

L'ACCÈS À L'AVORTEMENT DANS L'UNION EUROPÉENNE



RAPPORT

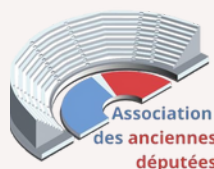
Certificat Égalité femmes-hommes - 2024/2025 École d'Affaires publiques de Sciences Po

Fleurine BEY, Louise GERMANICUS, Rim KANNADA, Charlotte LAIGRE, Audrey MILCENT, Gabriela PEÑA MANCERO, Margaux ROUSSEAU, Anne-Sophie TIETMEYER

Association des anciennes députées

Catherine COUTELLE, Fantine GARNIER-COLLOT, Laurence GAYTE, Martine LIGNIERES CASSOU

SciencesPo
ÉCOLE D'AFFAIRES PUBLIQUES





SOMMAIRE

I.	Edito	Page 1
II.	Introduction	Pages 2 à 4
III.	Analyse comparative	Pages 5 à 31
IV.	Recommandations	Pages 32 à 55
V.	Conclusion	Pages 56 à 57
VI.	Bibliographie	Pages 58 à 65

I. EDITO

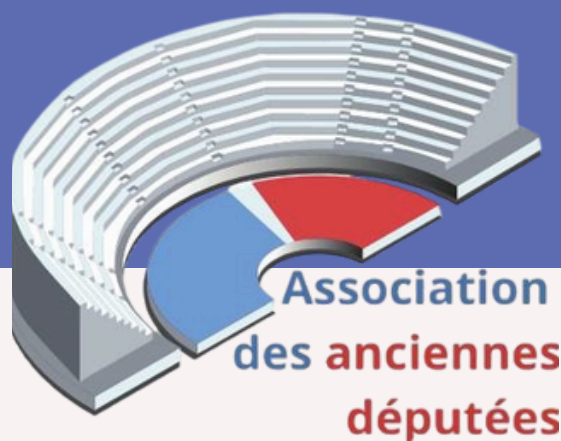
Alors que l'Union européenne célèbre ses valeurs fondatrices de dignité humaine, de liberté et d'égalité, force est de constater que le droit des femmes à disposer librement de leur corps reste profondément inégal, contesté, et parfois menacé sur son propre territoire.

Dans plusieurs États membres, des reculs inquiétants sont à déplorer : criminalisation persistante à Malte, restrictions extrêmes en Pologne, clauses de conscience abusives en Italie, délais et inégalités territoriales en France ou encore obstacles médicaux en Allemagne.

Ces écarts révèlent une vérité dérangeante : en Europe, l'accès à l'interruption volontaire de grossesse dépend encore du lieu de naissance ou de résidence, alors même que ce droit devrait relever d'un socle commun de libertés fondamentales.

C'est dans ce contexte que s'inscrit ce rapport, fruit du travail rigoureux et engagé d'un collectif d'étudiantes. En croisant données juridiques, témoignages de terrain et analyse politique, elles posent un constat clair : l'IVG est pratiquée partout, mais son accès reste entravé par des barrières multiples – juridiques, médicales, idéologiques ou territoriales. Leur démarche incarne le féminisme actuelle portée par la jeunesse d'aujourd'hui : un féminisme lucide et constructif, enraciné dans la réalité des femmes en Europe et porté par une volonté d'agir à l'échelle institutionnelle.

En tant qu'anciennes députées, nous souhaitons saluer la pertinence de leur engagement. Ce rapport nous oblige : il nous montre que l'Europe ne peut plus se contenter d'un rôle d'observatrice ou d'alliée discrète. Elle doit devenir un acteur structurant de la défense des droits sexuels et reproductifs.



Au-delà des recommandations déjà évoquées – inscription du droit à l'IVG dans la Charte des droits fondamentaux, conditionnalité des fonds européens, directives sur la clause de conscience – ce rapport a le mérite de proposer des recommandations innovantes, adaptées à l'urgence démocratique :

- Un réseau européen de cliniques référentes, garantissant un accès transfrontalier sécurisé à l'IVG, avec soutien logistique et psychologique.
- Un statut de "zone de liberté reproductive", protégeant juridiquement l'accès aux soins contre les menaces, désinformations et pressions idéologiques.
- La reconnaissance de l'entrave à l'IVG comme une violation des droits fondamentaux, pouvant faire l'objet de sanctions ciblées.
- Une initiative citoyenne européenne portée par la société civile et les jeunes engagées, pour inscrire le droit à l'avortement comme condition d'adhésion à l'UE.
- Une diplomatie féministe proactive, intégrant l'accès à l'IVG dans les priorités extérieures de l'Union, en soutien aux actrices de terrain et aux sociétés civiles.

Ce rapport prouve que la jeunesse européenne est prête à défendre ses droits, à formuler des propositions ambitieuses et à porter une vision inclusive de l'Europe. Il nous appartient, à nous responsables d'hier et d'aujourd'hui, d'ouvrir les portes des institutions à ces voix nouvelles.

Laurence Gayte et Martine Lignières
Cassou
Association des anciennes députées

II. INTRODUCTION

L'**Organisation Mondiale de la Santé** définit l'avortement comme "l'expulsion d'un produit de conception de moins de 22 semaines d'aménorrhée à compter du premier jour des dernières règles. Lorsque l'âge gestationnel est inconnu, l'avortement est défini comme étant l'expulsion d'un produit de conception de poids inférieur à 500 grammes". L'organisation distingue deux types d'avortements : spontané ou provoqué. Elle note aussi une différence entre avortement tardif et précoce.

L'**actualité** de ces dernières années a été marquée par des débats autour de l'IVG en Europe et sur le continent américain. Dans le contexte d'un **retour en arrière** sur le droit à l'avortement aux États-Unis, **la France a inscrit dans sa Constitution la liberté garantie des femmes de recourir à l'interruption volontaire de grossesse** le 8 mars 2024 : "La loi détermine les conditions dans lesquelles s'exerce la liberté garantie à la femme d'avoir recours à une interruption volontaire de grossesse". (article 34).

Cette loi constitutionnelle intervenait 50 ans après la **loi Veil** de 1974, et 6 ans après la panthéonisation de Simone Veil (2018), qui en tant que ministre de la Santé avait défendu la **dépénalisation** de l'avortement en France. Elle a aussi permis de relancer les débats autour du droit à l'avortement et des régressions récentes, y compris au sein de l'Union européenne.



Les droits sexuels et reproductifs (DSSR) englobent l'ensemble des droits liés à **la santé sexuelle, à l'autonomie corporelle, à la reproduction et à la liberté de choix**. Reconnus depuis les conférences du Caire et de Beijing à la fin des années 1990, ils sont désormais intégrés aux Objectifs de développement durable (ODD), notamment à travers la cible 5.6 de l'ODD 5 sur l'égalité des sexes.

Cependant, leur **effectivité**, entendue ici comme la réalisation concrète du droit dans les pratiques sociales, reste hétérogène. Le droit à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) en particulier est au cœur de débats politiques, juridiques et éthiques d'une intensité croissante à l'échelle mondiale. La révocation de l'arrêt Roe v. Wade par la Cour suprême des États-Unis en 2022 a brutalement rappelé la **fragilité de ces acquis**, même dans des démocraties considérées comme consolidées.

Si ces tensions semblent parfois cantonnées à des contextes extra-européens, **l'Union européenne n'est pas épargnée** de ces débats. Les droits reproductifs y demeurent profondément **inégaux**, et l'accès effectif à l'IVG reste marqué par une **forte fragmentation législative, sociale et géographique**.

Cette diversité des cadres nationaux est le fruit d'une limite structurelle : **la santé est une compétence principalement nationale** dans l'Union européenne, entravant les tentatives d'harmonisation du droit à l'avortement à l'échelle européenne, du moins de manière contraignante.

En l'absence de normes communes, ce sont les **législations domestiques** qui définissent les conditions d'accès, les délais légaux, le remboursement ou encore l'encadrement médical des IVG. Cette souveraineté nationale, conjuguée à des **influences religieuses, politiques ou culturelles** variées, conduit à des inégalités concrètes entre les femmes, et alimente un phénomène de migration intra-européenne pour avorter.

Ainsi, même si **25 des 27 États membres de l'Union européenne ont d'ores et déjà légalisé l'IVG**, l'accessibilité et la garantie réelle de l'avortement ne sont en réalité pas acquises.

L'accès ou non à l'IVG révèle les **clivages profonds** qui traversent le continent. Des reculs importants sont observés dans plusieurs pays, y compris dans ceux qui l'autorisent, comme en Italie ou au Portugal. Des **obstacles systémiques**, tels que la clause de conscience, les déserts médicaux ou l'absence de prise en charge financière, limitent fortement l'accès réel à ce droit pourtant reconnu dans la loi.

En Italie, certaines provinces comptent jusqu'à 80 % de **médecins objecteurs**. En Autriche, au Portugal ou en Espagne, les IVG ne sont pas toujours couvertes par le service public de santé, ce qui alourdit la **charge financière** pour les femmes concernées.

La reconnaissance juridique ne garantit donc pas l'**effectivité du droit à avorter**, définie ici comme la **possibilité concrète de recourir à ce soin sans discrimination ni entrave matérielle**.



Ailleurs, de **nouvelles restrictions** témoignent de la montée des **influences conservatrices et religieuses** dans les choix politiques nationaux, comme en Pologne ou en Hongrie. En 2022, l'élection de l'eurodéputée maltaise Roberta Metsola, ouvertement anti-avortement, à la présidence du Parlement européen, a cristallisé ces tensions et rappelé que les valeurs féministes ne font pas consensus au sein des institutions européennes. Dans le même temps, certains pays comme l'Irlande ou Malte ont connu des avancées significatives, illustrant la **plasticité du paysage législatif européen**.

Face à cette réalité, des **initiatives citoyennes européennes** émergent à l'instar du mouvement "My Voice, My Choice" lancé en 2023 pour demander une facilitation de la **prise en charge transfrontalière des IVG**. Ces revendications s'inscrivent dans une lutte plus large : celle de l'inscription de ce droit dans un socle commun de valeurs et de droits, notamment à travers son intégration dans la **Charte des droits fondamentaux** de l'Union européenne. Cet objectif, hautement symbolique et juridiquement ambitieux, supposerait toutefois l'unanimité des États membres, une condition encore hors de portée au vu des dissensions actuelles.

C'est dans ce contexte instable que s'inscrit le présent rapport, réalisé dans le cadre du Certificat Égalité femmes-hommes et politiques publiques de Sciences Po, en partenariat avec l'Association des Anciennes Députées. Fondée en 2017, cette association transpartisane œuvre à préserver la mémoire des luttes féministes à l'Assemblée nationale et à transmettre l'héritage législatif des combats pour les droits des femmes. Ce partenariat confère ainsi au rapport une double dimension : pédagogique et militante.

En effet, l'IVG est fondamentalement une question de **droits sexuels et reproductifs** qui pèse sur l'égalité des femmes. Comme le rappellent les chercheuses Hazal Atay et Hélène Périvier, "le droit de contrôler son propre corps" est indispensable pour garantir l'égalité politique, sociale et économique (Atay et Périvier, 2023).

Au-delà de l'égalité de genre, l'accès à l'IVG a d'importantes **implications sociales et économiques**. Les restrictions à l'avortement se traduisent souvent par une augmentation des avortements clandestins et des décès maternels, ce qui accroît **l'inégalité face à la santé**. Selon l'ONG Human Rights Watch et l'OMS, l'interdiction ne fait pas chuter le taux d'avortement, mais conduit à davantage d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses et à une sur-mortalité maternelle (Human Rights Watch, 2022). Sur le plan individuel et familial, les études économiques démontrent l'effet sur le long terme de l'accès à l'avortement sur la **situation financière des femmes** (Miller et al., 2020). L'avortement influence directement leurs **trajectoires éducatives et professionnelles**. Plusieurs enquêtes ont montré que la légalisation de l'avortement a permis à des générations de femmes d'échapper aux grossesses précoces et non désirées, libérant ainsi leur parcours scolaire et professionnel (Myers, 2017).

Comme le note **Hazal Atay** : "**L'accès à l'avortement est crucial pour l'autonomisation économique et sociale des femmes**". En offrant la possibilité de planifier la maternité, les droits reproductifs ont historiquement été "un moteur clé de l'augmentation de la participation féminine au marché du travail".

Privées de ce droit, les femmes sont ramenées en partie à leur "rôle de ventre" (pour reprendre une expression militante) et voient leur autonomie professionnelle compromise (Atay et Périvier, 2023).

L'ensemble de nos recherches converge vers une idée simple : **sans accès effectif à l'IVG, l'égalité de genre reste inachevée et les inégalités socio-économiques se creusent**. Les femmes doivent pouvoir décider de leur maternité pour exercer pleinement leur citoyenneté et mener à bien leurs projets personnels.

Méthodologie

L'approche retenue pour cette étude repose sur une **méthodologie comparative et qualitative**. Huit États membres de l'UE ont été sélectionnés pour la diversité de leurs législations. Pour chacun de ces pays, une fiche standardisée permet une analyse des normes juridiques, ainsi que des obstacles et des réalités de terrain auxquelles les femmes sont confrontées.

Ces données ont été complétées par des **entretiens menés avec des actrices de terrain** telles que des professionnelles de santé sexuelle et reproductive, une parlementaire européenne, des militantes associatives ou une citoyenne engagée, afin de croiser les approches théoriques et les réalités vécues. Une synthèse régionale vient clôturer les "fiches pays", afin de proposer une analyse comparative complète.

Enfin, l'un des points majeurs de notre rapport consiste en la formulation de **recommandations concrètes**, à la fois sur le plan législatif mais aussi d'un point de vue pratique, le tout dans le but de favoriser une harmonisation à l'échelle européenne.

Dans un contexte de montée des populismes et de redéfinition des valeurs européennes, ce rapport plaide pour une reconnaissance pleine et entière de l'IVG comme droit fondamental européen, condition nécessaire à l'égalité réelle entre toutes les femmes du continent.

III. L'ANALYSE COMPARATIVE

Afin de mieux cerner les dynamiques à l'œuvre autour du droit à l'interruption volontaire de grossesse en Europe, ce rapport adopte une approche comparative et qualitative centrée sur huit États membres de l'Union européenne. Ces pays ont été sélectionnés pour la diversité de leurs cadres juridiques, de leurs pratiques médicales et de leurs contextes socio-politiques.

L'objectif est de dépasser une simple lecture binaire entre pays "protecteurs" et pays "restrictifs", pour mettre en lumière la complexité des situations et des obstacles à l'effectivité de ce droit fondamental.

Les huit États analysés sont les suivants :

- **Malte**, où l'IVG reste très restreinte malgré une récente exception médiale et de fortes mobilisations.
- **La Pologne**, où une législation parmi les plus restrictives d'Europe entraîne une criminalisation croissante des femmes et du personnel médical.
- **L'Allemagne**, où les compromis juridiques freinent une reconnaissance pleine du droit à l'avortement.
- **L'Italie**, où le poids de la clause de conscience compromet gravement l'accès aux soins dans certaines régions.
- **L'Irlande**, dont la récente légalisation de l'IVG reste fragile, en raison de conditions restrictives et de résistances persistantes.
- **La Suède**, souvent citée comme modèle d'accès et de protection des droits sexuels et reproductifs.
- **Les Pays-Bas**, qui garantissent un accès large et précoce mais font aujourd'hui face à de nouvelles tensions.
- **La France**, où l'inscription de l'IVG dans la Constitution marque une étape symbolique forte mais dont l'accessibilité demeure inégalement répartie sur le territoire.

À travers ces fiches pays, nous analysons non seulement les cadres législatifs et réglementaires, mais aussi les réalités de terrain. Pour enrichir cette analyse, nous avons mené des entretiens avec des actrices engagées dans la défense des droits reproductifs ou concernées par ce sujet :

- **Isabel Stabile**, gynécologue et activiste à Malte
- **Joanna Walczak**, citoyenne polonaise
- **Gisela Hilgefort**, directrice du centre familial "Pro Familia" en Allemagne
- **Alina Chakh**, fondatrice et directrice de l'association AVA aux Pays-Bas
- **Albane Gaillot**, co-présidente du Planning familial en France
- **Richael Carroll**, responsable Média du groupe militant bénévole "Abortion Right Campaign" en Irlande

Ces témoignages apportent un éclairage précieux sur les réalités vécues au quotidien, les résistances persistantes, mais aussi des recommandations concrètes qui offrent un espoir d'une convergence européenne autour d'un droit à l'avortement garanti, effectif et universel.

FICHE PAYS : MALTE



1854
Le Code pénal
maltais
criminalise
l'avortement



5 juin 2022
Refus
d'avortement à
une citoyenne
étasunienne,
mettant sa vie
en danger

28 juin 2023
Dépénalisation
partielle de l'IVG
pour des cas
exceptionnels



Contexte

Malte est le **pays de l'Union européenne dont les lois sont les plus restrictives en matière d'avortement**. Depuis l'époque des Chevaliers de Saint-Jean, au 17^{ème} siècle, une interdiction demeure en vigueur, profondément enracinée dans une culture catholique partagée par 94 % de la population ([Gravino, 2019](#)). Bien que des avancées aient eu lieu, comme la création de cliniques de planning familial dans les années 1960, l'influence de l'Église demeure forte ([Caruana-Finkel, 2019](#)). **Les partis politiques maltais soutiennent largement l'opposition à l'avortement**, et les mouvements pro-choix, sans soutien local ni appui de grandes figures politiques, peinent à se faire entendre. L'Église réaffirme d'ailleurs souvent que cette interdiction fait partie intégrante de l'identité nationale.

Cadre législatif

Le **Code pénal de la République de Malte, datant de 1854, criminalise l'avortement** et prévoit des peines sévères pour ceux qui provoquent une fausse couche, qu'il s'agisse de femmes ou de professionnels de santé ([Soraya, 2024](#)). Cependant, des mouvements sociaux se sont progressivement fait entendre, notamment avec la formation en 2019 de la coalition pro-choix Voice for Choice, et de la campagne de Doctors for Choice Malta, qui milite pour des soins de santé reproductive basés sur des données scientifiques.

La situation a pris un tournant en 2022 avec le **cas d'Andrea Prudente**, une citoyenne américaine en vacances à Malte, qui s'est vue refuser un avortement alors qu'elle souffrait d'une rupture de membranes à 16 semaines de grossesse ([Brownrigg, 2023](#)). Cette dernière avait finalement été prise en charge en Espagne.

Elle a ensuite engagé une action à Malte devant la première chambre du tribunal civil, arguant que des parties du Code pénal maltais étaient inconstitutionnelles et violaient la Convention européenne des droits de l'Homme ([Cioffi et.al., 2023](#)). Ce n'est qu'en **2023** que **Malte a adopté sa première loi autorisant l'avortement dans des circonstances limitées**, à savoir en cas de danger immédiat pour la vie ou la santé de la femme enceinte, marquant ainsi une avancée législative importante. Cependant, cette loi a été largement critiquée par les partisans du droit à l'avortement, qui estiment qu'elle ne va pas suffisamment loin, l'avortement étant permis uniquement **après confirmation de la nécessité de l'intervention par une équipe médicale de trois spécialistes** et devant être réalisée dans un hôpital agréé ([Cacciottolo, 2023](#)). La question de l'avortement reste ainsi un sujet politiquement sensible. La présidente de Malte élue en 2024, Myriam Spiteri Debono, a exprimé son opposition personnelle à l'avortement et estime qu'un référendum serait nécessaire pour trancher définitivement cette question.

L'accès à l'IVG en pratique

Actuellement, **les deux principales méthodes d'avortement** utilisées à Malte sont l'importation **de pilules abortives, prises à domicile**, et les **déplacements à l'étranger** pour des avortements chirurgicaux ([Dibben et.al., 2022](#)).

Chaque année, entre 300 et 400 femmes maltaises se rendent à l'étranger, notamment au Royaume-Uni, en Italie, en Allemagne, aux Pays-Bas et en Belgique, pour accéder à des services d'avortement, ce qui représente un coût de plusieurs milliers d'euros ([Dibben et.al., 2022](#)). Elles peuvent également bénéficier d'une **aide financière de l'Abortion Support Network (ASN)**, une association caritative qui les soutient en finançant leurs trajets, leur hébergement et les frais liés à l'intervention dans une clinique à l'étranger.

En parallèle, de nombreuses femmes optent pour l'achat de pilules abortives sur Internet auprès d'organisations comme Women Help Women et Women on Web, qui ont expédié 424 pilules à Malte en 2022, soit plus d'un envoi quotidien. Ces organisations demandent généralement une donation de 75 à 100 euros, bien que le montant puisse être négocié ([Women on Web, 2025](#)).

Par ailleurs, bien que l'avortement soit toujours interdit, **les poursuites restent rares : aucune femme n'a été emprisonnée** pour cette raison **au cours des vingt-cinq dernières années** ([Arena, 2021](#)).

D'autre part, bien que l'accès à l'avortement reste extrêmement limité, **des avancées ont été faites en matière de contraception**. Depuis fin 2016, **la pilule du lendemain est disponible en pharmacie**, offrant aux femmes une option supplémentaire en matière de contraception d'urgence.

Ainsi, **le débat évolue progressivement**, notamment chez les jeunes générations. Une enquête menée après "l'affaire Prudente" a révélé que deux tiers des 16-35 ans se déclarent favorables à l'avortement ([Brownrigg, 2023](#)). Toutefois, l'opposition à la dépénalisation demeure forte, souvent justifiée par la volonté de préserver l'identité nationale maltaise, ancrée dans la morale catholique, les valeurs familiales et une politique conservatrice.



ENTRETIEN AVEC ISABEL STABILE

FONDATRICE DE DOCTORS FOR CHOICE MALTA



Présentation

Isabel Stabile est professeure de médecine à l'Université de Malte et la **seule gynécologue ouvertement pro-choix du pays**. En 2019, elle a fondé avec sa fille, Natalie Psaila Stabile, l'organisation Doctors for Choice Malta. Elles proposent un **service gratuit d'information et de soutien pour les femmes ayant recours à l'avortement à Malte**. Elles reçoivent en moyenne deux appels par jour de femmes de tous âges, que ce soit avant, pendant ou après un avortement.

La réalité de l'accès à l'avortement

Isabel Stabile estime que la loi de juin 2023 n'a eu que très peu d'impacts concrets, puisque seuls cinq avortements légaux ont été réalisés. Elle considère que **cette réforme n'a fait que légaliser ce que certains médecins faisaient déjà discrètement pour sauver des vies, sans élargir les droits des femmes**.

Elle précise que peu de femmes voyagent à l'étranger pour avorter, sauf en cas d'anomalie fœtale détectée tardivement, en raison du coût d'environ 4 000 euros. **La grande majorité opte pour des pilules abortives commandées en ligne**, notamment via le site de Women on Web, pour un coût de 80 à 120 euros. En cas d'urgence, **Isabel Stabile réalise elle-même des échographies gratuitement dans sa clinique**.

Elle insiste également sur l'importance de la contraception d'urgence. En effet, l'accès à la pilule du lendemain demeure difficile en raison de l'objection de conscience de nombreux pharmaciens. Ceux-ci refusent de la délivrer, invoquant des raisons religieuses, ou en jugeant les femmes trop jeunes.

Concernant son activisme, la gynécologue explique que **les autorités maltaises sont au courant des activités de Doctors for Choice**, qui ont même été relayées dans la presse nationale. Tant que l'organisation reste dans les limites strictes de la loi, en se limitant à fournir des informations, le gouvernement choisit de ne pas intervenir. Selon elle, cette tolérance repose sur un calcul pragmatique : environ 600 femmes avortent chaque année à Malte, et sans ce type de soutien, la situation deviendrait ingérable. Elle dénonce une hypocrisie : **la loi ne fonctionne pas, et même si les femmes ont peur, elles savent qu'en s'adressant aux bonnes personnes, elles ne risquent rien**. Ainsi, seules cinq femmes ont été arrêtées ces dernières années. Selon Isabel Stabile, au moins deux d'entre elles ont seulement écopé de peines avec sursis.

Recommandations

Isabel estime que **la loi ne changera pas dans un avenir proche** mais qu'une autre figure médiatisée comme Andrea Prudente pourrait accélérer les progrès. Elle soutient que **l'Union européenne devrait financer les avortements** et que **tout soutien provenant du Parlement européen ou des journalistes serait bénéfique** pour faire avancer la cause.

Elle mentionne également d'autres nécessités de réformes : **l'éducation sexuelle**, qui reste très insuffisante à Malte, et **l'accès libre et généralisé aux contraceptifs**, rendu impossible, notamment en raison du fait que les médecins ne les prescrivent pas systématiquement.

FICHE PAYS : POLOGNE



1932

Avortement accordé aux femmes de moins de 15 ans et pour des motifs médicaux



Loi de 1956

Avortement légal et gratuit pour toutes les femmes



Loi de 1993

Le "compromis sur l'avortement" interdit l'IVG sauf en cas de viol, d'inceste et de motifs médicaux



Décision du 22 octobre 2020

Le Tribunal constitutionnel interdit quasiment la possibilité d'avorter, l'IVG n'étant plus possible en cas de malformation ou de maladie du fœtus.



Contexte

Longtemps pionnière en matière de protection du droit à l'avortement, la Pologne dispose aujourd'hui de **l'une des législations les plus restrictives d'Europe**. En effet, de 1956 à 1993, toutes les femmes pouvaient recourir à l'IVG : le pays était alors un lieu privilégié pour de nombreuses européennes désirant y accéder gratuitement et légalement. Toutefois, la chute du régime communiste et **l'influence de l'Église catholique** ont entraîné peu à peu un durcissement de la législation, jusqu'à la quasi-interdiction de l'IVG.

Récemment, des voix se sont élevées en Pologne et ailleurs pour **réclamer une dépenalisation et une légalisation de l'avortement**. Le 8 mars 2025, le premier centre de soins dédié à l'IVG ouvrait ainsi sous l'encadrement d'activistes, témoignant d'une mobilisation persistante. Pour autant, sur le plan législatif, aucune avancée n'a été observée : les propositions visant à rétablir un droit libre à l'avortement sont systématiquement rejetées par le parti d'extrême-droite PiS et ses alliés.

Cadre législatif

Le "**compromis sur l'avortement**", établi entre le gouvernement et l'Église catholique, est resté en vigueur jusqu'en 2020 avant d'être durci. Instauré par la loi du 7 janvier 1993 sur "le planning familial, la protection du fœtus humain et les conditions d'interruption de grossesse", il **interdit l'IVG pour motifs sociaux**. Seuls trois cas légalisent son recours : le viol ou l'inceste (jusqu'à la 12ème semaine), la malformation du fœtus (jusqu'à 5 mois, sur accord médical) et en cas de danger pour la mère (sans délai). L'aide à avorter est aussi interdite, passible de trois ans de prison.

À l'arrivée au pouvoir du parti Droit et Justice (PiS) en 2015, plusieurs projets et propositions de lois tentent de restreindre davantage l'accès à l'avortement. Bien qu'ils n'aboutissent pas, leur radicalité démontre une volonté politique acharnée pour durcir la loi. Parmi eux, les projets d'initiative citoyenne **"Stop à l'avortement"** (2016) et **"Arrêter l'avortement"** (2017) prévoyaient respectivement de rendre toute IVG illégale quelles que soient les circonstances et que les fausses couches soient l'objet d'enquêtes systématiques pour homicide, ou **d'interdire l'avortement en cas de malformation du fœtus**. Ce dernier point, enjeu crucial puisqu'il justifie 95% des IVG réalisées, est finalement entériné en 2020 **par le Tribunal Constitutionnel** (Gals4Gals, 2018). Très étroitement contrôlé par le PiS, il rend un arrêt jugeant illégal l'avortement pour malformation grave et irréversible du fœtus ou maladie incurable et potentiellement mortelle.

