

Droits sexuels et reproductifs en Europe : entre menaces et progrès

Véronique Séhier

novembre 2019



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ - ÉGALITÉ - FRATERNITÉ



CONSEIL ÉCONOMIQUE
SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL

2019-25

NOR : CESL110025X

mardi 22 octobre 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE

Mandature 2015-2020 – Séance du Bureau du mardi 22 octobre 2019

DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS EN EUROPE : ENTRE MENACES ET PROGRÈS

Étude du Conseil économique, social et environnemental présentée par

Véronique Séhier

Au nom de la

délégation aux droits des femmes et à l'égalité

Question dont le Conseil économique, social et environnemental a été saisi par décision de son bureau en date du 13 février 2018 en application de l'article 3 de l'ordonnance no 58-1360 du 29 décembre 1958 modifiée portant loi organique relative au Conseil économique, social et environnemental. Le bureau a confié à la délégation aux droits des femmes et à l'égalité la préparation d'une étude intitulée : *Droits sexuels et reproductifs en Europe : entre menaces et progrès*. La délégation aux droits des femmes et à l'égalité, présidée par Mme Emelyne Weber, a désigné Mme Véronique Séhier comme rapporteure.

ÉTUDE	5
Introduction	6
<i>Chapitre 1 Les droits et la santé sexuelle et reproductive : entre progrès, entraves et remises en cause</i>	8
I - DES AVANCÉES CRUCIALES DEPUIS 50 ANS	8
A - Les droits sexuels et reproductifs, enjeux fondamentaux pour toutes et tous	8
1. Une composante des droits humains fondamentaux	8
2. Un levier pour l'égalité entre femmes et hommes	9
3. Un levier de développement économique et social	10
4. Un sujet politique en lien avec la démocratie et l'égalité	10
B - Une reconnaissance progressive mais encore incomplète dans les textes juridiques	11
1. Au niveau international	12
2. Au niveau européen	13
3. En France	15
C - Des progrès concrets pour les femmes	19
1. L'évolution des pratiques en France	19
2. Une meilleure participation socio-économique des femmes	20
3. Les enjeux en termes de santé publique	21
II - UN ACCÈS AUX DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS ENTRAVÉ PAR DE NOMBREUX OBSTACLES, RESISTANCES ET CONTESTATIONS CROISSANTES	22
A - Un état des lieux contrasté des législations dans l'Union européenne	22
1. Des droits inégalement reconnus	22
2. Les facteurs de disparité	29
3. Des évolutions contrastées qui mettent en évidence le risque de réversibilité de ces droits	30
B - Une montée en puissance des mouvements anti-choix	32
1. Qui sont-ils?	32
2. Quel est leur projet?	33
3. La structuration des mouvements anti-choix	34
4. Quels sont leurs vecteurs d'action?	35
III - DE NOUVEAUX DROITS EN DÉBAT	38
A - Les droits des personnes LGBTQI+	38
1. La lutte contre les LGBT-phobies et les discriminations selon l'orientation sexuelle et l'identité de genre	39
2. Les enjeux relatifs à la conjugalité de personnes de même sexe et leur filiation	44
3. Les droits des personnes transgenres et intersexes	45
B - La procréation médicalement assistée	47
1. L'état de la législation en France	47
2. La question de l'extension de la PMA aux couples lesbiens et aux femmes seules	48
3. La révision de la loi bioéthique	50

*Chapitre 2 La situation fragile des droits sexuels en Europe:
l'exemple de l'avortement, de la contraception et de
l'éducation à la sexualité* 51

I - FOCUS 1 : L'AVORTEMENT: QUELS OBSTACLES AUJOURD'HUI?.....	51
A - Les obstacles législatifs et procéduraux.....	51
1. Les conditions législatives	52
2. Les conditions procédurales	53
B - Les obstacles d'ordre culturel.....	53
C - Les inégalités territoriales.....	54
D - Les obstacles financiers	57
E - Les délais légaux.....	57
1. Panorama européen	57
2. Les dépassements du délai légal en France	58
F - Le choix de la méthode.....	60
1. Les méthodes utilisées aujourd'hui	60
2. L'importance de la liberté de choix	61
G - La clause de conscience.....	62
1. Les normes internationales	62
2. En Europe	62
3. En France	63
4. L'impact de la clause de conscience sur l'accès aux soins	63
5. Les éléments du débat	65
II - FOCUS 2 : L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ	67
A - Les organisations internationales	67
1. Les principes directeurs internationaux de l'UNESCO	67
2. Les standards pour l'éducation sexuelle en Europe de l'OMS	68
B - L'éducation à la sexualité en Europe et en France.....	68
1. Panorama européen	68
2. La France	70
C - Les limites et les débats.....	71
1. Les oppositions et polémiques	71
2. Les lacunes de l'éducation à la sexualité en France	72
3. Une éducation indispensable	74
III - FOCUS 3 : LA CONTRACEPTION.....	77
A - L'accès à la contraception	77
1. Une légalisation permise par la mobilisation des associations féministes	77
2. Une couverture perfectible en Europe	78
3. Des différences importantes de méthodes selon les pays	79
4. Un droit toujours discuté	80
B - Les freins à la contraception	81
1. Les représentations socioculturelles et la norme contraceptive	81
2. L'accès à l'information	82
3. Les inégalités territoriales	83
4. Les inégalités socio-économiques	84

Sommaire

C - Les enjeux de la contraception	85
1. L'implication des hommes dans la contraception	85
2. La contraception définitive (ou stérilisation à visée contraceptive)	86
3. La liberté de choisir sa méthode de contraception	87
Conclusion : des pistes pour consolider les droits sexuels et reproductifs au niveau européen	88
ANNEXES	91
N°1 Composition de la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité à la date du vote	92
N°2 Résultat des votes par groupe en réunion de délégation, le 10 octobre 2019..	94
N°3 Liste des personnalités auditionnées ou entendues en entretien	95
N°4 Bibliographie.....	98
N°5 Table des sigles	104

Étude

Présentée au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité

DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS EN EUROPE : ENTRE MENACES ET PROGRÈS

Véronique Séhier

Introduction

Les droits sexuels et reproductifs¹ sont la condition indispensable à l'autonomie des femmes et à leur émancipation, ainsi qu'à la réalisation de l'égalité entre les femmes et les hommes et entre toutes les personnes, quelles que soient leur identité de genre et leur orientation sexuelle. Si l'égalité est inscrite dans le projet européen, l'Union européenne est restée en retrait sur ces sujets.

La sexualité et la reproduction jouent un rôle fondamental dans la vie humaine et renvoient à de multiples dimensions. Il a pourtant fallu attendre les années 1970 pour qu'elles fassent l'objet d'une réflexion en termes de droits. La planification familiale et les droits à l'avortement et à la contraception, qui donnent aux personnes le pouvoir et les moyens de décider librement si elles veulent des enfants, quand et combien, sont particulièrement emblématiques. Ils s'intègrent dans une vision plus large et une approche globale de la vie sexuelle et de la santé sexuelle et reproductive. De fait, ce concept de santé sexuelle et reproductive, tel qu'il a été défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)², recouvre non seulement la planification familiale, mais aussi la santé maternelle et néonatale, la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), dont le VIH, la gestion de l'avortement ou encore le traitement de l'infertilité.

Au surplus, la santé sexuelle ne se réduit pas à l'absence de maladies et d'infirmité, mais vise selon l'OMS, "*le bien-être général, tant physique que mental et social*". Ceci inclut donc la lutte contre les violences sexistes, les agressions et exploitations sexuelles, les inégalités et discriminations fondées sur le genre ou l'orientation sexuelle.

La reconnaissance de ces droits a fait l'objet de combats politiques et de mobilisation intenses de la part de la société civile, notamment des associations féministes qui se sont battues pour le droit à l'avortement et à la contraception. Ils sont également intimement liés aux luttes en faveur de la reconnaissance des droits des personnes lesbiennes, gays, bissexuelles, transgenres, queer et intersexes (LGBTQI+). Ils touchent en effet à des représentations collectives encore profondément ancrées, concernant par exemple le contrôle du corps des femmes ou le rôle procréatif de la sexualité.

Toujours questionnés, jamais banalisés, ils font toujours "place à part" parmi les droits humains. Ils sont toujours à défendre pour qu'ils soient non seulement

¹ Pour des raisons de lisibilité, la présente étude emploiera indifféremment les expressions de "droit et santé sexuelle et reproductive", "droits sexuels et reproductifs" ou "droits sexuels" pour désigner cet ensemble de droits.

² Cette notion se définit, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), comme le droit d'accéder (résumé de la définition de travail adoptée en 2006) :

- à la santé sexuelle (entendue comme "un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité.");
- à l'information en matière de sexualité et à l'éducation sexuelle ;
- à la liberté de choix d'avoir ou non des enfants et de décider du moment de leur naissance ;
- à la liberté de choix en matière de sexualité (respect de l'intégrité de son corps, choix de son ou sa partenaire, d'avoir une vie sexuelle ou non, liberté de se marier ou non et d'avoir des relations sexuelles consenties) ;
- à la recherche d'une vie sexuelle satisfaisante, sûre et agréable.

reconnus, mais réellement mis en œuvre. Ils suscitent des réticences d'ordre moral, social, culturel ou encore religieux. Ces droits sont, par excellence, au confluent du privé et du politique, avec une double dimension sociétale - reflet des évolutions sociologiques concernant par exemple le couple, la famille, la sexualité... - et intime, puisqu'ils touchent à la relation avec son propre corps.

Les évolutions observées au cours de la dernière décennie témoignent de ces tensions.

Au titre des avancées, la France a commémoré solennellement le quarantième anniversaire de la loi du 17 janvier 1975, défendue par Simone Veil, ayant légalisé l'avortement en France. L'Irlande a légalisé en 2018 l'avortement après un référendum massivement favorable à la modification de la constitution sur ce sujet. En 2018 aussi, Chypre a assoupli sa législation et décriminalisé l'avortement.

Si les droits sexuels et reproductifs ont véritablement progressé depuis 40 ans, ils font aujourd'hui l'objet de multiples attaques en Europe. On relève plusieurs tentatives de restreindre l'accès à l'avortement voire de l'interdire dans des Etats membres de l'Union européenne (UE). Elles mettent en lumière le risque de réversibilité qui pèse sur ces droits. Ce sentiment de fragilité est renforcé par les évolutions intervenues aux Etats-Unis au cours de ces derniers mois : plusieurs Etats (dont la Géorgie, l'Alabama, la Louisiane, l'Ohio, le Texas) ont adopté des lois restreignant fortement, voire interdisant l'avortement. Au-delà de la pression sociale que ces décisions engendrent sur les femmes et les professionnelles et professionnels de santé qui les aident, ces restrictions ou interdictions de l'avortement les mettent en danger dans les pays où il est limité ou criminalisé.

Ces régressions alarmantes donnent une résonance particulière à l'avertissement formulé par Simone de Beauvoir: *«N'oubliez jamais qu'il suffira d'une crise politique, économique ou religieuse pour que les droits des femmes soient remis en question. Ces droits ne sont jamais acquis.»*

Dans ce contexte mouvant et incertain, le CESE a jugé nécessaire d'alerter sur les menaces qui pèsent sur ces droits sexuels et reproductifs et d'en dresser un état des lieux : leur reconnaissance dans la loi, leur effectivité, les résistances et oppositions qu'ils suscitent, leurs enjeux actuels.

Le périmètre géographique privilégié sera celui de l'Union européenne à 28. L'étude évoquera également des sources de données s'appliquant à des périmètres plus larges (notamment la zone "Europe" au sens de l'OCDE).

Un premier chapitre sera dédié à un panorama global des droits sexuels et reproductifs en Europe. Dans le second chapitre, des développements spécifiques seront consacrés à l'avortement, à l'éducation à la sexualité et à la contraception.

Plusieurs pistes de réflexion seront esquissées concernant les moyens d'action à renforcer, en vue de rendre effectifs les droits sexuels et reproductifs pour l'ensemble des Européennes et des Européens.

Chapitre 1 Les droits et la santé sexuelle et reproductive : entre progrès, entraves et remises en cause

I - DES AVANCÉES CRUCIALES DEPUIS 50 ANS

A - Les droits sexuels et reproductifs, enjeux fondamentaux pour toutes et tous

1. Une composante des droits humains fondamentaux

Comme le reconnaissent les conventions des Nations Unies (cf. infra), les droits sexuels et reproductifs font pleinement partie des droits humains fondamentaux. Ils ne sont pas des droits nouveaux, ou "spécifiques", encore moins des droits "de confort", mais se rapportent au droit de disposer de son propre corps, à la capacité de pouvoir faire des choix éclairés dans la gestion de sa fécondité et en matière de sexualités³.

En conséquence, les droits sexuels et reproductifs sont un socle de droits qui relèvent autant des libertés individuelles que de libertés politiques. Il est de la responsabilité des Etats de les garantir et les faire respecter. Ils comprennent notamment le droit à la santé, à la santé de la reproduction et à la planification familiale ; le droit de décider du nombre de ses enfants et de l'espacement de leur naissance ; le droit de se marier ou non avec la personne de son choix ; le droit de fonder une famille ; le droit à une maternité en toute sécurité ; le droit de ne pas être soumis ou soumise à la discrimination fondée sur le genre ; ou encore le droit de ne pas subir d'agression ou d'exploitation sexuelle. Parmi les déclinaisons concrètes de ces principes peuvent être cités les droits à la contraception, à l'avortement, le droit d'accès aux traitements de l'infertilité, mais également la lutte contre le mariage forcé, contre les mutilations génitales, contre le viol comme arme de guerre, contre les stérilisations forcées...

Au niveau international, cette conception a notamment été portée par la Fédération Internationale pour le Planning Familial (IPPF), fondée en 1952 à la troisième conférence sur la planification familiale. L'IPPF regroupe aujourd'hui 134 associations présentes dans 145 pays qui mènent des actions sur le terrain et

³ Audition de Mme Irene Donadio, responsable plaidoyer du réseau européen de la Fédération internationale pour le Planning Familial (IPPF), devant la DDFE, le 13 juin 2018.

proposent des services en matière de santé sexuelle et reproductive. Le préambule de la déclaration des droits sexuels de l'IPPF élaborée en 2008 affirme que « *jouir de ses droits sexuels renforce la liberté, l'égalité et la dignité de chacun* ». Ils sont indispensables pour que les droits humains fondamentaux deviennent effectifs.

Comme l'a souligné Niels Muižnieks, commissaire aux droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, « *la santé et les droits sexuels et reproductifs sont fondamentalement liés à la jouissance de nombreux autres droits de l'homme* » et « *l'accès aux droits sexuels et reproductifs est une condition préalable indispensable à la réalisation d'autres droits de l'homme, y compris en matière d'éducation et d'emploi* »⁴. Bien que les débats sur les droits sexuels se limitent le plus souvent aux personnes valides et/ou en âge de procréer, la sexualité participe au bien-être de toutes les personnes, quelle que soit leur situation et à tous les âges de la vie.

En conséquence, les droits sexuels et reproductifs ne sont pas des droits catégoriels ou spécifiques, mais ils sont l'affaire de toutes et de tous, alors que le partage des rôles en matière de sexualité reste bien souvent genré. A titre d'exemple, la "charge mentale de la contraception" repose majoritairement sur les femmes, la contraception masculine restant marginale (cf. chapitre II, focus 3). A contrario, les pays qui prévoient des congés parentaux égaux pour les femmes et les hommes favorisent l'implication des pères dans l'éducation de leurs enfants.

2. Un levier pour l'égalité entre femmes et hommes

La sexualité ne relève pas seulement du domaine privé. Elle s'inscrit dans des rapports sociaux et reflète les inégalités sociales et de genre, tout comme elle contribue à les légitimer dans la vie politique, professionnelle et économique.

L'impératif de procréation a longtemps constitué un facteur majeur d'inégalité entre femmes et hommes. Comme l'a souligné Geneviève Fraisse lors de son audition⁵, cet impératif est au cœur du "contrat sexuel" qui a longtemps prévalu, à savoir la "disponibilité du corps des femmes". Le code civil napoléonien consacrait l'incapacité juridique de la femme, placée sous l'autorité du père puis du mari. La vision du corps des femmes renseigne ainsi sur leur place réelle dans la société.

Traçant un parallèle avec l'Habeas Corpus⁶ de 1679, Geneviève Fraisse a insisté sur le fait que les libertés fondamentales passent par le contrôle de son propre corps. Les droits sexuels et reproductifs permettent précisément aux femmes de se réapproprier leur corps en dissociant sexualité et procréation et d'ouvrir la notion de choix et de plaisir dans la relation sexuelle. Le droit des femmes à disposer de leur corps et la maîtrise de la contraception sont un préalable pour construire une société plus égalitaire, plus juste, et plus prospère. Ces droits constituent une avancée majeure et une condition pour l'égalité entre femmes et hommes.

⁴ Nils Muižnieks, Le Carnet des Droits de l'Homme, 21 juillet 2016.

⁵ Audition de Mme Geneviève Fraisse, philosophe et historienne du féminisme, devant la DDFE, le 3 octobre 2018.

⁶ Loi adoptée par le Parlement britannique en 1679 afin de renforcer la liberté des sujets, femmes et hommes, ainsi que leur protection face aux arrestations arbitraires et aux déportations.

Toutefois, cette émancipation n'est pas totale. Les femmes demeurent soumises à la chronologie biologique de la fertilité, qui implique des choix de temps de vie entre maternité et carrière, voire des renoncements : dans son avis sur "La construction d'une Europe dotée de droits sociaux" (rapporteur : M. Etienne Caniard, rapporteure: Mme Emelyn Weber, 2016), le CESE soulignait que « *les mères sont les plus nombreuses à réduire ou à cesser leur activité à l'arrivée d'un enfant. Les interruptions de carrière ou la réduction d'activité continuent d'avoir des conséquences sur le déroulement de la carrière des femmes et le niveau de leurs revenus, mais également à terme sur leurs droits à pension.* »

3. Un levier de développement économique et social

Les droits et santé sexuels et reproductifs sont une condition nécessaire pour que les femmes prennent toute leur place dans la vie sociale, économique et politique de leur pays. Le programme d'action de la conférence internationale du Caire de 1994 (cf. *infra*) affirme ainsi que les principes d'égalité et d'"équité" de genre, ainsi que l'autonomisation des femmes, sont des facteurs cruciaux pour le bien-être des populations et le développement des pays.

Jusqu'à aujourd'hui, cet aspect a essentiellement été pris en compte dans le cadre de la politique d'aide au développement. En France, le comité interministériel de la coopération internationale et du développement du 8 février 2018 a inscrit l'égalité entre femmes et hommes ainsi que la santé et l'éducation parmi les cinq priorités de la politique de développement française. Plusieurs études menées dans le cadre des Nations-Unies ont montré qu'une meilleure prise en compte des droits sexuels et d'égalité de genre, contribuaient à améliorer la santé de la population, son éducation, et à réduire la pauvreté⁷.

Les pays développés, dont les pays européens, sont tout aussi concernés. Même si les inégalités de genre sont avant tout un enjeu de droits fondamentaux avant d'être une question de performance économique, il est intéressant de relever qu'une récente étude du FMI⁸ montre que les inégalités entre femmes et hommes génèrent des pertes de l'ordre de 10% du PIB, notamment en raison du taux d'emploi inférieur des femmes, et recommande en particulier une meilleure égalité entre congés maternité et paternité.

4. Un sujet politique en lien avec la démocratie et l'égalité

Qu'il s'agisse du mouvement "#MeToo" ou des tentatives observées dans certains pays européens de remettre en cause les droits sexuels et reproductifs acquis, le corps des femmes, sa place et sa disponibilité restent un enjeu très discuté et un objet

⁷ A titre d'exemple, il a été estimé que la prévention des grossesses non désirées permettait d'augmenter les revenus des pauvres de 10-20 % au Honduras et en Colombie. Dans les situations d'extrême pauvreté, l'effet peut représenter une augmentation de près de 20 %, soit un impact similaire, voire supérieur à celui des transferts monétaires assortis de conditions. D'après Fonds des Nations Unies pour la Population, *Population and Poverty Linkages: impacts of population dynamics, reproductive health and gender on poverty*, rapport du Secrétaire général, suivi des programmes de population centré sur la fécondité, la santé procréative et le développement. E/CN.9/2011/4, 31 janvier 2011.

⁸ Dabla-Norris Era, Kochhar Kalpana, *Closing the gender gap. The economic benefits of bringing more women into the labor force are greater than previously thought*, Finance & Development, FMI, mars 2019.

symbolique de confrontation politique. Le même constat peut être dressé pour les enjeux d'égalité en raison de l'orientation sexuelle. Dans les deux cas, l'opposition à ces droits repose sur l'idée que la sexualité, surtout celle des femmes, serait essentiellement à but procréatif.

A titre d'exemple, les considérations natalistes ont souvent joué un rôle décisif dans le débat. Les tentatives de restreindre l'accès à ces droits (dans certains pays d'Europe aujourd'hui ou en France au lendemain de la première guerre mondiale) sont souvent liées à des considérations de soutien à la natalité. En Hongrie, le gouvernement a ainsi soutenu des campagnes de communication contre l'avortement, tout en mettant en place des exemptions d'impôt pour les femmes ayant quatre enfants ou plus⁹. A l'inverse, le consensus du Caire (cf. infra) fut rendu possible par l'influence de mouvements d'inspiration malthusienne favorables à une limitation de la croissance de la population des pays en voie de développement, surtout pour des considérations environnementales, mais également pour des motifs d'ordre racial, particulièrement pour certains mouvements conservateurs occidentaux (mouvements extrémistes politiques ou religieux, etc.).

Lors de son audition, Irene Donadio a dressé un parallèle entre les droits sexuels et reproductifs et la démocratie¹⁰. Le développement de la démocratie et des droits fondamentaux s'est ensuivie, au XX^{ème} siècle, d'une reconnaissance croissante des droits sexuels et des enjeux d'égalité (de genre ou d'orientation sexuelle en particulier). A l'inverse, les tentatives de limiter ces droits que l'on observe dans certains pays européens (cf. partie II-A du présent chapitre), s'accompagnent le plus souvent d'une remise en cause plus générale du système démocratique et de ses valeurs, notamment l'indépendance du système judiciaire, de contrôle des systèmes financiers ou encore la protection de l'environnement.

Ces réformes, *in fine*, mettent à mal le pacte de l'Union européenne autour de valeurs communes démocratiques, dont le respect de l'état de droit. Elles font apparaître, par contraste, l'importance du lien entre démocratie, égalité et droits des femmes. Les droits sexuels et reproductifs sont l'un des révélateurs de l'état de santé d'une démocratie.

B - Une reconnaissance progressive mais encore incomplète dans les textes juridiques

En matière de droits sexuels et reproductifs, le droit applicable dans les pays de l'Union européenne relève d'une mosaïque juridique complexe. Plusieurs niveaux de textes interviennent : conventions internationales conclues sous l'égide des Nations-Unies (1), textes européens pris dans le cadre du Conseil de l'Europe et de l'Union européenne (2), droit national enfin, la situation française étant ici développée (3). De

⁹ Legrand Baptiste, *Viktor Orban refuse de voir la couleur des Hongrois "mélangée à celle des autres"*, Le Nouvel Observateur, 12 février 2019.

¹⁰ Audition de Mme Irene Donadio, responsable plaidoyer du réseau européen de la Fédération internationale pour le Planning Familial (IPPF), devant la DDFE, le 13 juin 2018.

surcroît, ces textes n'ont pas tous la même portée juridique: certains constituent de simples déclarations de principe, d'autres ont un caractère contraignant.

1. Au niveau international

1.1. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) de 1979

La **CEDEF** reconnaît le droit des femmes à « *décider librement et en toute connaissance de cause du nombre et de l'espacement des naissances et d'avoir accès aux informations, à l'éducation et aux moyens nécessaires pour leur permettre d'exercer ces droits* ». Ce texte est le seul traité international concernant les femmes qui engage les pays qui l'ont ratifié. Ainsi, selon son article 12, « *Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille* ». Le Comité en charge de la Convention a notamment demandé aux Etats que la clause de conscience n'entrave pas l'accès effectif aux services de santé reproductifs et exigé la mise en place d'un mécanisme d'orientation vers un autre praticien ou une autre praticienne, dans le cas où un ou une professionnelle de santé invoquerait cette clause de conscience (comme c'est le cas en France).

1.2. La Conférence internationale du Caire sur la population et le développement (CIPD) de 1994

Dans le cadre de la CIPD de 1994, le **programme d'action du Caire** fut adopté par 179 pays et reconnaît le lien entre les droits sexuels et reproductifs, le statut des femmes et le développement social et économique. En particulier :

- les droits reproductifs sont reconnus comme des droits humains et doivent pouvoir s'exercer librement et en pleine connaissance de cause ;
- les Etats signataires s'engagent à garantir l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive ;
- les avortements à risque sont considérés comme un « problème majeur de santé publique » et il est reconnu que toutes les femmes devraient bénéficier de soins post-avortement, quelle que soit la législation en vigueur.

1.3. La quatrième conférence mondiale sur les femmes de Pékin (1995)

Cette conférence a réaffirmé les principes de la conférence du Caire et établi un plan d'action dans douze domaines clefs (santé, violences à l'égard des femmes, développement, etc.). Le texte reconnaît notamment le droit des femmes à être « maîtresses de leur sexualité » et appelle les Etats à revoir les lois qui pénalisent l'avortement. **C'est la première fois qu'un texte international aborde la question des droits sexuels des femmes de façon indépendante des questions de reproduction.**

Ces deux conférences ont constitué une avancée substantielle en ancrant les droits sexuels et reproductifs au cœur des droits humains fondamentaux. Toutefois,

ces textes n'ont pas valeur de traité. Leurs dispositions ne sont ni contraignantes, ni opposables aux Etats.

Au reste, leur adoption a été rendue possible par une conjonction d'intérêts variés, notamment des considérations de maîtrise des populations et de la natalité (cf. *supra*) et le droit des femmes n'était que l'un d'entre eux.

1.4. Les objectifs de développement durable (2015-2030)

Par la suite, les objectifs de la CIPD ont été intégrés aux objectifs du millénaire pour le développement (2000-2015), puis aux objectifs de développement durable (2015-2030), qui concernent cette fois tous les Etats, en particulier dans trois objectifs sur les dix-sept :

- l'objectif n°3 : "Permettre à toutes et tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de toutes et tous à tout âge" ;
- l'objectif n°4 : "Assurer l'accès de toutes et tous à une éducation de qualité, sur un pied d'égalité, et promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie" ;
- l'objectif n°5: "Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser les femmes et les filles".

Au Sommet Mondial des Nations Unies (ONU) de 2010, les gouvernements membres se sont engagés à « *assurer que toutes les femmes, tous les hommes et tous les jeunes disposent des renseignements nécessaires relatifs à l'information, à l'accès et au choix de toutes les options possibles en matière de méthodes de planification familiale sûres, efficaces, abordables et acceptables* ».

2. Au niveau européen

Plusieurs textes européens, issus du Conseil de l'Europe et de l'Union européenne, posent une base juridique pour les droits et la santé sexuelle et reproductive.

La Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, communément appelée Convention européenne des droits de l'homme (CEDH), de 1950, est l'instrument juridique du Conseil de l'Europe. Son non-respect est sanctionné par la Cour européenne des droits de l'homme, à la suite d'une requête étatique ou individuelle. Il s'agit donc d'un instrument essentiel pour la défense des droits de l'homme en Europe. Si la CEDH ne garantit pas en tant que tels les droits sexuels et reproductifs, la Cour peut néanmoins être compétente en la matière. Par exemple, elle utilise l'article 3 (interdiction de la torture, et des peines et traitements inhumains et dégradants) et l'article 8 (droit au respect de la vie privée) pour garantir une réelle effectivité du droit à l'avortement, dès lors qu'il existe en droit interne¹¹. Il est à noter qu'elle refuse de reconnaître un droit à l'avortement en l'absence de consensus sur le sujet parmi les Etats membres du Conseil de l'Europe.

¹¹ CEDH, arrêt A.B.C. contre Irlande du 16 décembre 2010, Req. n° 25579/05 et arrêt R.R. contre Pologne du 26 mai 2011, Req. n° 27617/04.

En avril 2008, l'assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe¹² a adopté une résolution dans laquelle elle appelle ses Etats membres à dépénaliser l'avortement et à garantir aux femmes le droit à l'accès à un avortement légal et sans risques¹³. En 2011, le Comité des ministres du Conseil de l'Europe a adopté la **Convention d'Istanbul sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique**. Il s'agit du premier instrument juridiquement contraignant dans ce domaine, sur le plan européen, qui offre un cadre juridique complet et vise spécifiquement la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. Cependant, la mise en œuvre de ce texte demeure encore partielle puisque la Convention d'Istanbul n'est entrée en vigueur que dans 34 des 45 pays qui l'ont signée. La Slovaquie et la Bulgarie en particulier, ont renoncé à la ratifier du fait d'oppositions internes fondées sur la crainte, par exemple, de la reconnaissance d'un sexe neutre ou de l'ouverture du mariage aux personnes de même sexe¹⁴. De ce fait, la ratification de cette convention par l'Union européenne (qui l'a signée en 2017), qui permettrait de garantir ses protections dans l'ensemble de l'Union, est aujourd'hui au point mort¹⁵.

Au niveau de l'**Union européenne**, la question de la répartition des compétences entre l'Union et ses Etats-membres a été invoquée par plusieurs d'entre eux pour s'opposer à la ratification par l'Union européenne de la convention d'Istanbul ou à l'élaboration d'une directive en matière de droits et santé sexuelle et reproductive (cf. infra). En effet, en vertu du principe de subsidiarité, la santé publique relève de la compétence des Etats membres. Il est toutefois à noter que le traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) prévoit en son article 168, la possibilité pour l'Union de mener des actions pour encourager la coopération et la coordination entre Etats, en matière d'amélioration de la santé publique, d'information et d'éducation en matière de santé ou encore de prévention des maladies¹⁶.

Néanmoins, la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne qui, ayant la même valeur juridique que les traités, est donc juridiquement contraignante, contient des dispositions qui peuvent concerner le champ des droits sexuels et reproductifs. Ainsi, l'article 21 interdit toute discrimination fondée notamment sur le sexe ou l'orientation sexuelle. L'article 35 reconnaît le droit à toute personne d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Il ajoute,

¹² Le Conseil de l'Europe est une organisation intergouvernementale qui regroupe 47 Etats membres, dont les 28 de l'Union Européenne, et dont la défense des droits humains est l'une des principales missions.

¹³ Résolution 1607 du Conseil de l'Europe, adoptée le 16 avril 2008.

¹⁴ "Convention d'Istanbul contre les violences domestiques : la Bulgarie plie face aux conservateurs", TV5 Monde, Terriennes avec AFP, 8 mars 2018.

¹⁵ Entretien avec Mme Christine Revault d'Allonnes, députée européenne, membre de la Commission Libertés civiles, sécurité intérieure et justice et co-rapporteuse pour le Parlement européen sur l'accession de l'UE à la Convention d'Istanbul, 31 octobre 2018.

¹⁶ C'est dans ce cadre que les avertissements sur les paquets de cigarette et les normes de teneur en goudron et nicotines procèdent d'une norme européenne contraignante, par exemple.

comme l'article 168 du TFUE, qu'un niveau élevé de protection de la santé humaine doit être assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union.

Il a fallu attendre le 3 juillet 2002 et le rapport du Parlement européen sur la santé et les droits sexuels et génésiques, reconnaissant aux femmes le droit au contrôle de leur sexualité et à la protection en matière de santé sexuelle et reproductive¹⁷ pour que l'Europe s'approprie les recommandations élaborées au Caire en 1994 au cours de la Conférence internationale sur la population et le développement.

Le Parlement européen a par ailleurs adopté plusieurs résolutions en faveur des droits sexuels et reproductifs, par exemple la résolution du 16 janvier 2019 sur la situation des droits fondamentaux dans l'Union européenne en 2017¹⁸ ou encore celle du 13 février 2019 sur le recul des droits des femmes et de l'égalité hommes-femmes dans l'Union. Dans cette dernière, le Parlement invite notamment tous les Etats-membres « à ratifier et à respecter les traités et conventions internationaux en la matière, ainsi qu'à s'engager à respecter les principes consacrés par leurs lois fondamentales, afin de veiller au respect des droits des minorités et des droits des femmes, y compris des droits liés à la santé en matière de sexualité et de procréation ».

