

DROIT DE CHOISIR ET DEVOIR DÉMOGRAPHIQUE.
LES ÉVOLUTIONS DE LA LÉGISLATION RUSSE EN MATIÈRE
D'AVORTEMENT ET DE CONTRACEPTION (ANNÉES 1980 – ANNÉES 2010)

Mona CLARO*

A paraître dans l'ouvrage : Fohrer-Dedeurwaerder Estelle (dir.), *De quelques aspects du droit russe*, Editions de la Société de Législation Comparée.

Dans la période soviétique tardive (du Dégel à la chute de l'URSS), la Russie se caractérisait par un encadrement législatif de l'avortement parmi les moins restrictifs au monde. L'URSS avait été le premier pays à autoriser l'interruption volontaire de grossesse (IVG), dès 1920, et après une période de réinterdiction sous Staline (dans un objectif nataliste), l'avait de nouveau autorisée en 1955. Cette législation soviétique a rapidement été imitée dans la quasi-totalité du bloc de l'Est, alors que presque partout à l'Ouest, l'accès à l'IVG allait rester extrêmement restreint jusqu'au début des années 1970¹. Selon l'approche soviétique post-stalinienne, le droit à l'IVG était un mal nécessaire, afin de préserver la santé et la fertilité des femmes, dans un contexte politique toujours nataliste. En Russie post-soviétique, cette approche laïque, permissive et pragmatique vis-à-vis de l'IVG a été maintenue dans un premier temps, puis partiellement remise en question, à mesure que la « crise démographique » est devenue une préoccupation centrale.

Ce chapitre analyse l'évolution de l'encadrement législatif de l'avortement et de la contraception en Russie, de la *perestroïka* aux années 2010, sur la base des textes de lois et de réglementation, complétés par un corpus de sources écrites (presse et brochures de popularisation médicale soviétiques) et par les éclairages de travaux de sciences sociales. La première partie aborde les changements de la *perestroïka* et des quelques années qui ont suivi la chute de l'URSS, synonymes d'élargissement du droit à l'IVG, et de facilitation de l'accès à la contraception. La seconde partie analyse le tournant anti-promotion de la contraception de 1997, ainsi que les restrictions à l'accès à l'IVG qui se sont accumulées à partir de 2007. On verra que ces restrictions visent notamment à dissuader les demandeuses d'avorter, en s'inspirant de législations des États-Unis d'Amérique.

I. L'ÉLAN DE LA PERESTROÏKA EN FAVEUR DE LA CONTRACEPTION ET DE
L'AVORTEMENT SANS RISQUE
(1987-1997)

Après la parenthèse prohibitionniste de la période stalinienne, l'URSS a renoué avec la légalisation de l'IVG. La réglementation de 1936 avait interdit l'IVG², et promis en même temps « des aides matérielles aux mères » et « aux familles nombreuses » (allocations, crèches, etc.)³. La contraception n'avait pas été interdite (excepté la stérilisation féminine en 1939⁴), mais la Commission scientifique centrale pour l'étude des contraceptifs avait été supprimée, et les conseils sur la prévention des grossesses avaient été exclus de la liste des missions des médecins des établissements de santé dédiés au suivi gynécologique, intitulés « consultations féminines »⁵. Le décès de Staline a permis des changements rapides, sous l'impulsion de la

* Docteur en sociologie et chargée de cours à l'Université de Liège (Belgique).

¹ M. Nakachi, *Replace the Dead. The Politics of Reproduction in the Postwar Soviet Union*, New York, Oxford University Press, 2021.

² L'avortement restait autorisé pour des raisons médicales.

³ Règlement du Comité exécutif central d'URSS n° 65, du Conseil des commissaires du peuple n° 1134 du 27 juin 1936.

⁴ Ordre du Commissariat du peuple à la Santé d'URSS n° 303 du 7 juill.

⁵ V. Sakevich, « Abort – krivoie zerkalo demograficheskoi politiki », *Demoskop Weekly*, 8-7 sept. 2003, n°s 123-124.

ministre de la Santé Maria Kovrigina, au nom de la lutte contre la morbidité et la mortalité associées aux avortements clandestins⁶. Le décret de 1955 restait fidèle à l'objectif de faire reculer le recours à l'avortement via des mesures d'incitation à la procréation, mais annonçait « octroyer à la femme la possibilité de décider la question de la maternité elle-même »⁷. Le recul du recours à l'IVG était censé témoigner des succès de la construction du socialisme (élévation du niveau de vie, bonnes conditions pour combiner travail et maternité)⁸. Par ailleurs, la promotion de la contraception redevenait possible – à l'exception de la stérilisation, restée interdite⁹.

A. – « Octroyer à la femme la possibilité de décider la question de la maternité elle-même »

De 1955 à la perestroïka, l'accès à l'IVG pendant les 12 premières semaines de grossesse n'était soumis à aucune condition ou restriction. Le ministère de la Santé se donnait pour objectif d'avertir les demandeuses des risques de l'IVG pour leur santé physique, et notamment leur fertilité future. Ce message était abondamment relayé dans le magazine de popularisation médicale du ministère (*Zdorov'e*), avec une insistance toute particulière sur les risques encourus par les femmes sans enfant, risquant de rester sans descendance : la maternité était présentée à la fois comme la clé du bonheur féminin et comme un devoir démographique¹⁰. Dans cet esprit, un décret de 1981 indiquait : « Lors d'une demande à la consultation féminine, surtout venant d'une femme enceinte pour la première fois, avant de délivrer le bulletin pour aller avorter, il est indispensable d'expliquer à chaque femme le danger et la nocivité que représente pour elle l'interruption de grossesse »¹¹. Cependant, aucun texte n'a jamais réglementé plus précisément cette activité de dissuasion, et mon enquête basée sur des entretiens avec des femmes ayant avorté en Russie soviétique et sur des sources écrites (textes féministes et littéraires) indique : d'une part, que les médecins manquaient généralement de temps pour discuter avec les demandeuses de leur choix ; d'autre part, que leurs éventuels conseils pouvaient aller aussi bien dans le sens de l'incitation que de la dissuasion, selon les situations (âge, statut matrimonial, anamnèse)¹².

Après 1955, la législation soviétique en matière d'avortement a donc consacré le droit de choisir des femmes, contrairement à l'approche qui a prévalu à l'Ouest, là où l'IVG a été légalisée, à partir des années 1960-1980. En effet, de nombreuses législations occidentales imposaient des entretiens pré-avortement avec des médecins, psychologues ou travailleurs sociaux (avec notamment l'obligation de se voir présenter des alternatives à l'IVG, comme l'adoption), l'obligation pour la demandeuse de justifier de sa « détresse », ainsi que des « délais de réflexion » (typiquement d'une semaine)¹³. Les choix reproductifs des femmes soviétiques n'étaient pas encadrés par de tels dispositifs, dans un contexte politique où les points de vue d'inspiration religieuse sur l'IVG étaient illégitimes. Selon le discours officiel soviétique, l'IVG représentait un potentiel danger sanitaire, un manque à gagner pour la natalité, et un acte regrettable, contraire à la soi-disant « nature maternelle » des femmes, mais n'était

⁶ M. Nakachi, *op. cit.*

⁷ Oukase du Présidium du Soviet suprême du 23 nov. 1955.

