
Mortalité maternelle et avortements dans les pays en développement

Patrick Fernand Thonneau¹

Résumé

Plus de dix ans après le lancement de l'Initiative pour une Maternité sans Risque en 1987, l'avortement est toujours resté un sujet d'importance mineure dans les débats sur la façon de réduire le nombre de décès liés à la grossesse même si environ 15 % des décès maternels sont liés aux complications d'avortements. Cette proportion peut même aller jusqu'à 30% dans certains pays.

Au niveau mondial, 46 millions de grossesses se terminent chaque année par un avortement, soit 20 à 25% de toutes les grossesses; 36 millions de ces avortements se passent dans les pays en développement et 10 millions dans les pays développés. L'OMS estime que, mondialement, presque 20 millions d'avortements sont pratiqués chaque année dans des conditions précaires dont 95%, soit 19 millions, dans les pays en développement. Vu ces pratiques dans les pays en développement, le risque de mourir d'un avortement est de 1 pour 150 en Afrique par exemple, alors qu'il n'est que de 1 sur 150.000 aux Etats-Unis et en Europe. Le nombre de morts maternelles par avortement est estimé à 80.000 par an dans le monde; ceci représente environ 13% de tous les décès maternels, soit une grossesse sur huit.

Dans cette revue, nous analysons les raisons principales pour lesquelles l'avortement est un tel facteur de risque de mortalité maternelle dans les pays en développement: les lois régissant l'avortement, les procédures de régulation, les techniques d'avortement utilisées, les grossesses non désirées et les problèmes liés au développement de la planification familiale.

En conclusion, l'écart entre les pays en développement et les pays développés en ce qui concerne le risque de mourir d'un avortement est extrêmement élevé: 1/150 dans les pays en développement contre 1/150.000 dans les pays développés. Suite à cette énorme inégalité, la communauté internationale et les organisations du système des Nations Unies doivent jouer un rôle majeur pour encourager les gouvernements à changer leur législation sur l'avortement et améliorer leur système de santé afin de prendre plus en compte le droit à la santé pour les femmes.

¹ Directeur scientifique, Centre collaborateur OMS en Reproduction Humaine, Groupe de Recherche sur la Fertilité Humaine/INSERM - Université Paul Sabatier, Service d'Urologie - Andrologie, Hôpital La Grave, Place Lange, 31052 Toulouse cedex, France. Email: thonneau.p@chu-toulouse.fr

Introduction

L'Initiative Mondiale pour une Maternité sans risque a été lancée en 1987 lors de la conférence internationale de Nairobi. Depuis lors, de nombreux programmes, ateliers et réunions ont été organisés par les gouvernements, les organismes internationaux et les organisations non gouvernementales afin de réduire le poids de la mortalité maternelle dans le monde et particulièrement dans les pays en développement.

Plus de 10 ans après, les évaluations diffèrent (Maine & Rosenfield 1999, Weil & Fernandez 1999, Ronsmans *et al.* 1997, Le Coeur *et al.* 1998). Un progrès considérable a été fait dans la recherche et la documentation sur la mortalité maternelle, aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. Des données plus complètes et mieux fondées ont été obtenues (et régulièrement mises à jour) par les organisations internationales, plus particulièrement à l'aide d'enquêtes démographiques (United Nations 1997, WHO 1998, The Alan Guttmacher Institute 1999). De nombreuses études faites en milieu hospitalier et des études cas témoins ont clairement identifié les principales causes directes et indirectes de la mortalité maternelle. Plusieurs études intéressantes ont également mené à des résultats pertinents, mais souvent opposés, concernant le rôle des accoucheuses traditionnelles, des références, des programmes de soins prénatals, de la formation des professionnels de santé, des soins obstétricaux d'urgence, de la planification familiale et l'allocation des ressources (WHO & UNICEF 1996) dans la lutte contre la mortalité maternelle. Malheureusement, la réalité de la mortalité maternelle est toujours aussi tragique dans la majorité des pays en développement. Selon les estimations les plus récentes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), près de 600.000 femmes meurent chaque année de complications associées à la grossesse, contre 500.000 en 1980.

Les complications obstétricales sont toujours la principale cause des décès des femmes en âge de procréer, tuant ainsi beaucoup plus de femmes que la tuberculose, les accidents de voiture ou le Sida (Murray & Lopez 1997). Ce chiffre reflète également l'écart énorme, connu sous le nom de « inégalité en santé » entre les pays riches et les pays pauvres. On estime qu'une femme sur douze en Afrique de l'Ouest meurt suite à une complication liée à la grossesse, contre une femme sur quatre mille en Europe du Nord.

L'avortement est sans aucun doute considéré comme un sujet d'importance mineure dans le débat concernant la façon de réduire le taux

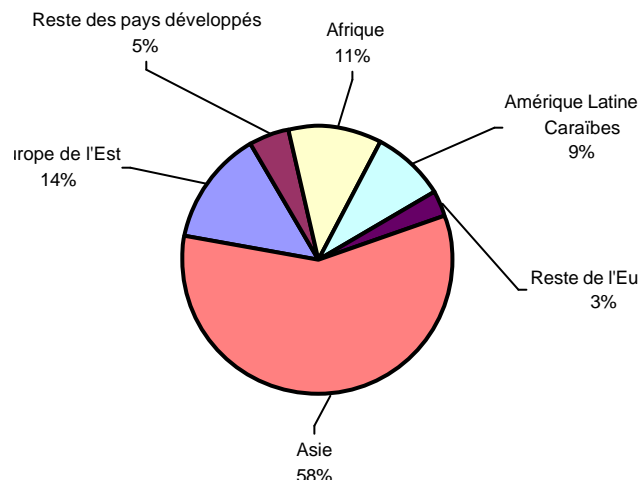
de décès suite à des causes liées à la grossesse, même si les complications d'avortement représentent environ 15% de tous les décès maternels et s'élève même à 30% dans certains pays. La reconnaissance par les agences internationales et les Nations Unies des complications d'avortement comme problème majeur de santé publique dans les pays en développement est assez récente. Ce problème a été abordé en 1994 au Caire, durant la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, et il a été retenu de « considérer les avortements pratiqués dans des conditions précaires comme une préoccupation majeure de santé publique et de réduire le recours à l'avortement en améliorant la qualité et la couverture des services de planification familiale ».

L'AMPLEUR DU PROBLÈME DE L'AVORTEMENT

Le nombre de grossesses par an dans le monde est de l'ordre de 210 millions, dont 182 millions surviennent dans les pays en développement.