3. En France

Cette partie se concentre sur l'exemple français, une analyse comparée des législations nationales étant effectuée en partie II-A du présent chapitre. Depuis 1967, la législation française a évolué dans le sens d'une plus grande ouverture en matière de droits sexuels. Ces évolutions ont été le fruit de luttes et de combats politiques et de mouvements sociaux menés par des acteurs et des actrices de la société civile, tout particulièrement les associations féministes.

3.1. L'IVG et la contraception : des droits garantis par la loi

Au lendemain de la Première Guerre mondiale, la volonté de promouvoir la natalité se traduit par des positions très dures sur l'avortement. La loi du 31 juillet 1920 réprime ainsi la "provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle".

La loi du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances, dite « Loi Neuwirth » a autorisé la fabrication et l'importation de contraceptifs et permet leur vente en pharmacie sur ordonnance médicale uniquement. La publicité des moyens de contraception restait alors interdite. Les décrets d'application mettront 5 ans à être publiés. La loi du 4 décembre 1974 a libéralisé la contraception et prévu un élargissement de la loi de 1967 avec le remboursement par la sécurité sociale et la gratuité pour les mineures, sans besoin d'une autorisation parentale.

¹⁷ Van Lancker Anne, Rapport du Parlement Européen sur la santé et les droits sexuels et génésiques, n° 2001/2128, 6 juin 2002.

¹⁸ Dans laquelle il affirme que le refus d'accorder des services liés aux droits et à la santé sexuels et génésiques, y compris la possibilité d'avorter de manière sûre et légale, constitue une forme de violence à l'encontre des femmes et des jeunes filles ; insiste sur le fait que les femmes et les jeunes filles doivent avoir le contrôle de leur corps et de leur sexualité ; encourage les États membres à prendre des mesures efficaces pour faire respecter et garantir les droits sexuels et génésiques des femmes.

Au cours des années 1970, plusieurs mouvements ainsi que des membres des professions de santé, se sont mobilisés pour obtenir l'abrogation de la loi de 1920 : création en 1971 de l'association « Choisir » par Gisèle Halimi, publication la même année du "Manifeste des 343" (personnalités déclarant avoir avorté), médiatisation en 1972 du "procès de Bobigny" à propos de l'avortement d'une mineure suite à un viol, "Manifeste des 331" médecins qui demandent leur inculpation pour avoir pratiqué des avortements et création du MLAC (Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception) en 1973. Fondé en 1956, le Mouvement français pour le Planning Familial, créé sous le nom de Maternité Heureuse jusqu'en 1960 puis devenu "Le Planning Familial", a également joué un rôle majeur pour défendre le droit à la contraception, à l'avortement et à l'éducation à la sexualité, et faire évoluer la loi de 1920. Au-delà de son rôle de plaidoyer, il propose également des services sur le terrain par le biais de ses associations départementales qui gèrent des établissements d'accueil et d'information et de 35 centres de planification.

Cette mobilisation sans précédent de la société, tout particulièrement des mouvements féministes, a permis le débat public sur le sujet à partir de 1973, ce qui a ouvert la voie à la légalisation de l'avortement par la **loi du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse, dite « Loi Veil »**. Cette dernière autorise l'IVG dans un délai de 10 semaines de grossesse, pour la « *femme enceinte que son état place dans une situation de détresse [et qui] peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse* », tout en concédant une "clause de conscience" pour les professionnels et professionnelles de santé. Cette loi encadre également les modalités de l'interruption médicale de grossesse (IMG), distincte de l'IVG, qui est possible jusqu'au terme en cas de motif médical attesté par deux médecins¹⁹.

Cette loi a été adoptée à l'issue de débats parlementaires et politiques particulièrement virulents (notamment d'attaques personnelles contre M^{me} Veil). Elle n'a été adoptée qu'à titre expérimental, pour une durée de cinq ans et n'a été rendue définitive qu'en 1979²⁰. La possibilité d'un remboursement par la sécurité sociale a enfin été ouverte en 1982²¹ par Yvette Roudy.

Par la suite, la publicité pour la contraception a été rendue possible en 1991²² et le délit d'entrave à l'IVG créé en 1993²³. Ce dernier permet de sanctionner le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher une IVG en perturbant l'accès aux établissements ou en exerçant des menaces sur le personnel ou les femmes

¹⁹ Article L. 2213-1 du code de la santé publique.

²⁰ Loi du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de la grossesse, dite « Loi Pelletier ».

²¹ Loi n°82-1172 du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure, dite « Loi Roudy ».

²² Loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales.

²³ Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social, dite « Loi Neiertz ».

concernées. Il sera étendu en 2017 au délit d'entrave numérique à l'IVG, en réponse au déploiement de sites visant à dissuader les femmes d'avorter²⁴.

3.2. Des améliorations récentes

Tandis que la contraception d'urgence est autorisée par une loi de 2000²⁵, une loi de 2001 modernise les dispositions des lois Neuwirth et Veil. La "**Loi Aubry**" du 4 juillet 2001²⁶ inscrit en effet dans une même loi, avortement, contraception et éducation à la sexualité, et pour la première fois autorise la stérilisation à visée contraceptive pour toute personne majeure, femme ou homme, après un délai de réflexion de 4 mois. En matière d'avortement, elle allonge le délai légal de 10 à 12 semaines de grossesse. Elle légitime le droit des femmes à l'avortement en supprimant l'entretien obligatoire pour les femmes majeures. Elle permet aux mineures d'avoir recours à l'IVG si besoin sans autorisation parentale, à condition d'être accompagnées d'une personne majeure de leur choix. Elle rend l'éducation à la sexualité obligatoire dans les établissements scolaires et pour les structures accueillant des personnes en situation de handicap²⁷. Cette loi, qui constitue un progrès important, sera suivie de décrets d'application et de circulaires, sans précisions sur les moyens de financer ces mesures.

Plus récemment, la loi du 4 août 2014 sur l'égalité réelle entre les femmes et les hommes a supprimé la notion de détresse des conditions de recours à l'IVG et renforcé le délit d'entrave à l'IVG à l'accès à l'information sur internet. En 2016, le délai minimal de réflexion d'une semaine est supprimé. La possibilité est ouverte aux sages-femmes de pratiquer des IVG médicamenteuses et à des centres de santé, de pratiquer des IVG instrumentales²⁸. La prise en charge des coûts liés à une IVG, pris en charge à 100 % depuis 2013²⁹, est étendue en 2016 à l'ensemble des actes liés, en particulier les examens et les consultations préalables³⁰.

Concernant les mineures d'au moins 15 ans, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016³¹ introduit un certain nombre de dispositions facilitant la prise en charge financière de leur contraception (prise en charge à 100 % des contraceptifs, d'une consultation annuelle, de certains examens de biologie médicale, des actes de

²⁴ Loi n° 2017-347 du 20 mars 2017 relative à l'extension du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse.

²⁵ Loi n°2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence.

²⁶ Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

²⁷ Art. L. 312-16. du code de l'éducation: "Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène".

²⁸ Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

²⁹ Arrêté du 26 mars 2013 modifiant l'arrêté du 23 juillet 2004 modifié relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse.

³⁰ Loi du 26 janvier 2016 op. cit.

³¹ Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

pose, changement ou retrait d'un dispositif contraceptif...) et garantissant la confidentialité de leur parcours médical. Toutefois, les jeunes filles majeures ne bénéficient pas de ces dispositions, notamment les 18-25 ans faisant partie de la population pourtant très concernée, car souvent en situation de précarité. Cela a des conséquences directes sur l'accès à la contraception des étudiants et étudiantes. En 2019, ils et elles étaient deux sur cinq à déclarer renoncer aux soins faute de moyens³².

A ce jour, l'avortement est légal jusqu'à la douzième semaine de grossesse.

En juin 2019, un amendement au projet de loi santé a été adopté en faveur d'un allongement à quatorze semaines au Sénat avant d'être repoussé à l'occasion d'un second vote. Cela a amené la délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale à annoncer le lancement d'une mission d'information sur les évolutions législatives nécessaires sur l'accès à l'IVG.

3.3. La reconnaissance de la santé sexuelle et reproductive

La notion de santé sexuelle et reproductive n'a été introduite dans la loi française qu'en 2016³³. Auparavant, les droits sexuels et reproductifs étaient l'objet de plusieurs plans et programmes de santé, mais selon des approches « *centrées principalement sur la notion de risque et sans toujours présenter une vision globale* »³⁴. Ce morcellement dénoncé par des associations et des syndicats, a été souligné tant par le Haut Conseil de Santé Publique³⁵ que par le Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes³⁶. Il empêche une prise en charge globale des personnes et s'avère inefficace en matière d'amélioration de la santé sexuelle.

Pour cette raison, les pouvoirs publics ont élaboré en 2017 une stratégie nationale de santé sexuelle pour la période 2016-2030, autour des 5 axes suivants: "investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive", "améliorer le parcours de santé en matière d'IST dont le VIH et les hépatites virales: prévention, dépistage, prise en charge", "améliorer la santé reproductive", "répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables", "promouvoir la recherche, les connaissances et l'innovation en santé sexuelle".

³² Etude de juillet 2019 de la LMDE selon laquelle le renoncement aux soins est passé de 35% en 2014 à 42% en 2019 (étudiants et étudiantes). Seulement 52% des étudiantes déclarent avoir consulté un ou une gynécologue dans l'année.

³³ Loi du 26 janvier 2016 op. cit.

³⁴ Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030, introduction.

³⁵ HCSP, Santé sexuelle et reproductive, 2016 ; Évaluation du Plan national de lutte contre le VIH-sida et les IST 2010-2014, 2016.

³⁶ Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, Rapport relatif à l'éducation à la sexualité : répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes, 13 juin 2016.

C - Des progrès concrets pour les femmes

1. L'évolution des pratiques en France

En France, la contraception (tout du moins certaines de ses formes) semble intégrée dans les pratiques d'une majorité de la population³⁷ : 80 % des femmes âgées de 15 à 49 ans utilisent un moyen de contraception et plus de 80 % des jeunes de 15 à 25 ans utilisent des préservatifs lors des premiers rapports sexuels. Pour autant, beaucoup de chemin reste à parcourir comme en témoigne par exemple l'augmentation de 10 % des IST chez les 15-24 ans entre 2012 et 2014³⁸ ou encore la méconnaissance, chez les moins de 30 ans, des délais de la contraception d'urgence, comme le montre le dernier baromètre de Santé Publique France³⁹.

Le nombre d'avortements reste globalement stable depuis sa légalisation, entre 210 000 et 220 000 par an, soit 14 avortements pour 1000 femmes de 15 à 49 ans⁴⁰. Ce résultat semble paradoxal, dans la mesure où la couverture contraceptive de la population s'est considérablement améliorée depuis lors : 52 % des femmes utilisaient une contraception médicale en 1978, contre 82 % en 2004. La proportion de grossesses non désirées a chuté de 46 % en 1975 à environ un tiers aujourd'hui⁴¹.

Deux éléments permettent d'expliquer cet apparent "paradoxe contraceptif". En premier lieu, 70 % des femmes recourant à l'IVG utilisaient un moyen de contraception qui n'avait pas fonctionné (rupture du préservatif, oubli de pilule, échec du dispositif intra-utérin ou DIU...) ou qui ne leur était pas adapté en raison de leurs conditions de vie, sociales ou économiques. Certaines femmes peuvent avoir des contre-indications médicales. Enfin, aucune méthode contraceptive non définitive ne garantit une efficacité à 100 %.

D'autre part, comme le note une étude de l'INED⁴², les femmes recourent plus fréquemment à l'IVG en cas de grossesse non prévue. En 1975, 4 grossesses non prévues sur 10 donnaient lieu à une IVG. Ce ratio atteint aujourd'hui 6 sur 10. D'après les autrices et l'auteur de l'étude, « *tout se passe comme si la nouvelle norme*

³⁷ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. Etudes Résultats [Internet]. Juin 2016 et OMS, Comblent le fossé en une génération Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008.

³⁸ Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030, introduction.

³⁹ Santé Publique France, "Contraception d'urgence : les délais méconnus par les jeunes, une campagne d'information pour y remédier", Communiqué de presse, 1^{er} juillet 2019.

⁴⁰ INED, Population et sociétés, Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans?, Nathalie Bajos, Caroline Moreau, Henri Leridon, Michèle Ferrand, 2004.

⁴¹ Ibid.

⁴² Ined, 2004, op. cit.

procréatrice et l'évolution des trajectoires socio-affectives se conjuguait pour augmenter la propension à avorter en cas de grossesse non prévue ».

Enfin, il convient de souligner que **la légalisation de l'avortement n'a pas eu d'impact sur l'évolution démographique française**. L'essentiel de la baisse de la fécondité française est intervenue avant cette légalisation, puisque le taux de fécondité est passé sous le seuil de renouvellement des générations en 1975. Un mouvement de hausse a même été constaté entre 1994 (1,66) et 2010 (2,02), avant une nouvelle baisse constatée depuis. Avec 1,9 enfant par femme, en 2017, la France présente le taux de fécondité le plus élevé de l'Union européenne (1,59 en moyenne), le pays avec le taux le plus faible étant Malte (1,26)⁴³.

Le nombre de naissances en France demeure compris sur une longue période dans une fourchette comprise entre 700 000 et 800 000 par an.

2. Une meilleure participation socio-économique des femmes

En France, la possibilité de maîtriser leur fécondité a indubitablement été l'un des facteurs qui a rendu possible l'augmentation considérable de la participation des femmes à la vie sociale et économique du pays. Ces dernières représentaient 34% de la population active en 1962, contre 48% en 2013⁴⁴. Elle leur a également permis de faire des études plus longues (la médiane de la durée des études des femmes est passée de 16 ans et 4 mois pour la génération née en 1945 à 21 ans et 8 mois pour la génération née en 1975)⁴⁵. Il reste encore du chemin à parcourir, notamment pour accompagner les étudiantes et étudiants qui deviennent parents. Il existe aujourd'hui trop peu de crèches universitaires et d'accompagnements spécifiques, alors même qu'un tiers des mères⁴⁶ sont contraintes de rater des cours, facteur d'échec important.

En effet, l'accès inégal des femmes aux services liés aux droits et santé sexuels et reproductifs a des conséquences durables sur leur autonomie et leurs choix de vie. Comme le constate le Forum parlementaire européen pour des droits sexuels et reproductifs, « *le fait de pouvoir se prononcer en matière de sexualité et de reproduction peut inciter les femmes à poursuivre d'autres activités et à participer davantage à la vie sociale et économique en dehors de leur foyer.* »

En France, si les droits sexuels ont été facteurs de progrès à cet égard, l'articulation des temps de vie (personnel, familial, social, professionnel) est encore source d'importantes inégalités de parcours professionnel et de rémunération entre

⁴³ Eurostat, 2017.

⁴⁴ DARES, Femmes et hommes sur le marché du travail, les disparités se réduisent mais les emplois occupés restent très différents, mars 2015.

⁴⁵ Bac Catherine, Legendre François, Mahieu Ronan, Thibault Florence, Fécondité et âge de fin d'études en France depuis 1975, Revue des politiques sociales et familiales, n°79, 2005.

⁴⁶ Ined, Parcours d'étudiants, Sources, enjeux et perspectives de recherche, Sous la direction de Philippe Cordazzo, Collection : Grandes Enquêtes, "Chapitre 8. Étudier et avoir des enfants. Prévalence, circonstances et incidences sur les études", Arnaud Régnier-Loilier, 2019.

femmes et hommes. Plusieurs études ont montré que cette articulation s'effectue encore largement en défaveur des femmes, quelle que soit leur catégorie sociale et professionnelle. En outre, les carrières de haut niveau se caractérisent par des normes implicites de disponibilité totale à la vie professionnelle⁴⁷.

3. Les enjeux en termes de santé publique

La santé sexuelle et reproductive demeure une problématique majeure de santé publique dans le monde. Pour mémoire, l'OMS estime que « 830 femmes environ meurent chaque jour de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement »⁴⁸. D'après l'OMS toujours, un tiers de la morbidité des femmes en âge de procréer serait liée à des problèmes de santé sexuelle et reproductive. Les avortements à risque seraient la cause principale de décès de la mère et d'infertilité définitive.

La transmission des infections sexuellement transmissibles (IST)⁴⁹ reste un enjeu essentiel: environ 12 millions d'adolescents et d'adolescentes dans le monde vivent avec le VIH (soit 29 contaminations par heure), dont 56% de filles (7,3 millions de jeunes femmes et 4,5 de garçons).

En Europe, l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive a permis de réduire fortement les risques et complications associés aux avortements. Pour la France, l'étude de l'INED précitée recensait moins d'un décès par an lié à une IVG. De manière générale, en 2015, 19 pays de l'Union européenne présentent des ratios de mortalité maternelle⁵⁰ inférieurs à 10, pour un chiffre mondial global de 216 et une médiane de 54, dont la totalité des pays d'Europe du Nord et de l'Ouest. Ce ratio atteint en revanche 17 pour la Hongrie, 18 pour la Lettonie et 31 pour la Roumanie⁵¹.

Dans certains pays du sud et de l'est de l'Europe (Pologne, Lituanie, Grèce, Croatie, Bulgarie), les taux de contraception restent inférieurs à la moyenne mondiale. Ils dépassent 70% en Finlande, en France, en Belgique, en Norvège, au Royaume-Uni et en République Tchèque.

En France, une étude menée par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) sur la période comprise entre 2010 et 2012⁵² comptabilise 256 décès maternels, soit 85 femmes décédées en France par an d'une cause liée à la grossesse, à l'accouchement ou à leur suite, dont plus de la moitié seraient évitables.

⁴⁷ Baradji Eva, Davie Emma, Duval Jonathan, Temps partiel subi et choisi dans la fonction publique et le secteur privé, Ministère de la fonction publique, Point Stat, mai 2016 ; Marry Catherine, Bereni Laure, Jacquemart Alban, Pochic Sophie, Revillard Anne, Le plafond de verre et l'Etat : la construction des inégalités de genre dans la fonction publique, Armand Colin, 2017.

⁴⁸ Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015, Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies, décembre 2015.

⁴⁹ Les principales IST sont : le VIH, la gonococcie, les chlamydiae, la syphilis, les condylomes, la vaginose, l'herpès génital, les hépatites.

⁵⁰ Nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

⁵¹ État de la population mondiale 2019, rapport annuel du Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA), 10 avril 2019.

⁵² Institut national de veille sanitaire, "Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir, 5e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles", septembre 2017.

II - UN ACCÈS AUX DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS ENTRAVÉ PAR DE NOMBREUX OBSTACLES, RESISTANCES ET CONTESTATIONS CROISSANTES

L'histoire des droits humains fondamentaux est souvent perçue comme un progrès linéaire. Les droits sexuels et reproductifs semblent y faire exception. Comme le montre l'actualité européenne, ces derniers font toujours l'objet de controverses politiques qui montrent leur fragilité et le **risque de réversibilité** qui se concrétise dans certains cas. Le commissaire aux droits de l'Homme du Conseil de l'Europe s'en est inquiété en constatant que « *des menaces résurgentes pour la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes ont émergé en Europe* » ces dernières années⁵³.

A - Un état des lieux contrasté des législations dans l'Union européenne

1. Des droits inégalement reconnus

En dépit des déclarations de principe actées aux niveaux international et européen, l'accès aux droits sexuels et reproductifs reste inégal selon les pays européens. En effet, au sein de l'Union Européenne, en vertu du principe de subsidiarité, les questions des droits sexuels et les sujets bioéthiques relèvent de la législation des Etats membres.

Sans prétendre à l'exhaustivité, les paragraphes suivants abordent quatre dimensions de ces droits: le droit à l'avortement, le droit à la contraception, les droits des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, queer et intersexes (LGBTQI+), l'éducation à la sexualité. Certains feront l'objet de développements plus approfondis dans le chapitre 2.

1.1. Le droit à l'avortement

Au sein de l'Union européenne, le droit à l'avortement est encore proscrit à Malte et en Irlande du Nord⁵⁴ et son accès est très limité dans d'autres pays (cf. chapitre 2, focus 1). Dans les pays européens qui l'autorisent, les conditions dans lesquelles ce droit est ouvert diffèrent fortement d'un Etat à l'autre, s'agissant par exemple :

- de l'existence ou non de motifs légaux restreignant le recours à l'avortement ;
- des délais de recours, variables entre Etats et selon les cas de recours (de manière générale, de 10 semaines à 24 semaines, plus de la moitié ayant opté pour une durée de 12 semaines) ;

⁵³ Commissaire aux droits de l'Homme, Conseil de l'Europe, Santé et droits sexuels et reproductifs des femmes en Europe, décembre 2017.

⁵⁴ Jusqu'au 21 octobre 2019 : voir note n°155.

- des procédures éventuellement rendues obligatoires : délai de réflexion, entretien médico-psychologique préalable, accord d'une commission, autorisation parentale pour les mineures...
- de la qualité des personnes habilitées à pratiquer l'avortement : médecins ou non (sages-femmes, infirmiers et infirmières...)
- de la reconnaissance d'une clause de conscience qui peut réduire l'accès à l'avortement.

Plusieurs cas de condamnation de pays par la Cour européenne des droits de l'homme pour des restrictions d'accès à l'IVG peuvent être rapportés. Ce point sera développé dans le focus sur l'IVG (cf. *infra*).

1.2. Le droit à la contraception

Le Forum parlementaire européen pour des droits sexuels et reproductifs a lancé une initiative pour mesurer la qualité d'accès de la population à la contraception, en prenant en compte les modalités de prise en charge financière, de disponibilité, de conseil et d'information des produits⁵⁵.

Cet atlas montre d'importantes variations entre pays européens. De manière générale, les pays d'Europe de l'Est présentent des indices de qualité d'accès à la contraception et l'information plus bas (31,5 % pour la Pologne, moins de 50 % pour la Hongrie, la Slovaquie, la Bulgarie ou la Grèce), tandis que la France, le Royaume-Uni, le Benelux présentent des indices approchant ou atteignant 90 %.

Ces variations tiennent en particulier à la disparité des taux de prise en charge par les dispositifs publics d'assurance maladie et aux restrictions apportées à l'accès aux contraceptifs (disponibilité dans les pharmacies, prescription médicale obligatoire...),⁵⁶

⁵⁵ Données disponibles sur le site <https://www.contraceptioninfo.eu>.

⁵⁶ Forum parlementaire européen pour les droits sexuels et reproductifs, Etude sur les droits et la santé sexuelle et reproductive, octobre 2018.

Étude

Avortement. Législation des pays membres de l'Union européenne

IVG autorisée jusqu'à (en semaines de grossesse) :

- 18 semaines ou plus
- + de 12 semaines
- 12 semaines
- - de 12 semaines
- Interdite



Source : <http://www.worldabortionlaws.com/map> et <https://avortement.ooreka.fr/comprendre/avortement-etranger>.

Contraception. Politiques publiques des pays membres de l'Union européenne relatives à l'accès, au conseil et à l'information dispensée au public.



Source : <https://www.contraceptioninfo.eu/node/72>. Score calculé par un groupe d'expert du Forum parlementaire européen pour la population et le développement, 2019.

1.3. Les droits des personnes LGBTQI+

Comme l'a souligné Mme Chesnel, déléguée chargée des Familles à l'Inter-LGBT lors de son audition, la situation des droits sexuels et reproductifs des personnes LGBTQI+ reste contrastée au niveau européen. La plupart des pays d'Europe de l'Ouest et du Nord ont reconnu le mariage ou l'union civile, la possibilité d'adopter des enfants et d'avoir accès à la procréation médicalement assistée. Dans plusieurs pays d'Europe de l'Est, l'accès des personnes LGBTQI+ à ces droits demeure difficile, tant au niveau institutionnel et législatif que pour les associations qui les défendent⁵⁷.

A ce jour, seize Etats de l'UE reconnaissent l'union de personnes de même sexe. Dans un arrêt important du 5 juin 2018, la Cour de justice de l'Union européenne a reconnu le droit au séjour du conjoint homosexuel ou de la conjointe homosexuelle d'un citoyen européen ou d'une citoyenne européenne, y compris dans les Etats membres ne reconnaissant pas le mariage entre personnes de même sexe⁵⁸.

Ces droits apparaissent toutefois sous pression, comme en témoigne la pétition lancée en septembre 2016 en Finlande pour abroger la loi sur le mariage de personnes de même sexe ou le référendum de 2018 en Roumanie pour inscrire la définition du "mariage traditionnel" dans la Constitution⁵⁹, sur le modèle de la Constitution hongroise de 2012⁶⁰. Dans ces deux cas, la mobilisation de l'opinion publique et de la société civile a permis de faire échec à ces tentatives.

Au sein de l'Union européenne à 28, 9 pays réservent la PMA aux couples hétérosexuels avec diagnostic d'infertilité, 1 pays l'ouvre également aux couples lesbiens, 8 l'ouvrent également aux femmes seules, 10 l'ouvrent à la fois aux femmes seules et aux couples lesbiens. La France se positionne dans le premier ensemble, celui des pays les plus restrictifs en la matière. A contrario, d'autres pays ont une approche libérale et ne posent aucune condition au recours aux différentes pratiques reproductives, comme c'est le cas en Belgique depuis 2005.

⁵⁷ Audition de Mme Laurène Chesnel, déléguée chargée des Familles à l'Inter-LGBT, membre de la CNCDDH, et de M. Dominique Boren, co-président de l'Association des parents et futurs parents gays et lesbiens (APGL) et président du *Network of European LGBTIQ* Families Associations* (NELFA) devant la DDFE, le 22 octobre 2018.

⁵⁸ La Cour de Justice de l'Union européenne a rendu un arrêt le 5 juin 2018 estimant que le terme "épouse", concernant le droit de résidence pour des ressortissants hors UE, s'appliquaient également aux époux ou épouses de même sexe.

⁵⁹ International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association - ILGA, *State sponsored Homophobia*, 2019.

⁶⁰ Extrait de la Constitution hongroise : "*Article L. 1. La Hongrie protège l'institution du mariage en tant qu'union pour la vie en commun d'un homme et d'une femme établie par une décision délibérée, ainsi que la famille en tant que fondement de la vie de la nation.*"

Mariage pour toutes et tous. Législation des Etats membres de l'Union européenne

- Mariage et union civile reconnus pour les couples de même sexe
- Union civile reconnue pour les couples de même sexe
- Mariage et union civile non reconnus pour les couples de même sexe
- ⊗ Adoption autorisée pour les couples de même sexe



Source : <https://www.touteurope.eu/actualite/le-mariage-homosexuel-en-europe.html>.

Dans ce paysage européen, la France présente la particularité d'avoir ouvert le mariage aux couples de même sexe, mais pas la PMA (cf. Partie III-B du présent chapitre).

Étude

Procréation médicalement assistée. Législation des Etats membres de l'Union européenne.

- PMA autorisée pour les couples lesbiens et pour les femmes seules
- PMA autorisée pour les femmes seules mais pas pour les couples lesbiens
- PMA autorisée pour les couples lesbiens mais pas pour les femmes seules
- PMA interdite pour les couples lesbiens et pour les femmes seules



Source : <https://www.touteurope.eu/actualite/pma-quels-droits-en-europe.html>.

1.4. Le droit à l'éducation à la sexualité

La Suède a été précurseur en introduisant dès 1955 l'éducation sexuelle dans les programmes scolaires, suivie par les pays d'Europe occidentale à partir des années 1970 et 1980 (à commencer par l'Allemagne, l'Autriche, les Pays-Bas, la Suisse). Aujourd'hui, seuls quelques rares pays membres de l'UE ne prévoient pas d'éducation à la sexualité. Celle-ci prend néanmoins des formes différentes selon les pays. Comme le notait l'OMS dans son étude sur "les standards pour l'éducation sexuelle en Europe" de 2010⁶¹, en Europe centrale et de l'est, les premières initiatives en matière d'éducation sexuelle « visaient plutôt la préparation au mariage et à la famille et ne tenaient nullement compte du fait que les jeunes pouvaient s'intéresser à des relations amoureuses et avoir des rapports sexuels avant le mariage ». Elle note ainsi que parmi ces derniers pays, « seuls quelques pays, comme la République tchèque et l'Estonie, ont développé des concepts modernes d'éducation sexuelle, différents de la préparation au mariage et à la famille. »

Ce même rapport relève de surcroît qu'il existe peu d'échanges et d'influences entre pays européens en matière d'éducation à la sexualité. Il en résulte de fortes variations, qu'il s'agisse de l'âge à partir duquel l'éducation est dispensée, de la matière à laquelle elle est rattachée, du recours au personnel enseignant ou à des spécialistes externes, du niveau en charge de la définition des programmes (Etat central, autorités locales ou scolaires...).

2. Les facteurs de disparité

Les facteurs de disparité et les entraves à l'accès aux droits et à la santé sexuelle et reproductive tiennent en particulier aux facteurs suivants:

- **La législation** : les textes internationaux et européens sont soit non contraignants, soit inégalement ratifiés (la Slovaquie et la Hongrie ont par exemple refusé de ratifier la convention d'Istanbul). Au sein de l'Union européenne, le principe de subsidiarité prévaut s'agissant des questions de santé sexuelle et reproductive. La définition de ces droits repose donc avant tout sur les Etats. A titre d'exemple, dans son rapport sur les droits sexuels et reproductifs d'octobre 2018, le Parlement européen relève que sur les six pays étudiés (Croatie, République Tchèque, Italie, Pologne, Portugal, Suède), seuls deux reconnaissent dans leur législation un droit général à la santé sexuelle et reproductive (Portugal et Croatie). L'absence d'un tel droit dans la loi ou la Constitution n'empêche néanmoins pas un Etat de le mettre effectivement en œuvre, comme c'est le cas par exemple en Suède.

Les obstacles aux droits sexuels ne relèvent pas toujours de la loi en tant que telle mais de son effectivité. Ainsi, même quand la législation ouvre l'accès à un droit, celui-ci peut rester virtuel, du fait de complexités administratives (délai de réflexion imposé, accès difficile à une ou un praticien, avis préalable d'une commission...) ou de difficultés d'accès à des services adaptés. Par exemple, la clause de conscience que beaucoup de pays européens prévoient dans leur législation, qui ouvre la possibilité aux personnels médicaux de refuser de pratiquer l'avortement, contribue à réduire

⁶¹ OMS, Bureau régional pour l'Europe et BZgA, Standards pour l'éducation sexuelle en Europe, 2010.

l'offre médicale en la matière (ce point fera l'objet d'une analyse plus poussée dans le chapitre 2) ;

- **Les obstacles financiers** : la prise en charge ou non des biens et services de santé sexuelle et reproductive. Le Parlement européen, dans sa proposition de résolution sur la santé et les droits sexuels et génésiques de 2013⁶², relevait que « *les grossesses non planifiées et non désirées restent une réalité problématique pour de nombreuses femmes dans l'Union* » et que « *dans près d'un tiers des Etats membres de l'Union, les contraceptifs ne sont pas couverts par le régime public d'assurance-maladie* » ;

- **Les obstacles d'ordre culturel et religieux** : ils relèvent des représentations, des croyances, des idées reçues et de la stigmatisation. Ils concernent aussi bien la contraception, l'homosexualité ou l'avortement, visant tant les femmes et les hommes que les praticiens et praticiennes concernées ;

- **Les obstacles liés à l'information** : les garanties d'accès à l'information aussi sont inégales, s'agissant par exemple d'une information orientée, du manque de lieux et de personnes ressources pour délivrer cette information, ou d'une éducation à la sexualité en milieu scolaire inexistante ou incomplète.

3. Des évolutions contrastées qui mettent en évidence le risque de réversibilité de ces droits

3.1. Des attaques multiples contre les droits existants

Au cours des années 2010, plusieurs pays ont adopté, ou tenté d'adopter, des mesures pour limiter l'accès aux droits sexuels et reproductifs acquis, dessinant une tendance à l'échelle du continent vers la restriction et la remise en cause de ces droits acquis. Cette dynamique se trouve renforcée par les évolutions en cours aux Etats-Unis, où plusieurs Etats ont adopté au cours de l'année 2019 des lois restreignant fortement le droit à l'avortement (Alabama, Louisiane, Géorgie).

En Hongrie, même si l'avortement est autorisé, l'article II de la Constitution adoptée en 2012 dispose que « *le fœtus doit être protégé dès sa conception* »⁶³. Le gouvernement a notamment lancé une campagne de communication anti-avortement en 2011⁶⁴.

En Espagne, le gouvernement tenta de faire adopter en 2013 une loi interdisant l'avortement hors cas de viol ou danger pour la santé physique ou psychique de la mère. La mobilisation des femmes aux niveaux national et international fit échouer

⁶² Parlement européen, Edite Estrela, rapport sur la santé et les droits sexuels et génésiques, 2013/2040(INI).