Depuis 2023, à la faveur d'une alternance politique au pouvoir, des **initiatives législatives ont toutefois tenté d'assouplir la loi**. En 2024, une résolution a ainsi modifié la loi de 1996 sur la clause de conscience des médecins, obligeant désormais les hôpitaux à garantir la présence d'un médecin pouvant pratiquer un avortement, sous peine de sanctions financières. Néanmoins, une législation en faveur du droit à l'avortement semble encore lointaine, les députés conservateurs et le Président Andrzej Duda s'opposant à tous les projets de loi en la matière.

L'accès à l'IVG en pratique

Toutefois, le chemin pour recourir à l'avortement reste semé d'embûches, à la fois juridiques, administratives et sociales.

Tout d'abord, les femmes doivent **justifier la raison de leur avortement afin d'y accéder** en tout légalité. Or les victimes de viol renoncent généralement à se déclarer au bureau de procureur, par crainte de la double **stigmatisation** liée à la reconnaissance publique du viol et à la demande de l'IVG. Aucun cas n'a ainsi été recensé ces dix dernières années. De plus, **l'abus massif par les médecins de la clause de conscience** freine l'accès à l'IVG, la résolution de 2024 peinant encore à s'appliquer. Dans certaines régions administratives, comme la voïvodie des Basses Carpates au sud-est du pays, aucun avortement légal n'est pratiqué en raison de l'adhésion directe de tous les hôpitaux à cette clause. En conséquence, **six femmes enceintes sont décédées entre 2020 et 2023 en Pologne**, en raison du refus d'intervention médicale (L'Humanité, 2023).

La plupart des femmes sont donc contraintes de recourir à des **avortements clandestins** – cela concerne entre 80 000 et 200 000 femmes par an selon l'ONG polonaise Federa (Zareba et al, 2021). Certaines se **rendent dans des cliniques aux Pays-Bas ou en Allemagne**, comme celle de Przemyśl où officie la gynécologue polonaise Maria Kubyssa, l'une des rares professionnelles à s'exprimer publiquement sur ce sujet. Quelques autres rares médecins acceptent de pratiquer une IVG illégalement sur le territoire polonais, mais la plupart des femmes obtiennent des **pilules abortives coûteuses** sur le marché noir ou à l'étranger.

En parallèle, les freins législatifs à l'éducation sexuelle, aux soins gynécologiques et à la contraception aggravent la situation. En 2024, le président Duda a par exemple opposé son veto à une loi visant à autoriser la **pilule du lendemain** en vente libre pour les femmes de 15 ans et plus.



ENTRETIEN AVEC JOANNA WALCZAK

CITOYENNE POLONAISE

Présentation

En raison du contexte politique polonais particulièrement sensible sur la question de l'avortement, et de la mobilisation constante des organisations luttant pour les DSSR, ni la Fédération pour les femmes et le planning familial (FEDERA), ni les principales associations militantes n'ont été en mesure de répondre favorablement à notre demande d'entretien. Néanmoins, nous avons pu recueillir **le témoignage précieux de Joanna Walczak, citoyenne polonaise qui a accepté de partager son expérience et ses réflexions sur la situation.**

Un enjeu hautement politique

En Pologne, l'avortement demeure un sujet profondément politique, au cœur des affrontements idéologiques et des calculs électoraux. Joanna Walczak dénonce **l'hypocrisie d'un débat dominé par les intérêts partisans**, où la vie et la santé des femmes sont souvent instrumentalisées. Ainsi, lors des élections parlementaires de 2023, le taux de participation record et la victoire de la coalition libérale de Donald Tusk a largement profité de l'argument de libéralisation de l'avortement, sans pour autant tenir ses promesses, faute de majorité. En **août 2024, une tentative d'assouplissement** est intervenue : une nouvelle interprétation permet désormais de considérer les troubles psychiques comme un danger pour la santé, ouvrant la voie à certains avortements tardifs. Pourtant, cette **mesure reste vague et inégalement appliquée** : de nombreux médecins refusent encore d'agir, craignant d'être poursuivis.

Des restrictions sévères

Pour Joanna Walczak, la législation polonaise crée des situations très ambiguës. Elle insiste sur l'effet de **peur généralisée** qui

paralyse les professionnels de santé, certains refusant même de poser un diagnostic ou de prescrire des examens médicaux. Le **registre centralisé des grossesses**, instauré en 2022, ajoute à cette pression en traçant toute femme enceinte dès la première consultation, ce qui complique ensuite l'accès à une IVG ou exposer les femmes à des soupçons de pratiques illégales. Les femmes les plus précaires – sans emploi ou déjà mères – sont les plus touchées par ces restrictions. Quant à l'État, il propose peu d'aides aux familles confrontées à des handicaps. Ainsi, le droit à l'IVG est profondément inégal, dépendant de la géographie, des ressources financières et du bon vouloir des institutions médicales.

Avorter à tout prix

Face aux restrictions légales, un **réseau informel d'accès à l'avortement** s'est progressivement développé, témoignant de la résilience mais aussi de la précarité des solutions disponibles. Joanna Walczak évoque le cas d'une proche, contrainte d'envisager une interruption de grossesse à la suite d'un diagnostic suspecté de malformation fœtale. Comme de nombreuses femmes polonaises, elle s'est tournée vers une clinique à l'étranger. Le plus souvent, elles vont aux **Pays-Bas**, où un accompagnement complet – transport et hébergement – est proposé, mais à un **coût très élevé**.

D'autres structures proposent des alternatives plus risquées, telles que la **fourniture de faux certificats médicaux** ou la **requalification des avortements en fausses couches spontanées**. Ces pratiques exposent toutefois les femmes à des risques juridiques et à une prise en charge médicale incertaine. Ce système parallèle, aussi nécessaire soit-il pour certaines, révèle les **failles profondes de la législation**.

FICHE PAYS : ALLEMAGNE



1871
Introduction de
l'article 218
dans le Code
pénal



1933-1945
Politique national-
socialiste:
L'avortement est
utilisé à des fins
raciales et
eugéniques

1972 & 1974
Division de
l'Allemagne:
En RDA,
l'avortement est
légalisé en 1972.
En RFA, l'article
218 du Code
pénal est resté
en vigueur



1992
La loi sur les
conflits de
grossesse
comme un
compromis entre
l'Est et l'Ouest,
avec un délai de
trois mois et une
obligation de
consultation
préalable

Contexte

L'Allemagne criminalise l'IVG depuis 150 ans, bien que certaines exceptions la rendent légale. Ainsi, de nombreux obstacles à une légalisation complète demeurent.

Depuis l'introduction de cette infraction dans le Code pénal en 1871, des voix politiques ont réclamé la dépénalisation de l'avortement. Déjà au début du 20^{ème} siècle, sous la République de Weimar, des députés sociaux-démocrates avaient proposé une loi en ce sens. En 1992, une tentative de légalisation sur les IVG durant les trois premiers mois de grossesse a été déclarée inconstitutionnelle. En 2024, une commission gouvernementale a recommandé la dépénalisation totale, et 300 députés ont soumis un projet de réforme - bloqué par l'assemblée parlementaire, le Bundestag ([Reimer, 2024](#)).

Avec la CDU au pouvoir depuis 2025, **une légalisation complète semble improbable à court terme.** Pourtant, la pénalisation de l'IVG continue d'affecter les femmes concernées.

Cadre législatif

L'avortement en Allemagne est pénalisé depuis l'adoption du Code pénal en 1871, en vertu de son paragraphe 218 ([Bergmann, 2024](#)). Pendant le Troisième Reich, la politique nazie en a fait un instrument idéologique : tout en interdisant strictement l'IVG pour les femmes "aryennes", sous peine de mort, le gouvernement encourageait l'avortement pour des raisons eugéniques ([Hanisch, s.d](#)). L'Allemagne divisée a expérimenté des législations différentes : en République fédérale d'Allemagne, le §218 du Code pénal est resté en vigueur, tandis qu'en République démocratique allemande, l'avortement a été autorisé en 1972 jusqu'à la 12ème semaine de grossesse. Après la réunification de l'Allemagne en 1995, un

compromis entre les lois strictes et libérales a été trouvé avec la loi sur le **Schwangerschaftskonfliktgesetz**, selon laquelle **l'avortement est illégal, mais non répréhensible** sous certaines conditions.

Ce cadre juridique est encore en vigueur aujourd'hui ([bpb, 2023](#)). L'avortement est interdit sauf **en cas de consultation obligatoire effectuée par un médecin, dans un délai de 12 semaines, si la vie ou la santé de la femme est en danger** (sans délai), ou **en cas de viol ou d'abus sexuel** (12 semaines). La femme n'est donc jamais punissable si l'avortement a eu lieu après consultation et dans un délai de 22 semaines, mais la tentative d'avortement hors de ces conditions est illégale.

Par ailleurs, l'article 12 du Schwangerschaftskonfliktgesetz souligne qu'aucun médecin n'est tenu de participer à des interruptions de grossesse, à moins que cette participation ne soit nécessaire pour écarter un danger pour la femme ([Bundesamt für Justiz, 1992](#)).

En novembre 2024, une **Commission pour l'autodétermination reproductive** a été créée pour examiner la réglementation de l'avortement en dehors du Code pénal. Elle **a proposé une réforme, incluant l'abolition du §218 du Code pénal**, la suppression de la période d'attente, la prise en charge des coûts par la Sécurité sociale, et l'extension de l'IVG à 15 semaines en cas de viol. Cependant, le Bundestag a décidé de ne pas permettre le vote du projet de loi.

Depuis 2015, la prescription obligatoire pour obtenir **la pilule du lendemain** a été supprimée, et les femmes peuvent l'acheter directement en pharmacie ([Deutscher Bundestag, 2015](#)). Selon la législation en vigueur, les caisses d'assurance remboursent ce type de contraceptif aux assurées âgées de moins de 22 ans, sous prescription.

L'accès à l'IVG en pratique

Pour les femmes en mesure d'avorter légalement, la plupart des interruptions de grossesse (48 %) ont été réalisées par la méthode chirurgicale de l'aspiration, en 2023. Ainsi, 42 % d'entre elles privilégient la méthode médicamenteuse. Toutefois, de nombreuses femmes n'ont pas encore accès à l'IVG, la législation en vigueur étant restrictive et désincitative.

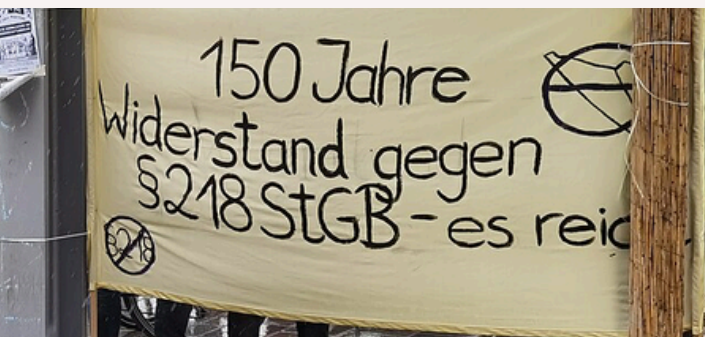
Tout d'abord, la criminalisation de l'IVG **renforce la stigmatisation** des femmes et des médecins la pratiquant. L'enquête allemande "Expériences et situations de grossesse non-désirées. Offres de conseils et de soins" ([ELSA, 2024](#)) montre que 60 % des femmes ayant recours à l'IVG rencontrent des difficultés pour organiser l'intervention, notamment parce qu'elles veulent ou doivent garder le secret. De plus, 65 % des médecins pratiquant l'IVG se sentent stigmatisés.

En outre, les femmes souhaitant avorter font face à des **barrières financières** : 20 % ont du mal à payer les coûts, ce qui s'explique par l'absence de remboursement systématique par l'assurance maladie.

La période d'attente obligatoire de trois jours après la consultation est également perçue, selon l'enquête ELSA ([2024](#)), comme une contrainte. Or, aucun effet utile n'a été démontré sur la décision d'interrompre la grossesse.

Par ailleurs, la **répartition des centres pratiquant l'IVG est inégale sur le territoire**, avec des lacunes importantes dans le Sud et l'Ouest de l'Allemagne. L'éloignement des structures médicales constitue un obstacle majeur : 4,5 millions de personnes vivent hors d'un rayon d'accès raisonnable. De plus, le nombre d'établissements pratiquant l'IVG a chuté de 45,8 % depuis 2003 ([Janson, 2022](#)).

Un autre problème est le **manque d'intégration de l'IVG dans la formation** des gynécologues. Les études de médecine abordent surtout les aspects éthiques et juridiques, mais rarement les méthodes pratiques ([Horsthemke, 2022](#)).



ENTRETIEN AVEC GISELA HILGEFORT

DIRECTION CENTRE FAMILIAL PROFAMILIA
MAYENCE



Présentation

Gisela Hilgefort, psychologue de formation, est **responsable et directrice du centre familial Pro Familia à Mayence**, une ville en Rhénanie-Palatinat, dans l'Ouest de l'Allemagne. Elle travaille depuis 22 ans au sein de ce centre, où elle a acquis une vaste expérience dans le domaine de l'IVG. En plus de ses responsabilités de direction, elle continue à mener des consultations, en mettant à disposition son expertise et offrant un soutien expert et personnalisé aux personnes qui sollicitent le centre. Elle joue un rôle essentiel dans l'accompagnement des femmes souhaitant avorter, tout en assurant la planification familiale et la prise en charge des femmes enceintes. Elle défend les droits des femmes à une sexualité autodéterminée et critique la pénalisation de l'IVG de la législation actuelle.

La réalité de l'accès à l'avortement

Gisela Hilgefort met en lumière les **défis persistents liés à l'accès à l'IVG** en Allemagne. À Mayence, ville de 220 000 habitants, seule une clinique pratique les IVG, et même la clinique universitaire n'intervient qu'en cas de nécessité médicale. Cette situation découle principalement d'une législation qui considère encore l'IVG comme un délit, alimentant une stigmatisation sociale qui dissuade de nombreux médecins de les pratiquer.

En **milieu rural, l'accès est encore plus limité** : dans certaines régions de Rhénanie-Palatinat, les femmes doivent se rendre dans d'autres Länder, car de nombreux médecins ne pratiquent pas l'IVG. Gisela Hilgefort insiste aussi sur l'importance des possibilités d'accès, car toutes les femmes n'ont pas la mobilité nécessaire pour ces déplacements.

Des **perturbations locales**, notamment à Francfort, où des groupes religieux intimident les femmes et les employées du centre, constituent une autre difficulté.

Par ailleurs, Gisela Hilgefort souligne qu'un **accompagnement professionnel** et neutre est crucial pour répondre aux incertitudes des femmes dans leur processus décisionnel. Les femmes apprécient ce soutien apporté par des conseillers compétents et bien formés. L'introduction des **consultations en ligne** depuis la pandémie de COVID-19 a également permis de rendre plus accessible l'IVG, bien que cette forme soit encore considérée comme une exception.

Recommandations

Réformes légales : Gisela Hilgefort dénonce le maintien de l'IVG dans le Code pénal, y voyant une stigmatisation des femmes contraire à l'égalité de sexe. Elle appelle à une réglementation médicale neutre et non stigmatisante. Elle critique également la consultation médicale obligatoire, un outil limitant la liberté des femmes et rendant leur situation encore plus complexe.

Améliorations structurelles : Elle propose la gratuité des contraceptifs pour les plus démunis. De plus, il est essentiel de renforcer une éducation sexuelle adaptée aux besoins des jeunes et dépourvue de toute idéologie.

Protection des droits : Face à l'influence croissante des forces conservatrices en Europe, notamment de l'AfD (Alternative für Deutschland) en Allemagne, Hilgefort demande une meilleure protection des centres et de leurs financements.

Collaborations : Le Centre Familial de Mayence collabore avec des organisations féministes et queer, cruciales pour soutenir les droits et les transformations sociétales.

FICHE PAYS : ITALIE



1975

Loi 405:
création des
Consultori
(centres de
planning
familial)



1978

Loi 194 : IVG
autorisé
jusqu'à 12
semaines (ou
5 mois si elle
chirurgicale)



1981

Référendum
sur 5
questions
dont le droit à
l'IVG (79% de
participation)



2024

Loi autorisant
des groupes
"pro-vie" à
accéder aux
cliniques d'IVG



Contexte

L'Italie est un pays intéressant au regard des évolutions récentes des pays occidentaux concernant l'avortement. Avant 1978, le Code pénal italien punissait de 2 à 5 ans de prison une femme qui avortait et le médecin qui réalisait l'acte. À la suite des luttes féministes des années 1970, l'Italie s'est dotée d'une **loi de légalisation de l'IVG (1978)**. Cette loi 194 a reçu le soutien de la société italienne qui, appelée à s'exprimer lors d'un référendum en 1981 a rejeté à 68% une proposition visant à abroger presque totalement la loi. Toutefois, la mise en œuvre effective de la loi est gravement entravée depuis ses débuts et jusqu'à aujourd'hui par l'usage massif de "**l'objection de conscience**" par les médecins et des **campagnes de désinformation** menées par des associations pro-vie.

Le **poids particulier de l'Église catholique** dans les institutions politiques et médicales du pays est en grande partie responsable de cette situation. En outre, depuis l'arrivée au pouvoir de Georgia Meloni, présidente du parti politique Frères d'Italie, dont certains ministres sont ouvertement anti-avortement, des gages supplémentaires ont été donnés aux **associations pro-vie**, dans un contexte de bataille culturelle autour de ce droit. L'argument nataliste, ainsi que des éléments religieux, sont mis en avant.

L'Italie se distingue ainsi par **l'écart entre sa législation et la réalité des femmes** souhaitant avorter. Un autre élément spécifique est la **prévalence de l'avortement chirurgical** (51%) par rapport à celui médicamenteux (45%), d'après [l'Istituto Superiore di Sanità \(2021\)](#). Enfin, la composante régionale reste une singularité, avec de **fortes disparités d'accès** à l'IVG entre le Nord et le Sud.

Cadre législatif

La loi 194, qui légalise le recours à l'avortement depuis 1978, est toujours en vigueur aujourd'hui. Elle énonce dans son article 4 les motifs donnant droit d'avorter, tels qu'un **"risque sérieux pour la santé psychique ou physique"** ou des malformations du fœtus, la **"situation économique ou sociale"** ou les **"circonstances de la conception"**.

Par ailleurs, l'article 9 de la loi prévoit la possibilité pour les médecins de refuser de pratiquer une IVG en invoquant **"l'objection de conscience"** (obiezione di coscienza). Cet article précise toutefois que si la vie de la femme est en danger imminent, le médecin est tenu de pratiquer l'intervention.

Plus récemment, en avril 2024, une nouvelle législation restrictive a été adoptée par le Sénat italien. Elle **permet aux militants pro-vie d'entrer dans les cliniques où est pratiqué l'avortement**, à la condition qu'ils justifient "d'une expérience qualifiée en matière de soutien à la maternité".

L'accès à l'IVG en pratique

Le parcours des femmes italiennes pour recourir à l'IVG est semé d'embûches.

En premier lieu, il leur faut trouver **l'information** concernant les hôpitaux et médecins qui réalisent des IVG : l'État ne fournissant pas ces données, des associations féministes (Obiezione Respinta, Mai Dati) assurent le recensement de ces lieux.

En outre, les femmes doivent obtenir une **attestation médicale** les autorisant à avorter, puis attendre 7 jours (**délai de réflexion**) pour pouvoir procéder à cette IVG. La procédure est complexe, en particulier pour obtenir une pilule abortive, avec parfois quatre rendez-vous nécessaires, ce qui rend souvent - paradoxalement - plus simple d'obtenir une intervention chirurgicale.

Ceci explique en partie le faible recours à la pilule abortive (45,3% contre 72% en France en 2021), bien qu'il soit en augmentation.

Le **coût** est également une contrainte importante : si l'avortement est gratuit dans les hôpitaux publics, il peut atteindre 2000€ (sans complications) pour les cliniques privées. Certaines femmes doivent ainsi changer de région voire avorter dans un pays voisin.

Les campagnes de **désinformation** comme "Prendriez-vous du poison ?" (de ProVita & Famiglia), ainsi que les tentatives de militants pro-vie pour décourager les femmes souhaitant avorter, rendent la démarche encore plus difficile.

Enfin, l'obstacle principal à l'avortement reste l'objection de conscience, avec des taux très élevés, en particulier dans les régions du Sud. **65% des gynécologues refusent de pratiquer des IVG** en 2020 - un taux très élevé malgré une légère baisse depuis 2016, où il atteignait 70%.

Certaines régions du Sud présentent plus de 80% d'objecteurs. Même dans le Nord, où les chiffres sont bien plus bas, on retrouve **au moins 20% d'objecteurs dans chaque région**. Dans les Abruzzes ou en Sicile, il est quasiment impossible d'avorter, avec **certaines hôpitaux affichant même 100% d'objecteurs**.

Ces dernières années, les obstacles se sont multipliés au niveau local et national, avec la **réduction de financements aux planning familial**. La force des associations pro-vies, de l'Église catholique et du Vatican (hôpitaux financés, école de médecine réputée), ainsi que les valeurs portées par la coalition au pouvoir, soulèvent des inquiétudes croissantes sur la possibilité réelle des femmes italiennes de recourir à l'IVG, dans le contexte d'une **bataille culturelle** à plus grande échelle.

FICHE FOCUS : LES OBJECTEURS DE CONSCIENCE

ÉMISSION "AVORTEMENT: LES ITALIENNES FACE À L'OBJECTION DE CONSCIENCE" (03/09/2021)
FRANCE CULTURE

Présentation

Dans un reportage France Culture de 2021, Marine Courtade et Clémence Fullea expliquent que les associations italiennes constatent une **baisse des avortements légaux** et une hausse des avortements clandestins. 70% des gynécologues italiens sont objecteurs de conscience. Elles constatent la **stigmatisation** généralisée des femmes voulant avorter et des médecins non-objecteurs. Elles soulignent aussi des préoccupations pour les jeunes femmes italiennes, avec un **risque de retour en arrière** sur les droits des femmes.

Silvana Agatone

Gynécologue non-objectrice

Silvana Agatone a créé en 2018 un réseau de gynécologues non-objecteurs. Elle se rend **bénévolement** une fois par mois dans les Marches, une région au centre de l'Italie au taux d'objecteurs très élevé, en partenariat avec l'AIEDE (structure locale). Ils sont trois gynécologues à se relayer pour la région (un jour de consultations, un jour à l'hôpital). Cela permet de maintenir un médecin non-objecteur dans l'hôpital d'Ascoli Piceno. L'avortement n'y est possible **qu'un matin par semaine**, le samedi, grâce à ces bénévoles qui sont tous des gynécologues, plutôt âgés, mais "activistes féroces" selon Silvana Agatone.

Elle précise qu'elle a eu des soucis avec les **personnels objecteurs** de l'hôpital, lors de complications sur des patientes, faisant délibérément perdre du temps à la médecin. Selon elle, le gynécologue non-objecteur est vu comme un criminel en Italie et parle d'une **nécessité de changement culturel**.

Récits de femmes ayant avorté

Le récit d'Anamaria est très évocateur de la situation. Elle est venue aux locaux de l'AIEDE pour une échographie de contrôle, après une IVG réalisée **dans une autre ville**, à Bologne. Dans cette municipalité plutôt progressiste, elle a pourtant ressenti un **manque d'empathie** du personnel soignant. Laisseée seule de 7h30 à 17h dans une pièce lors de l'intervention, elle n'a obtenu aucun soutien psychologique. Une gynécologue l'a même accusée de n'être "**pas malade**", ce qui conduit Anamaria à penser que **l'objecteur ne devrait pas pouvoir être médecin**, puisqu'il entrave la loi autorisant l'IVG. Cette opinion est confirmée par Francesca, une ouvrière venue avorter, qui, insiste sur le fait que "**la femme est peu considérée**" dans ce processus. Son gynécologue n'étant pas favorable à l'IVG, elle ne l'a même pas contacté, préférant se tourner vers l'association.

Véronique Séhier

Co-présidente du Planning familial de 2013 à 2019

Rapporteuse de l'étude du CESE sur les droits reproductifs en Europe, elle rejette l'idée de **délais arbitraux, fondés sur des arguments moraux** plutôt que scientifiques, en s'appuyant sur les **divergences légales européennes**. Elle présente l'accès à l'avortement comme un **droit des femmes** et pointe des **régressions**, comme en Pologne, ce qui ne diminue pas le nombre d'avortements mais le rend plus dangereux.

Les **lobbys anti-avortement** sont organisés à travers l'Europe au sein du programme "**Agenda Europe**", notamment issus de mouvements catholiques. Elle parle de **désinformation** (dangers de l'avortement, séquelles psychologiques, stérilité) pour influencer des femmes. Enfin, elle souligne **l'importance de l'éducation à la sexualité**.

FICHE PAYS : IRLANDE



Législation de 1983

Adoption du 8^e amendement, consacrant le "droit à la vie" du fœtus et de la mère inscrivant l'interdiction de l'IVG dans la Constitution



28 octobre 2012

Décès de Savita Halappanar, relançant les débats sur l'IVG et les mouvements pro-choice



Référendum du 25 mai 2018

66% de la population vote pour l'abrogation du 8^e amendement et la légalisation de l'IVG en Irlande



1er janvier 2019

Légalisation de l'IVG sans conditions jusqu'à 12 semaines et 24 semaines en cas de risque pour la vie de la mère ou d'anomalie du fœtus.

Contexte

L'Irlande a longtemps été l'un des pays européens les plus restrictifs en matière d'avortement, **l'interdiction de celui-ci étant inscrite dans le huitième amendement de sa Constitution depuis 1983**. Profondément influencée par **l'Église catholique**, la pénalisation de l'IVG était une composante centrale de l'identité nationale irlandaise, faisant de ce pays un cas particulier en Europe. Jusqu'en **2018**, les femmes **irlandaises se rendaient massivement à l'étranger**, notamment au Royaume-Uni, pour avorter, tandis que certaines achetaient clandestinement des **pilules abortives en ligne**, risquant des poursuites pénales.

Le tournant majeur s'est produit avec le **référendum de mai 2018**, lors duquel **66,4 %** des votants ont **approuvé l'abrogation de ce huitième amendement**, ouvrant la voie à la légalisation de l'IVG. L'entrée en vigueur de la **Loi sur la santé (Health Regulation of Termination of Pregnancy Act)** en janvier 2019 a marqué un tournant historique, permettant désormais l'avortement sur demande **jusqu'à 12 semaines de grossesse**. Toutefois, des obstacles subsistent : des inégalités d'accès selon les régions, les clauses de conscience des médecins, ou encore la persistance d'un climat de stigmatisation sociale.

Cadre législatif

Jusqu'en **2018**, l'Irlande appliquait l'une des législations les plus strictes d'Europe en matière d'avortement, avec une interdiction inscrite dans la Constitution par le **huitième amendement depuis 1983**.

