

IMAGINER UN NOUVEAU CONTRAT DE GENRE POUR LES DROITS ET LA SANTÉ SEXUELS ET REPRODUCTIFS EN EUROPE

Krystyna Dzwonkowska-Godula

07/04/2025

Dans ce contexte de *backlash* où le contrôle du corps des femmes et des sexualités est revendiqué par une internationale réactionnaire, Krystyna Dzwonkowska-Godula, sociologue à l'Institut de sociologie à l'université de Lodz, en Pologne, analyse, dans ce texte extrait de l'ouvrage **A new gender equality contract for Europe** (Palgrave Macmillan) réalisé en partenariat avec la FEPS, les inégalités d'accès en matière de droits et santé sexuels et reproductifs au sein de l'Union européenne. Pour les contrecarrer, elle en appelle à la mise en œuvre d'une justice reproductive qui permettrait de respecter les droits fondamentaux des individus et de participer à leur émancipation.

*Ce texte est la traduction en français de la version anglaise du chapitre Imagining a New Gender Contract for SRHR au sein de l'ouvrage **A new gender equality contract for Europe** (Palgrave Macmillan en partenariat avec la FEPS et la Fondation Jean-Jaurès). Elle a été réalisée par Laure-Anne Hayes.*

Introduction

Ce chapitre examine l'importance des droits et de la santé sexuels et reproductifs (DSSR) pour l'égalité de genre. Il présente les voies d'action et les solutions souhaitées dans ce domaine, qui devraient être mises en œuvre par la politique de l'Union européenne (UE) pour contribuer à un nouveau contrat de genre basé sur un féminisme inclusif. Ainsi, nous soulignons que les questions de santé et l'accès aux soins de santé, en général, sont essentiels pour créer des sociétés et des États plus féministes, plus égaux et plus justes.

Le sujet à l'étude est la santé sexuelle et reproductive (SSR), considérée comme un élément

essentiel de la santé et comprise de manière holistique, selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité¹ ». Selon la résolution 2003/28 de la Commission des droits de l'homme des Nations unies, « la santé sexuelle et reproductive fait partie intégrante du droit de toute personne à jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre² ». Elle devrait être reconnue comme un élément central de la santé et du bien-être général des personnes³.

Nous adoptons la définition globale et intégrée des DSSR introduite dans un rapport de la Commission Guttmacher-Lancet en 2018, qui correspond à la définition de la santé de l'OMS mentionnée ci-dessus⁴ :

« La santé sexuelle et reproductive est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à tous les aspects de la sexualité et de la reproduction, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. [...] Tous les individus ont le droit de prendre des décisions concernant leur corps et d'accéder à des services qui soutiennent ce droit. La santé sexuelle et reproductive repose sur la réalisation des droits sexuels et reproductifs, qui sont fondés sur les droits de l'homme de tous les individus :

- au respect de leur intégrité corporelle, de leur vie privée et de leur autonomie personnelle ;
- de définir librement leur propre sexualité, y compris l'orientation sexuelle et l'identité et l'expression de genre ;
- de décider si et quand iels seront sexuellement actifs ;
- de choisir leurs partenaires sexuels ;
- de vivre des expériences sexuelles sûres et agréables ;
- de décider si, quand et avec qui se marier ;
- de décider si, quand et par quels moyens avoir un ou des enfants, et combien d'enfants avoir ;
- à l'accès tout au long de leur vie aux informations, aux ressources, aux services et au soutien nécessaires pour atteindre tous ces objectifs, sans discrimination, coercition, exploitation ni violence⁵ ».

Pour analyser l'importance des DSSR pour l'égalité entre femmes et hommes, nous nous référons aux cadres théoriques suivants. Premièrement, nous nous référons à la théorie de la structure du genre et au concept du genre en tant que structure de stratification sociale⁶ :

« Tout comme chaque société possède une structure politique et économique, chaque société possède également une structure de genre. [...] La structure de genre différencie les opportunités et les contraintes en fonction de la catégorie de sexe et a donc des conséquences sur trois dimensions : (1) au niveau individuel, pour le développement de l'identité sexuée ; (2) lors

d'interactions, car les hommes et les femmes sont confrontés à des attentes culturelles différentes même lorsqu'ils occupent des positions structurelles identiques ; et (3) dans les domaines institutionnels où tant les logiques culturelles que les réglementations explicites concernant la distribution des ressources et des biens matériels sont spécifiques à chaque sexe⁷. »

Pour analyser la politique en matière de DSSR et son influence sur la vie des individus, nous nous concentrons sur la dimension institutionnelle de la structure de genre. Parmi les éléments (processus et mécanismes) qui composent ce domaine figurent les pratiques organisationnelles, les réglementations juridiques, la distribution des ressources et l'idéologie⁸. Dans cette perspective, nous ne perdons pas de vue l'identité et les pratiques de genre dans leur complexité.

Cependant, nous nous concentrons sur ce qui les façonne, les rend possibles et les contraint, en examinant spécifiquement la politique de reproduction, qui est genrée et que nous comprenons comme influençant différemment les personnes appartenant à différentes catégories de genre, « activement engagées dans des processus sociaux qui produisent et reproduisent des distinctions entre les femmes et les hommes⁹ ». Comme l'ont indiqué Barbara J. Risman et Georgiann Davis, « même lorsque les règles et réglementations formelles commencent à changer [vers la neutralité de genre], que ce soit par le gouvernement, les tribunaux, la religion, l'enseignement supérieur ou les règles organisationnelles, la logique culturelle demeure souvent, cachant le patriarcat sous une loi formelle neutre en termes de genre¹⁰ ». Dans le cas de la politique reproductive, qui permet à l'État de contrôler les capacités et les comportements sexuels et reproductifs en régissant, entre autres, l'accès à la contraception, à l'avortement ou à la stérilisation, de nombreuses réglementations se réfèrent directement aux femmes et à leurs fonctions biologiques reproductives¹¹.

Le deuxième cadre envisagé est le concept de justice reproductive, qui associe les droits reproductifs à la justice sociale¹². Selon cette approche, l'accent est mis non seulement sur les réglementations juridiques, mais aussi sur la possibilité réelle de réaliser les droits reproductifs pour les personnes appartenant à différentes catégories sociales (« There is no choice where there is no access » : « Il n'y a pas de choix là où il n'y a pas d'accès »)¹³. Il s'agit de l'égalité non seulement dans l'accès à la loi, mais aussi dans les conditions appropriées pour pouvoir avoir des enfants, ne pas en avoir, et avoir le contrôle sur les circonstances de l'accouchement et les soins à apporter à la progéniture. L'approche de la justice reproductive conduit « vers une vision holistique de la santé et des droits des femmes¹⁴ ». Ce cadre analytique est utile pour reconnaître les limites des choix reproductifs des individus appartenant à différentes catégories sociales et identifier les inégalités sociales dans ce domaine.

Troisièmement, dans la perspective de la justice reproductive, nous nous référons à l'approche

intersectionnelle¹⁵ lorsque nous considérons la mise en œuvre des DSSR dans le contexte de l'égalité des genres. L'étude des inégalités de genre exige d'analyser les inégalités entre et au sein des catégories de genre, en reconnaissant les différents statuts sociaux et chances de vie des femmes et des hommes ou, plus généralement, des personnes sexuées qui diffèrent par la race, l'appartenance ethnique, l'orientation sexuelle, le statut socioéconomique, l'âge, l'état de santé et les capacités, la religion ou le lieu de résidence. Toutes ces catégories de distinctions et d'identités sociales se croisent et influencent mutuellement la situation sociale d'une personne donnée, déterminant, entre autres, sa capacité à exercer ses droits sexuels et génésiques. L'application de l'intersectionnalité à l'analyse de l'inégalité en matière de DSSR inclut la conceptualisation du genre comme « un axe d'oppression qui croise d'autres axes d'oppression, notamment la race, la sexualité, la nationalité, les capacités, la religion, etc.¹⁶ ».

Dans nos considérations, nous n'analysons que certains aspects de la DSSR liés aux choix reproductifs des individus et à leur capacité à contrôler leur fécondité : l'éducation au contrôle des naissances et l'éducation sexuelle plus générale, ainsi que l'accès à la contraception moderne et à l'avortement. Premièrement, les individus devraient être éduqués sur la sexualité, la procréation et la prévention des grossesses non désirées. Deuxièmement, l'utilisation des possibilités existantes pour prendre des décisions en matière de reproduction – les différentes méthodes de contraception et d'interruption de grossesse non désirée – devrait être facilement accessible et réalisable pour tous·tes.

Ce chapitre est structuré comme suit. Nous commençons par examiner les inégalités en Europe en termes d'accès aux trois aspects de la DSSR mentionnés ci-dessus – éducation sexuelle, contraception et avortement – et nous identifions les problèmes et les défis les plus critiques dans ce domaine. Nous présentons ensuite les arguments en faveur de l'inclusion de la justice reproductive dans la construction d'un nouveau contrat de genre et d'une Europe inclusive. Dans la dernière partie, nous identifions des pistes d'action et des solutions sélectionnées qui peuvent contribuer à cet objectif.

Recevez chaque semaine toutes nos analyses dans votre boîte mail

[Abonnez-vous](#)

Tendances actuelles

Bien que les DSSR soient mentionnés dans divers documents sur les droits humains et des femmes, sur la santé et l'égalité des genres, ainsi que sur le développement durable, qui indiquent tous leur importance et des solutions sur la manière de les protéger et de les mettre en œuvre, ils ne sont toujours pas respectés et font l'objet de violations dans de nombreux pays. Les différences et les inégalités dans ce domaine sont observées à l'échelle mondiale dans différentes régions, y compris en Europe. Les institutions et organisations européennes effectuent un suivi systématique de divers aspects des DSSR, ce qui permet non seulement de constater des différences dans les politiques de reproduction dans les pays de l'UE, mais aussi d'analyser la dynamique de la situation, à savoir si et où il y a amélioration ou régression¹⁷. Il existe un certain nombre de rapports, également compilés par des ONG, tant au niveau international que dans des pays spécifiques dans le domaine des droits sexuels et reproductifs, qui connaissent le mieux la situation et savent quels sont les besoins, les attentes et les lacunes dans ce domaine. Ils sont pris en compte dans la formulation des résolutions du Parlement européen concernant les DSSR et les droits humains (voir, par exemple, la résolution du Parlement européen du 24 juin 2021 sur la situation des DSSR dans l'UE, dans le cadre de la santé des femmes)¹⁸. Nous les considérons également comme des sources fiables d'informations actualisées, systématiquement recueillies et relativement détaillées sur les aspects analysés des DSSR en Europe.

En ce qui concerne les possibilités d'utiliser des mesures modernes de contraception pour conditionner l'autonomie reproductive, nous pouvons observer des inégalités importantes entre les citoyens de différents États membres et au sein de populations d'États spécifiques, ainsi qu'entre des personnes appartenant à différentes catégories sociales. L'*Atlas des politiques de contraception en Europe 2023*¹⁹ montre les différences entre les politiques des États européens en matière d'accès aux produits contraceptifs, aux suivis de planning familial et aux informations en ligne sur la contraception. Selon les données recueillies, les systèmes de santé nationaux de seulement 20 États européens (43%) couvrent les contraceptifs, y compris les méthodes de contraception réversibles à longue durée d'action (LARC). Pourtant, l'OMS classe les contraceptifs parmi les médicaments essentiels²⁰. La majorité des pays européens ne remboursent aucune forme de contraception et ne fournissent pas de couverture spéciale pour les jeunes (jusqu'à 19 ou 25 ans) et les groupes vulnérables (chômeurs, faibles revenus)²¹. Dans 31 pays, une ordonnance est nécessaire pour les contraceptifs hormonaux, ce qui représente des obstacles supplémentaires à l'accès à la contraception, notamment pour les personnes vivant dans des zones reculées ainsi que dans le cas d'inefficacité et de dysfonctionnement du système de santé (comme en Pologne, où il y a trop peu de professionnels et où beaucoup d'entre eux utilisent une clause de conscience pour refuser des ordonnances)²² ou dans des situations d'accès limité ou difficile aux médecins (comme

pendant la pandémie)²³.

