

# INTERRUPTION DE GROSSESSE

En novembre 2003, le Conseil international de MSF débat de la politique de l'organisation concernant les traitements proposés aux victimes de violences sexuelles.

Il s'avère que la politique concernant les soins aux femmes victimes de viol, qui inclue notamment la « pilule du lendemain » est peu mise en œuvre en raison des craintes du personnel de terrain.

Un groupe de travail est alors chargé d'élaborer une position commune au mouvement concernant l'interruption de grossesse.

Cette question est discutée lors des mini AG de 2004 qui votent plusieurs motions demandant à MSF de se positionner clairement.



**Compte rendu** de la réunion du Conseil international de MSF, 21-23 novembre 2003 (en anglais)

## Extrait :

### III. Violences sexuelles

*Françoise Duroch fait une présentation*

Nous avons maintenant théoriquement une politique en place dans tous nos programmes par laquelle nous délivrons un traitement aux femmes victimes de viol : prophylaxie et pilule du lendemain. Néanmoins, sur le terrain les gens s'en méfient un peu - ils sont peut-être un peu effrayés. Le succès de cette politique dépend donc beaucoup de la motivation des équipes sur le terrain et c'est sa principale faiblesse. Des informations et des consignes ont été données au terrain - nous devons veiller à ce que les actes médicaux requis soient bien accomplis. Des activités de sensibilisation ont été menées à travers des formations, des séances d'information, etc. [...]

## Avortement

Un groupe de travail a été mis en place pour s'occuper de cette question. Il existe un consensus de base en ce qui concerne les avortements thérapeutiques. Nous pouvons faire face à différents scénarios : l'avortement est criminalisé à la fois pour la femme et pour le praticien ou bien il est autorisé si il est thérapeutique. MSF doit examiner les moyens possibles d'y faire face, le fait étant que nous devons nous préparer à nous retrouver confrontés à ce problème. [...]

## Santé des femmes

Françoise Duroch recommande d'y inclure la santé reproductive, les MST [maladies sexuellement transmissibles] et les violences sexuelles.

Conclusion - nous devons aborder trois questions :

- Banaliser les soins médicaux aux femmes sur le terrain ;
- Traiter/agir médicalement (nous ne sommes pas sûrs de pouvoir agir sur les causes) ;
- Avortement : il faut trouver une position commune pour MSF en tant que mouvement.



**Synthèse** des mini AG sur l'avortement, 2004 (en anglais)

## Extrait :

Selon les retours qui en ont été faits, le thème de l'avortement a évidemment suscité des débats passionnés au cours des mini AG. Plusieurs aspects ont été abordés dans les discussions :

- Aspect juridique -> statut juridique de l'avortement dans les pays d'intervention (dans certains pays, l'avortement thérapeutique est légal alors que dans d'autres l'avortement dans son ensemble est illégal) ;
- Aspects culturels et religieux ;
- Aspect médical (avortement thérapeutique, conséquences médicales de l'avortement clandestin sur la santé des femmes) ;
- Aspects sociaux et psychosociaux (conséquences d'une grossesse non désirée sur la mère et l'enfant).

Nombre de mini AG sont convaincues que l'avortement est un débat éthique/moral et une question très personnelle -> un consensus était donc difficile à atteindre dans de nombreuses mini AG, ce qui peut expliquer le nombre limité de motions et de recommandations proposées.

Avortement thérapeutique : consensus relatif sur le fait que MSF devrait les pratiquer -> proposition qu'ils soient accompagnés de procédures de conseil adaptées aux contextes et cultures locales.

Avortement en cas de grossesse non désirée : il n'y a pas de consensus sur la question de savoir si MSF doit les pratiquer dans les pays où l'avortement est illégal -> MSF doit-elle aller à l'encontre de la loi et intégrer la pratique de l'avortement dans les projets? Les réponses à cette question opposent souvent (mais pas seulement) l'argument juridique à l'approche humanitaire :

- Non, car cela peut avoir un impact négatif sur l'ensemble des activités de MSF dans un pays donné (risque d'expulsion, risque d'augmentation du nombre de consultations pour avortement au détriment des autres urgences médicales auxquelles MSF doit faire face dans un pays). À la place, MSF pourrait plutôt mettre en place des mesures d'accompagnement pendant la grossesse et après l'accouchement.
- Oui, étant donné la charge que représentent les avortements clandestins dans des conditions sanitaires précaires et les conséquences sociales des grossesses non désirées sur la mère et l'enfant. Une mini AG a fait le parallèle avec la mise en œuvre des ACT [artemisin combined therapy – traitement combiné à base d'artémisinine] pour lesquelles MSF est allée à l'encontre des protocoles nationaux.
- Cas spécifique de l'avortement après un viol : même pour ces situations, aucun consensus n'a été atteint.