⁸ M. Nakachi, *op. cit.*

⁹ A. Avdeev, A. Blum et I. Troitskaja, « Histoire de la statistique de l'avortement en Russie et en URSS jusqu'en 1991 », *Population*, vol. 49, 1994, n° 4, pp. 903-933 ; M. Nakachi, *op. cit.*

¹⁰ A. Randall, « "Abortion will deprive you of happiness!" : Soviet reproductive politics in the post-Stalin era », *Journal of Women's History*, vol. 23, 2011, n° 3, pp. 13-38 ; M. Claro, *Ni hasard ni projet. : genre, sexualité et procréation pendant la jeunesse en Russie (années 1970-années 2010)*, Thèse, Sociologie, Paris, EHESS, 2018, pp. 79-117.

¹¹ Décret du ministère de la Santé d'URSS n°430 du 22 avr. 1981.

¹² M. Claro, *op. cit.*, pp. 481-486.

¹³ M. Levels, R. Sluiter et A. Need, « A review of abortion laws in Western-European countries. A cross-national comparison of legal developments between 1960 and 2010 », *Health Policy*, vol. 118, 2014, n° 1, pp. 95-104.

jamais envisagée comme un péché, un meurtre ou un acte immoral dans l'absolu¹⁴. Cette approche de la période soviétique tardive peut être qualifiée de sanitaire-maternaliste.

L'avortement était donc facilement accessible, tandis que les méthodes contraceptives les plus efficaces se diffusaient peu. Si la diffusion de la contraception « moderne » (pilule, stérilet, etc.) à l'Ouest s'est souvent heurtée à des verrous législatifs (généralement supprimés au cours des années 1960-70), elle a rencontré d'autres obstacles en URSS. La médecine y était exclusivement publique, et l'économie planifiée et centralisée. Ainsi, bien que l'État soviétique autorisait largement les méthodes contraceptives réversibles, il détenait le monopole de leur production, importation, distribution et prescription, et limitait, de fait, leur diffusion – soit en restreignant leur mise en circulation, soit en adoptant des réglementations s'imposant aux médecins-fonctionnaires. Dès 1968, le ministère de la Santé avait annoncé dans la presse le lancement de la production du stérilet et de l'importation de la pilule¹⁵. Toutefois, ce sont des décrets bien plus tardifs, adoptés entre 1979 et 1983, qui ont mis en place des objectifs chiffrés de diffusion pour chaque méthode, et qui ont permis une augmentation substantielle de la production et de la prévalence du stérilet¹⁶. La pilule, en revanche, restait *de facto* presque réservée au traitement de divers problèmes de santé : c'était le sens d'un premier décret de 1971, et celui de 1974 (« Sur les effets secondaires et les complications des contraceptifs oraux ») indiquait tellement de contre-indications à l'usage de la pilule que « 80 à 90 % des femmes » étaient inéligibles¹⁷. Comme on pouvait le lire dans la presse de popularisation médicale, la pilule devait être prescrite seulement en dernier recours, « quand les autres méthodes sont contre-indiquées »¹⁸ et « principalement dans un but prophylactique »¹⁹. L'argument des effets secondaires de la pilule pouvait dissimuler d'autres réticences, touchant plutôt à l'autonomie sexuelle et procréative des femmes²⁰. En effet, alors que l'insertion et le retrait des stérilets étaient directement sous le contrôle des médecins (qui devaient le réserver, selon la doctrine médicale, aux femmes déjà mères), la pilule donnait plus d'autonomie aux patientes, et pouvait potentiellement faire l'objet d'usages détournés (sans ordonnance).

Ainsi, la politique soviétique mise en place après la mort de Staline autorisait l'accès à l'IVG sans restriction, mais ne favorisait pas l'accès à la contraception. Le recours à l'IVG était massif. Cette tendance statistique était jugée compromettante par les autorités, et gardée secrète. C'est à la faveur de la *glasnost* que ces chiffres ont été rendus publics : les femmes soviétiques avortaient alors en moyenne 3 ou 4 fois au cours de leur vie ; il s'agissait du taux l'IVG le plus élevé au monde²¹.

B. – Faciliter l'accès la contraception et à l'avortement sans risque (1987-1991)

Dans le cadre de la perestroïka, le ministère de la Santé s'est lancé dans une autocritique, et s'est donné deux priorités : promouvoir davantage la contraception pour raréfier le recours à l'IVG ; veiller à ce que les avortements soient réalisés dans de meilleures conditions

¹⁴ M. Nakachi, *op. cit.* ; M. Claro, *op. cit.*

¹⁵ M. Claro, *op. cit.*, pp. 87-97.

¹⁶ N. Barkalov et L. Darksy, *Russia: fertility, contraception, induced abortion, infant and maternal mortality*, Washington D.C., Futures Group International, 1994.

¹⁷ A. Popov, A. Visser et E. Ketting, « Contraceptive Knowledge, Attitudes, and Practice in Russia during the 1980s », *Studies in Family Planning*, vol. 24, 1993, n° 4, pp. 227-235.

¹⁸ *Zdorov'e*, 1974, n° 5 ; 1983, n° 3.

¹⁹ *Zdorov'e*, 1983, n° 3.

²⁰ A. Konovalova, M. Rivkin-Fish et P. Vasilyev, « Exploring the Materiality and Symbolic Powers of Oral Contraceptives », communication au colloque *Gender and Materiality in Central and Eastern Europe in the XXth century*, Centre d'histoire de Sciences Po, Paris, 30 oct. 2021.

²¹ A. Avdeev, A. Blum, I. Troitskaja, *op. cit.*

sanitaires²². À la faveur de la *glasnost*, la faible diffusion de la contraception « moderne » en URSS a été constituée en problème public de façon inédite, à travers des débats médiatiques, notamment²³. Le ministère a reconnu avoir été excessivement méfiant, concernant la pilule, et a entrepris de la promouvoir²⁴. En outre, l'URSS fait partie des pays pionniers, et des pays les moins restrictifs, concernant la mise en vente de la contraception hormonale post-coïtale (sans ordonnance nécessaire)²⁵. La *perestroïka* a également entraîné l'ouverture d'un accès restreint à la stérilisation féminine à visée contraceptive (il existait vraisemblablement un vide juridique autour de la vasectomie, du fait de sa méconnaissance en URSS²⁶). C'est un décret de 1990 qui autorise la stérilisation sur demande, en la réservant aux femmes ayant soit : trois enfants ou plus ; deux enfants et plus de 30 ans ; plus de 40 ans²⁷. Il y a donc eu un élargissement de l'accès à la contraception à la fois hormonale et définitive, au nom de l'objectif de diminution du taux d'IVG.

