l'avortement qui prévaut dans la société népalaise afin que les femmes n'aient pas besoin de garder l'avortement secret.

L'équipe éditoriale est reconnaissante à Kamala d'avoir courageusement partagé son histoire et à Aliza Singh du comité Beyond Beijing, Népal pour son aide dans la documentation de cette histoire.

AMELIORER LES DROITS A LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES FEMMES: Un Bref Examen du Programme de Régulation Menstruelle au Bangladesh

Au Bangladesh, l'avortement est interdit en vertu du Code pénal de 1860 et n'est permis que pour sauver la vie de la femme. Dans tous les autres cas, l'avortement, qu'il soit volontaire ou non, est une infraction pénale passible de peines d'emprisonnement ou d'amende. En 1972, cette loi a été levée pour une très courte période pour les survivants de viol de la Guerre de Libération. Utilisant cela comme prémisses, le gouvernement a commencé avec trop de prudence son programme de Régulation Menstruelle (RM) en 1974 dans certaines cliniques urbaines. L'ultime objectif était le «contrôle des naissances», la RM étant utilisée comme une alternative à un échec contraceptif. En 1976, la légalisation de l'avortement au premier trimestre pour des raisons généralement médicales et sociales a été proposée, mais aucune mesure législative n'a été prise par crainte d'opposition de milieux religieux et donc la loi de 1860 est toujours en vigueur. En 1979, le gouvernement du Bangladesh a inclus la RM dans le programme

national de planification familiale (PF) et a encouragé les médecins et les ambulanciers paramédicaux à fournir des services de RM dans tous les hôpitaux publics et complexes de planification familiale. Cela a été fait par le biais d'une circulaire gouvernementale citant l'Institut de droit et des affaires internationales du Bangladesh, qui a déclaré que la réglementation menstruelle était une «méthode provisoire de non-grossesse» pour une femme à risque d'être enceinte, qu'elle soit ou non enceinte et, qu'elle peut être légalement pratiquée jusqu'à 10 semaines après une menstruation manquée.

La RM n'est donc pas réglementée par le Code Pénal limitant l'avortement. Le gouvernement a mis à jour la définition de la RM en 2013 comme étant la «procédure de régulation du cycle menstruel en l'absence de menstruation pendant une courte durée». Selon une circulaire gouvernementale de Février 2015, la RM peut être réalisée par un praticien médical agréé formé

By Jamil H. Chowdhury, MPH

Directeur exécutif, Action pour le développement social (ASD)

Email:jamildrc21@gmail.com

Altat Hossain, PhD

Directeur exécutif, Association pour la prévention de l'avortement septique, Bangladesh (BAPSA)

Email:altatf.bapsa@gmail.com

Shamima Akther Chowdhury, MA

Chef de projet, BAPSA

Email:chowdhury_shamima@yahoo.com

and M. Zobair, BA

Chef de projet, BAPSA

Email:zobair.mia@gmail.com

en RM jusqu'à 12 semaines et par des visiteurs du bien-être familial formés, des sous-assistants médicaux communautaires, des ambulanciers paramédicaux et des infirmières jusqu'à 10 semaines à compter de la dernière période menstruelle sous la supervision d'un médecin. La durée approuvée précédemment était de 10 et 8 semaines respectivement.

Les politiques de DSSR doivent être axées sur le respect, la protection et la réalisation des droits humains des femmes, y compris leur dignité et leur liberté de choix, et doivent répondre aux besoins des femmes appartenant à des groupes vulnérables et défavorisés.

L'introduction de la régulation menstruelle dans le programme de PF au Bangladesh a été marquée comme un événement significatif, en particulier parce que cela s'était produit malgré le statut juridique restrictif de l'interruption de grossesse, et aussi parce que l'utilisation programmatique appropriée de cette méthode peut profondément influencer la capacité du pays à atteindre l'objectif démographique souhaité. Depuis son introduction, la RM a joué un rôle de soutien crucial pour l'échec de la contraception, disponible gratuitement dans les établissements gouvernementaux, et a remporté un énorme succès au cours des dernières décennies grâce aux efforts du gouvernement et des autres parties prenantes.

Jusqu'en 2010, les seules méthodes approuvées pour la RM étaient l'aspiration manuelle par le vide (AMV) et la dilatation et curetage (D&C). En 2014, le Ministère de la Santé et du Bien-être Familial a officiellement approuvé la prestation de RM en utilisant un double régime de mifépristone et de misoprostol jusqu'à neuf semaines après la dernière période menstruelle (DPM) d'une femme après plusieurs projets pilotes réussis dans des établissements sélectionnés. Les médecins sont désormais autorisés à réaliser une RM en utilisant le schéma à deux médicaments, qui est communément appelé au Bangladesh RMM (RM avec Médicament).

L'approbation de cette méthode, qui est moins invasive et généralement moins coûteuse, a le potentiel d'augmenter l'accès à la RM et améliorer la qualité des soins. Cependant, le manque de connaissances et d'informations appropriées des utilisateurs, l'information inadéquate fournie par les vendeurs de médicaments et l'utilisation aveugle de la RMM affectent l'efficacité de l'utilisation et augmentent les risques pour la santé.

Une étude réalisée par Guttmacher-BAPSA, en 2014, estimait à 430.000 interventions de la RM effectuées dans des établissements du pays, ce qui représente une forte baisse (40%) du nombre de services de RM (chirurgicaux) par rapport à 2010, lorsque 653.000 RM ont été réalisées. Il s'agit d'une baisse de 17 à 10 pour 1.000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Plusieurs raisons ont été identifiées à cette baisse de la RM chirurgicale: le manque de sensibilisation des femmes sur la RM (plus de la moitié des femmes déjà mariées n'avaient jamais entendu parler de la MR); manque d'équipements de RM et du personnel formé dans les établissements (30% de manque d'équipements de RM de base, du personnel formé ou les deux); et refus en raison du dépassement du délai approuvé (27% ont déclaré avoir été refusé). Cependant, la raison la plus valable peut être la large utilisation de pilules RMM, une méthode simple et abordable.

Deux études réalisées par Guttmacher-BAPSA, ont montré que le programme RM a contribué à la forte baisse de la mortalité maternelle au Bangladesh au cours des deux dernières décennies. Cependant, la proportion de complications a également augmenté de manière significative. Selon l'étude Guttmacher-BAPSA, la proportion de complications avec hémorragie est passée de 27% en 2010 à 48% en 2014. Il est possible que cette hausse soit liée à une augmentation de l'utilisation incorrecte et clandestine du misoprostol.

Avec l'approbation du gouvernement de pilules RMM, il est largement administré par les vendeurs de médicaments sans aucune formation formelle. Cela peut être la principale raison de l'augmentation des complications post-avortement.

La formation appropriée des prestataires de services et des vendeurs de

médicaments peut réduire le risque de complications résultant de l'utilisation aveugle de la RMM. La diffusion d'informations et l'éducation sur la manière dont les femmes peuvent se protéger contre les grossesses non désirées et ce qu'elles doivent faire si elles en ont une, le soutien de leur mari, le counseling et les prestataires dignes de confiance et d'éthique professionnelle sont indispensables pour garantir que les femmes soient à mesure d'exercer leurs droits reproductifs. Les politiques de DSSR doivent être axées sur le respect, la protection et la réalisation des droits humains de femmes, y compris leur dignité et leur liberté de choix, et doivent répondre aux besoins des femmes appartenant à des groupes vulnérables et défavorisés.

Notes & Références

¹ Code Pénal de l'Inde de 1860, section 312-316.

² Janie Benson, Kathryn Andersen, et Ghazaleh Samandari, "La réduction de la mortalité liée à l'avortement suite à la réforme politique : preuves de Roumanie, d'Afrique du Sud et du Bangladesh", *Reproductive Health* 8 (2011) : 39, <https://doi.org/10.1186/1742-4755-8-39>.

³ Ubaidur Rob, Mariam Ul Muthahara, et Noah Sprafkin, Développement de la Politique de Population au Bangladesh, *Bulletin trimestriel international d'éducation à la santé communautaire* 23, 1 (2004) : 25-38, <https://doi.org/10.2190/YY8D-MJ85-B4GM-H7GE>.

⁴ J Nany et Piet-Pelon, Documents de travail régionaux pour l'Asie du Sud et de l'Est 1998, n° 14, Population Council Dhaka, Bangladesh.

⁵ Ubaidur Rob et al, Développement de la politique démographique au Bangladesh.

Institut de Droit et des Affaires Intérieures du Bangladesh, Rapport de Dhaka sur les aspects juridiques de la planification de la population au Bangladesh, Chapitre 11 Avortement (Dhaka : Institut de Droit et des Affaires Intérieures du Bangladesh, 1979), 31.

⁶ Direction générale du planning familial, Directives des services nationaux de régulation menstruelle du Bangladesh (Dhaka : 2013), 5.

⁷ Direction générale du planning familial, Unité de service SMI, Vide Memo DGFP/MCH-RH/Admin 23/05/108 du 3 février 2015. AM : La RM est effectuée par la technique d'aspiration manuelle jusqu'à dix semaines complètes d'absence de règles à partir du premier jour de la dernière menstruation. de la dernière période menstruelle. L'AM utilise une seringue à main pour générer un vide manuellement et fixée à une canule de 4 à 10 mm de diamètre.

D&C : La dilatation (de l'utérus et du col de l'utérus) et le curetage (de l'endomètre), également appelé curetage utérin instrumental ou curetage aigu, est une technique qui utilise des instruments chirurgicaux métalliques pour vider l'utérus, généralement sous anesthésie générale et locale ou sous forte sédation. Elle nécessite également des installations de bloc opératoire et un personnel qualifié. Elle est utilisée pour le traitement de l'avortement incomplet au milieu ou à la fin

du deuxième trimestre et doit être pratiquée par un clinicien très compétent et expérimenté dans un établissement bien équipé. Aujourd'hui, son utilisation est en forte baisse en raison de l'invention de nouvelles techniques de traitement des complications post-avortement (MVA+).

Direction générale du planning familial, Vide Memo.

Katharine Footman et al., "Faisabilité de l'évaluation de la sécurité et de l'efficacité des médicaments de régulation menstruelle achetés dans les pharmacies au Bangladesh" : Une

étude de cohorte prospective, "Contraception 97, no. 2 (2018) : 152-159, <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.08.002>.

Susheela Singh et al., "L'incidence des procédures de régulation menstruelle et de l'avortement au Bangladesh, 2014", International Perspectives on Sexual and Reproductive Health 43, no.1 (mars 2017) : 1-11, <https://doi.org/10.1363/43e2417>.

Susheela Singh et al., "L'incidence des procédures de régulation menstruelle et de l'avortement au Bangladesh,

2010", International Perspectives on Sexual and Reproductive Health 38, no.3 (septembre 2012) : 122-32, <https://doi.org/10.1363/3812212>

Singh et al., "Procédures de RM et avortement au Bangladesh, 2014".

Singh et al., "Procédures de RM et avortement au Bangladesh, 2010".

Singh et al., "Procédures de RM et avortement au Bangladesh, 2014".

AVORTEMENT AU VIETNAM: Actions dans un contexte juridique

Un aperçu de l'avortement au Vietnam. L'avortement est légal sur demande jusqu'à 22 semaines de grossesse au Vietnam. Les services doivent être accessibles, abordables, sans stigmatisation et sans jugement. Cependant, l'avortement reste un sujet tabou, tandis que les informations inexactes sur les conséquences sanitaires d'un avortement se prolifèrent dans les médias publics et sur Internet.

La stigmatisation autour de l'avortement est sous-étudiée, mais une évaluation rapide du Centre d'Initiatives Créatrices en Santé et Population (CCIHP) en 2012 sur les perspectives de la santé sexuelle et reproductive dans les médias publics a démontré qu'aucun des 56 articles publiés n'avait une vision fondée sur les droits à l'avortement, alors que 69,6% du contenu présentait des attitudes négatives à l'égard de l'avortement. Au lieu de reconnaître les obstacles auxquels sont confrontés les jeunes pour accéder à l'éducation sexuelle, aux services et aux informations de santé sexuelle et reproductive, la plupart des articles décrivaient les jeunes qui avaient des relations sexuelles avant le mariage et un avortement comme des personnes irresponsables et décontractées qui se livraient à leurs désirs sensuels, mais manquaient l'estime de soi et la compréhension du sexe. Une étude de Tine Gammeltoft a également montré

une forte influence de l'éthique et de la moralité dans les perceptions des jeunes adultes concernant l'avortement.

Actions dans un contexte juridique et les voix des OSC et des jeunes. Le discours public sur l'avortement a rarement été ouvert jusqu'à la promulgation du nouveau projet de loi sur la population soit en 2015 par le gouvernement. Le projet de loi stipulait: «Les femmes ont le droit: a) de mettre fin à une grossesse par avortement à la demande avant 12 semaines, à conditions qu'il ne soit pas lié au sexe ou ne puisse pas avoir de graves conséquences sur la santé de la mère».

Cet événement crucial a déclenché un nouveau mouvement de professionnels et de jeunes qui s'impliquaient dans la discussion et le plaidoyer sur l'avortement. L'équipe de développement de la loi n'a semblé être en faveur de l'avortement au deuxième trimestre, car elle pensait que cela aiderait à réduire l'avortement chez les adolescentes, ainsi qu'à limiter l'avortement sélectif selon le sexe.

La version la plus récente de la loi, soumise en juin 2018, conserve l'ancien statut juridique des services d'avortement au Vietnam. Cela montre le pouvoir transformateur de la société civile et des jeunes Sécurisé

Par Son L.H. Minh

Centre pour les Initiatives Créatives en Santé et Population

Email: lhmsn@ccihp.org

et **Thuy B. Phan**

Partenariat Asie pour l'Avortement Sécurisé

Email: thuybichphanhn@yahoo.com

vietnamiens de se rassembler pour plaider en faveur du changement dans le pays.

Lorsque ce projet de loi a été présenté lors de la réunion du Groupe d'Affinement sur la Santé de la Reproduction.

(RHAG), le Dr Phan Bich Thuy a fait part de ses inquiétudes quant au caractère potentiellement restrictif de la loi. Elle pense que cela entraînera probablement une augmentation du taux de mortalité maternelle (TMM), car les femmes qui nécessitent un avortement au cours du deuxième trimestre pourraient recourir à un avortement à risque. Cinquante-trois pour cent d'avortements qui se produisent pendant cette période sont de femmes non mariées.³ De plus, le Dr Thuy a.

Estimé que la majorité des femmes qui ont besoin de ce service sont issues de groupes vulnérables, tels que. les jeunes femmes célibataires, les femmes pré-ménopausées et les femmes ayant des difficultés d'accès aux services d'avortement. Suite à cette réunion du RHAG, l'UNFPA a pris l'initiative d'écrire une lettre de réaction au Ministère de la Santé (MS) analysant les causes profondes du rapport de masculinité

déséquilibré à la naissance (SRB) et des grossesses chez les adolescentes. La lettre a également souligné les raisons possibles pour lesquelles les femmes ne découvrent leur grossesse que pendant le deuxième trimestre, notamment les informations et des conseils inadéquats, ainsi que le manque d'éducation sexuelle complète.