Les experts observent « une Europe à deux vitesses en matière d'accès à l'information sur la contraception moderne et efficace²⁴ ». Ils pointent le développement socioéconomique comme l'un des déterminants de ces différences, mais aussi des facteurs culturels – la persistance de mythes, de représentations erronées et de croyances dépassées sur la contraception²⁵.

L'une des conditions essentielles à l'utilisation des mesures existantes pour contrôler la fertilité est la connaissance de ces mesures et l'accès à l'éducation dans ce domaine. Il s'agit d'une éducation sexuelle complète dans les écoles et de conseils en matière de planning familial pour les adolescents et les adultes, y compris des informations en ligne fiables et faisant autorité. En ce qui concerne ce dernier point, selon *l'Atlas de la contraception*, 41 pays (89%) offrent des conseils dans le cadre de leur système national de santé, mais seuls 19 (41%) proposent des sites web de bonne ou exceptionnelle qualité, soutenus par le gouvernement et contenant des informations approfondies, fondées sur des informations factuelles et pratiques en matière de contraception. Dans certains pays européens, les citoyens ne peuvent utiliser que des sites web non gouvernementaux pour rechercher des informations sur la contraception.

Le problème n'est peut-être pas seulement l'accès à l'information, mais aussi sa fiabilité et son exactitude. « Les femmes reçoivent régulièrement des informations inexactes ou incomplètes sur la contraception de la part de professionnels de santé en raison d'un manque de directives normalisées et de formation de qualité dans certaines parties de l'Europe, ce qui conduit à des idées fausses qui influencent leur utilisation ». Dans des enquêtes menées dans certains pays européens (Belgique, Allemagne, Grèce, Italie et Roumanie), les personnes interrogées ont souligné que les prestataires de soins de santé dans leur pays manquaient de connaissances sur les contraceptifs et portaient un jugement sur l'utilisation des contraceptifs chez les jeunes²⁶.

Dans le cas de l'éducation sexuelle, comme l'indique Natalie Picken, « il existe des différences considérables dans le contenu, la transmission et l'organisation de l'éducation sexuelle entre les États membres. Par conséquent, les enfants de l'Union européenne sont susceptibles de recevoir des informations et des messages très différents les uns des autres sur ces sujets importants, en fonction de la manière dont les différents États membres interprètent et mettent en œuvre ces normes et objectifs internationaux²⁷ ». L'éducation sexuelle complète n'est pas la norme dans les écoles des États membres²⁸. Bien qu'il existe des recommandations d'experts concernant l'enseignement des aspects cognitifs, émotionnels, sociaux, interactifs et physiques de la sexualité dès l'enfance (en ce qui concerne les formes et les contenus adaptés à l'âge de l'enfant) et un consensus international selon lequel l'éducation à la sexualité influence positivement la santé et

l'autonomie des jeunes²⁹, les enfants et les adolescents des pays européens ont un accès inégal à des connaissances complètes et à l'autonomisation dans ce domaine. Les différences concernent les cours obligatoires ou facultatifs, les leçons spécifiques ou le format transversal (enseignement de l'éducation sexuelle dans plusieurs matières), l'âge des élèves auxquels l'éducation sexuelle est dispensée et, enfin et surtout, les sujets abordés³⁰. L'objectif des cours proposés dans certains États est explicitement exprimé dans le nom de la matière comme « préparation à la vie familiale³¹ » en Pologne³². Le terme « éducation sexuelle/à la sexualité » est souvent délibérément évité face aux attaques de mouvements sexistes qui l'associent à la sexualisation des enfants³³.

L'« injustice régionale³⁴ » dans le domaine des droits reproductifs en Europe est également observée pour l'accès à l'avortement. La situation est « contrastée sur le continent. Alors que les systèmes de santé nationaux de 21 pays traitent l'avortement comme n'importe quel autre service médical, dans 14 pays et territoires, l'avortement reste techniquement un crime, même si la plupart des Européens considèrent l'avortement comme un droit des femmes³⁵ ». Les lois sur l'avortement ne relèvent pas de la compétence législative de l'UE, « c'est une question de souveraineté nationale » et « l'UE ne garantit pas en principe aux femmes le droit à l'avortement³⁶ ». Bérengère Marques-Pereira classe cinq types de régimes d'avortement dans l'UE. Cette typologie décrit les différences entre les systèmes les plus libéraux, les moins et les plus restrictifs, et ceux qui interdisent l'interruption de grossesse. Elle « montre qu'à ce jour, aucun pays de l'UE n'a reconnu le droit des femmes à l'avortement comme un libre choix, mais seulement comme un droit d'accès à l'avortement (à des degrés divers) au nom de la santé publique³⁷ ». D'autres sources sur l'accès à l'avortement dans les pays européens sont, entre autres, l'aperçu comparatif préparé par le Center for Reproductive Rights³⁸, l'Atlas européen de l'avortement³⁹ et le rapport de l'International Planned Parenthood European Network *Abortion legislation and its implementation in Europe and Central Asia : Threats to women's and girls' reproductive health*⁴⁰. Dans toutes les études mentionnées, on distingue les facteurs clés suivants qui influencent la possibilité d'interrompre une grossesse :

- **la criminalisation de l'avortement.** L'interruption de grossesse, si elle est légalement possible, contrairement à d'autres services de santé, est généralement réglementée par le droit pénal et le droit de la santé, et ce dans presque tous les pays aujourd'hui⁴¹. Dans les États membres de l'UE, l'interruption de grossesse est possible jusqu'à un âge gestationnel spécifié et pour des motifs précis. Les avortements pratiqués en dehors de ce cadre juridique sont passibles de sanctions qui touchent les prestataires et, moins souvent, les femmes qui interrompent leur grossesse ;
- **les délais et motifs d'accès légal à l'avortement dans l'UE.** La majorité des pays européens ont légalisé l'avortement sur demande ou pour des raisons sociales générales, mais le limitent généralement au premier trimestre de grossesse⁴². Les limites d'âge gestationnel

constituent une grave restriction à l'autodétermination en matière d'interruption de grossesse non désirée dans les pays dotés de politiques relativement libérales en matière d'avortement⁴³. Elles obligent les femmes à se rendre dans d'autres États pour avorter, ce qui est coûteux, stressant et influe sur leur santé au sens large ;

- **les obstacles institutionnels et procéduraux supplémentaires aux soins liés à**

l'avortement. Au-delà du délai et de l'indication des motifs spécifiques d'avortement, des exigences supplémentaires rendent l'accès à l'avortement plus compliqué. Elles peuvent le retarder, voire le rendre impossible. Combinées aux limites d'âge gestationnel (qui sont rigides et restrictives), elles servent en pratique à refuser l'accès aux soins liés à l'avortement⁴⁴. Parmi les procédures médicales obligatoires, le délai d'attente obligatoire entre la demande et la réception des soins d'avortement et le suivi psychologique obligatoire (entretiens médicaux) avant l'avortement sont relativement courants⁴⁵.

Dans de nombreux pays européens, des obstacles administratifs à l'accès à l'avortement, tels que les procédures d'autorisation par un tiers – permission des parents, des tuteurs, des médecins ou des comités officiels – sont introduits⁴⁶. L'obstacle le plus courant est le consentement parental ou judiciaire dans le cas des mineurs⁴⁷. « Ces lois ne contreviennent pas seulement au droit à ce que les données et informations personnelles sur la santé soient traitées avec respect de la vie privée et de la confidentialité, mais peuvent exposer les filles à une détresse grave, voire à des abus. Elles dissuadent souvent les filles d'accéder à un soutien en temps opportun, ce qui a de graves conséquences pour leur santé physique et mentale⁴⁸ ».

L'obstacle majeur à l'accès aux DSSR est le recours à l'objection de conscience par le personnel médical dans les services de santé reproductive, qui est un phénomène croissant dans les pays européens⁴⁹. Ils peuvent refuser des soins en fonction de leurs croyances personnelles ou de leur convenance, y compris non seulement l'avortement, mais aussi les prescriptions de contraceptifs et les tests prénataux. Il s'agit de la plupart des États membres de l'UE, quel que soit le régime d'avortement⁵⁰.

- **Accessibilité financière** : parmi les 53 pays et territoires européens inclus dans l'analyse des politiques d'avortement préparée par l'EPF et l'IPPF, la majorité (31 pays) n'incluent pas l'avortement dans la couverture financière du système national de santé – « cela pénalise toutes les femmes et les filles, mais plus particulièrement les plus vulnérables (par exemple, celles qui ont un faible revenu, qui vivent dans des zones rurales, les Roms, les travailleuses du sexe et les migrantes sans papiers⁵¹ »). De nombreux pays ont introduit des limites, rendant l'avortement gratuit accessible uniquement aux résidents, aux personnes bénéficiant de la Sécurité sociale, uniquement en cas d'interruption de grossesse pour des raisons médicales

ou exigeant une contribution financière de la part des femmes⁵². Les coûts directs et indirects de l'avortement doivent être pris en compte⁵³. En raison des disparités géographiques dans la disponibilité des services de santé, y compris les soins d'avortement, l'interruption de grossesse implique un déplacement de longue distance vers une autre région ou un autre pays, ce qui représente une charge financière supplémentaire. « Des coûts indirects sont également engendrés par l'imposition d'obstacles tels que les délais d'attente et les suivis obligatoires. Les dépenses sont liées aux rendez-vous supplémentaires nécessaires, qui obligent les femmes à prendre plus de congés, payer plus de garde pour leurs enfants, couvrir plus de coûts liés au transport et à l'hébergement. Ces coûts sont particulièrement élevés pour les femmes issues de ménages à faibles revenus et/ou vivant dans des zones rurales⁵⁴ ».

Les caractéristiques des politiques d'éducation sexuelle, de contraception et d'avortement dans les pays européens montrent qu'elles sont très compliquées et diverses et qu'elles comportent de nombreux obstacles qui sapent les décisions autonomes des individus en matière de procréation. Le suivi et les études sur l'inégalité de l'accès aux DSSR commencent à inclure l'approche intersectionnelle. Celle-ci se manifeste notamment par l'identification de groupes vulnérables, relativement plus exposés aux violations de leurs droits, tels que les adolescent-es, les personnes à faible revenu, les habitant-es des zones rurales et isolées, les migrant-es, les réfugié-es et les demandeur-euses d'asile.