Par ailleurs, le gouvernement de Mikhaïl Gorbatchev a déclaré s'attaquer aux conséquences néfastes des IVG sur la santé des femmes (et par là, sur leur capacité à mettre au monde des enfants en bonne santé), à travers deux mesures adoptées en 1987. Un premier décret organisait et facilitait l'accès à l'aspiration, une nouvelle technique d'avortement, moins risquée pour la santé que le curetage. De nombreux pays, de l'Est comme de l'Ouest, privilégiaient déjà l'aspiration au curetage depuis des années, voire des décennies, et ce tout le long du premier trimestre de grossesse. L'URSS a donc finalement rejoint cette tendance, mais en réservant l'aspiration aux délais inférieurs à 7 semaines de grossesse ; à ce stade, elle peut être réalisée très rapidement, en ambulatoire, sans anesthésie générale. Le décret de 1987 a proposé cette modalité d'IVG inédite, désormais désignée dans la presse et dans le langage courant comme un « mini-avortement ». Le magazine de popularisation du ministère de la Santé expliquait que « la fréquence des complications [était] 5-6 fois inférieure pour un mini-avortement qu'avec la méthode habituelle »²⁸. Ce même décret prévoyait des consultations post-avortement pour encourager la contraception : « Pour toutes les femmes qui recourent [à un mini-avortement], il convient d'effectuer une sélection individuelle de moyens de contraception ; en l'absence de contre-indications, il est recommandé, immédiatement après l'aspiration, de poser un stérilet ou bien de prescrire un contraceptif hormonal »²⁹.

Un second décret de 1987 élargissait l'accès à l'IVG au-delà du délai de 12 semaines, sur des critères sociaux et non plus seulement médicaux. Le ministère de la Santé était préoccupé par le taux de mortalité maternelle (proche de 50 pour 100 000, contre 10 environ en Union européenne³⁰), et par le rôle crucial des avortements illégaux dans cette mortalité ; le dépassement des délais avait été identifié comme une cause importante du recours à des solutions illégales³¹. Les avortements dits « dans des délais tardifs » (12 à 28 semaines) ont alors été autorisés sur demande de la patiente, et après avis d'une commission, en cas, notamment : d'âge inférieur à 18 ans, de viol, de divorce ou de décès du mari pendant la

²² Zdorov'e, 1988, n° 1.

²³ M. Claro, « Dénoncer les maltraitances gynécologiques en URSS : critique ordinaire des patientes et critique féministe (1979-1989) », *Diogenes*, vol. 267-268, 2019, n° 3-4, pp. 289-308.

²⁴ M. Claro, *op. cit.*, pp. 119-157.

²⁵ Zdorov'e, 1991, n° 4.

²⁶ Une brochure d'information sur la contraception de 1966 mentionnait l'interdiction de la stérilisation féminine sans indication médicale, et indiquait simplement que sont pendant masculin n'était pas au point, et n'était pas pratiquée cf. S. Iakovleva, *Protivozachatochnye sredstva*, Moscou, Meditsina, 1966. Aucune source postérieure consultée ne la mentionne.

²⁷ Décret du ministère de la Santé d'URSS n° 484 du 14 déc. 1990. Cette réglementation peut faire penser à la « règle des 120 » en usage, par exemple, aux États-Unis jusqu'à la fin des années 1960, et dont des variantes sont recommandées jusqu'à nos jours par certaines sociétés savantes à travers le monde. Selon cette règle, une femme ne devrait être autorisée à choisir la stérilisation que si son âge, multiplié par le nombre de ses enfants, est supérieur à 120.

²⁸ Zdorov'e, 1989, n° 12.

²⁹ Décret du ministère de la Santé d'URSS n° 757 du 5 juin 1987.

³⁰ John Snow, Inc., *Transforming Health Care for Mothers and Babies in the Former Soviet Union*, 2012.

³¹ N. Barkalov et L. Darksy, *op. cit.*

grossesse, de préexistence de cinq enfants, ou d'un enfant handicapé³². L'URSS faisait désormais partie des rares pays autorisant l'IVG au-delà de 12 semaines, avec une liste de critères particulièrement extensive. La *perestroïka* a donc favorisé l'adoption d'une série de mesures destinées à promouvoir autant la contraception que l'avortement sans danger.

C. – Approfondir la dynamique de la *perestroïka* (1991-1997)

Dans les quelques années qui ont suivi la chute de l'URSS, le gouvernement de Boris Eltsine a prolongé et approfondi l'approche de la *perestroïka* en matière de contrôle des naissances. L'Association « Famille et santé », créée en 1989 avec le soutien du gouvernement Gorbatchev, devenue en 1991 « l'Association russe de Planification familiale », s'est vu attribuer un rôle central dans la mise en œuvre d'un « programme présidentiel » et « fédéral » de diffusion de la « planification familiale », de 1994 à 1998. Ce programme avait pour objectif central la promotion de la contraception, afin de faire reculer l'avortement, via : l'organisation de services dédiés dans les établissements de santé ; la formation du personnel soignant ; l'éducation de la population (y compris adolescente) ; la fourniture de moyens de contraception gratuits à certains « groupes à risques » (notamment aux personnes jeunes et socialement défavorisées)³³. Ces orientations faisaient écho au « Programme d'action du Caire » du Fonds de l'Organisation des Nations Unies (ONU) pour la population, adopté en 1994 par la Russie et plus de 150 pays, qui mettait en avant la notion de droits reproductifs.

C'est dans ce contexte que l'accès à la contraception et à l'avortement ont été encore élargis. En 1993, la stérilisation a été autorisée non plus seulement pour les femmes, mais aussi pour les hommes ; la condition d'accès est désormais d'avoir plus de 35 ans, ou bien d'avoir déjà deux enfants³⁴. La même année, la législation post-soviétique sur l'IVG a réaffirmé le principe du droit de choisir, pour toute femme de 15 ans ou plus (comme pour n'importe quelle autre décision médicale)³⁵. En outre, en 1996, la liste des « motifs non médicaux » autorisant l'avortement « tardif » (désormais de 12 à 22 semaines, et non 28) a été considérablement élargie, pour inclure notamment : grossesse hors mariage ; chômage de la femme ou du mari ; absence de logement stable ; préexistence de trois enfants ; revenu par tête de la famille inférieur au seuil de pauvreté³⁶.

La continuité avec la *perestroïka* était donc forte, mais deux éléments de rupture étaient repérables. D'une part, les années 1990 se caractérisaient par l'abandon de toute politique nataliste, sur fond de crise économique et de recul de l'État-providence. D'autre part, l'État a développé des collaborations inédites avec des organisations internationales et étrangères, invitées à apporter leur appui technique et financier en matière de « planification familiale » – notamment l'ONU, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la Fédération internationale de parentalité planifiée, et diverses fondations privées occidentales (notamment des États-Unis, du Royaume-Uni et des Pays-Bas)³⁷. La *U.S. Agency for International Development* (USAID), émanant du gouvernement états-unien, a par exemple financé et organisé en Russie une série de vastes programmes ciblant la santé reproductive (et entre autres la promotion de la contraception), touchant des millions de Russes, en collaboration avec des établissements de santé publics. Ainsi, les années qui ont suivi la chute de l'URSS ont été marquées par une politique de facilitation de l'accès à la contraception et à l'avortement.

³² Décret du ministère de la Santé d'URSS n° 1342 du 31 déc. 1987.

³³ Oukase du Président de la Fédération de Russie n° 1696 du 18 août 1994.

³⁴ Décret du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n° 303 du 28 déc. 1993.

³⁵ Loi fédérale n° 5487-1 du 22 juill. 1993.

³⁶ Décret du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n° 242 du 11 juin 1996.

³⁷ D. Holmes, « Strategic Support for Reproductive Health in the Former Soviet Union », *Public Health Program of the Open Society Institute*, 2001.