Le Partenariat Asie pour l'Avortement Sécurisé (ASAP), avec le Dr Thuy et le groupe de jeunes Vietnam Youth Action for Choice (VYAC), ont collaboré pour l'organisation d'un dialogue politique avec le comité législatif de l'Office Général de la Population et de la Planification Familiale (GOPFP) du Ministère de la Santé. Au cours de la première étape, les jeunes co-fondateurs ont recruté des jeunes alliés et formé leurs pairs sur les Droits à la Santé et sexuelles et Reproductive (DSSR) et le plaidoyer pour établir un groupe de travail. Chaque semaine, ils ont écrit un essai partageant leurs points de vue sur les raisons pour lesquelles ils soutiennent l'avortement sécurisé.

Le dialogue politique s'est tenu en Septembre 2015 avec 70 participants, dont 20 jeunes, les représentants du GOPFP, les organisations non gouvernementales partenaires et d'autres experts travaillant dans le domaine de la population. Lors du dialogue, le VYAC a souligné les défis auxquels les jeunes sont confrontés en matière de DSSR et a souligné que les restrictions légales sur l'avortement au deuxième trimestre pousseraient les jeunes femmes à avoir des avortements à risque, 24 arrow pour le changement | vol. 24 no. 1 2018 Suivi d'activités nationales et régionales ce qui met leur santé et leur vie en danger. Le VYAC a recommandé aux décideurs politiques d'ouvrir la discussion et d'écouter les voix des jeunes avant de mettre en œuvre la restriction sur l'avortement au deuxième trimestre. Cette présentation a reçu le soutien d'autres organisations de la société civile et le comité de rédaction de

la loi a déclaré qu'il reconsidérerait les changements dans le projet de loi sur la population.

À la fin de 2015, l'Assemblée nationale du Vietnam a retardé l'approbation de la nouvelle loi sur la population, bien que la perception du public à l'égard de l'avortement était négative et que les décideurs étaient toujours préoccupés par le nombre élevé d'avortements et le déséquilibre du rapport de masculinité à la naissance. Lors de la Journée de la femme au Vietnam en 2016,

Safer Abortion Partners, dirigé par ASAP avec le soutien de 24 personnes et organisations, a écrit une lettre de plaidoyer expliquant la nécessité de l'avortement au deuxième trimestre et les conséquences négatives de la restriction de ce service de santé. La lettre a également fourni des suggestions de politiques en faveur de l'avortement sécurisé. Parallèlement, Le Hoang Minh Son⁴ et son collègue ont écrit une autre lettre soulignant l'importance de l'éducation sexuelle complète pour les jeunes afin de réduire les cas d'avortement, plutôt que de restreindre l'avortement au deuxième trimestre.

Depuis lors, la loi sur la population a été révisée à plusieurs reprises et est toujours en suspens car elle n'a pas pu obtenir la majorité de votes lors de la réunion de l'Assemblée Nationale de 2018.

Cependant, la version la plus récente de la loi, soumise en juin 2018, conserve l'ancien statut juridique des services d'avortement au Vietnam. Cela montre le pouvoir transformateur de la société civile et des jeunes vietnamiens de se rassembler pour plaider en faveur du changement dans le pays.

Notes & Références

¹Tine Gammeltoft, "Entre 'Science' et 'Superstition' : Les perceptions morales de l'avortement provoqué chez les jeunes adultes au Vietnam", Culture, médecine et psychiatrie 26, Issue 3 (2002) : 313-338, <https://doi.org/10.1023/A:1021210405417>.

²Co-auteur de cet article.

³Maria F. Galloa et Nguyen C. Nghia, "La vraie vie est différente: Une étude qualitative sur les raisons pour lesquelles les femmes retardent l'avortement jusqu'au deuxième trimestre au Vietnam", Sciences sociales et médecine 64, 9(mai 2007):1812-22.

⁴Co-auteur de cet article

LE DILEMME DE L'ACCÈS AUX PILULES D'AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX AU GUICHET AU NÉPAL

Par Shreejana Bajracharya
Jeune Leader/Activiste de DSSR,
Women Deliver
Email: ceezana10@gmail.com

La vente de pilules pour l'avortement médicamenteux est limitée au Népal et ces dernières ne sont vendues que sur ordonnance médicale dans quelques pharmacies à proximité de sites de services d'avortement sécurisés. Seules quatre pilules d'avortement médicamenteux - Miprist, Medabon, MTP Kit et Pregno Kit - sont enregistrées auprès du Département Népalais de l'Administration des Médicaments (DDA).

Malgré ces restrictions politiques, les marques enregistrées et non enregistrées de pilules d'avortement médicamenteux peuvent facilement être obtenues dans les pharmacies. De nombreuses femmes se rendent dans les pharmacies pour obtenir les informations sur l'avortement, et s'assurer qu'elles reçoivent des soins efficaces de la part des agents de pharmacie reste un défi important. Les pharmacies sont généralement le premier point de service de santé de nombreux Népalais et sont considérées comme les principaux centres de conseil et d'information au Népal. Compte tenu de ce rôle, ils doivent être renforcés et leur personnel doit être conscient des principaux problèmes de santé pour minimiser les dommages et fournir des solutions de santé.

Malgré les directives gouvernementales claires concernant l'utilisation de médicaments prescrits pour l'avortement médicamenteux pour l'interruption de grossesse, les pratiques d'avortement à risque ont lieu en raison de l'automédication dans des points de vente non enregistrés. En raison de la

stigmatisation de l'avortement, entre autres facteurs, les femmes ont recours à l'avortement médicamenteux auto-provoqué sans conseils appropriés. Il est important de reconnaître le rôle que les

pharmaciens et les travailleurs en pharmacie peuvent jouer dans l'amélioration de la sécurité, de l'efficacité et l'acceptabilité de la médecine.

Il est important de reconnaître le rôle que les pharmaciens et les travailleurs en pharmacie peuvent jouer dans l'amélioration de la sécurité, de l'efficacité et de l'acceptabilité des services d'avortement médicamenteux. Le renforcement du partenariat et du système de référence entre les pharmacies et les prestataires peut être une opportunité importante pour améliorer l'accès.

l'efficacité et de l'acceptabilité de services d'avortement médicamenteux. Le renforcement du partenariat et du système de référence entre les pharmacies et les prestataires peut être une opportunité importante pour améliorer l'accès. Alors que la demande d'avortement médicamenteux continue d'augmenter, il sera impératif d'investir dans des efforts parallèles, tels que le transfert de tâches, la gestion de la chaîne d'approvisionnement, et la collaboration avec les pharmacies,

pour s'assurer que ces services sont largement disponibles et bien régulés qualitativement. Pour prévenir les effets indésirables de la livraison de médicaments non enregistrés, il est nécessaire d'orienter correctement les pharmaciens et leurs employés sur les conditions juridiques de la pratique de l'avortement médicamenteux, y compris l'importance de la prise en compte d'antécédents médicaux, de la période de gestation, du schéma et itinéraire médicamenteux précis, et de l'informations et la référence pour la bonne gestion des complications. L'avortement est légal au Népal depuis 15 ans, tandis que l'avortement médicamenteux a été introduit en 2008, contribuant ainsi à réduire la mortalité maternelle. Pourtant, malgré la légalité et la disponibilité sur le marché de pilules d'avortement médicamenteux légalement enregistrées et les actions du gouvernement népalais, nombreuses femmes continuent de faire face à des obstacles pour obtenir les produits et services sûrs et de qualité. Selon une étude menée par le Centre de Recherche sur l'Environnement, la Santé et les Activités Démographiques (CREHPA) en 2014, 58% des 323 000 avortements pratiqués en 2014 étaient illégaux, mettant potentiellement la santé des femmes en danger.

Le Dr R.P Bichha, directeur de la Division du Bien-être de la Santé Familiale, a affirmé que la frontière avec les pays voisins a facilité l'entrée illégale de diverses marques de pilules d'avortement médicamenteux. Il existe plus de 100

marques de pilules disponibles sur le marché et sont vendues dans les pharmacies qui sont inefficaces ou peu sûres pour interrompre les grossesses. L'enquête démographique et sanitaire Népalaise de 2011 a montré que parmi les femmes qui ont eu un avortement dans les cinq années précédant l'enquête, 19% avaient utilisé des pilules pour leur dernier avortement. En plus, 5% d'entre eux avaient obtenu les pilules d'un pharmacien ou dans un point de vente de médecine.

Les femmes devraient pouvoir accéder à l'avortement médicamenteux pour interrompre leur grossesse de partout. Cependant, ils doivent être informés de l'utilisation appropriée des pilules abortives avec le counseling. L'idéal serait que les femmes reçoivent des instructions illustrées pour les aider à mieux comprendre.

Les femmes népalaises connaissent peu les médicaments à utiliser pour l'avortement sécurisé, même dans les districts où les services d'avortement médicamenteux ont été introduits par le gouvernement. L'accès à l'information sur l'avortement médicamenteux - sa sécurité, son efficacité et son acceptabilité - est également encore limité. Un autre problème est celui du coût, car le prix des médicaments pour l'avortement médicamenteux varie d'une pharmacie à l'autre, les femmes paieraient ainsi entre 500 Rs (4,40 \$ US) à 10 000 Rs (88 \$ US). Ceci, en dépit de la gratuité de services d'avortement dans les établissements publics.

Les femmes devraient pouvoir accéder à l'avortement médicamenteux pour interrompre leur grossesse de partout. Cependant, elles doivent être informées de l'utilisation appropriée des pilules

abortives avec le counseling. Ce serait idéal si les femmes pouvaient recevoir des instructions illustrées pour faciliter la compréhension.

Voici quelques recommandations pour améliorer l'utilisation appropriée des médicaments destinés à l'avortement en automédication:

1. Fournir une orientation sur l'approche de réduction des méfaits sur l'avortement sécurisé aux pharmaciens et aux employés de pharmacies.
2. Fournir aux femmes des conseils appropriés et les orienter vers des lignes d'assistance (ligne vertes) fournissant des informations sur l'avortement médicamenteux. Le mieux serait la ligne d'assistance Meri Saathi (16600119756/9801119756) initiée par Marie Stopes Nepal.
3. Réglementer le coût des médicaments pour l'avortement médicamenteux dans les pharmacies et faire une large publicité sur les services d'avortement gratuit existants dans les établissements de santé publics.
4. Le DDA et l'Association Népalaise des Chimistes et Droguistes (NCDA) devraient régulièrement contrôler la disponibilité de médicaments non enregistrés pour l'avortement médicamenteux sur le marché et une action énergique est recommandée en travaillant en étroite collaboration avec la Division du bien-être de la santé familiale pour recommander une politique sur la vente de quatre pilules d'avortement médicamenteux autorisées seulement, avec des instructions précises aux femmes via les pharmacies. Les pharmacies doivent être autorisées par la Division du Bien-être de la Santé Familiale à vendre des pilules d'Avortement Médicamenteux.

Notes & Références

Compte tenu de l'accès limité aux services d'avortement sécurisé pour les femmes des régions rurales et éloignées, le Ministre de la Santé a approuvé le 4 juin 2008 la "Stratégie d'extension des services d'avortement sécurisé à l'aide de médicaments suivant la directive de service MA, 2066". La clause 6.1.5 des directives stipule que "les travailleurs de la santé travaillant à différents niveaux dans les établissements de santé communautaires recevront une formation sur les services d'avortement sécurisé utilisant des médicaments et seront inscrits sur la liste de Family Health Welfare pour l'autorisation de service". En outre, la "Stratégie du secteur de la santé du Népal pour 2015-2020" met l'accent sur l'extension des services pour une plus large couverture des services de santé reproductive dans le cadre de la "Couverture sanitaire universelle" et une accessibilité accrue à tous pour réduire le taux de mortalité maternelle en dessous de 70 (pour 100,000 naissances vivantes) et atteindre les Objectifs de Développement Durable..

Mahesh Puri et al, " Incidence de l'avortement et des grossesses non désirées au Népal ", *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 42, no. 4 (2016) : 167-179, <https://doi.org/10.1363/42e2116>.

A. Tamang, S. Tuladhar, et J. Tamang, " Les facteurs associés au choix de l'avortement médicamenteux ou chirurgical chez les femmes au Népal ", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 118 (2012) : 52-56, <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.05.011>.

DE GRAVES MENACES POUR LES DROITS REPRODUCTIFS EN POLOGNE

Par Krystyna Kacpura

Directrice Exécutive, Fédération pour les Femmes et la Planification Familiale/
Secrétariat du réseau ASTRA
Email: krystyna_k@astra.org.pl

L'avortement a été légalisé en Pologne en 1956 et, jusqu'au début des années 90, les services étaient largement accessibles, à la fois pour des raisons médicales et sociales. Cependant, au début des années 90, les groupes citoyens proches de l'Église catholique polonaise ont lancé une campagne contre l'avortement légal. Après plus de trois ans de discussions entre les politiciens et l'Église Catholique, le Parlement Polonais a voté pour la nouvelle loi sur l'avortement qui limitait l'avortement à seulement trois motifs. Les femmes Polonaises ont été totalement négligées dans ce processus.

Depuis 1993, la loi sur la planification familiale, la protection de l'embryon humain et les conditions d'autorisation d'interruption de grossesse est en vigueur en Pologne. C'est l'une de réglementations les plus restrictives non seulement en Europe mais aussi dans le monde. De plus, la loi est encore plus restrictive dans la pratique que sur le papier. L'accès à l'avortement légal est extrêmement limité en raison de l'utilisation généralisée de l'objection de conscience chez les gynécologues - le droit d'éviter de référer les patients à un autre hôpital où un avortement pourrait être possible - ainsi que les procédures hospitalières compliquées et souvent irréalistes appliquées pour prolonger le processus de sorte qu'il devienne impossible de pratiquer les avortements.

Pourtant, le nombre d'avortements illégaux dans le pays varie de 100 à 150.000 par an. La qualité de la procédure et la sécurité de la femme dépendent de sa situation économique. Celles qui disposent de plus de ressources et d'un accès à l'information peuvent facilement

interrompre leur grossesse à l'étranger ou dans la clandestinité, tandis que les femmes de petites villes et de zones les plus pauvres ont souvent recours à des méthodes dites à.

domicile ou à des services offerts par des inconnus, mettant leur santé et même leur vie en danger.

Selon les statistiques officielles, 1.055 avortements légaux ont été pratiqués en Pologne en 2016. Le grand public connaît peu la réalité dramatique de l'avortement clandestin en Pologne sur les femmes qui perdent leur santé ou même leur vie. Les récits dramatiques font rarement la une des journaux, car les femmes qui ont subi un tel traumatisme n'ont pas souvent la volonté et la force de poursuivre en justice ou d'en parler aux médias.