Le suivi de la mise en œuvre des DSSR dans les États européens a montré sa dépendance par rapport au système sociopolitique et la menace que représentent les mouvements sexistes croissants et les régimes illibéraux pour l'autonomie sexuelle et procréative des individus et l'égalité entre femmes et hommes⁵⁵. Les DSSR sont un champ de bataille dans les guerres culturelles et politiques contemporaines⁵⁶, que l'on peut qualifier de « nouvelle guerre froide entre les forces libérales et illibérales »⁵⁷. Les transformations illibérales et les mobilisations sexistes, qui sont observées dans l'Europe contemporaine (à différentes échelles selon les pays) et qui contribuent à la « révolution conservatrice mondiale⁵⁸ », sont fondées sur la contestation de la démocratie néolibérale, le rejet des politiques libérales d'émancipation, le détournement et la redéfinition des significations des droits de l'homme et de la femme, et l'égalité au nom du soutien à la « famille » comprise de manière traditionnelle (« family mainstreaming »)⁵⁹. Le genre est « un ciment symbolique » pour les politiques conservatrices, qui utilisent « les arguments de la politique de genre comme une couverture pour favoriser un changement plus profond dans le système politique et de valeurs européen⁶⁰ ». Dans les pays d'Europe centrale et de l'Est, elle est présentée par des groupes sexistes comme une forme de « colonialisme », une imposition par l'Occident de valeurs et de politiques libérales dans le cadre du processus d'« européanisation » par les élites «

contre la volonté du peuple »⁶¹. Selon Eszter Kováts, les attaques sexistes contre le genre sont favorisées, entre autres, par la variation et l'ambiguïté de la signification du terme au niveau de l'UE et la compréhension individualisée du concept de genre au sein de la théorie du genre et de l'activisme féministe et LGBTQIA+, ce qui facilite encore plus la rhétorique sexiste/anti-genre des partis populistes de droite (reliant « genre » et individualisme/néolibéralisme)⁶².

La résistance à une soi-disant idéologie du genre comprend la contestation et la limitation des droits sexuels et reproductifs, entre autres l'accès à la contraception et à l'avortement, aux traitements *in vitro* et à la fertilité assistée, à l'éducation sexuelle et aux droits LGBTQIA+⁶³. L'un des éléments de l'« anti-genrisme » (*anti-genderism*) en tant que corpus de connaissances et vision du monde est l'approche naturaliste combinée avec une approche religieuse (« nature » et rôles « naturels » des femmes et des hommes en tant que créations de Dieu) de la nature humaine, de la féminité et de la masculinité, de la sexualité et de la reproduction, et de la famille⁶⁴. Par conséquent, toute « interférence » avec « l'ordre naturel », y compris le contrôle de la fertilité par la contraception (mais aussi la fécondation *in vitro*), la permission aux femmes de ne pas être mères et l'autorisation de diverses formes de vie familiale, est condamnée et attaquée⁶⁵.

Par ailleurs, nous observons simultanément une mobilisation sociale et une solidarité considérables pour améliorer la mise en œuvre des DSSR dans les pays européens et une résistance à leur réduction résultant de l'activité du mouvement anti-genre et de la montée au pouvoir de partis conservateurs d'extrême droite dans certains pays. Elle se manifeste, entre autres, par des protestations de masse et des manifestations de rue contre les lois restreignant l'avortement, comme le « Black Protest » (littéralement « manifestation noire » en français) en Pologne⁶⁶, mais comprend également la coopération intra- et transnationale pour aider les femmes à accéder à l'avortement et à la contraception. Parmi les exemples de ces initiatives, citons le groupe polonais informel Abortion Dream Team, qui contrecarre la stigmatisation de l'avortement et soutient les femmes dans les avortements autogérés (avortements médicaux à domicile)⁶⁷, Abortion Without Borders – « une initiative paneuropéenne dont l'objectif est d'aider les Polonaises à accéder à l'avortement, soit chez elles avec des pilules abortives, soit à l'étranger dans des cliniques et des hôpitaux⁶⁸ » et le fonds pour l'avortement S.A.F.E. – Supporting Abortions for Everyone⁶⁹.

Pertinence pour la réalisation d'un nouveau contrat de genre

Dans cette section, nous reconnaissons que les droits et la santé sexuels et reproductifs sont des droits humains ; ceci est basé sur l'analyse de divers documents internationaux se référant plus ou moins directement à cette question⁷⁰. « Le droit à la santé sexuelle et reproductive, et son

hybridation avec les droits sexuels et reproductifs, trouvent leurs fondements politiques, juridiques et judiciaires dans les normes internationales et européennes en matière de droits humains »⁷¹. Comme le montre un examen de documents internationaux relatifs aux droits sexuels et reproductifs, leur analyse doit également tenir compte de leur lien avec d'autres droits humains. La capacité de contrôler sa fertilité et de décider en connaissance de cause d'avoir ou non des enfants, ainsi que l'accès aux soins de santé reproductive, sont étroitement liés à des droits tels que le droit à la vie, le droit à l'autodétermination, le droit à la santé, le droit de ne pas subir de discrimination ou de violence, le droit de ne pas être soumis à la torture ou à des traitements inhumains ou dégradants, le droit au respect de la vie privée et familiale, le droit de disposer de son propre corps et le droit de bénéficier des progrès de la science.

Comme l'affirme Michelle Goldberg, « les droits reproductifs ne constituent pas la totalité des droits des femmes, mais ils en sont la condition fondamentale. Ils permettent aux femmes de survivre et de faire plus que survivre »⁷². La garantie de ces droits est cruciale pour la position des femmes dans la société et pour la réalisation de l'égalité entre femmes et hommes. Ils doivent être promus et formulés non seulement du point de vue des droits humains, mais aussi dans le contexte de la citoyenneté et des droits des citoyens⁷³.

Les politiques de reproduction qui respectent et mettent en œuvre les DSSR permettent une véritable « parentalité consciente » et « planification familiale » (y compris le fait de ne pas avoir de descendance). Elle garantit l'autonomie procréative, définie comme « un droit contre l'ingérence coercitive dans les décisions concernant la procréation »⁷⁴, c'est-à-dire une prise de décision indépendante en matière de procréation. Cela signifie, entre autres, la possibilité de choisir d'utiliser des contraceptifs, d'interrompre une grossesse et d'être stérilisé·e⁷⁵. Le contraire de la liberté de procréation est la coercition reproductive, qui consiste à « refuser des services, en particulier l'avortement et la contraception, et donc à forcer l'accouchement »⁷⁶.

Le nouveau contrat de genre doit garantir l'autonomie et la liberté des personnes, quelle que soit leur identité de genre, avec la « liberté de vivre des vies authentiques à l'intérieur, au-delà ou entre les catégories de genre »⁷⁷.

En discutant de l'égalité des genres, nous ne pouvons pas la réduire à l'égalité entre les femmes et les hommes, mais nous devrions « étudier le genre à travers une perspective intersectionnelle »⁷⁸. L'intersectionnalité et l'approche de la justice reproductive sont essentielles et nécessaires dans les deux contextes utilisés pour mettre en œuvre les DSSR et concrétiser l'idée d'un féminisme inclusif et intersectionnel. Elles nous permettent de reconnaître si, dans les politiques, l'opinion publique et les pratiques quotidiennes, tous ces droits sont traités comme acquis par chaque

individu, quels que soient ses antécédents, son statut, son identité et d'autres caractéristiques sociodémographiques pertinentes.

Actions concrètes et recommandations

Commençons par présenter les solutions souhaitées à l'aide d'un petit conte, qui pourrait s'intituler « Alice en Europe féministe et inclusive mettant en œuvre les DSSR ». Alice est née avec un sexe biologique féminin, en tant qu'« enfant désiré » – sa mère a pu prendre la décision consciente de lui donner naissance. Dès le début de son éducation, elle a accès à un contenu adapté à son âge sur divers aspects de la sexualité, ce qui l'autonomise en lui apprenant à se comprendre, à accepter son corps, à poser des limites, à reconnaître les contacts inappropriés et à demander de l'aide en cas d'abus sexuel ou de harcèlement. Elle reconnaît et comprend la diversité des genres et des sexualités et bénéficie du soutien d'adultes sages, éduqués et ouverts d'esprit – parents et enseignant-es – pour définir et exprimer sa propre identité. Elle s'accepte et est acceptée par son entourage, indépendamment de son sexe et de son orientation sexuelle. Elle estime que sa santé sexuelle et reproductive est vitale pour sa santé et son bien-être. Même adolescente, elle sait où, comment et à qui s'adresser pour obtenir les informations nécessaires. Elle peut utiliser diverses sources et s'adresser à des personnes formées à cet effet dans un établissement d'enseignement, une clinique dédiée aux jeunes et des organisations travaillant avec les jeunes. Elle peut parler à quelqu'un en face-à-face ou de manière anonyme en utilisant les divers matériels éducatifs disponibles, y compris sous forme numérique, fournis de manière attrayante et compréhensible. Elle est physiquement, mentalement et émotionnellement prête à s'engager dans une activité sexuelle et connaît ses droits et ses limites. Elle connaît ses options pour contrôler sa fertilité, ses options en cas de grossesse, comment réagir et où chercher de l'aide en cas de violence, et elle peut utiliser ces différentes options sans entrave.

Pour ses choix et ses chances de vie en matière de procréation, peu importent son origine, la couleur de sa peau, la situation socio-économique de sa famille et son modèle, sa religion ou son lieu de résidence. S'il s'agit d'une personne handicapée, elle reçoit le type d'aide qui lui permet de fonctionner et de bénéficier de divers services sur un pied d'égalité avec les personnes non handicapées. Les solutions systémiques sont individualisées et compensent les éventuelles influences négatives de ses caractéristiques sociodémographiques et de sa situation de vie. Sa subjectivité et son autonomie en matière de procréation sont assurées par l'accès à des méthodes modernes de contraception qui répondent à ses besoins et à son état de santé, sélectionnées individuellement avec le soutien d'un personnel médical professionnel. Elle n'a pas à s'inquiéter de ne pas pouvoir se protéger contre les grossesses non désirées et les maladies sexuellement transmissibles, car l'État les finance pour elle. Cela s'applique également à la pilule contraceptive

pour les hommes, qui est désormais disponible, et les femmes ne sont pas les seules à assumer la responsabilité et les différents coûts du contrôle de la fertilité. La contraception d'urgence est facilement disponible et les connaissances à ce sujet sont largement répandues et fiables. Si une femme tombe enceinte et ne veut pas et/ou ne peut pas continuer la grossesse, elle a accès à l'avortement, quelle qu'en soit la raison – personne ne la lui demande. Elle peut interrompre sa grossesse à l'hôpital ou à domicile, obtenir un avortement chirurgical ou pharmacologique et recevoir le soutien nécessaire, et pas seulement du personnel médical. Chaque personne peut compter sur des doulas de l'avortement ou des « amis de l'avortement », ainsi que sur des professionnel·les de la santé qui ne portent pas de jugement, qui sont amicaux/amicales et professionnel·les et qui ne refusent pas d'interrompre une grossesse ou de prescrire une contraception ou des tests prénataux en invoquant la clause de conscience, qui a été supprimée. Ni la personne qui interrompt sa grossesse ni les personnes qui la soutiennent dans cette expérience ne sont confrontées à des sanctions et ne sont affectées par la stigmatisation. L'interruption de grossesse est un service médical gratuit, généralement et facilement accessible, et une expérience dont on peut discuter normalement. Les individus ont le droit de ne pas avoir d'enfants, mais ils ont aussi le droit d'en avoir et, en cas d'infertilité, ils ont accès à des traitements modernes qui augmentent leurs chances d'avoir une descendance. S'ils choisissent de poursuivre leur grossesse et d'avoir un enfant, en cas de malformation fœtale, ils bénéficient du soutien médical, social et financier nécessaire pendant la grossesse et la parentalité.

Comment un tel monde pourrait-il être réalisé ? Est-il même possible ou réaliste ? Précédemment, les problèmes auxquels les citoyens et citoyennes des sociétés des pays européens sont confrontés dans la mise en œuvre des DSSR et les obstacles et inégalités sociales auxquels ils et elles doivent faire face ont été présentés. Quelles sont les solutions qui devraient être adoptées et quelles mesures devraient être prises pour mettre en pratique une Europe féministe et inclusive mettant en œuvre les DSSR ?