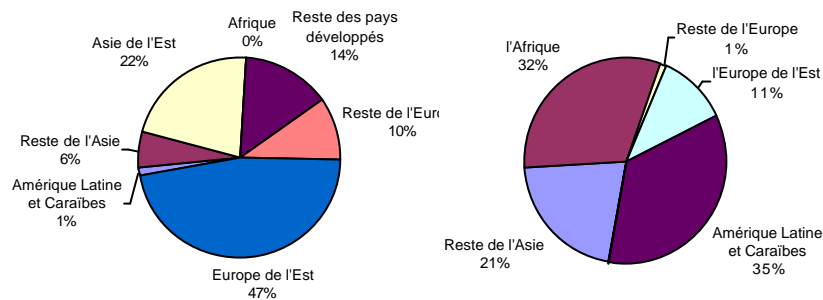
Selon les données provenant de différentes sources (statistiques officielles, études en milieu hospitalier et études au sein des populations)(United Nations 1997, Henshaw *et al.* 1999) on estime que globalement 46 millions de grossesses - entre 20 et 25% du nombre total - se terminent chaque année par un avortement, soit 36 millions dans les pays en développement et 10 millions dans les pays développés (avec une marge d'erreur de quelques millions, essentiellement due à une sous-notification en Chine, en Inde et dans les états de l'ex -Union Soviétique).

Figure 1. Répartition des avortements dans le monde



Comme le montre la figure 1, 11% des femmes qui subissent un avortement vivent en Afrique, 58% en Asie, 9% en Amérique Latine et dans les Caraïbes, 17% en Europe et 5% dans les autres pays développés (aux Etats Unis, au Canada, au Japon, en Australie). Des 46 millions d'avortements pratiqués chaque année, 26 millions sont légaux et 20 millions illégaux. Presque la moitié des avortements légaux est pratiquée en Asie, 1/5 dans les états de l'ex Union Soviétique et 15% en Europe et dans d'autres pays développés. Presque tous les avortements illégaux sont pratiqués dans les pays en développement: 5 millions en Afrique, 4 millions en Amérique Latine et 10 millions en Asie.

Figure 2. Avortements légaux (gauche) et illégaux (droite) dans le monde



Pour l'ensemble des pays, le taux d'avortement est de 35 avortements pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans; 20 sont légaux et 15 illégaux. Le taux global annuel d'interruptions volontaires de grossesse est très similaire dans les pays développés (36 pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans) et les pays en développement (34 pour 1000 femmes). Ces taux deviennent fort différents lorsqu'on considère les modalités légales de ces pratiques.

Les pays communistes (Cuba, Vietnam) et les états de l'ex- Union Soviétique ont les taux annuels d'avortements les plus élevés. Les Pays-Bas et la France, deux pays où l'avortement a été légalisé, ont les taux les plus bas.

La proportion d'avortements actuellement estimée au niveau mondial (35 pour 1000 femmes) signifie en fait que chaque femme a subi en moyenne un avortement au cours de sa vie. Un taux plus bas (22, par exemple, comme en Australie, aux Etats-Unis ou en Turquie) voudrait dire que la moyenne serait de moins d'un avortement par femme (0,7 dans les exemples cités). Un taux plus élevé (50, par exemple, comme en Bulgarie ou dans certains pays

d'Afrique de l'Ouest) signifierait donc un nombre moyen d'avortements par femme qui pourrait être de 2 ou plus, durant la vie féconde. Les adolescentes et les femmes âgées de 40 ans et plus sont les catégories les plus exposées. La proportion de grossesses qui se terminent par un avortement est plus élevée au début et à la fin de la vie reproductive.

Figure 3. Proportion d'avortements pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans et par an

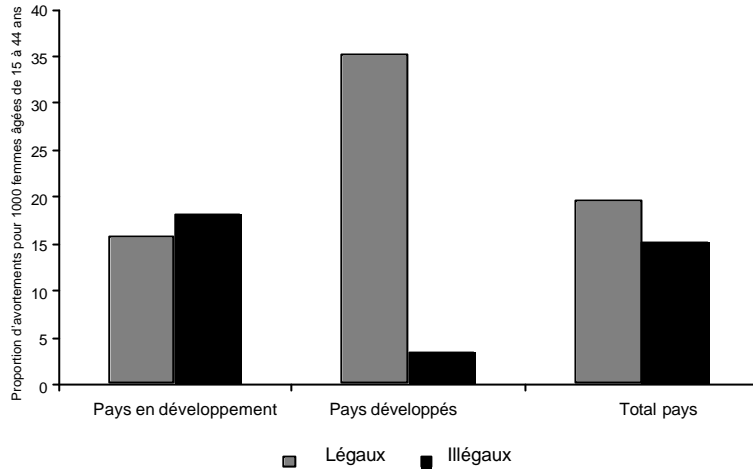
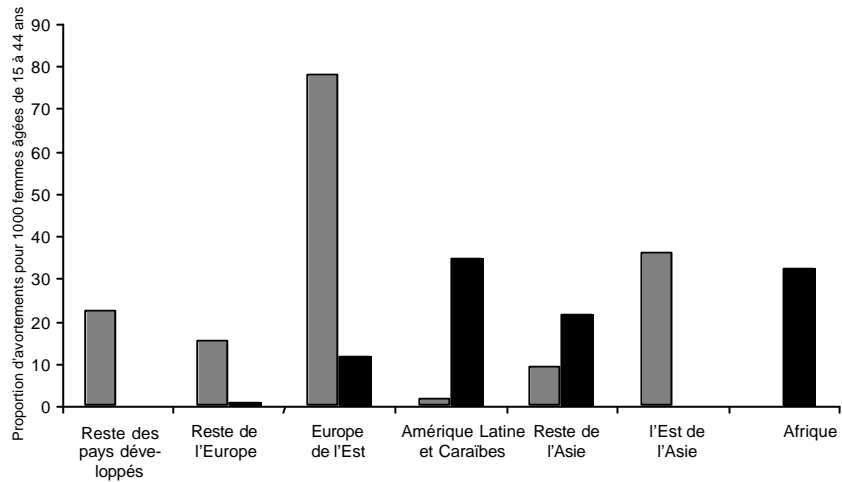


Figure 4. Proportion d'avortements légaux et illégaux, pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans et par an



LE POIDS DES AVORTEMENTS PRATIQUÉS DANS DES CONDITIONS PRÉCAIRES

L'Organisation Mondiale de la Santé a défini un avortement dangereux comme "un avortement qui n'est pas pratiqué par les services ou personnes requises". L'OMS spécifie que cette définition "ne tient pas compte des différences de qualité, de disponibilité ou d'autres différences importantes qui pourraient exister entre les services de santé". Pour les avortements, la légalisation et la sécurité de l'intervention vont en général de pair, mais ce n'est pas toujours le cas. Inversement, là où l'avortement n'est pas légalisé, peu de femmes peuvent subir l'intervention dans des conditions acceptables.