La lutte pour les droits reproductifs des femmes ne fait que commencer en Pologne. Il est fondamental que les femmes Polonaises comprennent la nécessité d'agir ensemble, dans la solidarité et soient déterminées à poursuivre leur combat pour recouvrer leurs droits. Elles n'abandonneront pas si facilement. Leurs «parapluies sont prêtes».

Peu de temps après l'élection du parti de droite « Peace and Justice » en 2015, la nouvelle Ministre de l'Éducation a annoncé que les éducateurs en sexualité par des organisations non gouvernementales ne seraient pas autorisés à entrer dans les écoles publiques car, à son avis,

l'éducation sexuelle complète conduit à la sexualisation des jeunes. Le nouveau Ministre de la Santé a retiré l'approbation de ventes libre de contraceptifs d'urgence. Il faut souligner que bloquer les progrès non seulement sur l'avortement, mais aussi sur l'éducation à la sexualité et la contraception d'urgence, est une forme de demande de «remboursement» du soutien de l'Église pendant les élections.

Ce n'était qu'un aperçu de changements fondamentaux visant à la privation complète de droits reproductifs des femmes Polonaises. En avril 2016, l'initiative citoyenne Stop Abortion a présenté un projet de loi extrêmement restrictif introduisant une interdiction totale de l'avortement. Intitulé «Sur la Protection Universelle de la Vie Humaine et l'Éducation à la vie de Famille», le projet de loi a introduit le terme «Enfant à naître» et a offert les droits égaux au fœtus et à la femme. De plus, elle considérerait un «enfant à naître» comme vulnérable, et la femme exactement le contraire. Outre l'interdiction totale de l'avortement, le projet de loi a introduit une criminalisation pouvant aller jusqu'à cinq ans d'emprisonnement pour les femmes (actuellement, la femme n'est pas punie pour avoir interrompu sa grossesse), les médecins et toute personne qui ont fourni de l'aide. En cas de fausse couche, une enquête peut être ouverte. Si la Cour conclut que la femme a involontairement contribué à la mort de l'embryon / fœtus, elle risque jusqu'à trois ans d'emprisonnement.

Il est devenu trop difficile de défendre les femmes Polonaises qui ont supporté silencieusement la loi restrictive. En guise de contrepoids à la proposition

Stop Abortion, une initiative citoyenne nouvellement créée Save the Women a soumis le projet de loi «Sur les Droits des Femmes et la Parentalité Consciente», libéralisant la loi restrictive de 1993.

Le 23 septembre 2016, les deux propositions ont été soumises au Parlement. Stop Abortion a été recommandé pour de nouvelles procédures, tandis que Save Women a été rejeté en première lecture. Cela a provoqué des manifestations massives de femmes dans tout le pays. La vague d'activisme a atteint son apogée le 3 octobre, appelé «Lundi Noir». Des milliers de personnes vêtues de

vêtements noirs ont protesté pendant de nombreuses heures sous la pluie battante (d'où le parapluie comme emblème de la manifestation) dans de nombreuses villes polonaises et même les plus petites villes. Le 6 octobre, le Parlement a rejeté un peu nerveusement le projet de loi sur l'interdiction totale de l'avortement en Pologne.

Les femmes Polonaises ont gagné la bataille! Pourtant, ce n'est que la première étape. Les fondamentalistes continuent d'attaquer les droits de femmes. Le projet de loi Stop Abortion est en instance devant la sous-commission de la Commission Parlementaire sur la Politique Sociale et la Famille. Une contestation de

La clause d'objection de conscience telle qu'elle est en vigueur en Pologne est formulée de manière universelle et ne se réfère directement à aucun aspect des droits reproductifs ; cependant, dans la pratique, elle est le plus largement appliquée en ce qui concerne les DSSR.

Jugement du Tribunal constitutionnel du 7 octobre 2015, affaire n°. K 12/14.

Services d'avortement "clandestins" fournis dans des cabinets gynécologiques privés (soit dans des conditions sécurisées, soit par des personnes sans qualification adéquate, souvent dans

la Constitutionnalité de certains motifs juridiques d'avortement est également en instance devant la Cour Constitutionnel Polonais. Cette pétition a été déposée par un groupe de députés du parti au pouvoir, afin d'interdire efficacement aux femmes l'accès à l'avortement en Pologne. La lutte pour les droits reproductifs des femmes ne fait que commencer en Pologne.

Il est fondamental que les femmes polonaises comprennent la nécessité d'agir ensemble, dans la solidarité et soient déterminées à poursuivre leur combat pour recouvrer leurs droits. Ils n'abandonneront pas si facilement. Leurs «parapluies sont prêts».

des conditions dangereuses).

CBOS, " Les expériences des femmes polonaises en matière d'avortement " (Pologne : CBOS, 2013).

Le rapport du Conseil des ministres sur l'application de la loi du 7.01.1993 sur la planification familiale, la protection du fœtus humain et les conditions d'interruption de grossesse en 2016.

Save Women est une initiative civique de groupes de femmes progressistes et de partis de gauche en dehors du Parlement.

Il a été baptisé "Lundi Noir" car, en signe de protestation, les femmes ont décidé de porter du noir ce jour-là.

Notes & Références

1. Polish re La réglementation polonaise autorise actuellement l'avortement dans trois cas : si la grossesse constitue une menace pour la vie ou la santé de la femme ; si l'examen prénatal indique une forte probabilité de dommages graves et irréversibles causés au fœtus, ou sur une maladie incurable ; et si la grossesse résulte d'une circonstance criminelle donnant droit à un avortement légal, qui doit être confirmée par un procureur.

COMPASSION SUR LA COERCITION: L'Irlande Abroge le 8e Amendement en Allant au Cœur du Problème

Juste après 22 heures du Vendredi 25 Mai 2018, des femmes irlandaises chez elles et à travers le monde attendaient anxieusement. C'était le jour du référendum pour abroger le huitième amendement de la Constitution Irlandaise et, pour la première fois dans l'histoire de tels référendums, un média national était sur le point de publier un sondage de sortie. Je ne pense pas que la mienne était la seule maison où un cri a soulevé les chevrons. Le référendum était non seulement passé, mais il l'avait fait avec un énorme glissement de terrain de plus des deux tiers des voix. Le huitième amendement, introduit en

1983, garantissait constitutionnellement que l'avortement serait illégal dans tous les cas, sauf lorsque la vie de la mère était en danger.

L'avortement n'était pas autorisé en cas de viol, d'inceste ou lorsque le fœtus était garanti de ne pas survivre à la naissance. Il a contraint plus de 170.000 Irlandaises à quitter l'Irlande pour accéder à des soins d'avortement, à subir des avortements illégaux ou à porter leur grossesse à terme contre leur consentement.

Malgré l'énorme changement social et politique que l'Irlande a connu au cours des 35 années d'existence de

Par Caroline Hickson

Directrice, Réseau Européen de la Fédération Internationale pour la Planification Familiale
Email: chickson@ippfen.org

l'amendement, la nervosité de ceux qui préconisaient un vote pour le Oui était palpable au cours de dernières semaines. Les forces de l'opposition, comme on s'y attendait, jetaient tout ce qu'elles pouvaient sur la campagne, soutenues par une vague de régression à travers le monde, de la croisade anti-reproduction de Trump aux États-Unis à la lutte contre les droits de l'homme sous l'influence de la Russie en Europe de l'Est, y compris les États de l'Union Européenne.

Les tactiques de l'opposition reflétaient celles utilisées ailleurs, laides et idéologiques. Cependant, une première tentative de cooptation de personnes préoccupées par le handicap a mal tourné lorsque de nombreux militants des droits des personnes handicapées ont

parlé de l'importance pour les femmes handicapées de pouvoir accéder aux soins d'avortement si elles en avaient besoin, tandis que les parents d'enfants handicapés étaient furieux car pour eux, c'était seulement la non-existence de l'avortement en Irlande qui les avait permis d'accueillir leurs enfants bien-aimés dans leur vie.

Cette réflexion plus approfondie sur les complexités de la vie s'est reflétée dans tout le pays. Les scandales d'abus sexuels et les dissimulations qui en résultaient avaient ébranlé autrefois la loyauté profonde envers l'Église Catholique Romaine. Les gens commençaient déjà à remettre en question une idéologie qui était prête à défendre un fœtus, mais qui était si manifestement insensible à la souffrance des enfants aux mains des pédophiles.

En 2012, la mort de Savita Halappanavar des suites d'une septicémie due à une fausse couche où un avortement n'était pas autorisé à temps, malgré les appels de sa famille, a été un autre choc énorme pour le système Irlandais. Cela est devenu un point de basculement. Réduites au silence pendant si longtemps à cause de la stigmatisation liée à l'avortement, les femmes courageuses ont commencé à raconter leurs expériences personnelles.

On ne peut nier que le chemin de la réforme de l'avortement en Irlande a été long et que de nombreux facteurs différents ont joué. Le travail effectué pendant des décennies par des organisations non gouvernementales comme le membre de l'IPPF, l'Association Irlandaise de Planification Familiale, a été vital. Ces dernières et leurs partenaires ont ouvert des espaces de discussion et travaillé avec les mécanismes régionaux et mondiaux des droits de l'homme - y compris la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH), les Organes de Suivi de Traités de Nations Unies et

l'Examen Périodique Universel - en maintenant la pression pendant une série de gouvernements conservateurs et apathiques qui ont préféré garder le voile sur une question difficile et source de division. Entre 2012 et 2016, cinq Organes des Nations Unies chargés des droits de l'homme ont examiné et critiqué les lois restrictives Irlandaises sur l'avortement. En 2016, le Comité des Droits de l'Homme des Nations Unies a conclu que le refus de l'Irlande d'autoriser l'avortement en cas d'anomalie fœtale mortelle violait le droit du plaignant à ne pas subir les traitements inhumains ou dégradants. Il importait bien entendu que l'Irlande soit un pays très différent en 2018 de ce qu'il était en 1983.

Cependant, s'il y a une leçon de la campagne qui peut être immédiatement adoptée par ceux qui travaillent pour mettre fin à la coercition reproductive à travers le monde, c'est que nous devons quitter nos tours d'ivoire et notre discours noble. Il est important de travailler dans le cadre de droits de l'homme, mais le langage que nous utilisons est souvent technique et séparé de l'expérience réelle de femmes. Les militants Irlandais sont allés au cœur du problème, non seulement en concentrant la discussion sur le choix et les droits, mais en parlant de ce qui se passe lorsque les gens se voient retirer leurs choix.

Les femmes ont raconté leurs propres récits sur le mal que le 8e amendement leur avait causé, émotionnellement, psychologiquement et physiquement. Les hommes ont partagé ce que cela leur faisait en voyant leurs partenaires en détresse et en étant impuissants à les aider; les mères ont raconté les horreurs d'une absence totale de soins pour leurs filles qui avaient été violées. De nombreux médecins ont fait part de leur frustration face à leur incapacité à apporter un soutien à leurs patients au moment le plus nécessaire et ont vigoureusement fait

campagne pour un Oui.

Au fil des semaines, la campagne contre l'abrogation n'a eu que leur idéologie qui repose sur l'idée des absolus moraux, un monde qui n'est que noir et blanc. Mais les expériences et les discussions à travers le pays ont démontré que notre monde n'est pas comme ça. C'est un monde de réalités désordonnées et de décisions difficiles, où l'expérience d'une femme n'est pas le même qu'une autre. C'est un monde qui a besoin d'empathie, de compréhension et de compassion.

Le Premier Ministre Irlandais Leo Varadkar est convaincu qu'il tiendra son engagement de mettre en œuvre une législation qui légalise les soins d'avortement sur la propre indication de la femme au cours du premier trimestre de la grossesse avant la fin de cette année, en l'alignant sur la majorité de pays Européens.

S'il y a une leçon de la campagne qui peut être immédiatement adoptée par ceux qui travaillent pour mettre fin à la coercition reproductive à travers le monde, c'est que nous devons quitter nos tours d'ivoire et notre discours noble. Il est important de travailler dans le cadre de droits de l'homme, mais le langage que nous utilisons est souvent technique et séparé de l'expérience réelle de femmes. Les militants Irlandais sont allés au cœur du problème, non seulement en concentrant la discussion sur le choix et les droits, mais en parlant de ce qui se passe lorsque les gens se voient retirer leurs choix.

Cependant, comme prévu, les forces de l'opposition détournent désormais leur regard du maintien de l'interdiction pour placer des barrières sur la voie de la mise en œuvre. Les militants pro-choix ne connaissent que trop bien des pays comme l'Italie où l'avortement est légal en théorie, mais où en pratique, le déni de soins pour cause de conscience individuelle est si institutionnalisé à tel point que plus de 70% de gynécologues refusent aux femmes qui viennent à eux pour se faire soigner. Ceux qui ont travaillé si dur pendant la campagne ne se reposeront pas sur leurs lauriers mais continueront à se battre pour que chaque femme puisse accéder aux soins d'avortement quand et où elle en a besoin. Le mandat fort donné par le public Irlandais est le meilleur encouragement possible.

En fin de compte, le vote du Oui envoie un message fort dans le monde entier: la compassion peut l'emporter. Lorsque les gens sont informés, lorsqu'ils entendent la voix des femmes et écoutent leurs

expériences, ils comprennent que la santé et la vie sont en jeu.

Lorsqu'ils sentent dans leur instinct que la coercition reproductive est incompatible avec leurs propres valeurs, ils la rejettent. L'incroyable succès de la campagne du Oui en Irlande tient en partie au fait qu'elle a établi ce lien, permettant aux gens ordinaires de tous les horizons de défendre ce qu'ils savaient être justes.

Notes & References

1. Gouvernement d'Irlande, "Huitième amendement de la loi constitutionnelle de 1983", <http://www.irishstatutebook.ie/eli/1983/ca/8/enacted/en/print#sec1>.
- 2.1. "Résultats du référendum : En un coup d'œil", RTE, 26 mai 2018, <https://www.rte.ie/news/newsletters/2018/0526/966234-referendum-results-at-a-glance/>.
- 3.1. "L'avortement en Irlande : Statistiques", Association irlandaise de planification familiale (IFPA), <https://www.ifpa.ie/Hot-Topics/Abortion/Statistics>.
- 4.1. Fintan O'Toole, "Fintan O'Toole : la tempête de fake-news qui se dirige vers nous sur l'avortement", The Irish Times, 27 mars 2018, <https://www.irishtimes.com/opinion/fintan-o-toole-abortion-fake-news-firestorm-heading-our-way-1.3440927>.
- 5.1. Liam Stack, "Comment l'Irlande est passée à la gauche : 'La disparition de l'Église'", The New York Times, 2 décembre 2017, <https://www.nytimes.com/2017/12/02/world/europe/ireland-abortion-abuse-church.html>.
6. Kitty Holland, "Comment la mort de Savita Halappanavar a révolutionné l'Irlande", The Irish Times, 28 mai 2018, <https://www.irishtimes.com/news/social-affairs/how-the-death-of-savita-halappanavar-revolutionised-ireland-1.3510387>.
7. "ABC v. Ireland," IFPA, <https://www.ifpa.ie/Hot-Topics/Abortion/ABC-v-Ireland>.
8. Maeve Taylor, "Utilisation des instruments des droits de l'homme pour

faire progresser la santé sexuelle et reproductive et la mise en œuvre des objectifs de développement durable en Irlande", Entre Nous 84 (2006), http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/319309/7-Using-human-rights-instruments-advance-SRH-implementation-SDGs-Ireland.pdf?ua=1.