Il y a toutefois un consensus assez clair sur le fait que MSF devrait au moins tout faire pour changer la loi en témoignant et en faisant pression sur les autorités. Mais des limitations et des commentaires supplémentaires ont été soulevés :

- MSF ne doit pas imposer sa culture -> la question de l'avortement ne peut être dissociée du contexte local (les aspects

culturels et traditionnels doivent être pris en compte) -> documenter plus avant la question doit être une condition préalable avant de prendre de position.

- Jusqu'à où MSF peut-elle être impliquée dans les combats d'une société civile donnée ?
- L'avortement ne doit pas être dissocié de la question du planning familial -> l'avortement ne doit pas être considéré comme une mesure contraceptive et MSF doit sensibiliser davantage sur le planning familial et la contraception, y compris les préservatifs, la pilule contraceptive et la pilule du lendemain (surtout en cas de viol).

Dans l'ensemble, les motions et recommandations demandent à MSF de définir une position claire sur l'avortement car le personnel est confronté à ce problème sur le terrain. Ce besoin d'une position claire est d'autant plus important dans les contextes de guerre et les contextes où le viol est une « pratique courante ».

Deux mini AG ont soulevé la question du positionnement individuel du personnel de MSF : même si l'avortement est légal ou prévu dans les projets de MSF, le personnel de MSF peut-il refuser de le pratiquer ? Le Sud-Soudan a répondu oui à cette question si la décision du personnel est fondée sur des convictions personnelles et insistant sur le fait qu'un médecin devrait être libre de choisir de pratiquer ou non un avortement. Le Nicaragua à l'inverse a répondu que non, faisant valoir que les opinions individuelles ne devraient pas interférer sur le contenu d'un projet ni sur une politique, et a insisté sur le respect de la décision personnelle du bénéficiaire.

**En novembre 2004, s'appuyant sur les résultats des débats des mini AG [mini Assemblée générale – débats associatifs sur le terrain] et sur un projet des Directeurs médicaux concernant « La politique de santé sexuelle et reproductive de MSF », le Conseil international reconnaît que cet acte médical est négligé. Afin de donner aux praticiens de terrain une orientation et une approche commune dans leur pratique quotidienne, une résolution est votée. Elle affirme que l'ensemble des soins de santé reproductive doivent représenter une part essentielle de tous les projets de MSF et que la possibilité de pratiquer des avortements sans risque doit y être intégrée, dans tous les contextes où elle est pertinente.**



**Compte rendu** de la réunion du Conseil international de MSF, 19-21 novembre 2004 (en anglais)

#### **Extrait :**

##### 1. Avortement

Contexte :

La discussion s'appuie sur plusieurs documents dont un projet de « Politique de santé sexuelle et reproductive de MSF » produit par les Directeurs médicaux et sur les résultats des discussions des mini AG de 2004. D'un point de vue juridique, un document est en préparation et certaines responsabilités doivent aussi être laissées au terrain. [...]

Principaux résultats de la discussion :

- Avoir une politique ou non : il est potentiellement difficile sur le plan opérationnel d'avoir une politique en tant que telle, car elle peut se concentrer sur une question qui ne fait pas partie intégrante de nos activités. Notre réponse au viol/avortement dans des conditions précaires est une réponse médicale à un problème médical. Mais la formulation du projet de politique fait par les Directeurs médicaux (« dans tous les programmes ») est problématique car, premièrement, elle n'est pas réaliste et parce que, dans certains contextes, il existe des lois strictes contre l'avortement ou des groupes qui ne le tolèrent pas -> nous nous concentrerions alors sur quelque chose sur lequel nous ne devrions pas. Certains ont fait valoir qu'en ayant une meilleure politique, nous permettons à notre personnel de répondre aux besoins, du moins en ce qui concerne les avortements sans risque. Avoir une politique aiderait aussi à éviter que de nouveaux arrivants à MSF contestent ou remettent en question les avortements sans risque dans le cadre de nos programmes et au droit des femmes à y avoir accès -> différent de pousser pour une politique de l'avortement partout.
- Approche fondée sur les droits de l'homme, éthique médicale contre positionnement politique : l'avortement ne peut être justifié ni par l'éthique médicale ni par les droits de l'homme -> nous pouvons le justifier comme une position politique. Dans notre culture médicale, c'est un acte normal (les médecins en Europe se sont battus pour avoir le monopole de l'acte afin d'éviter les problèmes lorsqu'ils sont pratiqués clandestinement par des non-médecins).
- Violer la loi : l'avortement n'est pas inclus dans le droit international. Seuls deux pays interdisent strictement l'avortement pour quelle que raison que ce soit. Dans d'autres pays, l'avortement peut être justifié pour des raisons thérapeutiques. Consensus parmi les membres du CI sur la présence de la nécessité médicale par rapport à la nécessité légale.