⁶³ Extrait de la Constitution hongroise : "ARTICLE II. La dignité humaine est inviolable. Chacun a droit à la vie et à la dignité humaine ; la vie de l'embryon et du fœtus est protégée dès le moment de la conception."

⁶⁴ Forcioli Sophie, Une campagne anti-avortement hongroise cofinancée par Bruxelles, Euractiv, 14 juin 2011.

cette tentative. Cependant en 2015, l'obligation du consentement parental a été réintroduite pour les IVG sur mineures⁶⁵.

Au Portugal, une loi adoptée en 2015 a mis fin à la prise en charge par l'Etat des frais liés à l'avortement et impose aux patientes un suivi psychologique et des examens préliminaires⁶⁶.

En Pologne, pays dans lequel les mouvements anti-choix et l'église catholique sont particulièrement influents, plusieurs propositions d'initiative citoyenne ont été présentées au parlement (en 2016 et en 2018) afin de restreindre les cas de recours légaux à l'avortement (notamment en supprimant la possibilité d'y recourir en cas de grave malformation du fœtus, qui représente la grande majorité des cas). Une forte mobilisation de l'opinion publique a conduit, jusqu'à présent, à faire échec à ces tentatives. On peut également citer la restriction d'accès à la contraception d'urgence instaurée en 2017, avec l'obligation d'une prescription médicale.

En Italie, en 2018, le débat a été relancé par la décision de la ville de Vérone d'attribuer des financements à des associations anti-choix, avec le soutien du ministre italien de la famille⁶⁷. Il est à noter, par ailleurs, que les contraceptifs ne figurent plus depuis 2017 sur la liste des médicaments que les pharmacies sont tenues d'avoir en permanence à disposition⁶⁸.

3.2. Des pratiques persistantes de stérilisation ou d'avortement forcés

Le continent européen est concerné par les pratiques de stérilisations forcées ciblant notamment des minorités ethniques, des communautés marginalisées ou des populations fragilisées. La Slovaquie a été condamnée à plusieurs reprises par la Cour européenne des droits de l'Homme pour des stérilisations forcées de femmes issues des communautés rom⁶⁹. La Hongrie a également fait l'objet de condamnations pour des faits similaires⁷⁰. Dans un passé récent, plusieurs pays scandinaves ont mené des politiques de stérilisation forcée jusque dans les années 1970, ciblant en particulier des personnes souffrant de handicap ou en situation de pauvreté⁷¹, des cas étant répertoriés jusque dans les années 1990.

En France, des stérilisations et avortements forcés ont été pratiqués à l'île de La Réunion au cours des années 1960 et 1970, dans un contexte où les pouvoirs publics

⁶⁵ Espagne, restriction du droit à l'avortement : une loi qui fragilise les mineures, *Courrier International*, 2015.

⁶⁶ Lohéac Nathan, Portugal, le droit à l'avortement fait un pas en arrière, *Courrier International*, 2015.

⁶⁷ Des milliers de manifestants en Italie contre un recul sur l'avortement, *AFP*, 13 octobre 2018.

⁶⁸ Parlement européen, *Etude sur les droits et la santé sexuelle et reproductive*, Octobre 2018, p. 54.

⁶⁹ Par exemple: CEDH, *K.H. et al. Contre Slovaquie*, 28 juin 2009, n°32881/04 et CEDH, *V.C. contre Slovaquie*, 8 novembre 2011, n°18968/07.

⁷⁰ Décision du comité onusien de la CEDAW (Committee on the Elimination of Discrimination Against Women) condamnant la Hongrie pour une affaire similaire de stérilisation forcée (Communication no 4/2004, CEDAW/C/36/D/4/2004, A.S. c/ Hongrie).

⁷¹ Colson Marie-Laure, *Des stérilisations forcées dans toute la Scandinavie*, 27 août 1997.

menaient une campagne pour limiter la natalité⁷². Par ailleurs, la stérilisation des personnes handicapées a été pratiquée au moins jusque dans les années 1990, comme l'a mis en lumière un rapport de l'IGAS de 1998⁷³. Suite à un non-lieu prononcé par la Cour de cassation en 2007, un collectif de personnes en situation de handicap, stérilisées à leur insu au cours des années 1990, a saisi la CEDH qui a jugé leur requête tardive donc irrecevable⁷⁴. Des personnes en situation de handicap ont témoigné que des contraceptions leur avaient été administrées à leur insu, dans ou hors institutions⁷⁵. Selon le témoignage de plusieurs associations, ces pratiques, proscrites par la convention d'Istanbul, sont toujours de mise dans certains établissements, mais elles sont toutefois difficiles à documenter.

B - Une montée en puissance des mouvements anti-choix

1. Qui sont-ils ?

Les mouvements anti-choix se caractérisent par leur opposition au droit à l'avortement. Ils mettent en exergue un "droit à la vie pour l'enfant à naître" et se désignent eux-mêmes sous l'appellation "pro-vie", en s'appropriant les terminologies utilisées par les organisations de promotion et de défense des droits humains.

Lors de son audition, Neil Datta⁷⁶ a décrit les deux générations de mouvements anti-choix. La première émerge dans les années 1970-1980, au moment où le droit à l'avortement est légalisé dans les pays occidentaux. Elle se rend visible à travers des manifestations, des opérations "chocs" comme celles, en France, du militant Xavier Dor dans les centres du Planning Familial. Ces mouvements sont restés relativement restreints et leur impact fut limité et très local, à l'inverse de la seconde génération du mouvement, davantage internationalisée et disposant de moyens importants en termes de communication.

Cette seconde génération est le fruit d'alliances complexes et de la conjonction de différents courants conservateurs, ultra-conservateurs, d'extrême droite et religieux de diverses confessions à travers le monde. Elle a connu un regain de

⁷² Lambert Elise, Récit : "On a tué l'enfant que je portais" : l'affaire oubliée des avortements et stérilisations forcés à La Réunion, France Info, 7 mars 2019.

⁷³ Lagardère Marie-Laure, Strohl Hélène, Even Bernard, Rapport sur les problèmes posés par les pratiques de stérilisation des personnes handicapées, IGAS, mars 1998.

⁷⁴ CEDH, 5e section, Gauer et autres c. France, 23 octobre 2012.

⁷⁵ Hemmerlé Louise, Enquête "Peut-on se passer de leur avis ?" : la délicate question de la contraception des femmes handicapées mentales, France Info, 30 juillet 2018.

⁷⁶ Audition de Neil Datta, directeur du Forum parlementaire européen pour des droits sexuels et reproductifs, devant la DDFE, le 21 novembre 2018.

visibilité et d'activité avec La Manif pour tous en France en 2013, qui s'opposait à la légalisation du mariage pour tous en France.

Selon David Paternotte⁷⁷, cette seconde vague trouve sa source dans la sphère religieuse. En réaction aux conférences de l'ONU du Caire et de Pékin (cf. supra) qui reconnaissent la notion de droits sexuels et reproductifs, des autorités religieuses catholiques se sont publiquement positionnées en opposition au "genre"⁷⁸, parfois également nommé "théorie du genre"⁷⁹. Cet argumentaire s'appuie notamment sur l'ouvrage *"The Gender Agenda : Redifining Equality"*⁸⁰ (ou "L'agenda du genre : redéfinir l'égalité") de la journaliste catholique Dale O'Leary qui a participé à ces conférences, paru en 1997. A compter des années 2000, ces thèses sont progressivement reprises dans les publications de l'Eglise catholique⁸¹.

Comme l'a souligné David Paternotte, ces prises de position ont trouvé un large écho au-delà du catholicisme, parmi d'autres confessions et religions avec lesquelles des rapprochements ont parfois lieu sur ces questions, mais également des groupes politiques d'obédience conservatrice, voire « populistes » et/ou « d'extrême droite ».

2. Quel est leur projet ?

Ces mouvements divers se rejoignent autour de l'idée d'une sexualité dont le but exclusif serait la procréation et le retour à un ordre naturel qui régirait (ou déterminerait) les rapports entre les femmes et les hommes. Ils se rejoignent dans leur opposition à l'ensemble des droits sexuels et reproductifs, aux droits des personnes LGBTQI+, au féminisme, au financement d'associations comme le Planning Familial. Des convergences et des croisements avec d'autres mouvements d'opinion peuvent être parfois relevés, tel le climatoscepticisme (à l'instar de l'*alt-right* américaine).

Le corpus idéologique commun à ces mouvements a été analysé dans le rapport du Forum parlementaire européen pour des droits sexuels et reproductifs *"Restaurer l'ordre naturel. La vision des extrémistes religieux pour mobiliser les sociétés européennes contre les droits humains en matière de sexualité et de reproduction"*⁸², publié en 2018. Ces mouvements s'appuient sur une définition de la "dignité humaine" qui se décline selon trois aspects⁸³ :

⁷⁷ Audition de David Paternotte, sociologue et professeur à l'Université libre de Bruxelles, devant la DDFE, le 4 décembre 2018.

⁷⁸ Chambraud Cécile, Le Vatican appelle à la résistance contre « l'idéologie du genre », Le Monde du 11 juin 2019.

⁷⁹ Carnac Romain, L'Église catholique contre « la théorie du genre » : construction d'un objet polémique dans le débat public français contemporain, CNRS / École Pratique des Hautes Études, France.

⁸⁰ O'Leary Dale, *The Gender Agenda : Redifining Equality*, Vital Issues Press, 1997.

⁸¹ Conseil Pontifical pour la famille, « Famille, mariage et 'unions de fait' », 26 juillet 2000, n°8, « Lettre aux évêques de l'Église catholique sur la collaboration de l'homme et de la femme dans l'Église et dans le monde » publiée en 2004 ; « Lexique des termes ambigus et controversés : Sur la vie, la famille et les questions éthiques » publié en 2005.

⁸² Datta Neil, *Restaurer l'ordre naturel, un agenda pour l'Europe*, rapport du Forum Parlementaire Européen sur la population et le développement, avril 2018.

⁸³ Audition de Neil Datta, op. cit.

- une défense de la vie définie "de la conception jusqu'à la mort naturelle", qui fonde l'opposition à plusieurs formes de contraceptions, à la contraception d'urgence, à l'avortement et à l'euthanasie ;

- la défense de la "famille", dans une définition restreinte à son acception patriarcale et "traditionnelle" (un père, une mère et les enfants) ;

- la "liberté religieuse", définie sous l'angle de la possibilité de déroger à certaines législations pour des motifs de conviction religieuse.

Selon le rapport du Forum parlementaire européen pour des droits sexuels et reproductifs, ce programme est promu et coordonné par "Agenda Europe", structure de coordination européenne des organisations anti-choix. Ses objectifs sont de revenir sur les lois existantes concernant le droit au divorce, à la contraception, à l'avortement, aux technologies de procréation assistée ou encore les droits relatifs aux personnes LGBTQI+.

Afin d'y parvenir, une des stratégies identifiées consiste à soutenir les mesures rendant l'accès à ces droits plus complexe, par exemple en militant pour limiter les avortements pour cause d'anomalie fœtale, restreindre l'accès à l'éducation sexuelle et à l'information, renforcer ou introduire dans les législations, des clauses de conscience pour les membres des professions de santé ne voulant pas pratiquer d'avortement.

3. La structuration des mouvements anti-choix

Les mouvements anti-choix se réunissent régulièrement lors de grands événements internationaux mais se sont structurés dans le sillage de la Manif pour tous : Terrence McKeegan, conseiller juridique pour la mission permanente du Saint-Siège aux Nations Unies, a organisé en 2013 à Londres une réunion avec l'ensemble des associations anti-choix et "pro-famille" d'Europe pour structurer leur mouvement et travailler leur argumentaire⁸⁴.

A l'occasion de cette réunion stratégique, une vingtaine de militantes et militants américains et européens ont commencé à élaborer des stratégies axées sur des "objectifs réalisables", pour faire reculer les droits humains dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive en Europe. Cette réunion fut à l'origine de la création d'Agenda Europe, structure confidentielle composé de groupes, d'associations et d'ONG chrétiennes, fédérés au niveau européen contre le droit à l'avortement, les droits LGBTQI+ et le mariage pour tous. Le groupe initial de militants et militantes s'est agrandi jusqu'à attirer aujourd'hui plus de 100 organisations anti-droits humains, anti-droits des femmes et anti-LGBTQI+, implantées dans plus de 30 pays européens⁸⁵.

Ces mouvements bénéficient d'importants soutiens financiers internationaux. Ceux-ci mettent en lumière la dimension géopolitique de cette mobilisation. Dans son rapport, le Forum parlementaire européen pour des droits

⁸⁴ Datta Neil, Restaurer l'ordre naturel, un agenda pour l'Europe, rapport du Forum Parlementaire Européen sur la population et le développement, avril 2018.

⁸⁵ Ibid.

sexuels et reproductifs identifie plusieurs "probables financiers" du mouvement Agenda Europe, dont des personnalités européennes, mais également des organisations américaines et des oligarques russes d'extrême droite et proches de mouvements religieux. Neil Datta a mentionné lors de son audition, à titre d'exemple, le rôle de l'association américaine *Alliance Defending Freedom* (ADF) qui consacrait, en 2012, 700 000 euros pour des initiatives anti-IVG et anti-LGBTQI+ en Europe et 2,6 millions d'euros en 2015, permettant ainsi au mouvement de s'appuyer sur des personnes salariées⁸⁶. Une enquête menée par le journal *Le Monde*⁸⁷ sur le financement par des milliardaires américains de campagnes de désinformation en Europe, met en lumière leur soutien financier à des publicités anti-avortement diffusées dans le cadre de la campagne du référendum sur la légalisation de l'avortement en Irlande.

4. Quels sont leurs vecteurs d'action ?

Ces mouvements s'appuient sur des techniques de communication rodées et efficaces. Cinq types d'actions peuvent être mentionnés.

4.1. Gagner la bataille idéologique à travers les mots

Le manifeste sur le "Retour à l'ordre naturel", préparé par "Agenda Europe" et analysé par le Forum parlementaire européen pour des droits sexuels et reproductifs, leur suggère de « *définir [leurs] enjeux en termes de 'droits' »*, « *à l'instar de [leurs] adversaires* ». Ainsi, « *si nous utilisons ces termes de manière cohérente, nous pourrions même réussir à 'contaminer' (ou de fait à rectifier) la terminologie que nos adversaires ont élaboré* »⁸⁸.

Ces organisations poursuivent une stratégie de "colonisation" du vocabulaire des droits humains, consistant à emprunter la rhétorique des mouvements en faveur de la défense de ces droits pour exprimer de manière plus acceptable ou "moderne", des positions en réalité anciennes. A titre d'exemple, des termes ou expressions comme "genre" ou "nouveau féminisme" sont redéfinies et réutilisées dans la doctrine éthique de l'Eglise catholique. De nouvelles formules sont forgées, à l'instar du "droit des pères à prévenir l'avortement de leur enfant", l'assimilation de la clause de conscience des personnels médicaux à un droit humain⁸⁹.

⁸⁶ Moran Anaïs, Les anti-IVG sont souvent anti-genre, homophobes et contre le Planning Familial, article de Libération, 28 septembre 2017.

⁸⁷ Leloup Damien, Des milliardaires américains financent discrètement des campagnes de désinformation en Europe, *Le Monde*, 7 mars 2019.

⁸⁸ Datta Neil, Restaurer l'ordre naturel, un agenda pour l'Europe, op. cit., p.17.

⁸⁹ Ibid.

4.2. Accroître leur visibilité et leur influence sur internet

Les mouvements anti-choix se sont appropriés les outils numériques et les réseaux sociaux, avec une maîtrise souvent supérieure à celle des mouvements progressistes. Le panel des outils mobilisés est large, depuis des stratégies classiques de visibilité et d'influence à des stratégies relevant de la désinformation et du détournement.

Dans la première catégorie, de nombreux sites internet relayent les positions de ces mouvements, à l'initiative en France de la Manif pour Tous ou de l'AFD en Allemagne. En Espagne, le site CitizenGO, lié à l'organisation anti-IVG espagnole Hazte Oir et à l'organisation américaine *National Organisation for Marriage* (NOM) est à l'origine de nombreuses pétitions sur des thématiques ultraconservatrices et a notamment joué un rôle dans le rejet par le Parlement européen du rapport Estrela sur la santé et les droits sexuels et génériques en 2013⁹⁰. Ces sites adoptent une approche moderne et soignée, et le plus souvent, une profession de foi neutre et apolitique. **Certains témoignent d'une parfaite maîtrise des codes d'internet et des techniques de marketing en ligne** : ergonomie moderne, utilisation de matériel vidéo, citations de témoignages, "appels à l'action" clairs, boutique en ligne...

Ces initiatives adoptent parfois des stratégies détournées, promouvant des thèses anti-choix sous couvert d'information sur l'IVG et les questions de sexualité⁹¹. Le succès de leurs stratégies de référencement peut parasiter la communication des pouvoirs publics, avec des conséquences dramatiques en termes de santé publique, comme l'a illustré la problématique sur un site anti-avortement se présentant comme un site d'information officiel sur l'IVG, apparaissant parmi les premiers résultats des moteurs de recherche pour les requêtes portant sur l'IVG⁹². Des mouvements et associations progressistes s'organisent, parfois avec les pouvoirs publics, pour donner le meilleur accès possible à une information juste et objective, pour permettre aux femmes d'accéder à l'avortement si tel est leur choix. Il s'agit de contrer plus largement la désinformation dont le but est de dissuader toutes les personnes, femmes et hommes de faire des choix autonomes et responsables en matière de sexualité à travers la diffusion de fausses informations s'appuyant sur des rapports pseudo-scientifiques. Des sites d'information publics comme "onsexprime.fr" géré par Santé Publique France, "ivg.gouv.fr", ou la mise en place d'un numéro vert national "Sexualités contraception IVG" (0 800 08 11 11) vont également dans ce sens.

Plusieurs mouvements recourent même à des stratégies de remise en cause de recherches scientifiques, voire de fausses nouvelles, à l'image de celles prétendant que le rapport Estrela présenté au Parlement européen promouvait - et imposait aux Etats membres - la pratique de la masturbation infantile⁹³.

⁹⁰ Audition de Neil Datta, op. cit.

⁹¹ A l'exemple des sites "Test positif", "Parole de soignants", "Parler de mon ivg" ou encore le site "simoneveil.com".

⁹² Voir en particulier l'article du Monde : Laurent Samuel, Motet Laura, *Ivg.net*, le site très orienté d'un couple de militants catholiques, Le Monde, 07 décembre 2016.

⁹³ Voir par exemple : "Rapport Estrela : une victoire pour la dignité humaine et les droits des parents au Parlement européen", FAFCE (Fédération des Associations Familiales Catholiques en Europe), site Internet "Aleteia", 22 octobre 2013.

4.3. Mobiliser dans l'espace public

Les mouvements anti-choix ont modernisé leurs modes de mobilisation. La Manif pour Tous a constitué un véritable laboratoire, avec un travail de communication soigné (visuels, éléments de langage), ou encore la constitution de groupes tels que les "Homen" ou les "Antigones" qui reprennent et inversent les codes de groupes progressistes. Parmi ces modes de mobilisation "innovants", les "veillées" de "sentinelles" ont rencontré un certain succès, notamment en Italie dans le cadre de la mobilisation contre le projet de loi d'union civile en 2016.

La campagne anti-avortement lancée en 2019 en Pologne par l'organisation CitizenGo, qui mêle supports physiques (affiches publiques) et en ligne (vidéos, site internet)⁹⁴, témoigne du haut degré de préparation et de sophistication des stratégies de communication adoptées par les mouvements anti-choix.

4.4. Utiliser les leviers participatifs et juridiques

Les mouvements anti-choix ont adopté une stratégie d'utilisation systématique des instruments de démocratie participative (pétitions, consultations publiques...) afin de faire pression sur les pouvoirs publics, avec une capacité de mobilisation forte. Ils ont en particulier porté une initiative citoyenne européenne⁹⁵ intitulée "One of us" et visant à empêcher le financement d'actions impliquant « *la destruction d'embryons humains* ». Cette initiative a récolté plus de 1,7 millions de signatures et a été soumise le 17 février 2014 à la Commission européenne, qui l'a rejetée. Un recours a été déposé auprès de la cour de justice européenne. Celle-ci a confirmé la décision de la Commission de ne pas soumettre de proposition législative dans le cadre de l'initiative citoyenne européenne "One of Us", la Commission ayant suffisamment motivé sa décision et n'ayant pas commis d'erreur manifeste d'appréciation⁹⁶. Cette stratégie a été à l'œuvre lors de la consultation citoyenne organisée dans le cadre du grand débat en France.

Des pétitions similaires ont été portées par ces organisations dans plusieurs pays européens. Dans certains cas, ces mobilisations ont abouti à l'organisation de référendums, par exemple celui en Croatie en 2013, qui a tranché en faveur de l'insertion dans la Constitution d'une définition du mariage comme "l'union d'un homme et d'une femme", ainsi qu'un référendum similaire organisé en Roumanie en 2018, dont le taux de participation n'a pas atteint le seuil minimal requis.

Cette stratégie se décline sur le terrain juridique. Les organisations anti-choix soutiennent plusieurs requêtes présentées devant les juridictions nationales ou la Cour européenne des droits de l'homme. C'est notamment le cas de la plainte d'Ellinor Grimmark, sage-femme suédoise qui se déclare victime de discrimination en raison de son refus de pratiquer des IVG, portée devant la CEDH dans le but de faire condamner la Suède pour ce que sa législation ne prévoit pas de clause de conscience pour l'IVG. En France, les pharmaciens Pichon et Sajous ont saisi la CEDH afin de ne plus être contraints de vendre des contraceptifs.

⁹⁴ <http://www.odpoczatku.org/>

⁹⁵ Droit d'initiative citoyenne prévu à l'article 11 du traité sur l'Union européenne.

⁹⁶ Tribunal de l'Union européenne, Communiqué de presse n° 52/18, Luxembourg, le 23 avril 2018, Arrêt dans l'affaire T-561/14, European Citizens' Initiative One of Us e.a./Commission.

Ces actions sont menées le cas échéant avec le soutien de mouvements étrangers. A titre d'exemple, l'organisation chrétienne américaine "*Alliance Defending Freedom*", dont l'objet est de soutenir et de financer des procédures juridiques sur les sujets relatifs à la liberté religieuse, la famille, le statut de la vie ou le mariage, l'un des groupes d'intérêt chrétien les plus influents aux Etats-Unis, s'est implantée en Europe⁹⁷.

4.5. Lobbying politique

Au-delà du champ juridictionnel, l'action de ces mouvements prend la forme d'actions de lobbying et de plaidoyer dans le but d'exercer une influence sur la rédaction des réglementations européennes et nationales. Leur stratégie vise également à se placer à des postes au sein des institutions pour influencer les décisions.

Un autre axe de leur action consiste à empêcher le financement des associations de planification familiale, sur le modèle du rétablissement en 2017 du "*global gag rule*" aux Etats-Unis, décret qui interdit tout financement par les Etats-Unis, d'organisations internationales proposant des services d'avortement légal et agissant en faveur de l'information en matière de santé sexuelle et reproductive. L'interdiction de tels financements était précisément l'objet de la pétition "*One of us*".

Cette évolution témoigne d'une professionnalisation et d'une montée en compétence de ces mouvements, en matière de droit, de lobbying, que Neil Datta a soulignées lors de son audition. Le nombre de bureaux représentant des organisations anti-choix à Bruxelles a grossi au cours des dernières années. La visibilité de leur thèse au sein des partis politiques et des institutions européennes s'accroît.

III - DE NOUVEAUX DROITS EN DÉBAT

Des évolutions sociétales et législatives (comme le PACS en 1998 ou le mariage pour tous en 2013), les progrès des techniques médicales de procréation et la diversité des formes de famille, entraînent des évolutions de notre vision de la conjugalité et de la parentalité. Consécutivement aux mouvements d'affirmation et aux luttes à partir des années 70 et au cours des années 2000, de nouveaux enjeux relatifs aux droits sexuels ont émergé dans le débat : les droits des personnes LGBTQI+ et la place accordée à la procréation médicalement assistée (PMA).

A - Les droits des personnes LGBTQI+

Même si des mouvements ont commencé à émerger auparavant, les émeutes de Stonewall de 1970, en réponse aux descentes de police dans le quartier gay de New-York, sont à l'origine d'un mouvement d'affirmation d'une « fierté gay » (*gay pride*), de luttes contre la répression et la pénalisation et pour l'affirmation de droits pour cette communauté. De manière tragique, l'apparition du SIDA dans les années 80 et 90,

⁹⁷ Voir ce communiqué de presse de l'ADF du 27 janvier 2016 : <http://www.adfmedia.org/News/PRDetail/9848>.

sa propagation et ses ravages ainsi que l'inertie des pouvoirs publics vont entraîner l'apparition d'associations de volontaires (dans un premier temps principalement homosexuels et homosexuelles) comme AIDES et Act-UP en France, dont l'objet est de lutter contre l'épidémie et d'aider les malades. Cela va également contribuer à renforcer la visibilité de la communauté et de ses revendications pour des droits équivalents à ceux des personnes hétérosexuelles. Ainsi progressivement, alors qu'elle a été longtemps reléguée au second plan, la situation des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, queer et intersexes (LGBTQI+) au regard de leurs droits sexuels et reproductifs fait l'objet d'une attention croissante.

1. La lutte contre les LGBT-phobies et les discriminations selon l'orientation sexuelle et l'identité de genre

Le terme de « LGBT-phobie » désigne toutes les manifestations de rejet (regard malveillant, mépris, insulte, violence physique, discrimination) que peut subir une personne LGBTQI+ ou supposée l'être⁹⁸. Depuis le début des années 2000, la législation a pris en compte de manière croissante la lutte contre les discriminations liées à l'orientation sexuelle et l'identité de genre.

1.1. Au niveau international

Le 17 mai 1990, l'OMS retire l'homosexualité de la liste des maladies mentales. A partir des années 2000 émerge un corpus de principes internationaux afin de mieux protéger les droits des personnes en raison de leur orientation sexuelle.

Plusieurs experts et expertes des droits humains, juristes, représentantes et représentants d'ONG se sont réunis en 2006 pour mettre au point une "série de principes juridiques internationaux sur l'application du droit international aux violations des droits humains fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre", appelés les principes de Yogyakarta, présentés en 2007 à l'occasion d'une réunion du Conseil des droits de l'homme des Nations unies. Ces principes ont été complétés en 2017 ("YP+") et sont aujourd'hui au nombre de 38.

Certains de ces principes relèvent des droits et santé sexuels et reproductifs, par exemple le principe 2 sur l'égalité de droit et la non-discrimination⁹⁹ et le principe 18 sur la protection contre les abus médicaux¹⁰⁰.

⁹⁸ INJEP, Les jeunes face aux discriminations liées à l'orientation sexuelle et au genre, Agir contre les LGBT –phobies, Les Cahiers de l'Action, 9 janvier 2013.

⁹⁹ Point B: "Abroger toutes les dispositions pénales et judiciaires qui interdisent ou qui, dans les faits, sont utilisées pour interdire à des personnes de même sexe en âge de consentement de s'adonner à des activités sexuelles consenties".

¹⁰⁰ Point B: "Prendre toutes les dispositions législatives et administratives, ainsi que toute autre mesure, nécessaires pour garantir qu'aucun enfant ne voie son corps irréversiblement altéré par des pratiques médicales visant à lui imposer une identité de genre sans le consentement total, libre et averti de l'enfant, conformément à son âge et à sa maturité, et suivant le principe selon lequel, dans toutes les situations impliquant des enfants, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale."

Si certains organes internationaux ou nationaux ont fait référence à ces principes, à l'instar du Conseil de l'Europe, ces derniers n'ont toutefois pas de valeur juridique. Les tentatives de les faire reconnaître formellement par les organes des Nations-Unies n'ont pas abouti et se heurtent encore à l'opposition de nombreux Etats. L'homosexualité reste pénalisée ainsi dans environ 70 pays à travers le monde, voire criminalisée ou punie de peines de prison ou de peines de mort.

Des progrès sont néanmoins constatés dans le cadre du comité des droits de l'homme de l'ONU. En 2016, ce dernier a adopté une résolution donnant mandat à un expert indépendant de mener des travaux sur la protection contre les violences et les discriminations basées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre¹⁰¹. Son objet est notamment d'établir un rapport annuel et des communications sur ce sujet ainsi que d'effectuer des visites de terrain.

1.2. En Europe

En Europe, les droits des personnes LGBTQI+ apparaissent, de manière générale, mieux protégés que dans d'autres régions du monde. Ainsi, l'homosexualité n'est plus pénalisée dans les pays européens¹⁰². Cependant, en Tchétchénie, les personnes LGBTQI+ font face à de graves persécutions¹⁰³. De plus, la Russie a adopté le 30 juin 2013, une loi pénalisant "la propagande homosexuelle" en direction des personnes mineures, qui a fait l'objet d'une condamnation de la CEDH en 2017 sur ce point¹⁰⁴.

L'article 14 de la CEDH ne fait pas mention spécifique des discriminations en raison de l'orientation sexuelle. Mais la recommandation 1474 du 30 juin 2000 sur la situation des lesbiennes et des gays dans les États membres du Conseil de l'Europe invite ces derniers à prendre des mesures spécifiques afin de prohiber ce type de discrimination, d'assurer l'égalité de traitement en matière d'emploi mais aussi de prendre « *des mesures positives pour combattre les attitudes d'homophobie, en particulier à l'école* ».

Le traité d'Amsterdam de 1997 donne à l'Union européenne la compétence pour agir en vue de « *combattre toute discrimination fondée sur le sexe, la " race " ou l'origine ethnique, la religion ou les convictions, un handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle* ». L'article 21 de la Charte des droits fondamentaux de 2000 proscrit également les discriminations fondées sur l'orientation sexuelle. D'autres textes européens peuvent être mentionnés, notamment la directive du 27 novembre 2000

¹⁰¹ Human Rights Council, Resolution 32/2. *Protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity*. A/HRC/RES/32/2, 30 juin 2016.

¹⁰² Lucas Ramon Mendos, *State sponsored homophobia 2019*, Ilga world.

¹⁰³ "Tchétchénie, nouvelle vague de répression homophobe", site d'Amnesty International, 15 janvier 2019, consulté le 11 avril 2019. En 2017 des dizaines d'homosexuels en Tchétchénie ont été enlevés et torturés, voire tués, et les arrestations ont repris depuis fin 2018.

¹⁰⁴ CEDH, affaire Bayev et autres c. Russie (requêtes nos 67667/09, 44092/12 et 56717/12), 20 juin 2017.

qui interdit les discriminations sur le lieu de travail en raison de l'orientation sexuelle. Le Parlement européen a adopté plusieurs résolutions sur ce sujet, non contraignantes¹⁰⁵. Il s'est notamment positionné en faveur de la liberté de mouvement des familles LGBT-parentales¹⁰⁶ et contre les thérapies de conversions¹⁰⁷.

1.3. En France

En France, l'homosexualité a été dépénalisée dès 1791 mais a continué à faire l'objet de discriminations et de poursuites notamment en application des lois sur l'exhibition sexuelle. Il a toutefois fallu attendre 1982 pour que soit abrogé l'alinéa 2 de l'article 331 du code pénal qui incriminait spécifiquement les actes homosexuels sur les mineurs âgés de 15 à 18 ans¹⁰⁸.

Au cours des années 2000, de nombreuses lois ont permis d'améliorer la protection des personnes contre les discriminations et les violences en raison de leur orientation sexuelle réelle ou supposée¹⁰⁹. Ces dispositions ont plus récemment été étendues à la transphobie¹¹⁰.

La législation prend en compte les atteintes en raison de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre à trois niveaux¹¹¹ : comme circonstance aggravante de certaines infractions pénales¹¹² ; comme motif de discrimination passible de sanction¹¹³ ; dans le cadre de la lutte contre les provocations à la haine et à la violence¹¹⁴.

¹⁰⁵ Résolution du 15 juin 2006 sur la montée des violences racistes et homophobes en Europe, le rapport sur la feuille de route de l'UE contre l'homophobie et les discriminations fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre du 8 janvier 2014.

¹⁰⁶ Résolution du Parlement européen du 7 février 2018 sur la protection et la non-discrimination des minorités dans les États membres de l'Union européenne (2017/2937(RSP).

¹⁰⁷ Résolution du Parlement européen du 1er mars 2018 sur la situation des droits fondamentaux dans l'Union européenne en 2016 (2017/2125(INI).

