

# Population & Sociétés

## L'avortement non sécurisé reste fréquent dans le monde, mais il est moins souvent fatal

Clémentine Rossier\*

Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse dans le monde n'a que peu diminué et la moitié se font toujours dans l'illégalité. Pourtant le nombre de décès faisant suite à un avortement a diminué de façon sensible au cours des deux dernières décennies. Faisant le point sur l'avortement non sécurisé dans le monde, Clémentine Rossier nous explique les raisons de ce paradoxe.

L'Organisation mondiale de la santé définit l'avortement non sécurisé<sup>(1)</sup> comme « une interruption de grossesse pratiquée par des personnes non qualifiées ou dans un environnement non conforme aux normes médicales minimales, ou les deux ». En estimant la fréquence des différents types d'avortement au niveau mondial, l'OMS a considéré jusqu'ici comme sécurisés tous les avortements pratiqués sous le couvert de lois d'avortement libérales (ou interprétées de manière libérale), les autres avortements étant classés comme non sécurisés. Selon cette définition, dans les pays développés, seule une petite minorité des avortements sont non sécurisés (6 % en 2008), alors que dans les pays en développement c'est le cas d'un peu plus de la moitié des avortements (56 %) (tableau) [1].

Le nombre total d'avortements dans le monde, qu'ils soient sécurisés ou non, a été estimé à trois reprises par l'OMS en collaboration avec l'Institut Guttmacher : en 1995, en 2003 et en 2008 (encadré 1). Entre 1995 et 2008,

le taux d'avortement global a baissé, passant de 35 avortements par an pour 1 000 femmes en âge de procréer (ayant entre 15 et 44 ans) à 28 pour 1 000 ; cependant, ce taux n'a diminué qu'au cours de la première période d'observation, soit entre 1995 et 2003 (tableau). Cette tendance générale reflète l'évolution de la fréquence des avortements dans les pays en développement, où habitent un peu plus de 80 % de la population mondiale. Dans ces pays, le taux d'avortement a d'abord diminué entre 1995 et 2003 (de 34 ‰ à 29 ‰), puis est resté stable entre 2003 et 2008. Cette stagnation s'explique probablement par un relâchement des efforts dans le domaine de la planification familiale. Dans les pays en développement, la proportion de femmes en union pratiquant la contraception, qui avait augmenté de 52 % en 1990 à 60 % en 2000, a marqué le pas dans les années 2000, n'atteignant que 61 % en 2009 [1]. Dans les pays développés, la proportion de femmes en union qui utilisent la contraception, déjà plus élevée, a encore légèrement augmenté sur la période, passant de 69 % en 1990 à 72 %<sup>(2)</sup> en 2009.

Le taux d'avortement a baissé plus rapidement dans les pays développés, passant de 39 ‰ à 24 ‰ entre 1995 et 2008. Cette diminution vient principalement de l'évolution des pratiques dans les pays d'Europe de l'Est. Jusque dans les années 1980, l'interruption de grossesse y était l'une des principales méthodes de régulation des naissances. Après la dissolution de l'URSS, les méthodes

\* Institut national d'études démographiques et l'Université de Genève.

(1) Nous nous intéressons ici aux avortements volontaires (interruptions volontaires de grossesse) en laissant de côté les avortements spontanés et les fausses couches.

(2) La proportion de femmes utilisant la contraception dans un pays à un moment donné dépasse rarement 80 % même quand elle est bien diffusée. En effet une minorité de femmes ne l'utilise pas parce qu'elle se sait stérile, est enceinte, ou souhaite l'être.

**Tableau. Taux d'avortement et proportion d'avortements non sécurisés par région du monde, en 1995, 2003 et 2008**

	1995		2003		2008	
	Taux d'avortement*	Proportion d'avortements non sécurisés (%)	Taux d'avortement *	Proportion d'avortements non sécurisés (%)	Taux d'avortement *	Proportion d'avortements non sécurisés (%)
<b>Monde</b>	<b>35</b>	<b>44</b>	<b>29</b>	<b>47</b>	<b>28</b>	<b>49</b>
<b>Pays en développement</b>	<b>34</b>	<b>54</b>	<b>29</b>	<b>55</b>	<b>29</b>	<b>56</b>
Afrique	33	99	29	98	29	97
Asie	33	40	29	38	28	37
Amérique latine	37	95	31	96	32	95
<b>Pays développés</b>	<b>39</b>	<b>9</b>	<b>25</b>	<b>7</b>	<b>24</b>	<b>6</b>
Europe	48	12	28	11	27	9
Amérique du Nord	22	< 0,5	21	< 0,5	19	< 0,5
Océanie	21	22	18	16	17	15

Source : [2]

Note : ne sont comptés ici que les avortements volontaires en excluant les avortements spontanés.