Conclusion :

En tant qu'organisation, nous devons reconnaître que nous négligeons cet acte médical dans notre pratique. Qu'il soit légal ou non, l'avortement est pratiqué -> pas besoin de politique en tant que telle -> plutôt donner aux équipes sur le terrain les moyens/ressources pour le faire de la façon la plus sûre possible. Il est également souligné que la gestion de l'avortement devrait toujours faire partie de la santé reproductive -> l'avortement n'est qu'un épiphénomène et devrait faire partie d'une vision plus forte en matière de santé reproductive avec la volonté politique de mettre en place des programmes de planning familial de qualité -> Résolution du Conseil international pour souligner la volonté politique de mettre en place une offre complète de soins de santé reproductive comprenant l'avortement. [...]

Suivi :

Rowan transmettra les commentaires du CI sur le projet de Politique [de santé sexuelle et reproductive] aux Directeurs médicaux :

- Ni une approche basée sur les droits de l'homme ni une approche basée sur l'éthique médicale ;
- La politique ne devrait pas comporter d'éléments juridiques -> seulement une base médicale ;
- Ressources humaines : dans certains contextes, nous devrions nous abstenir de placer des médecins qui sont contre l'avortement.

Résolution du Conseil international sur l'avortement

### Le Conseil international déclare :

1. La fourniture de soins de santé reproductive complets est essentielle dans tous les programmes de médecine générale de MSF.
  2. Malgré des améliorations et des efforts récents, ce type de soins est encore trop peu accessible aux patientes dans les programmes de MSF.
  3. La possibilité de pratiquer des avortements sans risque doit être intégrée dans le cadre des soins de santé reproductive dans tous les contextes où elle est pertinente.
  4. Le rôle de MSF dans l'interruption de grossesse doit être basé sur les besoins médicaux et humains de nos patientes.
- 14 voix pour - 2 abstentions (Royaume-Uni, Danemark) - 2 absentes (Autriche, Hong Kong).

**En septembre 2007, le groupe de travail sur la santé reproductive constate que la résolution n'a eu aucun impact sur le terrain, en partie en raison d'un manque de communication. Ce constat est entériné par le Conseil international en décembre 2007. Tout en prenant acte de certains progrès dans la diffusion des lignes directrices et des stratégies concernant la pratique des interruptions de grossesses, le Conseil international reconnaît l'existence d'obstacles d'ordre juridique et culturel à l'établissement d'un environnement qui permette aux équipes de pratiquer ces actes dans des conditions sécurisées.**

**Réaffirmant sa résolution, le Conseil international demande aux Présidents des associations de la diffuser davantage et à l'exécutif de régler la question de sa mise en œuvre tant sur le terrain que dans les sièges.**



**Compte rendu** de la réunion du groupe de travail sur la santé reproductive, 5-7 septembre 2007 (en anglais)

#### **Extrait :**

Qui dispose d'une politique ? Amsterdam, Barcelone, Bruxelles, Genève et Paris.

Le RHWG [groupe de travail sur la santé reproductive] désirait avoir une politique commune (internationale), mais les Directeurs médicaux n'ont pas accepté de travailler au développement d'un consensus - temps et efforts. Les politiques individuelles étaient donc le seul moyen d'aller de l'avant. Avec les révisions et l'expérience sur le terrain, nous nous rapprochons sur les détails.

Laure Bonnevie [Coordinatrice internationale pour le rendu de compte] communiquera individuellement avec les membres permanents du groupe de travail pour savoir comment les politiques sur l'avortement ont été élaborées et quelle a été l'implication des Directeurs médicaux.

Concernant l'indicateur dans la typologie, il ne sera pas possible d'indiquer le nombre de cas d'avortements, car tous les projets ne sont pas en mesure de le donner (problème de sécurité). Nous pourrions donner le nombre de projets pour lesquels nous avons une solution pour assurer l'accès à un avortement sans risque.

Information à recueillir par les RH [ressources humaines] au cours des debriefings : font-ils des avortements, le processus

qu'ils doivent traverser, les difficultés auxquelles ils font face (aussi de la part du personnel), et peut-être une estimation du nombre effectué.

Concernant l'effet de la résolution du CI sur le terrain, nous avons dit : Rien - parce que lorsqu'interrogé à ce sujet, le personnel de terrain n'était pas au courant de la résolution ou n'en comprenait pas le sens. Et d'autre part, tout - parce que la résolution a stimulé les sections dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, qu'elle a affecté nos pratiques de travail dans la gestion des ressources humaines (nous demandons maintenant aux gens s'ils sont prêts à le pratiquer avant de les envoyer sur le terrain). [...]

Comment est-ce géré lors du recrutement ? Par la gestion des ressources humaines (OCA [centre opérationnel Amsterdam] et OCB [centre opérationnel Bruxelles]).

Notre position décourage certains bénévoles potentiels et certains donateurs.