II. L'HÉRITAGE DE LA *PERESTROÏKA* CONTESTÉ (1997 - ANNÉES 2010)

Parallèlement, la transition postsoviétique a permis l'émergence d'un pluralisme politique inédit, et de dynamiques contestataires inédites, hostiles aux droits reproductifs. Dès le début de la décennie, des propositions de lois visant à limiter l'accès à l'IVG ont été déposées. En 1997, une campagne d'opposition aux politiques de promotion de la « planification familiale », et notamment à des projets d'instauration de l'éducation à la sexualité à l'école, a été menée par l'Église orthodoxe russe et des partis politiques aux argumentaires nationalistes³⁸. Cette campagne présentait l'aide internationale comme une ingérence occidentale contraire aux intérêts russes, visant à « pervertir les enfants » et à aggraver la « crise démographique »³⁹. Ce mouvement a triomphé lors du vote à la Douma de la non-reconduction du budget du programme présidentiel « Planification familiale » pour 1998⁴⁰. Depuis, les politiques russes en question ont pris leurs distances avec l'approche héritée de la *perestroïka*.

A. – *La contraception et l'avortement sans risque au second plan*

Après le conflit politique de 1997 et la fin de la présidence de Eltstine, les gouvernements de Vladimir Poutine (et de Dimitri Medvedev) qui se sont succédé dans les années 2000-2010 se sont désinvestis en matière de contraception, sans que cet enjeu ne disparaisse totalement des politiques de santé publique. L'instruction adressée aux médecins de donner à leurs patientes des conseils contraceptifs dans des consultations post-avortement, remontant au décret de 1987 (et réaffirmée dans un autre de 1996⁴¹), a été systématiquement reprise (avec de légères variations de formulation) dans des décrets de 2003, 2007, 2016 et 2020⁴². Néanmoins, on discerne une inflexion liée au lancement de la politique de relance de la natalité en 2007. Si des décrets du ministère de la Santé de 1999⁴³ et 2003⁴⁴ recommandaient encore aux « consultations féminines » d'organiser un service spécifique de « planification familiale », dans le décret suivant, en 2009⁴⁵, cette recommandation a disparu, et le vocable « planification familiale » a été remplacé par l'expression « prévention des avortements », plus ambiguë. D'un côté, cette expression peut continuer à faire référence à la promotion de la contraception ; de l'autre, elle fait désormais référence, dans d'autres textes officiels, à un tout autre objectif : faire changer d'avis les demandeuses d'avortement⁴⁶.

La sociologue Anna Temkina a mis en évidence les « contraintes institutionnelles » limitant le travail de promotion de la contraception des gynécologues de Russie, qui se heurtent en général à un « manque de temps » à consacrer aux patientes : leur autonomie professionnelle est très faible, et le système de santé priorise « le traitement de l'infertilité et le suivi des grossesses »⁴⁷. En effet, en lançant en 2007 sa politique nataliste, le gouvernement a mis en place le système du « bon pour enfanter » : il s'agit d'un bon pour 11 000 roubles de soins remis

³⁸ Il s'agissait notamment du Parti communiste de la Fédération de Russie et du Parti libéral-démocrate.

³⁹ Le taux de fécondité se rapprochait alors de 1,2 enfant par femme, et il y avait plus de décès que de naissance sur une année.

⁴⁰ I. Kon, *Klubnichka na berezke. Seksualnaya kultura v Rossii*, Moscou, Vremia, 2010.

⁴¹ Décret du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n° 242 du 11 juin 1996.

⁴² Décret du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n° 50 du 10 févr. 2003 ; décret du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n° 335, du 17 mai 2007 ; décret du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n° 216n, du 7 avr. 2016 ; décret du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n° 1130n du 20 oct. 2020.

⁴³ Décret du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n° 462 du 30 déc. 1999.

⁴⁴ Décret du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n° 50 du 10 févr. 2003.

⁴⁵ Décret du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n° 808n du 2 oct. 2009.

⁴⁶ V. Sakevich, B. Denisov et M. Rivkin-Fish, « *Neposledovatel'naia politika v oblasti kontroliia rozhdaiemosti i dinamika urovnia abortov v Rossii* », *Zhurnal Issledovanii Sotsialnoi Politiki*, vol. 14, 2016, n° 4, pp. 461-478.

⁴⁷ A. Temkina, « *The Gynaecologist's Gaze: The Inconsistent Medicalisation of Contraception in Contemporary Russia* », *Europe-Asia Studies*, vol. 67, 2015, n° 10, pp. 1527-1546.

à chaque femme enceinte, afin qu'elle paye notamment pour son suivi de grossesse et son accouchement. Étant donné que les établissements de santé publics souffrent d'un manque de ressources chroniques et ne reçoivent pas de tels investissements supplémentaires pour faire la promotion de la contraception, la priorité va aux soins aux femmes enceintes. La dernière grande enquête représentative sur la santé reproductive des femmes de Russie (2011) montrait qu'après un avortement, un peu plus de la moitié des patientes recevaient des conseils contraceptifs, et qu'après un accouchement, un peu plus des deux tiers en recevaient⁴⁸. Dans le contexte d'incitation à la procréation d'après 2007, la promotion de la contraception apparaît donc comme ni obligatoire ni interdite, et ni prioritaire, ni fortement entravée. En l'absence de politique volontariste et de financements pérennes au niveau fédéral, cette promotion est organisée (ou non) à l'échelon local.

Faute d'enquêtes plus récentes sur l'accompagnement contraceptif, on peut faire l'hypothèse que la situation n'a pas radicalement changé dans les années 2010, mais que la campagne du gouvernement contre « les agents de l'étranger » de 2012 a pu indirectement contribuer à limiter la promotion de la contraception. En effet, « l'Association russe de planification familiale », devenue « l'Association russe population et développement », a été contrainte de s'enregistrer comme « agent de l'étranger »⁴⁹. Ce statut stigmatisé doit être mentionné sur tous les documents édités par les ONG concernées, les soumet à des contrôles étroits des autorités, et peut rendre difficile leur activité⁵⁰. Par ailleurs, les activités de promotion de la « planification familiale » de USAID ont été interrompues lorsque cette organisation a été officiellement expulsée du pays en 2012⁵¹.

On observe également une inflexion des politiques relatives à l'amélioration des méthodes d'avortement. Le décret de 1987 avait lancé une dynamique de recul du curetage, tardivement par rapport aux autres pays développés, et avait permis à la méthode de l'aspiration de progresser. En 1999, une autre méthode plus inoffensive que le curetage, l'avortement médicamenteux, a été autorisée en Russie⁵² – environ une décennie après la France et la Chine, et en même temps qu'aux États-Unis d'Amérique. Toutefois, pendant dix ans, sa pratique est restée extrêmement rare (inférieure à 4% du total des avortements⁵³), faute de politiques encourageant sa diffusion. Entre 2003 et 2014, plusieurs réglementations et rapports du ministère de la Santé ont mis en avant d'une façon ou d'une autre l'objectif de la progression des méthodes d'avortements les plus inoffensives possibles (aspiration et/ou médicamenteux), au détriment du curetage⁵⁴. Mais c'est finalement une réglementation de 2015 qui a véritablement recommandé et stimulé sa diffusion significative⁵⁵ : entre 2013 et 2018, la part des avortements médicamenteux dans l'ensemble des avortements est passée de 12 à 34%⁵⁶. Toutefois, parallèlement, le ministère a cessé d'inclure dans ses rapports statistiques annuels la proportion d'avortements réalisés par aspiration. Selon les données les plus récentes disponibles (celles de l'année 2013), la méthode du curetage concernait encore environ les deux tiers des avortements⁵⁷. Ainsi, les politiques des années 2000-2010, n'ont encouragé ni l'approfondissement de la promotion de la contraception, ni la diffusion rapide des méthodes d'avortement les moins risquées pour la santé.