\* nombre annuel d'avortements pour 1000 femmes de 15 à 44 ans.

### Encadré 1. Comment estimer le nombre d'avortements dans le monde ?

Le Département Santé et recherche génésiques de l'Organisation mondiale de la santé à Genève estime depuis 1990 le nombre total des avortements non sécurisés dans le monde, et collabore avec l'Institut Guttmacher de New York dans la production de statistiques mondiales d'avortement. Les chiffres d'avortements sécurisés sont établis à partir des statistiques officielles et parfois d'enquêtes nationales représentatives pour les pays sans statistiques ou aux statistiques lacunaires ; ces chiffres sont corrigés lorsque les données s'avèrent incomplètes. Les nombres d'avortements non sécurisés sont estimés à partir de données hospitalières et d'enquêtes auprès des femmes ; des facteurs multiplicateurs et des pondérations sont appliqués pour obtenir des estimations à l'échelle de l'ensemble des pays à partir de données locales. Des modèles sont utilisés pour les pays ne disposant d'aucune information. Le nombre total d'avortements est rapporté à la population des femmes âgées de 15 à 44 ans pour chaque région et sous-région du monde pour obtenir un taux annuel d'avortement.

L'estimation du nombre de décès suite à un avortement non sécurisé est encore plus ardue. Elle mobilise principalement des données hospitalières, parfois des enquêtes en population, indiquant la part des décès maternels attribuables aux avortements. Des modèles permettent là-aussi d'estimer un chiffre pour les pays pour lesquels on ne dispose d'aucune information.

de contraception y ont été introduites et diffusées. Le recours à l'avortement a ainsi chuté fortement dans ces pays au cours des années 1990 pour se stabiliser entre 2003 et 2008 à un niveau qui reste toutefois bien supérieur au reste de l'Europe.

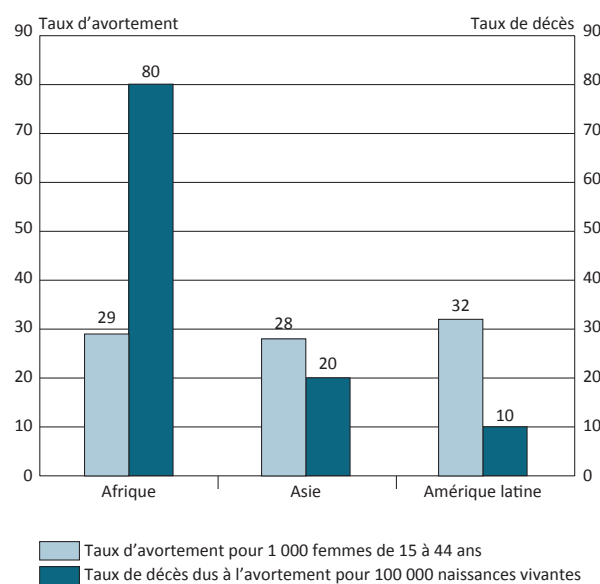
L'évolution différenciée des avortements entre pays développés et en développement a pour conséquence une augmentation de la part des avortements non sécurisés dans le total mondial des avortements, leur proportion passant de 44 % en 1995 à 49 % en 2008.

### Baisse des décès dus aux avortements non sécurisés ...

Les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité peuvent entraîner hémorragie, septicémie, péritonite, et traumatismes des organes reproductifs et abdominaux ; ces complications peuvent mener à la mort ou l'invalidité. Les conséquences de l'avortement non sécurisé sur la santé des femmes sont plus ou moins graves selon la méthode d'interruption utilisée, les qualifications de la personne qui le pratique, l'âge gestationnel de la femme, et l'efficacité du système de santé prenant en charge les complications après-avortement. Alors que les avortements provoqués se soldent très rarement par des décès dans les pays développés, on estime en 2008 qu'environ 2,2 avortements provoqués sur 1 000 se terminent tragiquement dans le monde en développement [3]. Autrement dit, il y aurait 40 décès liés à l'avortement pour 100 000 naissances vivantes dans les pays en développement, ce qui correspond à 13 % de tous les décès maternels (soit 1 décès maternel sur 8).

Le taux de décès dus à l'avortement a baissé au cours des deux dernières décennies, passant de 60 décès pour 100 000 naissances vivantes à 40 entre 1990 et 2008 [4]. On note une baisse dans toutes les régions du monde, mais les progrès les plus rapides ont été enregistrés en Europe de l'Est, puis en Amérique latine, suivie de l'Asie et de l'Afrique au sud du Sahara. Ces évolutions s'expliquent d'abord par une amélioration générale de la prise en charge des problèmes de santé maternelle.

