

Restreindre l'accès à l'avortement au nom de la « crise démographique » en Russie : une politique de production de l'ignorance

Mona Claro

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2025/4 vol. 37, PAGES 225 À 233
ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.254.0225

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2025-4-page-225?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2025-4-page-225?lang=fr).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Restreindre l'accès à l'avortement au nom de la « crise démographique » en Russie : une politique de production de l'ignorance

Restricting abortion access in the name of Russia's "demographic crisis": A policy rooted in the production of ignorance

Mona Claro¹

➤ Résumé

Introduction : En Russie, la notion de « crise démographique » est mobilisée pour légitimer une politique nataliste. Un de ses objectifs est de dissuader 15 % des demandeuses d'avortements d'aller au bout de leur démarche, en leur imposant une échographie avec « écoute des battements du cœur », et des avertissements sur les risques sanitaires (dans une « consultations pré-avortement » obligatoire, suivies d'un délai de réflexion, et dans un formulaire de « consentement informé »). L'avortement reste accessible sur demande pendant le premier trimestre, mais les obstacles procéduraux se sont multipliés.

Méthode : Cet article analyse (avec des outils de la sociologie de l'ignorance/agnotologie) un corpus de textes législatifs et de documents officiels encadrant l'accès à l'avortement (datant de 2006 à 2022) du ministère de la Santé russe.

Résultats : La production d'ignorance est au cœur de cette politique, qui repose sur l'occultation de controverses et de savoirs démographiques et médicaux indésirables. Cette occultation permet de présenter la diminution du recours à l'avortement comme un moyen d'augmenter la natalité. De plus, les demandeuses d'avortements se voient imposer des avertissements biaisés voire erronés au sujet des risques de l'avortement pour leur santé mentale et physique (notamment pour la fertilité future), et au sujet du développement fœtal. Notamment, les risques de l'avortement ne sont pas comparés aux risques de la poursuite de la grossesse, pourtant supérieurs.

Discussion : Même lorsque l'interruption volontaire de grossesse est légale, des politiques de santé peuvent limiter l'autonomie procréative des femmes, en produisant de l'ignorance au sujet de la soi-disant dangerosité de l'avortement.

Mots-clés : avortement, genre, démographie, ignorance, politique de santé, Russie.

➤ Abstract

Introduction: In Russia, the notion of a "demographic crisis" is invoked to legitimize pro-natalist policies. Among these is an effort to dissuade 15% of abortion-seekers from going through with the procedure, through the imposition of mandatory ultrasounds to "hear the heartbeat" and health-risk warnings in compulsory "pre-abortion consultations," followed by reflection periods and formal "informed consent" procedures. While first-trimester abortion remains legally available on request, procedural barriers have increasingly proliferated.

Method: This article analyzes a corpus of legislation and official documents on abortion issued by the Russian Ministry of Health between 2006 to 2022, using tools from the sociology of ignorance (agnotology).

Results: The production of ignorance is at the heart of this policy, which systematically conceals demographic data, medical evidence, and controversies deemed undesirable. On this basis, reductions in abortion numbers are framed as contributing to increased birth rates. Moreover, abortion seekers are subjected to biased—and at times inaccurate—warnings regarding the physical and mental health risks of abortion (including future fertility) and fetal development. In particular, the risks of abortion are never contextualized or compared to the higher risks associated with continuing a pregnancy.

Discussion: Even where abortion remains legally available on request, health policies may undermine women's reproductive autonomy by fostering ignorance—particularly through the dissemination of misleading or incomplete information about abortion's alleged dangers.

Keywords: abortion, gender, demography, ignorance, health policy, Russia.

¹ Université de Liège – IRSS/Pragmapolis – Liège – Belgique.

Introduction

En santé publique, le consensus scientifique indique que l'avortement, réalisé dans les conditions adéquates, comporte très peu de risques de complications, et qu'il est beaucoup moins risqué que la poursuite de la grossesse [1]. Pourtant, dans certains pays, les politiques de santé et/ou des soignant·es ignorent ou contredisent ces savoirs scientifiques, et leur communication à destination des personnes demandant une interruption volontaire de grossesse (IVG) insiste sur la dangerosité de cette procédure [2, 3]. Or, la communication d'informations insuffisantes ou biaisées aux avortantes peut relever de la « violence gynécologique institutionnelle », faire obstacle à leur choix éclairé, et nuire à leur santé [4]. Une communication institutionnalisée insistant sur la dangerosité de l'avortement fait partie des processus de production de l'ignorance à l'œuvre en Russie dans le cadre de la politique nataliste en cours depuis 2006.

En Russie, comme en Italie [5], ou encore en Hongrie [6], la notion de « crise démographique » est mobilisée pour légitimer des restrictions à l'accès à l'avortement¹. Lors du lancement de sa politique nataliste, la Russie se caractérisait par un encadrement législatif de l'avortement parmi les moins restrictifs au monde, hérité du régime soviétique. Depuis, l'État russe se met en scène comme mobilisant la démographie, la médecine et la psychologie pour préserver la santé des femmes des dangers de l'avortement, augmenter la natalité, et assurer la survie de la Nation. Or, des démographes et des médecins, de Russie et d'ailleurs, vont à l'encontre de cette vision officielle de la nécessité d'une hausse de la natalité, de la possibilité d'y parvenir en rendant plus difficile l'accès à l'avortement, et des dangers sanitaires de l'avortement. La politique autour de l'IVG repose sur le maintien de la population russe dans l'ignorance de ce dissensus. Dans cet article, il s'agit d'envisager l'ignorance comme une construction sociale, et comme le résultat de rapports de force politiques². Mon approche s'inspire des recherches en épistémologie féministe des sciences sur les processus de production de l'ignorance – en particulier « l'effacement

ou la délégitimation de savoirs existants, jugés dangereux ou indésirables » [8]. La fabrication de l'ignorance autour de l'avortement, notamment, doit être envisagée comme un site de production des inégalités de genre [9, 10]³.