L'OMS a publié, par région, des données récentes sur les avortements et les décès maternels, sur la base de données provenant de différentes sources (admissions dans les hôpitaux, enquêtes communautaires, enquêtes auprès de ceux qui pratiquent des avortements, études de mortalité) et tenant compte du fait qu'il est très difficile d'obtenir des données complètes et valides sur ce sujet.

L'OMS estime que globalement près de 20 millions d'avortements dangereux sont pratiqués chaque année dont 95% (19 millions) dans les pays en développement. En Afrique, le nombre d'avortements par an s'élève à 5 millions avec près de 34.000 décès. Le nombre total de décès maternels est du même ordre de grandeur en Asie (38.500 décès), tandis que le taux annuel d'avortements est beaucoup plus élevé (9.9 millions).

Le ratio de mortalité (nombre de décès dus aux avortements pour 100.000 naissances vivantes durant la même période), qui correspond au risque de décès, dépasse 100 décès pour 100.000 naissances vivantes en Afrique (et peut-être de plus de 150 dans plusieurs pays de l'Afrique de l'Ouest et de l'Est), tandis que ce taux est de moins de 50 pour 100.000 en Asie, en Amérique Latine et dans les Caraïbes.

En d'autres termes, le risque de décès suite à un avortement est de l'ordre de 1 sur 150 en Afrique et de 1 sur 150.000 aux Etats Unis et en Europe.

Le poids relatif de la mortalité maternelle liée à l'avortement dépend du taux total de la mortalité maternelle. Ce fait souligne également la diminution d'autres causes de décès maternels dans certaines régions. De toutes les façons, le débat sur le nombre de décès maternels dus aux avortements dangereux reste ouvert. Selon la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF), à la fin des années 70, près de 84.000 décès maternels par an étaient dus à des complications d'avortement. Ce chiffre a été revu à la hausse en 1998 par l'OMS (115.000 décès), diminué en 1993 par l'OMS également (70.000 décès) et estimé à environ 80.000 décès en 1997 par la

Division de la Santé Reproductive de l'OMS. Ce nombre de décès représente de l'ordre de 13% de tous les décès maternels dans le monde c'est-à-dire un décès sur huit pour causes obstétricales.

Tableau 1. Estimations globales et régionales annuelles sur la prévalence, la mortalité et les avortements à risque, régions des Nations Unies; 1995-2000

Estimations de l'incidence et de la mortalité des avortements, Nations Unies ; 1995-2000	Nombre estimé d'avortements en conditions précaires	Taux d'incidence (avortements dangereux par 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans)	Nombre estimé de décès dus aux avortements dangereux	Taux de mortalité (Nbr de décès dus aux avortements dangereux pour 100.000 naissances vivantes)	Proportion de décès maternels (% de décès maternels dus à un avortement dangereux)
Total global	20,000,000	13	78,000	57	13
Régions plus développées	900,000	3	500	4	13
Régions moins développées	20,000,000	16	77,500	63	13
Afrique	5,000,000	27	34,000	110	13
Est	1,900,000	36	16,000	153	14
Centrale	600,000	28	4,000	98	10
Nord	600,000	15	1,200	24	7
Sud	200,000	16	800	49	19
Ouest	1,600,000	31	12,000	121	12
Asie	9,900,000	11	38,500	48	12
Est	/	/	/	/	/
Centrale et Sud	6,500,000	19	29,000	72	13
sud-est	2,800,000	21	8,100	66	15
Ouest	500,000	12	1,100	20	6
Europe	900,000	5	500	6	17
Est	800,000	10	500	15	24
Nord	< 30,000	1	< 20	0.2	2
Sud	< 90,000	2	< 20	1	10
Ouest	/	/	/	/	/
Amérique Latine & Caraïbes	4,000,000	30	5,000	41	21
Caraïbes	200,000	17	600	71	18
Amérique Centrale	900,000	26	700	20	14
Amérique du Sud	3,000,000	34	3,500	47	24
Amérique du Nord	/	/	/	/	/
Océanie	30,000	15	150	51	8

Toutefois, ce tableau global cache de grandes différences entre les régions et les pays. Dans les pays où le taux global de mortalité maternelle est élevé (jusqu'à 100 décès maternel/100.000 naissances vivantes comme en Afrique ou en Asie), la proportion des décès dus aux avortements est relativement basse, de l'ordre de 12%.

Par contre, en Amérique Latine où le ratio de mortalité maternelle est beaucoup plus bas (30 à 80/100.000), le poids relatif de la mortalité due aux avortement est beaucoup plus élevé, de l'ordre de 21%.

La situation des pays de l'Europe de l'Est est quelque peu surprenante. Ces pays ont un taux de mortalité maternelle dû aux avortements le plus élevé du monde alors que l'avortement y est légalisé dans la plupart des pays. Les avortements illégaux (c.à.d. ceux pratiqués en dehors du système de santé officiel ou à l'intérieur du système mais non enregistrés comme tels) représentent une proportion considérable de tous les avortements dans ces pays (20 à 50%). En 1988, les statistiques du ministère de la santé publique soviétique faisaient mention de 536 décès maternels dus aux avortements illégaux, soit 27% des 2.312 décès maternels enregistrés (27%) (Popov 1991). Une étude que nous avons réalisée au Kazakhstan en 1998 a montré que la moitié de tous les décès maternels liés aux complications d'avortement survenait après des avortements illégaux, dans une situation où 20% des décès maternels étaient dus aux complications d'avortement (Kaupova *et al.* 1998).

Mais ces décès ne sont que le sommet de l'iceberg ; si on prend les taux de morbidité liée aux avortements, on se situe dans des franges encore beaucoup plus élevée. Mais dans la plupart des pays en développement, il y a un manque de données pertinentes et le recueil n'est pas systématique dans les hôpitaux, si bien qu'il y a eu fort peu de publications sur le sujet. Il est clair que dans les pays où l'avortement est illégal, un grand nombre de femmes (20 à 30%) souffrent de complications dues à des avortements pratiqués dans des conditions précaires : stress majeur, fistules et infections chroniques conduisant aux grossesses extra utérines et à l'infertilité (Benson *et al.* 1996, Diadiou *et al.* 1999).

Le coût du traitement de ces complications peut être très lourd pour les systèmes de santé dans les pays en développement, en termes de nombres de lits et de budgets des services obstétricaux et de gynécologie (Johnson *et al.* 1993, Sjöstrand *et al.* 1995, Kay *et al.* 1997, Figa-Talamanca *et al.* 1986). En Egypte, en 1996, près de 1/5 de toutes les admissions dans les services d'obstétrique et de gynécologie étaient liées aux avortements (Huntington *et al.* 1998).