¹⁰⁸ Loi n°82-683 du 4 août 1982 portant abrogation de l'article 331 (AL. 2) du Code pénal.

¹⁰⁹ En particulier, la loi n° 2001-1066 du 16 novembre 2001 relative à la lutte contre les discriminations ou la Loi n° 2004-1486 du 30 décembre 2004 portant création de la haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité.

¹¹⁰ En particulier la loi du 6 août 2012 relative au harcèlement sexuel et la transphobie en raison de l'identité sexuelle ou la loi du 27 janvier 2017 relative à l'égalité et à la citoyenneté qui introduit dans le code pénal la notion d' "identité de genre vraie ou supposée" comme circonstance aggravante de certaines infractions pénales.

¹¹¹ Voir en particulier SOS homophobie, Rapport sur l'homophobie 2018 op. cit. p. 163 et suivantes.

¹¹² Article 123-77 du Code pénal. C'est notamment le cas pour le meurtre (article 221 du Code pénal), les actes de torture ou de barbarie ou encore de violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner (article 222 du Code pénal).

¹¹³ Article 225-2 du Code pénal. Il prévoit trois ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende, ou cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende lorsque le refus discriminatoire commis dans un lieu accueillant du public ou aux fins d'en interdire l'accès.

¹¹⁴ La loi du 29 juillet 1881 sur la liberté de la presse a été modifiée en 2004 pour intégrer une infraction

Les pouvoirs publics disposent d'autres canaux d'action : la délégation interministérielle à la lutte contre le racisme et l'antisémitisme, créée en 2012, a vu son champ d'intervention étendu à la lutte contre la haine et les discriminations anti-LGBT fin 2016. S'agissant de l'éducation nationale, la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 prévoit qu'une éducation à la sexualité soit dispensée dans les établissements d'enseignement primaire et secondaire, au sujet de laquelle la circulaire de septembre 2018¹¹⁵ mentionne en particulier la lutte contre le sexisme, l'homophobie et la transphobie parmi les principes de mise en œuvre de cette éducation. En janvier 2019, le ministère de l'éducation nationale a relancé une campagne de sensibilisation contre la haine anti-LGBT, avec en particulier une campagne d'affichage, un espace en ligne dédié (education.gouv.fr/controlhomophobie) et un service d'écoute et d'aide à distance (ecoute.controlhomophobie.org)¹¹⁶. Néanmoins, ces campagnes rencontrent des difficultés de diffusion sur le terrain : parfois non affichées, ou dans un endroit peu visible comme l'infirmerie, voire arrachées par des élèves¹¹⁷.

1.4. La persistance des discriminations et manifestations de LGBT-phobie

Malgré ces progrès, la LGBT-phobie reste une réalité tangible, comme le rappellent plusieurs agressions dans l'actualité. Ces thèmes suscitent de surcroît, dans un contexte de montée des populismes, une polarisation des opinions publiques européennes notamment sur la question du mariage entre personnes de même sexe (cf. infra).

Le dernier rapport annuel de l'association SOS-homophobie, qui comptabilise les signalements et témoignages qu'elle reçoit, constate que ces derniers sont en hausse. Ces données attestent, selon l'association, « *d'une homophobie et d'une transphobie durablement ancrées au-delà du pic de témoignages reçus entre 2012 et 2014, lié au contexte des débats sur le mariage et l'adoption* »¹¹⁸. En ce qui concerne l'éducation nationale, selon l'enquête de climat scolaire et de victimation menée par la direction de l'évaluation de la prospective et de la performance (DEPP) du ministère de l'éducation nationale pour l'année scolaire 2017-2018, 3,9% des élèves en lycée et 4,9% des élèves en lycée professionnel déclarent être victimes d'insultes homophobes¹¹⁹.

spécifique de "provocation à la haine ou à la violence ou aux discriminations fondées sur l'orientation sexuelle ou l'identité sexuelle" (en son article 24), et pour prendre en compte les cas d'injure ou de diffamation en raison du sexe ou de l'orientation sexuelle (articles 32 et 33 de cette même loi).

¹¹⁵ Circulaire n°2018-111 du 12 septembre 2018.

¹¹⁶ <http://eduscol.education.fr/cid50566/prevenir-homophobie.html>.

¹¹⁷ Voir à ce sujet les enquêtes du Collectif Education contre les LGBT-phobies en milieu scolaire (<https://collectifeducatgtpobies.wordpress.com/>).

¹¹⁸ SOS homophobie, Rapport sur l'homophobie 2018, <https://www.sos-homophobie.org/rapport-annuel-2018>.

¹¹⁹ <http://eduscol.education.fr/cid50566/prevenir-homophobie.html>.

Comme l'a souligné Omar Didi¹²⁰, coprésident de l'association Mag Jeunes LGBT, lors de son entretien avec la rapporteure, ces éléments de contexte constituent autant d'obstacles limitant l'accès des personnes LGBTQI+ à leurs droits en matière de sexualité. Cela a des effets en termes psychosociaux, notamment sur la prévalence du suicide. Ce lien a été mis en évidence par une publication de l'OMS en 2014¹²¹, ainsi qu'une étude de l'INPES¹²² de la même année portant sur la France, selon laquelle « en 2010, les prévalences de tentatives de suicide atteignent plus de deux personnes sur dix chez les homo-/bisexuels masculins, tandis qu'elles se situent à 2,8 % chez les hommes hétérosexuels exclusifs. Parmi les femmes, elles concernent 17,1 % des homo-/bisexuelles, contre 7 % des femmes hétérosexuelles exclusives. » Ces chiffres montent même à 20 % chez les personnes transgenre¹²³.

S'agissant de la santé, et de la santé sexuelle proprement dite, les personnes LGBTQI+ sont l'objet d'autres formes de discrimination. Selon la CNCDH, près d'un homme gay ou bi sur 3 (32,7 %) et plus d'une femme lesbienne ou bi sur 3 (36,8 %) ont déjà ressenti, au cours de leur vie, un propos ou geste perçu comme déplacé quant à son orientation sexuelle ou à l'homosexualité en général de la part de son médecin généraliste¹²⁴. Les lesbiennes sont plus touchées par les IST que les autres femmes, et subissent davantage de difficultés dans l'accès aux soins gynécologiques : refus de soins, informations fausses ou inadaptées, commentaires désobligeants¹²⁵. Les professionnels et professionnelles de santé mentionnent les insuffisances de leur formation initiale et continue sur ces sujets, qui ne leur donnent pas les outils nécessaires pour prendre en compte les spécificités de cette patientèle.

Chez les gays et les personnes transsexuelles, la prévalence au VIH reste bien plus élevée que dans la population générale, et le nombre de nouvelles contaminations ne baisse pas¹²⁶. Or, comme Dominique Boren, co-président de l'Association des parents et futurs parents gays et lesbiens (APGL) et président du *Network of European LGBTIQ Families Associations* (NELFA), le faisait remarquer lors de son audition, « 47 % des personnes séropositives ayant vécu une discrimination l'ont vécue dans le milieu médical. »¹²⁷

¹²⁰ Entretien de la rapporteure avec Omar Didi, coprésident de l'association Mag Jeunes LGBT, le 9 janvier 2019.

¹²¹ OMS, Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial, 2014.

¹²² Beck F., Firdion J.-M., Legleye S., Schiltz M.-A. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. Acquis des sciences sociales et Perspectives. [Nouvelle édition 2014], Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2014.

¹²³ Alessandrin Arnaud, Espineira Karine, "La transphobie", rapport du comité Idaho et de République & Diversité, juillet 2014.

¹²⁴ Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux, avis de la CNCDH, 22 mai 2018.

¹²⁵ Enquête sur la visibilité des lesbiennes et la lesbophobie, SOS Homophobie, 2015 et Clotilde Genon, Cécile Chartrain et Coraline Delebarre Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions, in Genre, sexualité & société, 2009.

¹²⁶ Le bilan épidémiologique de Santé publique France de novembre 2018 concernant les infections par le VIH et IST bactériennes¹²⁶ mentionne notamment que le groupe des "hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes" (HSH) est le plus touché par le VIH et représente 45% des découvertes de séropositivité effectuées en 2017-2018 en France.

¹²⁷ Audition de Dominique Boren devant la DDFE le 24 octobre 2018.

Enfin, la situation des personnes LGBTQI+ reste largement occultée dans l'éducation à la sexualité prodiguée dans l'enseignement, qui se limite le plus souvent aux relations hétérosexuelles (voir chapitre 2, focus 2).

2. Les enjeux relatifs à la conjugalité de personnes de même sexe et leur filiation

En France, le mariage entre personnes de même sexe est autorisé depuis la loi du 17 mai 2013 sur le mariage pour tous. L'adoption étant réservée aux couples mariés, cette loi a également ouvert la voie en France à l'adoption homoparentale.

Toutefois, Mme Laurène Chesnel, déléguée chargée des familles à l'inter-LGBT, a indiqué lors de son audition que les couples homosexuels restent discriminés par rapport aux couples hétérosexuels dans l'accès à l'adoption. Ceci a depuis été documenté par l'IGAS dans son rapport de mars 2019, qui dénonce « *plusieurs mécanismes ayant conduit (...) à orienter de manière systématique les propositions d'adoptions sur certains profils de parents, au détriment des autres* » et relève que les homoparents ne se sont vus proposés que des enfants à besoins spécifiques, en précisant que « *Cette posture pourrait être considérée comme paradoxale car elle ne considère pas ces familles comme prioritaires pour l'accueil d'un nouveau-né sans particularité alors même qu'elle leur reconnaît des compétences propres à accueillir un enfant plus âgé et/ou présentant des problèmes de santé ou un handicap* »¹²⁸.

L'adoption est actuellement possible pour les couples homosexuels dans 12 pays de l'Union européenne. Les auditions menées par le CESE ont mis en lumière les problèmes entraînés par l'absence d'harmonisation des législations européennes dans ce domaine, et son impact sur la reconnaissance des enfants des familles homoparentales. Les actes d'état civil des enfants de couples homosexuels sont reconnus dans certains pays seulement. Les personnes auditionnées ont fait valoir que l'absence de mécanisme d'harmonisation ou de coordination au niveau européen posait un problème de liberté de circulation des citoyens européens et citoyennes européennes. Faute de portabilité de ces droits entre pays européens et de reconnaissance mutuelle des états civils, la situation des familles composées de parents de nationalités différentes ou qui vivent dans un pays différent de leur pays d'origine est particulièrement complexe et peut devenir inextricable, comme l'a souligné Dominique Boren au cours de son audition.

Se pose également l'enjeu des règles d'établissement de la filiation, dans la mesure où ces règles restent largement régies par un modèle "hétéronormé". Ce modèle établit ainsi une discrimination selon que les parents sont de sexe différent ou de même sexe. A titre d'exemple, en France, dans le cas d'un couple hétérosexuel marié ayant recours à la PMA avec don de gamète (où le père n'est donc pas le géniteur), le lien de filiation est présumé, et lorsque le couple n'est pas marié, une

¹²⁸ IGAS, "Contrôle des procédures d'adoption dans le département de seine maritime", rapport, mars 2019.

simple reconnaissance en mairie permet d'établir ce lien¹²⁹. A l'inverse, dans le cas d'un couple de personnes de même sexe ayant eu recours à une PMA, le membre du couple n'ayant pas de lien biologique avec l'enfant ne se verra pas reconnaître de droit sur l'enfant, sauf à recourir à une procédure d'adoption intraconjugale, procédure qui peut prendre jusqu'à plusieurs années, et laisse l'enfant dans l'insécurité juridique¹³⁰. Le projet de révision des lois de bioéthique apportera peut-être des évolutions sur ce point (cf. partie B).

3. Les droits des personnes transgenres et intersexes

La quasi-totalité des pays de l'Union européenne organise des procédures de reconnaissance légale du genre, mais à des conditions diverses : 7 exigent la stérilité, 20 un diagnostic de santé mentale, 21 prévoient une barrière d'âge¹³¹.

En France, la situation des personnes transgenre et intersexuées reste trop souvent appréhendée sous l'angle de la médicalisation et de la pathologisation. Lors de son entretien, M. Didi¹³² a insisté sur le fait que beaucoup de médecins spécialisés continuent de percevoir « *la transidentité comme une maladie* » et d'appliquer un traitement psychiatrique aux personnes transgenres. Par ailleurs, ces dernières sont souvent confrontées au manque de formation et de connaissance de certains professionnels et professionnelles de santé : près des deux tiers d'entre elles déclarent avoir subi de la transphobie de la part du corps médical¹³³.

Les membres du corps médical spécialisés sur les questions de santé liées à la "dysphorie de genre" témoignent pour leur part d'un « *certain ostracisme du système de santé* », selon les termes de la HAS dans le rapport qu'elle a consacré en 2010 à la prise en charge des personnes transgenres¹³⁴. Elle avait formulé plusieurs recommandations pour améliorer la situation, comme la constitution d'équipes de référence multidisciplinaires sur le territoire ou la sensibilisation de l'ensemble des professionnels et professionnelles de santé à ces enjeux lors de leur formation initiale.

Lors de son audition, Mme Chesnel a souligné que les enfants intersexes subissent très tôt après la naissance, des opérations destinées à leur assigner un "sexe". Ces opérations ont longtemps été jugées souhaitables, tant du point de vue

¹²⁹ Assemblée nationale, rapport de la mission d'information sur la révision de la loi relative à la bioéthique, op. cit. p. 38.

¹³⁰ En l'absence de lien de filiation, la seconde maman n'a aucun lien légal avec l'enfant : impossible pour elle de prendre des décisions pour l'enfant, de le visiter à l'hôpital dans certains services de pédiatrie ou de néonatalité et aucun droit sur l'enfant s'il arrive un accident à la mère qui a accouché.

¹³¹ "Trans Rights Europe Map & Index 2018", site Internet Transgender Europe (TGEU), consulté le 16 avril 2019.

¹³² Entretien de la rapporteure avec Omar Didi, coprésident de l'association Mag Jeunes LGBT, le 9 janvier 2019.

¹³³ Alessandrin Arnaud, Espineira Karine, "La transphobie", op. cit.

¹³⁴ Haute autorité de santé, Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France, 2010.

de la société que dans l'intérêt des personnes concernées, alors que leurs conséquences physiques et psychiques peuvent être dramatiques. Les décisions sont alors prises par les professionnels et professionnelles de santé, en lien avec les parents, pour qui, le plus souvent, il est important d'annoncer la venue d'une fille ou d'un garçon. Ces interventions sont de plus en plus considérées comme une atteinte aux droits et au consentement des personnes concernées.

Plusieurs organisations internationales se sont inscrites en opposition aux pratiques forcées de chirurgie de réassignation ou de stérilisation de personnes intersexuées, à l'image de l'OMS en 2014 et du commissaire aux droits de l'Homme du Conseil de l'Europe en 2015¹³⁵. Dès 2013, une résolution de l'assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe invitait les Etats-membres à « *garantir l'intégrité corporelle, l'autonomie et l'autodétermination aux [enfants intersexués]* »¹³⁶. En 2019, une résolution du Parlement européen sur les droits des personnes intersexuées a condamné les traitements et chirurgies de "normalisation", pratiqués dans 21 pays membres et seulement interdits à Malte et au Portugal¹³⁷.

En vue de la révision de la loi de bioéthique de 2019, le rapport de la mission d'information de l'Assemblée nationale a ainsi suggéré de « *conditionner tout traitement ou toute intervention visant à altérer les caractéristiques sexuelles primaires ou secondaires d'une personne : à une consultation préalable dans l'un des centres de référence des maladies rares du développement génital ; à l'appréciation, par une équipe pluridisciplinaire, de la capacité de la personne à participer à la prise de décision, lorsqu'elle est mineure ; au recueil de son consentement explicite, libre et éclairé, exprimé personnellement, y compris lorsqu'elle est mineure.* »

Les modalités de reconnaissance des personnes transgenre dans l'état civil fait également l'objet de débats et d'une actualité juridique nourrie. Depuis la récente loi de modernisation de la justice du XXI^{ème} siècle de 2016, les personnes transgenres n'ont plus à apporter la preuve « *irréversible et médicale d'une transformation physique* » et n'ont plus l'obligation d'être opérées et donc stérilisées. La France a fait l'objet d'une condamnation de la CEDH en 2017 pour avoir, par le passé, imposé de telles conditions¹³⁸.

Désormais, toute personne majeure ou mineure émancipée « *qui démontre par une réunion suffisante de faits que la mention relative à son sexe à l'état civil ne correspond pas à celui dans lequel elle se présente et dans lequel elle est connue peut en obtenir la modification* » devant un tribunal de grande instance. Certaines associations dénoncent une "transphobie d'Etat" puisqu'il reste compliqué dans les

¹³⁵ Conseil de l'Europe, Commissaire aux droits de l'Homme, Human rights and intersex people, issue paper, 2015.

¹³⁶ <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-fr.asp?fileid=20174&lang=fr>.

¹³⁷ Résolution du Parlement européen du 14 février 2019 sur les droits des personnes intersexuées (2018/2878(RSP)).

¹³⁸ CEDH, Garçon et Nicot v. France, 2017.

faits de modifier son état civil au regard de la judiciarisation de la procédure : les personnes concernées doivent démontrer et réunir des faits alors qu'elles souhaiteraient se contenter d'une simple déclaration. Cette procédure n'est néanmoins pas accessible aux personnes mineures, ce qui pose des problèmes pour les enfants et adolescents transgenres, tout particulièrement dans le cadre scolaire. En effet, faute d'instruction du ministère de l'éducation nationale, les personnels enseignants et responsables d'établissements continuent parfois à les appeler au quotidien dans le mauvais genre et par le mauvais prénom, renforçant ainsi leur stigmatisation, au risque de leur faire abandonner leurs études¹³⁹.

B - La procréation médicalement assistée

L'assistance médicale à la procréation (AMP), couramment appelée procréation médicalement assistée (PMA), est une technologie reproductive comprenant les inséminations, la fécondation in vitro et la micro-injection¹⁴⁰.

1. L'état de la législation en France

En France, le recours à la PMA a été ouvert par la première loi de bioéthique du 29 juillet 1994. Son fonctionnement est encadré par le Code de la santé publique (articles L2141-1 à L2141-12). La loi de bioéthique de 2004¹⁴¹ a instauré le principe d'une révision régulière des lois de bioéthique, tous les cinq ans, et créé l'Agence de biomédecine.

Dans l'état actuel de la législation, seuls les couples hétérosexuels infertiles en âge reproductif peuvent bénéficier de la PMA. La dernière révision des lois bioéthiques de 2011¹⁴² a toutefois assoupli les conditions d'accès à la PMA en supprimant la condition d'être « *mariés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans* ».

Actuellement, selon une étude de l'INED de 2018¹⁴³, un enfant sur 30 est conçu par PMA en France. Environ 400 000 enfants ont été conçus par fécondation in vitro. 5% des enfants conçus par PMA le sont par tiers donneur.

¹³⁹ Selon le ministère de l'Éducation nationale, l'expérience scolaire est perçue comme "mauvaise" ou "très mauvaise" par 72 % des jeunes trans (<https://www.education.gouv.fr/cid138416/lutter-contre-l-homophobie-et-la-transphobie-a-l-ecole.html>).

¹⁴⁰ Technique consistant à injecter le spermatozoïde directement dans l'ovule.

¹⁴¹ Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique.

¹⁴² Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique.

¹⁴³ Elise de la Rochebrochard, 1 enfant sur 30 conçu par assistance médicale à la procréation en France, Population & sociétés n°556, juin 2018, INED.

2. La question de l'extension de la PMA aux couples lesbiens et aux femmes seules

L'extension de la PMA aux couples lesbiens et aux femmes seules est posée dans le débat public depuis plusieurs années car elle correspond à une demande sociale qui s'est renforcée avec l'évolution des mentalités et des familles. Ce débat s'est accentué avec la reconnaissance du mariage entre personnes de même sexe et l'ouverture du droit à l'adoption aux couples homosexuels.

Plusieurs acteurs et actrices font ainsi valoir un décalage entre une législation ouverte à de nouvelles formes de conjugalité et de parentalité alors qu'elle reste restrictive en matière de PMA, centrée sur un modèle de famille avec deux parents de sexe différent. Le débat public s'est notamment structuré autour de la question de la discrimination occasionnée par la différence de traitement : entre couples hétérosexuels et lesbiens ; entre femmes seules et femmes en couple. Ce débat pose la question d'un égal accès aux mêmes droits pour toutes les femmes.

A l'occasion d'une question prioritaire de constitutionnalité, le Conseil d'Etat a rappelé dans une décision du 28 septembre 2018 que « *la différence de traitement entre les couples formés d'un homme et d'une femme et les couples de personnes de même sexe n'est pas contraire au principe d'égalité* » et refusé de porter la question devant le Conseil constitutionnel car « *le principe d'égalité ne s'oppose pas à ce que le législateur règle de façon différente des situations différentes* »¹⁴⁴.

Dès 2015, le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCEfh) s'était exprimé en faveur de l'extension de la PMA aux couples de femmes lesbiennes et aux femmes seules dans un premier avis en affirmant que cela « *permettrait de franchir un pas important pour l'égalité des droits entre tous et toutes* »¹⁴⁵, position réaffirmée en 2017¹⁴⁶. En 2015, le Défenseur des droits s'est prononcé dans le même sens¹⁴⁷.

La Commission nationale consultative des Droits de l'Homme (CNCDH), dans un avis du 20 novembre 2018 sur l'assistance médicale à la procréation¹⁴⁸, a recommandé l'ouverture de la PMA aux couples de femmes et aux femmes seules, tout en précisant qu'il n'existe pas de " droit à l'enfant " : « *aucun texte ni aucune jurisprudence ne consacrent un tel droit dont on ne voit, du reste, pas très bien qui pourrait en être le débiteur ni quels en seraient les contours* ».

Au cours de l'instruction de la présente étude, notre Assemblée a notamment auditionné Mme Danielle Bousquet¹⁴⁹, présidente du HCEfh, qui a réitéré la position

¹⁴⁴ "Exclure les lesbiennes de la PMA n'est pas discriminatoire, selon le Conseil d'Etat", Le Monde avec AFP, publié le 03 octobre 2018, mis à jour le 04 octobre 2018.

¹⁴⁵ Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes, Contribution au débat sur l'accès à la PMA, Avis n°2015-07-01-SAN-17, 26 mai 2015.

¹⁴⁶ Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes, Actualités : la nécessité d'ouvrir la PMA pour toutes les femmes réaffirmée, 27 juin 2017.

¹⁴⁷ Défenseur des droits, avis n°15-38 du 3 juillet 2015 – l'AMP et la GPA : le droit français face aux évolutions jurisprudentielles.

¹⁴⁸ CNCDH, Avis sur l'assistance médicale à la procréation, 20 novembre 2018.

¹⁴⁹ Audition de Mme Danielle Bousquet, op. cit.

exprimée par l'institution et affirmé que « *la loi actuelle est effectivement dépassée par la réalité des pratiques* ». Au cours d'un entretien avec la rapporteure, Mme Guillemette Leneveu, directrice générale de l'Union nationale des associations familiales (UNAF), a précisé que pour l'UNAF, l'élargissement de la PMA au-delà des cas d'infertilité, pour des raisons non médicales, aussi bien aux couples homosexuels qu'hétérosexuels, soulève des questions sociétales.

Un autre enjeu soulevé dans le débat public tient aux conséquences des "mobilités" induites par les différences de législation entre pays européens. Les femmes lesbiennes ou célibataires qui souhaitent avoir recours à la PMA se rendent majoritairement dans des pays limitrophes comme la Belgique ou l'Espagne où la PMA est légale pour toutes les femmes. Ces déplacements renforcent les discriminations d'accès à ces nouvelles techniques reproductives en raison de la classe sociale ou des ressources économiques. Actuellement des femmes ont déjà recours à une PMA "artisanale" par leurs propres moyens car elles ne peuvent ou ne veulent pas se rendre à l'étranger. En pratique, les recours à une PMA à l'étranger sont dans bien des cas appuyés par des professionnels et professionnelles de santé en France, qui prescrivent les traitements nécessaires en amont et en aval. Ces déplacements ne concernent pas seulement les femmes lesbiennes et/ou célibataires, mais aussi de très nombreuses femmes en couple hétérosexuel. C'est notamment le cas lorsqu'elles ont besoin d'un don d'ovocyte, parfois sur indication de leur médecin et en bénéficiant d'une prise en charge par la sécurité sociale car, faute de donneuses en nombre suffisant, les délais d'attente en France sont de plusieurs années. C'est aussi le cas des femmes de plus de 38 ans, car si la limite d'âge en France est fixée à 42 ans pour les remboursements, dans la pratique, les Centres d'Etudes et de Conservation des Œufs et du Sperme (CECOS) n'acceptent pas les nouveaux dossiers de femmes de plus de 39 ou 40 ans.

Outre la question de l'opportunité d'une extension de la PMA, les intervenantes et intervenants auditionnés par le CESE ont fait valoir les enjeux suivants :

- les modalités de reconnaissance de la filiation dans le cadre d'une PMA étendue à toutes les femmes ;
- les modalités de prise en charge par l'assurance maladie, sachant qu'en France, 100 % des frais liés à la PMA sont actuellement pris en charge pour les femmes jusqu'à leur 43^{ème} année, au maximum pour la 4^{ème} tentative de fécondation in vitro et 6^{ème} insémination artificielle.

3. La révision de la loi bioéthique

Initialement prévue au Parlement avant fin 2018, cette révision a été reportée par le gouvernement à l'été 2019. Lors de la campagne électorale, le Président de la République avait assuré que des mesures législatives d'extension de la PMA aux couples de femmes et aux femmes seules seraient prises.

Dans la perspective de cette révision, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE)¹⁵⁰ s'est positionné en faveur de l'ouverture de la PMA aux couples de femmes et aux femmes célibataires dans son avis en date du 25 septembre 2018¹⁵¹. Dans ce même avis, il s'est également positionné en faveur d'une levée partielle de l'anonymat des donneurs de gamètes en l'accordant uniquement à ceux qui ont donné leur accord explicite. Enfin, et de manière inédite, il s'est prononcé en faveur de la conservation par les femmes de leurs ovocytes en raison de grossesses de plus en plus tardives. Selon le CCNE, « *dans ce contexte, la possibilité d'une autoconservation ovocytaire apparaîtrait comme un espace dans lequel la liberté des femmes pourrait s'exercer sans qu'elles compromettent leur maternité future* »¹⁵².

Toujours en vue de cette révision, le Premier ministre a saisi le Conseil d'Etat d'une demande de cadrage juridique en décembre 2017. Dans son étude "Révision de la loi bioéthique : quelles options pour demain ?" transmise au gouvernement le 11 juillet 2018, le Conseil d'Etat a assuré que rien ne s'oppose juridiquement à étendre l'accès à la PMA, cette décision relevant d'un choix politique. Le Conseil d'Etat a recommandé de créer un mode d'établissement de la filiation spécifique permettant aussi bien à la mère biologique qu'à la mère "d'intention" d'établir son lien de filiation avec l'enfant dès la naissance de manière simple et sécurisée.

Enfin, la mission d'information parlementaire de l'Assemblée nationale sur la révision de la loi de bioéthique a rendu son rapport le 15 janvier 2019 et s'est également prononcée en faveur d'une extension de la PMA aux femmes seules et aux couples lesbiens. Ce rapport écarte en particulier l'argument du critère de l'infertilité, relevant que « *les techniques d'AMP se voient aujourd'hui proposées à des couples [hétérosexuels] qui ne sont pas véritablement confrontés à une infertilité pathologique. Comment ne pas y voir une certaine forme d'hypocrisie, puisque le critère d'infertilité pathologique est érigé comme verrou indépassable à l'extension de l'AMP alors qu'il est considéré comme étant d'une portée toute relative lorsque l'AMP est sollicitée par un couple hétérosexuel qui ne parvient pas à procréer ?* ».

¹⁵⁰ Créé en 1983 après la tenue des Assises de la recherche, le CCNE publie régulièrement des avis sur des questions de société et des problèmes éthiques soulevés par les progrès scientifiques en matière de santé et de biomédecine.

¹⁵¹ Comité consultatif national d'éthique (CCNE), Contribution à la révision de la loi bioéthique 2018-2019, Avis n°129, 18 septembre 2018.

¹⁵² Ibid.

Chapitre 2 La situation fragile des droits sexuels en Europe: l'exemple de l'avortement, de la contraception et de l'éducation à la sexualité

Parmi l'ensemble des droits sexuels et reproductifs, le présent chapitre a pour objet d'en détailler trois : le droit à l'avortement (1), l'éducation à la sexualité (2) et le droit à la contraception (3). Il traitera principalement de la situation française, dans une perspective comparée avec les pays de l'Union européenne.

I - FOCUS 1 : L'AVORTEMENT: QUELS OBSTACLES AUJOURD'HUI?

L'avortement est autorisé dans la majorité des pays de l'Union Européenne, à des degrés divers. En pratique, il se heurte toujours à des obstacles juridiques, financiers, culturels ou religieux. Les paragraphes suivants se proposent d'en faire l'analyse, avec une attention particulière portée sur les facteurs législatifs, culturels et financiers, la problématique des délais légaux et de l'accès aux soins et enfin, un point de situation spécifique concernant la clause de conscience.

L'avortement est un événement courant dans la vie des femmes. D'après la chercheuse Nathalie Bajos, 35 % d'entre elles y ont recours au moins une fois dans leur vie¹⁵³.

A - Les obstacles législatifs et procéduraux

L'année 2019 a été marquée par l'adoption de nombreuses mesures très restrictives sur l'avortement aux Etats-Unis¹⁵⁴, grâce à une forte offensive des opposants à l'avortement, fortement soutenus par les mouvements évangélistes. Leur stratégie, en œuvre depuis les années 1980, vise à remettre en cause l'arrêt de la Cour suprême des Etats-Unis : *Roe v. Wade*, qui a reconnu en 1973 le droit des femmes à avorter tant que le fœtus n'est pas viable, soit dans les faits jusqu'à 24 ou 25 semaines. Cette stratégie s'est réintensifiée depuis l'arrivée au sein de la Cour suprême de deux magistrats ultraconservateurs.

En Europe, des conditions législatives et procédurales limitent également le droit à l'avortement. Ce droit fait encore aujourd'hui l'objet de vifs débats et de divisions profondes dans les sociétés européennes.

¹⁵³ Audition de Mme Nathalie Bajos du 5 décembre 2018.

¹⁵⁴ L'institut Guttmacher, qui défend les droits reproductifs, a recensé plus de 300 mesures restreignant l'avortement adoptées en 2019 dans une trentaine d'Etats.

1. Les conditions législatives

Dans l'Union Européenne, 25 pays sur 28 ont légalisé ou dépénalisé l'avortement, sans exiger de justification de la part de la femme qui décide d'y recourir.

Malte est le seul pays de l'UE qui proscrit l'avortement, sans exception. Les femmes ayant avorté ou les médecins ayant pratiqué un avortement risquent jusqu'à 3 ans de prison ferme. Deux autres pays de l'UE limitent l'accès à l'avortement à des cas précis :

- en Pologne, l'avortement n'est autorisé que dans les cas de viol, d'inceste et de malformations fœtales graves ;
- en Irlande du Nord, les seules exceptions admises sont les cas de risques pour la vie ou pour la santé de la femme alors que, dans le reste du Royaume-Uni, l'avortement est légal depuis 1967¹⁵⁵.

En Allemagne, l'avortement est accessible et dépénalisé, mais non légalisé. L'information sur l'avortement est interdite. En novembre 2017, une gynécologue allemande a ainsi été condamnée à une amende de 6000 euros pour avoir précisé sur son site internet qu'elle pratiquait les avortements et donné des informations sur l'IVG. La condamnation a relancé le débat sur cette disposition et conduit plusieurs partis politiques allemands à annoncer des propositions de loi en vue de l'abroger¹⁵⁶.

Même si ces pays n'appartiennent pas à l'UE, il convient de noter que Saint-Marin, Monaco, Andorre et le Liechtenstein n'autorisent l'avortement qu'à des conditions très restrictives : en cas de risque avéré pour la santé de la femme (dans les quatre pays), en cas de malformation grave du fœtus (Monaco) ou de grossesse résultant d'un viol (Monaco, Liechtenstein)¹⁵⁷.