Cet article s'appuie sur l'analyse d'un corpus exhaustif de textes législatifs et de documents officiels du ministère de la Santé russe sur l'avortement, publiés entre 2000 et 2022⁴. Faute d'avoir eu la possibilité de mener une enquête par entretiens ou observations auprès des acteurs et actrices impliqué·es dans l'élaboration et la mise en œuvre de cette politique publique, je propose ici quelques pistes de réflexion à partir de traces écrites de cette activité de gouvernement, en m'appuyant sur les outils de la sociologie de l'ignorance et des *ignorance studies*. Cet article montre comment la politique de restriction de l'accès à l'avortement, dans la Russie de l'ère Poutine (2000–...), s'inscrit dans un double processus de production de l'ignorance. Dans la première partie, nous verrons que les restrictions à l'accès à l'avortement sont présentées par les décideurs politiques comme un remède à la « crise démographique » russe, tandis que les savoirs démographiques discordants sont laissés dans l'ombre. Dans la seconde partie, nous verrons que certaines restrictions sont présentées comme destinées à protéger les femmes des dangers de l'avortement mais que, là encore, l'ignorance sanitaire de la population est activement entretenue.

Diagnostiquer la « crise démographique » en occultant les expertises discordantes

Si la qualification de « crise sanitaire » (en cas d'épidémie, par exemple) fait référence à un risque de décès touchant concrètement les individus, la « crise démographique » renvoie plutôt à un risque de mort de la Nation en tant que communauté imaginée. Parler de « crise » revient à « sélectionner » et regrouper « une série de phénomènes

¹ En Italie et en Hongrie, invoquer la « crise » a permis de maintenir un accès restreint à l'IVG, et en Russie, cela a permis de restreindre un accès auparavant très large.

² Cette approche des *ignorance studies* (ou agnotologie) permet d'étudier les processus (intentionnels ou non) par lesquels des savoirs scientifiques sont produits ou non (« science non faite », « partielle » ou « effacée ») et mobilisés ou non dans l'action publique et dans la pratique médicale (« science non utilisée », voire « cachée ») [7].

³ Je remercie Camille Bajoux, Déborah Guy et Anne-Charlotte Millepied, les organisatrices du colloque « Ignorance, pouvoir et santé : La production des savoirs médicaux au prisme des rapports de domination » (MSH Paris Nord, 21-22 octobre 2019) de m'avoir donné l'occasion d'y présenter mon travail, et d'avoir nourri ma réflexion sur la production de l'ignorance.

⁴ J'ai procédé à la collecte systématique des textes de loi, décrets, recommandations ministérielles, et autres documents officiels sur la politique d'encadrement de l'avortement, sur le site du ministère de la Santé (<https://minzdrav.gov.ru/>) et sur la base de données juridique <https://www.consultant.ru/> (sites consultés pour la dernière fois le 15/06/2022).

du monde social » pour les interpréter comme une menace à l'ordre établi, pour appeler à l'action, et à la « défense d'un projet » de « remise en ordre », de « guérison [du] corps social et politique » [11]. Bref, pour qu'une situation apparaisse comme une crise et soit traitée en tant que telle, il faut qu'un ensemble d'acteurs parvienne à imposer dans le débat public leur interprétation alarmiste de cette situation.

En Russie, des angoisses au sujet de la natalité sont apparues dès les années 1920, mais le discours de la « crise démographique » remonte à la chute de l'URSS [12]. L'URSS avait été le premier pays à autoriser l'IVG, dès 1920 et, déjà sous Staline, c'est dans l'objectif explicite de redresser la natalité que l'IVG avait été interdite, en 1936. Elle avait été de nouveau autorisée en 1955, dans l'optique d'éviter les dégâts sanitaires des avortements clandestins, mais dans un contexte toujours pronataliste. C'est dans les années 1960 que le taux de fécondité d'une grande partie des républiques d'URSS (dont la république russe) est passé sous le seuil du taux de renouvellement des générations (2,1 enfants) : sa baisse est alors devenue un sujet de préoccupation majeur pour les démographes et les dirigeants. Après la chute de l'URSS, le taux de fécondité s'est effondré (tombant autour de 1,2 dans les années 1990) ; ainsi que l'espérance de vie (tombant jusqu'à 57 ans pour les hommes) [12]. De 1992 à 2014, le solde naturel de la Russie est resté négatif (le nombre annuel de naissances était inférieur à celui des décès). Des soldes naturels négatifs étaient aussi constatés dans la majeure partie de l'Europe de l'Est postcommuniste, ainsi que dans des pays occidentaux comme l'Allemagne et l'Italie. Le solde naturel négatif russe d'après 1992 n'était donc pas unique au monde, mais il était exceptionnel de par ses proportions et son maintien dans le temps. En tout cas, la Russie post-soviétique se distingue moins par son faible taux de natalité que par sa faible espérance de vie, en particulier masculine.