STRATÉGIES POUR RÉSOUDRE LE DILEMME DES AVORTEMENTS

Globalement, plus de deux décès maternels sur 10 sont dus à des complications d'avortement. La plupart de ces décès ont lieu dans les pays en développement, là où presque tous les avortements sont pratiqués dans des conditions précaires.

Dans le monde entier, le débat sur l'avortement est sensible et passionné mélangeant des éléments moraux et émotionnels. En termes de mortalité et de morbidité dues aux complications d'avortement, il y a un grand écart entre les pays développés et les pays en développement.

Dans les pays où l'avortement est légal, sans risques et disponible, comme dans la plupart des pays développés, le taux de mortalité due aux avortements est très bas, moins d'un décès pour 100.000 avortements.

Aux Etats-Unis, le risque de mourir suite à un accouchement est 15 fois plus élevées que le risque lié à un avortement (9,1 par 100.000 contre 0,6 par 100.000) (Lawson 1994). On pourrait presque dire que pour la plupart des pays développés et industrialisés l'avortement n'est plus un problème de santé publique. Par contre, dans la plupart des pays en développement, il paraît tout à fait impossible de diminuer le taux de mortalité maternelle sans avoir envisagé le problème de l'accès à l'avortement sans risque. Dans ces pays, plusieurs problèmes font que l'avortement représente un énorme facteur de risque de mortalité maternelle.

LES LOIS SUR L'AVORTEMENT ET LEUR APPLICATION

Il n'y a pas de doute qu'en matière d'avortement, l'une des considérations les plus significatives pour une femme est le fait que la loi ou non le permette (Kunins *et al.* 1991, Singh & Ratnam 1998). Près d'une femme sur quatre dans le monde habite un pays où la loi restreint l'accès à l'avortement. Mais plus de la moitié des femmes des pays en développement sont originaires de pays où l'avortement est permis pour des raisons de santé ou pour des raisons socio-économiques. Néanmoins, cette vue relativement optimiste est contrebalancée par le fait que la Chine, l'Inde et le Vietnam sont comptés dans le nombre des pays en développement et ont tous les trois des lois permettant l'avortement pour des raisons d'un autre ordre.

Dans les pays dans lesquels l'avortement est légalisé, cette légalisation peut parfois imposer des restrictions et des conditions qui limitent en fait l'accès des femmes à un avortement : le stade de gestation, les services et les praticiens désignés, les procédures de consentement, l'assistance psychologi-

que imposée ou les longues périodes d'attente exigées. Les limites spécifiques imposées dans chacun de ces pays peuvent conduire les femmes à un réel parcours du combattant, comme par exemple en Europe où les femmes irlandaises, polonaises et françaises se voient obligées de se rendre en Angleterre ou aux Pays-Bas pour se faire avorter.

Plusieurs exemples récents ont clairement démontré que n'importe quelle modification un tant soit peu conséquente de la loi ou de la politique en matière d'avortement peut avoir des conséquences importantes sur la pratique des avortement et sur la mortalité et la morbidité maternelles.

Un de ces exemples est la forte croissance du taux de décès maternels dus aux complications d'avortement en Roumanie, juste après le décret de Ceausescu déclarant l'avortement et les méthodes modernes de contraception illégales. De 30 décès liés aux complications d'avortement pour 100.000 naissances vivantes en 1965, on est passé à 142 décès pour 100.000 naissances vivantes en 1989. Ensuite, après que ces restrictions aient été abolies, ce taux est redescendu à 50 pour 100.000 (Stephenson *et al.* 1992, Serbanescu *et al.* 1995).

En 1995, en Guyane, les admissions pour avortement septique ou avortement incomplet à l'hôpital ont diminué de 41% dans les six mois qui suivirent la légalisation du traitement des complications liées à l'avortement (Nunes & Delph 1997).

Les changements politiques en Afrique du Sud ont été suivis par toute une série de nouvelles lois sur l'égalité des sexes et les droits dans le domaine de la reproduction humaine. En février 1997, "The Choice on Termination of Pregnancy Act" a été approuvé. Cette loi autorise l'interruption volontaire de la grossesse, de manière générale si la femme en fait la demande jusqu'à, et y inclus, la 12ème semaine de grossesse, à certaines conditions de la 13ème à la 20ème semaine et de façon encore plus conditionnelle après la 20ème semaine. En 1955, 44.686 femmes étaient admises dans les hôpitaux publics sud-africains pour avortement incomplet (1/3 étant le résultat d'un avortement en conditions précaires) dont 425 sont décédées de complications.

Pour palier aux manque de professionnels de santé compétents pour pratiquer des avortements, ainsi qu'à l'inégalité d'accessibilité géographique, un « National Abortion Care Programme » a été lancé en 1998. Ce programme forme des médecins et des sages-femmes aux techniques d'avortement par aspiration. Un an après, la fréquence des complications liées à l'avortement est tombée de 51% à 29% dans un hôpital de référence de Pretoria. Inver-

sement, quand le même hôpital a arrêté de pratiquer les avortements du second trimestre, le taux de complications associées à l'avortement a augmenté à 36%, démontrant ainsi l'importance de l'accessibilité aux services d'avortement sans risque pour toutes les femmes (Rees *et al.* 1997, De Jonge *et al.* 1999, Dickson-Tetteh & Rees 1999).

Une intéressante étude réalisée par Rebecca Cook sur le développement des lois sur l'avortement au niveau international, durant la période 1988 à 1999, montrait que depuis 1987, 26 juridictions ont défini de nouvelles indications pour un avortement légal, 4 pays ont introduit des restrictions plus sévères et dans plusieurs autres cas, d'autres restrictions ont limité l'accès aux services qui pratiquaient des avortements dans des conditions légales (restrictions concernant les budgets, assistance psychologique obligatoire, exigences de plus long délais de réflexion ou encore, autorisation d'un tiers) (Cook *et al.* 1999).

Comme énoncé par Mervin Susser "les changements politiques et les résultats qu'ils produisent sur la mortalité liée à l'avortement sont extrêmement liés comme si le délai nécessaire pour que l'effet se produise était le résultat d'une loi naturelle !" (Susser 1992).

La question est comment utiliser les lois et la politique de régulation afin de diminuer les effets désastreux des avortements pratiqués dans des conditions précaires. Face aux difficultés d'un changement rapide des législations, plusieurs auteurs suggèrent plutôt des étapes intermédiaires qui pourraient, à terme, mener à la légalisation de l'avortement.