Cet amendement garantissait un **“droit égal à la vie” pour la mère et le fœtus**, rendant toute interruption volontaire de grossesse illégale, sauf en cas de danger immédiat pour la vie de la femme enceinte. De plus, avant **2013**, l'IVG était **totale**ment illégal et passible de **14 ans de prison**.

La pression sociale et politique s'est accrue après plusieurs affaires marquantes, notamment le décès en 2012 de **Savita Halappanavar**, une femme enceinte à qui l'hôpital avait refusé un avortement malgré une fausse couche en cours. Cet événement a ravivé le débat et renforcé les mobilisations pro-choice, menées par des organisations comme **Together for Yes** et le mouvement **Repeal the 8th**.

En **mai 2018**, un **référéndum historique** a abouti à l'abrogation du huitième amendement, avec **66,4 % des votants en faveur du Yes**. Cette décision a permis l'adoption du **Health (Regulation of Termination of Pregnancy) Act**, entrée en vigueur en janvier 2019.

Désormais, l'IVG est autorisée sur demande jusqu'à 12 semaines de grossesse, avec un **délai de réflexion obligatoire de 3 jours**. Passé ce délai, l'avortement n'est permis qu'en cas de danger pour la vie ou la santé de la femme, ou si le fœtus présente une anomalie fatale, et ce jusqu'à 24 semaines de grossesse.

Malgré cette avancée législative, des freins subsistent. La **clause de conscience prévue dans la loi** permet aux médecins de refuser de pratiquer des avortements, créant des déserts médicaux dans certaines régions. Par ailleurs, les délais et les procédures administratives, combinés à une forte stigmatisation de l'avortement, contribuent à réduire l'accès effectif à celui-ci.

L'accès à l'IVG en pratique

Ainsi, l'accès à l'avortement en Irlande demeure complexe en raison d'**obstacles légaux**, de **résistances médicales** et d'**inégalités géographiques**. La loi autorise par exemple l'IVG à condition qu'un délai de réflexion obligatoire de trois jours, pénalisant et infantilisant, soit observé. Les **12 premières semaines de grossesse passées**, l'IVG n'est plus permise qu'en cas de **danger vital ou d'anomalie fœtale létale, sous des conditions strictes** : deux médecins doivent affirmer avec certitude que le fœtus mourra dans les 28 jours suivant la naissance, ce qui exclut par défaut de nombreuses femmes.

L'accès aux services est également entravé par une **inéga**le répartition des praticiens. Dans certaines régions rurales, l'IVG est quasiment inaccessible, obligeant les patientes à parcourir de longues distances, parfois au prix de congés forcés et de dépenses supplémentaires alors même que l'IVG est censée être gratuite. Cette situation pénalise notamment les femmes en situation de vulnérabilité, notamment les victimes de violences conjugales ou les migrantes.

En outre, l'objection de conscience des médecins réduit encore l'offre de soins, particulièrement en milieu rural. En effet, **seul 1 médecin généraliste sur 10 accepte de pratiquer l'IVG**, et certaines femmes se heurtent à des **stratégies d'obstruction**, comme des consultations inutiles avant un refus. La peur des représailles juridiques incite certains professionnels à appliquer la loi de manière rigide, limitant encore davantage l'accès à l'avortement. **En 2023, seules 11 des 19 maternités du pays pratiquent l'IVG**, engendrant une saturation des services et poussant certaines femmes à se rendre à l'étranger.

Face à ces défis, le gouvernement a débloqué des fonds pour renforcer l'offre médicale, mais les obstacles persistent. En l'état, l'accès à l'avortement en Irlande reste un parcours de combattante pour de nombreuses femmes.

ENTRETIEN AVEC RICHAEAL CAROLL

RESPONSABLE MEDIA – ABORTION RIGHT CAMPAIGN

Présentation

Abortion Rights Campaign (en français Campagne pour le droit à l'avortement) est un groupe entièrement bénévole qui lutte pour l'obtention de soins d'avortement gratuits, sûrs et légaux partout sur l'île d'Irlande, pour tous ceux qui le souhaitent ou en ont besoin. ARC est l'un des trois groupes centraux ayant formé l'organisation de la société civile **Together For Yes**, qui a mené avec succès la campagne pour le oui au référendum visant à abroger le huitième amendement de la Constitution irlandaise en 2018.

ARC poursuit son action au niveau local en **luttant contre la stigmatisation** liée à l'avortement, en menant des **campagnes éducatives** auprès des communautés et du grand public, et en **renforçant la visibilité du discours pro-choix dans les médias**. Elle s'assure également que les responsables politiques œuvrent à garantir un accès gratuit, sûr et légal à l'avortement pour tous. Enfin, ARC organise le congrès annuel **March For Choice**, qui a lieu chaque année à Dublin depuis 2012. Ils disposent d'un réseau de groupes régionaux sur toute l'île d'Irlande.

La réalité de l'accès à l'avortement

Malgré l'abrogation du 8e amendement, l'accès réel à l'avortement en Irlande demeure largement entravé. Comme expliqué par Richaeal Carroll, les zones d'accès sécurisé qui sont inscrites dans la loi restent inopérantes faute d'application concrète. Le système repose sur la ligne **My Options**, un numéro gratuit censé orienter vers des médecins pratiquant l'IVG et offrir un soutien médical et psychologique. Mais en pratique, l'orientation reste confuse :



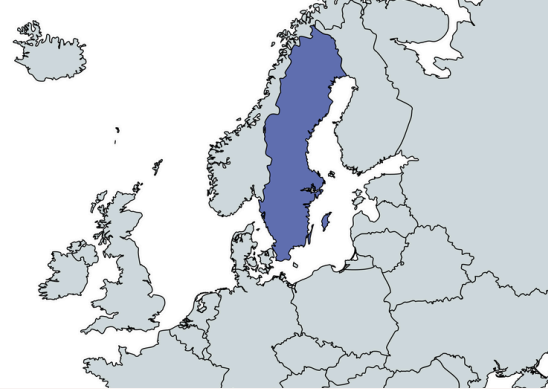
beaucoup ignorent cette procédure, et pensent pouvoir uniquement consulter leur médecin généraliste, alors que nombre d'entre eux refusent d'intervenir ou orientent les patientes vers des **centres aux pratiques trompeuses**.

Les contraintes sont renforcées par un délai d'attente obligatoire de 3 jours, une limite de gestation à 12 semaines difficilement tenable, et une **offre médicale très inégale sur le territoire**. Dans certains comtés, un seul médecin est habilité, voire aucun. L'épuisement militant, le **manque de ressources** et l'attention publique détournée rendent la lutte d'autant plus difficile, dans un contexte politique où **un retour en arrière reste possible**.

Recommandations

ARC appelle à une réforme urgente de la législation, notamment la **suppression du délai d'attente obligatoire de 3 jours, l'assouplissement des limites de gestation**, aujourd'hui fixées à 12 semaines, la publication d'une **liste publique claire, à jour et accessible des prestataires pratiquant l'IVG** et un investissement réel dans l'information et la formation du personnel. L'avortement doit devenir un **soin de santé ordinaire, gratuit, local, accessible**, et connu. Enfin, Richaeal Carroll insiste sur le fait que le combat pour le droit à l'avortement ne s'arrête pas au vote d'un référendum : **il exige une vigilance constante, un engagement durable, et une volonté politique claire** pour garantir des droits effectifs et non symboliques.

FICHE PAYS : SUÈDE



1938

Première loi autorisant l'IVG eugénique



1974

The Abortion Act



2020

La CEDH rejette la plainte de sages-femmes refusant de pratiquer l'IVG pour des raisons de conscience



Contexte

La Suède incarne un **modèle progressiste en matière de droits reproductifs** et plus précisément en matière d'IVG. Elle possède en effet l'une des lois sur l'avortement les plus libérales de l'Union européenne. Plus particulièrement, le pays se distingue par un des délais les plus longs pour l'IVG et par l'existence d'un élément distinctif : **l'absence de clause de conscience**.

Cette spécificité a été confirmée par la Cour européenne des droits de l'homme en mars 2020, lorsqu'elle a rejeté la plainte de deux sages-femmes suédoises qui refusaient de pratiquer des IVG pour des raisons de conscience et qui avaient été refusées à l'embauche. Cette décision a renforcé la protection des droits sexuels et reproductifs en Suède et consolidé l'accès à l'avortement.

Cadre législatif

Historiquement, la Suède a progressivement libéralisé l'avortement. Dès 1938, une loi autorisait l'avortement sous certaines conditions restrictives. Ce n'est qu'à partir des années 1970 que l'accès à l'avortement a été largement démocratisé. Par ailleurs, la Suède a joué un **rôle de pionnier dans l'accès à l'IVG médicamenteuse**, autorisant la mifépristone en 1991, peu après la France.

Les IVG sont régies par **la loi n° 595 de 1974 sur l'avortement**, qui emploie le terme juridique "havandeskap avbrytas" (en français "interruption de grossesse"), tandis que le mot "abort" est utilisé dans le langage courant. Cette loi garantit le droit à toute personne enceinte d'obtenir une interruption volontaire de grossesse jusqu'à la 18ème semaine sans obligation de justification, sauf s'il existe un danger pour la santé.

Au-delà de ce délai, jusqu'à la 21ème semaine, une IVG peut être pratiquée uniquement avec l'autorisation de la Direction nationale de la santé et des affaires sociales, sur présentation de raisons particulières, notamment si le fœtus est atteint d'une maladie incurable et non viable.

Une particularité importante du système suédois est que **l'IVG n'est pas inscrite dans le Code pénal, contrairement à la majorité des pays européens**. Cependant, des sanctions existent en cas d'avortement illégal, s'il est pratiqué sans autorisation médicale ou si un professionnel de santé contrevient au droit à l'autodétermination de la femme enceinte.

L'auteur d'une interruption de grossesse illégale est passible d'un an d'emprisonnement s'il n'a pas la qualité de médecin, une peine pouvant aller jusqu'à quatre ans en cas de récidive ou de mise en danger de la femme.

Enfin, **la loi suédoise ne reconnaît pas de clause de conscience** au personnel soignant. En Europe, seules la Suède, la Finlande et la Lituanie prévoient cette interdiction. L'ordre des médecins suédois rappelle que les professionnels opposés à l'IVG doivent choisir une autre spécialité que la gynécologie ou l'obstétrique.

Par ailleurs, la contraception d'urgence est accessible sans prescription médicale.

L'accès à l'IVG en pratique

Dans la pratique, l'IVG en Suède est généralement considérée comme accessible, conformément à la législation. En 2016, près de 38 000 femmes ont ainsi eu recours à un avortement dans le pays ([Laborde, 2017](#)).

L'IVG ne peut être pratiquée que par un médecin et uniquement dans un hôpital général ou un établissement agréé par l'État. En termes de coûts, l'avortement est entièrement pris en charge par l'État, puisqu'il est considéré comme un acte médical. Il est donc **remboursé dans les mêmes conditions que les autres soins médicaux similaires**. Toutefois, les femmes doivent payer les frais d'hospitalisation.

En outre, **une procédure d'information préalable est prévue afin d'accompagner les femmes** : avant l'intervention, un entretien de soutien (stödsamtal) est proposé aux femmes souhaitant recourir à une IVG, ainsi qu'à celles devant subir un avortement tardif avec l'accord de la Direction générale des affaires sociales. Un autre entretien de soutien est proposé après l'intervention pour accompagner les femmes sur le plan psychologique.

Enfin, il est admis que **l'accès à l'IVG est globalement homogène sur l'ensemble du territoire**, grâce au cadre législatif qui interdit aux soignants de refuser de pratiquer l'intervention.

Toutefois, malgré ce cadre favorable, des inégalités persistent, notamment dans certaines régions rurales où la **pénurie de professionnels de santé** peut allonger les délais d'attente.

De plus, bien que les femmes étrangères aient accès à l'IVG en Suède, elles ne bénéficient pas toujours de la même prise en charge financière que les résidentes nationales.



FICHE FOCUS : UN BACKLASH EN SUÈDE ?

A PARTIR DES TRAVAUX D'AMANDINE CLAUD

Présentation

Amandine Clavaud est **directrice de l'Observatoire Égalité femmes-hommes de la Fondation Jean-Jaurès**. Elle est également co-autrice de l'essai collectif "Droits des femmes : le grand recul ?" publié en 2023. Ses recherches portent sur la régression des droits des femmes au niveau européen, en corrélation avec la montée des forces politiques conservatrices. Elle s'intéresse en particulier aux stratégies des mouvements anti-droits, visant à fragiliser les droits sexuels et reproductifs des femmes, et notamment celui du droit à l'avortement. **La Suède est un exemple clé de ses travaux**, constituant la preuve que ce recul touche aussi des pays "modèles" en matière d'égalité femmes-hommes.

L'abandon de la diplomatie féministe

Pays pionnier en matière de diplomatie féministe dès 2014, la Suède faisait figure d'exemple sur la scène internationale. Mais ce modèle a été brutalement remis en cause avec l'élection, en 2022, d'un gouvernement de droite et d'extrême droite.

Le nouveau ministre des Affaires étrangères a depuis annoncé **la fin de la diplomatie féministe**. Ce renversement idéologique a été interprété comme un signal fort par les mouvements féministes européens, révélateur de la montée en puissance d'agendas conservateurs dans les sphères de pouvoir. En outre, cette position diplomatique contribue à l'affaiblissement du rôle pourtant moteur de la Suède à l'échelle internationale, en matière d'égalité femmes-hommes.



Des menaces concrètes à l'encontre des femmes

Le cas suédois illustre bien la stratégie des mouvements anti-droits identifiée par Amandine Clavaud : **banalisation du discours conservateur, infiltration des institutions, et attaque frontale contre les droits sexuels et reproductifs**.

Une des porte-drapeaux emblématiques de cette stratégie est **Julia Kronlid**, vice-présidente du Parlement suédois. Connue pour ses positions anti-avortement, elle a déposé pas moins de 54 propositions en 12 ans pour restreindre l'IVG. Elles visent à réduire les délais légaux, interdire certaines IVG tardives et introduire une clause de conscience pour les médecins.

Ce phénomène s'inscrit dans un contexte plus large de légitimation politique des idées d'extrême droite. Les Démocrates Suédois, dont les racines idéologiques néonazies et ultranationalistes sont connues, s'appuient sur un **discours fémo-nationaliste**, combinant rhétorique sécuritaire et instrumentalisation des droits des femmes à des fins identitaires.

"Notre pays fait envie de loin, mais nous ne devons pas cesser d'améliorer nos lois et sauvegarder ce que nous avons acquis"

Gertrud Astrom, cheffe d'entreprise et spécialiste de l'égalité femmes-hommes

FICHE PAYS : PAYS-BAS



1971
Ouverture de
la première
clinique
pratiquant
des
avortements



1984
Loi
dépénalisant
l'avortement,
qui est pris
couvert par le
système de
santé dès
1985.



2022
Prescriptions
de pilules
abortives par
le médecin
généraliste



2023
Retrait de la
période de
réflexion



Contexte

Les **Pays-Bas** sont le pays européen qui a l'une des législations les plus souples sur l'IVG, avec un **délai allant jusqu'à la 24ème semaine** de grossesse (Guillaume et Rossier, 2019). C'est également un des pays qui enregistre un des taux de recours à l'avortement les plus faibles, grâce à une **éducation sexuelle complète** et un large accès aux services de santé reproductive.

Si le cadre juridique continue de s'assouplir, permettant au médecin généraliste de prescrire des pilules abortives (2022) et supprimant le délai de réflexion (2023), les associations féministes déplorent l'inscription de ce droit dans le **Code pénal** et son **encadrement médical**, et alertent sur les **menaces de certains groupes politiques**.

L'analyse de l'accès concret à l'avortement aux Pays-Bas permet de soulever des points d'inspiration pour d'autres pays, mais aussi des obstacles qui demeurent et risquent même de se renforcer.

Cadre législatif

L'avortement est inscrit dans le **Code pénal néerlandais depuis 1886**, le pénalisant comme une "atteinte à la vie" et punissant les personnes réalisant des interruptions de grossesse. Dans les faits, et malgré un renforcement de la criminalisation en 1911, celle-ci a cessé d'être appliquée strictement dès les années 1970, et plusieurs services d'avortement étaient déjà disponibles.

Après plusieurs tentatives, **l'IVG a été autorisée en 1981 jusqu'à la viabilité du fœtus** (estimée à 24 semaines de grossesse), dans les établissements habilités et pour des "situations d'urgence" (art. 5), qu'il appartient à la patiente de définir (Hassoun, 2011). Dès novembre 1984, les avortements sont pris en charge par le **système d'assurance santé** étatique.

La seule condition pour obtenir une IVG est alors une période de réflexion de 5 jours après consultation d'un médecin, mais celle-ci est levée le 1er janvier 2023 (Génétique, 2022). Les **mineures** doivent obtenir une autorisation parentale pour avorter. **La dé-pénalisation, c'est-à-dire le retrait de l'avortement du Code pénal, reste une demande forte des associations féministes.**

La loi encadre la pratique médicale de l'avortement, par la Wet afbreking zwangerschap [en français : Loi sur l'interruption volontaire de grossesse]. Seuls les médecins et établissements **sous licence** peuvent proposer des services d'avortement, et seuls les **hôpitaux et cliniques spécialement habilités** peuvent pratiquer des interruptions de grossesse après 13 semaines. Si le délai légal est de 24 semaines, les médecins utilisent 22 semaines comme limite pour permettre une marge de 2 semaines (Cessou, 2023). L'article 20 de la loi prévoit une **clause de conscience** des médecins, qui doivent alors informer la patiente de cette objection et partager les informations pertinentes à d'autres médecins avec le consentement de la patiente. A la suite d'une initiative législative de 2022, les **médecins généralistes sont habilités à prescrire la pilule abortive** (Génétique, 2022), option médicamenteuse qui peut interrompre une grossesse jusqu'à 9 semaines. Ils doivent pour cela suivre une formation en ligne, l'avortement ne faisant pas partie du cursus médical généraliste.

L'accès à l'IVG en pratique

En 2023, on recense 39 000 avortements aux Pays-Bas, en hausse de 10% depuis 2022. Plusieurs explications sont avancées, notamment une transformation des pratiques contraceptives ou une dégradation des conditions de vie socio-économiques (Courrier international, 2024).

Aux Pays-Bas, **un avortement sur dix concerne des femmes étrangères**, qui viennent d'autres pays européens dans lesquels les délais sont plus courts (en moyenne 12 semaines). Ces femmes n'ont pas accès au remboursement de l'avortement, et doivent donc prendre en charge son coût (Courrier international, 2024).

Le droit à l'avortement est fortement ancré dans la culture néerlandaise. La société civile néerlandaise est à l'origine de nombreuses **initiatives associatives européennes et globales**, comme l'association Rutgers ou Women on Waves. Ces associations témoignent de la forte adhésion de la société civile, confirmée par les enquêtes d'opinion.

Cependant, l'avortement continue d'être **perçu comme une mesure d'urgence et de dernier recours**. Tous les avortements sont recensés, et certains **partis politiques et groupes religieux** considère que le **recours à l'avortement a été trop banalisé** et poussent pour renforcer son encadrement - réintroduire la période de réflexion, demander aux femmes leurs raisons d'avorter. Depuis quelques années se pose également le défi de **manifestations pro-vie devant les cliniques** (Cessou, 2023), avec une partie des manifestants venant d'autres pays européens. Dans certaines villes, des législations encadrent le nombre et la distance des groupes protestataires face aux cliniques, mais **l'idée d'une loi nationale est pour l'instant empêchée** par des arguments en faveur de la liberté d'expression.

L'obligation de se rendre dans des **cliniques spécialisées expose davantage** les femmes souhaitant avorter et peut constituer un blocage. Il s'agit également d'un encadrement qui est source d'**inégalités territoriales**. Il existe une **douzaine de cliniques, une dans chaque province néerlandaise**. Pour des femmes habitants hors des grandes villes, il est possible de devoir voyager deux heures pour y accéder. Les îles de la mer du Nord en particulier n'ont pas leur propre clinique.



ENTRETIEN AVEC ALINA CHAKH, CHAIRE DE **ava**

OBTENIR LA DÉPÉNALISATION ET LA DÉ-MÉDICALISATION AUX PAYS BAS

L'association AVA et ses missions

Créée en 2022, AVA (acronyme de Anticonceptie, Vrije keuze en Abortus, en français : contraception, libre choix et avortement) est une association bénévole, qui fonctionne comme un groupe d'intérêts : elle a vocation à représenter les patientes, dans l'intérêt des personnes faisant usage de contraceptions et de services abortifs. Elle effectue des recherches parmi les femmes, s'intéressant à leurs expériences sous différents aspects. AVA travaille ainsi à différentes études scientifiques, par exemple sur les placements de stérilets et la douleur associée. Elle œuvre également avec d'autres organisations pour faire du lobbying sur l'accès à l'avortement, notamment en rassemblant des témoignages (accessibles sur leur [site internet](#)) et en représentant les femmes dans les débats politiques et médicaux.

"AVA veut que la voix des personnes qui ont recours à l'avortement et à la contraception soit entendue."

– Eva de Goeij, fondatrice et directrice de la recherche chez Ava

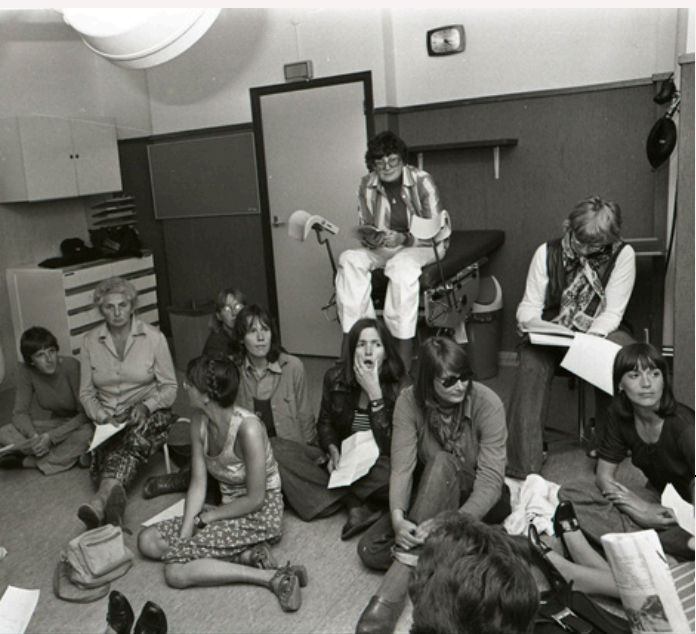
Principales conclusions

De l'entretien avec Alina Chakh ressort une volonté de **sécuriser davantage le droit à l'avortement**, encore pénalisé et conditionné à la bonne volonté du corps médical. Il s'agit d'un double mouvement à effectuer.

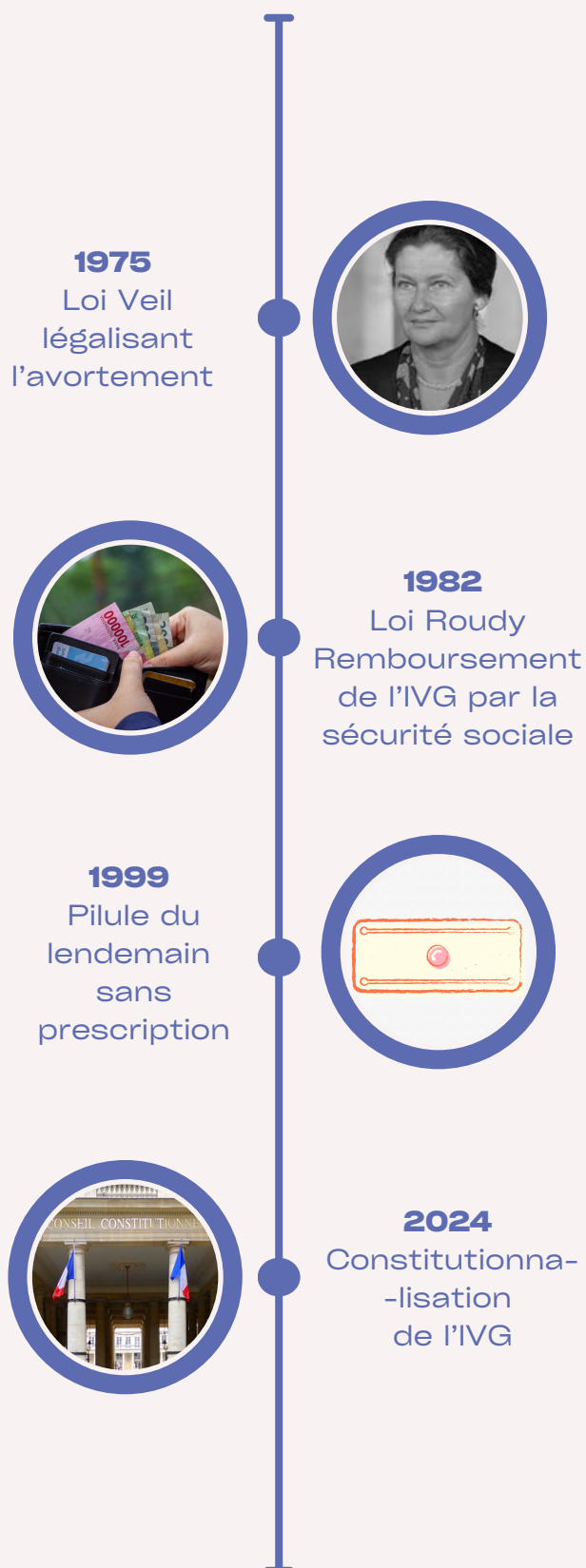
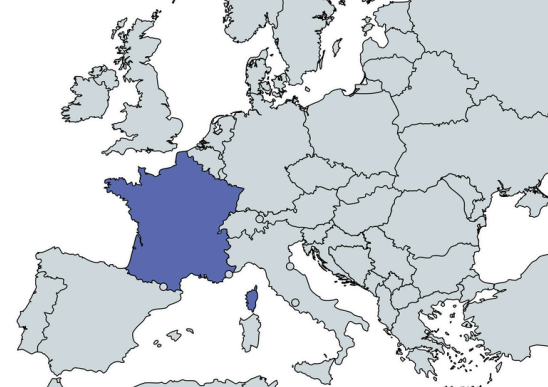
Retirer le droit à l'avortement du code pénal : Dans son inscription actuelle, le droit à l'avortement est "permis", dans certaines conditions de prise en charge médicale. Les activistes néerlandaises veulent en faire un droit positif, protégé et garanti par l'État.

Assouplir l'encadrement médical lorsque cela est possible : Le droit à l'avortement est dépendant de l'existence des cliniques spécialisées et des hôpitaux licenciés, seuls autorisés à le pratiquer. Cela fragilise l'accès à l'avortement, conditionné à des volontés autres que celles des patientes. Garantir effectivement le droit à l'avortement passe donc par la dépénalisation, mais aussi par un assouplissement de l'encadrement médical qui constitue un monopole de la prise en charge et du choix. Dans les premières semaines de grossesse en particulier, l'avortement peut être traité comme un prolongement des soins de contraception, avec des médicaments abortifs laissés au libre usage des femmes.

Alina Chakh considère également que la **normalisation culturelle** n'est pas encore achevée : si la majorité des Néerlandais répondent positivement aux sondages d'opinion sur l'avortement, c'est en le définissant encore comme un drame et un **choix de dernier recours**, entretenant ainsi un stigmatisme et une pression sociale pour les femmes qui se retrouveraient en situation d'avorter.