Depuis les années 1990, une partie des démographes de Russie s'alarme d'une « crise démographique » et d'un « dépérissement de la Nation », et formulent des propositions pour l'action publique [12]. Ces démographes mettent l'accent sur le solde naturel négatif (surtout sur un taux de natalité jugé insuffisant), et sur le vieillissement de la population ; en particulier, Leonid Rybakovski et Anatolii Antonov s'inquiètent des conséquences de ces évolutions démographiques sur l'affaiblissement de la puissance militaire ou géopolitique russe [13]. D'autres démographes, plus marginaux, interprètent le cas russe au prisme de la théorie de la « transition démographique », et relativisent la gravité de la baisse de la natalité russe, au vu des tendances occidentales ;

ils ont tendance à la considérer comme plus ou moins inéluctable. Selon Michele Rivkin-Fish, le paradigme de la « transition démographique », alternatif et non dominant en Russie, leur « permet de réinterpréter une fécondité basse non plus comme un symptôme de la faiblesse de la Russie, mais comme un signe de son développement progressif » [12]⁵. C'est notamment l'approche adoptée par Anatolii Vishnevskii et Sergei Zakharov depuis leur article « Les angoisses démographiques de la Russie » (1990) [14], qui portait un regard critique sur les politiques natalistes et invitait les décideurs à détourner leur regard du taux de natalité, pour s'intéresser plutôt à la faible espérance de vie des hommes. Ultérieurement, Vishnevskii a pris position en faveur de l'immigration comme moyen de compenser la dénatalité [15]. Selon Vishnevskii et Zakharov, « l'aspiration à une croissance constante de la population est souvent associée avec une idéologie totalitaire et militariste, tandis qu'une fécondité basse et des familles de petite dimension sont liées à des améliorations dans la qualité de vie, plus de libertés individuelles, une véritable émancipation des femmes, etc. » [14].

Il n'y a donc pas de consensus scientifique autour de l'idée d'une « crise démographique » russe, mais plutôt une controverse à ce sujet [12, 15]. Alors que les présidences de Eltsine, dans les années 1990, correspondaient à une approche plutôt non interventionniste (absence de politique démographique), à partir du milieu des années 2000, le président Poutine va mettre en avant le diagnostic de « crise » (comme « menace pour la sécurité nationale »), et proposer des remèdes, présentés comme ancrés dans une expertise démographique [15]. La politique de « crise » proposée consiste explicitement : d'une part, en une aide financière versée aux citoyennes de Russie à la naissance de leur deuxième enfant (« le capital maternel », lancé en 2007) ; d'autre part, en des restrictions à l'accès à l'avortement (en plusieurs étapes, à partir de 2007), qui seront détaillées plus loin.

Cette politique procède d'une définition genrée et ethnicisée de la « bonne » croissance démographique. Elle se focalise sur l'enjeu du solde naturel, plus que sur celui du solde migratoire [15]. Ce cadrage nationaliste n'a rien de spécifique à la Russie [16–18]. Selon ce cadrage, « l'immigration n'est pas considérée comme un moyen légitime » (ou comme le moyen le plus légitime) « d'augmenter la taille de la population » : « l'idéologie nationaliste » tend au contraire à « insister sur les liens de sang » [17]. Mais quelle est la population dont l'accroissement naturel est

⁵ Toutes les traductions de citations tirées de publications en anglais ou en russe sont les miennes.

visé : toute la population citoyenne de Russie, ou avant tout celle des « russes ethniques [rusские] »⁶ ? Sur ce point, l'exécutif entretient une forme d'ambiguïté (19). Quant à l'enjeu migratoire, s'il est relégué au second plan dans la réponse à la « crise », il est tout de même investi. Certaines migrations sont considérées comme plus désirables que d'autres. Des mesures ont été prises pour encourager l'immigration et la naturalisation des « compatriotes résidant à l'étranger ». Si la définition de cette catégorie n'est pas strictement ethnique, elle est fortement ethnicisée (19). La « bonne » croissance démographique, d'un point de vue ethnique, est donc alimentée avant tout par les citoyennes qui donnent naissance, mais aussi éventuellement par l'immigration de « compatriotes », ou encore par l'annexion et la conquête militaire de territoires voisins (de Géorgie et d'Ukraine) – bien que les objectifs démographiques de cette politique expansionniste néo-impériale ne soient pas revendiqués explicitement [13, 20, 21]. Enfin, cette politique a de fortes implications genrées, du fait de sa focalisation sur la natalité, envisagée comme un devoir féminin, comme le suggèrent la dénomination et le mode de fonctionnement de l'aide financière du « capital maternel » (versée aux mères, sauf cas exceptionnels), ainsi que la politique anti-avortement. La baisse de l'espérance de vie, notamment masculine, est reléguée au second plan dans cette politique de « crise » [21]. La remise en ordre porte sur les comportements procréatifs des femmes, bien plus que sur les comportements masculins participant au risque de mortalité précoce, par exemple.

Cette politique de « crise » repose sur plusieurs mécanismes de production de l'ignorance, et notamment sur l'occultation de savoirs indésirables. On l'a vu, la controverse qui divise les démographes de Russie, au sujet de ce qui fait « crise » (ou non), est occultée : il s'agit de présenter l'urgence du redressement de la natalité comme un postulat indiscutable. Cette politique repose aussi sur l'occultation des travaux (russes et étrangers) démontrant le caractère vain des mesures de lutte contre l'avortement. Anatolii Vishnevskii, Viktoria Sakevich et Boris Denisov, notamment, ont souligné que « les démographes savent depuis longtemps qu'il n'y a pas de lien direct entre la natalité et la fréquence des avortements [...]. Aujourd'hui, en Pologne, alors qu'il n'y a presque aucun avortement légal, la natalité est presque la plus basse d'Europe » [22]. Or,

les premières recommandations officielles du ministère de la Santé russe au sujet des consultations pré-IVG à visée dissuasive, co-signées par trois psychologues et deux médecins, non seulement ignorent cette littérature scientifique, mais proposent en outre un raisonnement mathématique erroné, concernant les résultats espérés. Selon ces recommandations, les consultations dissuasives sont « 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 rapides⁷.