⁴⁸ Rosstat, 2013, *Reproduktivnoe zdorov'e naseleniia Rossii, 2011, Itogovyi otchet*, Moscou.

⁴⁹ Liste officielle des « agents de l'étranger » : <http://unro.minjust.ru/NKOForeignAgent.aspx>.

⁵⁰ M. Tysiachnioul, S. Tulaleva et L. Henry, « Civil Society under the Law 'On Foreign Agents': NGO Strategies and Network Transformation », *Europe-Asia Studies*, vol. 70, 2018, n° 4, pp. 615-637.

⁵¹ *Ibid.*

⁵² Protocole du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n° 111-b du 30 déc. 1999.

⁵³ V. Sakevich, et B. Denisov, « Pereidet li Rossiia ot aborta k planirovaniu sem'i ? », *Demoskop Weekly*, 2011, n° 465-466.

⁵⁴ Décret du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n° 484, du 14 oct. 2003 ; décret du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n°572n du 1^{er} nov. 2012 ; « Rapport du ministère de la Santé sur l'état de santé de la population » de 2013 et 2014.

⁵⁵ Ord. du ministère de la Santé n° 15-4/10/2-6120 du 15 oct. 2015.

⁵⁶ « Osnovnye pokazateli zdorovia materi i rebenka », ministère de la Santé de la Fédération de Russie, Moscou, 2019.

⁵⁷ S. Zakharov (dir), *Naselenie Rossii 2013*, Moscou, Izd. dom VShE, 2015.

B. – Dissuader les femmes d'avorter pour résoudre la « crise démographique »

Une nouvelle priorité politique a pris le dessus : des restrictions à l'accès à l'IVG ont régulièrement fait l'objet de lois et réglementations dès 2003, et surtout après le lancement de la politique nataliste de 2007 (voir tableau ci-dessous). En effet, en matière de politique démographique, les gouvernements Poutine (et Medvedev) ont refermé la parenthèse non-interventionniste des années 1990, et renoué avec une orientation pronataliste, avec comme mesure phare le « capital maternel »⁵⁸. Ainsi, « l'avortement tardif » (12-28 semaines) pour « motifs non médicaux » a été prohibé, sauf en cas de viol. Concernant l'IVG, une « clause de conscience » a été introduite, pour permettre aux médecins de refuser de pratiquer cet acte. De plus, une série de mesures a été prise pour tenter de dissuader les patientes demandant une IVG d'aller au bout de leur démarche, avec comme objectif explicite le redressement de la natalité.

Récapitulatif des évolutions de l'encadrement de l'avortement entre 2003 et 2017 :

IVG au-delà de la 12^e semaine : restrictions en 2003 puis 2011.

Ce type d'avortements avait été autorisé sur des critères sociaux en 1987, et la liste des critères élargie en 1996⁵⁹. En 2003, cette liste est réduite drastiquement, pour être désormais plus restreinte que celle de 1987⁶⁰ ; à partir de 2011, le viol est l'unique critère qui subsiste⁶¹.

IVG avant la 12^e semaine :

- Formulaire de « consentement informé », avertissant notamment sur les risques découlant de l'avortement pour la santé physique et psychique : première version recommandée en 2007⁶², rendue obligatoire par la loi de 2011 ; deuxième version obligatoire en 2016, avec l'ajout de l'écoute des « battements du cœur » du fœtus par la demandeuse⁶³.

- « Temps de réflexion » : introduit en 2011 : deux jours d'attente obligatoire entre les 4^e et 8^e et entre les 11^e et 12^e semaines de grossesse, sept jours d'attente obligatoire le reste du temps⁶⁴ (l'attente est donc réduite à l'approche de la 8^e semaine, moment où la procédure d'avortement risque de devenir plus complexe, et à l'approche de la 12^e semaine, moment où la demandeuse risque de se retrouver hors délais).

- « Consultations pré-avortement » visant explicitement à dissuader les demandeuses d'avorter : création d'un cabinet d'aide médico-sociale pour réaliser ces consultations en 2009 ; recommandations sur le contenu des consultations en 2010⁶⁵ ; ces consultations sont rendues obligatoires en 2012⁶⁶ ; nouvelles recommandations sur leur contenu en 2017⁶⁷.

⁵⁸ Aide matérielle attribuée à la naissance du deuxième enfant, instaurée en 2007.

⁵⁹ Décret du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n° 242 du 11 juin 1996.

⁶⁰ Décret du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n° 484 du 14 oct. 2003.

⁶¹ Décision du gouvernement de la Fédération de Russie n° 98 du 6 févr. 2012.

⁶² Décret du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n° 335 du 17 mai 2007.

⁶³ Décret du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n° 216n du 7 avr. 2016.

⁶⁴ Art. 56 de la loi fédérale n° 323-f3 du 21 nov. 2011.

⁶⁵ Ord. du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n° 15-0/10/2-9162 du 13 oct. 2010.

⁶⁶ Décret du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n° 572n du 1^{er} nov. 2012.

⁶⁷ Ord. du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n° 15-4/10/2-4792 du 17 juill. 2017. *Методическое письмо*.

- Clause de conscience permettant à des médecins de refuser individuellement de pratiquer l'avortement, à condition que la vie de la patiente ne soit pas en danger : introduite en 2011⁶⁸.

À partir de 2007, le gouvernement russe affirme se consacrer à la « prévention des avortements », avec des solutions non plus prioritairement contraceptives, mais plutôt psychologiques et religieuses. Des « consultations pré-avortement » ont été rendues obligatoires en 2012, avec un objectif chiffré pour mesurer leur efficacité : « la proportion de femmes prenant la décision de mener à terme leur grossesse, parmi les femmes s'étant adressées à des établissements médicaux au sujet d'une interruption de grossesse », doit atteindre 15 %⁶⁹. Selon les premières recommandations officielles sur ces consultations : « C'est le moyen le plus efficace de surmonter la crise démographique en Russie. Parmi les femmes se dirigeant vers un avortement, 15-20 % sont prêtes à changer leur décision. Augmenter la natalité de 15-20 %, c'est un taux qu'il est impossible d'atteindre par une propagande autour de la naissance d'un enfant supplémentaire ou bien par des incitations matérielles, a fortiori dans des délais aussi rapides »⁷⁰. En outre, « certaines régions fournissent des incitations financières aux médecins qui parviennent à convaincre des femmes de poursuivre des grossesses qu'elles voulaient interrompre »⁷¹.