**Figure. Taux d'avortement et létalité par continent en 2008**



**Note :** ne sont pris en compte ici que les avortements volontaires en excluant les avortements spontanés.

**Source :** [2] [3].

## ... mais de fortes disparités selon les régions

La létalité de l'avortement varie aujourd'hui fortement d'une région en développement à l'autre, malgré des taux de recours à l'avortement sécurisé relativement similaires (figure). Le bilan moins négatif du continent asiatique vient sans doute de ce que seulement environ un tiers des avortements (37 % en 2008) y sont pratiqués dans des conditions d'illégalité (et donc non sécurisés d'après la classification usuelle), contrairement à l'Afrique et à l'Amérique latine, où respectivement 97 % et 95 % des avortements sont clandestins [2]. L'Afrique se démarque par une proportion de décès dus à l'avortement très élevée par rapport aux autres régions. Ces chiffres alarmants s'expliquent par la pauvreté qui caractérise ce continent, et son corollaire, des systèmes de santé peu performants (donc des méthodes et des prestataires moins sûrs, des soins après avortement moins performants), combinés à un taux d'avortement aussi élevé que dans les autres régions en développement (encadré 2).

## L'avortement médicamenteux pratiqué de façon clandestine

Les décès suite à un avortement sont nettement moins fréquents en Amérique latine que dans le reste du monde en développement. Quelles en sont les raisons alors que l'avortement reste fermement condamné dans cette région ? Le nombre de complications sévères d'avortement traitées dans les hôpitaux y a également diminué

## Encadré 2. Un exemple : le recours à l'avortement au Burkina Faso

Le taux d'avortement est aussi élevé en Afrique que dans les autres régions du monde en développement, ce qui peut paraître étonnant car la fécondité y est bien plus élevée qu'ailleurs. En 2010-2015, les femmes ont 5,1 enfants en moyenne chacune en Afrique au sud du Sahara contre 2,2 en Asie et en Amérique latine. En réalité, l'expérience historique des autres continents a montré que le recours à l'avortement augmente lorsque la fécondité commence à baisser, au moment où les besoins de régulation des naissances s'amplifient, et alors même que l'accès à la contraception reste encore difficile. La fréquence de l'avortement ne baisse que lorsque la contraception se diffuse plus vite que les besoins de contrôle des naissances.

En Afrique au sud du Sahara, bien qu'on manque encore d'information, le recours à l'avortement semble effectivement plus fréquent pour les sous-groupes de femmes ayant moins d'enfants que la moyenne : les femmes plus instruites et celles qui vivent en ville. Par contre, ces femmes semblent ne pas utiliser l'avortement en fin de vie féconde (pour limiter leur nombre d'enfants), mais plutôt pour éviter une naissance en début de vie reproductive.

Une enquête nationale conduite en 2009 au Burkina Faso a interrogé un échantillon de femmes sur le recours à l'avortement dans leur cercle de relations proches [6]. Il a été demandé à chacune de ces femmes des informations non pas sur ses propres avortements, mais sur ceux dont elle avait connaissance chez ses amies ou les femmes de son entourage qui lui étaient proches. Cette méthode de collecte, dite « méthode des confidentes », est appropriée dans des contextes comme le Burkina Faso où l'avortement est très stigmatisé et où les femmes ne déclarent pas leurs avortements dans des enquêtes. Les services d'avortement sont clandestins et difficiles d'accès, et les femmes sollicitent leur réseau de relations proches pour y accéder. Cette méthode a permis de recueillir des informations sur 70 % de l'ensemble des avortements des proches des femmes interrogées\*.

Il apparaît qu'au Burkina Faso, 65 % des avortements sont le fait de femmes qui ont moins de 25 ans, et 89 % de femmes de moins de 35 ans. Deux tiers des avortements ont été pratiqués par des femmes sans enfant, et un quart par des femmes qui ont un ou deux enfants. La moitié des avortements concernent des femmes qui ont été à l'école (alors que seules 20 % des femmes de 15 à 49 ans sont scolarisées dans ce pays). Plus d'un tiers de l'ensemble des avortements ont eu lieu en ville (alors que le milieu urbain ne regroupe que 22 % de la population de femmes entre 15 et 49 ans). Enfin, entre la moitié et les deux tiers des avortements sont effectués par un praticien traditionnel ou sont auto-administrés avec des méthodes dangereuses ; 4 avortements sur 10 entraînent des complications. Ces résultats soulignent la nécessité d'intensifier les efforts d'éducation sexuelle et d'information sur la contraception auprès des jeunes adultes dans la région.