9. "Cas en vedette : Amanda Mellet," Conseil irlandais pour les libertés civiles <https://www.icli.ie/her-rights/privacy/case-focus-amanda-mellet/>.

10. Voir cet exemple : Taryn de Vere, "Dans ses chaussures... La nouvelle plateforme puissante pour les femmes brutalement touchées par le 8e," Her, <https://www.her.ie/news/in-her-shoes-the-powerful-new-platform-for-women-brutally-impacted-by-the-8th-393655>.

11. "Comment le huitième amendement a un impact sur les consultations avec les médecins", Doctors for Choice Ireland, <https://doctorsforchoiceireland.files.wordpress.com/2018/03/dfc-how-the-8th-amendment-impacts-on-consultations-with-doctors-factsheet.pdf>.

Sarah Bardon, "Quoi d'autre : Quand la législation sur l'avortement sera-t-elle adoptée ?" The Irish Times, 26 mai 2018, <https://www.irishtimes.com/news/politics/what-next-when-will-abortion-legislation-be-passed-1.3509858>.

Evelyn Ring, "Débat sur l'avortement : Tous les hôpitaux financés par l'État doivent fournir des services de santé légaux, dit le ministre de la Santé", The Irish Examiner, 26 juillet 2018, <https://www.irishexaminer.com/ireland/abortion-debate-all-publicly-funded-hospitals-to-provide-legal-health-services-says-health-minister-473045.html>.

Chris Harris et Lillo Montalto Monella, "L'avortement est légal en Italie - alors pourquoi les femmes sont-elles refusées ?" EuroNews, 22 mai 2018, <http://www.euronews.com/2018/05/22/abortion-is-legal-in-italy-so-why-are-women-being-refused->

LA RÈGLE DU BAILLON MONDIAL SUR LES SERVICES D'AVORTION SÉCURISÉE ET L'EXPÉRIENCE CAMBODGIENNE

Contexte. La règle du Baïllon Mondial (GGR), annoncée pour la première fois en 1984, interdit les Organisations Non Gouvernementales (ONG) non américaines qui reçoivent certaines catégories d'aide étrangère des États-

Unis d'utiliser leurs propres fonds non américains pour pratiquer ou promouvoir activement l'avortement en tant que méthode de planification familiale. En mai 2017, sous la direction du président Donald Trump, cette politique a été rétablie sous le nom de «Protéger la Vie

dans le Cadre de l'Assistance Sanitaire Mondiale». La règle du Baïllon Mondial de Trump s'applique à près de 9 milliards de dollars d'aide étrangère américaine.

Imposer une condition aux services d'avortement a une répercussion sur un éventail de services de santé sexuelle et reproductive, car les prestataires de soins de santé qui pratiquent l'avortement intégreraient également d'autres services dont les femmes et les filles ont le plus besoin, tels que

Par Dr. Var Chivorn

Directeur Exécutif, Association pour la Santé Reproductive du Cambodge (RHAC)
Email: chivorn@rhac.org.kh

l'information, l'éducation et les services de planification familiale volontaire, le dépistage et traitement du VIH, le dépistage du cancer du col de l'utérus et autres services de santé maternelle. Par exemple, la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF), un réseau mondial de prestataires de services locaux, fournit plus de 300 services de santé sexuelle et reproductive chaque minute par jour. Durant le mandat du président Trump, l'IPPF ne reçoit pas environ 100 millions de dollars de financement du gouvernement américain, ce qui aurait soutenu les programmes de planification familiale et de lutte contre

le VIH de l'IPPF pour les femmes ayant le plus besoin de ces services de santé.

L'impact du GGR sur l'Association pour la

La grande connaissance du programme du RHAC et la confiance de la communauté permettent au RHAC de générer des revenus grâce à ses services tout en conservant son approche de s'occuper de pauvres et de groupes marginalisés.

Santé Reproductive du Cambodge (RHAC). Créée en 1996, l'Association pour la Santé Reproductive du Cambodge (RHAC) dépendait fortement de l'USAID avec près de 100% de son financement provenant de cet agence d'aide. Cependant, le RHAC a compris la nature incertaine de ce financement. Nous avons ensuite mis en place des stratégies pour diversifier les sources de financement, y compris notre propre génération de revenus grâce aux frais de service. Les donateurs et les bénéficiaires qui reçoivent les services du RHAC sont considérés comme des «clients», et le RHAC comprend toujours que les bénéficiaires sont des clients fidèles à long terme du RHAC.

Tout en bénéficiant de l'aide de l'USAID et d'autres donateurs, le RHAC a pu établir sa réputation auprès du peuple Cambodgien en tant que principal fournisseur de soins de santé de femmes dans le pays et a établi de bons antécédents dans la mise en œuvre et la gestion de son programme. La grande connaissance du programme du RHAC et la confiance de la communauté permettent au RHAC de générer des revenus grâce à ses services tout en conservant son approche de s'occuper de pauvres et de groupes marginalisés.

Notes & References

¹USAID, "Provisions standard pour les organisations non gouvernementales non américaines", 84.

²International Women's Health Coalition (IWHC), Un an de la règle du bâillon global de Trump : Effets initiaux et premières implications (mai 2018), consulté le 26 juin 2018, <https://iwhc.org/Ressources/trumps-global-gag-rule-one-year-initial-effects-early-implications/>.

Avec cette modalité, le RHAC a pu continuer à fournir des services même après que l'USAID ait cessé de financer le RHAC au début de 2014.

En plus d'avoir accès au flux de financement à travers les réseaux mondiaux et internationaux, les ONG au niveau national doivent disposer de solutions adaptées à leur propre contexte.

Les ONG qui reçoivent un financement de l'USAID pour s'attaquer à la santé de la population ne doivent pas oublier en même temps de s'attaquer à la «santé» des ONG. Habituellement, les bailleurs sont plus intéressés par la durabilité de projets qu'ils ont financés, et non par celle des ONG; il est du devoir des ONG de penser à la durabilité organisationnelle.

De nombreuses ONG ont maintenant commencé à discuter de la création d'entreprises sociales comme moyen de résoudre les problèmes de durabilité et de recouvrement des coûts de l'organisation. Il existe d'autres modèles abordant les problèmes de financement tels que le partenariat public-privé ou le partenariat avec des organisations privées à but lucratif.

Néanmoins, notre gouvernement ne peut se soustraire à ses responsabilités de fournir à tous un accès universel à la santé et aux DSSR, ce qui inclut l'accès à l'avortement sécurisé. Par conséquent, nous ne devons pas perdre de vue la responsabilité des gouvernements dans le cadre de notre travail de plaidoyer.

Les moyens de faire face à l'impact du GGR. Il existe des rapports fournissant des recommandations pour surmonter le GGR, notamment: abroger définitivement le GGR par le biais d'une législation

³International Planned Parenthood Federation (IPPF), "Les projets de l'IPPF sont en danger à cause de la règle du bâillon mondial", consulté le 10 juin 2018, <https://www.ippf.org/global-gag-rule>.

⁴Center for Health and Gender Equity (CHANGE), Prescrire le chaos dans la santé mondiale : La règle du bâillon mondial de 1984 à 2018 (Washington, DC : CHANGE, juin 2018), consulté le 23 juin 2018, http://www.genderhealth.org/files/uploads/change/publications/Prescribing_Chaos_in_Global_Health_full_report.pdf

du Congrès Américain; améliorer la compréhension du GGR par les bénéficiaires directs ou principaux du financement américain pour la santé mondiale, les sous-récepteurs et les travailleurs de première ligne, notamment par la traduction de la politique dans la langue locale; pour tous les groupes concernés, y compris les instituts de recherche, de documenter l'impact du GGR, y compris les retombées de la politique; pour les donateurs, les gouvernements et les organisations internationales d'augmenter le financement de services complets de santé sexuelle et reproductive et d'éviter d'appliquer la conditionnalité au financement du développement pour la santé, y compris la contre-conditionnalité destinée à répondre au GGR; et pour les agences des Nations Unies ou les gouvernements de plaider auprès du gouvernement américain ou de dénoncer publiquement le GGR.

Immédiatement après l'annonce du GGR, le Ministre Néerlandais du Commerce Extérieur et de la Coopération au Développement a lancé l'initiative SheDecides pour mobiliser des fonds pour combler le déficit de financement que la politique du GGR a provoqué. Cependant, la plupart de financements vont à des grandes organisations internationales et Onusiennes bien connues.

En plus d'avoir accès au flux de financement à travers les réseaux mondiaux et internationaux, les ONG au niveau national doivent disposer de solutions adaptées à leur propre contexte. Les ONG doivent se préparer en sachant que le GGR continuera à aller venir dans un avenir prévisible.

IWHC, "Un an de la règle du bâillon global de Trump".

⁴Center for Health and Gender Equity (CHANGE), Prescrire le chaos dans la santé mondiale : La règle du bâillon mondial de 1984 à 2018 (Washington, DC : CHANGE, juin 2018), consulté le 23 juin 2018, http://www.genderhealth.org/files/uploads/change/publications/Prescribing_Chaos_in_Global_Health_full_report.pdf

RESSOURCES DU CENTRE DE PARTAGE DES CONNAISSANCES DSSR D'ARROW

Compilé par Seow Kin Teong
Agent Principal de Programme,
ARROW
Email: kin@arrow.org.my

Le Centre de Partage de Connaissances DSSR d'ARROW (Ask-us) héberge une collection spéciale de ressources sur le genre, les droits des femmes et les droits à la santé sexuelles et Reproductives (DSSR). Il vise à rendre accessible à tous les informations critiques sur ces sujets. ASK-us est également disponible en ligne à l'adresse <http://www.srhr-ask-us.org/>. Pour contacter ASK-us, veuillez envoyer un courriel à: km@arrow.org.my

DROITS À L'AVORTEMENT SÉCURISÉ ARTICLES ET LIVRES

Barot, Sneha. «La feuille de route pour l'avortement sécurisé dans le monde: leçons tirées des nouvelles tendances mondiales en matière d'incidence, de légalité et de sécurité.» *Guttmacher Policy Review* 21 (2018): 17-22, https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/gpr2101718.pdf.

L'article se concentre sur les preuves qui sont continuellement compilées par les chercheurs et les professionnels de santé sur les moyens les plus efficaces de réduire l'impact de l'avortement à risque dans le monde et les obstacles à la mise en œuvre de ces mesures. Cet ensemble de preuves fournit une feuille de route pour que les décideurs politiques prennent des mesures concrètes pour protéger la santé, les droits et la vie des femmes dans le monde. Parmi les mesures concrètes, citons l'adoption de directives cliniques sur les soins complets d'avortement, l'amélioration de l'accès aux soins post-avortement, la facilitation de l'utilisation correcte de l'avortement médicamenteux dans les contextes clandestins, la lutte contre la stigmatisation, la réforme des lois restrictives sur l'avortement et l'investissement dans des services de prévention de grossesses non désirées et avortements à risque qui peuvent en suivre.

Cockrill, Kate, Steph Herold, Kelly

Blanchard, Dan Grossman, Ushma Upadhyay et Sarah Baum. Lutter contre la stigmatisation de l'avortement par la prestation de services: un livre blanc. Sea Change Program, Ibis Reproductive Health, et Advancing New Standards in Reproductive Health (ANSIRH), 2013. <https://ibisreproductivehealth.org/publications/addressing-abortion-stigma-through-service-delivery-white-paper>.

Ce document vise à fournir le contexte et l'historique du travail effectué pour lutter contre la stigmatisation de l'avortement à travers la prestation de services. La stigmatisation de l'avortement est un obstacle majeur aux soins de santé reproductive adéquats pour les femmes et un défi majeur que les prestataires de services doivent relever. Dans la première partie de l'article, la définition de la stigmatisation de l'avortement a été discutée avec des revues de la littérature existante autour de cette question et interventions y afférentes. Les opinions, les expériences et les programmes des organisations de prestation de services de santé de la reproduction suivent celle-ci. Dans la dernière section, les recommandations pour augmenter et étendre les programmes de lutte contre la stigmatisation de l'avortement sont fournies.

Fiala, Christian et Joyce H. Arthur. «Il n'existe aucune défense de l'«objection de conscience» dans les soins de santé reproductive.» *Journal européen d'obstétrique, de gynécologie et de*

biologie de la reproduction 216 (2017): 254-258. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.07.023>.

Cet article soutient que «l'Objection de Conscience (OC)» dans les soins de santé reproductive ne doit pas être considérée comme un droit, mais comme un refus de traiter contraire à l'éthique. Les défenseurs de l'OC supposent souvent à tort que l'OC dans les soins de santé génésique est similaire à l'OC dans l'armée, alors que les deux n'ont rien en commun (car les médecins qui s'y opposent sont rarement disciplinés). Les auteurs ont en outre souligné que les refus de traiter sont souvent attribués à des croyances religieuses, ce qui remet en question les pratiques médicales qui dépendent des preuves scientifiques et de l'éthique. Les médecins qui citent l'OC représentent un abandon de leurs obligations professionnelles envers les patients. Ainsi, les pays devraient s'efforcer d'atténuer autant que possible l'OC et ses dommages jusqu'à ce qu'il puisse être aboli.

Ipas. Accès pour tous: inclusion des personnes handicapées dans l'avortement et les soins contraceptifs - Guide. Chapel Hill, Caroline du Nord: Ipas, 2018. <http://www.ipas.org/en/Ressources/Ipas%20Publications/Access-for-Everyone-handicap-inclusion-in-abortion-and-contraceptive-care-guide.aspx>.

Ce guide fournit des stratégies pour

améliorer l'inclusion du handicap dans les politiques, la prestation de services et les interventions d'engagement communautaire, qui peuvent être adaptées pour répondre aux besoins spécifiques de chaque contexte. Il est développé comme une ressource pour améliorer l'accès aux soins contraceptifs et d'avortement pour les exécutants et gestionnaires de programmes, les conseillers techniques et les formateurs. Les recommandations mises en évidence sont basées sur le modèle de droits humains du handicap qui favorise l'autonomisation des personnes handicapées en développant des initiatives spécifiques au handicap, ainsi qu'en intégrant l'inclusion du handicap dans les programmes. Un principe fondamental qui sous-tend les recommandations est que les personnes handicapées doivent participer activement et de manière significative à toutes les étapes de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation des interventions en matière de soins contraceptifs et d'avortement.

Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF). Les jeunes et l'avortement: stratégies clés et pratiques prometteuses pour accroître l'accès de jeunes femmes aux services d'avortement. Londres: IPPF, 2014. https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_youth_and_abortion_guidelines_2014.pdf.

Il s'agit d'un document d'orientation fondé sur les données probantes visant à accroître l'accès de jeunes à l'information, aux services et aux référencement de haute qualité sur l'avortement adapté aux jeunes. Il est conçu pour soutenir les organisations qui souhaitent intensifier leur travail sur l'accès de jeunes à l'avortement et aux services y relatifs. Le document a été initialement développé à l'intention des associations membres de l'IPPF, mais il peut également être utilisé par les

défenseurs qui souhaitent se concentrer sur l'accès des jeunes femmes à un avortement légal et sans risque.

Coalition Internationale pour la Santé de Femmes (IWHC). Un an de la Règle du Bâillon Mondial de Trump: effets initiaux et implications précoces. New York: IWHC, 2018. https://iwhc.org/wp-content/uploads/2018/05/GGR-Policy-Brief_FINAL-May-2018.pdf.

Cette note d'orientation est basée sur le projet de documentation de l'IWHC en 2017 visant à capturer et analyser les impacts de la règle du bâillon mondial (GGR), en partenariat avec des organisations locales au Kenya, au Nigeria et en Afrique du Sud. Le GGR mettra en péril la santé de filles et de femmes, les organisations et les individus mettant fortement l'accent sur les impacts potentiels sur l'accès de femmes et de filles aux soins de santé, en particulier pour les groupes de femmes déjà marginalisés. Des inquiétudes ont également été exprimées quant au fait que la politique empêchera les femmes d'accéder aux informations sur les références à des services d'avortement sécurisé, ce qui entraînera une dépendance accrue à l'égard des services non sécurisés. Les recommandations formulées dans le mémoire visaient directement le gouvernement américain; ONG internationales, y compris les principaux bénéficiaires et autres; gouvernement donateurs et organisations internationales et régionales; Agences des Nations Unies; les gouvernements de pays qui ont reçu un financement mondial pour la santé; et la Commission africaine des droits de l'homme et de peuples.

Jelinska, Kinga et Susan Yanow. «Mettre les pilules abortives entre les mains de femmes: réaliser le plein potentiel de l'avortement médicamenteux.» *Contraception* 97, no. 2 (2018): 86-89. <https://doi.org/10.1016>

[/j.contraception.2017.05.019](https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.05.019).

Selon les auteurs de cet article, afin de réaliser le potentiel de l'avortement médicamenteux pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles liées à l'avortement à risque et pour étendre les droits reproductifs des femmes, des informations et des médicaments fiables doivent être mis à disposition de toutes les femmes, indépendamment de contraintes de leur localisation ou du système juridique. L'avortement médicamenteux donne le contrôle aux femmes qui ont besoin d'un avortement. Ironiquement, dans les contextes juridiquement restrictifs, l'avortement médicamenteux est actuellement beaucoup plus sous le contrôle de femmes que dans les contextes où l'avortement médicamenteux est pratiqué dans le système officiel de santé. L'article mettait davantage en évidence l'information et l'accès, les obstacles et les stratégies pour surmonter ces obstacles; la reconceptualisation du «prestataire» et la redéfinition du terme «pratiquer» un avortement, car c'est la femme elle-même qui peut contrôler le processus; et les stratégies militantes pour concrétiser le plein potentiel des pilules abortives.

LeTourneau, K. Stigmatisation de l'avortement dans le monde: une synthèse de la littérature qualitative; Un rapport technique pour les membres du Réseau International pour la Réduction de la Discrimination et de la Stigmatisation liées à l'Avortement (INROADS). Chapel Hill, Caroline du Nord: inroads, 2016. <http://www.safeabortionwomensright.org/wp-content/uploads/2016/05/AbortionStigmaAroundtheWorld-HR-2.pdf>.

Ce rapport fournit des bases sur les concepts fondamentaux de la stigmatisation de l'avortement et une synthèse de la littérature qualitative à travers le monde explorant la manière dont la stigmatisation de l'avortement

se manifeste. Un modèle écologique de la stigmatisation de l'avortement qui illustre les multiples niveaux auxquels se manifeste la stigmatisation - individuelle, sociale, institutionnelle, juridique et médiatique - a été explorée dans la revue qualitative de la littérature. En plus de présenter les résultats à chaque niveau, le rapport explore également comment la stigmatisation à certains niveaux peut avoir un impact sur les manifestations de la stigmatisation à d'autres niveaux. Les intersections de la stigmatisation de l'avortement avec d'autres caractéristiques stigmatisées - en particulier le statut sérologique VIH et la sexualité de jeunes femmes - ont également été examinées.

Pugh, Sarah, Sapna Desai, Laura Ferguson, Heidi Stöckl et Shirin Heidari. «Rien sans combat: Lutter contre la Règle du Bâillon Mondial.» *Questions de santé génésique* 25, no. 49 (2017): 14-16. <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1303250>. Cet article met en évidence les implications de la dernière Règle du Bâillon Mondial, qui va bien au-delà de l'accès aux informations et aux services d'avortement sécurisés. La nouvelle politique s'applique non seulement au financement réservé aux organisations qui se concentrent sur la santé reproductive, mais à toute l'assistance sanitaire mondiale par tous les départements ou agences. Cependant, malgré ces défis, les auteurs reconnaissent et célèbrent la créativité, la résistance et la persévérance de la communauté DSSR, par laquelle la société civile, les ONG, les agents de santé et les acteurs gouvernementaux ont pris une position d'opposition ferme à travers des déclarations conjointes et des efforts de plaidoyer pour mettre en évidence les conséquences bien documentées et profondément dommageables de cette politique en termes de santé et de droits de

l'homme. Cela a également permis aux gouvernements de prendre le leadership et d'accéder aux nouveaux partenariats dans la communauté mondiale de DSSR pour développer et garantir que des mécanismes de financement durables de DSSR soient mis en place pour protéger les droits de femmes, de filles et de familles dans le monde.

Radhakrishnan, Akila, Elena Sarver et Grant Shubin. «Protéger l'Avortement Sécurisé dans les Contextes Humanitaires: Surmonter les obstacles juridiques et politiques.» *Questions de santé génésique* 25, no. 51 (2017): 40-47. <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1400361>.

Les lois, les politiques et les protocoles humanitaires ne répondent pas aux Droits à la Santé Sexuelle et Reproductive (DSSR) de femmes et de filles dans les situations de conflit, en particulier les services d'avortement sécurisé, qui sont systématiquement omis. Ce commentaire aborde le manque de services d'avortement dans les soins de SSR dans les situations humanitaires liées aux conflits. Les auteurs soulignent que les services d'avortement relèvent d'un type de soins médicaux protégés par la structure juridique la plus solide de la communauté internationale. Les défis existants affectant la réalisation des droits protégés par cette structure juridique sont ensuite exposés. Enfin, afin de garantir une prise en charge globale de femmes survivantes de conflits armés, une intégration des approches actuelles est proposée.

Skuster, Patty. *Lorsqu'un professionnel de la santé refuse: limites légales et réglementaires à l'objection de conscience à la fourniture de soins d'avortement.* Chapel Hill, Caroline du Nord: Ipas, 2012. <http://www.ipas.org/en/Ressources/Ipas%20Publications/When-a-health-professional-refuses-Legal-and-regulatory-limits-on->

Ressources

[conscientious-objection-.aspx](#).

Le refus des professionnels de santé de fournir les services constitue un obstacle important à l'accès des femmes à l'avortement sans risque et à d'autres services de santé reproductive. Bien que ces prestataires aient le droit de refuser la prestation de services en vertu de la législation internationale et dans certaines lois nationales, il est nécessaire d'imposer des limites légales ou réglementaires au niveau national à l'objection de conscience pour protéger les droits de femmes et leur accès aux services d'avortement sans risque. Cette publication contient des recommandations pour la promulgation de lois et de règlements qui garantissent l'accès de femmes aux services tout en protégeant les droits de conscience de prestataires. Il fournit également les informations sur les normes de droits de l'homme qui traitent le refus des prestataires et comprend une liste d'autres ressources.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *Avortement sécurisé: directives techniques et politiques pour les systèmes de santé.* 2e éd. Genève: OMS, 2012. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_fra.pdf?Sequence=1 Cette édition fournit aux décideurs politiques, aux gestionnaires de programmes et aux prestataires de services de santé les dernières orientations factuelles sur les soins cliniques en relation avec la prestation de services d'avortement sécurisé. Les informations sur la manière de mettre en place et de renforcer les services sont inclus avec un aperçu d'une approche fondée sur les droits de l'homme des lois et des politiques relatives à des soins d'avortement sûrs et complets.

FILMS / DOCUMENTAIRES

Mettre fin aux avortements à risque en Asie (2012), un documentaire de

Ressources

10 minutes produit par l'IPPF-ESEAOR (Région Asie de l'Est et du Sud-Est et Océanie) examinant les effets de la criminalisation de l'avortement dans la région à travers le prisme des femmes. Plus d'informations sur le documentaire sur: <https://www.ippfeseaor.org/resource/ending-unsafe-abortion-asia>.

Du danger à la dignité : La lutte pour un avortement sécurisé (1995), un documentaire retraçant le mouvement pour dépénaliser l'avortement de réseaux «clandestins» pour trouver les avortements illégaux et les efforts intensifs des militants et des législateurs pour changer la loi aux Etats-Unis. Plus d'informations sur le documentaire sur: https://en.wikipedia.org/wiki/From_Danger_to_Dignity:_The_Fight_for_Safe_Abortion et <https://www.youtube.com/watch?v=Vg4B-UmgfG8>.

Si ces murs pouvaient parler (1996), un film réalisé pour le câble sur trois femmes différentes et leurs expériences de l'avortement dans la même maison en 1952, 1974 et 1996 abordant les points de vue de la société au cours de chaque décennie. Plus d'informations sur le film sur: https://en.wikipedia.org/wiki/If_These_Walls_Could_Talk et <https://www.youtube.com/watch?v=PzfHXykgTTo>.

L'enfant évident (2014), un film qui suit Donna, une comédienne, qui a une aventure d'un soir ivre avec un homme nommé Max après avoir rompu avec son petit ami. Elle découvre par la suite qu'elle est enceinte et décide de se faire avorter. Plus d'informations sur le film sur: https://en.wikipedia.org/wiki/Obvious_Child et <https://www.youtube.com/watch?v=7nkXWkrToZA>.

Les journaux d'avortement (2005) est un documentaire de 30 minutes mettant en vedette 12 femmes d'horizons divers qui parlent franchement de

leurs expériences d'avortement. Plus d'informations sur le documentaire sur: <http://pennylaneismyrealname.com/film/the-abortion-diaries-2005/> et https://www.youtube.com/watch?v=av_vwVYZOqc

AUTRES RESSOURCES

Alford, Sue. Les adolescents et l'avortement: Restreindre l'Accès met la Santé et la Vie de Jeunes Femmes en Danger. Advocates for Youth, 2011. https://www.advocatesforyouth.org/storage/advfy/documents/thefacts_adolescents_and_abortion_us.pdf.

Chavkin, Wendy, Laurel Swerdlow et Jocelyn Fifield. «Réglementation de l'Objection de Conscience à l'Avortement: Etude Comparative Internationale de Plusieurs Cas». Health and Human Rights Journal 19: 1 (2017): 55-68. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5473038/pdf/hhr-19-055.pdf>.

Dhillon, Jina. Protéger l'Accès de Femmes aux soins d'Avortement Sans Risque: Un Guide pour Comprendre les Droits de l'Homme à la Vie Privée et à la Confidentialité - Aider les Défenseurs à Naviguer dans les Exigences du «Devoir de Rapporter». Chapel Hill, Caroline du Nord: Ipas, 2014. www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/PGDTRE14.ashx.

Faúndes, Anibal et Laura Miranda. «Éthique Entourant la Prestation de Soins d'Avortement.» Meilleures Pratiques et Recherche en Obstétrique et Gynécologie Cliniques 43 (2017): 50-57. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2016.12.005>.

Foster, Angel M., Grady Arnott,

Margaret Hobstetter, Htin Zaw, Cynthia Maung, Cari Sietstra et Meredith Walsh. «Mettre en Place un Système d'Orientation pour des Soins d'Avortement Sûrs et Légaux: Un projet pilote à la frontière entre la Thaïlande et la Birmanie.» Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Reproductive 42, no. 3 (2016): 151-156. <https://doi.org/10.1363/42e1516>.

Ganatra, Bela, Philip Guest et Marge Berer. «Élargir l'Accès à l'Avortement Médicamenteux: Défis et Opportunités.» Questions de Santé Reproductive 44S (2015): 1-3. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(14\)43793-5](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(14)43793-5). Institut Guttmacher. Besoin et Utilisation de Services d'Avortement par les Adolescents dans les Pays en Développement. New York: Guttmacher Institute, 2016. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb_adolescent-abortion-services-development-countries_1.pdf.

Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF). Accès à l'Avortement Sécurisé: Un outil pour évaluer les obstacles juridiques et autres. Londres: IPPF, 2008. https://www.ippf.org/sites/default/files/access_to_safe_abortion.pdf.

Ipas. Accès pour Tous: Inclusion de personnes handicapées dans l'avortement et les soins contraceptifs - Aperçu. Chapel Hill, Caroline du Nord: Ipas, 2018. <http://www.ipas.org/en/Ressources/Ipas%20Publications/Access-for-Everyone-handicap-inclusion-in-abortion-and-contraceptive-care-overview.aspx>.

Iyengar, Kirti et Sharad D. Iyengar. «Améliorer l'Accès à l'Avortement Sécurisé dans un Contexte de Soins Primaires en Milieu Rural en Inde: Expérience d'une intervention de prestation de services.» Reproductive

Health 13, no. 54 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0157-5>.

Norris, Alison, Danielle Bessett, Julia R. Steinberg, Megan L. Kavanaugh, Silvia De Zordo et Davida Becker.

«Stigmatisation de l'Avortement: Une reconceptualisation de constituants, de causes et de conséquences.» *Women's Health Issues* 21, no. 3S (2011): S49-S54. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2011.02.010>.

Rehnström Loi, Ulrika, Kristina Gemzell-Danielsson, Elisabeth Faxelid et Marie Klingberg-Allvin. «Perceptions et Attitudes des Prestataires de Soins de Santé à l'égard des Avortements Provoqués en Afrique Subsaharienne et en Asie du Sud-Est: Une revue systématique de la littérature sur les données qualitatives et quantitatives.» *BMC Public Health* 15, no. 139 (2015).