Sensibilisation et éducation

La première étape pour changer le paysage des DSSR en Europe consiste à sensibiliser à l'importance des DSSR pour les individus et les communautés, et au développement durable, ainsi qu'à déstigmatiser et démystifier la contraception, l'avortement et l'éducation sexuelle par le biais de campagnes sociales dans des pays spécifiques, de programmes éducatifs et de plateformes en ligne. Si de telles initiatives sont bloquées et rejetées dans certains pays en raison de la situation politique, l'accès à des plateformes éducatives en ligne et à d'autres sources créées et proposées au niveau de l'UE et disponibles dans différentes langues pourrait être un outil permettant d'éliminer les inégalités en matière d'accès à l'information sur les DSSR.

Il semble que l'un des problèmes contribuant à la négligence de l'éducation sexuelle et à sa mise en œuvre insatisfaisante dans le système scolaire soit la faible sensibilisation du public à l'importance des connaissances en matière de santé sexuelle et reproductive, non seulement d'un point de vue individuel, mais aussi d'un point de vue mezzo et macro-social. Sur la base de recherches, les experts soulignent l'impact positif de la mise en œuvre de programmes d'éducation sexuelle dans les écoles sur l'égalité entre femmes et hommes, le respect de la diversité sexuelle, le bien-être et la sécurité des enfants et des jeunes⁷⁹. Cela peut sembler abstrait et vague pour le citoyen lambda. Il est donc nécessaire de l'expliquer dans un langage compréhensible, en utilisant des exemples tirés de la vie quotidienne d'individus appartenant à différentes catégories sociales. Les campagnes sociales devraient montrer que notre modèle, Alice, peut être confronté à de nombreux problèmes, perdre le contrôle de sa propre vie en raison d'un manque de connaissances sur les différents aspects de la sexualité et sur sa capacité à contrôler sa fertilité et à prendre soin de sa SSR, puis du manque d'accès aux ressources et aux services qui le permettent. Elle peut tenter de se suicider parce qu'elle ne comprend pas ou n'accepte pas son altérité due à son identité non hétéronormative, qu'elle est confrontée aux préjugés, au harcèlement, à l'agression et au rejet social. Elle peut être victime de violences et ne pas savoir vers qui se tourner pour obtenir de l'aide. Elle peut ne pas se protéger contre les grossesses non désirées et les maladies sexuellement transmissibles en ne connaissant pas les méthodes de contraception ou en les assimilant à quelque chose de mauvais ou de néfaste, ou à un péché. Elle peut négliger sa santé génésique en ne sachant pas comment s'en occuper et en n'ayant pas de connaissances de base en matière d'hygiène, de prévention et d'évitement de comportements sexuels à risque. Rappelons que, selon l'Unesco, parmi les huit concepts clés autour desquels l'éducation sexuelle devrait être développée, figurent les relations ; les valeurs, les droits, la culture et la sexualité ; la compréhension du genre ; la violence et la sécurité ; les compétences pour la santé et le bien-être ; le corps humain et le développement ; la sexualité et le comportement sexuel ; et la santé sexuelle et reproductive⁸⁰.

Des campagnes publiques, qui pourraient être financées par l'UE, sont nécessaires, en utilisant diverses formes et canaux de communication, pour sensibiliser les parents et tous ceux qui s'occupent d'enfants, y compris les enseignant·es, à l'importance de l'éducation sexuelle pour le développement et l'autonomisation des enfants et des jeunes. Les éducateur·ices, mais aussi les psychologues, les pédiatres, les sexologues, les gynécologues et les juristes devraient s'exprimer dans le cadre de campagnes visant à faire connaître ce qu'est l'éducation sexuelle et pourquoi elle est nécessaire. Des représentants de ces groupes pourraient souligner la diversité des aspects de l'éducation sexuelle, leur importance pour le fonctionnement des individus et la prévention des problèmes sociaux. Cette polyphonie d'experts pourrait rendre moins taboue et dépolitiser l'éducation sexuelle. Des campagnes d'information fiables constitueraient également une réponse substantielle aux protestations contre la mise en œuvre de l'éducation sexuelle. Elles mettraient en

évidence les représentations erronées et les préjugés diffusés par des opposants (comme l'assimilation de l'éducation sexuelle à la sexualisation des enfants et à la promotion de l'homosexualité⁸¹).

Il est également essentiel de mieux faire connaître les droits des personnes et les services de santé sexuelle et reproductive disponibles. Des parents et des jeunes informés pourraient exiger de l'État qu'il respecte leur droit à l'information, à l'éducation et aux soins de santé.

Une dimension cruciale de l'éducation et de la sensibilisation de la société à la DSSR consiste à contrer le discours des mouvements anti-genre qui rejettent les droits reproductifs et sexuels et l'égalité femmes-hommes en les considérant comme une menace pour la nation et la famille. Il convient d'élaborer des stratégies de communication pour répondre au détournement du langage des droits humains par les mouvements anti-genre et anti-DSSR, en démystifiant leur activité et leur désinformation. Elles devraient s'appuyer sur l'expérience des ONG, qui façonnent le discours sur les DSSR dans leurs activités quotidiennes, en soutenant des personnes issues de différents milieux, en écoutant et en recueillant leurs histoires, et en agissant pour la « normalisation » du discours sur les DSSR contre la stigmatisation de l'avortement, le tabou de l'éducation sexuelle et la désinformation dans le domaine de la contraception.

Suivi de la mise en œuvre des droits et de la santé sexuels et reproductifs dans l'UE

La mise en œuvre de l'éducation sexuelle dans chaque pays de l'UE doit faire l'objet d'un suivi constant et attentif. Toutefois, la principale source de données ne peut être les informations officielles fournies par le gouvernement ou d'autres institutions publiques concernant, par exemple, la législation, les politiques ou le programme scolaire adopté (l'éducation sexuelle « en théorie »). Une « cartographie plus détaillée des pratiques actuelles en matière d'éducation sexuelle dans les différents États membres de l'UE »⁸² est nécessaire. Il est essentiel d'étudier systématiquement si et comment l'éducation sexuelle à l'école est proposée en pratique à différentes catégories d'élèves dans différents types d'écoles, quel contenu est enseigné et s'il aborde les différents aspects de la sexualité et répond aux besoins des jeunes. La recherche doit prendre en compte les perspectives des élèves participants, des enseignants, des établissements d'enseignement et des ONG travaillant dans ce domaine, afin d'identifier les problèmes et les obstacles à la mise en œuvre d'une éducation sexuelle complète. Dans le cas de la recherche auprès des étudiants, il est nécessaire d'utiliser une approche intersectionnelle pour saisir les besoins et les obstacles des personnes appartenant à différentes catégories sociales. Le rôle de l'UE pourrait être non seulement de financer l'organisation de telles enquêtes (impliquant des

organismes de recherche déjà actifs dans différents pays), mais aussi de coordonner ces enquêtes, en soutenant le développement d'une méthodologie appropriée pour comparer la situation dans les différents pays et saisir leurs spécificités.

Le suivi des différences d'accès à la contraception entre les États membres est un point de départ pour prendre des mesures visant à les obliger à améliorer la situation. Bien que les taux d'utilisation des contraceptifs en Europe (et dans une perspective mondiale) soient en hausse, et que de plus en plus de personnes réduisent le risque de grossesses non désirées et soient en mesure de planifier le nombre d'enfants qu'elles auront et le moment où elles les auront, de nombreuses femmes ont encore un besoin non satisfait en matière de planification familiale⁸³.

Garantir la possibilité d'utiliser une méthode différente pour contrôler la fertilité devrait être considéré comme faisant partie des soins de santé, ainsi que comme un outil permettant aux citoyens de faire des choix en matière de procréation et de planifier leur vie. Pour convaincre les gouvernements et l'opinion publique des avantages de l'investissement dans les soins de santé reproductive, il convient de discuter des conséquences sociales et économiques négatives des grossesses non désirées. Dans les campagnes éducatives financées par l'UE et destinées aux citoyens européens, il est essentiel de déstigmatiser et de démystifier la contraception et d'offrir des informations scientifiques fondées. Les besoins éducatifs auxquels répondent ces campagnes devraient être reconnus en coopération avec des ONG et des experts de pays spécifiques. La sensibilisation à la valeur d'une contraception gratuite et facilement accessible peut mobiliser les mouvements de plaidoyer oeuvrant en sa faveur.

La violation des droits des femmes affectées par les DSSR devrait être ouvertement et publiquement nommée et formellement traitée comme une manifestation de la violence contre les femmes et les filles (VFF)⁸⁴. Selon la proposition du Lobby européen des femmes, les principales formes de VFF comprennent la violence sexuelle, les mutilations génitales féminines, l'avortement et la stérilisation forcés en tant que formes d'oppression et de subordination, ainsi que le déni d'accès aux DSSR, y compris les grossesses forcées⁸⁵. Ces dernières ont déjà été reconnues par le Parlement européen comme une forme de violence fondée sur le genre⁸⁶. Dans une des résolutions, la coercition reproductive et le refus de soins d'avortement sûrs et légaux ont été mentionnés dans ce contexte⁸⁷. Le moment est venu d'élaborer, dès que possible, des solutions efficaces pour prévenir et combattre les violations des DSSR en tant que formes de VFF. Dans le cas de pratiques discriminatoires légitimées par des politiques de reproduction, mises en œuvre par des institutions et des organisations au sein du système public de santé ou d'éducation (comme les cliniques médicales ou les écoles), elles devraient être reconnues comme une violence institutionnelle ou structurelle⁸⁸. L'adoption d'une telle approche implique l'élaboration de mesures à appliquer par les

institutions de l'UE à l'encontre des pays qui recourent à ce type de violence.

Le suivi de la mise en œuvre des DSSR ne doit pas se limiter au paysage de l'ensemble de l'UE ou de certains pays. Il doit comprendre une analyse de la situation de différentes catégories sociales, en adoptant des approches intersectionnelles et spécifiques au genre. La coopération entre différents acteurs aux niveaux international, national et local – professionnel·les de la santé, travailleur·euses sociaux, juristes, éducateur·ices et militant·es – permet d'identifier les groupes vulnérables exposés à la discrimination et victimes de violations de leurs droits sexuels et reproductifs. L'intégration de leur point de vue dans les politiques de SSR exige la participation de leurs représentants ou défenseurs afin de reconnaître les besoins, les déficits et les solutions souhaitées.

Les professionnels de la santé qui sont compétents, amicaux, qui ne portent pas de jugement, qui n'ont pas de préjugés et qui n'utilisent pas la clause de conscience sont également des acteurs clés de l'accès à la contraception. Dans cette dimension des droits génésiques, il est essentiel non seulement d'informer les gens sur la variété des méthodes modernes de contraception, mais aussi de garantir l'accès aux contraceptifs qui conviennent le mieux aux individus, compte tenu de leur âge, de leur état de santé et de leur mode de vie. « Dans l'ensemble, les recommandations politiques et les normes non contraignantes des institutions internationales et européennes en matière de contraception vont toutes dans le même sens, à savoir que les acteurs étatiques doivent et devraient prendre des mesures plus proactives pour faciliter l'accès à la contraception, tant du point de vue des droits humains que de la santé publique⁸⁹ ». Parmi ces mesures figure le remboursement des contraceptifs à toutes les personnes en âge de procréer, qui « change la donne en ouvrant l'accès à la contraception moderne⁹⁰ ». Une telle amélioration de l'accès à la contraception moderne est constatée en Europe occidentale. Par exemple, en France, des préservatifs gratuits sont disponibles en pharmacie pour les personnes âgées de 16 à 25 ans en réponse à l'augmentation des infections sexuellement transmissibles⁹¹. Depuis le 1^{er} janvier 2022, les femmes françaises de moins de 26 ans ont accès à la contraception gratuite, incluant les consultations auprès des professionnel·les de santé et les procédures associées aux contraceptifs qu'elles ont choisis. En 2023, l'Agence italienne des médicaments a décidé de rendre la pilule contraceptive gratuite pour les femmes de tous âges en Italie (elle était déjà remboursable dans certaines régions, mais avec des restrictions d'âge)⁹². Il convient de promouvoir les exemples de ces bonnes pratiques, en utilisant des stratégies et des arguments rationnels pour les introduire et en présentant les avantages pour les individus et les sociétés.