FICHE PAYS : FRANCE



Contexte

Près de 50 ans après la loi Veil du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse, la France est devenue le 4 mars 2024, **le premier pays au monde à reconnaître dans sa constitution la liberté de recourir à l'avortement**. L'article 34 de la Constitution indique ainsi que : "La loi détermine les conditions dans lesquelles s'exerce la liberté garantie à la femme d'avoir recours à une interruption volontaire de grossesse". Alors que le droit d'avorter est aujourd'hui menacé dans plusieurs pays à travers le monde, et notamment en Europe, la France a de cette façon protégé l'avortement de toute possible future remise en question. Cette avancée fait suite à un demi-siècle de mobilisations et avancées législatives qui ont permis de faire de la France, un pays garanti du droit à l'avortement. Cependant, dans la loi et particulièrement dans la pratique, des obstacles perdurent toujours.

Cadre législatif

La constitutionnalisation de l'IVG en France est le fruit d'une lente conquête faite de mobilisations et avancées législatives (Amnesty, 2024). En **1967**, la **loi Neuwirth autorisant la pilule contraceptive** ouvre la voie à l'évolution des droits sexuels et reproductifs des femmes. **Dans les années 1970, les mobilisations féministes** plaident pour la légalisation de l'IVG, notamment à travers le "Manifeste des 343" en 1971. En 1972, lors du procès de Bobigny, Gisèle Halimi sensibilise l'opinion publique au sujet de l'avortement en suscitant un large débat dans la société. C'est ainsi, qu'en 1975, après de longs débats parlementaires, la loi Veil est adoptée et légalise l'IVG en France. La pratique est alors dépénalisée pour les femmes s'estimant en situation de détresse dans un délai de 10 semaines, sur demande à un médecin.

Puis, **des lois successives font évoluer le droit à l'avortement**. En 1982, la loi Roudy permet le remboursement de l'IVG par la Sécurité sociale, tandis qu'en 1990, l'IVG médicamenteuse est autorisée en milieu hospitalier. En 1999, la pilule du lendemain sans prescription est autorisée, et en 2001, le délai autorisant l'IVG passe de 10 à 12 semaines. **Dans les années 2000, l'accès à IVG médicamenteuse est élargi** : elle est autorisée en médecine de ville, dans les planninges familiaux puis chez les sages femmes. **En 2014, la loi Vallaud-Belkacem supprime la condition de détresse** issue de la loi Veil. Plus récemment, le délai légal est passé de 12 à 14 semaines en 2022. **Le cadre législatif français garantissant le droit à l'IVG englobe donc un grand nombre de personnes** (mineures, jusqu'à 14 semaines de grossesse, personnes de nationalités étrangères, acte remboursé à 100%, anonymat total possible) **et protège des remises en cause** (délit d'entrave à l'IVG, constitutionnalisation).

Cependant, une limite législative à l'avortement demeure : **la clause de conscience des médecins**. Ceux-ci disposent à la fois d'une clause de conscience générale et spécifique relative à l'avortement. Décrite à de nombreuses reprises, elle est toujours présente à l'article 47 du code de déontologie médicale (Le Monde, 2025). Bien que l'article L.1221-8 du Code de la santé publique (obligation du praticien d'informer la patiente de son refus au plus tard lors de la première consultation) et l'article R.4127-47 (garantie de continuité des soins), visent à protéger les femmes contre les obstacles liés à la clause de conscience, celle-ci continue néanmoins à contribuer à la stigmatisation de l'avortement et à en complexifier le parcours.

L'accès à l'IVG en pratique

En 2023, près de 241 700 IVG en France ont été comptabilisées. **Ce chiffre oscille autour de 220 000 par an, des années 1990 aux années 2010, et augmente légèrement depuis 2020** (Chaput J., Baril E., Mazuy M., 2024). En effet, sur ces trois dernières décennies de stabilité de long terme on comptait environ 1 IVG pour 4 naissances, contre 1 IVG pour 3 naissances en 2023. La décision d'interrompre la grossesse est donc plus fréquente, possiblement liée à la précarisation sociale et économique, ainsi qu'à une incertitude sociale grandissante.

Quant aux mutations de la pratique de l'IVG en France, elles sont nombreuses. En effet, grâce aux avancées législatives élargissant l'accès à l'IVG, il y a eu **une diversification des méthodes et des professionnels** : 1 IVG sur 5 est par exemple réalisée par une sage-femme. **La méthode de l'IVG médicamenteuse a quant à elle largement augmenté** pour représenter 4 IVG sur 5. Cette généralisation soulève des questions quant aux risques liés au monopole d'un seul laboratoire pharmaceutique privé des comprimés abortifs. Le recours à la méthode médicamenteuse est parfois systématique sans offrir d'alternatives aux patientes : **le choix de la manière d'avorter n'est donc pas garanti partout en France**.

Des inquiétudes sont également soulevées concernant les **inégalités territoriales dans l'accès à l'IVG** : notamment en ce qui concerne la fréquence des interventions, plus élevée dans les zones urbaines que rurales, ainsi que la diversité des méthodes proposées, qui varie considérablement selon les territoires. Ces disparités sont possiblement le reflet d'un général inégal accès aux soins en France, de normes de santé sexuelle différentes, et de cultures médicales locales diversifiées.

Enfin, alors que la constitutionnalisation de l'IVG en France revêt une forte portée symbolique, **le flou de la notion de "liberté garantie" ne semble pas garantir son effectivité en pratique**.



ENTRETIEN AVEC ALBANE GAILLOT

CO-PRÉSIDENTE DU PLANNING FAMILIAL

Présentation

Le Planning familial est une association fondée en 1960, à la suite des luttes féministes en France. Mouvement militant d'éducation populaire et féministe, il œuvre activement à l'accès aux droits sexuels et reproductifs, et notamment à l'avortement. Son implantation territoriale est largement étendue : 82 associations départementales sont réparties partout en France métropolitaine et en outre-mer. Chaque année, les actions du Planning familial touchent près de 500 000 personnes. L'accueil y est inconditionnel, gratuit et anonyme. Grâce à son ancrage local, l'association joue un rôle essentiel de vigie sur les conditions d'accès à l'IVG en France. Dans le cadre de ce rapport, **Albane Gaillot, co-directrice du Planning familial, nous a livré un témoignage éclairant sur les réalités de terrain de l'avortement en France.**

La réalité de l'accès à l'avortement

Malgré des avancées législatives récentes (liberté d'avorter inscrite dans la constitution, délai légal passé de 12 à 14 semaines), des obstacles persistent sur le terrain. Le Baromètre sur l'accès à l'avortement en France porté par le Planning familial avec l'IFOP a notamment mis en avant le tabou autour de l'IVG. Albane Gaillot explique que **"ne pas pouvoir en parler, ce n'est pas pouvoir légiférer, ce n'est pas pouvoir expliquer, ce n'est pas pouvoir mettre en avant les difficultés de l'accès à l'IVG en France"**. Un autre frein se trouve dans **les inégalités territoriales** : 20% des femmes doivent changer de département pour avorter. Ce frein est particulièrement alertant dans un contexte

"Ne pas pouvoir en parler, ce n'est pas pouvoir légiférer, (...) ce n'est pas pouvoir mettre en avant les difficultés"



de coupes budgétaires des collectivités. La Drôme a par exemple annoncé la fermeture de plusieurs de ses centres de santé sexuelle. Les médecins peuvent aussi parfois être un frein en France, Albane Gaillot nous révélant ainsi des témoignages de dépassements d'honoraires, la prescription d'examens complémentaires non nécessaires et même une obligation d'écoute du cœur des fœtus - pratiques décriées et inutiles qui sont réalisées en Hongrie ou en Pologne. La co-directrice nous cite la thèse de Raphaël Perrin intitulé "Les médecins et l'avortement. Sociologie de la domination médicale" qui démontre qu'un **des principaux freins à l'avortement en France sont les médecins eux-mêmes.**

Recommandations

Quant aux recommandations d'avancées législatives, le Planning familial plaide pour la **suppression de la clause de conscience**. Cette mesure est d'autant plus nécessaire qu'il n'y a pas de déclaratif officiel listant les médecins français refusant de pratiquer l'IVG, comme c'est le cas en Italie. Le Planning familial souhaite par ailleurs mettre en place **une grande campagne nationale d'information**. L'organisation désire également augmenter le nombre de praticiens pouvant pratiquer les IVG. Enfin, au sujet la portée internationale de la constitutionnalisation de l'IVG en France, Albane Gaillot explique que la France doit **"continuer de porter cette parole forte à l'international, (car) je pense qu'elle est très entendue."**

FICHE FOCUS : ANDORRE



LÉGALISATION DE L'IVG EN ANDORRE LA FRANCE A-T-ELLE UN RÔLE À JOUER ?

L'Andorre, petit État de 468 kilomètres carrés se trouvant entre la France et l'Espagne, **interdit totalement l'avortement, et ce quelles que soient les circonstances** - inceste, viol, malformation du fœtus ou mise en danger de la vie de la mère. L'avortement y est **un crime** puni de six mois de prison pour la femme, et de trois ans de prison pour le médecin, ainsi que de cinq ans d'interdiction d'exercer la médecine. Ainsi, chaque année **environ 100 Andorranes se rendraient et avorteraient en France et en Espagne** à leurs frais, pour un coût allant de 600 à 1000 euros. En 2019, la militante et présidente de l'association féministe andorrane "Stop Violències Andorra" Vanessa Mendoza Cortés ([Amnesty International, 2023](#)), rendait un rapport sur la situation préoccupante des droits des femmes en Andorre au Comité de l'ONU pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes. Plus tard, en juillet 2020, elle est inculpée pour diffamation par les autorités andorranes.

La question de l'IVG est donc **un sujet à fortes tensions et blocages de la part des autorités locales**, jusqu'à remettre en question la liberté d'expression. Au-delà de partager une frontière avec la France, la principauté partage aussi un représentant d'État.

En effet, selon la Constitution andorranne, le président de la République française est co-prince de l'État avec l'évêque d'Urgell (une région de la Catalogne, en Espagne). **Aujourd'hui, en 2025, les co-princes d'Andorre sont Emmanuel Macron et l'évêque Joan-Enric Vives i Sicília.** Ce dernier a expliqué préférer abdiquer si l'avortement venait à être légalisé. Cette menace pèse lourdement sur le débat, et cristallise les avancées législatives du gouvernement élu sur ce sujet. Alors que le Quai d'Orsay prône une diplomatie féministe française, les militantes andorranes sollicitent Emmanuel Macron d'agir en faveur du droit à l'avortement.

Députées et sénatrices françaises (Laurence Gayte, Laurence Cohen, ou encore Mathilde Panot) ont ainsi interrogés le gouvernement à plusieurs reprises sur la question. **"La fonction symbolique d'Emmanuel Macron lui offre la possibilité d'intervenir favorablement."** explique l'ancienne sénatrice Laurence Cohen. La militante Vanessa Mendoza Cortés, invitée d'une conférence de l'Institut La Boétie en mars 2025 ([X, 2025](#)), déclarait elle aussi : **"Macron est notre chef d'État en Andorre, mais il ne nous y donne pas la possibilité d'avorter ! En Andorre, l'avortement est complètement interdit, sans exception. Nous attendons de Macron qu'il nous donne ce droit dans notre pays aussi."**

"Nous attendons de Macron qu'il nous donne ce droit dans notre pays aussi."

Vanessa Mendoza Cortés, mars 2025

LA NÉCESSITÉ D'UNE POLITIQUE EUROPÉENNE POUR GARANTIR L'ACCÈS EFFECTIF À L'AVORTEMENT

L'étude comparative de ces huit États membres de l'Union européenne fait émerger un constat essentiel : **l'avortement est pratiqué partout, quels que soient les cadres juridiques, les restrictions ou les obstacles existants.** Là où la loi le permet, l'accès reste souvent inégal, conditionné, voire dissuadé. Là où il est interdit ou quasi inaccessible, il est externalisé vers des structures militantes, des réseaux informels ou des pays voisins, souvent au détriment de la sécurité et de la dignité des femmes.

Dans des contextes de répression extrême, à l'instar de la Pologne ou de Malte, l'urgence paraît claire : **il est indispensable de garantir dans chaque État membre un accès minimal, sûr et non pénalisé à l'interruption volontaire de grossesse.** Ce droit fondamental doit être protégé de manière cohérente, au nom de la défense des droits des femmes et de valeurs d'égalité, de santé et de liberté défendues par l'Union européenne.

Mais les obstacles à l'IVG ne se limitent pas aux pays où la loi est hostile. Ils se manifestent aussi là où l'avortement est autorisé, par une série de mécanismes plus insidieux. La clause de conscience, la surmédicalisation, les délais d'accès, les refus de soins ou encore la stigmatisation sociale contribuent à rendre ce droit difficilement effectif. Partout, **des formes de contrôle persistent** : sur le choix de la méthode, sur le temps de réflexion, sur le langage utilisé ou la posture des soignants. La médicalisation de l'IVG, loin de garantir une meilleure protection, devient souvent un outil de normalisation et de surveillance du corps des femmes. Il apparaît donc essentiel de **repenser l'accès à l'IVG en le sortant des logiques infantilisantes et punitives.**

Cela suppose la dépénalisation complète de l'IVG, mais aussi une **redéfinition de son encadrement médical.** Encourager l'autogestion de l'avortement médicamenteux et le recours sécurisé à la télémedecine permettrait de recentrer le soin sur le consentement et l'autonomie, plutôt que sur le contrôle institutionnel des corps.

Par ailleurs, l'accès à l'IVG demeure marqué par des **inégalités sociales, territoriales et administratives**, notamment pour les femmes migrantes, mineures, précaires ou vivant en zones rurales. **L'information fiable est également entravée** par la désinformation en ligne, les structures lobbyistes anti-choix et l'absence de plateformes publiques multilingues centralisant l'information. Des efforts sont donc nécessaires pour **améliorer l'ensemble du parcours de soin** : renforcer la formation du personnel médical, garantir une information fiable et bienveillante, financer des centres d'accès et lutter contre les déserts médicaux et les discours pro-vie déguisés en objectivité morale ou religieuse.

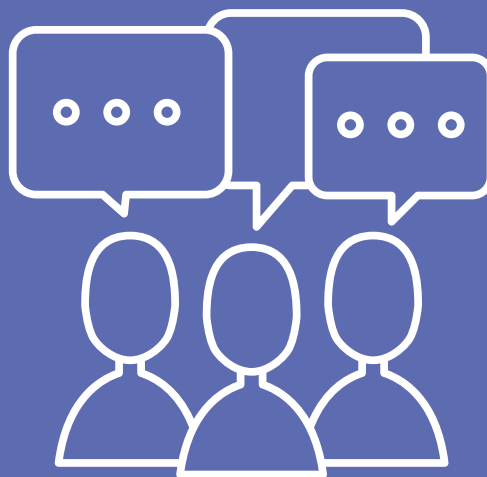
Face à ces constats multiples, **une réponse uniquement nationale semble inadaptée, et surtout insuffisante.** Au contraire, la coopération entre acteurs européens semble fondamentale pour permettre aux femmes européennes de disposer librement de leurs corps. **Il devient impératif de construire une politique européenne cohérente de l'IVG**, fondée sur l'écoute des actrices de terrain, la solidarité transnationale et une volonté politique affirmée. Cela implique également que l'Union européenne cesse de traiter la santé sexuelle et reproductive comme une compétence secondaire ou strictement nationale, et la reconnaisse enfin comme une dimension centrale des droits humains.

IV. LES RECOMMANDATIONS

Malgré des avancées historiques dans plusieurs États membres, l'accès à l'avortement reste inégal, parfois entravé, voire remis en question au sein de l'Union européenne. Face à ces constats, l'harmonisation des législations à l'échelle européenne apparaît comme une nécessité urgente pour garantir un socle commun de droits reproductifs et sexuels. Cette section vise ainsi à présenter des **axes d'amélioration, traduits sous la forme de recommandations de politiques publiques** à porter à l'agenda européen.

Afin d'enrichir notre réflexion, nous avons mené deux entretiens qui ont nourri et orienté nos recommandations. Le premier a été réalisé avec **Hazal Atay, docteure en science politique** au Centre de recherches politiques de Sciences Po, postdoctorante au sein du Programme d'études sur le genre de Sciences Po, spécialiste des politiques de genre et des droits reproductifs, et en particulier du droit à l'avortement. Cet échange nous a permis de mieux appréhender la richesse du tissu associatif et militant existant en Europe, dont les actions constituent une source d'inspiration précieuse. La chercheuse a notamment insisté sur l'importance du cadrage juridique et politique de l'avortement : pensé comme une question de santé, il échappe aux compétences de l'Union européenne ; envisagé comme un enjeu de droits humains, il devient en revanche un objet de réformes pleinement légitime à l'échelle européenne.

Ce cadre théorique a été complété par un second entretien avec **Emma Fourreau, eurodéputée française** (GUE/NGL) investie sur les questions d'accès à l'IVG. Son témoignage nous a offert un éclairage concret sur le climat politique actuel à Bruxelles, révélant les multiples obstacles institutionnels et idéologiques auxquels se heurte toute avancée en matière de droits des femmes.



Conscientes **des limites institutionnelles** de l'Union européenne en matière de santé — compétence majoritairement nationale — et du **contexte politique actuel peu propice à l'adoption de législations ambitieuses** à Bruxelles sur ce sujet, nous avons privilégié une double approche.

Dans un premier temps, **nous proposons des recommandations générales, adaptables aux niveaux national, local, associatif ou militant.** Les recommandations sont hiérarchisées par ordre de priorité et d'ambition : garantir un socle minimal de services d'avortement, favoriser une démedicalisation partielle de ce dernier tout en améliorant le continuum des soins, renforcer l'éducation, la sensibilisation et la production d'informations autour de l'avortement, et finalement encourager l'action associative et la coopération transfrontalière.

Dans un second temps, nous identifions **des pistes plus ciblées d'évolution législative européenne, dans les marges d'action existantes.** Il s'agit de présenter les leviers juridiques et institutionnels à la disposition de l'Union européenne pour promouvoir l'accès à l'IVG, malgré des compétences limitées en matière de santé. Cette section expose les recommandations législatives de long terme, les instruments juridiques concrets à mobiliser, ainsi que les outils de gouvernance pour assurer le suivi et soutenir les acteurs pro-choix.

ENTRETIEN AVEC HAZAL ATAY

CHERCHEUSE



Présentation

Hazal Atay est **docteure en politique comparée (CEVIPOF)** et **chercheuse postdoctorale au sein du Programme d'études sur le genre de Sciences Po Paris**. Ses recherches portent principalement sur l'égalité de genre, la représentation des femmes, et les droits reproductifs. Elle est aussi **consultante pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS) au sein de la Global Abortion Policies Database** [en français : base de données mondiale sur les politiques d'avortement], lancée en 2017. Elle a travaillé sur le potentiel de la télémédecine pour la prestation des soins d'avortement en France pendant et au-delà de la pandémie COVID-19.

"Medical gatekeeping"

Hazal Atay retrace d'abord les origines épistémologiques de l'avortement médicamenteux, né de l'usage combiné du misoprostol et de la mifépristone. Ce procédé a été élaboré par des femmes souhaitant interrompre leur grossesse dans des contextes où l'IVG était restreinte. Elle met en lumière la persistance de l'avortement même en contexte répressif, un phénomène qui trouve un écho particulier dans l'actualité. Hazal Atay souligne par ailleurs les **obstacles croissants à l'accès aux pilules abortives**, généralement conditionné par un passage auprès de médecins ou d'établissements hospitaliers. En France, bien que la crise du COVID-19 ait permis leur délivrance en pharmacie, l'IVG demeure une pratique fortement médicalisée, soulevant des enjeux importants en termes d'accès et d'autonomie des femmes.

Télémédecine

Dans le cadre de son travail mené avec l'économiste Hélène Périvier, Hazal Atay s'est intéressée au recours à la téléconsultation pour l'avortement, qu'elle envisage comme une **réponse possible aux inégalités d'accès aux soins**. Cette pratique pourrait notamment atténuer les disparités territoriales, en particulier dans les déserts médicaux, tant à l'intérieur des pays qu'entre eux. Elle permettrait également de contourner certains obstacles structurels, tels que la clause de conscience, les freins sociaux dans les zones isolées, ou encore les limitations de mobilité affectant certaines femmes. Hazal Atay rappelle enfin que la télémédecine s'inscrit dans les recommandations de l'OMS.

Délais de réflexion et gestationnels

Par ailleurs, les **délais de réflexion** constituent un réel obstacle selon la chercheuse, en ce qu'ils contribuent à une **infantilisation des femmes**.

Elle souligne que l'OMS recommande de **ne pas limiter l'avortement par des délais gestationnels**, comme c'est le cas en Europe par exemple. Sur le terrain, ces délais génèrent une pression pour les femmes et agissent comme un couperet arbitraire, selon elle plutôt moral que scientifique. Elle précise en outre que les femmes qui veulent avorter le feront même hors délais, mais dans des conditions plus difficiles.

Religion et puissance des lobbys anti-choix

La **sécularisation des débats** autour de l'avortement **varie selon les contextes nationaux**. En France, ces discussions sont globalement moins influencées par la religion qu'aux États-Unis ou en Allemagne, où l'accès à l'IVG reste limité, en partie du fait du poids des institutions religieuses.

Hazal Atay plaide pour un débat fondé non pas sur des arguments religieux, mais sur des **données scientifiques** et sur l'**expérience vécue des femmes**. Dans cette perspective, elle défend la nécessité d'une **démédicalisation de l'avortement**. Elle alerte également sur l'**influence croissante des lobbys anti-choix en Europe**, y compris au sein des institutions de l'Union européenne, et sur le risque d'un recul des droits liés à l'IVG.

Selon elle, la **clause de conscience**, souvent présentée comme un compromis médical, constitue en réalité une **victoire des mouvements anti-choix**. Bien qu'elle soit aujourd'hui largement acceptée, elle demeure un frein majeur pour les femmes et contribue à l'exceptionnalisation de l'avortement par rapport aux autres soins de santé. Ce traitement particulier renforce à la fois la **stigmatisation** et les **logiques de "contrôle médical"** (medical gatekeeping).

Choix et possibilités

Le "choix" d'avorter est déterminé par des **éléments socio-économiques** - à l'exemple de la discrimination, de la qualité de la couverture médicale, de la langue ou du manque de connaissance du système. L'insistance sur la **notion seule de "choix"** ignore donc ces paramètres. En outre, la **désinformation** autour de l'avortement représente une barrière immense à l'accès garanti et libre à une IVG.

Hazal Atay met en lumière l'existence d'associations pro-IVG qui développent des initiatives concrètes pour permettre aux femmes d'accéder à l'avortement, y compris dans des contextes où celui-ci est sévèrement réprimé.

Recommandations

- Accès à la télémedecine pour les femmes qui le souhaitent.
- Accès aux pilules en pharmacie de manière permanente, peut-être également via les sages-femmes
- L'avortement médicamenteux doit rester un choix de la femme, et non du médecin pour des motifs économiques ou pratiques
- Ne pas imposer de délais de réflexion
- Dédiaboliser le recours à l'avortement, insister sur le self-care
- Démédicaliser le recours à l'avortement
- Cadre européen : discuter de l'avortement comme d'un droit humain et pas d'une question de santé permet de l'amener au niveau européen. Considérer l'idée d'un droit économique pour avorter dans l'espace européen.
- Instaurer plus largement un délit d'entrave à l'IVG similaire à celui de la France



ENTRETIEN AVEC EMMA FOURREAU

EURODÉPUTÉE FRANÇAISE

MEMBRE DE LA COMMISSION DES DROITS
DES FEMMES ET DE L'ÉGALITÉ DES GENRES



Présentation

Emma Fourreau est une **eurodéputée française**, élue pour la première fois en 2024, au sein du groupe politique The Left. Engagée sur les enjeux féministes, elle est membre de la **Commission des droits des femmes et de l'égalité des genres (FEMM) au Parlement européen**. Au sein de l'hémicycle, elle est notamment intervenue sur la nécessité d'inscrire l'accès à l'IVG dans la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne. Elle nous a accordé un entretien sur la situation politique à Bruxelles concernant la question du droit à l'avortement, et les pistes d'avancées législatives possibles à l'échelle européenne.

La situation politique

Interrogée d'abord sur le contexte politique entourant le droit à l'avortement au Parlement européen, Emma Fourreau n'a pas caché ses préoccupations face au climat actuel. **En effet, la mandature 2024 - 2029 est particulièrement marquée par la droite conservatrice et l'extrême droite**. Fait notable, lors de la première assemblée plénière de la mandature, une députée roumaine d'extrême droite a fait un happening anti-IVG en perturbant la séance. Ainsi, si la bataille culturelle de l'IVG a été gagnée en France, **la question du droit de disposer de son corps n'est pas consensuelle à Bruxelles**.

"L'inscription du droit à l'IVG dans la Charte des droits fondamentaux est un des combats que je vais mener pendant le mandat."

Et ce d'autant plus que l'opposition à l'avortement venant de l'extrême droite est particulièrement virulente et décomplexée. Du côté de la Commission également, le climat ne semble pas optimal pour renforcer l'accès à l'IVG, le Commissaire pour la Santé étant par exemple un proche du premier ministre hongrois d'extrême-droite Viktor Orbán. Malgré tout, Emma Fourreau reste confiante quant aux perspectives d'évolution. Elle cite notamment **l'initiative citoyenne My Voice My Choice** qui a atteint le seuil requis pour être examinée, comme une **opportunité pour faire pression sur la Commission**. En effet celle-ci a l'obligation de discuter de l'initiative qui demande à l'UE de financer l'accès à l'avortement dans les pays où il est restreint.

Recommandations

Outre les propositions de l'initiative, Emma Fourreau soutient également **l'inscription du droit à l'avortement dans la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne**, à l'instar de ce qui a été fait en France. Selon elle, l'enjeu est de décrocher des voix du côté de la droite conservatrice, afin d'obtenir une majorité. Pour l'eurodéputée, c'est en martelant le sujet qu'on parviendra à faire bouger les lignes : **"je pense que plus on en parle, plus le sujet devient incontournable pour la Commission"**. Quant aux actions militantes, Emma Fourreau appelle à une solidarité pour toutes les femmes souhaitant avorter, même quand cela dépasse les barrières législatives. D'où l'importance selon elle, des réseaux de solidarité internationale féministes.

RECOMMANDATION N°1 : ASSURER UN ACCÈS MINIMAL À L'AVORTEMENT DANS L'ENSEMBLE DE L'UNION EUROPÉENNE

L'accès à l'IVG est encore très disparate entre les pays membres de l'UE. Certains pays, comme Malte ou la Pologne, maintiennent des législations extrêmement restrictives, interdisant presque toute interruption volontaire de grossesse. Ces disparités législatives représentent un obstacle significatif pour nombre de femmes souhaitant interrompre une grossesse. Or, selon l'OMS, **l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive est un élément clé pour préserver la santé tant individuelle que collective**, tout en contribuant à la réalisation des droits humains. Les études révèlent que les avortements réalisés de manière non sécurisée et en retard peuvent exacerber les risques médicaux, qui pourraient être prévenus en optant pour des procédures d'interruption de grossesse sécurisées et plus précoces (OMS, 2022).