- Dans les pays où les lois sur l'avortement sont restrictives, les services de santé devraient pouvoir traiter les femmes souffrant de complications dues à un avortement et les femmes ne devraient pas avoir crainte des représailles lorsqu'elles ont recours à un traitement médical efficace. Les agents de santé peuvent jouer un rôle clef ; ils devraient pouvoir passer outre leurs propres craintes et assurer le traitement des complications liées aux avortements.
- Les indications légales d'avortement (même s'il y a des restrictions) devraient être interprétées de la manière la plus large possible, en particulier de la part du milieu médical (Rahman *et al.* 1998), assurant ainsi l'accès à l'avortement pour le plus grand nombre possible.
- Les poursuites criminelles ne devraient pas s'appliquer aux femmes sollicitant un avortement, au risque d'accroître le délai en cas de complication.

En plus des restrictions légales, il y a deux autres facteurs qui doivent être pris en considération: l'accessibilité et l'acceptabilité.

L'accessibilité aux services qui pratiquent des avortements peut être limitée par différents facteurs, de nature géographique (comme la faible disponibilité des services dans les zones rurales en Afrique du Sud) (Varkey 1997) ou d'origine financière. Aux Etats-Unis, une femme sur 4 n'a pas d'assurance-maladie et certaines assurances refusent de payer en cas d'avortement, obligeant ainsi les femmes, spécialement les pauvres, à payer elles-mêmes (prolongeant la durée de la grossesse et le risque de complications) (Gober 1997). Cet aspect financier est un problème dans tous les états de l'ex-Union Soviétique où l'avortement est légal et disponible mais uniquement contre paiement. Ceci exclut un nombre croissant de personnes, obligées d'utiliser les services de "babouskas" clandestines .

Un autre élément concerne l'acceptabilité par la communauté scientifique et les professionnels de santé des procédures d'avortement. Dans de nombreux pays, même dans ceux où l'avortement est légal, un grand nombre de médecins refusent de pratiquer des avortements pour des raisons religieuses, personnelles ou éthiques. Dans les pays en développement où l'avortement est illégal, les attitudes des professionnels de santé sont souvent négatives et le traitement des complications liées à l'avortement est pratiqué avec beaucoup de retard (Makinwa-Adebusoye *et al.* 1997, Singh *et al.* 1997).

LES TECHNIQUES D'AVORTEMENT

Des études épidémiologiques et des données de mortalité ont montré que le risque de mortalité et de morbidité maternelles est très bas lorsqu'on utilise les techniques d'aspiration intra-utérine (WHO 1995). Pour les avortements pratiqués dans les trois premiers mois de la grossesse, l'incidence de complications mineures est estimée à 2 ou 3% et les complications majeures surviennent dans 1 cas sur 1000. Aux Etats-Unis, le taux de létalité est de 0,4 décès pour 100.000 avortements, et ces décès sont principalement dus aux complications des anesthésies générales (Council on Scientific Affairs 1992, Hakim-Elahi *et al.* 1990, Henshaw & Van Vort 1994). Par contre, dans une étude prospective des avortements pratiqués sous anesthésie locale en France, nous avons constaté une faible incidence de complications (< 1.7%) (Thonneau *et al.* 1998).

Les techniques d'avortement au cours du second trimestre sont beaucoup plus complexes et beaucoup plus dangereuses que celles utilisées pendant les trois premiers mois de la grossesse. Elles exigent un personnel très compé-

tent et des services bien équipés. Par exemple, aux États-Unis, le taux de létalité pour les avortements pratiqués entre la 16^{ème} et la 20^{ème} semaine s'élève à 6,9 décès pour 100.000 naissances vivantes, contre 0,4 pour 100.000 à la 8^{ème} semaine.

Dans les pays en développement dans lesquels l'avortement est légal et pratiqué par des professionnels de santé, on utilise des instruments chirurgicaux pour la dilatation du col et le curetage plutôt que les techniques d'aspiration, ce qui augmente les complications iatrogènes. Dans les pays en développement dans lesquels l'avortement n'est pas légalisé ou lorsqu'il est soumis à de sévères restrictions, on a recours à des méthodes les plus variées (Rogo 1993, Paxman *et al.* 1993, Faundes & Hardy 1997)! Dans une étude récente sur les complications d'avortement que nous avons menée dans un service d'obstétrique à Abidjan (Côte d'Ivoire), nous avons constaté que "l'introduction de plantes dans l'utérus", "l'utilisation de préparations vaginales", et "l'ingestion de plantes" étaient les méthodes d'avortement les plus communes. Dix-sept décès liés à l'avortement ont été enregistrés, ce qui correspond à un taux de mortalité spécifique de 3,6% dans ce service. L'ingestion de plantes était le facteur de risque de décès le plus important, probablement dû aux troubles neurologiques induits par les plantes ingérées (Goyaux *et al.* 1999).

Dans de nombreux cas, celui qui a pratiqué l'avortement est un personnel de santé qui n'a aucune compétence dans le domaine ou, moins fréquemment, c'est la femme elle-même qui en a pris l'initiative (Madebo & Tsadic 1993). Bergström a comparé des femmes hospitalisées à l'hôpital Central de Maputo, au Mozambique, et qui ont subi des avortements provoqués, légaux et illégaux. Il a trouvé que plus qu'un tiers des avortements illégaux avaient été pratiqués par du personnel de santé (des résultats similaires ont d'ailleurs été rapportés au Nigeria, en Bolivie et au Mexique). Un tiers des femmes admises pour complications d'avortement illégal avaient subi un curetage, suggérant l'intervention d'un professionnel de santé auquel cette pratique donne l'occasion de compléter son maigre salaire (Machungo *et al.* 1997).

A l'aube du 21^{ème} siècle, pour les avortements durant les trois premiers mois de la grossesse, la technique par aspiration est bien connue et maîtrisée. Cette technique est facile à pratiquer. Elle nécessite un appareillage électrique mais elle est praticable également manuellement (« manual vacuum aspiration, MVA »). Dans ce cas, il s'agit d'une technique applicable à des patientes en ambulatoire qui pourrait fort bien être diffusée dans les

pays en développement. La régulation menstruelle, pratiquée par cette technique d'aspiration en cas d'aménorrhée de quelques semaines et sans que la grossesse ait été confirmée, est utilisée au Bangladesh, en Indonésie et dans d'autres pays en développement dans lesquels l'avortement n'est pas permis.

Nous mentionnerons également le développement récent de l'antiprogestérone Mifépristone* (en association avec des prostaglandines) qui s'est révélée efficace et sans danger pour induire un avortement jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée (Silvestre *et al.* 1990, Blanchard *et al.* 1999, Misago *et al.* 1998).