Nous avons des gens dans tous les départements qui expriment une conviction personnelle contre l'avortement et contre l'implication de MSF sur ce domaine. Le personnel de terrain nous rapporte que les biais des gens se manifestent lors des briefings.

Nous devons aussi nous préoccuper de la façon dont nos bénévoles représentent nos activités liées à l'avortement lorsqu'ils sont de retour chez eux.

Besoin de sensibilisation dans tous les bureaux et associations, afin de pouvoir en parler ouvertement.

L'avortement, les fistules vésico-vaginales et les mutilations génitales féminines sont des sujets sexy pour le moment, mais ce ne sont pas nos plus grosses activités. Nous avons besoin de les réintégrer dans l'offre complète de soins de santé reproductive. La plupart des conseillers en santé reproductive consacrent beaucoup de temps à la formation sur l'avortement et à la promotion de la politique, ce qui est hors de proportion avec le poids réel de cette composante dans toutes les activités de santé reproductive. Nous pensons que d'autres devraient également être impliqués dans la sensibilisation. À long terme, ce ne devrait pas être la principale question sur laquelle nous devrions nous concentrer ; les questions liées à la qualité des soins devraient être notre principale préoccupation.



**Compte rendu** de la réunion du Conseil international de MSF, 1-2 décembre 2007 (en anglais)

#### **Extrait :**

Mise en œuvre de la résolution du Conseil international sur la santé reproductive et l'avortement

Laure Bonnevie, Coordinatrice internationale pour le rendu de compte, présente d'abord les principales conclusions du rapport qu'elle a établi sur la mise en œuvre de la résolution du Conseil international de novembre 2004 sur la santé reproductive et l'avortement. [...]

#### Discussion

Pour commencer, Joanne [Liu, Présidente de MSF Canada] et Darin [Portnoy, Président de MSF États-Unis] qui étaient présents lors de l'adoption de la résolution de 2004 voulaient demander quelques précisions concernant l'environnement qui devrait être

fourni pour pratiquer des avortements sans risque et les besoins humains nécessaires, puisque ces derniers étaient l'idée principale de la résolution du CI de 2004.

Selon Laure, les personnes qui pourraient être réticentes à pratiquer l'avortement sur le terrain peuvent considérer que la responsabilité institutionnelle de MSF n'est pas suffisamment claire et donc considérer que l'environnement n'est pas garanti. Le fait que la santé reproductive soit assez négligée dans MSF peut également être une explication. En outre, les gens ont tendance à oublier la référence faite par la résolution au « besoin humain » et à ne garder à l'esprit ou à ne se référer qu'au besoin médical des patientes lorsqu'une femme leur demande un avortement.

Joanne trouve scandaleux que l'avortement soit moins considéré parce qu'il n'est pas perçu comme un acte qui sauve. Darin et elle aimeraient que le CI continue de suivre cette résolution, qu'il sensibilise davantage les équipes à cette question et qu'il renforce l'explication des politiques de MSF aux personnes qui partent en mission. Quant à Geoff [Prescott, Directeur général de MSF Hollande] il est heureux des progrès réalisés et est confiant que d'autres suivront. Dans son esprit, il y a des questions pratiques qui doivent être abordées, comme l'examen de la disponibilité du système de référence dans certains projets (Marie Stopes International), la nécessité de renforcer les compétences du personnel pour pratiquer l'avortement ou la nécessité d'une assistance chirurgicale. Ces obstacles devraient être examinés.

Joanne et Darin ne sont pas tout à fait d'accord avec ces obstacles, car l'avortement est un acte de routine pour les médecins et il n'est pas nécessaire de recourir à la chirurgie.

Pour Jean-Hervé [Bradol, Président de MSF France], la résolution a été positive dans la mesure où la position de MSF sur l'avortement est maintenant clairement énoncée pour le personnel qui veut le pratiquer. Il est d'accord pour dire que nous devrions renforcer les mesures pratiques de sensibilisation à la position de MSF sur l'avortement. Mais les obstacles mentionnés par le rapport, comme la sécurité, sont réels. Selon lui, il ne faut pas analyser le nombre d'avortements pratiqués dans l'ensemble, mais projet par projet, en tenant compte aussi du contexte qui peut être très dangereux. Nous devrions également tenir compte des convictions personnelles du personnel médical.

Laure pense que l'évaluation des risques conduite par les centres opérationnels cherchait à analyser l'environnement avant qu'une décision ne soit prise sur la pratique de l'avortement ou non dans un contexte/pays donné. Le fait que les centres opérationnels aient pris des décisions différentes dans un contexte très similaire (ex. Tchad, RDC, Somalie, Nord Soudan) soulève des questions et on peut donc se demander quel est l'impact de la conviction personnelle dans la décision finale, qui n'est d'ailleurs pas nécessairement prise par un médical. Elle mentionne l'exemple d'un chef de mission en RDC qui a mis son veto. Aussi, cela devient un vrai problème (et c'est déjà arrivé) lorsque dans le cadre d'un projet de violence sexuelle, toute l'équipe expatriée refuse de pratiquer des avortements malgré la décision prise après l'évaluation des risques. Personne ne conteste les convictions personnelles, mais dans de tels projets, MSF doit s'assurer qu'au moins un membre du personnel accepte de pratiquer des avortements.