C'est pourquoi il est impératif de promouvoir une transition vers un socle minimal d'accès à l'IVG, afin qu'avorter soit facile, sûr et s'impose comme un droit universellement reconnu au sein de l'Union européenne. Afin d'atteindre cet objectif, il est préconisé de procéder à **une harmonisation des conditions d'accès**, de **dépénaliser l'avortement** et de **reconnaître l'IVG comme un droit fondamental** au sein de l'UE.

1.1 Reconnaître l'avortement comme un droit humain

Ce rapport plaide pour la **reconnaissance de l'avortement comme un droit humain** au sein de l'Union européenne, afin de le soustraire à un cadrage strictement médical.

Hazal Atay, consultante à l'OMS, souligne que **l'IVG touche directement des principes fondamentaux des droits humains**, tels que la liberté individuelle, la dignité humaine et l'autonomie corporelle. Restreindre l'accès à l'IVG revient à nier à une personne sa capacité à prendre des décisions concernant son propre corps, ce qui est essentiel dans un État démocratique respectueux des droits fondamentaux.

Les droits sexuels et reproductifs sont déjà reconnus au niveau international comme des droits humains, notamment par l'OMS. Le Parlement européen a également explicitement reconnu ces droits comme des droits fondamentaux dans sa résolution de juin 2021 sur "la santé sexuelle et reproductive dans l'Union européenne" (UE, 2021). Dès lors, il est crucial de repositionner l'IVG en tant que droit humain fondamental. Cette reconnaissance permettrait de **proposer des mesures à l'échelle européenne**, tout en **respectant la souveraineté des États en matière de santé**.

1.2 Décriminaliser et dépénaliser l'avortement

Il apparaît que le droit à l'avortement ne peut être véritablement garanti tant qu'il reste pénalisé. Or, dans plusieurs pays de l'Union européenne — notamment la Pologne, la Hongrie ou Malte — **l'avortement demeure criminalisé**, les sanctions pénales visant à la fois les femmes souhaitant y recourir et les personnes les accompagnant dans cette démarche. **Il est donc essentiel de supprimer toute sanction pénale à l'encontre des acteurs impliqués dans l'accès à l'IVG**, une mesure soutenue par de nombreuses organisations de défense des droits humains (OMS, 2022).

La Recommandation générale n°35 du CEDAW (Convention pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes) qualifie à ce titre la criminalisation de l'avortement de violation des droits sexuels et reproductifs des femmes ([CEDAW, 2017](#)).

Par ailleurs, même dans certains États où l'avortement est autorisé dans un cadre légal — l'exemple de l'Allemagne —, elle reste pénalisée dans son principe. En effet, **l'avortement est toujours inscrit dans le code pénal**, bien qu'il ne soit pas puni s'il intervient dans des conditions précises (notamment après une consultation obligatoire dans le cas allemand). Cette dépénalisation partielle maintient une approche juridique fondée sur la transgression et la dérogation, ce qui contribue à entretenir la stigmatisation. Il est donc recommandé de **retirer l'IVG des codes pénaux nationaux**. Une dépénalisation complète permettrait de traiter l'avortement comme un soin de santé, et non comme une entorse à la loi. Ce besoin est notamment souligné par Gisela Hilgefort ([Pro Familia](#)), qui dénonce le décalage entre les normes actuelles du droit pénal et les principes fondamentaux d'égalité des sexes. Selon elle, la criminalisation — même partielle — alimente la culpabilisation des femmes et renforce les barrières administratives, psychologiques et sociales dans l'accès à l'avortement.

1.3 Harmoniser les conditions d'accès à l'avortement dans l'UE

Afin d'assurer une égalité d'accès à l'IVG pour toutes les femmes, une harmonisation des conditions d'accès à l'échelle de l'Union européenne est nécessaire. À cette fin, il conviendrait de définir les conditions minimales que se devraient de respecter chaque État membre, assurant une uniformité au sein de l'ensemble de l'UE. L'instauration d'un **délai minimal garanti d'au moins 12 semaines** pour accéder à l'IVG constituerait une première mesure efficace en ce sens. Ce seuil, bien qu'inférieur à celui en vigueur dans des pays comme la France (14 semaines), la Suède (18 semaines) ou les Pays-Bas (24 semaines), pourrait néanmoins recueillir un plus large consensus, y compris parmi les États aux législations plus restrictives tels que l'Allemagne, l'Irlande ou l'Italie (12 semaines), voire ouvrir le dialogue avec ceux où l'IVG reste quasiment interdite, à l'image de Malte ou la Pologne.

En outre, il est recommandé d'**interdire les délais de réflexion obligatoires**, qui retardent inutilement l'accès à l'IVG et infantilisent les femmes. Ces délais constituent une barrière à l'autonomie individuelle, en limitant la capacité à prendre des décisions de manière libre et dans le temps qui convient à chaque femme. En réalité, les études montrent que l'instauration de ces délais ne répond à aucun objectif concret et s'avère non seulement **inutile, mais aussi potentiellement néfaste** ([Londras et al., 2022](#)). En effet, les femmes prennent généralement leur décision d'avorter rapidement, avec un haut niveau de certitude, et les cas de regret post-avortement restent extrêmement rares.

Dans cette perspective d'harmonisation, **la reconnaissance mutuelle des prescriptions pour l'IVG médicamenteuse au sein de l'Union européenne** représente un autre levier essentiel. Cette mesure faciliterait l'accès transfrontalier à l'avortement, notamment pour les femmes résidant dans des pays où les services sont restreints ou inexistantes, en supprimant des obstacles logistiques injustifiés. Si les prescriptions médicales générales sont déjà reconnues d'un État membre à l'autre, il n'existe à ce jour aucune réglementation spécifique concernant les médicaments abortifs ([EU - Your Europe, 2024](#)), ce qui crée une rupture de cohérence juridique.

Enfin, les recherches et entretiens menés dans ce rapport soulignent l'importance d'un **accès géographique équitable à l'IVG**. Chaque femme devrait pouvoir bénéficier d'un point d'accès situé dans un périmètre raisonnable, à l'image des soins généraux. À cet égard, un temps de trajet maximal de 30 minutes apparaît comme une norme réaliste et équitable, conforme aux recommandations de l'OMS et des législations nationales qui préconisent ce seuil pour l'accès aux soins primaires.

RECOMMANDATION N°2 : OEUVRER À LA DÉMÉDICALISATION PARTIELLE DE L'AVORTEMENT

Bien que répondant à des exigences de sécurité, **la médicalisation de l'avortement fait l'objet de critiques** récurrentes dans les travaux féministes et la recherche médicale en raison de ses **effets restrictifs sur l'autonomie des femmes** (Ruault, 2022 ; Azcué et Mathieu, 2017). En encadrant l'IVG dans des protocoles techniques et institutionnels, voire en soumettant les femmes à des actes médicaux intrusifs non essentiels, la surmédicalisation de l'avortement tend à **restreindre la liberté de décision** des femmes dans la gestion de leur santé reproductive. Des initiatives alternatives, comme des centres de santé des femmes au Québec, montrent qu'une **démédicalisation partielle** (centrée sur l'information, l'accompagnement et la confiance) assure une **pratique abortive efficace, sécurisée et respectueuse des droits des femmes**. Elle se révèle particulièrement efficace dans le cadre d'un **avortement médicamenteux**, généralement préféré à l'intervention chirurgicale. Moins invasif, plus accessible et tout aussi sûr, cette méthode est prédominante dans de nombreux pays européens (*European Abortion Policies Atlas*, 2021).

2.1 Promouvoir la pratique de la télémedecine

La **télémedecine constitue un outil stratégique pour élargir l'accès à l'avortement médicamenteux**, en permettant une prise en charge sécurisée et proportionnée aux besoins médicaux réels. Elle permet de répondre aux inégalités territoriales, aux déserts médicaux ou aux obstacles sociaux et logistiques que rencontrent de nombreuses femmes.

Conformément aux recommandations de l'OMS, son usage peut être déployé **jusqu'à 12 semaines de grossesse pour couvrir l'ensemble du parcours de soin : évaluation de l'éligibilité, information, délivrance des médicaments, accompagnement et suivi post-avortement**. Sa mise en œuvre efficace suppose un soutien accru aux professionnels de santé (simplification administrative, outils numériques sécurisés, formations), une meilleure articulation avec les pharmaciens, ainsi qu'un encadrement strict des modalités de protection des données personnelles. Malgré certaines réserves exprimées sur la qualité de la relation soignant-patiente ou la complexité organisationnelle, les études soulignent un **niveau élevé de satisfaction** et une **efficacité comparable aux consultations en présentiel**.

Son usage s'inscrit dans la **levée de certaines exigences cliniques non nécessaires** qui freinent l'accès aux soins, notamment le **recours systématique à l'échographie** pour estimer l'âge gestationnel. Celle-ci ne devrait être une condition préalable, puisqu'elle n'est pas nécessaire d'un point de vue clinique. De même, dans le cadre du suivi post-avortement, une **consultation de routine ne devrait pas être obligatoire en l'absence de complications**. Il convient néanmoins d'assurer que les patientes soient informées des signes d'alerte nécessitant une prise en charge médicale, et de garantir un accès facilité à des soins supplémentaires si besoin.

2.2 Permettre l'autogestion de l'avortement médicamenteux jusqu'à 12 semaines

Dans la continuité de l'usage de la télémedecine, l'OMS préconise de **favoriser l'autogestion de l'avortement jusqu'à 12 semaines de grossesse**. Cette pratique permet aux femmes de gérer certaines étapes voire l'intégralité du processus médicamenteux, en toute sécurité, sans la supervision directe d'un professionnel de santé.

Elle repose sur trois composantes pouvant être réalisées en dehors d'un établissement de santé :

1. **l'auto-évaluation de l'éligibilité** (notamment par la date des dernières règles)
2. **l'auto-administration des médicaments** (généralement composés de mifépristone associée au misoprostol ou de misoprostol seul)
3. **l'auto-évaluation du succès de l'intervention.**

Sa mise en œuvre suppose plusieurs conditions : un **accès garanti à des médicaments de qualité**, des **informations claires**, des **outils d'évaluation** simples (tests de grossesse, listes de vérification), et un **accompagnement médical à la demande**, y compris pour des soins d'urgence, ainsi que **l'adaptation des systèmes de santé** pour reconnaître l'autogestion comme une voie légitime d'accès à l'avortement, notamment par l'évolution des protocoles cliniques existants.

Les données scientifiques disponibles confirment que cette approche est sûre et bien acceptée, notamment pour sa **simplicité**, son **accessibilité** et le **contrôle qu'elle confère aux femmes sur leur parcours de soin**. Elle répond particulièrement aux besoins de celles vivant dans des zones rurales ou en situation de précarité, tout en réduisant la pression sur les structures de santé.

2.3 Faciliter l'accès aux médicaments abortifs et réduire leur surréglementation

Faciliter l'accès aux médicaments abortifs est indispensable pour garantir l'effectivité du droit à l'avortement, notamment dans les situations d'avortement auto-géré. À cette fin, une **stratégie d'accès complète** doit s'appuyer sur un cadre réglementaire favorable, garantir l'intégration de ces médicaments dans les politiques de santé nationales, et assurer des mécanismes efficaces de mise à disposition, d'encadrement de l'usage et de suivi.

Il est donc recommandé de **diversifier les canaux de distribution**. À l'instar de la France, la possibilité d'obtenir des médicaments abortifs auprès d'une **pharmacie** sur délivrance d'une ordonnance après téléconsultation doit être diffusée (HAS, 2021). À cette fin, ces produits doivent être **autorisés par les autorités nationales de réglementation (NMRA)**, qui définissent les professionnels habilités à prescrire et dispenser ces médicaments. Seules ces autorités peuvent élargir ces compétences aux pharmaciens, voire permettre la vente libre.

En outre, **l'alignement des réglementations nationales sur les recommandations de l'OMS** constitue un levier majeur. L'organisation préconise de ne pas soumettre l'usage du misoprostol et de la mifépristone, principaux principes actifs des médicaments abortifs, à une supervision médicale étroite, ces médicaments étant considérés comme sûrs jusqu'à 12 à 14 semaines de grossesse, y compris en auto-administration. Inscrits sur la Liste modèle de l'OMS depuis 2005, ils ont été transférés sur la liste principale en 2019, et ne sont plus soumis à une exigence de supervision médicale stricte, en raison de leur innocuité démontrée. Ces médicaments **doivent donc figurer sur les listes nationales de médicaments essentiels**.

Par ailleurs, pour garantir un accès durable, ces produits doivent être **intégrés aux stratégies nationales d'approvisionnement** et aux appels d'offres publics, avec un dispositif de suivi post-commercialisation pour assurer leur qualité et disponibilité.

Selon l'OMS, les États ont l'obligation de garantir un accès équitable et non discriminatoire à l'ensemble des méthodes contraceptives, y compris à la contraception d'urgence, conformément aux principes de respect des droits humains. Dans une perspective de santé publique globale, et afin d'éviter au maximum la nécessité du recours à l'avortement, **il est recommandé de permettre l'accès aux pilules contraceptives d'urgence sans prescription médicale**. Pour pallier les difficultés rencontrées par les femmes, et notamment les mineures, il est essentiel d'assurer une distribution souple et adaptée de ces médicaments, en garantissant à chaque femme la possibilité d'en disposer rapidement, au moment et dans la quantité qu'elle juge nécessaire, tout en veillant à la pérennité des chaînes d'approvisionnement.

RECOMMANDATION N°3 : FAVORISER UN CONTINUUM DE SOINS BIENVEILLANT ET PERSONNALISÉ

Dans le prolongement de la démedicalisation partielle de l'avortement, la **qualité des soins** prodigués constitue un **pilier essentiel d'un accompagnement respectueux des droits et des besoins des femmes**. Conformément aux recommandations de l'OMS (2022) et à la Stratégie mondiale des Nations Unies pour la santé de la femme (2015), les soins liés à l'avortement — incluant l'information, la gestion de l'avortement et les soins post-avortement — doivent être **efficaces, sûrs, accessibles et équitables**. Ils se doivent également d'intégrer les préférences, les valeurs et les réalités sociales de chaque individu. Il importe de **dépasser les approches standardisées ou moralisatrices** pour promouvoir un accompagnement bienveillant, fondé sur l'écoute, l'autonomie et la confiance (Ruault et Mathieu, 2014). Ainsi, afin d'assurer un accès sécurisé et respectueux à l'avortement, il est recommandé de faire **évoluer les protocoles cliniques**, de **renforcer la formation** des professionnels et de **reconnaitre explicitement l'autogestion** comme modalité de soin légitime et sécurisée.

3.1 Soutenir une offre de soins adaptée à chaque étape de la pratique abortive

Afin de garantir un accompagnement respectueux et personnalisé de l'IVG, il est essentiel de **fournir des soins adaptés à chaque étape du processus** – incluant l'information, la gestion de l'IVG et les soins post-avortement. Chaque femme doit pouvoir accéder à des informations claires et complètes concernant les différentes options disponibles, lui permettant de faire un **choix éclairé, autonome et en accord avec ses valeurs et ses besoins spécifiques**.

- **Adapter les pratiques médicales en fonction du choix et du stade de gestation**

Les soins liés à l'avortement doivent être ajustés en fonction du stade de gestation et des choix personnels de chaque femme. Pour garantir un confort et une gestion de la douleur optimaux, tout en prenant en compte les préférences individuelles, il est nécessaire d'informer les femmes sur les différentes méthodes d'avortement (médicamenteuse ou chirurgicale). Des pratiques spécifiques sont ensuite recommandées par l'OMS selon le stade de la grossesse et le type d'IVG. Concernant l'intervention chirurgicale, l'aspiration est recommandée jusqu'à 14 semaines de grossesse, tandis que l'avortement médicamenteux est privilégié avant 12 semaines. En outre, des options d'autogestion, notamment via l'IVG par télémedecine, favorisent davantage d'autonomie et de confort pour la femme.

- **Garantir une gestion efficace de la douleur**

En ce qui concerne la gestion de la douleur, il est impératif de proposer aux femmes des analgésiques adaptés, à administrer avant, pendant et après l'intervention, tout en favorisant une prise en charge optimale de la douleur, particulièrement lors des avortements chirurgicaux à partir de 14 semaines. L'OMS recommande également de fournir des antibiotiques prophylactiques lors des interventions chirurgicales pour éviter les infections.

- **Proposer un soutien psychologique pré et post-avortement**

En parallèle, il est essentiel que la pratique de l'IVG intègre un soutien psychologique non-obligatoire, d'autant plus que le niveau d'anxiété influe sur la douleur ressentie lors de l'intervention.

Ce suivi inclut des consultations pré-IVG pour favoriser une prise de décision libre, éclairée et autonome. Un accompagnement psychologique post-IVG est également crucial pour apporter un soutien émotionnel et psychologique aux femmes qui en ont besoin, notamment dans les situations complexes de pression sociale, familiale ou personnelle. En outre, cet accompagnement doit pouvoir être personnalisé, les femmes pouvant choisir d'y ajouter des séances de thérapies collectives. Il est ainsi recommandé de s'inspirer de bonnes pratiques déjà mises en place, telles que celles mises en place par l'ONG Doctors For Choice à Malte, qui oriente les femmes souhaitant un accompagnement sans pression vers des psychologues pro-choix.

- **Proposer un suivi contraceptif post-IVG**

Une fois l'IVG réalisée, un accompagnement adapté en matière de contraception est indispensable. Si la femme le désire, il est recommandé de proposer l'initiation immédiate de la contraception hormonale (pilule, implant) après un avortement médicamenteux, ou la pose d'un dispositif intra-utérin une fois le succès de l'IVG confirmé. Cela permet d'éviter une grossesse non désirée à court terme, garantissant ainsi le respect de l'autonomie reproductive des femmes.

3.2 Élargir le corps médical habilité à pratiquer un avortement et assurer des formations continues

Afin d'améliorer l'accès à l'avortement et d'assurer une prise en charge respectueuse, il est primordial de renforcer la qualité des soins par **l'élargissement du corps médical habilité à réaliser cette procédure**. Actuellement, dans de nombreux pays, l'IVG est souvent une pratique réservée aux gynécologues, ce qui peut constituer un obstacle pour certaines femmes, en particulier dans les zones rurales ou les régions où les ressources médicales sont insuffisantes. Cependant, avec la démocratisation de l'aspiration par vide et de l'avortement médicamenteux, ces méthodes peuvent désormais être réalisées en toute sécurité par un plus large éventail de professionnels de santé.

L'OMS recommande ainsi de lever les restrictions concernant les prestataires autorisés à pratiquer l'IVG, soulignant que **de telles limitations sont souvent arbitraires et non fondées sur des données probantes**. L'élargissement et la diversification du nombre de professionnels qualifiés à pratiquer l'IVG contribuent non seulement à **l'efficacité des systèmes de santé** en réduisant les délais d'attente et les coûts, mais également à une **meilleure disponibilité des soins**, essentielle pour respecter le droit à la santé sexuelle et reproductive. L'exemple de certaines provinces canadiennes, où les sages-femmes et les infirmiers diplômés en pratique avancée sont intégrés dans la gestion des IVG, démontre l'efficacité d'une approche collaborative et interprofessionnelle.

Il est également essentiel que **les professionnels de santé concernés reçoivent une formation continue**, axée sur une prise en charge bienveillante, respectueuse du choix des femmes, et dénuée de stigmatisation. Ces formations doivent inclure des aspects relatifs à l'écoute active, la gestion de la douleur, ainsi qu'à l'accompagnement psychologique des femmes avant, pendant et après l'IVG. Par ailleurs, des dispositifs de soutien doivent être mis en place pour les soignants, notamment face aux pressions sociales, morales ou professionnelles auxquelles ils peuvent être confrontés, afin d'éviter toute forme de violence ou de manipulation dans le cadre de la prise en charge des IVG.

Dans le cadre de l'élaboration d'une couverture sanitaire universelle, **l'OMS a développé un cadre mondial de compétences**, incluant celles nécessaires à la fourniture des soins liés à l'avortement. Ce cadre, qui met l'accent sur l'importance d'une approche centrée sur la personne et d'une communication efficace pour permettre une prise de décision éclairée, peut servir de base pour la formation des professionnels de santé.

RECOMMANDATION N°4 : GARANTIR LA PRODUCTION ET L'ACCÈS À UNE INFORMATION COMPLÈTE

Malgré les engagements de l'UE, la santé sexuelle et reproductive est encore souvent perçue comme une question relevant uniquement de la souveraineté nationale, ce qui entraîne une fragmentation de l'accès aux soins à travers l'Europe. **Pour garantir à chaque individu un accès équitable à des services d'avortement de qualité, il est crucial de favoriser une approche harmonisée, fondée sur des informations scientifiques fiables et un accompagnement adapté, ce qui permettrait de répondre de manière cohérente aux besoins de santé publique à l'échelle européenne.** La non-application de cette garantie constitue une violation des droits humains et contribue à la stigmatisation et aux discriminations ([Hopkins et. al., 2024](#)).

Dans ce cadre, il est indispensable que les États disposent de données accessibles, désagrégées (par sexe, âge, statut migratoire, etc.), validées et comparables à l'échelle européenne. Ces données sont **cruciales pour mettre en lumière les réussites, identifier les écarts à combler et encourager des politiques publiques centrées sur les individus et sensibles aux inégalités** ([Hopkins, et. al., 2024](#)). Bien que l'OMS (2022) reconnaisse que les données appartiennent aux pays qui les produisent, elle encourage leur partage. Ce système de suivi volontaire, adopté par les 194 États membres de l'organisation, repose sur une **redevabilité partagée, indispensable pour faire progresser les droits en matière de santé sexuelle et reproductive** à l'échelle mondiale.

4.1 Soutenir la publication régulière de rapports qualitatifs et quantitatifs

Pour garantir une prise en charge optimale de l'avortement, il est crucial de mettre en place une **évaluation continue de la qualité des soins**. Selon les recommandations de l'OMS (2022), **l'adoption du cadre MEAL** — pour **Monitoring, Evaluation, Accountability and Learning** (en français : Suivi, Évaluation, Redevabilité et Apprentissage) — permettrait de mesurer l'efficacité des politiques européennes concernant le financement, les infrastructures, le personnel soignant et l'information donnée aux patientes. Cette approche devrait intégrer une **perspective intersectionnelle**, tenant compte des inégalités sociales, économiques, culturelles et identitaires, afin d'identifier les obstacles spécifiques et de cibler des actions correctives adaptées ([Pagé et Romani, 2023](#)).

Une telle évaluation permettrait également d'analyser l'accès réel à l'avortement, notamment en ce qui concerne les délais de réflexion, le recours à la téléconsultation et l'autogestion abortive. En parallèle, il est essentiel d'adopter une **approche de justice reproductive, qui relie les droits reproductifs à la justice sociale en abordant les inégalités systémiques** liées au genre, à la race, à la classe sociale, à l'orientation sexuelle, au handicap et au statut migratoire ([Jarman, 2015](#)). Inspirée par les mouvements féministes noirs aux États-Unis, cette approche exige une révision des politiques publiques pour qu'elles tiennent compte des réalités des populations marginalisées et garantissent un accès équitable aux ressources nécessaires pour une vie reproductive libre et choisie ([Jarman, 2015](#)).

4.2 Harmonisation de la collecte de données sur l'accès à l'IVG à l'échelle de l'UE

En complément de la recommandation précédente, il conviendrait de mettre en place un **cadre**

européen commun de collecte de données pour **harmoniser les définitions, les indicateurs et les méthodes utilisées**, conformément aux recommandations de l'OMS (2022).

Les données recueillies devraient inclure l'offre de méthodes d'avortement, la gestion de la douleur, les conditions du consentement éclairé, ainsi que les étapes de l'accompagnement avant, pendant et après l'intervention. Pour soutenir cette dynamique, une **collaboration étroite avec les Hauts Conseils de Santé nationaux** est indispensable afin d'harmoniser les recommandations nationales avec les standards européens.

Il est également nécessaire de renforcer la **diffusion d'informations sur le délit d'entrave à l'IVG**, qui désigne toute action visant à empêcher ou dissuader une personne d'y avoir recours. Cette mesure est essentielle en ce qu'elle participe de la protection effective des droits des patientes et des professionnels de santé.

Selon l'OMS, l'accès à une information scientifiquement exacte, claire et accessible est un élément essentiel de la qualité des soins en matière d'avortement. **Il est donc crucial de renforcer la production et la diffusion d'une information complète**, adaptée aux besoins des femmes et des personnes enceintes, afin de leur permettre de faire des choix éclairés. Cette information doit être disponible à chaque étape du parcours, dans des formats compréhensibles et inclusifs, et co-construite avec les usagers pour répondre aux réalités locales.

4.3 Création de plateformes multilingues et cartographie des ressources d'accès à l'information sur l'IVG

Ces deux précédentes mesures permettraient de garantir un accès équitable à l'information sur les droits reproductifs et l'IVG en ce qu'elles contribueraient également à **la création de plateformes officielles, multilingues** pour plus d'accessibilité. Reposant sur les données collectées (voir 4.2), elles fourniraient des informations complètes sur les droits, les lieux et les conditions d'accès à l'avortement ([Dzwonkowska-Godula, 2025](#)). Ces plateformes pourraient intégrer des solutions innovantes, telles que **l'utilisation de l'intelligence artificielle**, afin d'optimiser les processus d'information et d'orientation, et d'assurer une réactivité accrue aux besoins des utilisateurs. Cette stratégie semble très prometteuse, en témoigne une récente étude scientifique ([Bull et al., 2024](#)) menée aux États-Unis : elle a montré que des chatbots, informant les femmes sur les législations actuelles relatives à l'IVG dans plusieurs langues, étaient utilisés par beaucoup de femmes. Des projets concrets existent déjà, comme **l'assistant virtuel Ally**, développé par Women First Digital ([WFD](#)), qui utilise l'IA pour fournir des informations fiables et discrètes sur la santé reproductive.

En complément, il est nécessaire de développer une **cartographie à l'échelle européenne des cliniques pratiquant l'avortement**, incluant des informations détaillées sur leurs services. Actuellement, ces informations sont uniquement disponibles au niveau national, limitant l'accès transfrontalier à une information complète. Il est également essentiel de dresser une **cartographie des pratiques d'éducation sexuelle dans les États membres de l'UE**, en raison de son lien direct avec les enjeux d'accès à l'avortement. Cette cartographie devrait inclure une analyse des programmes d'éducation sexuelle dans les écoles, prenant en compte les perspectives des élèves, des enseignants, des établissements et des ONG. L'UE pourrait jouer un rôle clé dans la coordination de ces recherches, en finançant des études comparatives à travers une méthodologie commune. En particulier, elle pourrait soutenir la **mise en place d'un Observatoire de la situation de l'avortement au sein de l'UE**, placé sous l'égide de l'Institut européen de l'égalité entre les femmes et les hommes (EIGE).

RECOMMANDATION N°5 : RENFORCER L'ÉDUCATION ET LA SENSIBILISATION

Dans plusieurs États membres de l'UE, **il est encore difficile d'accéder à des informations fiables sur l'IVG**. Seul un petit nombre de pays fournit des informations sur les soins liés à l'avortement via des sites web officiels gérés par le gouvernement. De plus, certains États membres maintiennent des lois qui **interdisent la diffusion publique de certaines ou de toutes les formes d'informations** véridiques, concernant les droits sexuels et reproductifs (Conseil de l'Europe, 2017). Par ailleurs, de nombreuses études révèlent que les mobilisations anti-avortement s'organisent de manière croissante, notamment en ligne par la diffusion de fausses informations, de contenus choquants et d'affirmations trompeuses sur l'avortement (Simmons, 2024). Il est également souligné que de nombreuses plateformes de réseaux sociaux ne disposent pas de règles claires pour contrer ces contenus. Cette situation met en évidence la nécessité de **promouvoir une sensibilisation neutre et fondée sur des données scientifiques**, pour réduire la stigmatisation et le manque d'information autour de l'IVG.