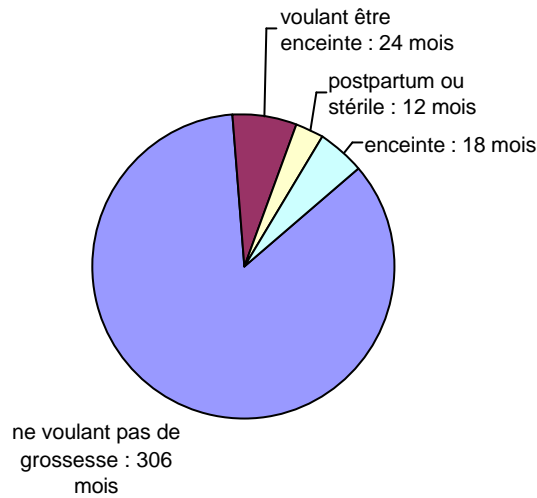
La relation complexe entre avortement, grossesse non désirée et planification familiale

Les attitudes concernant la taille idéale de la famille et le meilleur moment pour avoir des enfants sont un effet complexe d'attentes sociales, de valeurs culturelles et de circonstances politico-économiques. Le désir d'avoir une famille de petite taille (entre 2 et 3 enfants) est devenu plus commun, même dans les pays en développement.

Une étude basée sur les «enquêtes démographie, santé et prévalence contraceptive» dans 41 pays en développement a montré que la demande pour une limitation de la taille de la famille augmente dans les pays en développement. Les femmes d'Asie, d'Afrique du Nord, d'Amérique Latine et des Caraïbes tentent de limiter le nombre de grossesses et la taille de leur famille tandis que les femmes d'Afrique subsaharienne désirent simplement espacer les naissances (Westoff & Bankole 2000).

Malheureusement, il y a toujours de nombreuses grossesses non-désirées et non planifiées (Bankole *et al.* 1998). Globalement, on estime que chaque année 38% des 210 millions de grossesses sont non désirées, et que 22% se terminent en avortement. En Afrique, chaque année, 30% des 40 millions de grossesses seraient non-désirées et 12% se termineraient en avortement. En Europe de l'Est, 63% des 11 millions de grossesses sont non désirées et 57% se terminent en avortement. En analysant les données de la «National Survey of Family Growth», Henshaw a trouvé qu'en 1994, 49% des grossesses aux Etats-Unis n'étaient pas désirées, et que 54% d'entre elles se sont terminées en avortement (Henshaw 1998). Il peut paraître évident que la réduction, par des méthodes de planification familiale, du nombre de "grossesses non planifiées" diminuera le nombre total de grossesses et ainsi le nombre d'avortements. Les choses ne sont pas si simples.

Figure 5. Nombre de mois pendant lesquels une femme doit pratiquer le contrôle des naissances si elle ne veut que deux enfants



Tout d'abord, l'exposition au risque d'une grossesse non désirée est d'autant plus élevée que le nombre d'enfants désiré est faible. Comme le montre la figure 5, une femme qui veut se limiter à deux enfants sans avoir recours à l'avortement, doit pratiquer des méthodes contraceptives pendant 25 de ses 30 ans de vie féconde.

Ensuite, le risque d'une grossesse non désirée est à mettre en lien avec l'activité sexuelle chez les adolescents, sachant que les relations sexuelles commencent de plus en plus tôt (Görge *et al.* 1993, Berglund *et al.* 1997) (la question des grossesses à l'adolescence n'étant cependant pas complètement explorée) (Manning *et al.* 2000). Ce risque est également à mettre en lien avec les relations en dehors du mariage, phénomène fréquent, révélé à l'occasion d'études sur le SIDA.

Les méthodes de planification familiale sont certainement la manière la plus efficace pour éviter une grossesse non désirée pendant cette longue période d'exposition au risque de grossesse. Néanmoins, le taux d'échec des différentes méthodes de planification familiale est non-négligeable, à cause des méthodes elles-mêmes ou à cause de leur usage discontinu (Skjeldestad 1997). Les échecs des moyens contraceptifs ont pour conséquence un grand nombre de grossesses non planifiées ou non désirées et un grand nombre d'avortements également (Fu *et al.* 1999). En France, où plus d'un million de

femmes utilisent les dispositifs intra-utérins (DIU), le nombre de grossesses sur stérilet est estimé entre 15.000 et 20.000 par an (ce qui signifie un taux d'échec pour les DIU de 1.5%). Près de 2/3 de ces échecs de DIU se terminent en avortement, soit plus de 5% des 200.000 avortements enregistrés chaque année en France. Au Danemark, où le taux d'avortement est stable depuis le début des années 80, la moitié des femmes qui ont subi un avortement étaient devenues enceintes suite à un échec de contraception (Knudsen 1997). Aux Etats-Unis, 58% des femmes ayant subi un avortement ont eu un échec de contraception; 31% utilisaient une méthode mais ont abandonné durant le mois où elles sont devenues enceintes et 11% n'avait jamais utilisé de contraceptif. La proportion de femmes qui ont subi un avortement après un échec de contraception par condoms a augmenté de 15% à 32% entre 1987 et 1994! (Henshaw & Krost 1996).

Bien que des améliorations aient été apportées aux systèmes d'approvisionnement, la disponibilité et l'acceptabilité des méthodes contraceptives restent un objectif vague dans de nombreux pays en développement (et spécialement dans les pays dont les services de santé sont peu efficaces et désorganisés), contribuant ainsi à un usage discontinu de la contraception, et à de nombreuses grossesses non désirées (Ali & Cleland 1995). Dans les pays d'Europe Centrale et d'Europe de l'Est, le coût élevé et la faible disponibilité des méthodes modernes de contraception sont sans aucun doute responsables du recours si fréquent aux avortements.

Enfin, un grand nombre d'hommes et de femmes ainsi que des couples ne désirant pas d'enfants ont des relations sexuelles sans protection, et s'exposent ainsi au risque d'une grossesse non désirée. Ceci contribue bien sûr pour une large proportion au nombre total d'avortements.

Aux Etats-Unis, les femmes utilisant un moyen contraceptif, comparées à celles qui n'en utilisent pas, n'ont un risque d'avorter que de 15%.

Si on considère les conséquences d'une grossesse non planifiée (particulièrement dans les pays en développement) il est surprenant qu'il y ait des couples prêts à prendre le risque de négliger ou de refuser une méthode de contraception.

Quoi qu'il en soit, la décision d'utiliser ou de ne pas utiliser un contraceptif est associée à des facteurs complexes tels que le risque perçu d'une grossesse, la communication entre les partenaires, le support des parents et de l'entourage, la perte des tabous envers la sexualité, l'attitude de la communauté envers l'éducation sexuelle et l'influence spécifique du personnel de santé (Shapiro & Tambashe 1994).