De plus, Christopher [Stokes, Secrétaire général international] pense que nous avons tendance à surestimer les risques. Marie Stopes International pratique l'avortement médicalisé sans aucun problème dans les pays où MSF ne le fait pas. Le vrai problème de la résolution est la référence faite au « besoin humain » qui

ouvre toutes sortes d'interprétations et devrait être clarifiée au niveau des sièges et sur le terrain.

Arjan [Hehenkamp, Directeur des Opérations d'OCA] reconnaît que les progrès ne sont pas aussi bons qu'espéré. Il tient toutefois à souligner qu'il s'agit également d'une question de priorité opérationnelle. Nos missions visent à répondre aux besoins d'une population cible. Les efforts et l'énergie sont donc consacrés à ces questions et la priorité n'est pas toujours accordée à l'avortement. Il est d'accord pour dire que nous devrions être en mesure de répondre à une patiente qui demande un avortement, mais il y a une différence entre répondre à la demande et investir de façon institutionnelle pour résoudre le problème.

Isabelle [Ségui-Bitz, Présidente de MSF Suisse] estime qu'à MSF Suisse, la résolution a été diffusée mais qu'elle n'a pas été discutée ni au niveau associatif ni sur le terrain, elle se demande donc quelle place a été donnée dans les sièges pour exprimer son opinion personnelle sur l'avortement. Sur ce point particulier, Laure fait référence à des débats très intéressants auxquels elle a participé et qui ont été organisés dans le cadre de formations (formation des coordinateurs de terrain de l'OCG [centre opérationnel de Genève], cours international de formation en santé reproductive) et qui donnent une très bonne illustration de la situation du débat.

Christa [Hook, Présidente de MSF Royaume-Uni] relève que dans notre communication, nous parlons de sauver des vies, mais jamais de l'avortement, peut-être parce que nous ne voulons pas que les gens quittent nos missions ou que nos donateurs cessent de nous donner de l'argent, mais c'est un vrai problème que les personnes qui posent leur candidature pour partir avec MSF ne savent pas que l'avortement fait partie des actes qu'ils devront pratiquer.

Anneli [Eriksson, Présidente de MSF Suède] explique que cela varie d'une section à l'autre. En Suède, par exemple, cette question fait partie du processus de recrutement. Dans un projet de santé reproductive, les gens ne devraient pas avoir le choix de pratiquer ou non l'avortement.

Jean-Marie [Kindermans, Président de MSF Belgique] n'est pas aussi catégorique sur le principe de la possibilité d'un choix pour notre personnel. Mais il pense que les gens sont sélectionnés pour participer à ces programmes parce qu'ils ont accepté de pratiquer des avortements.

Tous les membres du CI demandent un autre rapport pour suivre de la mise en œuvre de la résolution. Ils hésitent entre 12 mois, ce qui y donnerait la priorité, et 18 mois, délai plus réaliste. Certains membres du CI aimeraient que le rapport soit plus général sur la santé des femmes, mais Arjan a le sentiment que les Directeurs des opérations préféreraient travailler sur une question plus spécifique. Christopher suggère de proposer l'avortement comme sujet pour la revue stratégique internationale de 2009. Cela permettrait de comparer les contextes dans lesquels certains pratiquent l'avortement et d'autres ne le font pas, et d'en faire une critique. Le CI accueille favorablement cette idée.

#### Décisions du Conseil international sur le suivi de la résolution Le Conseil international réaffirme sa résolution de novembre 2004 (texte de la résolution)

1. La fourniture de soins de santé reproductive complets est essentielle dans tous les programmes de médecine générale de MSF.
2. Malgré des améliorations et des efforts récents, ce type de soins est encore trop peu accessible aux patientes dans les programmes de MSF.
3. La possibilité de pratiquer des avortements sans risque doit être intégrée dans le cadre des soins de santé reproductive dans tous les contextes où elle est pertinente.

#### 4. Le rôle de MSF dans l'interruption de grossesse doit être basé sur les besoins médicaux et humains de nos patientes.

Le Conseil international reconnaît les progrès réalisés notamment sur le plan technique pour définir et diffuser des lignes directrices et une stratégie claires et, dans une moindre mesure, sur la mise en œuvre dans nos programmes. En même temps, nous reconnaissons les contraintes juridiques et culturelles des situations dans lesquelles nous travaillons.

La résolution du Conseil international visait à fournir un environnement sûr à nos équipes sur le terrain pour pratiquer des avortements, ce qui n'a pas été entièrement réalisé.