Ici, la proportion d'avortements évités est confondue avec l'augmentation de la natalité. Par ailleurs, l'affirmation selon laquelle « 15-20 % » des demandeuses « sont prêtes à changer leur décision » n'est étayée par aucune référence scientifique : le document se contente de mentionner brièvement, sans les sourcer, des données collectées à Krasnoïarsk, notamment par le Centre de la gloire nationale (une ONG proche de l'État et de l'Église orthodoxe)⁸. Un article sur cette expérimentation de Krasnoïarsk publié ultérieurement dans une revue professionnelle de santé publique russe fait état d'une proportion de demandeuses dissuadées de 12 % ; l'article précise que ce pourcentage ne porte que sur la petite minorité de demandeuses qui ont eu une consultation pré-IVG (8 % des demandeuses) [23]. On peut donc s'interroger sur les biais de sélection de cette population qui a accepté de passer par une consultation. Or, c'est précisément ce chiffre de 15 % d'avortement évitables, à l'origine obscure, qui a été ensuite repris dans le décret fixant comme objectif à atteindre la dissuasion de 15 % des demandeuses⁹.

Le diagnostic de « crise démographique », et la politique de « crise » adoptée par le gouvernement russe (incitation à la procréation et restriction de l'accès à l'avortement) sont donc contestables et contestés. Les savoirs démographiques et médico-psychologiques mobilisés dans l'action publique sont incomplets, biaisés, voire font l'objet d'interprétations erronées. La production de l'ignorance est mise au service de la mobilisation des utérus des citoyennes pour la « survie » de la « Nation ».

⁶ Selon les derniers recensements, environ 20 % de la population de Russie se dit ethniquement non russe. Parmi les régions où la natalité est la plus haute, la plupart ont des proportions très élevées de « non russes ethniques », notamment dans le Caucase du Nord et en Sibérie [19].

⁷ Décret du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n° 15-0/10/2-9162 du 13/10/2010.

⁸ *Ibid.*

⁹ Décret du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n°572n du 01/11/2012.

L'encadrement dissuasif de l'avortement : des avertissements sur les risques sanitaires biaisés, voire pseudo-scientifiques

La réponse à la « crise démographique » comporte donc un objectif de réduction du recours à l'avortement. Pour atteindre cet objectif, l'encadrement dissuasif des demandes d'IVG est un moyen privilégié, consistant notamment en trois dispositifs : la « consultation pré-avortement » ; le délai d'attente de 2 à 7 jours qui suit ; le « formulaire de consentement informé ». La réglementation sur ces consultations et le formulaire leur donne pour mission d'avertir les demandeuses d'IVG au sujet des dangers de l'avortement pour leur santé physique et mentale, afin de les pousser à renoncer à avorter. Il s'agit donc d'occulter le large consensus médical autour de l'innocuité des avortements réalisés dans des conditions adéquates. Cette politique de l'ignorance a une longue histoire, qui n'est pas spécifique à la Russie, comme on va le voir.

La Russie a longtemps eu un encadrement législatif de l'avortement parmi les moins restrictifs au monde. La seconde légalisation de l'IVG, en 1955, garantissait l'accès à cette opération sur simple demande, pendant les 12 premières semaines de grossesse. En revanche, les législations occidentales sur l'IVG, généralement adoptées dans les années 1960-80, prévoyaient des restrictions inconnues en URSS : consultations pré-avortement avec des médecins, psychologues ou travailleuses / travailleurs sociaux (avec notamment l'obligation de se voir présenter des alternatives à l'IVG, comme l'adoption) ; « délais de réflexion » (typiquement d'une semaine) ; clauses de conscience (permettant aux médecins de refuser de faire des avortements) [24]. Par ailleurs, en Russie, dans les trois décennies qui ont précédé la perestroïka, le recours à l'IVG était très répandu, faute de politiques de diffusion des contraceptifs les plus efficaces : les femmes soviétiques avortaient alors en moyenne 3 ou 4 fois au cours de leur vie [25]. Sous Gorbatchev (entre 1987 et 1991) puis sous Eltsine (dans les années 1990), une politique de promotion de la contraception et d'élargissement de l'accès à l'avortement a été mise en œuvre ; l'avortement dit « tardif » (après 12 semaines) pour motifs non thérapeutiques a été facilité. Néanmoins, un tournant politique s'est produit dès 1997, après une campagne anti-« planification familiale » victorieuse. Cette campagne, menée par l'Église orthodoxe russe et des partis politiques aux arguments nationalistes, rendait les politiques facilitant l'accès

à la contraception et à l'avortement responsables de la « crise démographique » [25]. À partir de 1998, l'État a cessé de financer le programme de promotion de la « planification familiale ». L'accès à l'avortement a commencé à faire l'objet de restrictions successives à partir de 2003, et surtout à partir de 2007, parallèlement au lancement de la politique nataliste. Les possibilités d'avortement « tardif » pour « motifs non médicaux » ont été pratiquement supprimées (restrictions en 2003 puis 2011). Une clause de conscience a été introduite (en 2011). L'encadrement dissuasif des demandes d'IVG, qui nous intéresse ici plus particulièrement, a fait l'objet de nombreuses réglementations successives, entre 2007 et 2017.

Les consultations pré-IVG rendues obligatoires en Russie doivent être replacées dans le contexte plus large des consultations obligatoires similaires qui ont constitué, et constituent souvent toujours, la modalité dominante d'organisation de l'accès à l'IVG en Occident. Leur fonction de contrôle social et de « dramatisation de l'avortement et d'infantilisation des femmes » [26] est bien documentée. La législation française, par exemple, prévoyait d'avertir la demandeuse « des risques médicaux qu'elle encourt pour elle-même et ses maternités futures »¹⁰. La politique russe étudiée ici comporte cependant une triple spécificité. Premièrement, l'instauration par décret d'un objectif chiffré de 15 % de demandeuses dissuadées¹¹ semble sans équivalent ailleurs dans le monde. Si cet objectif est non contraignant, certaines régions russes offrent des incitations financières aux médecins, en fonction du remplissage de cet objectif [27]. Deuxièmement, la politique du ministère de la Santé russe prévoit que les entretiens pré-IVG soient réalisés par des professionnel·les de la santé, de la psychologie ou du travail social, mais aussi potentiellement par des prêtres orthodoxes [28]. Cette interchangeabilité semble être une spécificité russe. Cette collaboration entre le ministère de la Santé et l'Église orthodoxe russe s'incarne notamment : dans un accord signé en 2015¹² ; dans l'inclusion de responsables du programme « Sainteté de la maternité » (dans lequel l'Église joue un rôle important) parmi les auteurs et autrices des recommandations ministérielles de 2010 et 2017 sur le

¹⁰ Article L 162-3 du Code de la santé publique en vigueur jusqu'en 2001.