Dans les pays industrialisés où la planification familiale est depuis longtemps disponible et accessible, l'avortement existe toujours. Le taux dépend du pays (peu élevé aux Pays-Bas et dans les pays scandinaves, plus élevé en France, en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis) sans qu'il n'y ait de tendance à la baisse. Dans les pays en développement, différentes tendances sont observées simultanément. Dans certains pays (Afrique du Sud et Asie du Sud-Est)(Singh & Sedgh 1997), le désir d'avoir une famille de petite taille induit un usage important des contraceptifs et un recours fréquent à l'avortement. Dans les pays où l'accès aux méthodes modernes de contraception est limité (comme en Europe Centrale et en Europe de l'Est)(Johnson *et al.* 1993, Kulczycki 1995) et dans les pays dans lesquels l'acceptabilité des méthodes modernes de contraception est faible (en Afrique sub-saharienne)(Shapiro & Tambashe 1994), beaucoup de familles utilisent l'avortement comme moyen de régulation de leur fécondité.

Comme le disait Henri David, " il y a une évidence incontournable que les gens seront motivés pour éviter une grossesse non-désirée lorsqu'ils se verront comme acteurs de leur propre avenir et de l'amélioration de leur qualité de vie et de celle de leur famille" (David 1992).

La planification familiale peut-elle donc réduire le nombre de grossesses non désirées? La réponse est évidemment "oui", mais elle est aussi certainement "pas tout à fait". Peu importe l'efficacité des services de planification familiale et leurs pratiques, les grossesses non-désirées continueront à exister et il y aura donc toujours un besoin d'accéder à des services pratiquant des avortements en toute sécurité.

Conclusion

L'avortement, au regard de sa fréquence dans le monde, de sa pratique bien souvent illégale, de sa contribution majeure à la mortalité maternelle et de ses implications sociales, est un problème majeur de santé publique dans la plupart des pays en développement. L'écart entre les pays développés et les pays en développement en ce qui concerne le risque de décès à la suite d'un avortement est extrêmement élevé: 1/150 000 dans les pays développés contre 1/150 dans les pays en développement.

Pour diminuer le poids des avortements pratiqués dans des conditions précaires, les mesures à prendre sont connues, mais leur mise en oeuvre est difficile, comme l'exemple de l'Afrique du Sud l'illustre fort bien.

La communauté internationale et les organisations des Nations Unies ont

un rôle de première importance à jouer pour amener les gouvernements à modifier leurs lois sur l'avortement et pour qu'ils améliorent leur système de santé afin de mieux prendre en compte le droit à la santé pour les femmes.

Références

Ali M, Cleland J (1995). Contraceptive discontinuation in six developing countries: a cause-specific analysis. *Int Fam Plann Perspec* 21(3),92-97.

Bankole A, Singh S, Haas T (1998). Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries. *International Family Planning Perspectives* 24(3),117-127 & 152.

Benson J, Nicholson LA, Gaffikin L, Kinott SN (1996). Complication of unsafe abortion in sub-Saharan Africa: a review. *Health Policy Plann* 11,117-31.

Berglund S, Liljestrand J, Marin FdM, Salgado N, Zelaya E (1997). The background of adolescent pregnancies in Nicaragua: a qualitative approach. *Soc Sci Med* 44(1),1-12.

Blanchard K, Winikoff B, Ellertson C (1999). Misoprostol used alone for the termination of early pregnancy. *Contraception* 59,209-217.

Cook RJ, Dickens BM, Bliss LE (1999) International developments in abortion law from 1988 to 1998. *Am J Public Health* 89,579-586.

Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Induced termination of pregnancy before and after Roe v Wade: trends in the mortality and morbidity of women. *JAMA* 1992, 268,231-39.

David HP (1992). Abortion in Europe, 1920-91: a public health perspective. *Stud Fam Planning* 23(1),-22.

De Jonge ETM, Pattison RC, Mantel GC (1999). Termination of pregnancy (TOP) in South Africa in its first year: is TOP getting on top of the problem of unsafe abortion. *Sexual and Reproductive Health Bulletin* 7,14-15.

Diadhiou F, Goyaux N, Faye O, Thonneau P (1999). A neglected but prevalent tragedy. *BMJ* 318,1526.

Dickson-Tetteh K, Rees H (1999). efforts to reduce abortion-related mortality in South Africa. In *Safe Motherhood Initiatives: critical issues* by M Berer and TKS Ravindran, Reproductive Health Matters, Blackwell Sciences Limited, London, 190-197.

Faundes A, Hardy E (1997). Illegal abortion: consequences for women's health and the health care system. *Int J Gynecol Obstet* 58,77-83.

- Figa-Talamanca I, Sinnathuray TA, Yusof K *et al.* (1986). Illegal abortion: an attempt to assess its cost to the health services and its incidence in the community. *International Journal of Health Services* **16**(3),375-389.
- Fu H, Darroch JE, Haas T, Ranjit N (1999). Contraceptive failure rates: new estimates from the 1995 national survey of family growth. *Family Planning Perspectives* **31**(2),56-63.
- Gober P (1997). The role of access in explaining state abortion rates. *Soc Sci Med* **44**(7),1003-1016.
- Görgen R, Maier B, Diesfeld HJ (1993). Problems related to schoolgirl pregnancies in Burkina Faso. *Studies in Family Planning* **24**(5),283-294.
- Goyaux N, Yace-Soumah F, Wellfens-Ekra C, Thonneau P (1999). Abortion complications in Abidjan (Ivory Coast). *Contraception* **60**,107-109.
- Hakim-Elahi E, Tovell HMN, Burnhill MS (1990). Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstet Gynecol* **76**,129-35.
- Henshaw S, Van Vort J (1994). Abortion services in the United States, 1991 and 1992. *Family Planning Perspectives* **26**,100-106 & 112.
- Henshaw SK (1998). Unintended pregnancy in the United States. *Family Planning Perspectives* **30**,24-29 & 46.
- Henshaw SK, Krost K (1996). Abortion patients in 1994-1995: characteristics and contraceptive use. *Family Planning Perspectives* **28**,40-147 & 158.
- Henshaw SK, Singh S, Haas T (1999). The incidence of abortion worldwide. *International Family Planning Perspectives* **25**(S),S30-S38.
- Huntington *et al.* (1998). The postabortion caseload in Egyptian hospitals: a descriptive study. *Int Fam Plann Persp* **24**(1),25-31.
- Johnson BR *et al.* (1993). Costs and resource utilization for the treatment of incomplete abortion in Kenya and Mexico. *Soc Sci Med* **36**(11),1443-1453.
- Johnson BR, Horga M, Andronache L (1993). Contraception and abortion in Romania. *Lancet* ;341 :875-78.
- Kaupova N, Nukusheva S, Biktasheva H, Goyaux N, Thonneau P (1998). Trends and causes of maternal mortality in Kazakhstan. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* **63**,175-181.
- Kay BJ *et al.* (1997). An analysis of the cost of incomplete abortion to the public health sector in South Africa. *South African Medical Journal* **87**(4),442-447.