\* Ce chiffre a été obtenu en prenant pour référence le nombre d'avortements au Burkina Faso estimé à partir des statistiques de soins après-avortement.

au cours des deux dernières décennies, ainsi que le coût du traitement par complication. Ces évolutions favorables semblent dues à la diffusion de l'avortement médicamenteux [5]. Cette technique requiert la prise de deux produits : la Mifépristone, qui reste jusqu'ici chère et n'est autorisée à la vente que dans un nombre restreint de pays ; et le Misoprostol, peu coûteux, facile à obtenir, et autorisé dans de nombreux pays d'Amérique latine et d'ailleurs. Bien que la combinaison de ces deux médicaments assure un taux de réussite optimal, la prise uniquement du deuxième produit suffit à provoquer une interruption de grossesse pour peu que la posologie soit respectée. Dans de nombreux pays d'Amérique latine, des numéros gratuits et des sites internet ont permis de guider la prise privée de Misoprostol, et ont favorisé l'accès à des avortements plus sécurisés. Il faut noter toutefois que l'utilisation de ce produit peut entraîner des avortements incomplets en cas d'erreur de posologie ; par ailleurs, les femmes, mal informées, peuvent se rendre à l'hôpital lorsqu'elles commencent à saigner, et cela malgré un déroulement d'interruption normal, gonflant ainsi le nombre de « complications ». Un système de soins post-avortement performant est de ce fait une condition nécessaire au succès de ce modèle d'avortements illégaux mais plus sécurisés. Actuellement, l'accès au Misoprostol se durcit dans de nombreux pays d'Amérique latine, un continent qui reste très conservateur sur la question de l'avortement.

Ces évolutions ont conduit l'OMS à revoir récemment ses critères en matière d'avortement non sécurisé [7]. Désormais, il faut raisonner en termes de continuum de sécurité, et ne plus prendre en considération la seule dimension légale de la procédure pour définir son niveau de risques. Des avortements provoqués par des prestataires agissant dans un cadre légal mais utilisant la méthode du curetage, qui n'est plus conseillée aujourd'hui, se trouveront par exemple à un niveau intermédiaire dans ce continuum de sécurité ; il en va de même pour les avortements médicamenteux entrepris correctement, mais en toute illégalité. Les décès dus aux avortements peu sécurisés étant en baisse, il convient par ailleurs de prendre en compte désormais de manière plus systématique la morbidité quand on s'intéresse aux conséquences de cette pratique sur la santé des femmes.

## Références

[1] United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2011, *World Contraceptive Use 2010*, <http://www.un.org/esa/population/publications/wcu2010/Main.html>

[2] Sedgh G., Singh S., Shah I. H., Åhman E., Henshaw S. K., Bankole A., 2012, "Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008", *The Lancet*, 379(9816), p. 625-632.

[3] OMS, 2011, *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008 6th ed.*, Geneva, World Health Organization.

[4] Åhman E., Shah I. H., 2011, "New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 115(2), p. 121-126.

[5] Dzuba I. G., Winikoff B., Peña M., 2013, "Medical abortion: A path to safe, high-quality abortion care in Latin America and the Caribbean", *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 18(6), p. 441-450.

[6] Bankole A., Hussain R., Sedgh G., Rossier C., Kaboré I., Guiella G., 2014, *Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso: causes et conséquences*, New York, Guttmacher Institute, 2013.

[7] Ganatra B., Tuncalp O., Johnston H. B., Johnson Jr B. R., Gulmezoglu A. M., Temmerman M., 2014, "From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion", *Bulletin of the World Health Organization*, 92(3), p. 155-155.

## Résumé

La fréquence des avortements volontaires a baissé dans le monde au cours des années 1990, passant de 35 avortements pour 1 000 femmes en âge de procréer (ayant entre 15 et 44 ans) en 1995 à 29 ‰ en 2003. Mais elle s'est stabilisée dans les années 2000 (28 ‰ en 2008), parce que la diffusion de la contraception a marqué le pas dans les pays en développement. La proportion d'avortements non sécurisés, c'est-à-dire, selon l'OMS, « pratiqués par des personnes non qualifiées ou dans un environnement non conforme aux normes médicales minimales, ou les deux », n'a pas baissé et représente encore près de la moitié des avortements volontaires (49 % en 2008).

De façon paradoxale, la mortalité liée à l'avortement a diminué de manière continue depuis deux décennies, passant de 60 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 40 décès en 2008. La baisse a été particulièrement marquée en Amérique latine alors que l'avortement y reste pourtant fermement condamné. Cette évolution est liée en partie à la diffusion de l'avortement médicamenteux dans des pays où il reste illégal. Aujourd'hui, illégalité ne rime plus systématiquement avec insécurité.