Ce paysage législatif n'est pas stabilisé: le droit à l'avortement vient d'être reconnu à Chypre (mars 2018) et en Irlande (référendum du 25 mai 2018 pour retirer l'article 8 de la constitution, ce qui a permis de voter la loi le 13 décembre 2018). Il a été dépénalisé récemment au Luxembourg (2014) et à Chypre (2018)¹⁵⁸. A l'inverse, des propositions de loi tentant de restreindre l'accès à l'avortement ont été discutées voire adoptées dans plusieurs pays au cours des années 2010 (Pologne, Espagne, Portugal) comme cela a été analysé dans le premier chapitre (partie II-A).

¹⁵⁵ Situation valable jusqu'au 21 octobre 2019, date à laquelle est entré en vigueur un amendement voté par la Chambre des Communes britannique le 9 juillet 2019 ouvrant à l'Irlande du Nord l'accès à l'avortement et au mariage de personnes de même sexe.

¹⁵⁶ François Emmanuelle, Cette histoire nous le rappelle : l'avortement est encore illégal en Allemagne, Le Nouvel Observateur 4 décembre 2017.

¹⁵⁷ Pour Monaco, voir notamment : Armand Blanche, IVG: le calvaire des femmes monégasques, Slate.fr, 23 octobre 2018.

¹⁵⁸ Source : touteurope.eu, Le droit à l'avortement dans l'UE, Carte et comparatif, consulté en décembre 2018.

2. Les conditions procédurales

Plusieurs pays de l'Union Européenne soumettent l'accès à l'IVG à des procédures particulières, telles que des délais de réflexion, un entretien obligatoire, la consultation préalable ou l'accord de membres du corps médical¹⁵⁹.

L'accord préalable d'un ou deux praticiens ou praticiennes de santé ou d'une commission médicale est par exemple requis en Croatie, Estonie, Finlande, Hongrie, Irlande, République Tchèque. Dans d'autres pays, il est demandé dans certaines circonstances seulement (par exemple, si le délai de 12 semaines de grossesse est dépassé : en Belgique, Danemark, Luxembourg notamment).

En France, début 2016, le délai de réflexion obligatoire de sept jours avant une IVG a été supprimé pour les personnes majeures et réduit pour les mineures. La consultation psycho-sociale reste obligatoire pour les mineures et doit être proposée de manière facultative aux femmes majeures.

B - Les obstacles d'ordre culturel

Il peut exister d'importants écarts entre la loi et la pratique. A titre d'exemple, en Finlande, l'avortement n'est légal que pour les femmes âgées de moins de 17 ans ou de plus de 40 ans, qui ont plus de quatre enfants, ne sont pas en mesure de s'occuper d'un enfant pour cause de maladie ou qui justifient de réelles difficultés économiques, sociales, ou de soucis de santé¹⁶⁰, mais en pratique, son accès est largement ouvert¹⁶¹.

A l'inverse, même légal, dans plusieurs pays européens, l'avortement reste considéré comme un "droit à part" et fait toujours l'objet d'une désapprobation sociale. Cela complique la démarche des femmes concernées, qui doivent assumer le regard porté sur leur choix.

Cette réprobation peut être liée à des convictions religieuses (comme évoqué dans le premier chapitre, partie II-B) ou à la façon de concevoir le rôle des femmes dans la société, qui serait en premier lieu, pour certains et certaines, de faire des enfants. L'avortement peut être considéré par une partie de la population comme un "renoncement au rôle de mère" et stigmatisé comme un "comportement déviant" ou encore être le « *révélateur d'une sexualité qui s'écarte des normes sociales en vigueur, par exemple une sexualité hors mariage* ». ¹⁶²

¹⁵⁹ Source : centre de documentation du Planning Familial, janvier 2019.

¹⁶⁰ Voir notamment: <https://www.infofinland.fi/fr/vie-en-finlande/sant/avortement>.

¹⁶¹ Source: touteurope.eu, 2018, op.cit.

¹⁶² Guillaume Agnès, Rossier Clémentine, « L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences », Population, 2018/2 (Vol. 73), p. 225-322.

Elle se manifeste à travers les réactions de l'entourage¹⁶³ mais aussi de certains personnels de santé. Plusieurs cas ont été documentés, tels que des remarques de désapprobation¹⁶⁴, le fait de montrer l'écran de l'échographie à la femme souhaitant avorter ou de lui faire entendre les battements du cœur du fœtus¹⁶⁵ sans son accord. Ces témoignages interviennent alors qu'une attention plus grande est portée aux violences gynécologiques et obstétricales, qui ont fait l'objet d'un rapport récent du HCEfh¹⁶⁶.

Dans certains cas, cette stigmatisation peut être promue par les pouvoirs publics eux-mêmes, à l'image de la campagne de communication notamment contre l'avortement, menée par le gouvernement hongrois en 2011 (cf. Chapitre 1, partie II-A) avec des financements européens¹⁶⁷. Des dispositions réglementaires telles que les délais de réflexion ou les pré-consultations psychologiques obligatoires y participent également, comme Mme Silvia De Zordo l'a rappelé lors de son entretien¹⁶⁸. En France, le délai de réflexion obligatoire d'une semaine n'a été supprimé qu'en 2016¹⁶⁹. Or, comme le soulignait le HCEfh en 2013¹⁷⁰, ce type de dispositif « *au-delà d'allonger le parcours de l'IVG, stigmatise l'avortement comme un acte médical à part* », alors que « *Les actrices et acteurs sur le terrain constatent par ailleurs que les femmes dans leur ensemble ont déjà largement réfléchi à l'intervention au moment d'entrer dans le parcours de soins et n'ont donc pas besoin d'un délai d'attente supplémentaire.* »

C - Les inégalités territoriales

En 2017 en France¹⁷¹, 78,5 % des IVG ont été pratiquées en établissement hospitalier, plus de 19% en cabinet libéral et environ 2,2 % en centre de santé ou centre de planification et d'éducation familiale¹⁷². L'accès effectif à l'IVG dépend donc en grande partie de la carte hospitalière notamment dans les zones rurales, d'autant

¹⁶³ A l'image des témoignages relatés par Mme Gadha Hatem, fondatrice de la Maison des Femmes de Saint-Denis, lors de son entretien avec la rapporteure du 20 février 2019.

¹⁶⁴ Voir notamment : Valdayron Floriane, IVG: quand la double clause de conscience empiète sur le droit des femmes, Cheek Magazine, 28 septembre 2018.

¹⁶⁵ Audition de Mme Irene Donadio, op.cit.

¹⁶⁶ HCEfh, Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical - Des remarques sexistes aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme, juin 2018.

¹⁶⁷ Forcioli Sophie, Une campagne anti-avortement hongroise cofinancée par Bruxelles, Euractiv, 14 juin 2011.

¹⁶⁸ Entretien de Silvia de Zordo avec la rapporteure, le 9 janvier 2019.

¹⁶⁹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

¹⁷⁰ HCEfh, Rapport relatif à l'accès à l'IVG, volet 2, 2013.

¹⁷¹ Ce paragraphe se concentre sur la situation française, dans la mesure où les différences de législation et de système de santé entre pays européens compliquent toute comparaison.

¹⁷² DREES, Etudes et résultats n°1081, 28 septembre 2019.

que les IVG pratiquées hors établissement de santé sont concentrées en Île-de-France, en région Provence-Alpes-Côte d'Azur et dans les DROM¹⁷³.

Le HCEfh notait dans son rapport de 2013 consacré à l'accès à l'IVG¹⁷⁴ que les femmes ayant eu recours à une IVG étaient en moyenne à 30 minutes de l'établissement de prise en charge, mais que ce chiffre masquait de fortes disparités.

Il relevait de surcroît que le nombre d'établissements de santé pratiquant l'IVG s'était rétracté au cours des années 2000, de 5 % dans le secteur public et de 48% dans le secteur privé. Parmi les facteurs, le HCEfh soulignait l'impact des restructurations hospitalières, la fermeture d'hôpitaux de proximité et en particulier des maternités, mais également le refus de certains établissements de pratiquer un acte jugé peu rentable et peu valorisé au sein des professions de santé. Le nombre de maternités a connu une baisse continue ces dernières années, de l'ordre de 50% sur 20 ans¹⁷⁵.

A ces évolutions de la carte de l'offre de soins s'ajoute le déclin de la démographie médicale, auquel les femmes sont particulièrement exposées. Une enquête du Monde de 2017¹⁷⁶ soulignait qu'entre 2007 et 2017, le nombre de gynécologues « a chuté de 41,6 % à 1 136 et il pourrait tomber à 531 en 2025 ». Une quarantaine de départements connaissent une pénurie de gynécologues, dont la Creuse (4,2 spécialistes pour 100 000 habitants), la Dordogne (4,32) ou l'Ain (4,37), ce ratio se situant pour mémoire à 28,6 spécialistes pour 100 000 personnes habitant à Paris. Cette raréfaction de l'offre médicale contraint certaines femmes à parcourir de longues distances pour accéder aux soins et en amène d'autres à renoncer à leur suivi gynécologique.

Si depuis 2001, les médecins libéraux peuvent pratiquer l'IVG médicamenteuse, le HCEfh estimait en 2013 que le développement de cette pratique, pour souhaitable qu'il soit, ne permettrait pas de compenser le désengagement des établissements de santé, notamment dans les zones rurales confrontées à une démographie médicale défavorable. Il constatait également que l'offre des centres de santé restait peu développée. Les chiffres réactualisés en 2017 et cités plus haut confirment que cette analyse reste pertinente dans ses grandes lignes.

A ceci s'ajoutent les difficultés d'accès spécifiques à certains publics en raison de leur précarité ou encore de la barrière de la langue (aspect développé dans une partie ultérieure).

¹⁷³ Ibid.

¹⁷⁴ HCEfh, 2013, op. cit.

¹⁷⁵ Le Journal du Dimanche, Les vrais chiffres des fermetures d'hôpitaux : en 20 ans, la moitié des maternités a disparu, 9 février 2019 : <https://www.lejdd.fr/Societe/Sante/les-vrais-chiffres-des-fermetures-dhopitaux-3854879>.

¹⁷⁶ Le Monde, « Consulter un gynécologue : la grande galère », 27 décembre 2017 https://www.lemonde.fr/sante/article/2017/12/27/consulter-un-gynecologue-la-grande-galere_5234776_1651302.html.

Plusieurs pistes peuvent être explorées pour répondre à ces enjeux.

Dans son rapport, le HCEfh préconisait un moratoire des fermetures des établissements de santé pratiquant l'IVG et de « *faire respecter l'article R2212-4 du code de la santé publique qui impose la pratique de l'IVG à tous les établissements disposant d'un service de gynécologie et/ou de chirurgie* ». Dans son suivi de 2017, il estime que cette recommandation n'est toujours pas mise en œuvre¹⁷⁷. La mettre en œuvre participerait de l'établissement d'un égal accès à l'IVG sur le territoire et permettrait de proposer les deux méthodes d'avortement aux femmes.

Dans son avis sur la "place des jeunes dans les territoires ruraux"¹⁷⁸, le CESE a préconisé que la prévention en matière de santé pour les jeunes soit notamment renforcée en ce qui concerne les droits sexuels et reproductifs. Il mentionnait en particulier une expérience de permanence itinérante menée par le Planning Familial dans le département de l'Ardèche afin de répondre aux problématiques de vie sexuelle et de contraception.

L'amélioration de l'accès à l'IVG passe également par une ouverture de sa pratique à d'autres acteurs et actrices de l'offre de soins. La loi du 26 janvier 2016 a ouvert la possibilité d'une pratique de l'IVG instrumentale sous anesthésie locale par les centres de santé. Cette évolution pourrait néanmoins être approfondie et dans son suivi de 2017, le HCEfh préconise d'étendre cette possibilité aux centres de planification familiale et aux maisons pluridisciplinaires de soins. Il conviendrait ainsi de multiplier les lieux ressources d'information et de soins.

Dans son avis sur les déserts médicaux¹⁷⁹, le CESE a en outre recommandé une évolution de la répartition des actes entre professionnels et professionnelles de santé, fixée par les décrets de compétence. Cette préconisation est particulièrement pertinente en matière d'IVG. A ce titre, alors que les sages-femmes peuvent réaliser des IVG par voie médicamenteuse depuis 2016¹⁸⁰, **leur ouvrir la possibilité de pratiquer l'IVG instrumentale avec la formation adéquate permettrait d'améliorer encore la couverture de soins à hauteur des besoins¹⁸¹ et de garantir le choix des femmes sur la méthode.**

¹⁷⁷ HCEfh, Accès à l'avortement : d'importants progrès réalisés, un accès réel qui peut encore être conforté. Bilan de la mise en oeuvre des recommandations formulées par le Haut Conseil à l'Égalité depuis 2013, réalisé à l'occasion du 42ème anniversaire de la loi Veil, 2017.

¹⁷⁸ CESE, avis sur la "Place des jeunes dans les territoires ruraux", rapporteure: Mme Danielle Even, rapporteur: M. Bertrand Coly, janvier 2017.

¹⁷⁹ CESE, avis sur "Les déserts médicaux", rapporteure: Mme Sylvie Castaigne, rapporteur: M. Yann Lasnier, 2017.

¹⁸⁰ Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 suite à la loi de modernisation du système de santé promulguée en janvier 2016 et conformément aux recommandations du Haut Conseil de la santé publique (HCSP).

¹⁸¹ Cette revendication est portée par l'Association Nationale des Sages-femmes Orthogénistes (ANSFO) <https://www.sages-femmes-orthogenistes.org/les-sages-femmes-peuvent-realiser-les-ivg-medicamenteuses>. Une lettre ouverte des médecins favorables à la pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes a également été publiée à ce sujet : <https://framaforms.org/pratique-de-livg-instrumentale-par-les-sages-femmes-1523369525>.

D - Les obstacles financiers

L'accès effectif au droit à l'avortement, notamment des personnes les plus précaires, dépend également du niveau de prise en charge des frais par la solidarité nationale.

En France, cette prise en charge est assurée à 100% par l'assurance maladie, qui couvre tous les actes médicaux associés à l'IVG depuis 2016. Plusieurs pays ont opté pour une couverture totale ou quasi totale des frais par l'assurance maladie: Belgique, Suède, Royaume-Uni, Pays-Bas. Dans d'autres pays, aucune prise en charge n'est prévue: Allemagne, Autriche, Espagne, Croatie. Dans d'autres encore, elle est limitée aux cas d'IVG pour raisons médicales (Slovaquie, République Tchèque, Lituanie...).

Les coûts de l'avortement pratiqué à l'étranger, voyage et hébergement inclus, sont intégralement à la charge de la personne concernée quand elle est hors délai légal en France. Au cours de son entretien avec la rapporteure, Mme Silvia de Zordo estimait le coût du voyage à 1141 € au Royaume-Uni et 863 € aux Pays-Bas, chiffres tirés d'une étude qu'elle a menée auprès de femmes s'étant rendues dans ces pays pour avorter¹⁸². Mme de Zordo a également souligné que le coût de l'avortement augmentait avec l'âge gestationnel et que le temps nécessaire pour réunir les fonds ajoutait un délai supplémentaire, préjudiciable pour les femmes. Cette situation crée de **fortes inégalités d'accès à l'avortement** entre les femmes et pousse celles qui ne peuvent pas rassembler la somme nécessaire à recourir à des avortements illégaux, donc non sécurisés.

E - Les délais légaux

1. Panorama européen

Le délai maximal pour avorter varie de 10 à 24 semaines de grossesse (au Royaume-Uni – hors Irlande du Nord - et aux Pays-Bas). Plus de la moitié des pays ont fixé cette limite à 12 semaines.

Le choix du délai est essentiellement politique. Sur le plan médical, l'OMS définit le seuil entre fausse couche (embryon) et accouchement à 22 semaines ou pour un fœtus de moins de 500 grammes.¹⁸³

¹⁸² Entretien de Silvia de Zordo avec la rapporteure le 9 janvier 2019.

¹⁸³ Classification internationale des maladies, révision de 1975, (CIM-9), volume 1, p. 806, Organisation mondiale de la santé (OMS). Genève, 1977.

En France, le délai légal est de 12 semaines de grossesse (14 semaines d'aménorrhée), depuis la loi "Aubry" de 2001. Par comparaison avec ses voisins européens, la France compte donc parmi les pays les plus restrictifs sur les délais.

2. Les dépassements du délai légal en France

En France, si la majorité des femmes avorte dans les 8 premières semaines, 5% des IVG sont réalisées entre la dixième et la douzième (dernière) semaine du délai légal. Un nombre significatif de femmes souhaitent avorter alors que le délai de 12 semaines de grossesse est déjà atteint¹⁸⁴ ou qu'elles n'ont pu avoir accès à un rendez-vous alors qu'elles ont fait leur demande dans le cadre légal. Les disparités de législation entre pays européens encouragent de véritables "migrations" médicales. Le nombre de femmes se rendant chaque année pour avorter dans un pays étranger où le délai légal est supérieur à celui de la France est estimé entre 5000 et 6000¹⁸⁵.

Plusieurs études ont été menées afin d'en cerner les raisons. L'une d'elles a notamment été menée par le Planning familial auprès de 1870 femmes en 1999, citée par le rapport d'information de la loi de 2001 qui a étendu le délai légal de l'IVG à 12 semaines¹⁸⁶. Plus récemment, Mme De Zordo a mené une étude qualitative auprès de plus de 200 femmes s'étant rendues au Royaume-Uni ou aux Pays-Bas pour avorter¹⁸⁷.

Un premier facteur de retard mentionné par ces deux études tient dans la découverte tardive de la grossesse. L'étude de 1999 cite par exemple le cas de « femmes, très jeunes, qui n'ont pas osé en parler au sein de leur famille et qui attendent jusqu'à ce qu'il ne soit plus possible de cacher leur grossesse » (20 % des cas recensés par l'étude de 1999). Ce constat recoupe le témoignage de Mme Ghada Hatem-Gantzer, fondatrice de la maison des femmes de Saint-Denis, qui au cours de son entretien avec la rapporteure a décrit les cas de nombreuses mineures se retrouvant en détresse et en situation de dépassement de délai, principalement dans des familles en situation de précarité ou migrantes, ou encore dans un contexte de stigmatisation de la sexualité ou pour des raisons culturelles et religieuses.¹⁸⁸

¹⁸⁴ Drees, Etudes et résultats n°1081, 28 septembre 2019.

¹⁸⁵ Source : Planning Familial.

¹⁸⁶ Rapport d'information de Mme Danielle Bousquet, au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité de chances entre les hommes et les femmes sur le projet de loi relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

¹⁸⁷ Entretien avec Mme De Zordo, op. cit.

¹⁸⁸ Entretien avec Mme Ghada Hatem Gantzer, gynécologue-obstétricienne et fondatrice de la Maison des Femmes de Saint-Denis, 20 février 2019.

D'autres facteurs d'ordre personnel ou interpersonnel, sont cités par ces études, **tels que des problèmes de couple, des difficultés financières, la difficulté de prendre une décision sur le devenir de la grossesse, une modification des circonstances de vie rendant la grossesse non souhaitable...**

Ces études révèlent enfin le poids des facteurs externes comme le **manque d'information, la méconnaissance ou la lourdeur des procédures** ou encore les **difficultés à identifier les services compétents**.

Le rapport du HCEfh de 2013 consacré à l'accès à l'IVG dans les territoires¹⁸⁹ mettait ainsi en exergue le problème du **délai entre la demande de première consultation et la consultation elle-même, souvent lié par ailleurs à la réduction de l'offre de soins** (cf. *supra*).

Des femmes peuvent ainsi se trouver en grande difficulté, avec une grossesse non voulue ayant dépassé le délai légal. Ce risque est accru lorsque la femme se trouve en situation de précarité ou en difficulté sociale ou psychique. La procédure de l'IMG ne permet pas de répondre à tous les cas de figure, la notion de "péril grave de la santé de la femme" ne recouvrant pas forcément tous les cas de détresse sociale ou psychologique. La réalisation d'un avortement à l'étranger reste bien souvent la seule solution.

En 2000, le rapport d'information de l'Assemblée nationale sur le projet de loi de 2001 (cf. *supra*) estimait alors nécessaire de « *mettre fin au scandale des départs à l'étranger* » et considérait que l'allongement des délais était « *une adaptation indispensable de la loi* », interpellant sur le phénomène des avortements à l'étranger : « *Il n'est plus possible de tolérer que soient laissées à l'abandon environ 5 000 femmes chaque année qui, ayant dépassé les délais, ne trouvent pas d'accueil en France et sont contraintes de partir à l'étranger. Notre pays se défausse en quelque sorte de ses responsabilités sur ses voisins européens... et, en France même, sur les associations, vers lesquelles les médecins orientent les femmes* ».

Ce constat reste pour l'essentiel d'actualité. Parmi les pistes possibles pour y remédier, pourrait être étudiée une extension du délai légal sur le modèle des pays européens voisins à 22 semaines. Dans le cadre de l'IMG, inclure la dimension psychique et sociale dans l'interprétation de "péril grave" pour la santé de la femme permettrait de mieux répondre à des réalités constatées sur le terrain, notamment pour des personnes mineures ou en situation de fragilité.

¹⁸⁹ Lien vers le rapport : http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ivg_volet2_v10-2.pdf.

F - Le choix de la méthode

1. Les méthodes utilisées aujourd'hui

Les deux méthodes aujourd'hui utilisées dans le cadre d'un avortement légal et sécurisé sont la méthode médicamenteuse et la méthode instrumentale (ou chirurgicale¹⁹⁰).

L'IVG médicamenteuse repose sur la prise de comprimés abortifs, en deux fois, à 48 heures d'intervalle. Elle est autorisée en milieu hospitalier (1990), en médecine de ville, en CPEF (2004), chez des médecins généralistes ou gynécologues, et dans les cabinets des sages-femmes (2016)¹⁹¹.

L'IVG chirurgicale ou instrumentale se fait aujourd'hui par aspiration de l'embryon (via une canule introduite dans l'utérus). Elle peut être réalisée sous anesthésie locale ou générale en milieu hospitalier ou en centre de santé.

Chaque pays émet ses propres recommandations : en France, la Haute autorité de santé (HAS) recommande l'IVG médicamenteuse en ville jusqu'à 5 semaines et en milieu hospitalier jusqu'à 7 semaines. Elle recommande de recourir à l'aspiration (méthode instrumentale) au-delà de 7 semaines de grossesse. En dépit de ces recommandations, des établissements et des praticiens et praticiennes proposent la méthode médicamenteuse jusqu'à 12 semaines de grossesse, mais beaucoup de professionnels et professionnelles de santé critiquent ces pratiques.

En effet, la docteure Danièle Gaudry, gynécologue au Planning Familial, a rappelé le taux d'échec supérieur de la méthode médicamenteuse (de l'ordre de 2 à 5 %). Selon Mme Marie-Laure Brival, gynécologue obstétricienne et responsable de la maternité des Lilas, « *la méthode médicamenteuse est acceptable par les femmes jusqu'à 7 semaines, tant sur le plan de la douleur que de l'hémorragie. Au-delà, surtout entre 10 et 12 semaines, les douleurs sont importantes, l'attente est longue et les hémorragies conséquentes* ».

59 % des IVG réalisées en établissement de santé étaient médicamenteuses¹⁹², en France en 2017, contre 41 % en 2011¹⁹³, Divers facteurs expliquent le recours plus important à cette méthode, soit objectifs (réduction des délais d'attente, plus grande autonomie de la femme...), soit plus subjectifs (méthode qui semble plus

¹⁹⁰ Le curetage a longtemps été la principale méthode d'avortement et reste très utilisée dans les pays en voie de développement. L'OMS préconise désormais de privilégier les méthodes médicamenteuse ou par aspiration, plus sûres et confortables.

¹⁹¹ Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 (Journal officiel du 5 juin 2016) sur les compétences des sages-femmes en matière d'IVG par voie médicamenteuse et en matière de vaccination et arrêté du 8 août 2016 qui modifie la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes publié au Journal officiel du 12 août 2016.

¹⁹² Dress, 2018, op. cit.

¹⁹³ HCEfh, 2013, op. cit.

"neutre" suscitant moins de réticences de la part des personnels médicaux ou des patientes, manque d'information des femmes sur les alternatives possibles, manque de formation des professionnels et professionnelles sur l'IVG instrumentale ...).

2. L'importance de la liberté de choix

L'IVG médicamenteuse a permis d'améliorer l'accès à l'IVG. Toutefois, plusieurs personnes auditionnées par la section ont souligné les risques de privilégier exclusivement cette méthode, par facilité. Le docteur Philippe Faucher, médecin gynécologue pratiquant des IVG, président de REVHO, réseau de médecins pratiquant des IVG en ville¹⁹⁴, a souligné les éventuelles conséquences psychologiques, notamment pour les mineures qui prennent le médicament sans être entourées ou en cachette, tandis qu'une IVG instrumentale, qui se fait en ambulatoire sous anesthésie locale ou générale permet d'être plus entourée et plus sécurisée, tout en restant une intervention légère, courte et sans risque.

C'est pourquoi tant Mme Brival que Mme Christine Mauget, conseillère conjugale et familiale au Planning Familial, ont souligné **l'importance de garantir la liberté de choix des femmes concernant à la fois la méthode d'avortement et le mode d'anesthésie (générale ou locale) en cas d'IVG instrumentale**. Comme Mme Mauget l'a rappelé, « *l'IVG est d'autant mieux vécue par une femme qu'elle en a choisi la méthode. Mais ce choix dépend de plus en plus de l'offre de soins et des ressources disponibles* »¹⁹⁵. Il est essentiel de garantir cette liberté de choix, notamment en assurant l'accès de toutes les femmes à l'information (notamment la connaissance du site "ivg.gouv.fr" et du numéro vert national Sexualités Contraception IVG¹⁹⁶).

Cela nécessite une action volontariste des pouvoirs publics. Il est à noter que la seule campagne nationale d'information sur l'avortement a été celle de 2015, "IVG, mon corps, mon choix, mon droit", qui a duré seulement une semaine. Or, procurer l'information est indispensable pour donner au droit sa substance, la loi seule ne suffit pas. A l'heure où de nombreuses campagnes de désinformations se déploient sur internet, il semble essentiel que les pouvoirs publics prennent leurs responsabilités afin de s'assurer que chacun et chacune puisse avoir accès aux bonnes informations.

La formation des professionnels et professionnelles de santé aux deux méthodes d'avortement pratiquées aujourd'hui est également une condition nécessaire à la liberté de choix des femmes.

¹⁹⁴ Audition de Philippe Faucher, gynécologue, président de REVHO, réseau de médecins pratiquant des IVG en ville, devant la DDFE, le 12 décembre 2018.

¹⁹⁵ Audition de Christine Mauget, représentante du Planning Familial, membre du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, devant la DDFE le 12 décembre 2018.

¹⁹⁶ Le numéro vert 0800 08 11 11 est gratuit et accessible en métropole et dans les DOM, le lundi de 9h à 22h et du mardi au samedi de 9h à 20h, pour répondre à toutes questions sur les sexualités, la contraception et l'IVG.

G - La clause de conscience

En matière de santé, la clause de conscience consiste à reconnaître à un professionnel ou une professionnelle de santé le droit de ne pas pratiquer certains actes, pourtant autorisés par la loi, pour des raisons professionnelles, personnelles, sans être inquiété ou que cela soit assimilé à un refus de soin ou un manquement professionnel. Selon les législations, cette clause peut être soumise à conditions.

1. Les normes internationales

Plusieurs textes juridiques internationaux et européens, qui garantissent la liberté de pensée, de conscience ou de religion, peuvent justifier de l'existence d'une clause de conscience. Néanmoins, ces textes veillent à articuler cette liberté de conscience avec la garantie d'autres droits, en particulier le droit des personnes à accéder aux soins.

Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (ICCPR) garantit le « *droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion* »¹⁹⁷ mais précise que la liberté de manifester sa religion ou ses convictions peut faire l'objet de restrictions si elles sont « *prévues par la loi et [...] nécessaires à la protection de la sécurité, de l'ordre et de la santé publique, ou de la morale ou des libertés et droits fondamentaux d'autrui* ».

De même, le comité de la convention sur l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) a demandé aux Etats que la clause de conscience n'entrave pas l'accès effectif aux services de santé reproductifs¹⁹⁸. Cette exigence figure également dans le plan d'action de l'OMS pour la santé sexuelle et reproductive en Europe¹⁹⁹.

2. En Europe

Au niveau du Conseil de l'Europe, la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme met en balance la liberté de conscience garantie à l'article 9 de la CEDH avec des considérations d'intérêt public, et limite les cas dans lesquels une clause de conscience peut être invoquée. La CEDH a ainsi rejeté la requête de pharmaciens ayant refusé de vendre la pilule contraceptive dans leur officine, en arguant de leurs croyances religieuses²⁰⁰.

Au niveau de l'Union européenne, la Charte des droits fondamentaux reconnaît à la fois le droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion et le droit aux soins

¹⁹⁷ Article 18, <https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>.

¹⁹⁸ Recommandation générale n°24, Les femmes et la santé, article 12, point n°11, 1999.

¹⁹⁹ OMS, Comité régional de l'Europe, Plan d'action pour la santé sexuelle et reproductive : mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 en Europe – ne laisser personne de côté, 2016. Objectif 2.1, intervention clé c): "veiller [...] à ce que l'exercice de l'objection de conscience ne fasse pas obstacle à un accès aux services adéquats dans le domaine de la sexualité et dans celui de la santé et des droits sexuels et reproductifs".

²⁰⁰ CEDH, Pichon et Sajou contre France, 2001.

de santé. Son article 10 dispose que « *le droit à l'objection de conscience est reconnu selon les lois nationales qui en régissent l'exercice* ».

Au niveau des législations nationales, 22 des Etats membres de l'Union européenne prévoient une clause de conscience en matière d'avortement : la Belgique, la République tchèque, le Danemark, l'Allemagne, l'Estonie, L'Irlande, la Grèce, l'Espagne, la France, la Croatie, l'Italie, la Lettonie, le Luxembourg, la Hongrie, les Pays-Bas, l'Autriche, la Pologne, le Portugal, la Roumanie, la Slovénie, la Slovaquie, et le Royaume- Uni. Parmi ces Etats, certains imposent explicitement des limites à l'exercice de ce droit, comme dans les situations d'urgence, tandis que d'autres exigent que la patiente soit redirigée vers un autre praticien ou praticienne.

3. En France

En France, une clause de conscience spécifique en matière d'avortement a été introduite dès la loi "Veil" de 1975. Cette clause, prévue à l'article L2212-8 du Code de la Santé Publique²⁰¹, concerne non seulement les médecins, mais aussi les sages-femmes, les infirmiers ou infirmières, les aides-soignants et aides-soignantes et les auxiliaires médicaux (mais pas les pharmaciens et pharmaciennes). Le ou la professionnelle de santé invoquant cette clause n'a pas à justifier son refus mais est tenu, d'après la loi, d'« *informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention* ».

Elle s'ajoute à la clause de conscience générale déjà prévue à l'article 47 du code de déontologie médicale²⁰². Deux autres cas de clauses de conscience particulières sont prévus par la loi : la stérilisation à visée contraceptive²⁰³ ; la recherche sur l'embryon humain²⁰⁴.

4. L'impact de la clause de conscience sur l'accès aux soins

A l'exception de l'Italie, aucun pays européen ne dispose de statistiques sur le nombre de professionnels et professionnelles de santé invoquant la clause de conscience. En France, il n'existe pas de recensement officiel.

²⁰¹ " Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse. [...]

Aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse."

²⁰² Article R.4127-47 du code de la santé publique : "Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins."

²⁰³ Cette clause de conscience a été introduite dans la loi du 4 juillet 2001, mais elle ne vise que les seuls médecins (Article L2123-1 du code de la santé publique).

²⁰⁴ La loi bioéthique du 7 juillet 2011 a introduit une clause de conscience pour les chercheurs, au sens large, qui sont impliqués dans les recherches sur les embryons humains ou les cellules souches embryonnaires (Article L2151-7-1 du code de la santé publique).

Ce refus n'est d'ailleurs pas toujours explicite : il peut arriver qu'un ou une professionnelle de santé refuse de remettre aux femmes l'attestation de première consultation ou ne réoriente pas vers une structure apte à réaliser cette première consultation²⁰⁵ ou lui demande des examens supplémentaires pour allonger le délai de prise en charge²⁰⁶.

Cette clause de conscience peut aussi être "à géométrie variable", à l'image de certains praticiens et praticiennes refusant de pratiquer un avortement passé le délai de 10 semaines, selon plusieurs témoignages de femmes²⁰⁷. Le HCEfh, dans son rapport de 2013 précité, évoque également des cas de refus de pratiquer dans des conditions particulières: femmes jugées "récidivistes", mineures sans autorisation parentale, etc.