<https://doi.org/10.1186/s12889-015-1502-2>.

Singh, Susheela, Lisa Remez, Gilda Sedgh, Lorraine Kwok et Tsuyoshi Onda. *Avortement dans le monde 2017 - Progrès Inégaux et Accès Inégal*. New York: Guttmacher Institute, 2018. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/abortion-Worldwide-2017.pdf.

Turner, Katherine L. et Kimberly Chapman Page. *Transformation d'attitudes en Matière d'Avortement: Une Boîte à outils de clarification de valeurs pour le public mondial*. Chapel Hill, Caroline du Nord: Ipas, 2008. <http://www.ipas.org/en/Ressources/Ipas%20Publications/Abortion-attitude-transformation-A-values-clarification-toolkit-for-global-public.aspx>.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *Rôles des Agents de Santé dans la Prestation de Soins d'Avortement Sans Risque et de Contraception Post-Avortement*. Genève: OMS, 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181041/9789241549264_fra.pdf;jsessionid=E693FD9EA1E78D1E87320C41B3EA66B4?Sequence=1.

OMS. *Cartographie des Politiques, Programmes et Services d'Avortement dans la Région OMS de l'Asie du Sud-Est*. Genève: OMS, 2012. http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B5034.pdf.

RESSOURCES ARROW

Toutes les publications ARROW de 1993 à ce jour peuvent être téléchargées à l'adresse <http://arrow.org.my/publications-overview/>.

Définitions

Avortement: «L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit un avortement comme étant sans risque s'il est fourni à la fois par un prestataire correctement formé et en utilisant une méthode recommandée. Les avortements moins sécurisés ne répondent qu'à l'un de ces deux critères - par exemple, s'ils sont fournis par un agent de santé qualifié utilisant une méthode obsolète ou auto-induits par une femme utilisant une méthode sûre (comme la pilule Misoprostol) sans informations ou soutien adéquats de la part d'une personne formée. Les avortements beaucoup plus à risque ne répondent à aucun des critères; ils sont fournis par des personnes non formées utilisant des méthodes dangereuses, telles que des objets tranchants ou des substances toxiques.»

Objection de conscience (OC): Dans les soins de santé reproductive, l'OC est défini comme «le refus par un agent de santé de fournir un service ou un traitement médical légal dont il serait normalement responsable, sur base de son objection au

traitement pour des raisons personnelles ou religieuses.»

Avortement provoqué: «L'interruption de grossesse par une procédure ou une mesure prise par un prestataire ou une femme elle-même.»

Avortement médicamenteux: «L'utilisation d'un ou plusieurs médicaments pour mettre fin à la grossesse. Ces médicaments mettent fin à la grossesse, qui est ensuite expulsée par l'utérus dans un processus similaire à une fausse couche. L'avortement médicamenteux est parfois appelé avortement pharmacologique, avortement pharmaceutique ou pilule abortive. L'avortement médicamenteux n'inclut pas la contraception d'urgence (CE), également appelée «Pilule du Lendemain», qui empêche la grossesse de se produire. » Régulation menstruelle (RM): «Évacuation utérine sans confirmation de grossesse par laboratoire ou échographie pour les

Par Seow Kin Teong
Senior Programme Officer, ARROW
Email: kin@arrow.org.my

femmes qui signalent un retard récent de règles»

Soins Post-Avortement (SPA): «Les Soins Post-Avortement font référence à un ensemble spécifique de services pour les femmes qui subissent des complications d'un avortement spontané ou provoqué, y compris une rétention du tissu, une hémorragie et une infection. Les SPA se composent de plusieurs éléments: (1) l'évacuation utérine avec les médicaments ou par aspiration sous vide; (2) les conseils pour identifier et répondre aux besoins de santé émotionnelle et physique et à d'autres préoccupations de femmes et; (3) l'information sur les contraceptifs et la fourniture de méthodes pour les femmes qui souhaitent reporter ou limiter une grossesse future; (4) les services de santé génésique et autres services de santé qui sont de préférence fournis sur place ou par référence vers

Définitions

d'autres établissements accessibles dans les réseaux de prestataires; et (5) les partenariats avec la communauté et les prestataires de services pour aider à prévenir les grossesses non désirées et les avortements à risque et mobiliser des ressources pour aider les femmes à recevoir des soins appropriés et en temps opportun pour les complications de l'avortement. »

Santé reproductive: «Un état de bien-être physique, mental et social complet et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, pour toutes les questions relatives au système reproductif et à ses fonctions et processus. La santé reproductive implique donc que les gens sont capables d'avoir une vie sexuelle satisfaisante et sûre, qu'ils ont la capacité de se reproduire et la liberté de décider si, quand et à quelle fréquence. Dans cette dernière condition il y a implicitement le droit des hommes et des femmes d'être informés et d'avoir accès à des méthodes sûres, efficaces, abordables et acceptables de planification familiale de leur choix, ainsi qu'à d'autres méthodes de leur choix qui ne sont pas contraires à la loi pour la régulation de la fécondité, et le droit d'accéder aux services de soins de santé appropriés qui permettront aux femmes de passer la grossesse et l'accouchement en toute sécurité et d'offrir aux couples les meilleures chances d'avoir un bébé en bonne santé. »

Droits reproductifs: «Embrassent un éventail de droits de l'homme qui sont déjà reconnus dans les lois nationales, les documents internationaux sur les droits de l'homme et d'autres documents de consensus. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et individus de décider librement et de manière responsable du nombre, de l'espacement et du moment de la naissance de leurs enfants et de disposer des informations et des moyens pour le faire, ainsi que du droit d'atteindre le plus haut niveau de santé sexuelle et reproductive. Cela inclut également leur droit de prendre des décisions concernant la reproduction sans discrimination, coercition et violence, tel qu'exprimé dans les documents relatifs aux droits de l'homme. »

Santé sexuelle: «Un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social par rapport à la sexualité; ce n'est pas simplement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle nécessite une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans coercition, discrimination et violence. Pour que la santé sexuelle soit atteinte et maintenue, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés.»

Droits sexuels: «Comprennent les droits de l'homme qui sont déjà reconnus dans les lois nationales, les documents internationaux sur les droits de l'homme et d'autres documents de consensus. Ils incluent les droits de toutes les personnes, libres de toute coercition, discrimination et violence, au meilleur état de santé possible en matière de sexualité, y compris l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive; de rechercher, recevoir et répandre des informations relatives à la sexualité; à l'éducation sexuelle; au respect de l'intégrité corporelle; de choisir leur partenaire; de décider d'être sexuellement actif ou non; aux relations sexuelles consensuelles; au mariage consensuel; de décider si oui ou non et quand avoir des enfants; et de mener une vie sexuelle satisfaisante, sûre et agréable. »

Sexualité: «La santé sexuelle ne peut être définie, comprise ou rendue opérationnelle sans une large considération de la sexualité, qui sous-tend des comportements et des résultats importants liés à la santé sexuelle. La définition pratique de la sexualité est:... un aspect central de l'être humain tout au long de la vie englobe le sexe, les identités et rôles de genre, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée dans des pensées, des fantasmes, des désirs, des croyances, des attitudes, des valeurs, des comportements, des pratiques, des rôles et des relations. Si la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, toutes ne sont pas toujours vécues ou exprimées. La sexualité est influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques,

sociaux, économiques, politiques, culturels, juridiques, historiques, religieux et spirituels. »

Avortement spontané: «Une fausse couche; l'interruption naturelle et involontaire d'une grossesse avant la viabilité. L'avortement spontané survient dans au moins 15 à 20% de toutes les grossesses reconnues et a généralement lieu avant la 13e semaine de grossesse.»

Avortement chirurgical: «Utilisation de procédures transcervicales pour interrompre la grossesse, y compris l'aspiration sous vide et la Dilatation et l'Evacuation (D&E). L'aspiration sous vide implique l'évacuation du contenu de l'utérus à travers une canule en plastique ou en métal, attachée à une source de Vacuum. L'Aspiration Electrique sous Vide (EVA) utilise une pompe à vide électrique. Avec l'aspiration manuelle sous vide (MVA), le vide est créé à l'aide d'un aspirateur manuel en plastique de 60 ml (également appelé seringue). La D&E est utilisé après 12 à 14 semaines de grossesse. C'est la technique chirurgicale la plus sûre et la plus efficace pour un avortement retardé, là où des prestataires qualifiés et expérimentés sont disponibles. La D&E nécessite la préparation du col de l'utérus à l'aide de dilateurs osmotiques ou d'agents pharmacologiques et l'évacuation de l'utérus à l'aide d'EVA avec des canules de 12 à 16 mm de diamètre et de longues pinces. Selon la durée de la grossesse, la préparation pour obtenir une dilatation cervicale adéquate peut prendre de 2 heures à 2 jours. De nombreux prestataires trouvent que l'utilisation de l'échographie est utile pendant les procédures de D&E, mais son utilisation n'est pas essentielle. »¹³

Avortement à risque: L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'avortement à risque «comme une procédure d'interruption de grossesse pratiquée par des personnes n'ayant pas les compétences nécessaires ou dans un environnement non conforme aux normes médicales minimales, ou les deux». Il souligne en outre que «les conséquences sanitaires de l'avortement à risque dépendent d'établissements où l'avortement est pratiqué; les compétences

du prestataire d'avortement; la méthode d'avortement utilisée; la santé de la femme; et l'âge gestationnel de sa grossesse. Les procédures d'avortement à risque peuvent impliquer l'insertion d'un objet ou d'une substance (racine, brindille ou cathéter ou concoction traditionnelle) dans l'utérus; la dilatation et le curetage effectués de manière incorrecte par un prestataire non qualifié; l'ingestion de substances nocives; et l'application de la force externe. Dans certains contextes, les tradipraticiens frappent vigoureusement le bas-ventre de la femme pour interrompre la grossesse, ce qui peut provoquer la rupture de l'utérus, tuant ainsi la femme. »

Notes & References

Barot, Sneha. "La feuille de route pour un avortement sans risque dans le monde entier : Leçons des nouvelles tendances mondiales en matière d'incidence, de légalité et de sécurité", *Guttmacher Policy Review* 21 (2018) : 18, https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/gpr2101718.pdf.
 Christian Fiala et Joyce H. Arthur, "Il n'y a pas de défense pour l'objection de conscience" dans les soins de santé reproductive", *Journal européen d'obstétrique et de gynécologie et de biologie reproductive* 216 (2017) : 254, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.07.023>.
 Altaf Hossain et al., *Accès et qualité de la régulation menstruelle et des soins post-abortum au Bangladesh : Évidence d'une enquête sur les établissements de santé*, 2014 (New York : Guttmacher Institute, 2017) : 7, <https://www.guttmacher.org/report/menstrual-regulation-postabortion-care-bangladesh>.
 Katherine L. Turner (ed.), *Guide d'étude sur l'avortement médical* (2e édition) (Chapel Hill, NC : Ipas, 2013) : 88, <https://ipas.org/Ressources/medical-abortion-study-guide-second-edition..>
 5. Organisation mondiale de la santé (OMS), *Avortement sans risque: Directives techniques et politiques à l'intention des systèmes de santé* (Genève : OMS, 2012), iv, <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe-abortion/9789241548434/en?Turner>, Guide d'étude sur l'avortement médicamenteux, 88.
 7. Nations Unies, *Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement*, Le Caire, 5-13 Septembre 1994, édition du 20e anniversaire (New York : UNFPA, 2014), paragraphe 7.2., http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf.
 Nations Unies, *Programme d'action*, para 7.3.
 Il s'agit d'une définition de travail et non d'une position officielle de l'OMS. Voir : OMS, "Santé sexuelle et reproductive", http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/; OMS, "Santé sexuelle et reproductive".
 Extrait du site Internet de l'OMS : http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_Definitions/fr/.
 Turner, *Guide d'étude sur l'avortement médicamenteux*, 89.
 OMS, *Avortement sans risque*, iv, 40-42.
 OMS, *Avortement sans risque*, 18-19.

abortion/9789241548434/en?Turner, Guide d'étude sur l'avortement médicamenteux, 88.
 7. Nations Unies, Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 Septembre 1994, édition du 20e anniversaire (New York : UNFPA, 2014), paragraphe 7.2., http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf.
 Nations Unies, Programme d'action, para 7.3.
 Il s'agit d'une définition de travail et non d'une position officielle de l'OMS. Voir : OMS, "Santé sexuelle et reproductive", http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/; OMS, "Santé sexuelle et reproductive".
 Extrait du site Internet de l'OMS : http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_Definitions/fr/.
 Turner, Guide d'étude sur l'avortement médicamenteux, 89.
 OMS, Avortement sans risque, iv, 40-42.
 OMS, Avortement sans risque, 18-19.

LE RÔLE DES INSTRUMENTS INTERNATIONAUX DE DROITS DE L'HOMME DANS LE PLAIDOYER POUR LE DROIT À UN AVORTEMENT SÉCURISÉ

Ce dossier tente de cartographier et de situer le droit de femmes à l'avortement sécurisé dans le cadre plus large des droits de l'homme. Il explorera les principaux traités relatifs aux droits de l'homme pour comprendre et élucider les droits qui concernent l'avortement.

Les défenseurs de droits à la santé sexuelle et reproductive (DSSR) ont placé l'avortement dans le domaine plus large de droits reproductifs. Cependant, le terme «droits reproductifs» n'a encore pas été correctement défini par aucune convention internationale des droits de l'homme et son contenu et sa portée restent controversée même aujourd'hui.

Une interprétation précoce et étroite du terme droit reproductif a limité à l'accès à la planification familiale. La Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue au Caire

en 1994 a marqué un changement de paradigme pour aborder les questions de la santé et la reproduction humaines, où pour la toute première fois, «la capacité de reproduction de femmes est passée d'un objet de contrôle de la population à une question d'autonomisation de femmes d'exercer leur autonomie personnelle en ce qui concerne leur santé sexuelle et reproductive dans leurs contextes social, économique et politique. » Le Programme d'action de la CIPD a présenté une position plus large sur les droits reproductifs qui « englobent certains droits de l'homme déjà reconnus dans les lois nationales, les documents internationaux de droits de l'homme et autres documents de consensus des Nations Unies pertinents. » Les chercheurs et les organisations soutenant cette position englobent 12 droits: le droit à la vie; le droit à la santé; le droit à la liberté, à la sécurité et à l'intégrité personnelles; le droit

Par Dhivya Kanagasingam

Email: dhivya@arrow.org.my

et Mala Chalise

Email: mala@arrow.org.my

Centre Asie-Pacifique de
Recherche et de Ressources pour
les Femmes (ARROW)

de ne pas subir la violence sexuelle et sexiste; le droit de décider du nombre et d'espacement des enfants; le droit à la vie privée; le droit à l'égalité et à la non-discrimination; le droit de consentir au mariage et l'égalité dans le mariage; le droit à l'emploi et à la sécurité sociale; le droit à l'éducation; le droit d'être à l'abri des pratiques qui nuisent aux femmes et aux filles; et le droit de bénéficier des progrès scientifiques. C'est grâce à cette incorporation de droits reproductifs que le droit à l'avortement sans risque peut être clairement inscrit dans les traités et conventions existants.