L'accès à la contraception est lié au droit de bénéficier des résultats du développement scientifique. L'UE devrait soutenir l'introduction de méthodes contraceptives – méthodes

hormonales ou réversibles à longue durée (LARC) – pour les hommes, par le biais de recherches dans ce domaine, de la mise en œuvre des méthodes déjà développées et d’une campagne d’éducation. Cela renforcerait l’autonomie procréative des hommes et contribuerait à la « justice contraceptive » et à l’égalité entre femmes et hommes. Aujourd’hui, les femmes sont perçues comme responsables de la prévention des grossesses non désirées par la contraception et supportent la plupart des charges financières et de santé. Dans de nombreux cas, leur état de santé et les effets secondaires de la contraception les empêchent d’en faire usage. Comme l’affirme Lisa Campo-Engelstein, « nous avons besoin à la fois d’un changement de technologie – le développement des LARCs masculins – et d’un changement d’idéologie – la conviction que les femmes et les hommes devraient être responsables de la contraception – pour parvenir à un arrangement contraceptif plus juste⁹³ ».

Bien qu’il existe deux méthodes modernes sûres et efficaces pour mettre fin à une grossesse – avec des médicaments ou une procédure chirurgicale –, elles ne sont pas disponibles dans tous les États membres de l’UE qui autorisent l’avortement (dans des cadres juridiques spécifiques)⁹⁴. Bien que l’avortement médical (médicamenteux/non chirurgical) basé sur l’utilisation de médicaments pharmacologiques (mifépristone et misoprostol) pour interrompre la grossesse soit recommandé par l’OMS comme une méthode pouvant être « fournie au niveau des soins primaires et en ambulatoire, ou en pharmacie⁹⁵ » et permettant aux femmes de gérer elles-mêmes le processus d’avortement médical en dehors d’un établissement de santé (par exemple, à domicile) pendant le premier trimestre⁹⁶, il n’est pas légalisé dans des pays tels que la Croatie, la Lituanie et la Slovaquie⁹⁷. Dans certains États, il existe des limitations à l’avortement médicamenteux, comme une limite temporelle à la possibilité de recourir à cette procédure (jusqu’à sept ou neuf semaines, par exemple en France, au Luxembourg, en Allemagne, en Estonie ou en Lettonie⁹⁸). Un autre obstacle à l’accès à cette méthode d’interruption de grossesse est la restriction de son utilisation auprès des personnes ne bénéficiant pas de la supervision directe d’un agent de santé, ce qui les oblige à subir la procédure dans un hôpital ou un centre de planification familiale (par exemple, en France, en Italie ou en Belgique⁹⁹). Dans des pays comme la Pologne, où l’avortement est presque totalement interdit, l’utilisation des abortifs n’a pas été approuvée.

« La pandémie a montré que des modèles simples et démedicalisés d’accès à l’avortement sont non seulement possibles, mais souhaitables¹⁰⁰ ». Un avortement facilement accessible et autogéré peut rendre l’interruption de grossesse communément disponible, sûre et responsabilisante pour les femmes dans les pays où les régimes d’avortement sont libéraux et dans ceux où l’avortement est presque totalement interdit (comme c’est le cas en Pologne). Là encore, les ONG jouent un rôle crucial dans la diffusion et l’introduction de cette méthode d’interruption de grossesse et dans l’éducation du public et des professionnel·les de la santé à son sujet. L’organisation internationale

Women on Web, qui fournit des pilules abortives, aide les réfugiées ukrainiennes à obtenir un accès sûr à l'avortement lorsqu'elles viennent en Pologne, où les possibilités d'interruption grossesse sont très restrictives, même en cas de viol¹⁰¹. Cette situation prouve qu'il est nécessaire d'élaborer des stratégies de protection des DSSR et des mesures d'urgence en cas de crise.

« La justice reproductive exige que l'avortement soit sûr et accessible¹⁰² ». La solution souhaitée est la décriminalisation de l'avortement et l'élimination des obstacles qui rendent difficile l'interruption de grossesse, même lorsque la loi autorise l'avortement sur demande ou pour des raisons sociales. Mais, comme le montre le Canada – un pays sans politique d'avortement –, garantir l'égalité d'accès aux services d'avortement exige plus que des réglementations légales¹⁰³. Des catégories sociales spécifiques doivent être prises en compte et des solutions appropriées doivent être trouvées pour garantir la mise en œuvre de l'accès à ces services, comme le postule le concept de justice reproductive.

En se référant aux problèmes d'accès aux DSSR mentionnés plus tôt et à la mise en œuvre de la justice reproductive aujourd'hui en Europe, ainsi qu'aux recommandations formulées par les experts dans les rapports analysés, des actions sont souhaitées dans les domaines choisis suivants :

- travailler sur des solutions pour garantir l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive et l'intégration de la santé reproductive dans les stratégies et programmes nationaux ;
- développer des systèmes de remboursement des contraceptifs pour toutes les personnes en âge de procréer, en tenant compte des groupes vulnérables ;
- améliorer l'accès à l'avortement médicamenteux ;
- développer des outils en ligne offrant des informations sur un large éventail de méthodes contraceptives modernes et efficaces, tout en permettant l'accès à l'information pour les personnes exclues numériquement (par exemple, en mettant en place des lignes d'assistance téléphonique) ;
- élaborer des solutions pour faciliter et protéger la mobilité des personnes et des produits médicaux qui traversent les frontières ;
- reconnaître et réduire les pratiques discriminatoires à l'égard des groupes vulnérables ;
- concevoir les activités des services de santé reproductive en tenant compte de la situation des groupes marginalisés (comme les barrières géographiques et linguistiques et les besoins spécifiques des adolescents et des personnes handicapées) ;
- développer la télémédecine pour les consultations en matière de DSSR ;
- limiter l'utilisation de la clause de conscience par le personnel de santé et reconnaître et

- éliminer les cas de sur-utilisation ;
- envisager les solutions qui pourraient garantir la protection et la mise en œuvre des DSSR dans différents pays, en particulier dans les « démocraties illibérales » ;
- inclure les ONG et les représentants des différentes catégories sociales dans la formulation des résolutions et la consultation sur les modifications de la loi (au niveau national et européen) ;
- impliquer les représentants des services de santé dans les efforts visant à améliorer la mise en œuvre des DSSR et élaborer des normes pour leur formation en la matière ;
- intégrer un cadre de justice reproductive dans la formation et la pratique des soins de santé ;
- former le personnel des services de santé et d'éducation à réduire la stigmatisation et les préjugés à l'égard des groupes vulnérables en matière d'éducation sexuelle, de contraception et d'avortement.

La mise en œuvre des exigences en matière de DSSR nécessite une coopération entre les décideurs politiques, les universitaires et les praticiens. Les experts ont développé des outils innovants qui peuvent être utiles dans l'analyse critique des politiques publiques si elles sont équitables, inclusives et adoptent une approche intersectionnelle, comme le cadre de l'analyse des politiques basée sur l'intersectionnalité (IBPA)¹⁰⁴ ou EquiFrame (« un cadre analytique pour évaluer le degré de prise en compte de l'inclusion sociale et des droits humains dans les politiques et documents connexes¹⁰⁵ »), qui a déjà été adopté pour le groupe vulnérable de la SSR¹⁰⁶. En coopération avec des représentants d'organisations locales, ils formulent des recommandations pour la mise en œuvre des DSSR et identifient des solutions qui répondent aux besoins de groupes spécifiques. Parmi les exemples, on peut citer un ensemble d'interventions en matière de DSSR essentielles pour les adolescents¹⁰⁷ ou l'ensemble minimal de services initiaux (EMSI) pour la santé génésique¹⁰⁸, qui a été récemment invoqué en réponse à la menace contre les DSSR résultant de la guerre en Ukraine¹⁰⁹. Nous pouvons trouver des exemples de bonnes pratiques inclusives dans les activités des ONG. Par exemple, les organisations polonaises telles que Foundation for Women and Family Planning et Abortion Dream Team ont organisé des consultations téléphoniques et préparé du matériel d'information et d'éducation dans différentes langues, y compris la langue des signes, en réponse à l'afflux de réfugiés en provenance d'Ukraine¹¹⁰.

Soutenir les organisations locales agissant dans le domaine de la santé et des DSSR dans l'UE et renforcer la coopération entre les différents acteurs dans ce domaine

L'analyse de la situation des droits sexuels et reproductifs en Europe dans différentes dimensions prouve le rôle vital des ONG locales dans toutes les activités : surveillance, dénonciation, plaidoyer,

interventions, actions juridiques et politiques ; l'éducation et l'activisme social ; et la fourniture de diverses formes d'information, de soutien technique (y compris financier) et psychologique pour l'accès à l'éducation sexuelle et aux conseils de planification familiale, à la contraception et à l'avortement. Les réseaux internationaux d'entraide sont efficaces et agissent en cas de crise, comme la pandémie ou la guerre en Ukraine avec l'afflux de réfugiés qui s'est ensuivi, en répondant immédiatement à leurs besoins. Ils sont actifs au niveau macrostructurel, en influençant la politique, les réglementations légales et la conscience sociale, ainsi qu'au niveau mezzo et microstructurel, en contrôlant les institutions publiques dans les communautés locales et en soutenant et en responsabilisant les individus. Ils identifient et adressent leurs actions et leur soutien à des groupes spécifiques, invisibles dans les systèmes de santé publique ou d'éducation, ignorés ou discriminés (tels que les migrant-es sans papiers, les personnes LGBTQIA+, les travailleur-euses du sexe, les personnes handicapées, les habitant-es de régions isolées, les personnes à faible statut socio-économique), en comprenant et en appliquant l'approche de l'intersectionnalité.

L'activité et le rôle important des ONG dans le domaine des DSSR doivent être mieux reconnus par les institutions de l'UE et bénéficier d'un soutien accru. Elles devraient être reconnues et appréciées en tant qu'acteurs cruciaux dans la mise en œuvre de la justice reproductive dans des pays spécifiques ainsi qu'au niveau international. Leurs demandes, recommandations et propositions de solutions présentées par leurs experts et praticiens devraient être prises en compte dans les stratégies et les politiques. Elles ont besoin d'un financement permanent pour leurs activités et d'une coopération internationale. En outre, dans les pays où les activités liées aux DSSR sont entravées et risquées, il est nécessaire de « défendre les défenseurs », ce qui exige des programmes spéciaux de protection et différentes formes de soutien.

L'UE pourrait également soutenir la mise en réseau d'organisations opérant dans les pays européens, pour l'échange d'expériences, de bonnes pratiques, de solutions innovantes et pour contrer les groupes opposés à l'éducation sexuelle. Des ressources sont nécessaires pour que cette mise en réseau et cette coopération puissent fonctionner en continu, indépendamment des changements de situation politique dans un pays donné. Il serait utile de cartographier ce réseau au sein de l'UE et de soutenir les initiatives locales dans le cas des « taches blanches » sur la carte de l'UE.