En France, malgré l'absence de statistiques, de nombreux exemples témoignent de l'impact de la clause de conscience sur l'offre de soins. Ils illustrent les difficultés pratiques à articuler le principe de continuité des soins avec cette clause. Plusieurs hôpitaux sont contraints de ne plus pratiquer d'IVG faute de médecin acceptant de les réaliser, à l'image de l'hôpital du Bailleul en sud-Sarthe en 2018²⁰⁸, mais aussi des hôpitaux de Fougères, Montaignu ou Olonne-sur-Mer²⁰⁹, notamment en période estivale, ce qui implique des déplacements importants pour les femmes.

Cet impact est quantifiable en Italie, où jusqu'à 70 % des médecins opposent leur clause de conscience et refusent de réaliser des avortements, ce qui en rend l'accès difficile, surtout dans le sud du pays, où le taux de médecins invoquant cette clause peut atteindre 90 %²¹⁰.

La question de l'accès est aussi un sujet majeur en Slovaquie où le Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme (HCDH) s'est inquiété de l'impossibilité d'avorter légalement dans un tiers des districts²¹¹.

De manière générale, le Conseil de l'Europe constate dans un rapport de 2017²¹² qu'« *un certain nombre d'Etats membres ne sont pas parvenus à adopter un système de réglementations adéquates et de mesures d'application pour assurer l'accès des*

²⁰⁵ HCEfh, 2013, op. cit. page 38.

²⁰⁶ Source : Reportage de Laetitia Legendre au JT de France 2, "IVG, un parcours de combattantes", 7 mars 2019.

²⁰⁷ A l'exemple de témoignages issus dans ce même reportage de Laetitia Legendre au JT de France 2 du 7 mars 2019 (op. cit.).

²⁰⁸ Montauban Justine, Sarthe. Faute de médecins volontaires, l'hôpital ne pratique plus d'IVG, Ouest-France, 1^{er} août 2018.

²⁰⁹ Voir le reportage de Valentine Oberti dans l'émission "Quotidien" du 11 septembre 2018.

²¹⁰ *Relazione del ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza* (legge 194/78), données 2017.

²¹¹ Toute l'Europe <https://www.touteurope.eu/actualite/le-droit-a-l-avortement-dans-l-ue.html>.

²¹² Santé et droits sexuels et reproductifs des femmes en Europe, rapport du Commissaire aux droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, 2017.

femmes aux services d'avortements légaux en pratique lorsque les professionnels médicaux refusent de prodiguer des soins en invoquant leur conscience ».

5. Les éléments du débat

Les tensions observées sur l'offre de soins en matière d'IVG ravivent le débat sur l'opportunité de maintenir une clause de conscience spécifique à l'IVG, alors même que le code de déontologie médicale prévoit déjà une clause générale.

Les débats ont été relancés suite aux propos polémiques personnels du président du syndicat national des gynécologues-obstétriciens de France (Syngof), le 11 septembre 2018, relatifs à son opposition à l'IVG, qui ont entraîné de nombreuses réactions et mobilisations politiques, professionnelles et associatives.

Une pétition, adressée à la ministre de la Santé, a été lancée le jour même pour demander, au regard de la réalité des conditions d'accès à l'IVG en France, la suppression de la clause de conscience spécifique à l'IVG. Elle a été suivie d'une tribune dans le Monde de professionnels et professionnelles s'indignant que « *cette clause de conscience spécifique facilite le refus de soins* »²¹³. Dans un communiqué du 12 septembre 2018, l'ordre national des médecins (ONM) rappelle que « *La clause de conscience ne saurait être un moyen de se soustraire à la loi et aux dispositions de la déontologie médicale qui sont parfaitement claires* »²¹⁴. Mi-septembre 2018, la Ministre de la santé annonçait qu'elle avait demandé aux Agences Régionales de Santé un "état des lieux de l'offre d'IVG et du nombre de professionnels et professionnelles qui invoquent cette clause". Par la suite, une proposition de loi a été déposée le 28 septembre 2018 (journée mondiale du droit à l'avortement) par des membres du Sénat pour en demander aussi la suppression. Récemment, en mars 2019, des parlementaires ont déposé des amendements au projet de loi de santé pour supprimer la clause spécifique à l'IVG. Ces différentes initiatives ont été l'occasion pour les personnes favorables comme pour les détracteurs et détractrices de la clause spécifique de l'IVG, de rappeler les éléments du débat.

De manière générale, celles et ceux en faveur du maintien de cette clause soulignent que la clause juridique spécifique à l'IVG, de nature législative, a une force juridique plus élevée que la clause générale, de nature réglementaire, et que cette clause spécifique concerne également les aides-soignants et les aides-soignantes, exclus de la clause générale (qui concerne les médecins, les sages-femmes, les infirmiers et les infirmières). Au cours des entretiens menés par la rapporteure, quelques interlocuteurs et interlocutrices ont exprimé leur crainte que la suppression de cette clause expose des femmes à des maltraitances de la part de professionnels et professionnelles de santé opposés à l'avortement. En 2015, le Conseil National de l'Ordre des Médecins s'était également prononcé contre la suppression de cette clause, invoquant un "droit fondamental de liberté de conscience"²¹⁵.

²¹³ Le Monde, « Il est temps de tout mettre en œuvre pour que l'IVG devienne un droit effectif », tribune collective, 19 septembre 2018.

²¹⁴ <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2917>.

²¹⁵ Communiqué du Conseil National de l'Ordre des médecins du 23 février 2015.

Ces arguments restent très discutés. La plupart des intervenants et intervenantes auditionnées estiment que cette clause contribue à fragiliser l'accès effectif à l'IVG sur le territoire, notamment là où l'offre de soins est réduite. Sur le plan symbolique, ils et elles font valoir qu'elle maintient un statut "spécifique" au droit à l'avortement par rapport à d'autres types d'intervention, ce qui participe à la stigmatisation de l'acte et des femmes qui y recourent. Enfin, sa portée pratique limitée a été soulignée, eu égard à l'existence par ailleurs d'une clause de conscience générale. C'est pourquoi la majorité des intervenants et intervenantes auditionnées ont fortement recommandé la suppression de cette clause.

Il a été suggéré par ailleurs de saisir systématiquement le Conseil de l'ordre des médecins dans les cas où un ou une médecin refuserait de réaliser un acte sans fournir à sa patiente l'orientation pour accéder à ce soin²¹⁶, sachant que cette démarche reste longue et complexe à entreprendre pour les femmes concernées, vu l'urgence de leur situation.

Plusieurs institutions se sont prononcées pour la suppression de cette clause, sans être suivies pour l'heure par les pouvoirs publics. Elle a été préconisée à plusieurs reprises par le HCEfh, dans son rapport de 2013 ainsi que dans son rapport de suivi de 2017 consacrés à l'IVG.

La délégation aux droits de femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes de l'Assemblée nationale²¹⁷ a également proposé de supprimer la clause de conscience spécifique à l'IVG, qu'elle considère comme une disposition redondante avec la clause de conscience générale s'appliquant à tous les actes médicaux.

En 2015, le Défenseur des Droits²¹⁸ a regretté que cette proposition de la délégation « *n'ait pas été entendue. Dans la mesure où une clause de conscience existe déjà dans le code de la santé publique applicable à tous les actes médicaux, pourquoi faire perdurer une clause propre à l'IVG ? Cette question doit pouvoir être évoquée dans le cadre du projet de loi santé sans attendre une révision de la loi bioéthique. Ainsi l'accès à l'interruption volontaire de grossesse serait pleinement « un droit ouvert à toutes les femmes »* ».

La Secrétaire d'Etat chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations a déclaré le 26 juin 2019, devant la délégation aux droits des femmes et à l'égalité de l'Assemblée nationale, qu'elle était favorable à sa suppression. Les députés et députées ont annoncé le lancement d'une mission

²¹⁶ Entretien de la rapporteure avec Mme Leneveu, directrice générale de l'UNAF et M. Brun, coordonnateur protection sociale et santé, 23 janvier 2019.

²¹⁷ Rapport d'information n°2592 sur le projet de loi relatif à la santé, remis le 18 février 2015 (rapporteuses : Mmes Catherine Coutelle et Catherine Quéré, députées).

²¹⁸ Défenseur des droits, avis du 28 mai 2015 n°15-12.

d'information afin de définir « *les évolutions législatives nécessaires* » pour traiter, entre autres, de cette question.

Supprimer cette clause de conscience spécifique à l'IVG, qui constitue une entrave à l'accès effectif à l'avortement, permettrait de ne plus le stigmatiser comme un acte à part. Cette clause spécifique entre aujourd'hui en contradiction avec la suppression de la notion de détresse en 2014²¹⁹ qui réserve « *à la femme enceinte le soin d'apprécier seule si elle se trouve dans une situation de détresse* ».

II - FOCUS 2 : L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ

L'éducation à la sexualité est un outil majeur d'émancipation qui permet de « *renforcer les compétences des individus à faire des choix informés et responsables envers soi-même et les autres* », de leur permettre de connaître leurs droits en matière de sexualité et de promouvoir la santé sexuelle²²⁰. Le développement de ces droits en Europe est d'ailleurs allé de pair avec l'introduction progressive des questions de sexualité dans les programmes scolaires des pays d'Europe occidentale, même si ces évolutions se sont faites en ordre dispersé et de façon inégale. L'éducation à la sexualité des jeunes est un thème particulièrement sensible, qui fait l'objet d'attaques régulières dans plusieurs Etats européens.

A - Les organisations internationales

1. Les principes directeurs internationaux de l'UNESCO

Partant du constat que l'éducation à la sexualité est un élément du développement de chaque personne, et dans la perspective des Objectifs de développement durable, l'UNESCO promeut la notion d'**éducation complète à la sexualité**, qu'elle définit comme « *un processus intégré aux programmes scolaires, reposant sur l'enseignement et l'apprentissage des aspects cognitifs, émotionnels, physiques et sociaux de la sexualité. Elle vise à doter les enfants et les jeunes des connaissances, compétences, attitudes et valeurs leur permettant de jouir de leur droit à la santé, au bien-être et à la dignité ; de développer des relations sociales et sexuelles respectueuses ; d'examiner de quelle manière leurs choix affectent leur propre bien-être et celui des autres ; et de comprendre et d'assurer la protection de leurs droits tout au long de leur vie.* »²²¹

L'OMS et l'UNESCO ont développé des "principes directeurs", non contraignants, qui donnent un cadre pour développer ou adapter des programmes à différents niveaux de développement et de formation. Elles recommandent des thèmes et objectifs d'apprentissage essentiels et présentent divers moyens de les élaborer, de les mettre en œuvre et d'en assurer le suivi.

²¹⁹ Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes (legifrance.gouv.fr) supprimant la notion de détresse des conditions de recours à l'IVG et étendant le délit d'entrave à l'IVG à l'accès à l'information sur l'IVG.

²²⁰ Standards pour l'éducation sexuelle en Europe/ OMS Europe, BZgA, 2010, p 27.

²²¹ UNESCO, Principes directeurs internationaux sur l'éducation complète à la sexualité, 2018.

La version publiée en 2018 adopte une approche large, au-delà d'informations sur la reproduction, les risques et les maladies liées à la sexualité, et présente la sexualité sous un angle positif. Cette version révisée aborde également des aspects relatifs au bien-être général et au développement personnel (relations interpersonnelles, violence et sécurité, compétences pour la santé et le bien-être...).

2. Les standards pour l'éducation sexuelle en Europe de l'OMS

Le bureau régional de l'OMS pour l'Europe²²² a publié en 2010 des recommandations, sous la dénomination "standards pour l'éducation sexuelle en Europe", afin d'aider les Etats à mettre en place des programmes d'éducation à la sexualité. Ce document veut promouvoir une éducation à la sexualité "positive" et "globale", qui ne se limite pas aux aspects biologiques et relatifs aux risques de santé. Ce document²²³ dresse un constat précieux sur l'éducation à la sexualité dans les différents pays européens.

B - L'éducation à la sexualité en Europe et en France

1. Panorama européen

La plupart des pays d'Europe de l'ouest ont mis en place une éducation à la sexualité à partir de la seconde moitié du 20^{ème} siècle. En Suède, c'est en 1955 qu'ont été institués des cours obligatoires d'éducation sexuelle dans toutes les écoles. Dans les années 1970-80, d'autres pays scandinaves introduisent l'éducation sexuelle dans les programmes scolaires, mais aussi l'Allemagne (1967), l'Autriche (1970) et la France (1973). Progressivement, d'autres pays européens s'inscrivent dans cette dynamique à partir des années 2000 : la Grande Bretagne (1996) puis les pays d'Europe du Sud comme le Portugal (2009) et l'Espagne (2010) Comme le relèvent les "standards pour l'éducation sexuelle en Europe", « *même en Irlande, où l'opposition religieuse est traditionnellement forte, l'éducation sexuelle devient obligatoire à l'école primaire et secondaire en 2003* ».

L'analyse des politiques menées par les différents pays met toutefois en évidence leur diversité. Chaque Etat a mis en place son dispositif spécifique, s'agissant du contenu des programmes, de leur caractère obligatoire ou non, du niveau en charge de la définition de cette politique (Etat, collectivités ou écoles).

A titre d'exemple, en Allemagne, l'éducation sexuelle est prévue par le niveau fédéral, avec des déclinaisons par Land. Elle est obligatoire dès l'école primaire. En Suède, elle dépend également de l'Etat. A contrario, en Belgique, depuis un décret de 2001, « *l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle* » est « *une des missions de l'école* », mais chaque école reste libre de la manière dont elle la met en œuvre.

²²² La région européenne de l'OMS comprend 53 pays.

²²³ Communiqué de presse de l'OMS, octobre 2010: <http://www.euro.who.int/fr/media-centre/sections/press-releases/2010/10/new-european-guidelines-on-sexuality-education-experts-say-sexuality-education-should-start-from-birth>.

Les pays d'Europe du Nord privilégient de manière générale une approche égalitaire et positive. Les initiatives en direction des jeunes dépassent le cadre scolaire. En Suède, des vidéos pédagogiques à destination des enfants sont diffusées sur les chaînes de télévision ou de radio, mais aussi, pour les plus âgés, sur les réseaux sociaux et dans les magazines jeunesse. L'ensemble des supports prône une sexualité épanouie, n'accentue pas les différences garçons-filles et diffuse des informations anatomiquement exactes (par exemple sur l'hymen ou le clitoris). Le pays déploie une politique publique importante sur ce point, grâce à 300 centres de consultation jeunesse (pour 10 millions d'habitantes et habitants) où les jeunes peuvent venir parler des questions de sexualité et la participation de tous les professionnelles et professionnels en contact avec des jeunes, notamment au sein des centres de loisirs. En Allemagne, des supports d'information papier et vidéo sont réalisés dans plusieurs langues et des formations sont mises en œuvre à destination des professionnels et professionnelles travaillant avec des personnes en situation de handicap, défavorisées, précaires ou réfugiées. Au Danemark, l'association *Sex og Samfund* (Sexe et société) est à l'initiative de « la semaine du sexe » pour des milliers de jeunes qui ont pu bénéficier de cours d'éducation à la sexualité.

C'est loin d'être une règle générale en Europe. Lors de son audition, Mme Irene Donadio, responsable plaidoyer de la Fédération internationale pour le Planning familial (IPPF)²²⁴ a mis en garde sur le fait que l'éducation à la sexualité n'était toujours pas obligatoire dans de nombreux pays européens, avec d'importantes conséquences en matière de violences sexuelles, de prise en compte du consentement en matière de sexualité et d'encouragement de la culture du viol.

La Pologne offre l'exemple d'une évolution en recul sur ce sujet, alors qu'elle figurait parmi les pays pionniers en la matière. L'éducation sexuelle y a été instaurée en 1973 sous forme de cours optionnel. En 1986, des cours obligatoires pour les élèves de 11 à 14 ans ont été créés dans les écoles primaires et secondaires (à raison de deux heures par mois). En 1998, l'éducation sexuelle a été supprimée et remplacée par des cours facultatifs de « vie de famille » pour les élèves de plus de douze ans. Les autorités religieuses catholiques sont consultées sur le contenu des programmes éducatifs. Dans ces manuels, le recours aux contraceptifs est présenté comme moralement mauvais, car il ôte à l'acte sexuel son objectif premier : la procréation. La femme y est présentée uniquement comme une mère et devant s'occuper de son mari²²⁵.

En Hongrie, selon un article du *Nouvel Observateur* d'avril 2018²²⁶, les manuels scolaires de sciences naturelles stipulent que « *les garçons et les filles (...) n'ont pas*

²²⁴ Audition de Mme Irene Donadio, responsable plaidoyer du réseau européen de la Fédération internationale pour le Planning Familial (IPPF), devant la DDFE, 13 juin 2018.

²²⁵ https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=CDGE_HS03_0139&contenu=article.

²²⁶ Halifa-Legrand Sarah, *En Hongrie, on apprend que "les garçons et les filles n'ont pas les mêmes aptitudes intellectuelles"*, publié le 8 avril 2018.

les mêmes capacités physiques et aptitudes intellectuelles ». Les manuels de cours de morale, désormais obligatoires, avertissent les collégiens et collégiennes qu' « *avoir des relations sexuelles hors mariage est un péché* ». Il y est également écrit que « *Les femmes sont bonnes pour la cuisine, leur rôle c'est de s'occuper de la maison et de faire des enfants.* »

2. La France

Mme Françoise Pétreault²²⁷ a rappelé lors de son audition que l'éducation à la sexualité est apparue en France en 1973 avec la circulaire "Fontanet", centrée sur la connaissance du corps humain et la transmission de la vie. Elle est devenue une obligation légale avec la loi du 4 juillet 2001²²⁸ relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, qui dispose qu'une « *information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène* », et que ces séances « *contribuent à l'apprentissage du respect dû au corps humain* » (art. L312-16 du code de l'éducation). Ces dispositions ont été détaillées par la circulaire du 17 février 2003.

La loi du 13 avril 2016²²⁹ visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes en situation de prostitution a ajouté à son article 19 que « *ces séances présentent une vision égalitaire des relations entre les femmes et les hommes* ». Une nouvelle circulaire du 12 septembre 2018 relative à l'éducation à la sexualité a réactualisé la circulaire de 2003 dans le but de relancer l'éducation à la sexualité dans le cadre de la prévention des violences sexistes et sexuelles. Elle promeut une éducation à la sexualité qui se veut "positive et bienveillante" et relève d'un "projet global d'éducation". Elle est conçue comme étant à l'intersection de trois champs :

- le champ biologique tout d'abord, qui englobe les questions liées à l'anatomie, la physiologie, la reproduction et ce qui en découle, y compris en termes de contraception et de prévention des infections sexuellement transmissibles ;
- le champ psycho-émotionnel « *qui permet de fonder et de mieux faire comprendre à la fois l'intérêt et le fonctionnement des relations interpersonnelles, des émotions et des sentiments* » ;
- le champ juridique et social, qui englobe par exemple les questions de droits et devoirs des citoyennes et citoyens, les aspects liés aux réseaux sociaux, à l'exploitation sexuelle.

²²⁷ Audition de Mme Françoise Pétreault, sous-directrice de la vie scolaire, des établissements et des actions socio-éducatives à la direction générale de l'enseignement scolaire au Ministère en charge de l'éducation nationale, devant la DDFE, le 9 janvier 2019.

²²⁸ LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

²²⁹ LOI n° 2016-444 du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées.

Toutefois, cette circulaire témoigne de la prudence des pouvoirs publics et est en recul sur certains points par rapport à la circulaire de 2003. A titre d'exemple, le mot "homosexualité" n'y est mentionné qu'une fois. L'école maternelle, qui était incluse dans le texte de 2003, est exclue du champ de cette nouvelle circulaire. Enfin, il est précisé que s'agissant de l'école élémentaire, il n'est pas question d'une « *éducation explicite à la sexualité* », sans que cette limitation ne soit précisément définie²³⁰.

Un comité de pilotage national de cette politique a été mis en place en 2013 et le dispositif se décline aux différents niveaux. La circulaire de 2018 précise que l'éducation à la sexualité doit s'inscrire dans le projet d'école ou le projet d'établissement, en lien avec le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) de chaque établissement.

Il existe des ressources pour accompagner les professionnels et professionnelles de l'éducation et les parents sur les questions de sexualité telles que le portail internet "eduscol", un ensemble de fiches destinées à l'équipe éducative, et la mallette des parents, destinée aux parents et aux équipes éducatives²³¹. Cette mallette n'évoque pas pour le moment l'éducation à la sexualité et ne comprend qu'une fiche sur l'homophobie et la transphobie. Des espaces parents se développent, dans certains lieux, pour leur permettre d'échanger sur les questions abordées à l'école.

C - Les limites et les débats

1. Les oppositions et polémiques

L'éducation à la sexualité est un sujet de crispation dans beaucoup de pays européens. Comme Mme Bousquet l'a relevé au sujet de la France, « *il est compliqué de parler de sexualité de manière apaisée et sereine* »²³².

La cartographie des acteurs opposés à l'éducation à la sexualité recoupe largement celle des mouvements anti-choix. Il s'agit par exemple de partis politiques ultra-conservateurs ou d'extrême-droite (AFD en Allemagne) ou d'organisations religieuses (Autriche). Les arguments le plus souvent invoqués à l'encontre d'une éducation précoce à la sexualité sont notamment la crainte d'une sexualisation des enfants ("dépravation"²³³), l'idée que certains messages peuvent affecter la sensibilité des jeunes enfants, l'exclusivité au cadre familial pour ce qui concerne l'éducation à la sexualité²³⁴. La contestation contre l'éducation à la sexualité se nourrit largement de fausses informations et de rumeurs (apprentissage de la masturbation aux jeunes

²³⁰ Entretien de la rapporteure du 13 février 2019 avec M. Antoine Boulangé, professeur de SVT, formateur en éducation à la sexualité.

²³¹ "La "Mallette des parents" est destinée à améliorer le dialogue entre les parents d'élèves et l'École. Elle contient des outils que les équipes éducatives utilisent pour animer la discussion avec les familles lors des rencontres : mallettedesparents.education.gouv.fr" (Extrait du site du ministère de l'Éducation nationale).

²³² Audition de Danielle Bousquet, ancienne présidente du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, du 28 novembre 2018.

²³³ Voir Catherine Mallaval et Virginie Ballet, La sexualité, une question d'éducation, Libération du 13 septembre 2018, https://www.liberation.fr/france/2018/09/13/la-sexualite-une-question-d-education_1678548.

²³⁴ Ibid. cd. Une citation de Mme De La Rochère : "Incitons les parents à parler d'éducation sexuelle avec leurs enfants, ce n'est pas à l'école de le faire."

enfants, "promotion" de pratiques comme la sodomie) largement relayées sur les réseaux numériques.

En France, ces polémiques se sont cristallisées sur les "ABCD de l'égalité". Il s'agissait d'un support pédagogique à destination des enseignants et des enseignantes pour éduquer à l'égalité entre les filles et les garçons et lutter contre les stéréotypes de genre. Il a été expérimenté dans plusieurs classes d'école maternelle et élémentaire à partir de 2013. Il offrait un cadre utile aux enseignants et enseignantes sur ce sujet. Ces expérimentations ont suscité des polémiques de la part de personnalités et mouvements conservateurs, dont La Manif pour Tous, dénonçant l'enseignement d'une "théorie du genre" à l'école. Des "Journées de retrait de l'école" ont été organisées, des rumeurs infondées diffusées sur Internet et les réseaux sociaux, voire des campagnes de calomnie à l'encontre d'enseignants et enseignantes²³⁵ et d'associations intervenant en milieu scolaire. Suite à cette polémique, l'expérimentation a été abandonnée.

2. Les lacunes de l'éducation à la sexualité en France

Pour Mme Danielle Bousquet, l'épisode des "ABCD de l'égalité" a engendré un véritable « traumatisme » au sein de l'éducation nationale, qui peut expliquer en partie la filiosité des pouvoirs publics sur les questions d'éducation à la sexualité. Les dispositions de la loi de 2001 à ce sujet restent peu appliquées.

Le nombre de séances d'éducation à la sexualité est bien inférieur à l'obligation inscrite dans la loi, comme le soulignait déjà un rapport de l'IGAS de 2009 pointant l'absence de suivi de cette politique²³⁶. M. Antoine Boulangé²³⁷, rencontré en entretien par la rapporteure, l'estime de l'ordre de 1 à 2 sur les quatre années du collège au lieu des 3 séances annuelles prévues par la loi. Mme Bousquet a rappelé lors de son audition les résultats du baromètre mené par le HCEfh²³⁸ auprès d'un échantillon représentatif de 3 000 établissements scolaires (publics/privés) au cours de l'année scolaire 2014/2015. Selon lui, 25 % des établissements n'avaient mis aucune action en place.

L'article 23 de la loi de 2001 prévoit également que cette éducation soit dispensée dans les structures accueillant les personnes en situation de handicap mais peu d'établissements la mettent en œuvre²³⁹.

²³⁵ Cyril Ouzoulias, Mattea Battaglia, Farida Belghoul mise en examen pour complicité de diffamation envers un fonctionnaire public, *Le Monde* du 5 mars 2015.

²³⁶ Aubin Claire, Jourdain Menninger Danièle, *La prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication*, rapport de l'IGAS, 2009.

²³⁷ Entretien avec M. Antoine Boulangé, op. cit.

²³⁸ Baromètre réalisé par le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, dans le cadre du "Rapport relatif à l'éducation à la sexualité : répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes", publié le 13 juin 2016 (rapporteuses : Danielle Bousquet, Françoise Laurant, Margaux Collet).

²³⁹ Ibid.

Au cours de son audition, Mme Bousquet a mis en avant trois manquements de la part des pouvoirs publics : le manque de suivi et d'évaluation, le manque de moyens financiers, en particulier pour financer la venue d'intervenants et intervenantes extérieures, et le manque de formation du corps enseignant. Ce constat est corroboré par M. Boulangé, estimant que les séances d'éducation à la sexualité reposent sur la bonne volonté des enseignants et enseignantes. Lors de leur entretien avec la rapporteure, Mmes Ramata Doumbouya, secrétaire nationale en charge de la lutte contre les discriminations, et Mariama Keita, déléguée générale adjointe de la Fédération des Maisons des Lycéens et Lycéennes (FMDL) ont indiqué ne pas avoir connaissance de l'existence de séances obligatoires d'éducation à la sexualité et ne jamais y avoir assisté au cours de leur scolarité²⁴⁰. En outre, l'offre de formation sur l'éducation à la sexualité à destination du personnel enseignant est insuffisante pour répondre aux besoins (de l'ordre de 30 personnes formées par an) et n'apparaît pas comme une priorité. Les études supérieures sont également une période importante où beaucoup de jeunes découvrent la sexualité et où l'éducation et la prévention, notamment par les pairs, devraient être renforcées.

Les professionnelles et professionnels médico-sociaux, et notamment les infirmières et infirmiers scolaires comme les services de santé universitaires ou interuniversitaires, sont les interlocuteurs et interlocutrices privilégiés des jeunes sur les questions de sexualité. Elles et ils sont aussi un relais au sein de l'établissement pour la communauté éducative et les intervenantes et intervenants extérieurs. Toutefois, leur rôle est rendu de plus en plus difficile. Le rapport du HCEfh note que « *la disponibilité des personnels sociaux et de santé est la difficulté la plus rencontrée dans les établissements du premier et du second degré. [En 2016], le ministère de l'Éducation nationale compte 7 591 infirmières et infirmiers en service, auquel s'ajoutent 1 202 médecins, pour, la même année, 4 334 951 élèves dans le second degré public* »²⁴¹.

Enfin, plusieurs intervenants et intervenantes auditionnés ou entendus en entretien par la rapporteure ont souligné les limites du contenu de cet enseignement :

- un traitement encore trop centré sur l'angle biologique et médical (au travers des IST, de la contraception), mais qui n'aborde pas encore la sexualité sous un angle positif, ni suffisamment les questions de respect et de consentement, ni les stéréotypes de genre ;
- un contenu construit sur un modèle hétérosexuel, qui accorde une place insuffisante aux problématiques intéressant les jeunes LGBTQI+. Comme le

²⁴⁰ Entretien de la rapporteure avec Mme Ramata Doumbouya, secrétaire nationale en charge de la lutte contre les discriminations, et Mme Mariama Keita, déléguée générale adjointe de la Fédération des Maisons des Lycéen•ne•s (FMDL), 5 mars 2019.

²⁴¹ Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, Rapport relatif à l'éducation à la sexualité : répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes", 13 juin 2016.

notait M. Omar Didi, co-président de l'association Mag Jeunes LGBT²⁴², s'il existe une volonté de concevoir les cours d'éducation à la sexualité de manière inclusive en prenant en compte la pluralité des identités de chacune et de chacun et en partenariat avec le milieu associatif, ces intentions peinent à se concrétiser dans les établissements.

3. Une éducation indispensable

3.1. Un besoin d'information et de formation

Mme Yaëlle Amsellem-Mainguy, experte en santé publique et en éducation à la sexualité à l'Institut National de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP)²⁴³, a rappelé durant son audition que la majorité des jeunes sont demandeurs et demandeuses de séances d'éducation à la sexualité dans le cadre scolaire, mais également en dehors pour celles et ceux qui quittent l'école plus tôt. Le fait que ces sujets restent tabous n'offre pas aux jeunes la possibilité de vivre une sexualité épanouie, en particulier les jeunes LBGTQI+. M. Didi a mis en exergue le besoin d'aborder clairement les questions d'orientation sexuelle et d'identité de genre lors de ces séances.

La plupart des intervenants et intervenantes entendus par la Délégation ont insisté sur l'importance pour les pouvoirs publics de promouvoir l'éducation à la sexualité dès le plus jeune âge et de reconnaître la légitimité de la sexualité des jeunes.

Elles et ils se sont prononcés en faveur de séances d'éducation à la sexualité, adaptées à chaque tranche d'âge et au niveau de développement de chaque enfant. Mme Yaëlle Amsellem-Mainguy soulignait également la nécessité de penser l'éducation à la sexualité hors du cadre scolaire (colonies de vacances, centres de loisirs). Enfin, l'INJEP et le HCEfh rappellent que l'éducation à la sexualité doit concerner tous les publics y compris au sein de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) ou de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et tous les lieux d'éducation (établissements d'enseignement général, technologique, professionnel, spécialisés...).

Comme le recommandent les organisations internationales (cf. supra), **cette éducation doit privilégier une approche globale et positive, qui permet d'aborder tous les aspects de la sexualité, y compris le plaisir, et toutes les questions que se posent les personnes, en incluant les dimensions sociale et affective. Elle ne doit pas se limiter à une approche par les risques de santé, mais permettre de développer une "citoyenneté sexuelle".**

²⁴² Entretien de la rapporteure avec M. Omar Didi, co-président de l'association Mag Jeunes LGBT, au CESE 9 janvier 2019.

²⁴³ Audition de Mme Yaëlle Amsellem-Mainguy, chargée d'études et de recherche à l'INJEP, experte des questions de genre et d'éducation à la sexualité, devant la DDFE, le 5 décembre 2018.

Afin d'améliorer l'éducation à la sexualité et de faire en sorte que la circulaire de 2018 s'applique de manière effective, le CESE met en avant les pistes suivantes : un renforcement de la formation des membres de la communauté éducative et des intervenantes et intervenants extérieurs ; des moyens adaptés ; un pilotage à tous les échelons pertinents (national, académique, par établissement)²⁴⁴ qui permette une coordination des acteurs et des actrices, un suivi et une évaluation des actions mises en œuvre pour que tous les enfants, quelle que soit leur situation, aient accès à l'éducation.

3.2. Un outil de lutte contre les stéréotypes et d'émancipation

L'éducation à la sexualité joue un rôle essentiel pour lutter contre les représentations discriminantes et les stéréotypes, s'agissant par exemple du consentement ou de l'égalité entre femmes et hommes. Mme Amsellem-Mainguy a rappelé les préjugés à l'œuvre chez les jeunes (" les filles doivent faire attendre les garçons", " les garçons sont plus excités que les filles "), liés à leur conception normative des rapports de genre, reflétant dès ces âges les rapports sociaux et de pouvoir qui opèrent au sein de la société. Elle s'adresse autant aux filles qu'aux garçons.

L'éducation à la sexualité est un vecteur majeur d'émancipation et de lutte contre le harcèlement scolaire, les violences, le sexisme et les LGBT-phobies. Les jeunes LGBTQI+, ainsi que toutes les filles, sont particulièrement exposés à ces phénomènes qui mettent souvent en cause leur "réputation". Mme Bousquet a ainsi appelé qu'une collégienne sur 5 déclare être victime de cyberviolences²⁴⁵.