Le Conseil international considère qu'il subsiste des obstacles importants à la mise en œuvre de cette résolution et demande aux Directeurs généraux de les lever tant au siège que sur le terrain. Il demande également aux Présidents de faire connaître davantage la résolution pour en assurer la mise en œuvre. Le Conseil international demande un rapport de suivi sur cette question dans 18 mois. Ce rapport comprendra également une analyse plus approfondie sur l'avortement dans chaque contexte où nous sommes impliqués.

En outre, le Conseil international encourage l'exécutif/RIOD [plateforme des Directeurs des opérations] à examiner les politiques et les pratiques dans le domaine de la santé des femmes.  
Voté à l'unanimité

**En juin 2009, à l'occasion d'une revue de la mise en œuvre de ses résolutions, le Conseil international découvre que la pratique des interruptions de grossesse sur le terrain reste un défi. Parmi les principales explications avancées pour justifier cet état de fait : les convictions personnelles, l'absence de formation systématique, le fait que l'avortement n'est toujours pas perçu comme un acte qui peut sauver des vies.**

**Ce Conseil international réaffirme encore une fois ses deux précédentes résolutions et demande aux opérations de faire de l'interruption de grossesse l'une de leurs priorités.**

**Un an plus tard, tout en reconnaissant les efforts réalisés, le Conseil international approuve une recommandation de son Comité médical demandant au Comité exécutif international (EXCOM) de lui fournir un état des lieux sur la question pour juin 2012.**



**Compte rendu** de la réunion du Conseil international de MSF, 26-28 juin 2009 (en anglais)

#### Extrait :

Point sur la mise en œuvre des résolutions du CI  
Présenté par Myriam Henkens (Coordinatrice médicale internationale)

[...]

Résolution du CI voté en Dec 2007 - Avortement

- *Le Conseil international réaffirme sa résolution de novembre 2004.*
- *Le Conseil international reconnaît les progrès réalisés notamment sur le plan technique pour définir et diffuser des lignes directrices et une stratégie claires et, dans une moindre mesure, sur la mise*

*en œuvre dans nos programmes. En même temps, nous reconnaissons les contraintes juridiques et culturelles des situations dans lesquelles nous travaillons.*

- *La résolution du Conseil international visait à fournir un environnement sûr à nos équipes sur le terrain pour pratiquer des avortements, ce qui n'a pas été entièrement réalisé.*

- *Le Conseil international considère qu'il subsiste des obstacles importants à la mise en œuvre de cette résolution et demande aux Directeurs généraux de les lever tant au siège que sur le terrain. Il demande également aux Présidents de faire connaître davantage la résolution pour en assurer la mise en œuvre.*

- *Le Conseil international demande un rapport de suivi sur cette question dans 18 mois. Ce rapport comprendra également une analyse plus approfondie sur l'avortement dans chaque contexte où nous sommes impliqués.*

*En outre, le Conseil international encourage l'exécutif/RIOD [plateforme des Directeurs des opérations] à examiner les politiques et les pratiques dans le domaine de la santé des femmes.*

*À l'unanimité*

- *Aujourd'hui nous n'avons pas d'information fiable. Comme l'avortement est illégal dans certains pays, les cas ne peuvent pas être reportés dans les statistiques médicales de MSF.*

- *D'après les données rapportées, 57 projets proposent des interruptions de grossesse. Le rapport complet sur l'avortement n'est pas disponible.*

- *En général :*

- o *Les sentiments personnels, l'environnement culturel et les convictions du personnel de MSF influencent ou non la pratique de l'avortement.*

- o *Les formations et les séances d'information devraient être plus systématiques.*

- o *Les problèmes juridiques, religieux et de sécurité liés à la pratique de l'avortement constituent de sérieux obstacles.*

- *Indépendamment des deux résolutions du CI sur l'avortement, la perception de l'avortement comme un acte médical qui sauve des vies n'est toujours pas comprise au sein de MSF, les gens ne sont pas convaincus.*

- *Les briefings et le partage de l'information devraient être plus systématiques.*

- *Données peu fiables, pas de rapport, perception erronée - les opérations de MSF devraient être en mesure d'analyser la situation et de rendre compte des obstacles concrets qui les empêchent d'appliquer les résolutions du CI concernant l'avortement. Chaque Président de centre opérationnel peut faire le suivi de ces résolutions et faire un retour au CI.*

- *Le CI réaffirme ses résolutions de novembre 2004 et décembre 2007.*

- *Le CI demande d'accorder la priorité à la mise en œuvre de cette résolution et demande à un représentant de chaque centre opérationnel de fournir un rapport à la prochaine réunion (décembre 2009) qui comprenne une analyse approfondie des raisons et régions dans lesquelles nous sommes impliqués ou non dans l'interruption de grossesse.*

*À l'unanimité (le président de MSF Luxembourg n'était pas présent durant le vote)*



**Compte rendu** de la réunion du Conseil international, 25-27 juin 2010 (en anglais)

**Extrait :**

Avortement :

Le CI approuve à l'unanimité les recommandations du comité médical permanent sur le suivi de la résolution concernant l'avortement.