Ces consultations sont censées être confiées, par défaut, à des psychologues ou à des « spécialistes du travail social », mais des prêtres orthodoxes ont également été invités à y prendre part. Cette participation religieuse s'est d'abord faite via des initiatives locales, notamment dans le programme « Sainteté de la maternité », à Krasnoïarsk, initié par l'épouse de Medvedev (à l'époque Premier ministre), et soutenu par le ministère de la Santé dès 2007. Ce programme, qui a essaimé dans plusieurs régions, inclut aussi une semaine par an lors de laquelle aucune IVG ne peut être pratiquée dans les établissements de santé participants⁷². Finalement, au niveau fédéral, les prêtres ont été encouragés à s'impliquer dans les consultations pré-avortement, ainsi que dans des centres de soutien aux femmes enceintes potentiellement tentées par l'IVG (« centres de crise »), par un accord officiel passé entre le ministère de la Santé et l'Église, en 2015⁷³. Par ailleurs, l'anthropologue Sandra Luehrmann a montré que l'Église rémunérait des personnes se décrivant comme des « psychologues orthodoxes », et travaillant dans des « consultations féminines », notamment quand celles-ci n'ont pas « les moyens financiers d'embaucher leurs propres psychologues » pour effectuer les consultations pré-avortement obligatoires⁷⁴. Enfin, les recommandations ministérielles de 2010 et 2017 sur le déroulé des consultations pré-avortement ont été corédigées par des responsables du programme « Sainteté de la maternité »⁷⁵. Les politiques analysées ici dessinent finalement une nouvelle vision institutionnelle de l'avortement, qu'on peut qualifier de moralisatrice-

⁶⁸ Art. 67 de la loi fédérale n° 323-f3 du 21 nov. 2011.

⁶⁹ Décret du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n° 572n du 1^{er} nov. 2012.

⁷⁰ *Ibid.*

⁷¹ I. Leykin et M. Rivkin-Fish, « Politicized Demography and Biomedical Authority in post-Soviet Russia », *Medical Anthropology*, 2021.

⁷² M. Nakachi, *op. cit.*, p. 221.

⁷³ « La ministre de la Santé Veronika Skvortsova a organisé une rencontre avec le Patriarche Kirill », article publié sur le site officiel du ministère de la Santé le 18 juin 2016, disponible sur <https://www.rosminzdrav.ru/news/2015/06/18/2402-ministr-zdravoohraneniya-veronika-skvortsova-provela-vstrechu-s-patriarhom-kirillom>.

⁷⁴ S. Luehrmann, « "Everything New That Life Gives Birth To": Family Values and Kinship Practices in Russian Orthodox Antiabortion Activism », *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, vol. 44, 2019, n° 3, p. 781.

⁷⁵ Ord. du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n° 15-0/10/2-9162 du 13 oct. 2010 ; ord. du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n° 15-4/10/2-4792 du 17 juill. 2017.

religieuse ; cette vision vient s'ajouter à la vision sanitaire-maternaliste héritée de la période soviétique, toujours présente dans les textes officiels.

C. – Une désinformation médicale sous influence états-unienne

Les consultations pré-avortement font partie d'un ensemble plus vaste de mesures dissuasives, dont font aussi partie l'imposition d'un « temps de réflexion » et de « formulaires de consentement informé ». Ces mesures dissuasives imitent largement des mesures qui existent dans de nombreux pays occidentaux, sans que cette source d'inspiration ne soit mise en avant dans les discours qui les promeuvent. Les consultations pré-avortement et le délai de réflexion apparus en Russie imitent, tout d'abord, les législations ayant autorisé l'IVG en Europe de l'Ouest dans les années 1960-1980 – parfois assouplies depuis, mais généralement toujours en vigueur. Toutefois, les nouvelles mesures russes ont une source d'inspiration encore plus importante, plus récente, et d'origine états-unienne : il s'agit des réglementations qualifiées par leurs défenseurs de « *right-to-know policies* » (politiques du droit de savoir), qui ont pris leur essor à partir des années 1980-1990.

Aux États-Unis, dans les décennies qui ont suivi l'arrêt de la Cour suprême « Roe v. Wade » autorisant l'avortement au niveau fédéral en 1973 (et jusqu'à sa révocation en 2022), les législations adoptées par chacun des états se sont diversifiées. Certains états ont imposé aux demandeuses un certain nombre d'avertissements sur la nocivité de l'avortement (nocivité supposée pour elles-mêmes et pour l'embryon / fœtus), selon deux protocoles : des consultations obligatoires avec des avertissements oraux précis prononcés par la ou le praticien ; des formulaires de « consentement informé » à faire signer par la patiente. La majorité des législations imposant de telles consultations d'avertissement a été adoptée à partir des années 1990. Cette dynamique correspond à un changement de stratégie d'une partie du mouvement anti-avortement : initialement, ce mouvement centrait sa rhétorique sur le fœtus – présenté comme la victime de l'avortante – en utilisant surtout des arguments d'ordre moral ; à partir des années 1980-1990, ce mouvement se présente de plus en plus comme venant en aide aux avortantes – en les considérant comme tout autant victimes de l'avortement que les fœtus – et met d'avantage en avant des arguments présentés comme scientifiques et de l'ordre des droits des femmes⁷⁶. C'est dans ce même contexte que prend son sens la multiplication de « *crisis pregnancy centers* » à partir des années 1980 : ces centres créés au sein du mouvement anti-avortement et bénéficiant de financements publics ont pour l'objectif de dissuader les femmes d'avorter en leur apportant une aide matérielle et spirituelle.

Ces prétendues « *right to know policies* » recourent en partie à la désinformation. Dans un certain nombre de discours d'avertissement rendus obligatoires aux États-Unis, les demandeuses se voient présenter des informations scientifiquement « discutables ou erronées », portant par exemple sur les risques en termes de cancer du sein, d'infertilité⁷⁷ ou sur la douleur ressentie par le fœtus avorté⁷⁸. Les consultations obligatoires incluent souvent des descriptions détaillées du développement du fœtus à différents stades de la grossesse, qui visent à le présenter comme étant déjà un être humain à part entière. Dans ce même but, la plupart imposent aux avortantes potentielles une échographie avec écoute des battements du cœur⁷⁹. Par ailleurs, le « syndrome post-avortement », notion pseudo-scientifique non reconnue par les principales associations professionnelles de psychologues et de psychiatres du pays, est inventé

⁷⁶ M. Rose, « Pro-Life, Pro-Woman? Frame Extension in the American Antiabortion Movement », *Journal of Women, Politics & Policy*, vol. 32, 2011, n° 1, pp. 1-27.

⁷⁷ M. Medoff, « Biased Abortion Counseling Laws and Abortion Demand », *The Social Science Journal*, vol. 46, 2009, n° 4, pp. 632-643.

⁷⁸ M. Buchbinder, « Scripting Dissent: US Abortion Laws, State Power, and the Politics of Scripted Speech », *American Anthropologist*, vol. 118, 2016, n° 4, pp. 772-783.

⁷⁹ K. Johnson, « Protecting Women, Saving the Fetus: Symbolic Politics and Mandated Abortion Counseling », *Women's Studies International Forum*, vol. 47 part A, 2014, pp. 36-45.

et popularisé dans les années 1980 par le mouvement « *pro life* », qui parvient à faire inclure à partir des années 2000, dans nombre de réglementations sur les consultations obligatoires, des avertissements sur les risques de dépression et de pensées suicidaires⁸⁰.