Elle permet également d'impliquer davantage les garçons dans les questions de contraception. Les Pays-Bas, où une première approche de la sexualité s'effectue dès l'âge de quatre ans, affichent un faible taux de grossesses adolescentes, des infections sexuellement transmissibles (IST) chez les jeunes et l'un des taux d'avortement les plus bas en Europe²⁴⁶.

Il est important que cette éducation à la sexualité fasse l'objet d'une coopération avec les familles, mais elle ne peut être l'apanage des seuls parents, dans la mesure où les questions de sexualité peuvent être taboues dans certaines familles. L'importance du dialogue avec les parents a été soulignée par Mme Leneveu, directrice générale de l'UNAF²⁴⁷, qui a constaté qu'il existe encore peu de lieux

²⁴⁴ Recommandations n°5 à 10, Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes, "Rapport relatif à l'éducation à la sexualité : répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes", publié le 13 juin 2016 (rapporteuses : Danielle Bousquet, Françoise Laurant, Margaux Collet).

²⁴⁵ « En finir avec l'impunité des violences faites aux femmes en ligne : une urgence pour les victimes », Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes, 7 février 2018.

²⁴⁶ Guillaume Agnès, Bajos Nathalie, Kontula Osmo, Le comportement des jeunes Européens face à la santé génésique, Volume 1, Etudes démographiques n° 42, 2004. Malingre Virginie, Au Royaume-Uni, l'éducation sexuelle dès la maternelle, Le Monde, 7 novembre 2009.

²⁴⁷ Entretien avec Mme Guillemette Leneveu, directrice générale de l'UNAF, 23 janvier 2019.

ressources où elles et ils peuvent poser leurs questions liées à la parentalité et bénéficier de l'appui de professionnels et professionnelles dans leur dialogue sur la sexualité avec leurs enfants.

3.3. L'enjeu du numérique

Internet est devenu pour les jeunes une ressource prépondérante de formation et d'information sur la sexualité²⁴⁸, avec des conséquences ambivalentes et contrastées. L'espace numérique peut être un lieu violent et à risque (cyberharcèlement²⁴⁹, "revenge porn"²⁵⁰, etc.), pouvant mener dans certains cas jusqu'au suicide. Il véhicule des normes stéréotypées en matière de sexualité et de relations amoureuses à travers la pornographie. Mais il est aussi un outil d'information très intéressant et accessible. Mme Armelle Andro, autrice de recherches sur la santé sexuelle et reproductive²⁵¹, a relevé l'existence de chaînes YouTube de qualité sur des thématiques comme les règles, les rapports sexuels, le consentement. Pour elle, l'éducation à la sexualité devrait s'appuyer sur ces ressources et mieux les valoriser.

Plusieurs intervenantes auditionnées ont estimé que les effets négatifs d'Internet étaient surévalués par les adultes, du fait qu'ils et elles maîtrisent mal les informations auxquelles les jeunes ont accès. Ceci explique notamment que l'exposition des jeunes à la pornographie soit régulièrement surestimée²⁵², comme l'a notamment souligné Mme Yaëlle Amsellem-Mainguy dans une étude récente de l'INJEP²⁵³.

Comme Nathalie Bajos l'a expliqué au cours de son audition, « *avant, les parents avaient l'impression d'avoir un contrôle beaucoup plus marqué sur la sexualité des jeunes ; à présent, il y a plein de choses qui leur échappent, dont Internet.* » Ce phénomène de "panique morale des adultes", consiste, selon le sociologue Michel Bozon, en une explosion des inquiétudes et un discours alarmiste de leur part vis-à-vis de la sexualité des jeunes, et notamment des effets de la pornographie.²⁵⁴

²⁴⁸ Yaëlle Amsellem-Mainguy, Arthur Vuattoux, L'intimité et la sexualité en ligne à l'adolescence. Enjeux sociaux des usages sexuels d'Internet, INJEP Analyses & Synthèses, 2018.

²⁴⁹ Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, En finir avec l'impunité des violences faites aux femmes en ligne : une urgence pour les victimes, rapport du 16 novembre 2017 (rapporteuses : Danielle Bousquet, Ernestine Ronai, Edouard Durand, Claire Guiraud, Alice Gayraud).

²⁵⁰ Le "revenge porn" est un contenu sexuellement explicite qui est publiquement partagé en ligne sans le consentement de la ou des personnes apparaissant sur le contenu, dans le but d'en faire une forme de "vengeance".

²⁵¹ Entretien de la rapporteure avec Mme Armelle Andro, spécialiste de la santé et des droits sexuels et reproductifs des migrantes, 10 janvier 2019.

²⁵² Lubove Seth, Sex, Lies And Statistics, Forbes, 23 novembre 2005.

²⁵³ Amsellem-Mainguy Yaëlle, Construire, explorer et partager sa sexualité en ligne, INJEP, 30 octobre 2018.

²⁵⁴ Bozon Michel, « Autonomie sexuelle des jeunes et panique morale des adultes. Le garçon sans frein et la fille responsable », Agora débats/jeunesses, 2012/1 (N° 60), p. 121-134.

III - FOCUS 3 : LA CONTRACEPTION

Alors que la hantise d'une grossesse non voulue inhibait la sexualité des femmes et des couples, la conquête de la contraception et du droit à l'avortement a bouleversé l'ensemble de la société par la possibilité de dissocier sexualité et reproduction. Fondamental pour l'émancipation des femmes et leur implication dans la vie sociale politique et professionnelle, ce droit n'est pas encore une réalité pour toutes les personnes. Selon le site de l'OMS, la contraception désigne « *l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter* ». L'accès à une gamme complète de moyens de contraception est un droit fondamental en ce qu'il permet de garantir pour chaque personne le droit de choisir si l'on veut un enfant, à quel moment, et le droit de le faire en toute sécurité, avec toutes les informations nécessaires sur les risques et bénéfices de chaque méthode de contraception.

Il existe une diversité de méthodes de contraception pour les femmes ou pour les hommes : hormonale, locales, mécaniques des méthodes dites "traditionnelles" ou "naturelles", contraception d'urgence, et des méthodes de contraception définitives²⁵⁵. Les méthodes de contraception masculine ne sont pas encore très répandues, la contraception étant encore trop souvent une "affaire de femmes", et toutes les méthodes sont loin d'être accessibles et disponibles pour tous les publics concernés.

A - L'accès à la contraception

1. Une légalisation permise par la mobilisation des associations féministes

La contraception est légalisée dans l'ensemble des pays de l'Union européenne mais il existe de fortes disparités sur l'accès à la contraception en termes de services proposés, de coût et d'accessibilité. Apparue dès les années 1950, elle a été rendue disponible dès 1960 en Angleterre, suivie par l'Allemagne de l'Ouest en 1961 et l'Allemagne de l'Est en 1965.

La légalisation de la pilule en France en 1967 (loi "Neuwirth") est donc relativement tardive. Elle a fait l'objet d'une lutte de femmes, de couples et de médecins pour ce droit. Elle a provoqué de vifs débats et controverses, tant au sein du personnel politique qu'entre professionnels et professionnelles de santé, ainsi que des oppositions de la part de mouvements religieux²⁵⁶. Le Mouvement français pour

²⁵⁵ Voir le tableau comparatif dressé par le ministère de la santé: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F707>.

²⁵⁶ A l'image de l'encyclique "Humanae Vitae" de 1968 du Pape Paul VI qui prend position contre la pilule.

le Planning Familial est parvenu à en faire l'un des thèmes de la campagne présidentielle de 1965. Signe des tensions qu'elle généra, il fallut attendre 1972 pour la publication des décrets d'application de la loi Neuwirth de 1967.

Depuis 1974, certaines méthodes de contraception, prescrites sur ordonnance, font l'objet d'un remboursement partiel par la sécurité sociale²⁵⁷ et la contraception est gratuite et confidentielle sans autorisation parentale pour les mineures dans les centres de planification. Au cours des années 2010, plusieurs mesures ont étendu la gratuité des dispositifs contraceptifs pour les mineures en médecine de ville²⁵⁸. Depuis 2012, les pharmaciens et pharmaciennes, infirmiers et infirmières peuvent renouveler pour six mois certains contraceptifs prescrits.

Enfin, la contraception définitive est autorisée depuis la loi du 4 juillet 2001 (voir partie C - 3).

2. Une couverture perfectible en Europe

En 2019, dans le monde, 63 % des femmes entre 15 et 49 ans utilisent régulièrement un moyen de contraception toutes méthodes confondues, et 58 %, un moyen de contraception dit moderne²⁵⁹ (contre 52 % en 1994)²⁶⁰. Ce taux est de 71,9 % en Europe, selon les statistiques de l'OMS²⁶¹. 214 millions de femmes dans le monde n'ont pas accès à une méthode de contraception moderne²⁶².

Le Forum parlementaire européen pour les droits sexuels et reproductifs a lancé un atlas en ligne de la contraception en Europe²⁶³ (au sens de la zone OCDE), mettant en évidence d'importantes inégalités d'accès entre pays Européens. Son analyse révèle un clivage entre Europe orientale et Europe occidentale qui a été analysé au chapitre 1 (Partie II - A - 1). La couverture européenne en matière de contraception reste globalement perfectible : 43 % des grossesses en Europe sont non voulues²⁶⁴.

²⁵⁷ Selon des taux variables en fonction des méthodes.

²⁵⁸ Décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 ouvrant aux mineures l'accès gratuit en pharmacie à certains contraceptifs sur prescription. Décret n° 2016-865 du 29 juin 2016 ouvrant la prise en charge par l'assurance maladies, pour les mineures de plus de 15 ans, des frais d'examen de biologie, de consultation médicale annuelle et de suivi, de pose et de retrait d'un dispositif intra-utérin.

²⁵⁹ Moyens de contraception moderne : stérilisation, préservatif, pilule, implant, méthodes de barrières vaginales (diaphragmes, spermicides, gels, crèmes...), contraceptif intra-utérin. Source : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Contraceptive Use 2012.

²⁶⁰ État de la population mondiale 2019, rapport annuel du Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA), 10 avril 2019.

²⁶¹ <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/reperes-statistiques>.

²⁶² État de la population mondiale 2019, rapport annuel du Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA), 10 avril 2019.

²⁶³ <https://www.contraceptioninfo.eu>.

²⁶⁴ EPF, [contraceptioninfo.eu](http://www.contraceptioninfo.eu), 2018.

En France, en 2013, selon les résultats du Baromètre Santé de 2016, 92% des femmes de 15 à 49 ans ni enceintes ni stériles, sexuellement actives au cours des douze derniers mois, ayant un partenaire homme au moment de l'enquête et ne voulant pas d'enfant, utilisent un moyen de contraception²⁶⁵.

3. Des différences importantes de méthodes selon les pays

Les pratiques en matière de contraception varient selon le contexte culturel, institutionnel et historique de chaque pays. A titre d'exemple, en Angleterre, la vasectomie et le préservatif sont utilisés par la moitié des personnes recourant à la contraception au Royaume-Uni, contre seulement 15 % en France²⁶⁶.

En France, en revanche, la pilule est la méthode de contraception la plus utilisée. Selon le Baromètre Santé de 2016, 36,5 % des femmes âgées de 15 à 49 ans y ont recours. La "crise de la pilule" intervenue au début des années 2010, suite à la polémique sur les effets des pilules de 3ème et 4ème génération et le risque d'accidents cardiovasculaires, a fait chuter le recours à la pilule au profit des autres méthodes, sans remettre en cause sa prééminence²⁶⁷.

Le dispositif intra-utérin, dit stérilet, est utilisé par 25,6 % des femmes françaises. Son utilisation augmente avec l'âge pour atteindre un niveau proche de celui de la pilule (31,6 %) chez les femmes de 30-34 ans. En 2010, près d'un quart des femmes de 15 à 49 ans déclaraient avoir déjà utilisé une contraception d'urgence au cours de leur vie²⁶⁸.

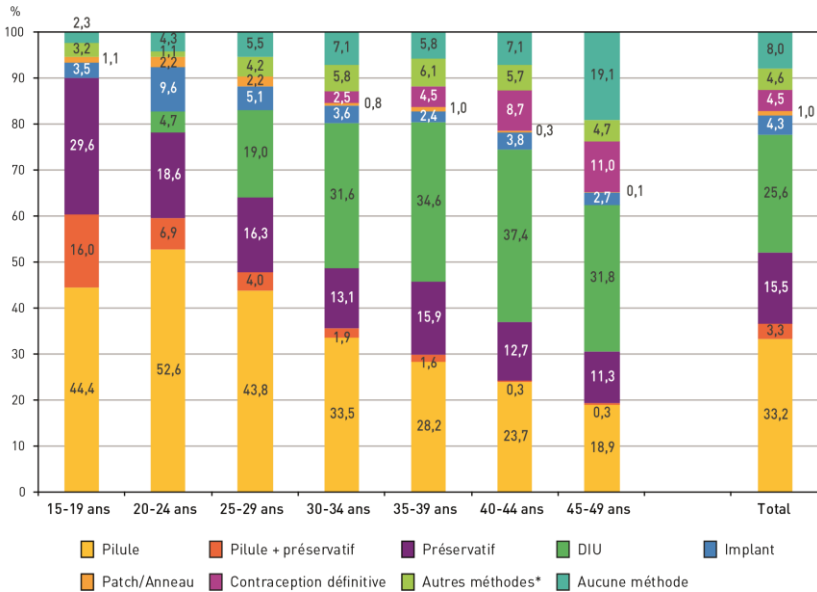
²⁶⁵ Source : L'état de santé de la population en France, Rapport 2015, DREES.

²⁶⁶ Cécile Ventola, Prescrire, proscrire, laisser choisir : Autonomie et droits des usagers des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines, thèse de doctorat en santé publique - sociologie, 2017: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01795009>.

²⁶⁷ Mireille Le Guen, Alexandra Roux, Mylène Rouzaud-Cornabas, Leslie Fonquerne, Cécile Thomé et Cécile Ventola pour le laboratoire junior Contraception&Genre, Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation, INED, Population & sociétés n°549, novembre 2017.

²⁶⁸ Sources : N.Bajos, M.Rouzaud-Cornabas H.Panjo, A.Bohet, C.Moreau -Enquête Fecond - INED - La crise de la pilule en France, vers un nouveau modèle contraceptif ? et DREES, « L'état de santé de la population en France – Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique » Rapport 2011.

Figure 1 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge



Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.

* Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.

Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France.

4. Un droit toujours discuté

La contraception reste un sujet sensible sur le plan sociétal, contestée dans son principe par des mouvements conservateurs et religieux. Ces tensions se sont traduites par des reculs dans certains pays, à l'image de la Pologne où l'octroi de la contraception d'urgence a été soumis à prescription médicale en 2017 à l'initiative de partis politiques conservateurs²⁶⁹.

En France, des cas de pharmaciens et pharmaciennes refusant de vendre des contraceptifs ont été rapportés, amenant l'Ordre national des pharmaciens à

²⁶⁹ Le Monde avec AFP, "Pologne: le Parlement limite l'accès à la "pilule du lendemain"", 25 mai 2017.

prononcer des suspensions²⁷⁰. En 2016, ce même Ordre a débattu de la possibilité d'une clause de conscience concernant tout "acte pharmaceutique susceptible d'attenter à la vie humaine", mais le projet a finalement été suspendu²⁷¹.

B - Les freins à la contraception

"La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit !" avait été le thème d'une campagne de l'INPES en 2007. Ce choix suppose que chaque personne ait accès à l'information sur les bénéfices et les risques, les avantages et les inconvénients de chaque méthode. C'est pourquoi le thème de cette campagne reste d'actualité.

1. Les représentations socioculturelles et la norme contraceptive

Dans son état des lieux des pratiques contraceptives de 2013, la Haute Autorité de Santé (HAS) relève que les représentations socioculturelles, y compris inconscientes, peuvent biaiser les décisions des professionnels et professionnelles de santé, mais aussi des usagers et usagères.

Parmi ces biais, elle identifiait : la non-reconnaissance de la sexualité des jeunes et des personnes en situation de handicap, les préjugés sur la sexualité des personnes proches de la ménopause ou fondés sur la situation familiale de chacune et de chacun.

La norme contraceptive consiste selon l'INED dans le fait que « *l'usage de la contraception est aujourd'hui marqué par une norme qui prescrit le recours au préservatif en début de vie sexuelle, puis à la pilule dès que les individus sont dans une relation dite stable, et enfin par l'usage du [dispositif intra-utérin] une fois que le nombre d'enfants souhaités est atteint. En attribuant une méthode aux femmes selon leur âge et leur situation relationnelle, cette norme limite la possibilité de choisir le contraceptif qui leur convient. Elle renforce également la définition de la responsabilité contraceptive comme principalement, voire exclusivement féminine.* »²⁷² Cette norme a des impacts importants, puisqu'elle amène, dans certains cas, à imposer une méthode contraceptive qui ne correspond pas aux modes de vie des femmes ou qui ne prend pas en compte leurs problématiques de santé et de vie quotidienne.

Comme le préconise la HAS, il serait bénéfique d'accorder davantage de place à la contraception et à la santé sexuelle dans la formation des professions de santé afin de mieux les préparer à ces enjeux, qu'il s'agisse des médecins, mais également des sages-femmes, des pharmaciens et

²⁷⁰ Valentine Amara, "Gironde : un pharmacien suspendu pour avoir refusé de vendre des contraceptifs", Le Figaro, 17 mars 2016.

²⁷¹ Thomas Delozier, "Face au tollé, la clause de conscience des pharmaciens suspendue", Le Figaro, 21 juillet 2016.

²⁷² Le Guen Mireille, Roux Alexandra, Rouzaud-Cornabas Mylène, Fonquerne Leslie, Thomé Cécile, Ventola Cécile, le Laboratoire junior Contraception&Genre, 2017, « Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation », Population et Sociétés, 549.

pharmaciennes, des infirmiers et infirmières, en formation initiale et tout au long de la vie.

Cette formation pourrait également inclure l'importance d'une approche globale de la personne, qui prenne en compte la prévention, l'éducation à la santé, l'apprentissage de l'autonomie, etc. Comme le rappelle le préambule de la constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

S'ajoutent l'influence de l'entourage proche et l'importance des normes et représentations. La HAS note par exemple dans son bilan de 2013 que « *plus de la moitié des femmes déclarent choisir seules leur moyen de contraception sans en discuter avec leur partenaire. Cependant le choix d'une méthode se fait souvent en fonction des préférences du partenaire masculin (priorité accordée au plaisir masculin)* ».

2. L'accès à l'information

Dans son livre blanc de 2018 consacré à l'atlas de la contraception²⁷³, le Forum parlementaire européen pour les droits sexuels et reproductifs indique que « *les mythes et tabous qui entourent la contraception restent tenaces* ». Il souligne que « *Les sites gouvernementaux officiels fournissant des informations sur les types de contraceptifs et sur les endroits où se les procurer [...] peuvent faire une énorme différence pour les citoyens en quête d'informations précises.* » Or, en 2018, seuls 11 pays européens (sur la zone OCDE) disposaient d'un site gouvernemental de bonne qualité.

Concernant la France, le rapport précité de la HAS mentionne un certain nombre d'idées reçues chez les usagers et usagères, par exemple celle selon laquelle le stérilet serait réservé aux femmes ayant déjà eu des enfants ou sur les effets secondaires supposés de telle ou telle méthode. Elle mentionne également une tendance au "rejet de la médicalisation" et à une volonté de limiter leur dépendance à des médicaments perçus comme "antinaturels". Les appréhensions sur les éventuels effets secondaires de la contraception peuvent aussi constituer des freins, qui rendent d'autant plus important l'accès à une information complète sur les risques et bénéfices de chaque méthode. Le site de Santé Publique France "choisir sa contraception.fr", le numéro vert national "Sexualités contraception IVG" contribuent à cette information, mais l'effort financier pour la communication publique est limité : en France, les deux dernières campagnes d'information publique sur la contraception remontent à 2013²⁷⁴ et 2018²⁷⁵.

L'accès à l'information et aux droits sociaux est en outre plus difficile pour certaines catégories de personnes. C'est notamment le cas des mineures. Plusieurs

²⁷³ Forum parlementaire européen sur la population et le développement, Contraception Atlas 2018, Accès restreint : déficit de contraception en Europe, un livre blanc.

²⁷⁴ Dossier de presse sur la campagne de communication « La contraception qui vous convient existe », 15 mai 2013.

²⁷⁵ Préservatif : la campagne ministérielle provoque un tollé, tribune de la rédaction d'Allodocteurs.fr, France info, 9 août 2018.

mesures ont été prises en France pour leur faciliter l'accès à la contraception (cf. *supra* : anonymat, gratuité) mais elles sont mal connues, ce qui ranime les questions de l'accès à l'information et de l'éducation à la sexualité abordées lors du précédent focus. En outre, ces mesures ne bénéficient pas aux jeunes entre 18 et 25 ans alors que cette tranche d'âge est particulièrement concernée par les situations de précarité.

3. Les inégalités territoriales

Sur le plan territorial, se pose la problématique de la couverture du pays en lieux ressources et services adéquats, notamment les Etablissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF), nouvellement appelés Espaces vie affective, relationnelle et sexuelle (EVARS)²⁷⁶, ainsi que les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), qui peuvent prescrire et distribuer gratuitement des contraceptifs aux personnes mineures, aux personnes de plus de 18 ans qui souhaitent garder le secret et aux personnes en difficulté sociale. Aujourd'hui, ce sont les départements qui sont en charge de la planification familiale. Or, le budget consacré à ces actions est différent d'un département à l'autre, ce qui crée des inégalités de moyens, de personnel et de lieux ressources.

Les territoires ultramarins sont particulièrement concernés. Dans l'avis "Les violences faites aux femmes dans les outremer", (Rapporteuse : Ernestine Ronai, rapporteur : Dominique Rivière, mars 2017), estimant que la prévention et l'éducation sont essentielles à la protection des jeunes filles contre les violences et les grossesses précoces, le CESE préconisait que « *ce service public, souvent assuré par des antennes du Planning familial en réseau avec les autres acteurs et actrices, soit renforcé et doté de moyens suffisants dans l'ensemble des territoires ultramarins par les collectivités compétentes et par l'État* » .

Améliorer l'accès à la contraception passe par un meilleur maillage des territoires urbains, périurbains et ruraux et une meilleure mise en valeur des acteurs existants : outre les médecins, les sages-femmes, les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) ainsi que les pharmaciens et pharmaciennes sont des acteurs essentiels de cette accessibilité. Ils doivent être mieux connus et identifiés. Parmi les relais locaux à valoriser, figurent également les établissements d'information et de conseil familial, aujourd'hui EVARS, où interviennent des conseillères et conseillers conjugaux, les missions locales ou les points info jeunes, les équipes éducatives des établissements scolaires, les équipes des associations, des centres sociaux et les maisons de santé.

En milieu rural, il conviendrait de multiplier ces lieux ressources d'information, de suivi et de services médicaux, dans le cadre d'une information globale sur la sexualité. Il peut être intéressant de s'inspirer de l'initiative "Ton plan à toi" porté par l'Etat, la région Nouvelle-Aquitaine et le Planning

²⁷⁶ Depuis la réforme des EICCF entrée en vigueur en 2018 (Décret paru le 9 mars 2018 au JO, applicable le 10 mars 2018, Code de la Santé Publique – 2ème partie Livre III - Chapitre 1 section 1).

familial ou le site internet "Parlons Sexualités" en région Provence-Alpes-Côte-D'azur. Elle consiste en un portail en ligne régional qui donne des informations fiables et la localisation des lieux ressources sur le territoire.

L'accessibilité des soins gynécologiques est particulièrement problématique pour certaines catégories de population, notamment les femmes vivant dans la rue, en situation de prostitution ou d'incarcération et les femmes migrantes. Comme Mme Andro l'a souligné lors de son entretien²⁷⁷, la majorité des femmes migrantes ont subi des épisodes de violence grave et ont d'importants besoins de soins de santé sexuelle et reproductive. Or, leurs conditions de vie, d'accueil et d'hébergement les condamnent le plus souvent à l'errance médicale entre services d'urgence. La barrière de la langue contribue à les priver d'accès à l'information et aux ressources de santé. Les personnes migrantes ne bénéficient pas d'un suivi médical régulier et d'une stabilité de vie propices à la contraception.

Concernant les femmes sans domicile, le CESE, dans son avis sur "Les personnes vivant dans la rue : l'urgence d'agir" (Rapporteuse: Marie-Hélène Boidin Dubrulle, rapporteur: Stéphane Junique, décembre 2018), a souligné l'absence de soin et de suivi médical auxquelles elles étaient confrontées. Une étude de la Drees indique que les trois quarts des médecins libéraux interrogés se disent en difficulté pour prendre en charge les personnes en situation de vulnérabilité sociale. Le CESE a préconisé de rendre plus identifiables et accessibles les permanences d'accès aux soins de santé prévus par la loi du 22 juillet 1998 relative à la lutte contre l'exclusion. Il a aussi recommandé de développer une offre de soins de proximité qui aille à la rencontre de ces publics, à l'image des actions (maraudes, bus social, etc.) menées par plusieurs associations sur le terrain, telles l'ADSF (Agir pour la santé des Femmes), Médecins du Monde ou le Samu Social.

4. Les inégalités socio-économiques

Le facteur financier intervient à deux niveaux :

- le coût de la contraception, tout d'abord. Dans l'Union européenne, 14 pays ne remboursent pas la contraception, 18 pays ne prévoient pas de remboursements spéciaux pour les personnes mineures et 21 pays ne prévoient pas de remboursements spécifiques pour les publics fragiles²⁷⁸. En France, la HAS relevait en 2013 que le reste à charge demeure variable selon les méthodes. Elle notait également la situation de personnes ne disposant pas de couverture sociale ou ne connaissant pas leurs droits sociaux (étudiantes en renouvellement de leur carte vitale, par exemple...) ;
- le coût de la consultation nécessaire d'une professionnelle ou d'un professionnel de santé (obtention de la prescription, suivi de la méthode, implantation d'un dispositif intra-utérin...) appelle les mêmes observations, d'autant que ces consultations peuvent donner lieu à avance de frais et/ou dépassements d'honoraires.

²⁷⁷ Entretien de la rapporteure avec Mme Armelle Andro, 10 janvier 2019.

²⁷⁸ Atlas de la contraception 2019 du Forum parlementaire européen pour des droits sexuels et reproductifs.

Ces freins sont la cause d'inégalités d'accès à la contraception en fonction de la situation économique et sociale de chaque personne, que notre système d'assurance santé ne parvient pas à compenser en totalité.

A titre d'exemple, selon un article paru dans la revue de l'INED, en France, « *la baisse du recours à la pilule semble s'être répercutée différemment selon les milieux sociaux : si les femmes les plus favorisées se sont reportées sur le DIU, les femmes de catégories plus populaires se sont davantage tournées vers le préservatif ou le retrait.* »²⁷⁹.

De la même manière, le prix de la contraception d'urgence oscille entre 7 et 20 euros, ce qui constitue une barrière alors que sa prise doit avoir lieu le plus rapidement possible après un rapport non protégé.

Une piste pour atténuer ces obstacles financiers consisterait à étendre à de nouveaux publics, l'accès gratuit et anonyme à la contraception (aujourd'hui déjà prévu pour les mineures), aux jeunes de 18 à 25 ans, ainsi qu'aux personnes en difficulté sociale.

C - Les enjeux de la contraception

1. L'implication des hommes dans la contraception

Aujourd'hui, la "charge mentale reproductive", comme la dénomme la dessinatrice Emma²⁸⁰, repose quasi exclusivement sur les femmes. Selon l'article de l'INED cité plus haut, « *la norme contraceptive française fait de la gestion mentale et matérielle de la fécondité du couple un domaine essentiellement féminin* ».

Faire des droits sexuels et reproductifs l'affaire de toutes et de tous suppose une meilleure implication des hommes dans la contraception. Les méthodes ouvertes aux hommes (stérilisation, préservatif) restent minoritaires en termes d'usage. De manière générale, les options contraceptives à disposition des hommes sont réduites et ont fait l'objet de moindres efforts de recherche, jusqu'à récemment. Fondée en 1979, l'Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine (Ardecom) s'est mobilisée sur le sujet. Les méthodes aujourd'hui disponibles en France sont la contraception hormonale (injection intramusculaire hebdomadaire²⁸¹) et la contraception thermique (slip contraceptif²⁸²). Les premiers

²⁷⁹ Mireille Le Guen, Alexandra Roux, Mylène Rouzaud-Cornabas, Leslie Fonquerne, Cécile Thomé et Cécile Ventola, 2017, op. cit.

²⁸⁰ Emma, Les conséquences, 15 novembre 2018.

²⁸¹ Son coût, d'environ 10€ par injection, peut être remboursé. Le niveau de protection et les effets indésirables sont comparables à ceux des pilules féminines.

²⁸² Cette méthode consiste à élever la température des testicules d'environ 2°C, ce qui produit un effet inhibiteur sur la spermatogénèse. L'élévation de température est obtenue en remontant manuellement les testicules à l'entrée des cavités inguinales, où ils sont maintenus au moyen d'un sous-vêtement adapté qui doit

tests concluants de pilule contraceptive pour hommes constituent une évolution encourageante²⁸³, mais il est important de développer la recherche universitaire afin de diversifier les méthodes de contraception masculine. L'acceptabilité sociale de cette contraception reste encore limitée. **Elle ne pourra passer que par le développement d'une éducation à la sexualité qui travaille sur les stéréotypes de genre en impliquant filles et garçons, et par des campagnes d'information publiques sur ce thème, notamment à destination des hommes.**

2. La contraception définitive (ou stérilisation à visée contraceptive)

La stérilisation à visée contraceptive est autorisée en France par la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 pour toute personne majeure, indépendamment de son âge, de son statut marital et du fait qu'elle ait ou non des enfants, avec pour seule obligation de respecter un délai de réflexion de quatre mois. Elle reste très peu utilisée par rapport à d'autres pays²⁸⁴. Seules 5% des femmes françaises en âge de se reproduire, en couple et utilisant la contraception y recourraient en 2010, contre 54% au Mexique (2015), 43% aux Etats-Unis (2006), 20% en Espagne (2006)²⁸⁵.

Concernant les hommes, 50 millions d'hommes dans le monde utilisent la vasectomie comme contraception ; 14% en Chine, 13% aux Etats-Unis, 21% en Grande-Bretagne, mais elle est très peu développée en France (4836 interventions recensées en 2017), même si une augmentation sensible a été constatée ces dernières années²⁸⁶.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer que la stérilisation à visée contraceptive reste marginale et peu valorisée en France: les peurs liées au caractère souvent définitif de l'opération ; le fait que cette opération reste perçue comme une "castration" du côté des hommes ; l'importance accordée aux politiques natalistes. Beaucoup de gynécologues posent également des conditions d'âge et de nombre d'enfants de manière arbitraire²⁸⁷. Pourtant, cette méthode de contraception présente de réels avantages, notamment l'absence d'effets secondaires.

être porté une quinzaine d'heures par jour.

²⁸³ Le Quotidien du médecin, Une nouvelle « pilule pour homme » passe les premiers tests de sécurité, 23 mars 2019.

²⁸⁴ Extrait de la Stratégie nationale de santé sexuelle (2017-2020).

²⁸⁵ Le Guen Mireille, Roux Alexandra, Rouzaud-Cornabas Mylène, Fonquerne Leslie, Thomé Cécile, Ventola Cécile, 2017, op. cit.

²⁸⁶ Lambert Maxime, "Partager le fardeau de la contraception", de plus en plus d'hommes se font vasectomiser en France, Ohmymag!, 17 mars 2019.

²⁸⁷ Stérilisation volontaire, Emission Les Pieds sur terre, France Culture, 14 mai 2018. Winckler Martin, Pour un annuaire national des chirurgien.ne.s français.e.s pratiquant des stérilisations conformément à la loi, article de blog du 27 février 2018.