¹¹ Décret du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n°572n du 01/11/2012.

¹² « La ministre de la Santé Veronika Skvortsova a organisé une rencontre avec le Patriarche Kirill [Ministr zdravookhraneniia Veronika Skvortsova provela vstrechu s Patriarkhom Kirillom] », 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-zdravookhraneniya-veronika-skvortsova-provela-vstrechu-s-patriarkhom-kirillom> (consulté pour la dernière fois le 12/01/2024).

déroulé des consultations pré-avortement¹³. La troisième spécificité de cette politique russe réside dans l'imitation (non revendiquée) des « *right-to-know policies* » états-uniennes (« politiques du droit de savoir », selon leurs partisan-es). Ces politiques consistent à rendre obligatoire la présentation aux demandeuses d'IVG de discours d'avertissement biaisés, voire pseudo-scientifiques, sous une forme écrite (« consentement informé » à signer) et/ou orale (« *scripted counseling* »). D'autres pays postcommunistes, comme la Hongrie, s'en sont également inspiré à partir des années 2000 [29].

Les « *right-to-know policies* » ont pris leur essor dans de nombreux États des États-Unis d'Amérique à partir des années 1980-1990. Cet essor résulte d'un changement de stratégie d'une partie du mouvement « *pro-life* » : alors que ce mouvement utilisait à l'origine essentiellement une rhétorique morale de défense des fœtus, à partir des années 1980, il mobilise de plus en plus des arguments présentés comme scientifiques, et une rhétorique du droit des femmes à être informées et protégées des soi-disant dangers de l'avortement [30]. Les discours d'avertissement imposés comportent des explications présentées de façon biaisée, voire pseudo-scientifiques, par exemple sur les risques d'infertilité [31] ou sur la douleur ressentie par le fœtus avorté [32]. Cette politique de l'ignorance fait l'objet d'une abondante littérature médicale et de sciences sociales [33]. 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 cœur » [34]. Par ailleurs, le « syndrome post-avortement », notion pseudo-scientifique non reconnue par les principales associations professionnelles de psychologues et de psychiatres du pays, est inventée et popularisée 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 suicidaires [31, 35].

La politique dissuasive russe s'inspire de ces politiques états-uniennes pour imposer des formulaires de « consentement informé », et des consultations pré-avortement incluant l'écoute des « battements du cœur » du fœtus¹⁴.

Le corpus de documents officiels analysé ici contient des (portions de) phrases presque mot pour mot identiques aux textes de réglementation états-uniens en question. 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 »¹⁵. 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 »¹⁶. Les recommandations sur les consultations pré-IVG mobilisent ce même registre sanitaire, en y ajoutant un registre moral (humanisation du fœtus, utilisation des termes « bébé » et « maman » au sujet du fœtus et de la personne enceinte, avortement qualifié de « meurtre »). Dans le corpus étudié, plusieurs procédés de production de l'ignorance sont repérables :

- *L'occultation de l'expression « avortement sans danger »*

Les « recommandations cliniques » pour l'avortement médicamenteux adressées par le ministère de la Santé russe au personnel soignant en 2015¹⁷ utilisent l'expression « avortement sans danger », qui fait l'objet d'un large consensus scientifique à l'international (et qui est relayée par l'OMS). Pourtant, ce vocabulaire aux connotations rassurantes n'est jamais repris dans le corpus de documents destinés au personnel accueillant les demandeuses d'IVG et à celles-ci.

- *La présentation biaisée des risques de l'avortement, passant par l'occultation de la comparaison avec les risques de la poursuite de la grossesse*

Le fondement du caractère « préférable » de la poursuite de la grossesse n'est pas explicité, mais le formulaire sous-entend qu'il est ancré dans une évaluation médicale des risques, dont la liste occupe la majeure partie du reste du document. Or, ces (prétendus) risques de l'avortement ne sont pas comparés 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 planifié / désiré – alors même que les études cliniques investiguant cette comparaison ont montré que l'avortement, réalisé dans de bonnes conditions, était moins risqué [1, 31, 35]. Ici, on peut penser au travail de Jessika van Kammen et Nelly Oudshoorn [36] sur la contraception, qui a mis en évidence les partis pris politiques des différentes modalités de calcul de la balance risques-bénéfices.

¹³ Décret du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n°15-0/10/2-9162 du 13/10/2010 ; Décret du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n°15-4/10/2-4792 du 17/07/2017.

¹⁴ Décret du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n°216n, du 07/04/2016.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ « Avortement médicamenteux. Recommandations cliniques (protocole de soin) » du ministère de la Santé de la Fédération de Russie du 15/10/2015.