Le comité médical permanent reconnaît les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la résolution du CI sur l'avortement.

Toutefois, le comité médical permanent pense qu'il est important de garder une date butoir pour une revue, et s'engage à conserver l'élan initial et à pousser plus loin la mise en œuvre de la résolution.

Il sollicite le Comité exécutif pour demander aux Directeurs des opérations de fournir un rapport d'étape dans deux ans (d'ici juin 2012). Ce rapport devra être présenté au CI et contenir plus d'informations de nature qualitatives/quantitatives : pourcentage de missions où l'analyse de contexte est conduite par des équipes de coordination, nombre de pays où les discussions sont en cours, et éventuellement d'autres indicateurs définis par les cellules/desks. Ce rapport pourrait être rédigé dans le cadre d'une évaluation conduite par une personne ou une organisation externe ou interne.

Le CI recommande de maintenir la pression sur les départements médicaux et des opérations en demandant aux Conseils d'administration des centres opérationnels et au Conseil d'administration du CI des points réguliers sur la mise en œuvre de la résolution sur l'avortement. Les Présidents des centres opérationnels s'engagent à faire régulièrement le point avec le comité médical permanent du CI et le Conseil d'administration du CI.

**En octobre 2012, le Conseil international passe de nouveau en revue les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la résolution sur l'interruption de grossesse. Il constate que si des politiques et des outils ont été mis en place pour soutenir cette mise en œuvre, de moins en moins de projets offrent ce service aux patientes. Il demande alors à nouveau à l'exécutif de donner la priorité à cette question et de lui rendre compte, en 2014, des mesures mises en place.**

**En juin 2014, dans son rapport annuel, la Présidente de MSF International constate que depuis la première résolution, dix ans plus tôt, peu de progrès ont été réalisés concernant la fourniture de soins d'interruptions de grossesses sans risques aux patientes.**



**Compte rendu** de la réunion du Conseil d'administration international de MSF, 11-12 octobre 2012 (en anglais)

**Extrait :**

Avortement

L'IB [Conseil d'administration international] réaffirme la résolution de 2004 du CI sur l'avortement sans risque dans les programmes de MSF, qui inclut :

*« La possibilité de pratiquer des avortements sans risque doit être intégrée dans le cadre des soins de santé reproductive dans tous les contextes où elle est pertinente. Le rôle de MSF dans l'interruption de grossesse doit être basé sur les besoins médicaux et humains de nos patientes. »*

Nous sommes préoccupés par le fait que, malgré l'élaboration de politiques et d'outils techniques pour accompagner sa mise en œuvre, il y a apparemment depuis 2007 une baisse du nombre de projets offrant des avortements sans risque à nos patientes. Les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses et les grossesses non désirées contribuent de manière significative à la mauvaise santé, la souffrance et la mortalité maternelle dans les contextes où nous travaillons.

Même si nous reconnaissons les difficultés opérationnelles de la pratique d'avortements sans risques dans de nombreux contextes, nous demandons instamment à l'exécutif d'accorder une plus grande priorité et un plus grand soutien à cette question. Nous demandons également au Comité exécutif de rendre compte des mesures mises en place d'ici octobre 2013 et de communiquer les résultats préliminaires avant avril 2014.



**Rapport** moral de la Présidente internationale de MSF, 26-28 juin 2014 (en anglais)

**Extrait :**

a) Avortement

Cela fait 10 ans que le Conseil international (CI) a adopté une résolution sur la nécessité de garantir l'accès à un service d'avortement sans risque dans tous nos projets à chaque fois que cela est pertinent et faisable. J'ai été l'une des Présidents qui ont fait pression en faveur de cette mesure. La résolution a été réaffirmée en 2007 et 2012, et pourtant, bien que nous ayons élargi l'accès à des services d'avortement sans risque, peu de progrès ont été réalisés pour augmenter le nombre de femmes qui en bénéficient réellement.

Les contraintes juridiques et culturelles dans certains contextes doivent être reconnues, mais un effort est en cours pour s'attaquer aux importants obstacles internes au développement de l'avortement dans les projets MSF. D'autres organisations semblent avoir surmonté ces obstacles. Pour MSF, cela nécessitera, entre autres choses, une communication plus transparente sur le sujet en interne et en externe.

Les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions ont un impact significatif sur la mortalité maternelle et représentent environ 13% de tous les décès maternels directs dans le monde. La question de l'avortement à MSF n'est donc pas fondée sur une logique de droit, mais sur une question médicale. Notre objectif est de réduire les souffrances et les décès résultant de grossesses non désirées et d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses.