5.1 Soutenir l'éducation à la santé sexuelle et reproductive

Inclure une **éducation à la santé sexuelle et reproductive dans les programmes scolaires** de manière uniforme, avec un focus sur l'avortement, est essentiel pour fournir une compréhension claire, impartiale et scientifique dès le plus jeune âge. Ces cours, adaptés et évolutifs tout au long de la scolarité, devraient aborder l'IVG afin de déstigmatiser cette intervention. Ils devraient également inclure des informations sur la prévention sexuelle et être **accompagnés d'initiatives concrètes**, telles que la mise à disposition gratuite de préservatifs pour les jeunes. Les données montrent que des programmes éducatifs de qualité permettent aux jeunes de développer des attitudes, des compétences et des connaissances qui favorisent des relations saines et positives (Conseil de l'Europe, 2017). Ainsi, en Finlande, le taux de recours à l'IVG chez les jeunes a chuté de 66 % entre 2000 et 2023, une réduction attribuée à l'accès gratuit aux contraceptifs pour les adolescents et à l'éducation sexuelle obligatoire dans les écoles (Kauranen, 2024).

La **formation médicale des soignants doit également être révisée** pour inclure systématiquement les pratiques liées à l'IVG, en gynécologie mais aussi en médecine générale. Dans de nombreux pays, les programmes médicaux ne consacrent pas suffisamment d'attention à l'IVG. En ce sens, en Allemagne, des initiatives par des étudiants en médecine militent pour l'instauration d'une formation continue structurée avec des standards clairement définis (Baier, 2019). Ces projets plaident également pour la **création d'un certificat national qui autoriserait les médecins, quelle que soit leur spécialité, à pratiquer des avortements** - une approche qui pourrait être adaptée à l'échelle européenne.

Il serait également pertinent de lancer une **campagne de sensibilisation à l'échelle européenne** dans le but de dé-diaboliser l'avortement. Elle pourrait par exemple être fondée sur des témoignages de femmes ayant eu recours à l'IVG, afin d'humaniser le débat et de lutter contre la stigmatisation persistante.

RECOMMANDATION N°6 : CONTOURNER LES ENTRAVES À L'IVG PAR LA SOLIDARITÉ TRANSNATIONALE

Dans plusieurs États membres de l'Union européenne, l'accès effectif à l'interruption volontaire de grossesse reste entravé par des cadres juridiques restrictifs, des obstacles administratifs ou un manque de services disponibles. Face à ces limitations, des **réseaux transnationaux** tels que Women on Web ou Women Help Women **ont mis en place des dispositifs alternatifs assurant l'accès à l'avortement médicamenteux ou à une information fiable**, indépendamment des frontières. L'Union européenne, en tant que garante des droits fondamentaux, devrait soutenir ces initiatives solidaires et **renforcer les mécanismes de coopération entre États membres, sociétés civiles et institutions de santé.**

6.1 Créer un fonds européen pour l'avortement

La création d'un fonds européen pour la protection du droit à l'avortement, **financé conjointement par les États membres et des partenariats public-privé**, viserait à lever les obstacles financiers entravant l'accès effectif à l'IVG en Europe, notamment pour les personnes contraintes de se déplacer à l'étranger pour y recourir légalement. Il **couvrait les frais logistiques** (transport, hébergement), **médicaux** (consultations, soins), **ainsi que l'accès aux pilules abortives via des réseaux transnationaux**. Ce dispositif s'appuierait sur des initiatives existantes telles qu'Abortion Without Borders, un réseau paneuropéen qui offre un accompagnement juridique, logistique et psychologique aux personnes privées de ce droit dans leur pays d'origine.

Ce fonds aurait également pour objectif de **renforcer les initiatives d'activisme légal**, telles que celles menées par Women on Waves, une ONG fondée par la médecin néerlandaise Rebecca Gomperts, qui utilise un bateau médical pour fournir des services d'avortement médicamenteux dans les eaux internationales.

6.2 Structurer un écosystème européen de soutien médical et militant

- **Mettre en place un réseau européen de professionnels de santé formés à l'accompagnement des personnes demandant un avortement, intégrant un service de téléconsultation multilingue**

Ce réseau proposerait des consultations anonymes, la délivrance d'ordonnances valables dans l'ensemble des pays de l'UE, ainsi qu'un suivi médical sécurisé pour les avortements médicamenteux à domicile. Il pourrait s'inspirer de bonnes pratiques comme celle de Doctors for Choice Malta, qui offre gratuitement, après téléconsultation, des échographies réalisées par des médecins pro-choix dans des cliniques ordinaires. Un tel dispositif permettrait de **dépasser les obstacles géographiques, sociaux ou administratifs, y compris dans les pays où l'avortement est dépénalisé mais reste difficilement accessible en pratique.**

- **Créer un réseau transfrontalier informel de solidarité et de soutien entre militants, praticiens et personnes concernées**

Ce réseau s'appuierait sur des outils de communication sécurisés, tels que des messageries chiffrées, ainsi que des plateformes protégées pour **faciliter le partage d'informations médicales, juridiques, et logistiques**. Il permettrait aux militantes et aux professionnels de santé d'échanger des données actualisées, de répertorier des contacts sûrs et de coordonner des actions communes pour répondre aux besoins spécifiques des femmes cherchant à avorter. Ce réseau offrirait également un **espace de soutien et de conseils** pour les femmes désireuses d'avorter mais en quête d'informations.

6.3 Renforcer la redirection obligatoire et limiter l'abus de la clause de conscience

Par ailleurs, il est crucial de **systématiser le mécanisme de redirection obligatoire**, en garantissant que dans tous les établissements de santé, lorsqu'un professionnel de santé invoque la clause de conscience pour refuser la pratique d'un avortement, une personne qualifiée et formée à cette procédure soit immédiatement désignée pour assurer la prise en charge de la patiente. **Cette mesure devrait être mise en place dans tous les hôpitaux** pour garantir un accès continu et sans rupture aux soins. Elle pourrait s'inspirer de bonnes pratiques déjà mises en place, comme en Pologne, où une législation récente oblige la présence de médecins formés à l'IVG dans les établissements de santé. Le non-respect de cette obligation entraîne des sanctions pour l'hôpital, y compris une réduction de son remboursement par le Fonds national de la santé ([Euractiv, 2024](#)).

6.4 Promouvoir et soutenir les initiatives citoyennes pour l'accès à l'IVG en Europe

Enfin, il est essentiel de **renforcer le soutien et la visibilité des initiatives citoyennes** qui œuvrent pour garantir l'accès à un avortement sûr et légal, telles que [My Voice My Choice](#). Ces initiatives, qui agissent pour surmonter les obstacles géographiques, juridiques et sociaux, doivent recevoir un **appui direct de la part des institutions et plateformes européennes**. Ce soutien permettrait non seulement de promouvoir un accès transnational à l'IVG, mais aussi d'assurer une approche plus sécurisée et équitable pour toutes les personnes souhaitant exercer leur droit à l'avortement, indépendamment des contraintes imposées par leur pays d'origine.

En structurant la coopération entre les professionnels de santé, les militants et les institutions, et en renforçant les dispositifs de soutien transnationaux existants, **les recommandations opérationnelles proposées visent à garantir un accès sécurisé, équitable et effectif à l'interruption volontaire de grossesse pour toutes les personnes concernées**. Cette approche permet de répondre aux inégalités sociales, culturelles et économiques persistantes au sein de l'Union européenne, en proposant des solutions concrètes et adaptées aux réalités de terrain. Néanmoins, il est essentiel que l'UE, **en tant qu'actrice politique centrale, adopte une posture résolument proactive pour faire de l'accès à l'IVG un droit effectif dans tous les États membres**. Cela implique **d'aller au-delà des mesures techniques et de s'engager dans une mise en œuvre législative ambitieuse**, garantissant des normes communes et protectrices à l'échelle européenne.

MISE EN ŒUVRE LÉGISLATIVE AU NIVEAU EUROPÉEN

Comment législativement faire avancer l'accès à l'avortement au sein de l'Union européenne ?

1 INSCRIRE L'IVG DANS LES PRINCIPES FONDATEURS ET LES NORMES EUROPÉENNES

A. Inscrire l'IVG dans la Charte des droits fondamentaux de l'UE : une première étape complexe mais essentielle

Le 4 mars 2024, la France est devenue le premier pays au monde à inscrire la "liberté garantie" de recourir à l'IVG dans sa Constitution, marquant un tournant historique et symbolique pour la protection de ce droit fondamental. **Cette évolution française a relancé le débat au niveau européen**, notamment sur l'opportunité d'inscrire l'IVG dans la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne. À commencer par Emmanuel Macron, qui lors de la cérémonie du scellement de la Constitution, a déclaré : "Je souhaite l'inscription de cette liberté garantie d'avoir recours à une interruption volontaire de grossesse dans la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne" (Public Sénat, 2024).

Plus tard, le 11 avril 2024, les membres du Parlement européen ont adopté une résolution appelant à inclure le droit à l'IVG dans la Charte des droits fondamentaux de l'UE. Le Parlement souhaite modifier l'article 3 de la Charte qui garantit actuellement le droit à l'intégrité de la personne, notamment en matière de consentement libre et éclairé dans le domaine médical (Charte des droits fondamentaux, 2000). Il y serait ajouté que "toute personne a le droit à l'autonomie physique, à un accès libre, informé, complet et universel aux droits sexuels et génésiques et à tous les services de santé connexes sans discrimination, y compris l'accès à un avortement sûr et légal" (Ouest France, 2024). Cette modification ferait du droit à l'avortement une liberté fondamentale et un droit humain, le protégeant notamment de quelque remise en cause. Ainsi, 336 parlementaires européens ont voté pour la résolution contre 163 s'opposant, et 39 s'abstenant (Euronews, 2024), indiquant clairement la position favorable du Parlement européen sur le sujet. Toutefois, une résolution n'étant pas contraignante, elle ne permet que d'exprimer l'avis de l'hémicycle (article 288 du Traité sur le fonctionnement de l'UE). Ainsi, **si elle a été largement soutenue par une majorité du Parlement**, la résolution n'a pas entraîné la révision immédiate de la Charte, **cette procédure étant complexe et politiquement difficile à mettre en place**.

En effet, la Charte des droits fondamentaux de l'UE, proclamée en 2000, est entrée dans le droit européen en 2009, lui conférant ainsi une valeur contraignante. **Une révision du texte nécessite un vote à l'unanimité du Conseil européen** après consultation du Parlement européen et de la Commission européenne. Les 27 États doivent donc donner leur accord. Par ailleurs, dans certains États, une approbation du Parlement national est exigée avant que le gouvernement ne puisse accepter toute modification des traités européens, c'est le cas en France (Les Surligneurs, 2024). Alors que l'avortement est de plus en plus remis en cause à travers le continent, avec des restrictions de plus en plus fortes en Hongrie ou en Pologne, l'unanimité semble dès lors difficile à atteindre. Par ailleurs, même en cas de révision de la Charte des droits fondamentaux, l'impact

juridique resterait limité, car l'UE n'a que des compétences subsidiaires en matière de santé. L'inscription de l'IVG ne pourrait donc pas contraindre les États réticents. Cela pourrait toutefois donner la possibilité aux femmes de porter des recours devant les instances européennes, bien que ces démarches soient longues et complexes. Il pourrait également être envisageable de modifier la Convention européenne des droits de l'homme, option néanmoins également dépendante du consentement des États, alors que certains pénalisent l'avortement comme l'Andorre. Pour autant, même si une telle révision serait difficilement réalisable et aurait une faible portée juridique, elle permettrait symboliquement de proclamer la liberté des femmes à disposer de leur corps. En somme, **l'inscription de l'IVG dans la Charte serait une première étape symbolique et nécessaire vers d'autres avancées législatives européennes.**

B. Concrétiser le droit à l'IVG dans l'UE : le rôle central des directives européennes

Les directives sont des textes juridiques contraignants, qui s'appliquent dans tous les États membres après transposition en droit national. Avec l'implication de la Commission et du Parlement, et un vote à la majorité qualifiée plutôt qu'à l'unanimité, l'adoption de directives est plus facilement envisageable qu'une révision de la Charte.

• Directive européenne sur un seuil minimal d'accès à l'IVG (12 semaines)

Le délai légal pour recourir à un avortement varie selon les États membres, **de 10 semaines au Portugal jusqu'à 24 semaines aux Pays-Bas**. La plupart des pays européens placent leur limite à 12 semaines comme l'Allemagne, l'Italie, la Belgique ou encore la Grèce. La France a récemment étendu ce délai de 12 à 14 semaines par la loi du 2 mars 2022.

Face aux inégalités d'accès à l'IVG au sein de l'Union européenne, l'adoption d'une directive pourrait constituer **une solution pour garantir un socle commun de droits** (Toute l'Europe, 2024). Instrument juridique flexible, la directive permettrait de fixer des objectifs partagés, tels qu'un seuil minimal de garantie d'accès à l'IVG (par exemple jusqu'à 12 semaines), sans imposer une harmonisation complète ou uniforme. Chaque État membre resterait donc libre de définir les modalités pratiques de mise en œuvre, à condition de respecter ce cadre minimal. Ainsi, les limites de temps resteraient de 14 semaines en France ou encore de 22 semaines aux Pays-Bas, tout en obligeant le Portugal à étendre jusqu'à 12 semaines son délai légal. Cette approche permettrait notamment de réduire les écarts entre les pays où l'IVG est un droit pleinement garanti, et ceux où il reste fortement restreint, voire interdit, comme Malte ou la Pologne.

• Directive européenne encadrant la clause de conscience

La "clause de conscience" est une disposition légale qui permet à un professionnel de s'affranchir de certaines de ses obligations (Dalloz, 2024). Dans le cas de l'avortement, elle autorise les médecins à ne pas pratiquer d'acte qui entrerait en conflit avec leurs convictions éthiques, morales et religieuses. **Cette disposition est prévue par 23 pays du continent européen** (France Info, 2021). Selon le site Toute l'Europe, **10% des médecins en moyenne ont recours à cette clause en Europe**, bien que ce chiffre cache des réalités disparates. Ainsi, 70% des praticiens refusaient de pratiquer un IVG en Italie en 2019, tandis qu'en Croatie, 59% des gynécologues ont recours à la clause de conscience.

Le **14 février 2017** déjà, une **résolution du Parlement européen** estimait "que le nombre croissant de médecins refusant de réaliser des avortements dans les États membres constitue une nouvelle menace pour la santé et les droits des femmes". Elle enjoignait ainsi "les États membres de veiller à ce que les hôpitaux comptent au moins un nombre minimal de professionnels de santé habilités à réaliser les avortements".

Huit ans plus tard, une directive européenne encadrant la clause de conscience semble donc urgente et nécessaire. Cette directive européenne pourrait inclure plusieurs garde-fous : l'obligation de renvoi, tout d'abord, imposerait à tout professionnel refusant de pratiquer une IVG de réorienter immédiatement et activement la patiente vers un collègue disponible, dans les délais compatibles avec l'urgence de l'intervention. Ensuite, **une répartition territoriale équitable des praticiens non objecteurs** permettrait d'éviter des "déserts médicaux " où la clause de conscience rendrait l'accès à l'IVG impossible. Enfin, **la mise en place d'un suivi statistique régulier** à l'échelle européenne sur le recours à cette clause permettrait d'identifier les zones à risque et d'ajuster les politiques publiques de manière ciblée.

C. Les initiatives citoyennes européennes

Si l'inclusion dans la Charte ou l'adoption de directives est compliquée par des tensions politiques, il est possible pour les citoyens européens de forcer la Commission à se saisir du sujet de l'avortement au niveau européen grâce aux **procédures d'initiatives citoyennes**, qui peuvent imposer des revendications dans l'agenda politique de la Commission.

L'initiative citoyenne européenne est consacrée par **l'article 11 du TUE** et permet aux citoyens de demander à la Commission européenne de soumettre une proposition d'acte juridique. Elle se rapproche du droit d'initiative du Parlement (art. 225 TFUE) et du Conseil (art. 241 TFUE). L'initiative doit être portée par un comité composé d'au moins sept citoyens de l'UE, résidant dans sept États membres. Une fois l'initiative enregistrée par la Commission, les organisateurs disposent de **12 mois pour recueillir un million de signatures dans au moins sept États membres**. Dans un délai de six mois après réception de l'initiative, la Commission publie une **communication officielle** exposant ses conclusions juridiques et politiques **sur la recevabilité et la pertinence de l'initiative**, une liste formelle des **suites envisagées** (proposition d'acte législatif, autre mesure non législative, ou absence de suite motivée), et un calendrier de mise en œuvre, si des mesures sont prévues. Le Parlement européen peut exercer un **suivi politique** du traitement de l'initiative par la Commission. Il peut notamment demander des explications ou débattre du bien-fondé de l'action ou de l'inaction de la Commission (Parlement européen, Fiches thématiques sur l'Union européenne). Depuis la création de ce mécanisme, 111 initiatives ont été enregistrées, dont 10 ont atteint le seuil requis, entraînant des auditions et des réponses officielles de la Commission.

Concernant l'avortement, l'**initiative "My Voice, My Choice"**, enregistrée en 2024, demande à la Commission de présenter "une proposition de **soutien financier**" pour des États proposant des IVG afin de permettre à toutes les femmes d'Europe d'y voyager pour pouvoir avorter (Volt, 2024). L'initiative ne cherche donc pas à modifier les dispositions législatives concernant l'avortement, mais à renforcer les compétences d'appui en la matière de l'UE telles que définies dans différents traités (Union européenne, 2024). En mars 2025, l'initiative avait récolté plus d'1,2 millions de signatures, issues des 27 États membres, preuve de la mobilisation citoyenne pour une protection européenne de l'avortement. La Commission dispose maintenant de six mois pour se prononcer sur l'initiative, soit en proposant une législation en conséquence soit en motivant son inaction.

L'initiative citoyenne est donc avant tout un **levier de mise à l'agenda (agenda-setting)** qui, couplé à des campagnes médiatiques et dans un cadre politiquement favorable, peut conduire la Commission à examiner des textes pour protéger l'IVG au niveau européen, tout en démontrant **l'urgence sociale** du sujet aux États réfractaires. Ce n'est pas un instrument contraignant, et il fonctionne à **double tranchant**. En 2014, une initiative citoyenne a récolté 2 millions de signatures pour demander à la Commission européenne d'interdire le financement de toute pratique "détruisant des vies humaines avant la naissance" (Puppink, 2014).

2 DÉPLOYER DES INSTRUMENTS JURIDIQUES ET FINANCIERS POUR GARANTIR L'ACCÈS À L'IVG

Plusieurs **instruments juridiques et financiers** sont disponibles dans le cadre européen pour contraindre les États membres à **garantir un droit minimal à l'avortement**, au-delà de l'adoption de directives et règlements qui nécessitent un compromis politique sur les textes.

A. Les critères de Copenhague et l'adhésion à l'UE

Parmi les critères d'adhésion à l'Union européenne, le Traité sur l'Union européenne (TUE) mentionne **“l'État de droit, les droits de l'homme, le respect et la protection des minorités”** (Critères de Copenhague, art. 49 du TUE). Il s'agit alors d'une question de cadrage : inclure le droit à l'avortement dans les droits humains permettrait juridiquement de l'opposer comme **condition implicite à toute adhésion à l'UE**. Les critères de Copenhague ont montré leur succès, en particulier pour les pays de l'ancien bloc communiste qui ont rejoint l'UE avec une “européanisation” autour de valeurs politiques et un rattrapage économique certain (Heimerl, 2003).

Bloquer une adhésion n'est pas un processus mécanique mais le résultat d'un **vote à l'unanimité**, à partir de ces critères politiques. L'UE a ainsi déjà accepté une extension à des États qui ne remplissaient pas tous les critères de Copenhague (notamment les critères économiques de marché viable et concurrentiel) lorsqu'ils présentaient des garanties de réformes et d'efforts en ce sens. Cela constituerait tout de même une **pression diplomatique** non négligeable, et un levier d'action pour la **politique étrangère** de l'Union.

Cependant, les critères de Copenhague s'adressent aux pays candidats, et ne font pas l'objet de contrôle pour les États membres. Certains de ces critères sont explicitement remis en cause par certains États, par exemple par la Pologne ou par la Hongrie avec des **mesures de restrictions des libertés personnelles** et de fragilisation du système judiciaire, qui mettent en cause l'effectivité de l'État de droit dans ces pays, sans sanctions possibles par ce biais. Inclure l'avortement dans les critères de Copenhague (au titre des droits humains) ne sera donc pas un levier de contrôle pour les États déjà partie prenante de l'Union.

B. L'État de droit et la conditionnalité des financements

D'autres mécanismes peuvent être mobilisés pour s'adresser directement aux États membres. En effet, la notion d'**état de droit** est partie intégrante d'autres leviers juridiques et financiers, comme condition de la garantie des droits humains fondamentaux.

- **La juridiction de la CJUE**

Le processus de construction européenne a concerné en grande partie l'**intégration juridique** des États membres et des institutions européennes. En effet, les règlements et directives sont d'**effet direct** dans les États membres (art. 288 TFUE), c'est à dire qu'ils s'y appliquent et sont invocables par les justiciables en cas de non-respect de droits humains consacrés en droit européen. Les **juges nationaux** doivent assurer le respect des règlements et des directives transposées, y compris dans l'hypothèse d'un texte protégeant le droit à l'avortement même si celui-ci était contraire au droit interne. La **Cour de justice de l'Union européenne (CJUE)** veille

également à l'application du droit européen dans les États membres, et peut être saisie directement par les citoyens européens en cas de litige. La Cour de justice a reconnu la responsabilité des États membres en cas de violation du droit de l'Union, ce qui renforce la protection des droits conférés aux particuliers et favorise une application plus rigoureuse des normes européennes. De telles violations peuvent entraîner des **obligations de réparation**, avec des **conséquences financières** potentiellement lourdes. En cas de non-exécution d'un arrêt de la Cour constatant un tel manquement, elle peut imposer à l'État concerné une **astreinte** ou une **somme forfaitaire**.

Concernant l'avortement, la Cour s'est peu prononcée sur le sujet, qui ne fait pas l'objet d'une protection européenne pour l'instant. Dans l'arrêt CJCE, The Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd contre Stephen Grogan et autres.C-159/90, 4 octobre 1991, la Cour rappelle ainsi qu'elle est chargée d'assurer le **respect des droits fondamentaux**, "dès lors qu'une réglementation nationale entre dans le champ d'application du droit communautaire". Dans cette jurisprudence, la Cour accepte finalement la restriction d'associations étudiantes diffusant en Irlande les adresses et moyens d'accès à des cliniques d'avortement dans d'autres États membres. Cette décision est notamment justifiée par l'exclusion de l'avortement du droit communautaire. S'il venait à y être inclus expressément, par les différents moyens évoqués ici (inclusion dans la Charte des droits, protection par une directive ou un règlement...), **la Cour serait alors compétente pour juger d'une question relative à l'accès à l'avortement**, et à condamner un État qui ne serait pas en règle avec les exigences européennes.

• La conditionnalité financière de la Commission européenne et du Conseil de l'UE

Depuis le Règlement 2020/2092, la Commission peut proposer la **suspension ou la réduction des aides financières à un État** en cas de "**violation des principes de l'état de droit**", et le Conseil vote à la majorité qualifiée (Règlement - 2020/2092 - FR - EUR-Lex). Le mécanisme de conditionnalité actuel cible surtout les défaillances judiciaires (indépendance de la justice, corruption). Le Conseil a ainsi décidé de suspendre 6,3 milliards d'euros à destination de la Hongrie en 2022 en raison de conflits d'intérêts et de corruption dans la passation des marchés publics, prononçant même une mise en demeure et l'organisation régulière d'audits pour garantir le respect de la législation anti-corruption. Face à des mesures correctives jugées insuffisantes, la suspension a été maintenue en 2023.

Ce **mécanisme de conditionnalité** est donc un levier efficace pour contraindre les États membres à **respecter différents enjeux de démocratie et de droits humains**. S'il est mobilisé jusqu'à présent pour des défaillances structurelles qui mettent en péril le bon fonctionnement des institutions européennes (en limitant par exemple le recours à la justice et donc le respect du droit européen à effet direct), on peut imaginer qu'il soit **étendu à des droits personnels**, suivant la tendance de l'Union qui évolue depuis sa création d'une communauté économique à un idéal politique qui place l'être humain "au centre de tout" (Du Bois, 2007). Le règlement fait ainsi référence à de multiples reprises aux "**valeurs communes**" des États membres, dont notamment **l'égalité femmes-hommes**. Considérer que la restriction de l'IVG équivaut à une violation des valeurs de l'UE, par une atteinte à l'égalité entre les femmes et les hommes et entre les citoyennes européennes, une atteinte à la liberté personnelle (art. 7 de la Charte), et dans l'ensemble un frein à l'autonomie sociale et économique des femmes, pourrait permettre d'utiliser les instruments de conditionnalité du budget européen pour y répondre.

En pratique, le recours à cette clause est difficile et requiert un soutien politique fort pour obtenir la majorité au Conseil de l'UE. Même pour les États membres en faveur d'un accès libre à l'avortement, ce mécanisme peut être vu comme une ingérence massive de l'UE dans les affaires nationales, et faire craindre des mesures similaires à leur encontre dans le futur. Il pourrait être envisagé d'inclure la CJUE dans la procédure de conditionnalité budgétaire, en cas de condamnation d'un État membre en lien à l'état de droit ou aux droits humains. Mais là encore, une telle réforme a peu de chance d'aboutir puisqu'elle entrave l'exercice de la souveraineté des États membres.

C. Aligner les normes médicales et pharmaceutiques sur les droits reproductifs

Un dernier levier existant consiste à **compléter les normes médicales et médicamenteuses** pour mieux protéger l'effectivité de l'IVG. En effet, avec une compétence d'appui en matière de santé, l'UE peut intervenir "pour soutenir, coordonner ou compléter les actions de ses États membres" (art. 6 du Traité sur le Fonctionnement de l'Union européenne - TFUE). Différentes politiques de santé existent donc bel et bien à l'échelle européenne, pour appuyer des politiques nationales. Dans le cadre de l'avortement, deux dispositifs pourraient être complétés pour mieux protéger et soutenir activement l'accès à l'IVG : la sécurisation des médicaments essentiels et le système d'assurance maladie européenne.

- **Compléter la liste des médicaments essentiels**

L'accès à l'IVG médicamenteuse demeure ainsi très inégal en Europe, en grande partie à cause de la **disponibilité variable des médicaments essentiels** tels que la mifépristone et le misoprostol. Or, avec une compétence d'appui en matière de santé, l'UE peut intervenir "pour soutenir, coordonner ou compléter les actions de ses États membres" (art. 6 du Traité sur le Fonctionnement de l'Union européenne - TFUE). Depuis 2023, la Commission européenne a créé une liste européenne de médicaments considérés critiques pour l'ensemble des systèmes de santé européens, qui ne comprend pas le misoprostol ([European Medicines Agency, 2023](#)). Pour garantir un accès équitable à ces traitements, **il est crucial d'inclure ces deux médicaments dans la liste européenne des médicaments critiques**. L'OMS les considère tous deux comme des médicaments essentiels. Leur inscription dans la liste européenne permettrait de garantir un accès sûr, accessible à l'IVG médicamenteuse.