• *L'absence de distinction entre les risques induits par les différentes méthodes d'avortement*

En Russie, selon la dernière enquête représentative existante, au début de la politique nataliste, 55 % des avortements étaient réalisés par curetage, 34 % par aspiration, et 8 % avec la méthode médicamenteuse [37]¹⁸. Les statistiques plus récentes disponibles sont moins complètes, et indiquent qu'en 2022, la méthode médicamenteuse est utilisée pour 46 % des IVG réalisées dans le secteur public, et 76 % dans le privé [38]. Or, la littérature scientifique médicale converge pour mettre en évidence des différences qualitatives et quantitatives entre les risques induits par chacune de ces trois méthodes. Depuis la deuxième moitié des années 2000, des médecins et des démographes de Russie ont régulièrement publié à ce sujet. En particulier, le différentiel de risques a fait l'objet d'analyses et de recommandations émanant des médecins Liubov Erofeeva et Galina Dikke, respectivement présidente et membre du conseil des experts de l'Association russe population et développement (RANIR). Cette organisation, qui s'intitulait à l'origine « Association russe de planification familiale », avait changé de nom afin d'éviter d'être discréditée, suite la campagne anti-planification familiale victorieuse de 1997. Erofeeva et Dikke ont été sollicitées par le ministère de la Santé russe, dans le cadre d'un partenariat avec l'OMS, pour effectuer une évaluation des politiques de santé reproductive du pays. Leur rapport, rendu en 2009, insistait notamment sur les risques moindres de la méthode de l'aspiration et de la méthode médicamenteuse, par rapport au curetage [39]. Interviewée dans une revue professionnelle médicale russe en 2011, Dikke qualifiait le curetage de méthode « archaïque » tombée en désuétude « depuis les années 1960 » dans « tous les pays civilisés » [40]. Cet appel à un remplacement du curetage par les méthodes de l'aspiration et médicamenteuse en Russie était également présent dans des publications des démographes Viktoria Sakevich et Boris Denisov [41, 42]. En 2013, Erofeeva déplorait, dans une revue de santé publique étrangère, que les recommandations du rapport de 2009 n'aient toujours pas été prises en compte [43]. En vertu de la loi de 2012, RANIR avait été incluse dans la liste stigmatisée des « agents de l'étranger », un statut qui n'a pu que renforcer sa difficulté à se faire entendre par le ministère de la Santé. Finalement, le corpus de documents ministériels étudié témoigne d'une occultation de cette controverse sur la

prévalence et les risques du curetage, et d'une occultation des risques moindres des autres méthodes d'avortement.

• *La non-quantification des risques*

Le formulaire de « consentement » se contente de lister des risques (« perforation de l'utérus », « saignement » pouvant mener à « l'ablation de l'utérus », « processus inflammatoires chroniques de l'utérus », « altération de la fonction ovarienne », etc.), sans jamais donner d'indications sur leur prévalence, ni par des chiffres, ni par des qualificatifs. Or, comme l'indiquent, par exemple, les données (basées sur une revue de la littérature scientifique) présentées par Dikke : la prévalence des risques d'infection est estimée à 1,1 à 5 % pour le curetage, et à seulement 0,1 à 0,9 % pour l'aspiration, et 0,09 à 0,5 % pour la méthode médicamenteuse ; les risques de dommages infligés au col de l'utérus vont de 0,6 à 1,2 % pour le curetage, de 0 à 0,05 % pour l'aspiration, et sont nuls pour l'avortement médicamenteux [44]. L'occultation de ces données susceptibles d'être rassurantes, dans le formulaire que doivent signer les avortantes, est donc un enjeu important.

• *La diffusion d'une vision du développement fœtal biaisée, voire pseudo-scientifique*

Les recommandations de 2017 sur les consultations pré-IVG indiquent qu'à « huit semaines » (de gestation) le fœtus « ressent la douleur »¹⁹, ce qui est en contradiction avec la littérature scientifique. À titre d'exemple, les médecins du Comité d'experts d'évaluation de la loi belge sur l'avortement indiquent que selon leur revue de la littérature, la perception de la douleur se développe « entre 22 et 26 semaines » [45]. Par ailleurs, selon ce Comité qui, là encore, s'appuie sur la littérature scientifique, et rejoint la position d'un rapport du Parlement britannique, ce seuil ne signifie pas qu'il faille éviter les avortements quand la douleur devient perceptible, car « différentes stratégies peuvent être proposées pour prévenir [...] la douleur fœtale » (« le clampage du cordon en début d'intervention, ou l'administration de produits anesthésiques ou myorelaxants ») [45]. Ces savoirs indésirables sont occultés par le ministère de la Santé russe. De plus, le formulaire de « consentement » parle des « battements du cœur » révélés par l'échographie, et on retrouve ce vocabulaire dans des recommandations sur les consultations pré-IVG, selon lesquelles « à la cinquième semaine de grossesse, le cœur commence à battre »²⁰. Or, cette expression destinée à humaniser le fœtus est scientifiquement controversée. Des recherches

¹⁸ Ces données proviennent de la dernière enquête nationale représentative sur la santé reproductive en Russie, menée auprès de femmes de 15-44 ans (N = 10 010). Les chiffres cités ici portent sur les avortements vécus dans les cinq années précédant l'enquête (2006-2011).

¹⁹ Décret du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n°15-4/10/2-4792 du 17/07/2017.

²⁰ Décret du ministère de la Santé de la Fédération de Russie n° 335 du 17/05/2007.

indiquent qu'à six semaines de gestation, « parler de 'battements du cœur' est médicalement inexact, étant donné que l'embryon n'a pas de cœur développé » [46]. En raison du caractère graduel du développement du cœur, le Collège américain des obstétriciens et gynécologues, par exemple, récuse l'utilisation par le personnel de santé de l'expression « battements du cœur » lors des échographies, et conseille de parler plutôt « d'activité cardiaque » [47].

Ainsi, la politique russe d'encadrement dissuasif de l'IVG produit stratégiquement de l'ignorance, en occultant des savoirs indésirables sur l'innocuité de l'avortement, et en mettant en avant des avertissements biaisés, voire pseudo-scientifiques.