La politique russe de « prévention des avortements » d'après 2007 s'inspire de ces politiques états-uniennes pour imposer des formulaires de consentement informé et des consultations pré-avortement dissuasives, incluant l'écoute des battements du cœur du fœtus, ainsi que pour proposer des « centres de crise » pour femmes enceintes. L'analyse des recommandations officielles sur les consultations et des formulaires de consentement montre que ces documents russes contiennent des (portions de) phrases presque mot pour mot identiques aux textes de réglementation états-uniens en question. En effet, les recommandations russes sur les consultations (cosignées, on l'a vu, par des militants et militantes orthodoxes) citent les grandes figures du mouvement anti-avortement états-unien Barbara et John Willke, Theresa Burke et David Reardon⁸¹. Le mouvement anti-avortement russe collabore activement avec son équivalent états-unien, qui lui fournit du soutien financier et des stratégies militantes⁸².

Le discours du formulaire de consentement russe fait appel à un registre sanitaire. Il avertit les patientes requérant une IVG de nombreux risques pour leur santé physique, et notamment pour leur fertilité future, et de risques de « troubles psychiques »⁸³. Les demandeuses doivent attester qu'on leur a « expliqué [...] qu'il est préférable de conserver et de mener à terme la grossesse, et de donner naissance à un enfant »⁸⁴. L'affirmation du caractère « préférable » de la poursuite de la grossesse se donne l'apparence de la neutralité scientifique. Or le formulaire se contente de décrire longuement les (prétendus) risques sanitaires de l'avortement, sans les comparer aux risques pour la santé physique de tout accouchement, ni aux risques pour la santé mentale de la mise au monde d'un enfant non désiré – alors même que les études cliniques les plus rigoureuses ont montré que l'avortement, réalisé dans de bonnes conditions, était comparativement moins risqué⁸⁵. Par ailleurs, le formulaire liste des risques pour la santé physique que comporterait l'avortement en général, sans différenciation par technique d'avortement : l'alternative entre « médicamenteux » et « chirurgical » est mentionnée, mais l'avortante n'est pas éclairée sur les risques moindres de la méthode médicamenteuse ; en outre, l'alternative entre aspiration et curetage n'est pas du tout mentionnée. Les différences entre les risques de l'avortement « médicamenteux » et « chirurgical », ainsi que l'innocuité de la méthode médicamenteuse, étaient soulignées dans les « Recommandations cliniques » pour l'avortement médicamenteux adressées par le ministère au personnel soignant en 2015⁸⁶, mais ont été exclues de ce formulaire destiné aux patientes. De même, ces « Recommandations cliniques » utilisent l'expression « avortement sans danger », qui fait l'objet d'un consensus scientifique international (et qui est relayée par l'OMS), mais cette expression aux connotations rassurantes n'est pas reprise dans le formulaire pour les patientes.

Les recommandations officielles sur les « consultations psychologiques pré-avortement » mettent en avant le même objectif de dissuasion par l'invocation des risques sanitaires menaçant

⁸⁰ M. Rose, *op. cit.* ; K. Kelly, « The Spread of 'Post Abortion Syndrome' as Social Diagnosis », *Social Science & Medicine*, vol. 102, 2014, pp. 18-25.

⁸¹ Ord. du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n° 15-4/10/2-4792 du 17 juill. 2017.

⁸² S. Luehrmann, « Innocence and Demographic Crisis. Transposing Post-abortion Syndrome into a Russian Orthodox Key », in S. De Zordo, J. Mischal et L. Anton (dir.), *A Fragmented Landscape. Abortion Governance and Protest Logics in Europe*, New York-Oxford, Bergahn, 2016, pp. 103-122 ; C. Mason, « Opposing Abortion to Protect Women: Transnational Strategy since the 1990s », *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, vol. 44, 2019, n° 3, pp. 665-692.

⁸³ Décret du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n° 216n, du 7 avr. 2016.

⁸⁴ *Ibid.*

⁸⁵ Le risque de mourir lors d'un accouchement est 14 fois plus élevé que pour un avortement légal et il y a aussi plus de risques de complications médicales cf. E. Raymond et D. Grimes, « The Comparative Safety of Legal Induced Abortion and Childbirth in the United States », *Obstetrics & Gynecology*, vol. 119, 2012, n° 2, partie 1, pp. 215-219. À propos des risques psychologiques, v. K. Kelly, *op. cit.* et M. Medoff, *op. cit.*

⁸⁶ « Avortement médicamenteux. Recommandations cliniques (protocole de soin) » du ministère de la Santé de la Fédération de Russie du 15 oct. 2015.

l'avortante, en y ajoutant un objectif d'humanisation du fœtus. Selon les recommandations de 2007 : « Beaucoup de femmes (surtout quand elles sont peu intelligentes ou jeunes) pensent que l'embryon [...] fait partie de leur corps [...] et que l'avortement est semblable à l'arrachage d'une dent. Elles ne comprennent pas que l'enfant à naître est déjà un être humain. [...] Le but du psychologue à ce stade est de l'aider à prendre conscience du fait qu'elle est déjà une maman. [...] Il faut expliquer au patient qu'une nouvelle vie commence au moment de la fécondation de l'ovule, qu'à la cinquième semaine de grossesse, le cœur commence à battre, qu'au quarantième jour on peut établir l'activité du cerveau. On peut utiliser des matériaux visuels : des photographies de bébés dans l'utérus de la mère, [...] des films [...] »⁸⁷. Les personnes assurant ces consultations sont donc encouragées à utiliser les termes « bébé » et « mère » plutôt que « fœtus » et « femme enceinte ». De même, les recommandations de 2017 désignent l'avortement comme un « meurtre » et expliquent qu'à « huit semaines » le fœtus « sait sucer son pouce comme un nourrisson » et « ressent la douleur »⁸⁸. Elles comparent la femme requérant une IVG à une personne anorexique ou suicidaire qui ne sait pas ce qui est bon pour elle, et qu'il faut protéger de ses propres choix, même si elle refuse l'intervention psychologique⁸⁹. Ces changements dans l'encadrement de l'IVG fragilisent donc le droit de choisir.

CONCLUSION

La Russie soviétique a été pionnière en matière de droit à l'avortement. Du Dégel à la *perestroïka*, l'accès à l'IVG n'était soumis à aucune condition ou restriction ; toutefois, le recours à la contraception était relativement entravé. Sous Gorbatchev, la fréquence très élevée des IVG a été critiquée, et des décisions ont été prises pour faciliter l'accès à la contraception et pour améliorer l'innocuité des avortements (allongement des délais sur critères sociaux pour éviter le recours à des solutions clandestines, remise en question de la méthode du curetage). Le gouvernement Eltsine a approfondi cette dynamique, avant de se heurter à des contestations politiques, émanant notamment de l'Église orthodoxe. Finalement, dans les trois décennies qui ont suivi la chute de l'URSS, la politique russe en matière d'avortement et de contraception a été façonnée par différentes influences occidentales successives : dans un premier temps, elle a sollicité l'aide d'organisations promouvant la « planification familiale » et les « droits reproductifs » ; puis, dans les années 2000-2010, elle s'est tournée vers l'Église orthodoxe russe, elle-même aidée et inspirée par le mouvement anti-avortement états-unien.