*Il y a une résolution du Conseil international qui n'a pas eu de poids du tout, c'est celle sur l'avortement.*

Dr Jean-Marie Kindermans, Président de MSF Belgique de 2001 à 2007 (en français) interviewé en 2016

**En 2017, reconnaissant que la fourniture de soins d'interruption de grossesse par les équipes MSF demeure largement dépendante de l'engagement personnel, plusieurs associations MSF soumettent une motion à l'Assemblée Générale Internationale [AGI]. Cette motion demande que l'IB s'assure que MSF ne refuse l'interruption de grossesse à aucune patiente. Elle demande également que MSF entretienne une communication publique claire sur sa position vis-à-vis de l'avortement.**

**En 2019, MSF lance sa première [campagne de communication internationale](#) qui décrit les avortements non sécurisés comme l'« urgence oubliée » parmi les cinq principales causes de mortalité maternelle.**



« Appel à l'action à travers le mouvement pour mettre en œuvre la résolution de MSF sur l'avortement », **motion** de l'Assemblée générale internationale de MSF, 29 juin - 1<sup>er</sup> juillet 2017

#### **Extrait :**

##### Soumis par les associations :

MSF Australie, MSF Brésil, MSF Canada, MSF Afrique de l'Est, MSF France, MSF Allemagne, MSF Grèce, MSF Hong Kong, MSF Amérique latine, MSF Norvège, MSF Afrique du Sud, MSF Asie du Sud, MSF Suède, MSF Suisse, MSF Royaume uni.

##### Texte de la motion :

MSF a reconnu depuis longtemps la nécessité de fournir des soins médicaux aux femmes et aux filles qui souhaitent interrompre leur grossesse. Les services d'avortement, y compris l'interruption de grossesse sur demande, font partie des soins médicaux de MSF et visent à réduire la mortalité et les souffrances résultant de grossesses non désirées et d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions. Cet engagement se reflète dans des accords et des politiques diffusées dans le mouvement. Les associations de MSF Australie, Brésil, Canada, France, Allemagne, Hong Kong, Amérique Latine, Norvège, Afrique du Sud, Suisse et Royaume-Uni sont préoccupées par le fait que ces politiques peinent à se transformer en pratiques médicales concrètes dans les programmes de MSF sur le terrain. Dans de nombreux projets MSF, le personnel continue de refuser des femmes et des jeunes filles qui cherchent à bénéficier de cet acte médical important.

Pour remédier au déséquilibre entre engagement et action, nous demandons à l'IB et à tous les membres institutionnels de (i) veiller à ce que MSF ne refuse pas l'interruption de grossesse aux femmes et aux filles qui en font la demande, (ii) maintenir une communication publique sans ambiguïté sur la position de MSF sur l'avortement, y compris l'interruption de grossesse sur demande.

##### Contexte :

Depuis la résolution du Conseil international (CI) de 2004 affirmant le soutien de MSF à la disponibilité « de l'interruption de grossesse, fondée sur les besoins médicaux et humains de nos patientes », le mouvement a lutté pour faire de l'accès à des soins d'avortement sûrs une réalité. En 2012, l'IB a de nouveau insisté sur le besoin d'en faire davantage pour mettre en œuvre des soins d'avortement médicalisés au sein de MSF.

La résolution et la réaffirmation de fournir des services d'avortement visaient à assurer de meilleurs résultats dans le domaine de la santé des femmes, avec la pleine connaissance et compréhension des risques (réputation, éthique, identité) pour MSF sur une question aussi politisée. Aujourd'hui, dans le mouvement, les principaux obstacles à la pratique d'avortements sont la résistance interne et la mise en œuvre incohérente de cet aspect des soins médicaux au sein de MSF. Alors que certains membres du personnel fournissent des soins médicaux d'interruption de grossesse, la plupart ne le font pas. Des membres du personnel de MSF soutiennent parfois personnellement l'avortement médicalisé, mais sont réticents à le mettre en œuvre dans le cadre de leur projet en raison d'inquiétudes sur son impact potentiel sur les opérations et la sécurité de MSF. Ainsi, la pratique d'avortements reste en grande partie un engagement personnel, et chaque membre du personnel de MSF choisit d'y participer ou non en fonction de ses propres critères.



**Compte rendu** de l'Assemblée générale internationale de MSF, 29 juin - 1<sup>er</sup> juillet 2017 (en anglais)

#### **Extrait :**

*Motion : Appel au mouvement pour passer à l'action et mettre en œuvre la résolution de MSF sur l'avortement.*

[...]

Le Président de la séance appelle l'AGI à voter la résolution suivante :

*Appel au mouvement pour passer à l'action et mettre en œuvre la résolution de MSF sur l'avortement. (Majorité des 2/3 nécessaire)*

Pour : 45 - Contre : 0 - Abstentions : 0 - Absents : 4

Adoptée