- Knudsen LB (1997). Induced abortions in Denmark. *Acta Obstetrica & Gynecologia Scandinavica Suppl.* **76**(164),54-59.
- Kulczycki A (1995). Abortion policy in postcommunist Poland. *Population and Development Review* **21**(3),471-505.
- Kunins H, Rosenfield A (1991). Abortion: a legal and public health perspective. *Annu Rev Publ Health* **12**,361-82.
- Lawson PHW (1994). Abortion mortality, United States 1972 - 1987. *Am J Obstet Gynecol* **171**(5),1365-1372.
- Le Cœur S, Pictet G, M'Pelé P, Lallemand M (1998). Direct estimation of maternal mortality in Africa. *The Lancet* **352**,1525-1526.
- Machungo F, Zanconato G, Bergstöm S (1997). Reproductive characteristics and post-abortion health consequences in women undergoing illegal and legal abortion in Maputo. *Soc Sci Med* **45**(11),1607-1613.
- Madebo T, Tsadic TG (1993). A six month prospective study on different aspects of abortion. *Ethiop Med J* **31**,165-172.
- Maine D and Rosenfield A (1999). The safe motherhood initiative: why has it stalled? *Am J Public Health* **89**,480-482.
- Makinwa-Adebusoye P, Singh S, Audam S (1997). Nigerian health professionals' perceptions about abortion practice. *Int Fam Plann Pers* **23**,155-161.
- Manning WD, Longmore MA, Giordano P (2000). The relationship context of contraceptive use at the first intercourse. *Family Planning Perspective* **32**(3),104-110.
- Misago C, Fonseca W, Correia L, Fernandes LM, Campbell O (1998). Determinants of abortion among women admitted to hospitals in Fortaleza, North Eastern Brazil. *Int J Epidemiol* **27**,833-839.
- Murray CJL, Lopez AD (1997). Mortality by cause for eight regions of the world: global burden of disease study. *Lancet* **349**,1269-76.
- Nunes FE, Delph YM (1997). Making abortion law reform work: steps and slips in Guyana. *Reproductive Health Matters* **9**,66-76.
- Paxman JM, Rizo A, Brown L, Benson J (1993). The clandestine epidemic: the practice of unsafe abortion in Latin America. *Studies Family Planning* **24**(4),205-226.
- Popov AA (1991). Family planning and induced abortion in the USSR: basic health and demographic characteristics. *Studies in Family Planning* **22**,368-377.
- Rahman A, Katzive L, Henshaw SK (1998). A global review of laws on induced abortion, 1985-1997. *International Family Planning Perspectives* **24**(2),56-64.

- Rees H *et al.* (1997). The epidemiology of incomplete abortion in South Africa. *South African Medical Journal* 87(4),432-437.
- Renne E (1996). The pregnancy that doesn't stay: the practice and perception of abortion by Ekiti Yoruba women. *Soc Sci Med* 42(4),483-494.
- Rogo KO (1993). Induced abortion in Sub-Saharan Africa. *East Afr Med J* 70,386-95.
- Ronsmans C, Vanneste A-M, Chakraborty J, van Ginneken J (1997). Decline in maternal mortality in Matlab, Bangladesh:a cautionary tale. *Lancet* 350,1810-14.
- Serbanescu F, Morris L, Stupp P, Stanescu A (1995). The impact of recent policy changes on fertility, abortion, and contraceptive use in Romania. *Stu Fam Plann* 26,76-87.
- Shapiro D, Tambashe BO (1994). The impact of women's employment and education on contraceptive use and abortion in Kinshasa, Zaire. *Stud Fam Plann* 25(2),96-110.
- Shapiro D, Tambashe O (1994). The impact of women's employment and education on contraceptive use and abortion in Kinshasa, Zaire. *Stud Fam Planning* 25(2),96-110.
- Silvestre L, Dubois C, Renault M, Rezvani Y, Beaulieu E-E, Ulmann A (1990). Voluntary interruption of pregnancy with mifepristone (RU486) and a prostaglandin analogue: a large-scale French experience. *N Engl J Med* 332,645-48.
- Singh K, Ratnam SS (1998). The influence of abortion legislation on maternal mortality. *Int J Gynecol Obstet* 63 (Suppl.1),S123-S129.
- Singh S, Sedgh G (1997). The relationship of abortion to trends in contraception and fertility in Brazil, Colombia and Mexico. *Int Fam Plann Perspec* 23(3),4-14.
- Singh S, Wulf D, Jones H (1997). Health professionals' perceptions about induced abortion in South Central and Southeast Asia. *Int Fam Plann Persp* 23,59-67 & 72.
- Sjöstrand M, Quist V, Jacobson A, Bergström S, Rogo KO (1995). Socio-economic client characteristics and consequences of abortion in Nairobi. *East African Medical Journal* 72(5),325-332.
- Skjeldestad FE (1997). Increased number of induced abortions in Norway after media coverage of adverse vascular events from the use of third-generation oral contraceptives. *Contraception* 55,11-14.
- Stephenson P, Wagner M, Badea M, Serbanescu F (1992). The public health consequences of restricted induced abortion – lessons from Romania. *Am J Public Health* 82,1328-31.

Susser M (1992). Induced abortion and health as a value. *Am J Public Health* 82,1323-1324. Editorial.

The Alan Guttmacher Institute (AGI) (1999). *Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide*. New York;AGI.

Thonneau P, Fougereyrollas B, Ducor B, Boubilley D, Dif J, Lalande M, Soulat C (1998). Complications of abortion performed under local anesthesia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 81,59-63.

United Nations/Department of Economic and Social Information and Policy Analysis (1997). *World population prospects: the 1996 revision*. New York, N.Y., USA, United Nations.

Varkey SJ (2000). Abortion services in South Africa :available yet not accessible to all. *Int Fam Plann Pers* 26,55-161.

Weil O and Fernandez H (1999). Is safe motherhood an orphan initiative? *Lancet* 354,940-43.

Westoff CF, Bankole A. (2000). Trends in the demand for family limitation in developing countries. *International Family Planning Perspectives* 26,56-62 & 97.

WHO (1995). *Complications of abortion: technical and managerial guidelines*. Geneva; WHO.

WHO/Division of Reproductive Health. *Unsafe abortion. Global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion, with a listing of available country data (WHO/RHT/MSM/97.16)* (1998). Geneva, Switzerland. World Health Organization (WHO).

World Health Organization and UNICEF (1996). *Revised 1990 estimates of maternal mortality*. Geneva, Switzerland:WHO & UNICEF ; WHO/FRH/MSM 96.11.