L'interprétation progressive de droits de l'homme par les organes conventionnels qui inclut l'avortement, met les défenseurs dans une meilleure position pour tenir les États parties responsables des obligations qui garantissent l'accès aux services

d'avortement sécurisé.

Les aspects du droit à l'avortement sécurisé sont cités dans différents cadres de droits humains. Ces instruments internationaux ont évolué pour reconnaître le refus de soins d'avortement comme une violation des droits humains fondamentaux de femmes et de filles.

Les observations / recommandations générales publiées par les organes créés en vertu d'instruments relatifs aux droits de l'homme ne sont pas juridiquement contraignantes mais ont un caractère hautement autoritaire avec une base juridique. Comme le prévoit l'article 31 de la Convention de Vienne de 1965 sur la loi de traités, lors de la ratification d'un traité, les États conviennent que les instruments tels que les organes conventionnels jouent un rôle dans l'interprétation du traité. Par conséquent, L'interprétation progressive de droits de l'homme par les organes conventionnels qui inclut l'avortement, met les défenseurs dans une meilleure position pour tenir les États parties responsables des obligations qui garantissent l'accès aux services d'avortement sécurisé. Dans cette optique, les organes internationaux de défense des droits de l'homme peuvent, indiscutablement, être un outil catalytique pour défendre les droits aux services d'avortement sécurisé.

Il est impératif que les défenseurs continuent de faire pression pour l'avortement à travers ces droits existants, en particulier en l'absence d'une reconnaissance indépendante du «droit à l'avortement sans risque». Les défenseurs doivent utiliser cette tendance vers une interprétation plus progressiste de traités et de conventions par les organes des droits de l'homme pour faire pression sur des questions telles que l'accès aux soins post-avortement, la dépénalisation de l'avortement pour les femmes en général et le droit de femmes d'accéder

à l'avortement sur demande, ce qui est actuellement non couvert par aucun commentaire général ni recommandation.

Le tableau ci-dessous démontrent les domaines fondamentaux dans les conventions de droits de l'homme, qui indiquent où se situe le droit à l'avortement selon l'interprétation actuelle des experts des organes conventionnels. Ce processus de cartographie identifie également les droits de l'homme qui sont clairement liés à l'accès à l'avortement mais qui n'ont pas été explicitement reconnus par les comités des droits de l'homme à travers des observations générales et de recommandations.

GRANDS INSTRUMENTS JURIDIQUES INTERNATIONAUX ET LES DROITS QUI SONT PERTINENTS À L'AVORTEMENT	OBSERVATIONS GÉNÉRALES SÉLECTIONNÉES DU COMITÉ DE SUIVI RELATIVES AU DROIT À L'AVORTEMENT SANS RISQUE	INTERPRÉTATION DE LA RECOMMANDATION/OBSERVATION GÉNÉRALE
LA CONVENTION INTERNATIONALE POUR L'ÉLIMINATION DE TOUTES LES FORMES DE DISCRIMINATION RACIALE (ICERD) (21 DÉCEMBRE 1965)		
Le Droit à la Santé Publique et aux Soins Médicaux [Art.5.e. (iv)]	Implicite Thème: Dimension de la discrimination raciale liée au genre	Le Comité prendra en considération le genre lorsqu'il analysera comment la discrimination raciale influe sur l'exercice de tous les autres droits garantis par les conventions relatives aux droits de l'homme. Ces droits impliqueraient le droit à la vie et à la santé, qui sont menacés sans accès à un avortement sécurisé
Le Droit à la Sécurité [Art. 5 (b)]	«Dans ses travaux, le Comité s'efforcera de tenir compte de facteurs sexospécifiques ou de problèmes liés au sexe qui peuvent être liés à la discrimination raciale» dans les domaines tels que «... les désavantages, les obstacles et les difficultés auxquels les femmes sont confrontées dans l'exercice et la jouissance de leurs droits civils, politiques et culturels sur base de leur origine raciale, leur couleur, leur ascendance ou leur origine nationale ou ethnique	
Le Droit à la Liberté [Art.5.d (viii)]		
LE PACTE INTERNATIONAL RELATIF AUX DROITS CIVILS ET POLITIQUES (PIDCP) (16 DÉCEMBRE 1966)		
Le Droit à la Vie (Art 6.1)	Implicite «Les États parties doivent prendre des mesures pour augmenter le seuil de la vie.»	Étant donné que les données établissent la relation entre l'avortement à risque et la mortalité maternelle, une «mesure» pour augmenter le seuil de la vie peut être implicite pour inclure les services d'avortement sécurisés pour sauver des vies
Les Droits à l'Égalité et à être Libre de toute Discrimination basée sur le Sexe (Art.3)	Implicite Au sujet de l'Observation générale 28 (article 3), le Comité de Droits de l'Homme a demandé aux États, lorsqu'ils rendent compte sur le droit à la vie de femmes, de rendre aussi compte de «toutes les mesures prises par l'État pour aider les femmes à prévenir les grossesses et leur assurer de ne pas subir les avortements clandestins menaçant la vie».	Le commentaire situe l'avortement à risque dans le contexte de l'interruption d'une grossesse non désirée et ne commente aucun aspect de l'avortement. Cependant, on peut en déduire que l'avortement à risque entrave le droit des femmes à la vie et, par conséquent, offre une base pour pousser à l'activisme sur le droit à l'avortement sécurisé
	Implicite En ce qui concerne la protection des enfants, le Comité demande à l'État partie d'indiquer s'il «donne accès à l'avortement sans risque aux femmes qui sont tombées enceintes à la suite d'un viol. Les États parties devraient également fournir au Comité des informations sur les mesures visant à prévenir l'avortement forcé ou la stérilisation forcée.	Le langage utilisé dans ce commentaire appelle implicitement à élargir les bases juridiques de services d'avortement sécurisé dans des circonstances telles que le viol et la prévention d'avortements forcés afin que les jeunes femmes soient garanties leurs droits fondamentaux.
	Explicite «Un autre cas où l'État ne peut pas respecter la vie privée des femmes est lié à... l'imposition d'une obligation légale aux médecins et autres personnels de santé de signaler les cas de femmes ayant subi un avortement ».	Comme indiqué dans l'Observation générale 28 (article 3), les femmes ont droit à la vie privée et à la confidentialité lorsqu'elles ont accès aux services d'avortement. On peut également interpréter que comme seules les femmes et les filles tombent enceintes et ont besoin d'un avortement sécurisé, le refus de ces services est interprété comme une discrimination fondée sur le sexe.

GRANDS INSTRUMENTS JURIDIQUES INTERNATIONAUX ET LES DROITS QUI SONT PERTINENTS À L'AVORTEMENT	OBSERVATIONS GÉNÉRALES SÉLECTIONNÉES DU COMITÉ DE SUIVI RELATIVES AU DROIT À L'AVORTEMENT SANS RISQUE	INTERPRÉTATION DE LA RECOMMANDATION/OBSERVATION GÉNÉRALE
Le Droit à la Vie Privée (Art. 17)		Bien que le Comité n'ait pas émis directement d'observations sur l'article 17 en établissant un lien entre le droit à la vie privée et l'avortement, il s'est inquiété du droit de femmes à la vie privée lorsqu'elles ont accès aux services d'avortement à travers ses commentaires sur l'article (3).
LE PACTE INTERNATIONAL RELATIF AUX DROITS ÉCONOMIQUES, SOCIAUX ET CULTURELS (PIDESC) (16 DÉCEMBRE 1966)		
Le Droit à la Santé (Art. 12)	Implicite Les États parties sont appelés à mettre en œuvre des mesures pour «améliorer la santé infantile et maternelle, les services de santé sexuelle et reproductive...».	L'avortement est considéré intrinsèquement comme faisant partie intégrante de services de santé sexuelle et reproductive.
	Implicite Il est recommandé aux États parties de «supprimer toutes les barrières à l'accès de femmes aux services de santé, à l'éducation et à l'information, y compris dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive».	L'avortement étant l'un des domaines critiques de la santé sexuelle et reproductive, l'appel à éliminer les obstacles à l'utilisation de services de santé, de l'éducation et de l'information s'applique également à l'avortement.
	Implicite Les États parties devraient «intégrer une perspective sexospécifique dans leurs politiques, leur planification, leurs programmes et leurs recherches en matière de santé».	La recommandation concerne l'avortement car il s'agit d'un problème de santé.
Le Droit à l'Égalité et à être Libre de toute Discrimination Sexiste (Art. 3)	Implicite Le Comité appelle les États parties à «supprimer les restrictions légales aux dispositions relatives à la santé reproductive».	Ce commentaire peut être interprété comme incluant la suppression de toutes les restrictions légales à l'accès à l'avortement
Le Droit de Profiter des Avantages du Progrès Scientifique et de son Application [Art. 15 (1) (b)]		La criminalisation continue de l'avortement viole le droit de femmes de profiter des avantages du progrès scientifique et son application dans le domaine de la santé génésique. Cependant, cela n'a pas encore été reconnu dans un commentaire du comité.
LA CONVENTION SUR L'ÉLIMINATION DE TOUTES LES FORMES DE DISCRIMINATION À L'ÉGARD DE FEMMES (CEDAW) (16 DÉCEMBRE 1979)		
Le Droit à l'Égalité et à ne pas Subir la Discrimination basée sur le Sexe (Art. 1, 2 et 3)		Bien qu'il n'existe actuellement aucune recommandation générale liant l'avortement au droit à l'égalité et à la liberté de ne pas subir de discrimination en vertu de la CEDEF, il a été reconnu comme une discrimination dans d'autres traités et conventions de ce tableau.

GRANDS INSTRUMENTS JURIDIQUES INTERNATIONAUX ET LES DROITS QUI SONT PERTINENTS À L'AVORTEMENT	OBSERVATIONS GÉNÉRALES SÉLECTIONNÉES DU COMITÉ DE SUIVI RELATIVES AU DROIT À L'AVORTEMENT SANS RISQUE	INTERPRÉTATION DE LA RECOMMANDATION/OBSERVATION GÉNÉRALE
Thème: Violence Sexo-spécifique	<p>Explicite «Les violations de droits à la santé sexuelle et reproductive de femmes, telles que... la criminalisation de l'avortement, le refus ou le report de l'avortement sécurisé et des soins post-avortement, la continuité forcée de la grossesse... sont des formes de violence sexiste qui, selon les circonstances, peuvent constituer de la torture ou un traitement cruel, inhumain ou dégradant.».</p> <p>La stérilisation ou l'avortement obligatoire nuit à la santé physique et mentale de femmes et porte atteinte au droit de femmes de décider du nombre et de l'espacement des enfants ».</p>	<p>Cette recommandation situe explicitement le refus ou le retard de l'avortement sécurisé et des soins post-avortement, et la continuité forcée de la grossesse comme une forme de violence sexiste et, dans certaines circonstances, de torture.</p> <p>Il cadre également l'autonomie de femmes de choisir d'avoir un avortement en tant qu'élément intégral de cette prise de décision sans laquelle peut être une forme de violence sexiste.</p>
Le Droit à la Santé, à la Santé Reproductive et à la Planification Familiale [Art.11.1 (f), Art.11.3, Art.12, Art.14.2 (b)]	<p>Explicite «Bien que le manque de respect de la confidentialité des patients affecte les hommes et les femmes, il peut dissuader les femmes de demander conseil et traitement et ainsi nuire à leur santé et à leur bien-être. Les femmes seront moins disposées, pour cette raison, à demander des soins médicaux pour les maladies de l'appareil génital, pour la contraception ou pour un avortement incomplet et dans les cas où elles ont subi des violences sexuelles ou physiques ».</p>	<p>Cette recommandation suggère que le manque de respect à la vie privée viole les droits de femmes à la santé et pourrait empêcher les femmes de se faire soigner pour des procédures d'avortements incomplets et même à risque.</p>
Le Droit de Déterminer du Nombre et de l'Espace de ses Enfants [Art. 16.1 e)]	<p>Implicite « Il est discriminatoire de la part de l'État de refuser de fournir légalement la prestation de certains services de santé reproductive pour les femmes »."</p> <p>Les États devraient «donner la priorité à la prévention de grossesses non désirées... Dans la mesure du possible, la législation criminalisant l'avortement devrait être amendée, afin de retirer les mesures punitives imposées aux femmes qui subissent un avortement.»</p> <p>Les États devraient protéger les droits de femmes à l'autonomie, à la vie privée, à la confidentialité, au consentement éclairé et au choix.</p>	<p>Le langage de cette recommandation suggère que le refus de fournir l'avortement légal et les mesures qui protègent l'autonomie, la vie privée, la confidentialité, le consentement éclairé et le choix de femmes pourraient être déduit comme une violation du droit de la femme de déterminer le nombre et l'espace de ses enfants.</p> <p>On peut également interpréter que comme seules les femmes et les filles tombent enceintes et ont besoin d'un avortement sécurisé, le refus de ces services est interprété comme une discrimination fondée sur le sexe.</p>

GRANDS INSTRUMENTS JURIDIQUES INTERNATIONAUX ET LES DROITS QUI SONT PERTINENTS À L'AVORTEMENT	OBSERVATIONS GÉNÉRALES SÉLECTIONNÉES DU COMITÉ DE SUIVI RELATIVES AU DROIT À L'AVORTEMENT SANS RISQUE	INTERPRÉTATION DE LA RECOMMANDATION/OBSERVATION GÉNÉRALE
Thème: Accès des Femmes à la Justice	<p>Explicite</p> <p>«Les États parties sont tenus, en vertu des articles 2 et 15... de veiller à ce que les femmes aient accès à la protection et aux recours offerts par le droit pénal et qu'elles ne soient pas exposées à la discrimination. Certains codes pénaux ou actes et / ou codes de procédure pénale sont discriminatoires à l'égard de femmes... (b) en criminalisant les comportements qui ne peuvent être pratiqués que par les femmes, comme l'avortement.</p> <p>«Les femmes sont également criminalisées de manière disproportionnée en raison de leur situation ou de leur statut, comme.... Avoir subi un avortement.»</p>	Le langage de cette recommandation souligne la nécessité de dépénaliser les situations et les statuts qui impliquent uniquement ou de manière disproportionnée les femmes, en mentionnant spécifiquement l'avortement pour garantir l'obligation des États en vertu des articles 2 et 15 de la CEDEF.
LA CONVENTION CONTRE LA TORTURE ET AUTRES PEINES OU TRAITEMENTS CRUELS, INHUMAINS OU DÉGRADANTS (CAT) (10 DÉCEMBRE 1984)		
Le Droit de ne pas Subir des Traitements Cruels, Inhumains et Dégadants (Article 2)	<p>Implicite</p> <p>Le Comité identifie que les femmes et les filles sont exposées au risque de «privation de liberté, de traitement médical, en particulier impliquant des décisions en matière de procréation, et de violence» et exhorte les États parties à prendre les mesures nécessaires pour les prévenir. »</p>	Cette observation reconnaissait que les femmes et les filles étaient exposées au risque de «privation de liberté, de traitement médical, impliquant en particulier des décisions en matière de procréation, et de violence», ce qui peut être interprété comme incluant également la décision d'interrompre une grossesse.
LA CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT (CRC) (20 NOVEMBRE 1989)		
Le Droit à la Santé (Art 24)	<p>(Ceci est un commentaire général basé sur un thème)</p> <p>Explicite</p> <p>Le Comité exhorte les États à «dépénaliser l'avortement pour garantir que les filles aient accès aux services d'avortement sécurisés et post-avortement, à revoir la législation en vue de garantir l'intérêt supérieur des adolescentes enceintes et à veiller à ce que leurs opinions soient toujours entendues et respectées lors de décisions relatives à l'avortement.»</p> <p>Explicite</p> <p>Reconnaît que le consentement volontaire et éclairé de l'adolescent doit être obtenu, que le consentement d'un parent ou d'un tuteur soit requis ou non pour tout traitement ou procédure médicale.</p> <p>Explicite</p> <p>Reconnaît que l'État devrait supprimer les exigences de troisième autorisation pour les informations et les services de santé sexuelle et reproductive.</p>	Publié par le Comité de droits de l'enfant, l'Observation générale n° 20 sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence est un outil important pour défendre le droit des adolescents à l'avortement sans risque. Le comité a fermement préconisé que les adolescents aient accès aux services d'avortement sécurisé et post-avortement quel que soit le statut juridique de l'avortement, et a, en outre, engagé les gouvernements à dépénaliser l'avortement, retirer l'autorisation parentale et obtenir le consentement éclairé des adolescents tout en accédant aux services d'avortement sécurisé.