La mise en œuvre des DSSR doit se faire avec la participation de la société civile. Comme l'a montré Marta Rawluszko à propos de l'exemple de l'introduction de l'intégration de la parité de genre en Pologne et de la mobilisation anti-genre qui en a découlé, ce processus ne doit pas être perçu socialement comme un processus descendant, imposé par l'UE sans consultation des citoyens, en

quelque sorte contre leur volonté, portant atteinte à la souveraineté de l'État et à la démocratie¹¹¹ : « La manière technocratique d'élaborer des politiques particulières en matière d'égalité de genre alimente sa propre opposition. La promotion de « l'égalité des genres » d'une manière non démocratique qui échappe au contrôle parlementaire et au débat public peut susciter une forte contre-réaction, fondée sur des objections à ce qui peut être considéré comme une intervention obscure faite par l'État sans le consentement des citoyens¹¹² ». La participation d'experts et d'organisations féministes et de représentants de la communauté LGBTQIA+ dans la promotion et la mise en œuvre des DSSR est insuffisante, car ces acteurs sociaux sont des sujets d'attaque faciles pour les groupes anti-genre, qui les considèrent comme des agents de « l'endoctrinement de l'idéologie du genre ». D'autres organisations sociales doivent également être convaincues et engagées dans la mise en œuvre de la DSSR. Des campagnes publiques avec la participation de leaders d'opinion locaux, d'activistes, de représentants de la communauté éducative, médicale ou judiciaire et de citoyens ordinaires représentant différentes catégories sociales devraient sensibiliser la population à l'importance des DSSR et à la nécessité de trouver des solutions pour les garantir.

En réponse au mouvement croissant anti-DSSR, anti-genre et anti-LGBTQIA+, l'UE doit encourager et soutenir le développement d'une large alliance de responsables politiques, d'activistes, de professionnels de la santé de diverses spécialisations, de sexologues, d'enseignants et d'éducateurs, et de juristes s'occupant des droits humains, des enfants, des femmes, des immigrés et des patients. La création de réseaux et la promotion de la coopération entre experts et praticiens de différents domaines nous permettront de mieux comprendre les problèmes divers et complexes auxquels est confrontée la mise en œuvre des DSSR dans chaque pays et dans la perspective de l'UE, ainsi que de trouver des solutions pratiques.

Remarques finales

Nos considérations se sont concentrées sur les questions de DSSR, mais celles-ci ne sont traitées que comme un point de départ pour l'égalité de genre et la création d'une politique progressiste féministe. Nous considérons la justice reproductive, ainsi que la perspective intersectionnelle, comme un outil très précieux et utile, et pas seulement dans le contexte des droits et de la santé sexuels et génésiques.

Un nouveau contrat de genre devrait intégrer un cadre de justice reproductive qui ne se centre pas seulement sur les droits reproductifs, mais qui attire également l'attention sur les injustices croisées et identifie les groupes privilégiés et marginalisés, les structures de pouvoir et la violence institutionnelle. Dans cette perspective, un individu n'est pas seulement considéré comme une

femme ou un homme, mais dans le contexte plus large des différentes caractéristiques et facteurs qui déterminent sa position sociale et ses chances dans la vie. Sur la base de cette approche intersectionnelle, les catégories de genre doivent être considérées comme diverses. Cela conduira à une politique plus sensible et individualisée, qui appréciera et soutiendra la diversité et la justice. En outre, bien qu'elle se concentre sur les droits humains, l'autonomie individuelle et la subjectivité, elle stimule la sensibilité sociale et mobilise la solidarité sociale.

Le cadre de la justice reproductive est essentiel pour contrôler et traiter l'inégalité entre les genres, mais avant tout, il crée un avenir féministe fondé sur la justice sociale et l'appréciation de la diversité, garantit la subjectivité et l'autonomie pour tous les individus, et contrecarre la marginalisation et l'exclusion.

1. « A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity », dans OMS, *The constitution of the World Health Organization*, 1948.
2. « Sexual and reproductive health are integral elements of the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health », dans Commission des droits de l'homme des Nations unies, *Commission on Human Rights Resolution 2003/28: The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, 2003.
3. Ann M. Starrs, Alex C. Ezech, Gary Barker, Alaka Basu, Jane T Bertrand, Robert Blum et al., « *Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: Report of the Guttmacher- Lancet Commission* », *The Lancet*, 391(10140), p. 2643, 2018.
4. Ann M. Starrs et al., *op. cit.*
5. « Sexual and reproductive health is a state of physical, emotional, mental, and social well-being in relation to all aspects of sexuality and reproduction, not merely the absence of disease, dysfunction, or infirmity. [...] All individuals have a right to make decisions governing their bodies and to access services that support that right. Achievement of sexual and reproductive health relies on the realization of sexual and reproductive rights, which are based on the human rights of all individuals to: • have their bodily integrity, privacy, and personal autonomy respected; • freely define their own sexuality, including sexual orientation and gender identity and expression; • decide whether and when to be sexually active; • choose their sexual partners; • have safe and pleasurable sexual experiences; • decide whether, when, and whom to marry; • decide whether, when, and by what means to have a child or children, and how many children to have; • have access over their lifetimes to the information, resources, services, and support necessary to achieve all the above, free from discrimination, coercion, exploitation, and violence », cf. Ann M. Starrs et al., *op. cit.*
6. Barbara J. Risan, « *Gender as a social structure: Theory wrestling with activism* », *Gender and Society*, 18(4), pp. 429-450, 2004 ; Barbara J. Risan et Georgiann Davis, « *From sex roles to gender structure* », *Current Sociology*, 61(5-6), pp. 733-755, 2013 ; Barbara J. Risan, Kristen Myers et Ray Sin, « *Limitations of the neoliberal turn in gender theory: (Re)turning to gender as a social structure* », dans James W. Messerschmidt, Michael A. Messner, et Reawyn Connell (dir.), *Gender reckonings*, New York University Press, pp. 275-296, 2020.
7. « Just as every society has a political and economic structure, so, too, does every society have a gender structure. [...] The gender structure differentiates opportunities and constraints based on sex category and thus has consequences on three dimensions: (1) at the individual level, for the development of gendered selves; (2) during interaction as men and women face different cultural expectations even when they fill the identical structural positions; and (3) in institutional domains where both cultural logics and explicit regulations regarding resource distribution and material goods are gender specific » ; Barbara J. Risan et Georgiann Davis, « *From sex roles to gender structure* », *Current Sociology*, 61(5-6), pp. 733-755, 2013.

8. Barbara J. Risman et Georgiann Davis, *op. cit.*, p. 746.
9. « Actively engaged in social processes that produce and reproduce distinctions between women and men », dans Jane Pilcher et Imelda Whelehan, *Fifty key concepts in gender studies*, Sage Publications, 2004 ; Joan Acker, « From sex roles to gendered institutions », *Contemporary Sociology*, 21(5), p. 567, 1992 ; Michael Kimmel, *The gendered society*, Oxford University Press, Fourth Edition, 2011.
10. « Even when the actual formal rules and regulations begin to change [toward gender-neutrality], however, whether by government, courts, religion, higher education, or organizational rules, the cultural logic often remains, hiding patriarchy in gender-neutral formal law », dans Barbara J. Risman et Georgiann Davis, « **From sex roles to gender structure** », *Current Sociology*, 61(5-6), p. 746, 2013.
11. Rickie Solinger, *Reproductive politics: What everyone needs to know*, Oxford University Press, 2013.
12. Zakiya Luna et Kristin Luker, « Reproductive Justice » (section VI), dans Carole Joffe et Jennifer Reich (dir.), *Reproduction and society: Interdisciplinary readings*, Routledge, 2015 ; Loretta Ross et Rickie Solinger, *Reproductive justice: An introduction*, University of California Press, 2017.
13. Sistersong, *Women of colour reproductive justice collective – about us*, consulté le 1^{er} septembre 2023.
14. « Toward a holistic vision of women's health and rights », dans Beverly Yuen Thompson, *Centering reproductive justice: Transitioning from abortion rights to social justice, Radical reproductive justice. Foundations, theory, practice, critique*, The Feminist Press, p. 258, 2017.
15. Kimberley Crenshaw, « **Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics** », The University of Chicago Legal Forum, 140, pp.139-167, 1989 ; Olena Hankivsky et Julia S. Jordan-Zachery, *The Palgrave handbook of intersectionality in public policy*, Palgrave Macmillan, 2019 ; Patricia Hill Collins et Sirma Bilge, *Intersectionality*, Polity Press, 2016 ; Patricia Hill Collins, *Intersectionality as critical social theory*, Duke University Press, 2019 ; Joya Misra, « **Categories, structures, and intersectional theory** », dans James W. Messerschmidt, Michael A. Messner, Raewyn Connell et Patricia Yancey Martin (dir.), *Gender Reckonings*, New York University Press, pp. 111-130, 2018 ; Zandria F. Robinson, « **Intersectionality and gender theory** », Barbara J. Risman, Carissa M. Froyum et William J. Scarborough, *Handbook of the sociology of gender*, Springer International Publishing, pp. 69-80, 2018.
16. « An axis of oppression intersecting with other axes of oppression including race, sexuality, nationality, ability, religion, etc. », dans Barbara J. Risman et Georgiann Davis, « **From sex roles to gender structure** », *Current Sociology*, 61(5-6), p. 742, 2013.
17. EPF, *European atlas of fertility treatment policies*, European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights, 2022 ; ILGA-Europe, *Annual review of the human rights situation of lesbian, gay, bisexual, trans, and intersex people 2023*, 2023. Nous ne faisons ici référence qu'à certains rapports sur des questions sélectionnées de DSSR. D'autres aspects de la DSSR font l'objet d'un suivi et de recherches – par exemple, les droits des LGBTQIA+ ou la politique *in vitro*.
18. Parlement européen, *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))*, 2021.
19. EPF, *Contraception policy atlas Europe 2023*, European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights, 2023.
20. Bérengère Marques-Pereira, *Abortion in the European Union: Actors, issues and discourse*, Foundation for European Progressive Studies et Karl Renner Institute, p. 19, 2023 ; OMS, *WHO model list of essential medicines-22nd list (2021)*, p. 49, 30 septembre 2021.
21. EPF, *Contraception policy atlas Europe 2023*, European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights, 2023.
22. Katarzyna Plagens-Rotman, Piotr Merks, Michalina Drejza, Magdalena Pisarska-Krawczyk, Witold Kedzia et Grażyna Jarzabek-Bielecka, *Problems related to gynaecological and obstetric care in Poland – selected issues*, *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 48(6), 1273, 2021 ; Justyna Czekajewska, Dariusz Walkowiak, et Jan Domaradzki, « Attitudes of Polish physicians, nurses and pharmacists towards the ethical and legal aspects of the conscience clause », *BMC Medical Ethics*, 23(1), 107, 2022.
23. Jasmine Aly, Kristin O. Haeger, Alicia Y. Christy et Amanda M. Johnson, « **Contraception access during the Covid-19 pandemic** », *Contraception and Reproductive Medicine*, 5(1), pp. 17, 2020 ; Jasmine Aly, Lindsey Choi et Alicia Y. Christy, «