Conclusion

En Russie, le concept de « crise démographique » constitue un diagnostic de menace à l'ordre établi, indissociable d'un projet politique nationaliste et néo-impérial. Ce diagnostic est contestable et contesté, de même que la politique de réponse à la « crise ». Les gouvernements de l'ère Poutine ont mis l'accent sur l'objectif de la hausse de la natalité, et sur l'instrument de la restriction de l'accès à l'IVG, tandis que les perspectives offertes par la hausse de l'espérance de vie ou par l'immigration sont reléguées au second plan. Cette politique se présente comme s'appuyant sur la démographie, la médecine et la psychologie, mais repose sur différentes formes de production de l'ignorance : occultation des controverses et des savoirs discordants, mise en avant de données biaisées, voire pseudo-scientifiques. En particulier, les documents officiels du ministère de la Santé (décrets et recommandations sur les consultations pré-avortement, formulaires de « consentement informé » pour les avortantes) produisent de l'ignorance chez le personnel soignant, et chez les personnes potentiellement concernées par l'avortement. En Russie (comme aux États-Unis), la (re)production d'une vision de l'avortement comme dangereux pour la santé des avortantes est utilisée pour limiter l'autonomie procréative des femmes, alors même que l'accouchement est comparativement plus risqué.

Néanmoins, cette recherche s'est basée exclusivement sur l'analyse des lois, réglementations et textes officiels du ministère de la Santé. Elle ne nous dit pas dans quelle mesure les professionnel·les (gynécologues, psychologues...) impliqué·es dans l'accueil des personnes demandant une IVG appliquent à la lettre, ignorent ou encore réinterprètent les réglementations. Notre nouvelle enquête en

cours indique que les cliniques privées appliquent cette politique avec beaucoup moins de zèle que les cliniques publiques. Dans plusieurs régions russes, les cliniques privées ont été publiquement accusées par les autorités locales de ne pas appliquer pleinement la loi (en ne rendant pas les consultations pré-IVG obligatoires, notamment), et face à cette pression, ont ensuite complètement cessé de réaliser des IVG [48]. Si l'interdiction totale de l'IVG semble pour l'instant relativement improbable en Russie (le président Poutine lui-même s'y est publiquement opposé [25]), son interdiction dans le secteur privé ne serait pas étonnante (elle a fait l'objet de propositions de loi).

Aucun lien d'intérêt à déclarer.

Références

1. Stevenson AJ, Raymond E, Grossman D. Comparing mortality risk of induced abortion with mortality risk of staying pregnant. *Contraception*. 2023 ; 127 : 110150.
2. Perrin R. La production médicale de l'ignorance. Pourquoi les médecins surestiment les risques liés à l'avortement. *Sciences sociales et santé*. 2024 ; 42(2) : 5-33.
3. Maffi I. The production of ignorance about medication abortion in Tunisia : between state policies, medical opposition, patriarchal logics and Islamic revival. *Reproductive Biomedicine & Society Online*. 2022 ; 14 : 111-120.
4. Ramos Pitta Lima M, McCallum CA, de Souza Menezes GM. Violences gynécologiques et obstétricales, technologies biomédicales et avortement dans une maternité publique du nord-est du Brésil. *Santé Publique*. 2021 ; 33 (5) : 675-683.
5. Marchesi M. Reproducing Italians : contested biopolitics in the age of 'replacement anxiety'. *Anthropology & Medicine*. août 2012 ; 19(2) : 171-88.
6. Vitrai S. Abortion debate in Hungary, combining a biopolitical and a feminist approach. [Mémoire de master]. CEU ; 2013.
7. Lechaux B, Saitta E. L'ignorance de genre en santé : exhumer des savoirs que l'on ignore (encore). *Commentaire. Sciences sociales et santé*. 2024 ; 42(2) : 61-74.
8. Mathieu M, Mozziconacci V, Ruault L, Weil A. Pour un usage fort des épistémologies féministes. *Nouvelles Questions Féministes*. 2020 ; 39(1) : 6-15.
9. Schiebinger L. Agnotology and exotic abortifacients : the cultural production of ignorance in the eighteenth-century Atlantic world. *Proceedings of the American Philosophical Society*. 2005 ; 149(3) : 316-43.
10. Tuana N. The speculum of ignorance : the women's health movement and epistemologies of ignorance. *Hypatia*. 2006 ; 21(3) : 1-19.
11. Lenormand M. « Crisis ? What crisis ? » Discours de crise et critique du consensus en Grande-Bretagne (1964-1979). *Revue Française de Civilisation Britannique* [en ligne]. 30 août 2016 [cité le 2 janvier 2024] ; 21(2). Disponible sur : <https://journals.openedition.org/rfcb/970>