GRANDS INSTRUMENTS JURIDIQUES INTERNATIONAUX ET LES DROITS QUI SONT PERTINENTS À L'AVORTEMENT	OBSERVATIONS GÉNÉRALES SÉLECTIONNÉES DU COMITÉ DE SUIVI RELATIVES AU DROIT À L'AVORTEMENT SANS RISQUE	INTERPRÉTATION DE LA RECOMMANDATION/OBSERVATION GÉNÉRALE
<p>Le droit à la Vie, à la Liberté et à la Sécurité [Art.6, 37 (b), 37 (c), 37 (d)]</p> <p>Le Droit de ne pas Subir des Traitements Cruels, Inhumains ou Dégradants [Article 37 a)]</p> <p>Le Droit à l'Égalité et à ne pas Subir la Discrimination basée sur le Sexe [Art.2]</p>		<p>Bien que l'avortement soit un aspect critique pour garantir ces droits, pour l'instant, le comité ne l'a pas reconnu comme tel dans un commentaire général.</p>
LA CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DES PERSONNES HANDICAPÉES (CRPD), (13 DÉCEMBRE 2006)		
Le Droit à la Santé (Art 24)	<p>«Certaines formes de violence, d'exploitation et d'abus peuvent être considérées comme des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants et comme une violation d'un certain nombre de traités internationaux relatifs aux droits de l'homme. Parmi celles-ci figurent: la grossesse ou la stérilisation forcée, coécisée, et autrement involontaire, toute procédure ou intervention médicale effectuée sans consentement libre et éclairé, y compris les procédures et interventions liées à la contraception et à l'avortement... ».</p>	
	<p>«Les femmes handicapées peuvent également se voir refuser l'accès à l'information et à la communication... Les informations peuvent également être disponibles dans des formats accessibles. Les informations sur la santé sexuelle et reproductive comprennent des informations sur tous les aspects de la santé sexuelle et reproductive, y compris... L'avortement sécurisé et les soins après avortement.»</p>	<p>Dans l'Observation générale N° 3, la CRPD établit clairement que les femmes et les filles handicapées ne reçoivent pas d'informations complètes sur divers problèmes de santé sexuelle et reproductive, y compris l'avortement sécurisé, même si elles devraient en recevoir, car elles sont perçues comme asexuées.</p>
	<p>«Toutes les femmes handicapées doivent pouvoir exercer leur capacité juridique en prenant leurs propres décisions, avec un soutien si désiré, en ce qui concerne le traitement médical et / ou thérapeutique, y compris en prenant leurs propres décisions sur le maintien de leur fertilité et de leur autonomie reproductive, en exerçant leur droit de choisir le nombre et l'espacement des enfants, de consentir et d'accepter une déclaration de paternité et d'exercer son droit d'établir des relations. La restriction ou la suppression de la capacité juridique peut faciliter les interventions forcées, telles que la stérilisation, l'avortement »</p>	

Notes & Références

¹Carmel Shalev, "Droits à la santé sexuelle et reproductive : La CIPD et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (présentation d'un document, Conférence internationale sur la santé reproductive, Mumbai, Inde, 15-19 mars 1998), <http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/shalev.htm>.

²Nations unies, Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (PA-CIPD) (18 octobre 1994), paragraphe 7.3, <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>.

³Julia Gebhard et Diana Trimiño, " Les droits reproductifs, la réglementation internationale ", Max Plank Encyclopédie de droit international public (Heidelberg et Oxford University Press, 2012), <http://www.corteidh.or.cr/tablas/r16912.pdf>.

⁴Johanna B. Fine, Katherine Mayall, et Lillian Sepulveda, " Le rôle des normes internationales des droits de l'homme dans la libéralisation de l'avortement au niveau mondial ", *Health and Human Rights Journal* 19, no. 1 (2017) : 69-80.

⁵Chacun des organes de traités publie son interprétation des dispositions de son traité respectif sur les droits de l'homme sous la forme d'observations générales ou de recommandations générales.

⁶Deutsches Institut für Menschenrechte, " Quels sont les commentaires généraux ", consulté le 3 juillet 2018, <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/en/topics/development/frequently-asked-questions/9-what-are-general-comments/>.

⁷Nations unies, Convention de Vienne sur le droit des traités 1965, article 31, <https://treaties.un.org/doc/publication/unts/volume%201155/volume-1155-i-18232-french.pdf>.

⁸Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme, Recommandation générale XXV : Dimensions de la discrimination raciale liées au genre (20 mars 2000), paragraphe 3, http://www.bayefsky.com/general/cerd_genecom_25.php

⁹Comité des droits de l'homme (CDH), Observation générale 6, article 6 (16e session, 1982), dans *Compilation des observations générales et recommandations générales des organes créés en vertu d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme*, 114, 5, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.5 (2001).

¹⁰CDH, Observation générale n° 28 : Égalité des droits entre hommes et femmes (art. 3) (68e session, 2000), paragraphe 10, U.N. Doc. N.U. CCPR/C/21/Rev.1/Add.10 (2000).

¹¹Comité des droits de l'homme, Observation générale n° 28 : Égalité des droits entre hommes et femmes (art. 3) (68e session, 2000), paragraphe 11, U.N. Doc. N.U. CCPR/C/21/Rev.1/Add.10 (2000).

¹²CDH, Observation générale 28 : Égalité des droits entre hommes et femmes (art. 3) (68e sess, 2000), dans *Compilation des observations générales et recommandations générales des organes créés en vertu d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme*, p. 168, ¶ 20, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.5 (2001).

¹³CDH, Observation générale 28 : Égalité des droits entre hommes et femmes (art. 3) (68e session, 2000), dans *Compilation des observations générales et recommandations générales des organes créés en vertu d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme*, p. 168, § 20, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.5 des Nations unies (2001).

¹⁴Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR), Observation générale 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12) (22e session, 2000), en compilation des observations générales et des recommandations générales des organes de traités des droits de l'homme, p. 90, 14, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.5 (2001) des Nations unies.

¹⁵CESCR, Observation générale 14 (art. 12).

¹⁶CESCR, Observation générale 14 (art. 12).

¹⁷CESCR, Observation générale n° 16, article 3 : Le droit égal des hommes et des femmes au bénéfice de tous les droits

économiques, sociaux et culturels (29), <https://www.escr-net.org/Ressources/general-comment-n-16-article-3-equal-right-menand-women-enjoyment-all-economic-social-and>.

¹⁸Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), recommandation générale n° 35 sur la violence sexiste à l'égard des femmes, paragraphe 18.

¹⁹CEDAW, Recommandation générale n° 24 sur l'article 12 : Les femmes et la santé, paragraphe 12 (d), U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.5 (2001) des Nations unies.

²⁰CEDAW, recommandation générale 24, paragraphe 11.

²¹CEDAW, recommandation générale 24, paragraphe 31(c).

²²CEDAW, recommandation générale 24, paragraphe 31(e).

²³CEDAW, Recommandation générale 33 : Accès des femmes à la justice, paragraphe 47(b), U.N. Doc. N.U. CEDAW/C/GC/33 (2015).

²⁴CEDAW, recommandation générale 33, paragraphe 49.

²⁵Convention des Nations unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, https://en.wikisource.org/wiki/United_Nations_Convention_against_Torture_and_Other_Cruel,_Inhuman_or_Degrading_Treatment_or_Punishment. (La numérotation de cette référence ne correspond pas à la numérotation du document original, car il n'y a pas de numéro 25. Elle doit donc être vérifiée deux fois)

²⁶Comité des droits de l'enfant (CDE), Observation générale n° 20 (2016) sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence (paragraphe 60), https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC/C/GC/20&Lang=fr.

²⁷CRC, Observation générale n° 20 (paragraphe 39). (La numérotation de cette référence ne correspond pas non plus à la numérotation du document original car il n'y a pas de n° 27. Il faut donc procéder à une double vérification de la somme)

²⁸CRC, Observation générale n° 20 (paragraphe 60).

²⁹CRPD, Observation générale n° 3 (paragraphe 32).

³⁰CRPD, Observation générale n° 3 (paragraphe 40).

³¹CRPD, Observation générale n° 3 (paragraphe 44).

EQUIPE Éditoriale

Sivananthi Thanenthiran, Directrice
Exécutive, ARROW

Mangala Namasivayam, Rédacteur en chef et
Gestionnaire de Programme pour l'Information
et la Communication, ARROW

Azra Abdul Cader, Gestionnaire de
programme, Suivi et Génération de Preuves,
ARROW

Sai Jyothir Mai Racherla, Directeur (trice) de
Programme, ARROW

RÉVISEURS INTERNES

Azra Abdul Cader
Biplabi Shrestha
Dhivya Kanagasingam
Mala Chalise
Naz Chowdhury
Nisha Santhar
Seow Kin Teong

EXPERT RÉVISEURS EXTERNES

Kathryn Andersen, Directeur (trice)
Scientifique et Technique, Ipas
Marevic (Bing) H. Parcon, Coordinatrice
Régional Asie, WGNRR
Sarah Soysa, Co-fondatrice, Youth Advocacy
Network, Sri Lanka
T.K. Sundari Ravindran, Professeur, Achutha
Menon Centre for Health Science Studies
(AMCHSS), Sree Chitra Tirunal Institute
for Medical Sciences and Technology,
Trivandrum, India

ÉDITEUR DE COPIE

Maria Melinda (Malyn) Ando

ARTISTE DE LA CONCEPTION

Nicolette Mallari

PHOTO DE COUVERTURE

blvdone/Shutterstock.com

TRADUCTION

Nondo Ejano,
Coordonateur Régional, WGNRR Afrique

VERIFICATRICE DE TRADUCTION:

Phonsina Archane Ebankoli - Ngoma,
Traductrice Français, Lingala et Anglais;

CONCEPTEUR MISE EN PAGE:

Leone Kioko
Graphiste et Web Designer

Nous tenons également à remercier les personnes suivantes qui ont apporté leurs idées lors de la conceptualisation du bulletin: Azra Abdul Cader, Babu Ram Pant, Bagus Sosroseno, Dhivya Kanagasingam, Hwei Mian Lim, Mangala Namasivayam, Mary Gyknell Tangente, Marevic (Bing) H Parcon, Nisha Santhar, Preeti Kannan, Seow Kin Teong, Renu Khanna, Sai Jyothir Mai Racherla, Samreen Shahbaz, Sivananthi Thanenthiran et Sundari Ravindran.

ARROW for Change (AFC) est un bulletin thématique révisé par des pairs qui vise à apporter des analyses et des perspectives du Sud / Asie-Pacifique, fondées sur les droits et centrées sur les femmes, aux discours mondiaux sur les problèmes émergents et persistants liés à la santé, à la sexualité et aux droits. AFC est produit deux fois par an en anglais et traduit dans certaines langues plusieurs fois par an. Il s'adresse principalement aux décideurs d'Asie-Pacifique et du monde entier dans le domaine des droits des femmes, de la santé, de la population et des organisations de santé et de droits sexuels et reproductifs. Le bulletin est élaboré avec la contribution d'individus et d'organisations clés de la région Asie-Pacifique et du Centre de Partage de Connaissances DSSR d'ARROW (ASK-us!).



Ce travail est sous licence Créative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International License. Pour afficher une copie de cette licence, visitez <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>. Toute partie du texte de la publication peut être photocopiée, reproduite, stockée dans un système de recherche, ou transmise sous quelque forme que ce soit par tout moyen, ou adaptée et traduite pour répondre aux besoins locaux, à des fins non commerciales et sans but lucratif. Toutes les formes de copies, reproductions, adaptations et traductions par des moyens mécaniques, électriques ou électroniques doivent mentionner ARROW comme source. Une copie de la reproduction, de l'adaptation et / ou de la traduction doit être envoyée à ARROW. Pour un usage commercial, demandez l'autorisation à arrow@arrow.org.my. Les droits d'auteur des images utilisées restent la propriété des détenteurs de droits d'auteur respectifs.

Tous les numéros de l'AFC peuvent être téléchargés gratuitement sur www.arrow.org.my

Les commentaires et demandes de renseignements concernant les contributions sont les bienvenus. Veuillez les envoyer à:

Le rédacteur en chef, ARROW for Change
Centre de Ressources et de Recherche Asie-Pacifique pour les Femmes (ARROW)
No. 1 & 2 Jalan Scott, Brickfields
50470 Kuala Lumpur, Malaysia
Tel.: +603 2273 9913/9914
Fax: +603 2273 9916

Email: afc@arrow.org.my; arrow@arrow.org.my
Site web: www.arrow.org.my
Facebook: <https://www.facebook.com/ARROW.Women>
Twitter: @ARROW_Women
YouTube: ARROWomen
Pinterest: arrowwomen