- The impact of coronavirus on reproduction: Contraceptive access, pregnancy rates, pregnancy delay, and the role of vaccination », *F&S Reviews*, 3 (3), pp. 190-200, 2022 ; Karin Båge et Neil Datta, *Ensure sexual and reproductive health and rights – even in times of crisis: Report on access to contraception in Europe during the Covid-19 pandemic*, European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights, 2021 ; Hannah VanBenschoten, Hamsadvani Kuganantham, Elin C Larsson et al., « Impact of the Covid-19 pandemic on access to and utilisation of services for sexual and reproductive health: a scoping review », *BMJ Glob Health*, 7 (10), 2022.
24. « A two-speed Europe when it comes to access to information on modern, effective contraception », dans European Parliament Forum, *Limited access: Europe's contraception deficit. A white paper*, European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights, p. 7, 2018.
 25. European Parliament Forum, *op. cit.*
 26. EPF, « *Contraception atlas 2022, Countryspecific cases: Belgium, Germany, Greece, Italy, Romania* », European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights, 2022.
 27. « There are considerable differences in its content, delivery and organization between member states. As a result, children across the European Union are likely to receive very different messages and information from each other about these important topics, depending on how different member states interpret and implement these international targets and standards », dans Natalie Picken, « *Sexuality education across the European Union: An overview* », Publications Office of the European Union, 2020.
 28. Evert Ketting, Laura Brockschmidt et Olena Ivanova, « *Investigating the 'C' in CSE: Implementation and effectiveness of comprehensive sexuality education in the WHO European region* », *Sex Education*, 21 (2), pp. 133-147, 2021.
 29. Unesco, *International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach*, 2018 ; OMS, *Standards for sexuality education in Europe: A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists*, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2010.
 30. Natalie Picken, « *Sexuality education across the European Union: An overview* », Publications Office of the European Union, 2020.
 31. « Preparation for family life ».
 32. Christian Davies, « *Poland's law and justice party targeting sex education* », *The Lancet*, 395 (10217), pp. 17-18, 2020.
 33. Roman Kuhar et David Paternotte, *Anti-gender campaigns in Europe: Mobilizing against equality*, Rowman & Littlefield International, 2018.
 34. « Regional injustice ».
 35. « A mixed situation across the Continent. While national health systems in 21 countries treat abortion as any other medical service, in 14 countries and territories, abortion remains technically a crime, even though most Europeans consider abortion to be a women's right », dans EPF et IPPF, *European abortion policies atlas*, European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights et The International Planned Parenthood Federation European Network, 2021.
 36. Bérengère Marques-Pereira, *Abortion in the European Union: Actors, issues and discourse*, Foundation for European Progressive Studies et Karl Renner Institute, p. 13, 2023.
 37. « Shows that, to date, no country in the EU has recognized women's right to abortion as a free choice, but only as a right to access abortion (in differing degrees) in the name of public health », dans Bérengère Marques-Pereira, *op. cit.*, p. 5.
 38. Center for Reproductive Rights, *European abortion laws, Comparative overview*, 2022.
 39. EPF et IPPF, *European abortion policies atlas*, European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights et The International Planned Parenthood Federation European Network, 2021.
 40. International Planned Parenthood Federation, *The IPPF EN partner survey: Abortion legislation and its implementation in Europe and Central Asia threats to women's and girls' reproductive health*, décembre 2019.
 41. Sanhita Ambast, Hazal Atay et Antonella Lavelanet, « *A global review of penalties for abortion-related offences in 182 countries* », *BMJ Global Health*, 8 (3), 2023.
 42. Bérengère Marques-Pereira, *Abortion in the European Union: Actors, issues and discourse*, Foundation for European Progressive Studies et Karl Renner Institute, 2023.

43. Silvia De Zordo, Joanna Mishtal, Giulia Zanini et Caitlin Gerds, « « **The first difficulty is time**”: The impact of gestational age limits on reproductive health and justice in the context of cross-border travel for abortion care in Europe », *Social Science and Medicine*, 321 (115760), 2023.
44. Bérengère Marques-Pereira, *Abortion in the European Union: Actors, issues and discourse*, Foundation for European Progressive Studies et Karl Renner Institute, 2023 ; EPF et IPPF, **European abortion policies atlas**, European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights et The International Planned Parenthood Federation European Network, 2021 ; Center for Reproductive Rights, *European abortion laws, Comparative overview*, 2022.
45. Bérengère Marques-Pereira, *Abortion in the European Union: Actors, issues and discourse*, Foundation for European Progressive Studies et Karl Renner Institute, 2023 ; EPF et IPPF, **European abortion policies atlas**, European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights et The International Planned Parenthood Federation European Network, 2021 ; Center for Reproductive Rights, *European abortion laws, Comparative overview*, 2022 ; International Planned Parenthood Federation, **The IPPF EN partner survey: Abortion legislation and its implementation in Europe and Central Asia threatens to women’s and girls’ reproductive health**, p. 13, décembre 2019 ; OMS, *Abortion care guideline*, p. 41, 2022.
46. International Planned Parenthood Federation, **The IPPF EN partner survey: Abortion legislation and its implementation in Europe and Central Asia threatens to women’s and girls’ reproductive health**, p. 13, décembre 2019.
47. EPF et IPPF, **European abortion policies atlas**, European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights et The International Planned Parenthood Federation European Network, 2021.
48. « Such laws not only contravene the right to have personal health data and information treated with privacy and confidentiality but can expose girls to serious distress and even abuse. They often deter girls from accessing timely support, with grave consequences for their physical and mental health », dans International Planned Parenthood Federation, **The IPPF EN partner survey: Abortion legislation and its implementation in Europe and Central Asia threatens to women’s and girls’ reproductive health**, p. 13, décembre 2019.
49. Zampas et Andión-Ibañez, « **Conscientious objection to sexual and reproductive health services: International human rights standards and European law and practice** », *European Journal of Health Law*, 19 (3), pp. 231-256, 2012 ; Bérengère Marques-Pereira, *Abortion in the European Union: Actors, issues and discourse*, Foundation for European Progressive Studies et Karl Renner Institute, 2023 ; Ludovica Anedda, Lucy Arora, Luca Favero, Nathalie Meurens, Sophie Morel et Martha Schofield, *Sexual and reproductive health rights and the implication of conscientious Objection*, Study, Parlement européen, 2018.
50. Bérengère Marques-Pereira, *Abortion in the European Union: Actors, issues and discourse*, Foundation for European Progressive Studies et Karl Renner Institute, 2023.
51. « This penalises all women and girls, but specifically the vulnerable (e.g., low income, living in rural areas, Roma, sex workers and undocumented migrants », dans EPF, **First ever European Abortion Policies Atlas launched**, European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights, 2021.
52. Bérengère Marques-Pereira, *Abortion in the European Union: Actors, issues and discourse*, Foundation for European Progressive Studies et Karl Renner Institute, 2023 ; International Planned Parenthood Federation, **The IPPF EN partner survey: Abortion legislation and its implementation in Europe and Central Asia threatens to women’s and girls’ reproductive health**, p. 16, décembre 2019.
53. International Planned Parenthood Federation, **The IPPF EN partner survey: Abortion legislation and its implementation in Europe and Central Asia threatens to women’s and girls’ reproductive health**, p. 18, décembre 2019.
54. « Indirect costs are also incurred by the imposition of obstacles such as mandatory waiting periods and mandatory counseling. Expenses arise from the additional appointments required, forcing women to take more time off work, pay for more childcare, cover more transport and accommodation costs. These are especially onerous for women from low income households and/or located in rural areas », dans International Planned Parenthood Federation, **The IPPF EN partner survey: Abortion legislation and its implementation in Europe and Central Asia threatens to women’s and girls’ reproductive health**, p. 18, décembre 2019.
55. Roman Kuhar et David Paternotte, *Anti-gender campaigns in Europe: Mobilizing against equality*, Rowman & Littlefield International, 2018 ; Agnieszka Graff et Elżbieta Korolczuk, *Anti-gender politics in the populist moment*, Routledge, 2022 ;

- Andrea Pető, « **Reproductive rights as battlefield in the new Cold War: A historical comparison of illiberal gender politics regarding reproductive rights in Hungary** », dans Alexandra Scheele, Julia Roth et Heidemarie Winkel (dir.), *Global contestations of gender rights*, Bielefeld University Press, pp. 231-248, 2022 ; Eszter Kováts et Maari Pöim, *Gender as symbolic glue: The position and role of conservative and far-right parties in the anti-gender mobilizations in Europe*, Foundation for European Progressive Studies, 2015 ; Eszter Kováts, « **Questioning consensus: Right-wing populism, anti-populism, and the threat of 'gender ideology'** », *Sociological Research Online*, 23 (2), pp. 528-538, 2018 ; Eszter Kováts, « **Anti-gender politics in East-Central Europe: Right-wing defiance to West-Eurocentrism** », *GENDER-Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*, 13 (1), 2021, pp. 76-90, 2021.
56. Weronika Grzebalska et Andrea Peto, « **The gendered modus operandi of the illiberal transformation in Hungary and Poland** », *Women's Studies International Forum*, 68, pp. 164-172, 2018 ; Andrea Pető, « **Reproductive rights as battlefield in the new Cold War: A historical comparison of illiberal gender politics regarding reproductive rights in Hungary** », dans Alexandra Scheele, Julia Roth et Heidemarie Winkel (dir.), *Global contestations of gender rights*, Bielefeld University Press, pp. 231-248, 2022.
 57. « a new Cold War between liberal and illiberal forces » ; Andrea Pető, « **Reproductive rights as battlefield in the new Cold War: A historical comparison of illiberal gender politics regarding reproductive rights in Hungary** », Alexandra Scheele, Julia Roth, et Heidemarie Winkel, *Global contestations of gender rights*, Bielefeld University Press, pp. 228, 2022.
 58. « The global conservative revolution », dans Andrea Pető, *op. cit.*
 59. Weronika Grzebalska et Andrea Peto, « **The gendered modus operandi of the illiberal transformation in Hungary and Poland** », *Women's Studies International Forum*, 68, pp. 164-172, 2018 ; Agnieszka Graff et Elżbieta Korolczuk, *Anti-gender politics in the populist moment*, Routledge, 2022 ; Barbara Gaweda, « **The gendered discourses of illiberal demographic policy in Poland and in Russia** », *Politics and Governance*, 10 (4), 2022.
 60. « Gender policy arguments as a cover up for fostering a deeper and profound change in the European political and value system », dans Andrea Pető, « "Anti-gender" mobilizational discourse of conservative and far right parties as a challenge for progressive politics », dans Eszter Kováts et Maari Pöim (dir.), *Gender as symbolic glue. The position and role of conservative and far right parties in the anti-gender-mobilization*, Foundation for European Progressive Studies, p. 127, 2015.
 61. « Europeanization » by elites « against the will of the people », dans Elzbieta Korolczuk et Agnieszka Graff, *Gender as "Ebola from Brussels": The anti-colonial frame and the rise of illiberal populism*, *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 43 (4), pp. 797-821, 2018 ; Eszter Kováts, « **Anti-gender politics in East-Central Europe: Right-wing defiance to West-Eurocentrism** », *GENDER-Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*, 13 (1), pp. 76-90, 2021 ; Agnieszka Graff et Elżbieta Korolczuk, *Anti-gender politics in the populist moment*, Routledge, 2022 ; Marta Rawłuszko, « **And if the opponents of gender ideology are right? Gender politics, Europeanization, and the democratic deficit** », *Politics and Gender*, 17 (2), pp. 301-323, 2021.
 62. Eszter Kováts et Elena Zacharenko, « **The right-wing opposition to "gender" in the light of the ambiguity of the meaning of the term in EU documents** », *Politické Vedy*, 24 (4), pp. 56-82, 2021 ; Eszter Kováts, « Only I know my gender: The individualist turn in gender theory and politics, and the right-wing opposition », *Intersections*, 8 (1), pp. 110-127, 2022.
 63. Agnieszka Graff et Elżbieta Korolczuk, *Anti-gender politics in the populist moment*, Routledge, 2022 ; Heinrich-Böll-Stiftung, *Anti-gender movements of the rise? Strategising for gender equality in Central and Eastern Europe*, 2015 ; Neil Datta, *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, 2021 ; Eszter Kováts et Elena Zacharenko, « **The right-wing opposition to "gender" in the light of the ambiguity of the meaning of the term in EU documents** », *Politické Vedy*, 24 (4), pp. 56-82, 2021 ; Eszter Kováts et Maari Pöim, *Gender as symbolic glue: The position and role of conservative and far-right parties in the anti-gender mobilizations in Europe*, Foundation for European Progressive Studies, 2015.
 64. Agnieszka Graff et Elżbieta Korolczuk, *Anti-gender politics in the populist moment*, Routledge, p. 17-20-61, 2022.
 65. Agnieszka Graff et Elżbieta Korolczuk, *op. cit.*, p. 120.
 66. Agnieszka Graff et Elżbieta Korolczuk, *op. cit.*