- **Intégrer l'IVG à la prise en charge européenne d'assurance maladie.**

La carte européenne d'assurance maladie (CEAM) permet actuellement la prise en charge des soins médicalement nécessaires lors de séjours temporaires dans un autre État membre, mais elle n'est pas valable pour des soins programmés, comme l'IVG, c'est-à-dire lorsque le déplacement a pour but principal de bénéficier de ce soin ([Service-Public.fr, 2024](#)). Plusieurs acteurs, dont le Planning familial, recommandent d'**étendre le champ d'application de la CEAM** pour permettre la prise en charge de l'IVG à l'étranger, en particulier pour les femmes confrontées à des restrictions dans leur pays d'origine ([Planning familial, 2024](#)).

3 RENFORCER LA GOUVERNANCE EUROPÉENNE EN MATIÈRE D'IVG ET GARANTIR SON RAYONNEMENT INTERNATIONAL

Face aux inégalités persistantes entre États membres et aux remises en cause croissantes des droits reproductifs, **l'Union européenne doit renforcer sa gouvernance en matière d'accès à l'avortement**. En mobilisant ses agences existantes, et en s'appuyant sur des initiatives nationales, elle peut mieux coordonner le suivi, identifier les obstacles, diffuser les bonnes pratiques et progresser vers une harmonisation des politiques. Cette gouvernance doit s'inscrire dans la durée et s'accompagner d'une diplomatie féministe forte, afin de défendre les droits sexuels et reproductifs au sein de l'UE comme à l'international.

A. Affirmer une stratégie européenne proactive face aux menaces de propagande et de désinformation

- **Interdire les financements européens aux groupes anti-choix**

Afin de renforcer la gouvernance pro-choix au niveau européen et d'éviter que des fonds communautaires ne soutiennent, même indirectement, des organisations ou projets hostiles aux droits sexuels et reproductifs, il est indispensable d'introduire une **clause de conditionnalité explicite** dans les **principaux programmes de financement de l'UE** (FSE+, Erasmus+, EU4Health, Horizon Europe, etc.). Cette clause, inscrite dans les règlements d'application, exclurait tout octroi de financement aux acteurs dont les activités ou les discours visent à restreindre le droit à l'avortement ou à diffuser des informations erronées sur celui-ci. **L'attribution des fonds devrait être conditionnée à un engagement** clair en faveur des valeurs fondamentales de l'Union, notamment l'égalité femmes-hommes et le respect des droits fondamentaux, tels qu'énoncés à l'article 2 du TUE. **L'évaluation des candidatures** pourrait s'appuyer sur une analyse préalable des antécédents et des activités des structures, en s'inspirant des **critères d'éligibilité** déjà en vigueur dans le programme CERV, qui écarte les acteurs discriminatoires.

En complément, des **mécanismes de contrôle et de transparence** devraient être mis en place : **audits réguliers** des projets financés, **publication annuelle de la liste des bénéficiaires** assortie d'une information sur leur positionnement en matière de droits reproductifs, et mise en place d'un système de signalement accessible aux citoyens et aux associations. De telles mesures pourraient s'appuyer sur les outils juridiques existants, notamment le règlement financier de l'UE, la possibilité pour la Commission de suspendre les fonds en cas de non-respect des valeurs de l'Union, ainsi que les engagements inscrits dans la stratégie pour l'égalité entre les femmes et les hommes ou le Plan d'action pour l'égalité des genres (GAP III). L'ensemble de ces dispositifs permettrait de garantir une allocation cohérente des ressources européennes et d'ancrer durablement une gouvernance alignée sur les principes pro-choix.

- **Lutter contre la désinformation sur l'IVG, un enjeu stratégique de santé publique**

L'UE dispose d'un levier majeur avec le **Digital Services Act (DSA)**, qui impose aux très grandes plateformes des obligations strictes en matière de modération des contenus préjudiciables, de transparence algorithmique et de traçabilité des publicités sensibles. Ce cadre doit être pleinement mobilisé pour lutter spécifiquement contre la désinformation anti-IVG : par exemple, en encourageant la **labellisation** ou le **retrait des contenus mensongers sur l'avortement** en tant que discours de haine ou contenus illégaux, ou en déclarant ces contenus comme "socialement préjudiciables" au titre de de l'article 25 du DSA, afin d'imposer des évaluations de

risques spécifiques aux plateformes concernées. Il conviendrait également de mettre en place un mécanisme d'alerte rapide (trusted flaggers), financé par la Commission, pour signaler les fausses informations liées à l'IVG, dans le cadre du Code européen de bonnes pratiques contre la désinformation de 2022.

Parallèlement à cette régulation, l'UE doit intensifier ses efforts d'information à travers des **campagnes multilingues, culturellement adaptées et factuelles**, ciblant les publics les plus vulnérables à la désinformation – en particulier les jeunes, les femmes migrantes, les minorités religieuses et les populations rurales. Ces campagnes, coordonnées par des consortiums d'associations en lien avec les **agences nationales de santé publique** et des institutions comme le **Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC)**, devraient s'appuyer sur des formats accessibles et engageants (vidéos, témoignages, infographies) et être intégrées dans les stratégies du **Plan d'action pour l'égalité de genre** (GAP III). Inspirée du modèle du Vaccine Hub mis en place pendant la pandémie, l'UE pourrait soutenir la création d'observatoires européens de la désinformation reproductive, capables d'identifier et de suivre les infodémies liées à l'IVG.

Enfin, il est crucial de renforcer **l'éducation aux médias et à l'esprit critique** dès le plus jeune âge, notamment via les programmes Erasmus+, en formant les enseignants aux enjeux de santé reproductive et à la déconstruction des stéréotypes. Pour soutenir l'ensemble de ces actions, des financements via EU4Health devraient être mobilisés afin de cofinancer des projets de prévention, de lutte contre les stéréotypes et de renforcement de la littératie reproductive. Ces actions coordonnées contribueraient à restaurer la confiance dans les services de santé sexuelle et reproductive, en diffusant une information fiable, fondée sur des données scientifiques et respectueuse des droits.

B. Gouvernance européenne et gestion du suivi

- **Renforcer la gouvernance interne : créer une architecture de suivi et d'expertise européenne de l'IVG**

Assurer un accès effectif et équitable à l'IVG en Europe requiert la mise en place d'une gouvernance à plusieurs niveaux, articulant expertise scientifique, coordination et transparence. En premier lieu, le Parlement européen et la Commission pourraient ainsi mandater **l'Institut européen pour l'égalité des genres (EIGE)** pour conduire une **étude approfondie sur l'IVG** dans l'Union, analysant à la fois les cadres juridiques, les obstacles pratiques et les disparités régionales. Cette étude, financée via Horizon Europe ou EU4Health, permettrait de produire des données comparables, de construire des indicateurs harmonisés et d'identifier les barrières non légales, notamment logistiques et socio-culturelles en venant compléter les efforts déjà entrepris par l'EIGE dans son Index européen de l'égalité.

Dans une logique de consolidation, l'EIGE pourrait créer un **Observatoire européen de l'IVG**, éventuellement en partenariat avec l'ECDC et sous l'égide de l'Institut européen de l'égalité entre les femmes et les hommes, chargé de collecter et d'analyser annuellement les données nationales, en lien avec **Eurostat** et les **Hauts conseils de santé publique des États membres** (tels que le **Haut Conseil de la santé publique** en France ou le **Robert Koch-Institut** en Allemagne). Ce travail de suivi pourrait être complété par l'organisation de revues périodiques interinstitutionnelles (**Commission, Comité des représentants permanents** - COREPER), assorties

de rapports adressés au Parlement européen. Une session parlementaire annuelle dédiée à l'IVG renforcerait la visibilité politique de ces enjeux. L'Observatoire pourrait également mettre en place une cartographie interactive de l'accès à l'IVG en Europe, accompagnée d'études de cas nationales, sur le modèle de l'Observatoire européen de la santé des femmes de l'OMS Europe.

- **Développer une diplomatie féministe pro-choix dans la politique extérieure de l'Union européenne**

L'Union européenne doit promouvoir les droits sexuels et reproductifs, y compris l'avortement, au cœur de sa politique étrangère et de coopération. L'instrument **"Voisinage et Coopération Internationale – Global Europe"** (en anglais, Neighbourhood, Development and International Cooperation Instrument – NDICI), dont le règlement de 2021 prévoit que **85 % des projets doivent avoir pour objectif principal ou significatif l'égalité de genre**, constitue un levier clé pour inscrire ces droits dans la programmation extérieure de l'UE. Il est essentiel de garantir qu'une part significative de ces projets soutienne explicitement les droits sexuels et reproductifs. Dans cette optique, les délégations de l'UE dans les pays tiers doivent pleinement mettre en œuvre le **Plan d'action pour l'égalité des genres III (GAP III)**, adopté en 2020, qui appelle à intégrer les droits et la santé sexuels et reproductifs (SRHR) dans tous les programmes de coopération.

Plusieurs actions concrètes peuvent être envisagées : lancer ou renforcer, dans le cadre de NDICI, des **Team Europe Initiatives** dédiées à la santé reproductive (par exemple, un fonds pour l'accès à un avortement sécurisé dans les régions non couvertes), utiliser l'examen à mi-parcours pour augmenter les financements en faveur de la santé maternelle et de l'IVG, ou encore inscrire explicitement la promotion de l'avortement dans la programmation 2021-2027 avec les pays ACP et les pays du voisinage. L'UE doit également défendre ces enjeux dans les **enceintes multilatérales** comme l'ONU, le G7 ou le G20, en co-sponsorisant des **résolutions en faveur des SRHR** et en s'imposant comme une voix forte pour un avortement sûr. Au niveau bilatéral, elle peut **conditionner ses partenariats à des engagements** en faveur de l'égalité et financer, via le NDICI et en partenariat avec des ONG internationales comme l'IPPF, les mouvements féministes pro-choix locaux.

Des exemples récents illustrent la faisabilité de cette approche : en 2022, la Commission européenne et l'Union africaine ont lancé une initiative conjointe sur la santé sexuelle et reproductive, tandis que certains États membres comme la France ont déjà adopté une **diplomatie féministe assumée soutenant activement l'accès à l'IVG à l'étranger**. L'Union européenne gagnerait à s'en inspirer pour renforcer la cohérence entre les valeurs internes de l'Union – liberté, dignité, égalité – et sa politique internationale, donnant à la diplomatie européenne une portée normative à la fois ambitieuse et résolument féministe.

V. CONCLUSION

L'actualité européenne et mondiale autour du droit à l'avortement nous alerte sur **une dynamique préoccupante de remise en cause des droits sexuels et reproductifs des femmes**. À l'échelle de l'Union européenne, alors même que des avancées notables ont été obtenues au fil des décennies, les reculs récents – qu'ils soient législatifs, politiques ou symboliques – rappellent que ces droits ne peuvent être considérés comme acquis.

Ce projet, mené par des étudiantes du Certificat égalité femmes-hommes et politiques publiques de Sciences Po, en partenariat avec l'Association des Anciennes Députées, s'inscrit dans une **volonté de documenter précisément les réalités d'accès à l'interruption volontaire de grossesse dans différents États membres, au-delà des textes de loi**. En croisant une revue de littérature, l'analyse de cadres législatifs nationaux, des entretiens avec des actrices de terrain, et des réflexions politiques européennes, nous avons pu identifier de nombreuses failles structurelles : clause de conscience non encadrée, surmédicalisation, inégalités territoriales et socio-économiques, désinformation active, stigmatisation, ou encore pression des lobbys conservateurs.

Deux constats majeurs se sont imposés tout au long de notre travail. D'une part, la surmédicalisation de l'avortement ne s'appuie pas toujours sur des fondements scientifiques avérés ; elle traduit souvent, en creux, des logiques idéologiques visant à encadrer, voire restreindre, l'autonomie des femmes sur leur propre corps. D'autre part, malgré la montée des nationalismes, le retour de politiques natalistes ou de normes morales conservatrices, les femmes ont eu, ont, et auront toujours recours à l'avortement — preuve que ce droit, même fragilisé ou restreint, répond à un besoin réel et constant.

Face à ce constat, la réponse européenne se doit d'être ambitieuse. Certes, **l'inscription du droit à l'avortement dans la Charte des droits fondamentaux de l'Union** semble aujourd'hui difficile à atteindre, tant les résistances politiques sont fortes. Mais cette revendication demeure essentielle : elle permet d'ouvrir un débat de fond, de projeter une vision politique commune, et d'affirmer que **l'Union européenne peut être un acteur moteur des droits des femmes**. Aussi, l'ensemble des recommandations formulées dans ce rapport s'inscrit dans cette perspective. Elles visent à garantir un accès minimal à l'IVG dans tous les pays membres, à lutter contre la stigmatisation des femmes, à renforcer l'autonomie corporelle, à promouvoir une éducation complète aux droits reproductifs, et à soutenir les réseaux transnationaux d'entraide et d'activisme. Plus largement, elles rappellent que les droits des femmes, en particulier leur liberté reproductive, ne peuvent être défendus efficacement sans une coopération transnationale, sans une volonté politique ferme, et sans une vigilance constante face aux reculs possibles.

Ce rapport n'est bien sûr pas exempt de limites. Dans un souci de pertinence et en accord avec nos partenaires de l'Association des Anciennes Députées, nous avons opté pour une approche européenne fondée sur les droits humains, plutôt qu'un cadrage strictement sanitaire, ce dernier relevant essentiellement des compétences nationales. Ce choix, encouragé notamment par la chercheuse Hazal Hatay, oriente notre analyse et détermine la nature de nos recommandations. Certaines d'entre-elles pourraient se heurter aux contraintes institutionnelles et juridiques de l'Union, ce qui nous a conduits à proposer également des pistes d'action concrètes et localisées, davantage compatibles avec les réalités

actuelles des compétences européennes. Par ailleurs, nous avons pleinement conscience que plusieurs de **nos propositions sont aujourd'hui difficilement applicables dans un climat politique marqué par de fortes tensions idéologiques.**

Néanmoins, ce travail conserve tout son intérêt, car il entend **remettre la question du droit à l'avortement au cœur du débat européen**, dans un contexte où ce sujet tend à s'effacer derrière d'autres priorités institutionnelles. Sa portée en tant que rapport universitaire est limitée, mais nous nourrissons l'ambition de le diffuser largement, y compris auprès de publics peu sensibilisés à ces enjeux.

Ce travail se veut ainsi un **outil d'analyse, de plaidoyer, mais aussi de mobilisation.** Défendre l'avortement, c'est aussi affirmer une vision de l'Europe fondée sur l'égalité, la dignité et l'autonomie des femmes — une vision que ce rapport, appuyé sur des références médicales, juridiques, sociologiques et historiques, s'efforce de rendre accessible et pertinente au-delà des cercles déjà sensibilisés.

Ainsi, nous invitons les acteurs concernés par cette question à s'emparer de nos recommandations, ainsi qu'à replacer l'accès à l'avortement au cœur des préoccupations politiques et médiatiques, afin de garantir à toutes les femmes en Europe et ailleurs, le droit de disposer de leur corps.

Remerciements

Nous adressons nos sincères remerciements à **l'Association des Anciennes Députées**, et tout particulièrement à **Catherine Coutelle, Martine Lignières-Cassou, Fantine Garnier-Collot et Laurence Gayte**, qui nous ont offert l'opportunité de mener ce travail. Leur confiance, leur disponibilité et leur regard bienveillant nous ont permis de travailler avec rigueur tout en conservant une grande liberté dans notre approche.

Nous souhaitons également remercier chaleureusement **Violette Toye**, qui nous a accompagnées tout au long de l'année dans le cadre du **Certificat Égalité femmes-hommes et politiques publiques**. Son écoute, ses conseils avisés et le temps qu'elle nous a consacré ont été précieux à chaque étape de ce projet.

Nous remercions également **Hélène Périvier** et **Najat Vallaud-Belkacem**, directrices du Certificat, pour leur soutien et leurs remarques, ainsi que pour leur engagement dans ce programme stimulant et porteur de sens.

Enfin, nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à toutes les femmes qui ont accepté de répondre à nos questions afin de partager leurs expertises et leurs engagements : **Isabel Stabile, Joanna Walczak, Gisela Hilgefort, Alina Chakh, Albane Gaillot, Richael Carroll, Hazal Atay et Emma Fourreau**. Leurs témoignages ont grandement enrichi notre réflexion et donné une portée concrète et humaine à notre analyse.

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

- Hazal Atay et Hélène Périvier (2023) Symposium : Étudier la controverse autour de l'avortement. <https://www.sciencespo.fr/gender-studies/fr/actualites/etudier-la-controverse-autour-de-lavortement/#:~:text=Hazal%20Atay%20%3A%20L%27acc%C3%A8s%20%C3%A0,La%20perspective%20de%20justice.>
- Hazal Atay, Guillaume Levrier. Vers une européanisation du droit à l'avortement?. 2024. hal- 04604951
- Hazal Atay (2023, 1 février). « La demande de constitutionnalisation du droit à l'avortement n'est ni une utopie ni une revendication extrême » . Le Monde.fr. https://www.lemonde.fr/idees/article/2023/02/01/ivg-la-demande-de-constitutionnalisation-du-droit-a-l-avortement-n-est-ni-une-utopie-ni-une-revendication-extreme_6160125_3232.html
- Human Rights Watch (2022) 'Q&A : Access to Abortion is a Human Right', 5 juillet. <https://www.hrw.org/news/2022/06/24/qa-access-abortion-human-right#:~:text=Abortion%20restrictions%20do%20not%20prevent,or%20prosecuted%20for%20suspected%20abortions.>
- Miller, Sarah, Wherry, Laura R., and Diana Greene Foster, 2020. "The Economic Consequences of Being Denied an Abortion." National Bureau of Economic Research, Working Paper 26662. Retrieved from <https://www.nber.org/papers/w26662>.
- Myers, Caitlin Knowles, 2017. "The Power of Abortion Policy: Reexamining the Effects of Young Women's Access to Reproductive Control" Journal of Political Economy 125(6). Retrieved from <https://doi.org/10.1086/694293>.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2023) Recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge des soins post-abortum. Genève : OMS. <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/MAR-CC-31-05-OPERATIONALGUIDANCE-fra-Best-Practice-Recommendations-PAC.pdf>
- Sillah, F. et Jullien, D. (2024) États-Unis : Quels États ont interdit l'avortement ? Dans lesquels son accès a-t-il été étendu ? Le droit à l'IVG État par État. Le Monde, 24 avril 2024. https://www.lemonde.fr/international/article/2024/04/24/etats-unis-quels-etats-ont-interdit-l-avortement-dans-lesquels-son-acces-a-t-il-ete-etendu-le-droit-a-l-ivg-etat-par-etat_6179041_3211.html
- Vie publique (2024) Liberté de recours à l'IVG dans la Constitution : loi du 8 mars 2024. <https://www.vie-publique.fr/loi/292357-liberte-recours-ivg-dans-la-constitution-avortement-loi-du-8-mars-2024>
- World Health Organization (2022) Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349316/9789240039483-eng.pdf>

FICHES PAYS

MALTE

- Brownrigg, K. (2023). Turning point in Malta: the story behind the new abortion legislation. Youth Europa. https://youth.europa.eu/news/turning-point-malta-story-behind-new-abortion-legislation_en
- Caruana-Finkel, L. (2021). Abortion in Malta: The case for legislative reform. Sexual and Reproductive Health Matters, 29(3), 1683127. <https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1683127>
- Caruana-Finkel, L. (2021). Abortion in the time of COVID-19: perspectives from Malta. Journal of Public Health, 43(1), e138–e139. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7888034/>
- Cioffi, V., Grech, L., Grech, K., & Grech, A. (2023). Healthcare in Malta: Restrictive legal frameworks and reproductive rights. Healthcare, 11(4), 520. <https://www.mdpi.com/2227-9032/11/4/520>
- Soraya, K. (2023). Malta's abortion law reform: A European first or a missed opportunity? EUobserver. <https://euobserver.com/eu-political/ar6be14217>
- Arena, M. (2021). Abortion: Three people investigated, none charged in past five years. Times of Malta. <https://timesofmalta.com/article/abortion-three-people-investigated-none-charged-in-past-five-years.873643/>
- Dibben, A., Vella, C., & Sant, A. (2023). What can Malta teach us about decriminalising abortion? BMJ Sexual & Reproductive Health, 49(3), 176–177. <https://srh.bmj.com/content/49/3/176>
- Barrett, G. (2023). Why is Malta's move to ease total abortion ban so divisive? Context. <https://www.context.news/socioeconomic-inclusion/why-is-maltas-move-to-ease-total-abortion-ban-so-divisive>
- Women on Web. (n.d.). Women on Web - online abortion help. <https://www.womenonweb.org/en/>

POLOGNE

- Amnesty International France (2023) 'Droit à l'avortement en Pologne : où en est-on aujourd'hui ?', Amnesty France. <https://www.amnesty.fr/droits-sexuels/actualites/droit-a-lavortement-en-pologne-ou-en-est-on-aujourd'hui>
- Arte (2023) IVG en Pologne : les médecins laissent des femmes mourir. YouTube video. <https://www.youtube.com/watch?v=lddGYiMvjIM>
- Euractiv France (2024) 'La Pologne restreint la clause de conscience sur l'avortement', Euractiv.fr. <https://www.euractiv.fr/section/droits-et-systemes-de-sante/news/la-pologne-restreint-la-clause-de-conscience-sur-lavortement/>
- Gals4Gals, Derruine, O. & Maes, R. (2018) 'Lutter pour les droits reproductifs en Pologne', La Revue Nouvelle, 2(2), pp. 55-63. <https://doi.org/10.3917/rn.182.0055>
- Rabin, M. (2023) 'IVG en Pologne : les médecins laissent des femmes mourir', L'Humanité, 20 juin. <https://www.humanite.fr/monde/pologne/ivg-en-pologne-les-medecins-laissent-des-femmes-mourir-799752>
- Zaręba, K., Herman, K., Kołb-Sielecka, E. & Jakiel, G. (2021) 'Abortion in Countries with Restrictive Abortion Laws—Possible Directions and Solutions from the Perspective of Poland', Healthcare, 9(11), p. 1594. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8618220>

ALLEMAGNE

- Reimer, S.C. (2024) Deutscher Bundestag - Neuregelung des Schwangerschaftsabbruch-Paragrafen umstritten. <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2024/kw49-de-schwangerschaftsabbruch-1032654>.
- Bergmann, A. (2024) Die Abtreibungspraxis im Deutschen Kaiserreich. <https://www.digitales-deutsches-frauenarchiv.de/angebote/dossiers/218-und-die-frauenbewegung/die-abtreibungspraxis-im-deutschen-kaiserreich>.
- bpb (2023) Der Schwangerschaftsabbruch in der DDR. <https://www.bpb.de/themen/deutschlandarchiv/542838/der-schwangerschaftsabbruch-in-der-ddr/>.
- Bundesamt für Justiz (1992) SchKG - Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten. <https://www.gesetze-im-internet.de/beratungsg/BjNR113980992.html#:~:text=%C2%A7%2012%20Weigerung,oder%20einer%20schweren%20Gesundheitssch%C3%A4digung%20abzuwenden>.
- Deutscher Bundestag (2015). Gesetz zur Entlassung der Pille danach aus der Verschreibungspflicht und zur Ermöglichung der kostenlosen Abgabe an junge Frauen. <https://dip.bundestag.de/vorgang/gesetz-zur-entlassung-der-pille-danach-aus-der-verschreibungspflicht-und/64814>.
- ELSA (2024) Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages zum 'Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs' und zum Antrag 'Versorgungslage von ungewollt Schwangeren verbessern', ELSA. https://www.bundestag.de/resource/blob/1049686/880b983de6f45d978c63a2a1864223ac/Stellungnahme-Torenz_ELSA.pdf.
- Hanisch, M. (sans date) Schwangerschaftsabbruch, „Abtreibung“. <https://neustadt-und-nationalsozialismus.uni-mainz.de/lexikon/schwangerschaftsabbruch-abtreibung>.
- Horsthemke, S. (2022) Tabuthema Abtreibung. <https://www.spektrum.de/news/schwangerschaftsabbruch-im-medizinstudium-tabuthema-abtreibung/2054778>.
- Janson, M. (2022) Immer weniger Ärzte : Innen führen Abtreibungen durch. <https://de.statista.com/infografik/27437/anzahl-der-praxen-und-krankenhaeuser-in-deutschland-die-schwangerschaftsabbrueche-vornehmen/>.
- Reimer, S.C. (2024) Deutscher Bundestag - Neuregelung des Schwangerschaftsabbruch-Paragrafen umstritten. <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2024/kw49-de-schwangerschaftsabbruch-1032654>.