C'est surtout à partir du lancement de la politique nataliste de 2007 que le principe de l'accès à l'IVG sur demande a été remis en question, notamment par l'introduction de dispositifs obligatoires de dissuasion (consultations pré-avortement, temps de réflexion, formulaire de consentement informé). L'État impose désormais aux demandeuses des avertissements sur la nocivité de l'avortement, présentés de façon biaisée, voire scientifiquement inexacts. Cette politique imite celles de nombreux états des États-Unis, notamment s'agissant de l'inscription dans les textes réglementaires de la désinformation médicale prônée par le mouvement « *pro life* ». L'approche russe va plus loin que ces approches états-uniennes de l'époque « *Roe v. Wade* » : d'une part, un décret fixe un objectif de 15% des femmes demandant des IVG finalement dissuadées ; d'autre part, le ministère de la Santé a conclu un partenariat officiel avec l'Église, et a invité les prêtres dans les établissements de santé. Ces changements politiques restreignent et fragilisent le droit à l'IVG, sans pour autant l'abolir. Comme à l'époque stalinienne, le devoir démographique est promu au détriment du

⁸⁷ Ord. du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n°15-0/10/2-9162 du 13 oct. 2010.

⁸⁸ Ord. du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n°15-4/10/2-4792 du 17 juill. 2017..

⁸⁹ *Ibid.*

droit de choisir. Néanmoins, en réponse à la revendication d'interdiction totale portée par l'Église et d'autres acteurs, le ministère de la Santé comme le président Poutine ont affirmé publiquement que cela serait contre-productif. Selon eux, cela provoquerait une augmentation des avortements clandestins, et par là de l'infertilité et de la mortalité maternelle ; le ministère a fait explicitement référence à 1936⁹⁰. L'interdiction de l'IVG pendant la période stalinienne semble rester une leçon et un repoussoir.

⁹⁰ « Pozitsiya minzdrava Rossii po voprosu isklyucheniya abortov iz OMS », article publié sur le site officiel du ministère de la Santé le 28/09/2016, v. sous : <https://www.rosminzdrav.ru/news/2016/09/28/3178-pozitsiya-minzdrava-rossii-po-voprosu-isklyucheniya-abortov-iz-oms>). Ég., V. Poutine, « Grande conférence de presse annuelle », 2017, citée par J. E. Johnson, A. Novitskaya, V. Sperling et L. McIntosh Sunstrom, « Mixed signals: what Putin says about gender equality », *Post-Soviet Affairs*, vol. 37, 2021, n° 6, p. 518.

BIBLIOGRAPHIE

Avdeev A., Blum A., Troitskaja I., « Histoire de la statistique de l'avortement en Russie et en URSS jusqu'en 1991 », *Population*, vol. 49, 1994, n° 4, pp. 903-933.

Barkalov N., Darksy L., *Russia: fertility, contraception, induced abortion, infant and maternal mortality*, Washington D.C., Futures Group International, 1994.

Buchbinder M., « Scripting Dissent: US Abortion Laws, State Power, and the Politics of Scripted Speech », *American Anthropologist*, vol. 118, 2016, n° 4, pp. 772-783.

Claro M., « Dénoncer les maltraitements gynécologiques en URSS : critique ordinaire des patientes et critique féministe (1979-1989) », *Diogenes*, vol. 267-268, 2019, n° 3-4, pp. 289-308.

Claro M., *Ni hasard ni projet.: genre, sexualité et procréation pendant la jeunesse en Russie (années 1970-années 2010)*, Thèse, Sociologie, Paris, EHESS, 2018.

John Snow, Inc., *Transforming Health Care for Mothers and Babies in the Former Soviet Union*, 2012.

Johnson J. E., Novitskaya A., Sperling V., McIntosh Sunstrom L., « Mixed signals: what Putin says about gender equality », *Post-Soviet Affairs*, vol. 37, 2021, n° 6, p. 518.

Johnson K., « Protecting Women, Saving the Fetus: Symbolic Politics and Mandated Abortion Counseling », *Women's Studies International Forum*, vol. 47, 2014, n° Part A, pp. 36-45.

Kelly K., « The Spread of 'Post Abortion Syndrome' as Social Diagnosis », *Social Science & Medicine*, vol. 102, 2014, pp. 18-25.

Kon I., *Klubnichka na berezke. Seksualnaya kultura v Rossii*, Moscou, Vremia, 2010.

Konovalova A., Rivkin-Fish M., Vasilyev P., « Exploring the Materiality and Symbolic Powers of Oral Contraceptives », communication au colloque *Gender and Materiality in Central and Eastern Europe in the XXth century*, Centre d'histoire de Sciences Po, Paris, 30 oct. 2021.

Levels M., Sluiter R., Need A., « A review of abortion laws in Western-European countries. A cross-national comparison of legal developments between 1960 and 2010 », *Health Policy*, vol. 118, 2014, n° 1, pp. 95-104.

Leykin I., Rivkin-Fish M., « Politicized Demography and Biomedical Authority in post-Soviet Russia », *Medical Anthropology*, 2021.

Luehrmann S., « "Everything New That Life Gives Birth To": Family Values and Kinship Practices in Russian Orthodox Antiabortion Activism », *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, vol. 44, 2019, n° 3, pp. 771-795.

Luehrmann S., « Innocence and Demographic Crisis. Transposing Post-abortion Syndrome into a Russian Orthodox Key », in S. De Zordo, J. Mishtal et L. Anton (dir.), *A Fragmented Landscape. Abortion Governance and Protest Logics in Europe*, New York-Oxford, Bergahn, 2016, pp. 103-122

Mason C., « Opposing Abortion to Protect Women: Transnational Strategy since the 1990s », *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, vol. 44, 2019, n° 3, pp. 665-692.

Medoff M., « Biased Abortion Counseling Laws and Abortion Demand », *The Social Science Journal*, vol. 46, 2009, n° 4, pp. 632-643.

Nakachi M., *Replace the Dead. The Politics of Reproduction in the Postwar Soviet Union*, New York, Oxford University Press, 2021.

Popov A., Visser A., Ketting E., « Contraceptive Knowledge, Attitudes, and Practice in Russia during the 1980s », *Studies in Family Planning*, vol. 24, 1993, n° 4, pp. 227-235.

Randall A., « “Abortion will deprive you of happiness!” : Soviet reproductive politics in the post-Stalin era », *Journal of Women’s History*, vol. 23, 2011, n° 3, pp. 13-38.

Raymond E., Grimes D., « The Comparative Safety of Legal Induced Abortion and Childbirth in the United States », *Obstetrics & Gynecology*, vol. 119, 2012, n° 2, partie 1, pp. 215-219.

Rose M., « Pro-Life, Pro-Woman? Frame Extension in the American Antiabortion Movement », *Journal of Women, Politics & Policy*, vol. 32, 2011, n° 1, pp. 1-27.

Sakevich V., « Abort – krivoie zerkalo demograficheskoi politiki », *Demoskop Weekly*, 8-7 sept. 2003, n°s 123-124.

Sakevich V., Denisov B., Rivkin-Fish M., « Neposledovatel’naia politika v oblasti kontroliia rozhdaemosti i dinamika urovnia abortov v Rossii », *Zhurnal Issledovaniia Sotsialnoi Politiki*, vol. 14, 2016, n° 4, pp. 461-478.

Temkina A., « The Gynaecologist’s Gaze: The Inconsistent Medicalisation of Contraception in Contemporary Russia », *Europe-Asia Studies*, vol. 67, 2015, n° 10, pp. 1527-1546.

Tysiachnioul M., Tulaleva S., Henry L., « Civil Society under the Law ‘On Foreign Agents’: NGO Strategies and Network Transformation », *Europe-Asia Studies*, vol. 70, 2018, n° 4, pp. 615-637.