67. ADT, *Aborcyjny Dream Team*, Retrieved, 10 septembre 2023 ; Agata Chełstowska et Agata Ignaciuk, « *Criminalization, medicalization, and stigmatization: Genealogies of abortion activism in Poland* », *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 48 (2), pp. 423–453, 2023.
68. Claudia Torrisi, *Abortion without Borders: A bold, feminist reply to Poland's draconian laws?* OpenDemocracy, 28 septembre 2020.
69. SAFE, *S.A.F.E – Supporting Abortions for Everyone* ; ASN, *About Abortion Without Borders*, consulté le 10 septembre 2023.
70. Bérengère Marques-Pereira, *Abortion in the European Union: Actors, issues and discourse*, Foundation for European Progressive Studies et Karl Renner Institute, 2023.
71. « The right to sexual and reproductive health, and its hybridisation with sexual and reproductive rights, have their political, legal and judicial foundations in international and European human rights norms », dans Bérengère Marques-Pereira, *op. cit.*, p. 39.
72. « Reproductive rights do not constitute the entirety of women's rights, but are their fundamental condition. They allow women to survive and to achieve more than survival », dans Michelle Goldberg, *The means of reproduction: Sex, power, and the future of the world*, Penguin Books, p. 28, 2020 ; Felipe Russo et Julia R Steinberg, « Contraception and abortion: Critical tools for achieving reproductive justice », dans Joan C. Chrisler (dir.), *Reproductive justice: A global concern*, p. 145, 2012.
73. Bérengère Marques-Pereira, *Abortion in the European Union: Actors, issues and discourse*, Foundation for European Progressive Studies et Karl Renner Institute, 2023.
74. « A right against coercive interference in decisions regarding procreation », dans Elizabeth Brake et Joseph Millum, « Parenthood and procreation », dans Edward N. Zalta (dir.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, Stanford University, 2022.
75. John A. Robertson, « Procreative liberty in the era of genomics », *American Journal of Law & Medicine*, 29 (4), p. 447, 2003.
76. « Withholding of services, particularly abortion and contraception, and thus forcing childbirth », dans Carole Joffe et Jennifer Reich, *Reproduction and society: Interdisciplinary readings*, Routledge, p. 4, 2015.
77. « Freedom to live authentic lives within, beyond, or between gender categories », dans Barbara J. Risman, Kristen Myers et Ray Sin, « *Limitations of the neoliberal turn in gender theory: (Re)turning to gender as a social structure* », dans James W. Messerschmidt, Michael A. Messner et Reawyn Connell (dir.), *Gender reckonings*, New York University Press, p. 291, 2020.
78. « Study gender through an intersectional lens », dans Zandria F. Robinson, « *Intersectionality and gender theory* », dans Barbara J. Risman, Carissa M. Froyum et William J. Scarborough (dir.), *Handbook of the sociology of gender*, Springer International Publishing, p. 76, 2018.
79. Kristien Michielsen et Olena Ivanova, *Comprehensive sexuality education: Why is it important?*, Parlement européen, 2022.
80. Unesco, *International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach*, 2018.
81. Agnieszka Graff et Elżbieta Korolczuk, *Anti-gender politics in the populist moment*, p. 68–71, Routledge, 2022.
82. « More detailed mapping of ongoing sexuality education practices in different EU Member States », dans N. Picken, « *Sexuality education across the European Union: An overview* », Publications Office of the European Union, 2020.
83. Nations unies, *World family planning 2022. Meeting the changing needs for family planning: Contraceptive use by age and method*, 2022.
84. EWL, *Violence against women and domestic violence: A first step towards a Europe free of male violence against women and girls. EWL response to the Proposal for a DIRECTIVE on combating violence against women and domestic violence*, European Women's Lobby, 2022.
85. EWL, *op. cit.*
86. Parlement européen, *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))*, 2021 ; Parlement européen, *European Parliament resolution of 11 November 2021 on the first anniversary of the de facto abortion ban in Poland*, 11 novembre 2021.
87. Parlement européen, *European Parliament resolution of 16 September 2021 with recommendations to the Commission on*

- identifying gender-based violence as a new area of crime listed in Article 83(1) TFEU (2021/2035(INL))*, 16 septembre 2021.
88. May 28th, International Day of Action for Women's Health, *Examples of institutional violence*, consulté le 10 septembre 2023 ; Rishita Nandagiri, Ernestina Coast et Joe Strong, « Covid-19 and abortion: Making structural violence visible », *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 46 (supplément 1), pp. 83-89, 2020.
 89. « Altogether, the body of policy recommendations and softlaw from international and European Institutions regarding contraception all point in the same direction, that state actors need and should take more proactive steps to facilitate access to contraception, both from a human rights perspective as well as a public health concern », dans European Parliament Forum, « *Limited access: Europe's contraception deficit. A white paper* », European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights, 2018 ; European Parliament Forum, *Contraception atlas 2018*, European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights, p. 10, 2018.
 90. « A game-changer in opening up access to modern contraception » ; European Parliament Forum, *Contraception atlas 2018*, European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights, 2018.
 91. Inke Kappeler et Joseph Ataman, « France offers free condoms to young people and free emergency contraception to all women », CNN, 2 janvier 2023.
 92. Giulia Carbonaro, « Backlash from anti-abortion groups as Italy prepares to make birth control pill free », Euronews, 2 avril 2023.
 93. « We need both a change in technology – the development of male LARCs – and a change in ideology – the belief that both women and men should be responsible for contraception – to achieve the more just contraceptive arrangement », dans Lisa Campo-Engelstein, « *Contraceptive justice: Why we need a male pill* », *AMA Journal of Ethics*, 14 (2), p. 139, 2012.
 94. EPF et IPPF, « *European abortion policies atlas* », European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights et The International Planned Parenthood Federation European Network, 2021 ; Bérengère Marques-Pereira, *Abortion in the European Union: Actors, issues and discourse*, Foundation for European Progressive Studies et Karl Renner Institute, p. 13, 2023.
 95. « Provided at the primary-care level and on an outpatient basis, or from a pharmacy. »
 96. OMS, *Abortion care guideline*, p. 62 et 67, 2022.
 97. EPF et IPPF, « *European abortion policies atlas* », European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights et The International Planned Parenthood Federation European Network, 2021 ; Bérengère Marques-Pereira, *Abortion in the European Union: Actors, issues and discourse*, Foundation for European Progressive Studies et Karl Renner Institute, p. 13, 2023.
 98. Bérengère Marques-Pereira, *Abortion in the European Union: Actors, issues and discourse*, Foundation for European Progressive Studies et Karl Renner Institute, p. 13, 2023.
 99. Bérengère Marques-Pereira, *op. cit.*
 100. « The pandemic has shown how simple, demedicalized models of access to abortion are not only possible, but desirable » ; Susan Yanow, Lucia Berro Pizzarossa, et Kingo Jelinska, « *Self-managed abortion: Exploring synergies between institutional medical systems and autonomous health movements* », *Contraception*, 104 (3), pp. 219-221, 2021 . Mariana Prandini Assis et Sara Larrea, « *Why self-managed abortion is so much more than a provisional solution for times of pandemic* », *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28 (1), 2020.
 101. Women on Web, *Women on Web is donating services to Ukrainian refugees in need of abortion*, Consulté le 15 septembre 2023.
 102. « Reproductive justice requires abortion to be safe and accessible », dans Nancy Felipe Russo et Julia R Steinberg, « Contraception and abortion: Critical tools for achieving reproductive justice », dans Joan C. Chrisler, (dir.), *Reproductive justice: A global concern*, p. 160, 2012.
 103. Rachael Johnstone, *After Morgentaler: The politics of abortion in Canada*, UBC Press, 2017 ; Christabelle Sethna et Marion Doull, « *Spatial disparities and travel to freestanding abortion clinics in Canada* », *Women's Studies International Forum*, 38, pp. 52-62, 2013.
 104. Olena Hankivsky, Daniel Grace, Gemma Hunting, Melissa Giesbrecht, Alycia Fridkin, Sarah Rudrum, Olivier Ferlatte et

- Natalie Clark, « **An intersectionality-based policy analysis framework: Critical reflections on a methodology for advancing equity** », *International Journal for Equity in Health*, 13 (1), 119, 2014.
105. « An analytical framework for assessing the degree to which social inclusion and human rights feature in policy and policy-related documents ».
 106. Mutamad Amin, Malcolm MacLachlan, Hasheem Mannan, Shahla El Tayeb, Amani El Khatim, Leslie Swartz, Alister Munthali, Gert Van Rooy, Joanne McVeigh, Arne Eide et Marguerite Schneider, « **EquiFrame: A framework for analysis of the inclusion of human rights and vulnerable groups in health policies** », *Health and Human Rights*, 13 (2), pp. 1-20, 2011 ; Hasheem Mannan, Mutamad Amin et Malcolm MacLachlan, *The EquiFrame manual: A tool for evaluating and promoting the inclusion of vulnerable groups and core concepts of human rights in health policy documents*, Global Health Press, 2011 ; Olena Ivanova, Tania Dræbel et Siri Tellier, « **Are sexual and reproductive health policies designed for all? Vulnerable groups in policy documents of four European countries and their involvement in policy development** », *International Journal of Health Policy and Management*, 4 (10), pp. 663-671, 2015 ; Malcolm MacLachlan, Hasheem Mannan, Tessy Huss, Alister Munthali et Mutamad Amin, « **Policies and processes for social inclusion: Using EquiFrame and EquiPP for policy dialogue** Comment on "Are sexual and reproductive health policies designed for all? Vulnerable groups in policy documents of four European countries and their involvement in policy development" », *International Journal of Health Policy and Management*, 5 (3), pp. 193-196, 2015 ; Ines Keygnaert, « **In search of the third eye, when the two others are shamefacedly shut? Comment on "Are sexual and reproductive health policies designed for all? Vulnerable groups in policy documents of four European countries and their involvement in policy development."** », *International Journal of Health Policy and Management*, 5 (5), pp. 325-327, 2016.
 107. Danielle Marie Claire Engel, Mandira Paul et al., « **A package of sexual and reproductive health and rights interventions – what does it mean for adolescents?** », *Journal of Adolescent Health*, 65 (6), S41-S50, 2019.
 108. Monica Adhiambo Onyango, Bretta Lynne Hixson et Siobhan McNally, « **Minimum initial service package (MISP) for reproductive health during emergencies: Time for a new paradigm?** », *Global Public Health*, 8 (3), pp. 342-356, 2013.
 109. Eszter Kismödi et Emma Pitchforth, « **Sexual and reproductive health, rights and justice in the war against Ukraine 2022** », *Sexual and Reproductive Health Matters*, 30 (1), 2022.
 110. Voir les profils Instagram de ces organisations.
 111. Marta Rawłuszko, « **And if the opponents of gender ideology are right? Gender politics, Europeanization, and the democratic deficit** », *Politics and Gender*, 17 (2), pp. 301-323, 2021.
 112. « The technocratic manner of developing particular gender equality policies fuels its own opposition. Promoting 'gender equality' in an undemocratic manner that eludes parliamentary control and public debate may bring a strong counterresponse, grounded in objections to what may be framed as an obscure intervention made by the state without citizens' consent », dans *ibid.*, pp. 18-19.