ITALIE

- Aqad, S. (2024, 24 avril). L'Italie adopte une loi autorisant les groupes « pro-vie » à accéder aux cliniques d'avortement. Euronews. <https://fr.euronews.com/sante/2024/04/24/litalie-adopte-une-loi-autorisant-les-groupes-pro-vie-a-acceder-aux-cliniques-davortement>
- Inquiétude sur le droit à l'avortement en Italie -(s. d.). ARTE. <https://www.arte.tv/fr/videos/111813-000-A/inquietude-sur-le-droit-a-l-avortement-en-italie/>
- Courtade, M & Fullea, C. (2021, 3 septembre). Avortement : les Italiennes face à l'objection de conscience. France Culture. <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/grand-reportage/avortement-les-italiennes-face-a-l-objection-de-conscience-6640836>
- EpiCentro. (s. d.). Interruzione volontaria di gravidanza - EpiCentro - Istituto Superiore di Sanità. EpiCentro. <https://www.epicentro.iss.it/ivg/#:~:text=Dal%201978%20questo%20intervento%20C3%A8,del%20ricorso%20all'aborto%20volontario>.
- Le droit à l'avortement en Italie | Heinrich Böll Stiftung | Bureau Paris - France. (2024, 7 novembre). Heinrich Böll Stiftung | Bureau Paris - France. <https://fr.boell.org/fr/2024/11/07/das-recht-auf-abtreibung-italien>

- Jacomini, R. (2023, 3 juillet). En Italie, Giorgia Meloni rogne l'accès à l'IVG. Le Nouvel Obs. <https://www.nouvelobs.com/monde/20230703.OBS75276/en-italie-giorgia-meloni-rogne-l-acces-a-l-ivg.html>
- Kaval, A. (2024, 19 avril). En Italie, l'extrême droite ouvre la voie aux anti-IVG dans les hôpitaux. Le Monde.fr. https://www.lemonde.fr/international/article/2024/04/19/italie-le-parti-de-giorgia-meloni-ouvre-la-voie-aux-anti-ivg-dans-les-hopitaux_6228728_3210.html
- Loiacono, L. (2024, 26 novembre). L8 # 8217 ; aborto è un diritto, ma non è garantito ovunque. Lavoce.info. <https://lavoce.info/archives/106467/laborto-e-un-diritto-ma-non-e-garantito-ovunque/>
- Tofani, V. (2023, 17 novembre). Aborto in Italia, Legge Aborto in Italia, Legge 194 del 1978. Associazione Luca Coscioni. <https://www.associazionelucacoscioni.it/aborto-in-italia>

IRLANDE

- Abortion Rights Campaign. Abortion law in Ireland. <https://www.abortionrightscampaign.ie/abortion-law-in-ireland/>
- Calkin, S., & Berny, E. (2021). Legal and non-legal barriers to abortion in Ireland and the United Kingdom. *Medicine access @ point of care*. <https://doi.org/10.1177/23992026211040023>
- Carnegie, A. and Roth, R. (2019). 'From the grassroots to the Oireachtas: Abortion law reform in the Republic of Ireland', *Health and Human Rights Journal*, 21(2), pp. 109-120. <https://www.hhrjournal.org/2019/12/from-the-grassroots-to-the-oireachtas-abortion-law-reform-in-the-republic-of-ireland/>
- Grimes, L. et al. (2023). 'Still travelling': Access to abortion post-12 weeks gestation in Ireland', *Women's Studies International Forum*, 98, 102709. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2023.102709>
- Irish Family Planning Association (IFPA). Abortion in Ireland: Legal timeline. <https://www.ifpa.ie/advocacy/abortion-in-ireland-legal-timeline/>
- Masdupuy, A. (2021). L'avortement en Irlande. *Droit, Santé et Société*, 4(4), 11-15. <https://doi.org/10.3917/dsso.084.0011>
- Taouchanov, L. (2023). 'Droits à l'IVG : en Irlande, restrictions, intimidations et inégalités géographiques', *RFI*, 20 juin. <https://www.rfi.fr/fr/europe/20230620-droits-%C3%A0-l-ivg-en-irlande-une-loterie-bas%C3%A9e-sur-le-code-postal>
- Toute l'Europe. (2024). Le droit à l'avortement dans l'Union européenne. <https://www.touteurope.eu/societe/le-droit-a-l-avortement-dans-l-union-europeenne/>

SUÈDE

- Antonio, A. (2022, 19 octobre). Vers la fin d'une politique étrangère féministe en Suède ? | Le Grand Continent. <https://legrandcontinent.eu/fr/2022/10/19/vers-la-fin-dune-politique-etrangere-feministe-en-suede/>
- Clavaud, A., Fondation Jean Jaurès, & Equipop. (2023). Droits des femmes : Combattre le « backlash » : Recommandations pour la politique étrangère de la France. https://www.jean-jaures.org/wp-content/uploads/2023/02/Rapport_Backlash.pdf
- Debove, A. (1979, 30 novembre). En Suède L'avortement remplace trop souvent la contraception. *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/archives/article/1979/12/01/en-suede-l-avortement-remplace-trop-souvent-la-contraception_3053934_1819218.html
- Le droit à son propre corps. (s. d.). informationsverige.se. <https://www.informationsverige.se/fr/om-sverige/att-var-da-sin-halsa-i-sverige/ratten-till-din-egen-kropp.html>
- Sutter, J. (1947). Les avortements légaux eugéniques en Suède, au Danemark et en Suisse. *Population*, 2(3), 575. <https://doi.org/10.2307/1523584>

PAYS-BAS

- Base de données juridiques du Gouvernement néerlandais. Loi sur l'interruption de grossesse. [https://wetten.overheid.nl/BWBR0003396/2025-01-01\(Consulté le : 5 mai 2025\).](https://wetten.overheid.nl/BWBR0003396/2025-01-01(Consulté le : 5 mai 2025).)
- Cessou, S. (2023) 'Droits à l'IVG : aux Pays-Bas, un raidissement conservateur et chrétien', *RFI*, 22 juin. <https://www.rfi.fr/fr/europe/20230622-droits-%C3%A0-l-ivg-aux-pays-bas-un-raidissement-conservateur-et-chr%C3%A9tien>
- Courrier International (2024) 'Le nombre d'avortements augmente aux Pays-Bas, et personne ne sait pourquoi', 26 novembre. https://www.courrierinternational.com/article/societe-le-nombre-d-avortements-augmente-aux-pays-bas-et-personne-ne-sait-pourquoi_224729
- Génétique (2022) Avortement : les Pays-Bas suppriment le délai de réflexion. <https://www.genethique.org/avortement-les-pays-bas-suppriment-le-delai-de-reflexion/>
- Guillaume, A. et Rossier, C. (2018) 'L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences', *Population*, Vol. 73(2), p. 225-322. <https://doi.org/10.3917/popu.1802.0225>

FRANCE

- Justine Chaput, Élodie Baril, Magali Mazuy (2024) L'avortement 50 ans après la loi Veil : un recours et des méthodes qui varient sur le territoire, Population et Sociétés, n° 627
<https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/l-avortement-50-ans-apres-la-loi-veil-un-recours-et-des-methodes-qui-varient-sur-le-territoire/#popsoc-bloc-citer>
- Battaglia, M. (2025). IVG : cinquante ans après la loi Veil, la « clause de conscience » des médecins suscite toujours des questions. Le Monde.fr. https://www.lemonde.fr/societe/article/2025/01/17/ivg-cinquante-ans-apres-la-loi-veil-la-clause-de-conscience-des-medecins-suscite-toujours-des-questions_6502641_3224.html
- 50 ans de la loi Veil : le long parcours de l'avortement en France. (s. d.). Amnesty France.
<https://www.amnesty.fr/droits-sexuels/actualites/ivg-constitution-france-long-parcours-avortement>
- Contributeurs aux projets Wikimedia. (2025, 31 mars). Interruption volontaire de grossesse en France.
https://fr.wikipedia.org/wiki/Interruption_volontaire_de_grossesse_en_France

ANDORRE

- Amnesty International. (2023, 1 décembre). Andorre. Une militante jugée pour avoir fait part de son inquiétude quant à l'interdiction totale de l'avortement lors d'une rencontre de l'ONU.
<https://www.amnesty.org/fr/latest/news/2023/12/andorra-activist-on-trial-for-raising-concerns-about-total-abortion-ban-at-un-meeting/>
- L'Insoumission (@L_insoumission), « À Andorre, l'avortement est interdit même en cas de viol ou de danger pour la vie de la mère. Une militante risque 4 ans de prison pour l'avoir dénoncé à l'ONU », X (anciennement Twitter), 8 mai 2024, https://x.com/L_insoumission/status/1898045384947056935
- Deleurence, G. (2024, 24 janvier). « Macron, coprinced d'Andorre, bouge ton cul, les Andorranes sont dans la rue ». POLITIS. <https://www.politis.fr/articles/2023/12/proces-andorre-vanessa-mendoza-cortes-ivg/>

Recommandations opérationnelles

- Azcué, M. & Mathieu, M. (2017) 'Avorter et accoucher autrement : de la démedicalisation à la reconfiguration des normes sociales', Recherches sociologiques et anthropologiques, 48(2), pp. 95–116. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03150011>
- Baier, A. (2019) 'Schwangerschaftsabbruch – das Tabu in der medizinischen Ausbildung', Pro Familia Magazin. <https://www.uni-giessen.de/de/fbz/zentren/ggs/prina/mediathek/profamilia>
- Benoist, A. (2010) 'La question de l'éthique en soins palliatifs', Revue Laennec, 2010(2), pp. 6-12.
<https://shs.cairn.info/revue-laennec-2010-2-page-6?lang=fr#sIn7>
- Benoist, A. (2014) 'Le défi de l'État-providence face à la mondialisation', Politix, 2014(3), pp. 33-49.
<https://shs.cairn.info/revue-politix-2014-3-page-33?lang=fr&tab=texte-integral#sIn2>
- Bull, S. et al. (2024) 'Feasibility of using an artificially intelligent chatbot to increase access to information and sexual and reproductive health services', Digital Health, 10. <https://doi.org/10.1177/20552076241308994>
- CEDAW General Recommendation No. 35 on Gender-Based Violence Against Women, Updating General Recommendation No. 19 (2017) CEDAW. <https://caselaw.ihra.org/entity/kd5h73z4i2c?page=7&file=1605526826858kjg1x1b2bnk.pdf>
- Conseil de l'Europe (2017) Sexual and reproductive health and rights in Europe progress and challenges.
https://rm.coe.int/follow-up-report-on-the-2017-ip-on-srhr-sexual-and-reproductive-health/1680aea9b4?utm_source=chatgpt.com
- De Londras, F. et al. (2022) 'The impact of mandatory waiting periods on abortion-related outcomes : a synthesis of legal and health evidence', BMC Public Health, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13620-z>
- Dzwokonwska-Godula, K. (2024) 'Imaginer un nouveau contrat de genre pour les droits et la santé sexuels et reproductifs en Europe' Europe Société. <https://www.jean-jaures.org/publication/imaginer-un-nouveau-contrat-de-genre-pour-les-droits-et-la-sante-sexuels-et-reproductifs-en-europe/>
- Eclj (2024). Absence d'information claire et regrets : des femmes ayant avorté témoignent auprès des députés et sénateurs. <https://eclj.org/abortion/french-institutions/leclj-aupres-des-senateurs-et-deputes-?lng=fr#:~:text=L'ECLJ%20a%20rassembl%C3%A9%20douze,28%20et%2029%20f%C3%A9vrier%202024.>
- EU - Your Europe (2024). Presenting a prescription at a pharmacy in another EU country.
https://europa.eu/youreurope/citizens/health/prescription-medicine-abroad/prescriptions/index_en.htm#:~:text=A%20prescription%20delivered%20by%20a%22cross%2Dborder%20prescription%22.
- European Parliament (ed.) (2021) European Parliament Resolution of 24 June 2021 on the situation of Sexual and Reproductive Health and Rights in the EU, in the frame of Women's Health (2020/2215(INI)).
https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0314_EN.html?utm_source=chatgpt.com
- European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights (EPF) & International Planned Parenthood Federation European Network (IPPF EN) (2021) European Abortion Policies Atlas.
https://www.epfweb.org/sites/default/files/2021-09/ABORT%20Atlas_EN%202021-v10.pdf

- Hopkins, J. et al. (2024) 'The importance of insufficient national data on sexual and reproductive health and rights in international databases', *eClinicalMedicine*, 70. [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(24\)00133-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(24)00133-0/fulltext)
- Jarman, M. (2015) 'Relations of Abortion: Crip Approaches to Reproductive Justice', 1(27), pp. 46-66.
- Kauranen, A. (2024) 'Free contraception helps Finland reduce teenage abortions by 66 %', Reuters, 3 juin. <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/free-contraception-helps-finland-reduce-teenage-abortion-by-66-2024-06-03/>
- Pagé et Romani (2023) 'À quoi sert l'intersectionnalité en sciences politiques?', 3(1), pp. 33-53. <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=UBYjEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA33&dq=intersectionnalit%C>
- Ruault, L. (2022) 'Faire de l'avortement "un acte médical comme un autre" : les enjeux croisés de spécialisation et de genre dans la lutte pour l'avortement libre', in Courau, T., Jarty, J. & Lapeyre, N. (eds.) *Le genre des sciences. Approches épistémologiques et pluridisciplinaires*. Le Bord de l'Eau, pp. 131-146. <https://hal.science/hal-03884016/document>
- Simmons, C. et al. (2024) Mobilisation anti-avortement en France - quand les réseaux sociaux menacent le droit à l'IVG. <https://fondationdesfemmes.org/fdf-content/uploads/2024/01/Mobilisation-anti-avortement-en-France-FINAL.pdf>
- Sweeny, K., Lavoie, L. & Hovsepian, F. (2021) 'The impact of COVID-19 on sexual and reproductive health: A global perspective', *The Lancet Global Health*, 9(10), pp. 1343-1349. [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(21\)00552-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(21)00552-0/fulltext)
- Vilain, A., Fresson, J. & Lauden, C. (2024) 'La hausse des IVG réalisées hors établissement de santé se poursuit en 2023', *Études et Résultats*, n° 1311. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-09/ER1311EMB.pdf>
- World Health Organization (2022) Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349316/9789240039483-eng.pdf>

Recommandations législatives

- Baticle, G. (2024, 10 avril). Raphaël Glucksmann (tête de liste Place publique-PS) souhaite l'inscription de l'IVG dans la Charte européenne des droits fondamentaux - Les Surligneurs. Les Surligneurs. <https://lessurligneurs.eu/raphael-glucksmann-tete-de-liste-place-publique-ps-souhaite-linscription-de-livg-dans-la-charte-europeenne-des-droits-fondamentaux/>
- Bernard, M. (2021, 14 décembre). INFOGRAPHIES. Statut juridique, délais, conditions... On a dressé un état des lieux de l'accès des femmes à l'IVG en Europe. Franceinfo. https://www.francetvinfo.fr/societe/ivg/infographies-statut-juridique-delaix-conditions-on-a-dresse-un-etat-des-lieux-de-l-acces-a-l-ivg-en-europe_4876173.html
- Cour de Justice de l'Union européenne. Présentation de la Cour de Justice de l'Union européenne. https://curia.europa.eu/jcms/jcms/Jo2_7024/fr/#:~:text=Si%2C%20apr%C3%A8s%20une%20nouvelle%20saisine,%2F%20ou%20d'une%20astreinte. (Consulté le : 5 mai 2025).
- CJCE, The Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd contre Stephen Grogan et autres. C-159/90, 4 octobre 1991.
- DALLOZ Étudiant. Actualité : La clause de conscience. (s. d.). <https://actu.dalloz-etudiant.fr/le-saviez-vous/article/-55daf4f68c/h/971f85ab604a5c524dd396a9210c8d03.html>
- Datta, N. (2021). Tip of the Iceberg: Religious Extremist Funders against Human Rights for Sexuality and Reproductive Health in Europe 2009-2018. European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights. <https://www.epfweb.org/sites/default/files/2021-06/Tip%20of%20the%20Iceberg%20June%202021%20Final.pdf>
- Du Bois, P. (2007). L'Union européenne et les droits de l'homme, *Relations Internationales*, n° 132(4), p. 33-39. <https://doi.org/10.3917/ri.132.0033>
- EIGE (2023). Women fleeing the war: Access to sexual and reproductive health and rights in EU Member States. European Institute for Gender Equality. https://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/20235867_PDF_MH0923594ENN_002.pdf
- Elections Européennes 2024 - Analyse des programmes. (2024, 6 juin). Le Planning Familial. <https://www.planning-familial.org/fr/le-planning-familial/elections-europeennes-2024-analyse-des-programmes-2582>
- European Commission (2021). EU4Health programme 2021-2027 – a vision for a healthier European Union. Public Health. https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_en
- European Commission (2021). Neighbourhood, Development and International Cooperation Instrument – Global Europe. https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/eu-budget/performance-and-reporting/programme-performance-statements/neighbourhood-development-and-international-cooperation-instrument-global-europe-performance_en
- European Commission (2021). The EU's Digital Services Act. https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/europe-fit-digital-age/digital-services-act_en
- European Parliament (2024). Women must have full control of their sexual and reproductive health and rights. European Parliament News, 8 avril. <https://www.europarl.europa.eu/news/en/press-room/20240408IPR20314/women-must-have-full-control-of-their-sexual-and-reproductive-health-and-rights>
- Heimerl, D. (2003). Copenhague acte II, *Le Courrier des Pays de L'Est*, n° 1031(1), p. 8-19. <https://doi.org/10.3917/cpe.031.0008>

- OpenDemocracy (2024). MEPs demand answers over EU funding of anti-abortion charity, 19 décembre. <https://www.opendemocracy.net/en/eu-anti-abortion-funding-questions-world-youth-alliance-erasmus/>
- Ouest-France. (2024). IVG : les eurodéputés veulent une inscription dans la Charte des droits fondamentaux. Ouest-France.fr. <https://www.ouest-france.fr/societe/famille/avortement/ivg-les-eurodeputes-veulent-une-inscription-dans-la-charte-des-droits-fondamentaux-5b2a6316-f818-11ee-b61a-805a85d39d9d>
- Parlement Européen (2025). Initiative citoyenne européenne | Fiches thématiques sur l'Union européenne. <https://www.europarl.europa.eu/factsheets/fr/sheet/149/l-initiative-citoyenne-europeenne>
- Public Sénat. (2024). Liberté d'avoir recours à l'IVG : Emmanuel Macron souhaite son inscription dans la charte des droits fondamentaux de l'UE. <https://www.publicsenat.fr/actualites/societe/liberte-davoir-recours-a-livg-emmanuel-macron-souhaite-son-inscription-dans-la-charte-des-droits-fondamentaux-de-lue>
- Pullan, D. (2022). Is the EU any more progressive on abortion policy than post-Roe America?, The Loop, European Consortium for Political Research. <https://theloop.ecpr.eu/after-ro-e-comparing-abortion-policy-in-the-us-and-the-eu/>
- Puppink, G. (2014). Initiative citoyenne européenne contre la recherche sur embryon : vers un déni de démocratie ?, Le Figaro, 26 mai. <https://www.lefigaro.fr/vox/societe/2014/05/26/31003-20140526ARTFIG00288-initiative-citoyenne-europeenne-un-de-nous-vers-un-deni-de-democratie.php>
- Règlement - 2020/2092 - FR - EUR-Lex (consulté le 5 mai 2025). <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2020/2092/oj?locale=fr>
- Service-Public.fr (2024, 26 juin). Carte européenne d'assurance maladie (CEAM). <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34441>
- Sherman, J. (2022). The Next Infodemic: Abortion Misinformation, Scientific American, 24 juin. <https://www.scientificamerican.com/article/the-next-infodemic-abortion-misinformation/>
- Toute l'Europe. (2024, 18 décembre). Qu'est-ce qu'une directive ? Touteurope.eu. <https://www.touteurope.eu/fonctionnement-de-l-ue/qu-est-ce-qu-une-directive/>
- Union Européenne (2024). Informations concernant l'initiative My Voice My Choice | Initiative citoyenne européenne. Europa.eu (consulté le 5 mai 2025). https://citizens-initiative.europa.eu/initiatives/details/2024/000004_fr
- Union européenne. Critères d'adhésion (critères de Copenhague) - EUR-Lex (consulté le 5 mai 2025). <https://eur-lex.europa.eu/FR/legal-content/glossary/accession-criteria-copenhagen-criteria.html>
- Union list of critical medicines | European Medicines Agency (EMA). (2025, 14 février). <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory-overview/post-authorisation/medicine-shortages-availability-issues/availability-medicines-during-crises/union-list-critical-medicines>
- Volt (2024). My Voice, My Choice : Pour un avortement sans danger et accessible. VoltFrance. <https://voltfrance.org/actualites/my-voice-my-choice-pour-un-avortement-sans-danger-et-accessible#:~:text=La%20campagne%20C2%ABMy%20Voice%2C%20My,dans%20lesquelles%20elles%20se%20trouvent.>

SOURCES LEGISLATIVES

- Charte des droits fondamentaux de l'UE (2000) https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_fr.pdf
- Traité sur le Fonctionnement de l'Union Européenne, 1958, Rome. Version consolidée sur : <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:12012E/TXT:fr:PDF>
- Traité sur l'Union Européenne, 1992, Maastricht. Version consolidée disponible sur : https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:2bf140bf-a3f8-4ab2-b506-fd71826e6da6.0002.02/DOC_19format=PDF

IMAGES

PAGE DE GARDE

- Mailhol (2014) Manifestation Pro-IVG, <https://flic.kr/p/n2g7UT>

SOMMAIRE

- Menjoulet (2020) Manifestation contre les atteintes au droit à l'avortement, <https://flic.kr/p/2hnsotV>

INTRODUCTION

- AlterInfo (2018) Pour le droit à l'IVG partout, pour toutes, <https://flic.kr/p/28L674j>

MALTE

- Chris Potter (2012) 3D scales of justice. Flickr. <https://www.flickr.com/photos/86530412@N02/7953227784>
- LewisTsePuiLung (2015) Post it refus. iStock. <https://www.istockphoto.com/fr/photo/memo-pour-les-employ%C3%A9s-du-gouvernement-gm467572904-61176624>
- Waldemarus (2020) Avortement. Bandes d'avertissement jaunes. iStock. <https://www.istockphoto.com/fr/photo/avortement-bandes-d'avertissement-jaunes-gm1198265106-342397234>

POLOGNE

- Cybularny (2020) Protest against abortion restriction in Kraków, October 2020. Wikimedia Commons. [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:02020_0557_\(2\)_Protest_against_abortion_restriction_in_Krak%C3%B3w,_October_2020.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:02020_0557_(2)_Protest_against_abortion_restriction_in_Krak%C3%B3w,_October_2020.jpg)
- Zorro2212 (2016) Protest against changes in abortion law in Poland, Partia Razem, April 3 2016, Łódź Piotrkowska Street 04. Wikimedia Commons. https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Protest_against_changes_in_abortion_law_in_Poland,_Partia_Razem,_April_3_2016,_Ł%C3%B3d%C5%BA_Piotrkowska_Street_04.jpg
- Zorro2212 (2016) Protest against changes in abortion law in Poland, Partia Razem, April 3 2016, Łódź Piotrkowska Street 03. Wikimedia Commons. https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Protest_against_changes_in_abortion_law_in_Poland,_Partia_Razem,_April_3_2016,_Łódź_Piotrkowska_Street_03.jpg
- Fundacja Nasze Dzieci (no date) Plakat antyaborcyjny z płodem w sercu. Wikimedia Commons. https://commons.wikimedia.org/wiki/File:001_Fundacja_Nasze_Dzieci_-_plakat_antyaborcyjny_z_p%C5%82odem_w_sercu.jpg
- Zorro2212 (2016) Protest against changes in abortion law in Poland, Partia Razem, April 3 2016, Łódź Piotrkowska Street 05. Wikimedia Commons. https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Protest_against_changes_in_abortion_law_in_Poland,_Partia_Razem,_April_3_2016,_Łódź_Piotrkowska_Street_05.jpg

ALLEMAGNE

- Bundesarchiv (1988) Berlin, Brandenburger Tor mit Berliner Mauer. [Photographie] B 145 Bild-F079009-0031. Disponible à : https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Bundesarchiv_B_145_Bild-F079009-0031,_Berlin,_Brandenburger_Tor_mit_Berliner_Mauer.jpg (Consulté le : 13 mai 2025).
- Bundesarchiv, image 183-1989-0523-018 / Grimm, Peer, s.d., Göttingen, Demonstration contre le §218, Wikimedia Commons. Disponible à : https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Bundesarchiv_B_145_Bild-F079098-0017,_Göttingen,_Demonstration_gegen_§_218.jpg (consulté le 11 mai 2025). Licence : CC BY-SA 3.0 DE.
- Bündnis 90/Die Grünen, 2024, Grüne wollen Abtreibungen in Räumen des Gesundheitsamts ermöglichen, Bündnis 90/Die Grünen Fraktion Pankow. Disponible à : <https://gruene-fraktion-pankow.de/2024/11/11/gruene-wollen-abtreibungen-in-raeumen-des-gesundheitsamts-ermoeglichen/> (consulté le 11 mai 2025).

ITALIE

- HazteOir.org. (s. d.). Con providas de Italia y EEUU. Flickr. <https://www.flickr.com/photos/hazteoir/17605187441>
- Menjoulet, J. (s. d.). Affiche féministes italiennes contre l'avortement clandestin. Flickr. <https://www.flickr.com/photos/jmenj/10764247166/>
- Fondo Manifesti Lia Cavatorta (12/07/1978). Commons Wikimedia/Flickr. <https://boudewijnhuijgens.getarchive.net/amp/media/unione-donne-in-italia-al-sud-1978-563924>
- EHNE. (25/01/1975). Commons Wikimedia/Flickr. <https://picryl.com/media/demonstration-for-abortion-rights-in-milan-1975-c0c92b>

SUEDE

- Sveriges Radio, "Fortsatt högt stöd för fri abort i Sverige", 2015. <https://www.sverigesradio.se/artikel/6194473>
- Le Monde du Droit, "Amandine Clavaud : 'La crise sanitaire a eu un effet loupe sur les inégalités entre les femmes et les hommes'", s.d., disponible à : <https://www.lemondedudroit.fr/interviews/86186-amandine-clavaud-crise-sanitaire-effet-loupe-inegalites-femmes-hommes.html>

FRANCE

- Wikipedia Commons (1984) Simone Veil
https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Simone_Veil_%281984%29_%28cropped%29.jpg
- Wikipedia Commons (2011) Conseil constitutionnel
https://commons.wikimedia.org/wiki/File:P1050187_Paris_1er_rue_de_Montpensier_conseil_constitutionnel_rwk.JPG
- Wikipedia Commons (2017) Albane Gaillot
https://commons.wikimedia.org/wiki/File:P1050187_Paris_1er_rue_de_Montpensier_conseil_constitutionnel_rwk.JPG
- AlterInfo (2017) Un jour, une photo... Pour le droit à l'avortement !
<https://www.flickr.com/photos/alterinfo/36707221613>

PAYS BAS

- Anefo/Bogaerts (1979). Des femmes manifestent devant l'ambassade d'Espagne à La Haye contre les procès pour avortement en Espagne. **Archives Nationales**. Disponible sur :
<https://www.flickr.com/photos/nationaalarchief/3328266274/in/photostream/>
- Anefo/Bogaerts (1974). Manifestation pour l'avortement à Amsterdam ; femmes avec des banderoles sur Museumplein. **Archives Nationales**. Disponible sur :
<https://www.flickr.com/photos/nationaalarchief/3328265662/in/photostream/>
- Anefo/Croes (1980). Devant le monument national de la place du Dam à Amsterdam, des femmes ont manifesté aujourd'hui, couchées, contre l'adoption de la loi sur l'avortement. **Archives nationales**. Disponible sur :
<https://www.flickr.com/photos/nationaalarchief/3327432275/in/photostream/>
- Anefo/Croes (1974). Mission Viva, Ria Sikkens et Loes Bienemann (à droite) ("Rebel girls"). **Archives nationales**. Disponible sur : <https://www.flickr.com/photos/nationaalarchief/3328265438/in/photostream/>
- Anefo/Mieremet (1975). Les Femmes Rouges présentent une brochure à La Haye ; de gauche à droite (inconnue), (inconnue), Mme Heynius, Mme Van de Merwe (présidente Rooie Vrouwen). **Archives nationales**. Disponible sur :
<https://www.flickr.com/photos/nationaalarchief/3328265770/in/photostream/>
- Anefo/Peters (1976). Des militants se rendent à la clinique de Bloemenhoven pour protester contre sa fermeture ; des femmes occupent la salle de traitement. **Archives Nationales**. Disponible sur :
<https://www.flickr.com/photos/nationaalarchief/3327431741/in/photostream/>

IRLANDE

- Murphy W. (2012). About Ten Thousand People Attended A Rally In Dublin In Memory Of Savita Halappanavar
<https://www.flickr.com/photos/informatique/8193402707/>
- Sonse (2018). Abortion Referendum Campaign Posters in Dublin, May 2018
<https://www.flickr.com/photos/sonsepics/40281031690/>

ENTRETIENS

- The Left (2024) MP Emma Fourreau https://www.flickr.com/photos/theleft_eu/54268512747/
- Gibon C. pour Sciences Po (2024) Portrait : Hazal Atay, docteure en science politique
<https://www.sciencespo.fr/gender-studies/fr/actualites/portrait-hazal-atay-docteure-en-science-politique/>

QUATRIEME DE COUVERTURE

- Menjoulet (2020) La loi Veil on y veille, <https://www.flickr.com/photos/jmenj/33287591446>



SciencesPo
ÉCOLE D'AFFAIRES PUBLIQUES