12. Rivkin-Fish M. Anthropology, demography, and the search for a critical analysis of fertility : insights from Russia. *American Anthropologist*. 2003 ; 105(2) : 289-301.
13. Lefèvre C, Russkikh S. Enjeux politiques et usages rhétoriques de la crise démographique en Russie, 2000-2021. Dans : Bélanger D, Cauchi-Duval N, Sousa Gomes MC (dir.). *Pouvoir et répercussions des mots dans la gestion et la construction des crises démographiques*. Aubervilliers (France) : AIDELF ; 2024. p. 27-45.
14. Vishnevskii A, Zakharov S. Demograficheskie trevogi Rossii. *Vestnik Akademii Nauk SSSR*. 1990 ; 8 : 16-33.
15. Leykin I. Population prescriptions : state, morality, and population politics in contemporary Russia [Thèse de doctorat en anthropologie]. Brown University ; 2013.
16. De Luca Barrusse V. Le complexe de la dénatalité. L'argument démographique dans le débat sur la prévention des naissances en France (1956-1967). *Population*. 2018 ; 73(1) : 9-34.
17. Gal S, Kligman G. La politique de la reproduction dans les pays d'Europe centrale et orientale. *Nouvelles Questions Féministes*. 2004 ; 23(2) : 10-28.
18. Krause E. Dangerous demographies : the scientific manufacture of fear. The Corner House Briefing [en ligne]. 1^{er} janvier 2006 ; 36. Disponible sur : https://scholarworks.umass.edu/anthro_faculty_pubs/336
19. Radvanyi J, Laruelle M. La Russie : entre peurs et défis. Paris : Armand Colin ; 2016. 240 p.
20. Zakharov S, Blum A. L'obsession nataliste de Poutine. La Vie des idées [en ligne]. 14 février 2023 [cité le 2 juin 2023]. Disponible sur : <https://laviedesidees.fr/L-obsession-nataliste-de-Poutine>
21. Talaver A. Russia's war is a failed answer to its demographic crisis. *Jacobin* [en ligne]. 23 avril 2023 [cité le 24 avril 2023]. Disponible sur : <https://jacobin.com/2023/04/russia-ukraine-war-putin-demographic-crisis-social-reproduction-biopolitical-imperialism/>
22. Vichnevskii A, Sakevich V, Denisov B. Zapret aborta : osvezhite vashu pamiat'. *Demoscope Weekly*. 2016 ; 707-8.
23. Shevchenko V, Iamshchikov A, Chepurnaya E. Otsenka sotsial'no-ekonomicheskoi effektivnosti doabortnogo konsul'tirovania. *Menedzher zdravookhraneniia*. 2011 ; (2) : 34-46.
24. 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*. octobre 2014 ; 118(1) : 95-104.
25. Claro M. Droit de choisir et devoir démographique. Les évolutions de la législation russe en matière d'avortement et de contraception (années 1980 – années 2010). Dans : Fohrer-Dedeurwaerder E (dir.). *De quelques aspects du droit russe*. Paris : Éditions de la Société de Législation Comparée ; 2023. p. 265-85.
26. Mathieu M. L'avortement en France : du droit formel aux limites concrètes à l'autonomie des femmes. *Droit et société*. 2022 ; 111(2) : 335-55.
27. Leykin I, Rivkin-Fish M. Politicized demography and biomedical authority in post-soviet Russia. *Medical Anthropology*. 28 octobre 2021 ; 0(0) : 1-16.
28. 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*. 2019 ; 44(3) : 771-95.
29. Hctor L, Lamačková A. Mandatory waiting periods and biased abortion counseling in Central and Eastern Europe. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2017 ; 139(2) : 253-8.
30. Rose M. Pro-life, pro-woman ? Frame extension in the American antiabortion movement. *Journal of Women, Politics & Policy*. 31 janvier 2011 ; 32(1) : 1-27.
31. Medoff MH. Biased abortion counseling laws and abortion demand. *The Social Science Journal*. 1^{er} décembre 2009 ; 46(4) : 632-43.
32. Buchbinder M. Scripting dissent : US abortion laws, state power, and the politics of scripted speech. *American Anthropologist*. 1^{er} décembre 2016 ; 118(4) : 772-83.
33. Hooberman L, Ozoguz S. Abortion, mental health and epistemologies of psychological knowledge and ignorance. *Social and Personality Psychology Compass*. 2022 ; 16(9) : e12703.
34. Johnson KM. Protecting women, saving the fetus : symbolic politics and mandated abortion counseling. *Women's Studies International Forum*. 1^{er} novembre 2014 ; 47(A) : 36-45.
35. Kelly K. The spread of "post abortion syndrome" as social diagnosis. *Soc Sci Med*. février 2014 ; 102 : 18-25.
36. Kammen J van, Oudshoorn N. Gender and risk assessment in contraceptive technologies. *Sociology of Health & Illness*. 2002 ; 24(4) : 436-61.
37. ROSSTAT. Reproduktivnoe zdorov'e naseleniia Rossii, 2011, Itogovyi otchet. Moscou ; 2013.
38. Victoria S, Denisov B. Birth control in Russia : what do official statistics and sample surveys show ? [en russe]. *The Journal of Social Policy Studies*. 2024 ; 22(3) : 387-408.
39. Dikke G, Iarotskaia E, Erofeeva L. Strategicheskaiia otsenka politiki, programm i uslug v sfere neplaniruemoi beremennosti, abortov i kontratseptsii v Rosiiskoi Federatsii. *Problemy Reproduktsii*. 2010 ; (3) : 92-107.
40. Efsta'eva S, Galina Dikke : 'neobkhodimo meniat' paradigmu zdravookhraneniia v storonu shirokoi profilaktiki zabolevani'. *Effektivnaia farmakoterapiia v akusherstve i ginekologii*. 2011 ; (3) : 4-8.
41. Sakevich V. Abort ili planirovanie sem'i ? *Demoscope Weekly*. 2007 ; 279-80.
42. Sakevich V, Denisov B. Pereidet li Rossiia ot aborta k planirovaniu sem'i ? *Demoscope Weekly*. 2011 ; 465-6.
43. Erofeeva L. Traditional christian values and women's reproductive rights in modern Russia. Is a consensus ever possible ? *Am J Public Health*. novembre 2013 ; 103(11) : 1931-4.
44. Dikke G. Medikamentoznyi abort: rukovodstvo dlia prakticheskikh vrachei. Moscou : MEDpress-inform ; 2015.
45. Comité scientifique en charge de l'évaluation de la loi et de la pratique de l'avortement en Belgique. *Rapport académique à la demande de la majorité « Vivaldi » au niveau fédéral* ; 2023.
46. Haining CM, Keogh LA, Savulescu J. The unethical Texas heartbeat law. *Prenat Diagn*. mai 2022 ; 42(5) : 535-41.
47. American College of Obstetricians and Gynecologists. *ACOG guide to language and abortion* [en ligne]. Septembre 2023 [cité le 12 janvier 2024]. Disponible sur : <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/files/pdfs/publications/abortion-language-guide.pdf>
48. Claro M, Smirnova L. La politique anti-avortement dans la Russie de Poutine : une biopolitique ambivalente [Présentation orale]. Séminaire du Centre d'Étude de la Vie Politique (Cevipol), ULB, Bruxelles ; 3 avril 2025.