3. La liberté de choisir sa méthode de contraception

Plusieurs intervenants et intervenantes auditionnées ont insisté sur l'importance de garantir à chaque personne le choix de la méthode. D'autres ont insisté sur le fait qu'en France, l'accès à la contraception est très médicalisé. Afin d'assurer que chacun et chacune dispose d'une contraception adaptée, plusieurs leviers d'action existent :

- **une meilleure information en promouvant l'ensemble des moyens de contraception auprès du public, et les bonnes pratiques en matière de prescription médicale auprès des professionnels et professionnelles de santé** afin de sortir de la "norme contraceptive" et de garantir à chaque personne, le choix d'une contraception adaptée ;
- **un assouplissement de l'accès à la contraception**, pour répondre à trois enjeux : la désertification médicale dans certains territoires ruraux et ultramarins, l'éloignement du système de santé de certaines personnes (femmes migrantes, précaires, victimes de violences), le souhait d'autonomie de certaines femmes. Cela pourrait passer la mise en place de protocoles permettant la délégation de compétences à des professionnelles et professionnels ou la vente libre en pharmacie de certains moyens de contraception sur le modèle de la contraception d'urgence. Une autre piste qui mérite réflexion est l'usage des outils numériques, tout en maintenant les garanties de sécurité et de suivi médical ;
- **l'extension de la prise en charge par l'assurance maladie à l'ensemble des méthodes de contraception** : patch, anneau, préservatifs masculins et féminins, spermicides, diaphragme. La mise à disposition gratuite des préservatifs masculins et féminins dans des lieux stratégiques fréquentés par les jeunes et les personnes concernées peut également y contribuer.

Conclusion : des pistes pour consolider les droits sexuels et reproductifs au niveau européen

Pour le CESE, les droits sexuels et reproductifs sont des droits humains fondamentaux et à ce titre, ne sont pas négociables. Ils ont un impact concret sur la vie des femmes et des hommes. Ils sont un levier indispensable pour construire une société plus juste et égalitaire, sans discrimination en raison de l'identité ou l'expression de genre ou l'orientation sexuelle. Les droits sexuels et reproductifs ne sont pas seulement un droit à la santé, mais également à l'émancipation, au plaisir, à la maternité, à la dignité, à l'autonomie et à la famille que l'on choisit.

Ces droits sont aujourd'hui sous pression et font l'objet d'attaques dans plusieurs pays européens ainsi qu'aux Etats-Unis, et restent inaccessibles dans une grande partie du monde. Il est urgent d'agir pour protéger ces droits et cette étude présente plusieurs pistes d'action, qui peuvent être succinctement résumées ainsi :

- **mieux garantir dans le droit les droits sexuels et reproductifs, qui doivent être intangibles ;**
- **favoriser un accès effectif à ces droits**, en améliorant le maillage territorial de l'offre d'information, de conseils et de soins, en développant les lieux ressources pour la contraception et l'IVG, en démedicalisant certains actes de soins ou de prescription , en étendant le délai légal de l'IVG ou en supprimant la clause de conscience spécifique à l'avortement ;
- **mieux former et informer autour de ces droits**, en faisant bénéficier les jeunes d'une éducation réelle et complète à la sexualité, en renforçant la communication publique autour des méthodes de contraception, en formant et en sensibilisant l'ensemble des acteurs et actrices concernés (personnels enseignants, professionnels et professionnelles de santé, parents) aux enjeux des droits sexuels et de la santé ;
- **mieux prendre en compte les spécificités des publics fragiles**, par exemple en étendant le dispositif d'accès gratuit et anonyme à la contraception dont bénéficient aujourd'hui les 15-18 ans à d'autres catégories de population.

Renforcer la place des droits sexuels et reproductifs dans la construction européenne constitue un enjeu majeur. Il convient de faire en sorte que leur statut de droits humains fondamentaux soit pleinement reconnu à l'échelle de l'Union et qu'ils deviennent effectifs dans la législation de tous les Etats membres et dans les services qu'ils garantissent à leurs citoyennes et citoyens.

Dans son avis intitulé "La Construction d'une Europe dotée d'un socle des droits sociaux" (Rapporteur: M. Etienne Caniard, rapporteure: Mme Emelyn Weber, 2016), le CESE avait appelé l'Union européenne à s'emparer de ces sujets. Il avait préconisé que « *le socle européen des droits sociaux [...] affirme la liberté de choix des femmes vis-à-vis de la maternité* », de « *garantir l'accès à la contraception et le droit à l'interruption volontaire de grossesse sans risque pour toutes, ainsi que par la*

généralisation d'une prise en charge par les régimes nationaux d'assurance maladie ».

Un préalable pour une reconnaissance européenne de ces droits tient dans la ratification par l'Union européenne de la convention d'Istanbul dans son intégralité (voir I.B.2., page 14). La stratégie de santé de l'Union européenne devrait également intégrer les droits sexuels et reproductifs, auxquels le plan stratégique "Santé et sécurité alimentaire" 2016-2020 de l'Union Européenne ne fait pas référence.

L'action de l'Union devrait également se fixer pour objectif **d'harmoniser par le haut les droits des femmes** dans le champ des droits sexuels et reproductifs entre Etats-membres. **C'était le projet de "clause de l'Européenne la plus favorisée" porté par l'association Choisir depuis 1979.** Ces normes doivent alors figurer parmi les critères d'adhésion à l'Union européenne, au même titre que les valeurs déjà précisées dans les articles 2 et 49 du traité sur l'Union européenne²⁸⁸.

Afin de porter ces sujets et ces propositions dans le débat européen, la prochaine présidence française de l'Union européenne en 2022 constitue une fenêtre d'opportunité dont les pouvoirs publics pourraient utilement se saisir. La France a un rôle majeur à jouer dans cette mobilisation, comme elle le fait déjà à l'ONU. Le comité économique et social européen devrait lui aussi se saisir de ces droits qui conditionnent l'égalité entre les femmes et hommes.

Une autre condition consiste à mieux mobiliser la société autour des droits sexuels et reproductifs.

Les mouvements anti-choix ont fait la preuve de leur capacité d'organisation, de leur maîtrise des moyens de communication numérique et de leur capacité à peser sur les décisions publiques. Les mouvements favorables aux droits sexuels et reproductifs doivent être en mesure de mieux se coordonner, d'améliorer leur influence à l'échelle européenne. Cette visibilité est indispensable pour faire valoir des positions en faveur d'une approche globale de la sexualité, incluant l'égalité entre femmes et hommes, la lutte contre les violences sexuelles, l'inclusion de toutes les personnes et notamment les personnes LGBTIQI+.

C'est aussi dans le débat public que la bataille des droits sexuels et reproductifs doit être gagnée. Ceci passe par un renforcement de la communication publique sur ces sujets, car il n'est pas de droit effectif sans information. "Banaliser" les droits sexuels et reproductifs suppose de pouvoir créer des espaces de discussion sereins

²⁸⁸ Traité sur l'Union européenne (TUE), article 2 : "L'Union est fondée sur les valeurs de respect de la dignité humaine, de liberté, de démocratie, d'égalité, de l'État de droit, ainsi que de respect des droits de l'homme, y compris des droits des personnes appartenant à des minorités. Ces valeurs sont communes aux États membres dans une société caractérisée par le pluralisme, la non-discrimination, la tolérance, la justice, la solidarité et l'égalité entre les femmes et les hommes" et article 49 : "Tout État européen qui respecte les valeurs visées à l'article 2 et s'engage à les promouvoir peut demander à devenir membre de l'Union. Le Parlement européen et les parlements nationaux sont informés de cette demande. L'État demandeur adresse sa demande au Conseil, lequel se prononce à l'unanimité après avoir consulté la Commission et après approbation du Parlement européen qui se prononce à la majorité des membres qui le composent. Les critères d'éligibilité approuvés par le Conseil européen sont pris en compte. Les conditions de l'admission et les adaptations que cette admission entraîne en ce qui concerne les traités sur lesquels est fondée l'Union, font l'objet d'un accord entre les États membres et l'État demandeur. Ledit accord est soumis à la ratification par tous les États contractants, conformément à leurs règles constitutionnelles respectives."

et positifs. A ce titre, une éducation complète à la sexualité et une utilisation intelligente des outils numériques doivent être à nouveau affirmées comme une priorité.

Deux axes de progrès méritent d'être portés :

- promouvoir la recherche scientifique, dont l'impact est essentiel en matière de santé sexuelle, par exemple pour améliorer les méthodes de contraception, limiter leurs effets secondaires et les ouvrir davantage aux hommes ;
- garantir des financements publics pour rendre ces droits effectifs pour toutes les personnes, à travers des campagnes d'information et des lieux ressources accessibles sur l'ensemble du territoire sans discrimination à l'encontre des publics les plus fragilisés.

Annexes

Annexes

N°1 COMPOSITION DE LA DÉLÉGATION AUX DROITS DES FEMMES ET À L'ÉGALITÉ À LA DATE DU VOTE

- ✓ **Présidente** : Emelyn WEBER
- ✓ **Vice-présidente** : Raphaëlle MANIÈRE
- ✓ **Vice-président** : Bruno DUCHEMIN

Agriculture

- ✓ Catherine LION

Artisanat

- ✓ Monique AMOROS

Associations

- ✓ Françoise SAUVAGEOT
- ✓ Yann LASNIER

CFDT

- ✓ Betty HERVÉ
- ✓ Adria HOUBAIRI

CFTC

- ✓ Pascale COTON

CGT

- ✓ Paul FOURIER

CGT-FO

- ✓ Martine DEROBERT
- ✓ Cristelle GILLARD

Coopération

- ✓ Isabelle ROUDIL

Entreprises

- ✓ Eva ESCANDON
- ✓ Evelyne DUHAMEL

Environnement et nature

- ✓ Anne de BETHENCOURT
- ✓ Allain BOUGRAIN-DUBOURG

Mutualité

- ✓ Pascale VION

Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse

- ✓ Liâ LE BAS

Outre-mer

- ✓ Sarah MOUHOUSSOUNE

Personnalités qualifiées

✓ Véronique SEHIER

✓ Hélène ADAM

✓ Bernard AMSALEM

✓ Cécile CLAVEIROLE

✓ Olga TROSTIANSKY

Professions libérales

✓ Dominique RIQUIER-SAUVAGE

UNAF

✓ Aminata KONÉ

Annexes

N°2 RÉSULTAT DES VOTES PAR GROUPE EN RÉUNION DE DÉLÉGATION, LE 10 OCTOBRE 2019

Groupe	Nom	Pour	Contre	Absention
Agriculture	Mme Catherine LION	Absente		
Artisanat	Mme Monique AMOROS	Absente		
Associations	Mme Françoise SAUVAGEOT	X		
CFDT	M. Bruno DUCHEMIN	X		
CFTC	Mme Pascale COTON	Absente		
CGT	Mme Raphaëlle MANIÈRE	X		
CGT-FO	Mme Martine DEROBERT	X		
Coopération	Mme Isabelle ROUDIL	Absente		
Entreprises	Mme Éva ESCANDON	Absente		
Environnement et nature	Mme Anne de BETHENCOURT	X		
Mutualité	Mme Pascale VION	X		
Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse	Mme Emelyn WEBER	X		
Outre-mer	Mme Sarah MOUHOUSOUNE	Absente		
Personnalités qualifiées	Mme Véronique SÉHIER	X		
Professions libérales	Mme Dominique RIQUIER-SAUVAGE			X
UNAF	Mme Aminata KONÉ		X	

N°3 LISTE DES PERSONNALITES AUDITIONNEES OU ENTENDUES EN ENTRETEN

Pour son information, la délégation aux droits des femmes et à l'égalité a auditionné les personnes suivantes :

- ✓ **Mme Yaëlle AMSELLEM-MAINGUY**
Chargée d'études et de recherche à l'INJEP, experte des questions de genre et d'éducation à la sexualité
- ✓ **Mme Nathalie BAJOS**
Sociologue-démographe, chercheuse en santé publique, directrice de recherche à l'INSERM, responsable de l'équipe Genre Santé Sexuelle.
- ✓ **M. Dominique BOREN**
Co-président de l'Association des parents et futurs parents gays et lesbiens (APGL) et président du Network of European LGBTIQ Families Associations (NELFA)*
- ✓ **Mme Danielle BOUSQUET**
Présidente du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (jusqu'en janvier 2018)
- ✓ **Mme Marie-Laure BRIVAL**
Gynécologue-obstétricienne, responsable de la maternité des Lilas
- ✓ **Mme Laurène CHESNEL**
Déléguée chargée des Familles à l'Inter-LGBT, membre de la CNCDH
- ✓ **M. Neil DATTA**
Directeur exécutif du Forum parlementaire européen sur la population et le développement, renommé Forum parlementaire européen pour les droits sexuels et reproductifs
- ✓ **Mme Irene DONADIO**
Responsable plaidoyer de la Fédération internationale pour le planning familial (IPPF)
- ✓ **Mme Sarah DUROCHER**
Accueillante au Planning Familial
- ✓ **M. Philippe FAUCHER**
Médecin gynécologue pratiquant des IVG, président de REVHO, réseau de médecins pratiquant des IVG en ville
- ✓ **Mme Geneviève FRAISSE**
Philosophe et historienne de la pensée féministe
- ✓ **Mme Sara GARBAGNOLI**
Chercheuse, experte sur les enjeux et l'actualité de l'accès aux droits sexuels et reproductifs en Europe et en Italie

Annexes

- ✓ **Mme Véronique GASTE**
Cheffe du bureau de la santé, de l'action sociale et de la sécurité à la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO), ministère de l'Education nationale
- ✓ **Mme Danielle GAUDRY**
Gynécologue-obstétricienne, présidente d'un réseau périnatalité en Ile de France, membre du collectif Avortement Europe
- ✓ **Mme Christine MAUGET**
Formatrice en droits, genre et santé sexuelle et reproductive au sein de l'association du Planning Familial, membre du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes
- ✓ **M. David PATERNOTTE**
Docteur en sciences politiques, chercheur en sociologie, expert sur les résistances à la question du genre, aux mouvements féministes et aux droits LGBTI+ en Europe
- ✓ **Mme Françoise PETREAULT**
Sous-directrice de la vie scolaire, des établissements et des actions socio-éducatives à la direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO)
- ✓ **M. Josselin TRICOU,**
Chercheur, expert sur les résistances religieuses envers les droits sexuels et reproductifs en Europe

La rapporteure a, par ailleurs, rencontré en entretien individuel, les personnes suivantes :

- ✓ **Mme Armelle ANDRO**
Chercheuse sur la santé sexuelle et reproductive aux différents âges de la vie, focus sur le volet des inégalités sociales
- ✓ **M. Antoine BOULANGE**
Formateur à l'éducation à la sexualité en École Supérieure du Professorat et de l'Education (ESPE)
- ✓ **M. Nicolas BRUN**
Coordonnateur protection sociale et santé de l'UNAF
- ✓ **M. Omar DIDI**
Co-président de l'association Mag Jeunes LGBT
- ✓ **Mme Ramata DOUMBOUYA**
Secrétaire nationale en charge de la lutte contre les discriminations de la Fédération des Maisons des Lycéen-ne-s
- ✓ **Mme Catriona GRAHAM**
Chargée des campagnes du Lobby européen des femmes

-
- ✓ **Mme Ghada HATEM-GANTZER**
Gynécologue-obstétricienne, fondatrice de la Maison des Femmes de Saint-Denis
 - ✓ **Mme Mariama KEITA**
Déléguée générale adjointe de la Fédération des Maisons des Lycéen-ne-s
 - ✓ **Mme Guillemette LENEVEU**
Directrice générale de l'UNAF
 - ✓ **Mme Christine REVAULT-D'ALLONNES**
Députée européenne, membre de la Commission Libertés civiles, sécurité intérieure et justice et co-rapporteuse pour le Parlement européen sur l'accession de l'UE à la Convention d'Istanbul lors de la mandature 2014-2019
 - ✓ **Mme Silvia de ZORDO**
Chercheuse en anthropologie sociale (experte sur les thématiques de la contraception, de l'avortement et de la clause de conscience)

La rapporteure et l'ensemble des membres de la délégation remercient vivement toutes ces personnes pour leur apport aux travaux.

Annexes

N°4 BIBLIOGRAPHIE

AFP, *Des milliers de manifestants en Italie contre un recul sur l'avortement*, 13 octobre 2018

Alessandrin Arnaud, Espineira Karine, *La transphobie*, rapport du comité Idaho et de République & Diversité, juillet 2014

Amara Valentine, *Gironde : un pharmacien suspendu pour avoir refusé de vendre des contraceptifs*, Le Figaro, 17 mars 2016

Amnesty International, *Tchéchénie, nouvelle vague de répression homophobe*, site d'Amnesty International, 15 janvier 2019, consulté le 11 avril 2019

Amsellem-Mainguy Yaëlle, *Construire, explorer et partager sa sexualité en ligne*, INJEP, 30/10/2018

Amsellem-Mainguy Yaëlle, Vuattoux Arthur, *L'intimité et la sexualité en ligne à l'adolescence. Enjeux sociaux des usages sexuels d'Internet*, INJEP Analyses & Synthèses, 2018

Armand Blanche, *IVG: le calvaire des femmes monégasques*, Slate.fr, 23 octobre 2018

Aubin Claire, Jourdain Menninger Danièle, *La prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication*, rapport de l'IGAS, 2009

Bac Catherine, Legendre François, Mahieu Ronan, Thibault Florence, *Fécondité et âge de fin d'études en France depuis 1975*, Revue des politiques sociales et familiales, n°79, 2005

Bajos Nathalie et l'équipe de l'Enquête Fécond, *La crise de la pilule en France, vers un nouveau modèle contraceptif ?*, Population & Sociétés n°511, INED, mai 2014

Bajos Nathalie, Moreau Caroline, Leridon Henri, Ferrand Michèle, *Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans?*, Population et sociétés, INED, 2004

Ballet Virginie, Mallaval Catherine, *La sexualité, une question d'éducation*, Libération du 13 septembre 2018

Baradji Eva, Davie Emma, Duval Jonathan, *Temps partiel subi et choisi dans la fonction publique et le secteur privé*, Ministère de la fonction publique, Point Stat, mai 2016

Beck F., Firdion J.-M., Legleye S., Schiltz M.-A, *Les minorités sexuelles face au risque suicidaire*. Acquis des sciences sociales et Perspectives, Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2014

Bousquet Danielle, *Rapport d'information sur le projet de loi relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception*, Délégation aux droits des femmes et à l'égalité de chances entre les hommes et les femmes, Assemblée nationale

Bozon Michel, *Autonomie sexuelle des jeunes et panique morale des adultes. Le garçon sans frein et la fille responsable*, Agora débats/jeunesses, 2012/1 (N° 60)

Carnac Romain, *L'Église catholique contre « la théorie du genre » : construction d'un objet polémique dans le débat public français contemporain*, CNRS / École Pratique des Hautes Études, France

CESE, *Avis sur "La place des jeunes dans les territoires ruraux"*, rapporteure: Mme Danielle Even, rapporteur: M. Bertrand Coly, janvier 2017

CESE, *Avis sur "Les déserts médicaux"*, rapporteure: Mme Sylvie Castaigne, rapporteur: M. Yann Lasnier, décembre 2017

CESE, *Avis sur "Les personnes vivant dans la rue : l'urgence d'agir"*, rapporteure: Marie-Hélène Boidin Dubrule, rapporteur: Stéphane Junique, décembre 2018

Chambraud Cécile, *Le Vatican appelle à la résistance contre « l'idéologie du genre »*, Le Monde du 11 juin 2019

CNCDH, *Agir contre les maltraitements dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux*, avis du 22 mai 2018

CNCDH, *Avis sur l'assistance médicale à la procréation*, 20 novembre 2018

Colson Marie-Laure, *Des stérilisations forcées dans toute la Scandinavie*, 27 août 1997

Comité consultatif national d'éthique, *Contribution à la révision de la loi bioéthique 2018-2019*, Avis n°129, 18 septembre 2018

Commissaire aux droits de l'Homme, *Human rights and intersex people*, Issue paper, Conseil de l'Europe, 2015

Commissaire aux droits de l'Homme, *Santé et droits sexuels et reproductifs des femmes en Europe*, rapport, Conseil de l'Europe, décembre 2017

Coulomb Damien, *Une nouvelle « pilule pour homme » passe les premiers tests de sécurité*, Le Quotidien du médecin, 23 mars 2019

Courrier International, *Espagne, restriction du droit à l'avortement : une loi qui fragilise les mineures*, 2015

Coutelle Catherine, Quéré Catherine, *rapport d'information n°2592 sur le projet de loi n°2302 relatif à la santé, Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes*, Assemblée nationale, 18 février 2015

Dabla-Norris, Era, Kochhar Kalpana, *Closing the gender gap. The economic benefits of bringing more women into the labor force are greater than previously thought*, Finance & Development, FMI, mars 2019

DARES, *Femmes et hommes sur le marché du travail, les disparités se réduisent mais les emplois occupés restent très différents*, mars 2015

Datta Neil, *Restaurer l'ordre naturel, un agenda pour l'Europe*, rapport du Forum Parlementaire Européen sur la population et le développement, avril 2018

Défenseur des droits, *"L'AMP et la GPA : le droit français face aux évolutions jurisprudentielles"*, avis n°15-38 du 3 juillet 2015

Annexes

Delozier Thomas, "Face au tollé, la clause de conscience des pharmaciens suspendue", *Le Figaro*, 21 juillet 2016

DREES, « L'état de santé de la population en France – Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique » Rapport 2011

DREES, Etudes et résultats n°1081, 28 septembre 2019

DREES, L'état de santé de la population en France, Rapport, 2015

DREES, *Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. Etudes & Résultats*, juin 2016

Emma, *Les conséquences*, bande dessinée en ligne, 15 novembre 2018

Estrela Edite, *Rapport du Parlement européen sur la santé et les droits sexuels et génésiques*, 2013/2040 (INI)

Forcioli Sophie, *Une campagne anti-avortement hongroise cofinancée par Bruxelles*, Euractiv, 14 juin 2011

Forum parlementaire européen sur la population et le développement, Contraception Atlas 2018, *Accès restreint : déficit de contraception en Europe, un livre blanc*

France Culture, *Stérilisation volontaire*, Les Pieds sur terre, émission du 14 mai 2018

François Emmanuelle, *Cette histoire nous le rappelle : l'avortement est encore illégal en Allemagne*, Le Nouvel Observateur 4 décembre 2017

Genon Clotilde, Chartrain Cécile, Delebarre Coraline, *Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions*, Genre, sexualité & société, 2009

Guillaume Agnès, Bajos Nathalie, Kontula Osmo, *Le comportement des jeunes Européens face à la santé génésique*, Volume 1, Etudes démographiques n° 42, 2004

Guillaume Agnès, Rossier Clémentine, *L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences*, Population, 2018/2

Halifa-Legrand Sarah, *En Hongrie, on apprend que "les garçons et les filles n'ont pas les mêmes aptitudes intellectuelles"*, L'Obs, consulté en ligne le 8 avril 2018

Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes, Communiqué : la nécessité d'ouvrir la PMA pour toutes les femmes réaffirmée, 27 juin 2017

Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes, Contribution au débat sur l'accès à la PMA, Avis n°2015-07-01-SAN-17, 26 mai 2015

Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes, *Accès à l'avortement : d'importants progrès réalisés, un accès réel qui peut encore être conforté*. Bilan de la mise en œuvre des recommandations formulées par le Haut Conseil à l'Egalité depuis 2013, réalisé à l'occasion du 42ème anniversaire de la loi Veil, 17 janvier 2017

Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes, *Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques sexistes aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme*, 26 juin 2018

Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes, *En finir avec l'impunité des violences faites aux femmes en ligne : une urgence pour les victimes*, 16 novembre 2017

Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes, *Rapport relatif à l'éducation à la sexualité : répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes*, 13 juin 2016

Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes, *Rapport relatif à l'accès à l'IVG Volet 1 : Information sur l'avortement sur Internet*, 13 septembre 2013

Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes, *Rapport relatif à l'accès à l'IVG, volet 2, Accès à l'IVG dans les territoires*, 7 novembre 2013

Haute autorité de santé, *Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France*, 2010

Heinen Jacqueline, Portet Stéphane, *Droits reproductifs en Pologne : la peur des politiciens face à la morgue de l'Église*, Cahiers du Genre 2012/3 (HS n° 3), pages 139 à 160

Hemmerlé Louise, *Enquête "Peut-on se passer de leur avis ?" : la délicate question de la contraception des femmes handicapées mentales*, France Info, 30 juillet 2018

IGAS, *Contrôle des procédures d'adoption dans le département de Seine-Maritime*, rapport, mars 2019

ILGA, *State sponsored Homophobia*, rapport, 2019

INVS, *Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir, 5e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles*, septembre 2017

Lagardère Marie-Laure, Strohl Hélène, Even Bernard, *Rapport sur les problèmes posés par les pratiques de stérilisation des personnes handicapées*, IGAS, mars 1998

Lambert Elise, *Récit : "On a tué l'enfant que je portais" : l'affaire oubliée des avortements et stérilisations forcés à La Réunion*, France Info, 7 mars 2019

Lambert Maxime, *"Partager le fardeau de la contraception", de plus en plus d'hommes se font vasectomiser en France*, Ohmymag!, 17 mars 2019

Laurent Samuel, Motet Laura, *Ivg.net, le site très orienté d'un couple de militants catholiques*, Le Monde, 7 décembre 2016

Le Guen Mireille, Roux Alexandra, Rouzaud-Cornabas Mylène, Fonquerne Leslie, Thomé Cécile, Ventola Cécile, *Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation*, Laboratoire junior Contraception & Genre, Population et Sociétés, N°549, 2017

Le Journal du Dimanche, *Les vrais chiffres des fermetures d'hôpitaux : en 20 ans, la moitié des maternités a disparu*, 9 février 2019

Le Monde avec AFP, *Cinq handicapées stérilisées déboutées par la justice européenne*, 5 décembre 2012

Annexes

Le Monde avec AFP, *Exclure les lesbiennes de la PMA n'est pas discriminatoire, selon le Conseil d'Etat*, 3 octobre 2018

Le Monde avec AFP, *Pologne: le Parlement limite l'accès à la "pilule du lendemain"*, 25 mai 2017

Le Monde, *Consulter un gynécologue : la grande galère*, 27 décembre 2017

Le Monde, *Il est temps de tout mettre en œuvre pour que l'IVG devienne un droit effectif*, tribune collective, 19 septembre 2018

Le Monde, *La CEDH condamne la Russie pour sa loi réprimant la « propagande » homosexuelle envers les mineurs*, Le Monde avec AFP, 20 juin 2017

Legendre Laetitia, Reportage sur l'IVG, JT de France 2, 7 mars 2019

Legrand Baptiste, *Viktor Orban refuse de voir la couleur des Hongrois "mélangée à celle des autres"*, Le Nouvel Observateur, 12 février 2019

Leloup Damien, *Des milliardaires américains financent discrètement des campagnes de désinformation en Europe*, Le Monde du 7 mars 2019

Libération, *L'accès à l'IVG s'est complexifié*, interview de Marie-Pierre Martinet, secrétaire générale du Planning familial, Libération.fr, 21 janvier 2014

Lohéac Nathan, *Portugal, le droit à l'avortement fait un pas en arrière*, Courier International, 2015

Lubove Seth, *Sex, Lies And Statistics*, Forbes, 23 novembre 2005

Malingre Virginie, *Au Royaume-Uni, l'éducation sexuelle dès la maternelle*, Le Monde, 7 novembre 2009.

Marry Catherine, Bereni Laure, Jacquemart Alban, Pochic Sophie, Revillard Anne, *Le plafond de verre et l'Etat : la construction des inégalités de genre dans la fonction publique*, Armand Colin, 2017

Montauban Justine, *Sarthe. Faute de médecins volontaires, l'hôpital ne pratique plus d'IVG*, Ouest-France, 1er août 2018

Moran Anaïs, *Les anti-IVG sont souvent anti-genre, homophobes et contre le Planning Familial*, article de Libération, 28 septembre 2017

Muižnieks Nils, *Protéger la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes*, Le Carnet des Droits de l'Homme, communiqué du Commissaire aux droits de l'homme, Conseil de l'Europe, 21 juillet 2016

Oberti Valentine, Reportage de l'émission "Quotidien", 11 septembre 2018

O'Leary Dale, *The Gender Agenda : Redefining Equality*, Vital Issues Press, 1997

OMS, *Comblent le fossé en une génération Instaurent l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé*, 2008

OMS, *Nouvelles recommandations européennes sur l'éducation sexuelle : selon les experts, l'éducation sexuelle devrait commencer dès la naissance*, Communiqué de presse, 20 octobre 2010

OMS, *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*, 2014

OMS, *Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015*, Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies, décembre 2015

Ouzoulias Cyril, Battaglia Mattea, *Farida Belghoul mise en examen pour complicité de diffamation envers un fonctionnaire public*, Le Monde du 5 mars 2015

Préservatif : la campagne ministérielle provoque un tollé, tribune de la rédaction d'Allodocteurs.fr, France info, 9 août 2018

Rochebrochard (de la) Elise, *1 enfant sur 30 conçu par assistance médicale à la procréation en France*, Population & sociétés n°556, juin 2018, INED

SOS homophobie, *Rapport sur l'homophobie 2018*

SOS Homophobie; *Enquête sur la visibilité des lesbiennes et la lesbophobie*, 2015

Transgender Europe, *Trans Rights Europe Map & Index 2018*, site Internet Transgender Europe (TGEU), consulté le 16 avril 2019

TV5 Monde, *Convention d'Istanbul contre les violences domestiques : la Bulgarie plie face aux conservateurs*, Terriennes avec AFP, 8 mars 2018

UNESCO, *Principes directeurs internationaux sur l'éducation complète à la sexualité*, 2018

UNFPA, *État de la population mondiale 2019*, rapport annuel, 10 avril 2019

Valdayron Floriane, *IVG: quand la double clause de conscience empiète sur le droit des femmes*, Cheek Magazine, 28 septembre 2018

Van Lancker Anne, *Rapport du Parlement Européen sur la santé et les droits sexuels et génésiques*, n° 2001/2128, 6 juin 2002

Ventola Cécile, *Prescrire, proscrire, laisser choisir : Autonomie et droits des usagers des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines*, thèse de doctorat en santé publique- sociologie, 2017

Winckler Martin, *Pour un annuaire national des chirurgien.ne.s français.e.s pratiquant des stérilisations conformément à la loi*, article de blog du 27 février 2018

N°5 TABLE DES SIGLES

ANR	Agence nationale de la recherche
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
AMP	Assistance médicale à la procréation
ADSF	Association pour le développement de la santé des femmes
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
CECOS	Centres d'Etudes et de Conservation des Œufs et du Sperme
CCNE	Comité consultatif national d'éthique
CNCDH	Commission nationale consultative des droits de l'homme
CESE	Conseil Economique, Social et Environnemental
CJUE	Cour de justice de l'Union européenne
CEDH	Cour européenne des droits de l'homme
DARES	Direction de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DGS	Direction générale de la santé
DSSR	Droits et santé sexuels et reproductifs
EVARS	Espace Vie Affective, Relationnelle et Sexuelle
EICCF	Etablissement d'information, de consultation et de conseil familial
FMI	Fonds Monétaire International
HCEfh	Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes
HAS	Haute Autorité de santé
IST	Infection Sexuellement Transmissible
InVS	Institut de veille sanitaire
INJEP	Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INED	Institut national d'études démographiques
ILGA	International Lesbian and Gay Association, en français
IMG	Interruption médicalisée de grossesse
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LGBTQI+	Lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, queer et intersexes et autres (LGBTQI+)
OCDE	Organisation de coopération et de développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PMA	Procréation médicalement assistée
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
SYNGOF	Syndicat national des gynécologues-obstétriciens de France
UE	Union européenne

Dernières publications de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité



Dernières publications du Conseil économique, social et environnemental



Retrouvez l'intégralité des travaux du CESE sur le site

www.lecese.fr

Imprimé par la Direction de l'information légale et administrative, 26, rue Desaix, Paris 15^e,
d'après les documents fournis par le Conseil économique, social et environnemental.
N° 411190025-001119 - Dépôt légal : novembre 2019

Crédit photo : Getty images

Les droits sexuels et reproductifs sont des droits humains fondamentaux, indispensables à l'autonomie des femmes et à l'égalité entre toutes les personnes sans distinction d'identité de genre ou d'orientation sexuelle. Pourtant, loin d'être acquis, ces droits font toujours l'objet de contestations, à l'image du droit à l'avortement. Dans cette étude, le CESE dresse l'état des lieux de ces menaces et esquisse des pistes de réflexion pour garantir un accès effectif à ces droits.

www.lecese.fr

CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL
ET ENVIRONNEMENTAL

9, place d'Iéna
75775 Paris Cedex 16
Tél. : 01 44 43 60 00

N° 41119-0025

ISSN 0767-4538
ISBN 978-2-11-152237-4



9 782111 522374

MON CORPS
MES
DROITS



Direction de l'information
légale et administrative
Les éditions des *Journaux officiels*

www.ladocumentationfrancaise.fr