

Les faits sur l'avortement provoqué dans le monde

INCIDENCE ET TENDANCES MONDIALES

- Après un déclin considérable entre 1995 et 2003, le taux d'avortement mondial est au point mort entre 2003 et 2008.
- Entre 1995 et 2003, le taux d'avortement (nombre d'avortements par millier de femmes en âge de procréer, soit âgées de 15 à 44 ans) est tombé de 35 à 29 pour mille à l'échelle mondiale. Il est resté virtuellement inchangé, à 28 pour mille, en 2008.
- Près de la moitié des avortements pratiqués dans le monde le sont dans des conditions non médicalisées et presque toutes les procédures non médicalisées (98%) ont lieu dans les pays en développement. Dans les régions en développe-

ment, 56% du nombre total d'avortements se pratiquent dans des conditions non médicalisées, par rapport à 6% seulement dans les régions développées.

- La proportion du nombre total d'avortements attribuable aux régions en développement est passée de 78% à 86% entre 1995 et 2008. Cette hausse s'explique en partie par le fait que la proportion mondiale de femmes vivant dans les pays en développement a également augmenté durant cette période.
- Depuis 2003, le nombre d'avortements a diminué de 600 000 dans le monde développé tandis qu'il augmentait de 2,8 millions dans les régions en développement. En 2008, six millions d'avorte-

ments ont été pratiqués dans les pays développés, par rapport à 38 millions dans les pays en développement. L'écart reflète largement la distribution de la population.

- La probabilité de l'avortement est légèrement plus élevée pour les femmes des régions en développement. En 2008, le taux d'avortement était de 29 pour mille parmi les femmes de 15 à 44 ans des pays en développement, par rapport à 24 pour mille dans les régions développées.

INCIDENCE ET TENDANCES RÉGIONALES

- En Afrique, où la plupart des procédures sont illégales et non médicalisées, le taux d'avortement total se maintient à 29 pour mille femmes en âge de procréer, sans amoindrissement entre 2003 et 2008.

L'Afrique australe, dominée par l'Afrique du Sud où l'avortement est légal depuis 1997, présente le taux d'avortement le plus bas de toutes les sous-régions d'Afrique, à 15 pour mille en 2008. À l'autre extrême, l'Afrique de l'Est atteint un taux de 38 pour mille, suivie de l'Afrique centrale (36 pour mille), de l'Afrique de l'Ouest (28 pour mille) et de l'Afrique du Nord (18 pour mille).

- L'Europe, où l'avortement est généralement admis dans de nombreuses circonstances, enregistre les taux sous-régionaux le moins et le plus élevé : 12 pour mille en Europe de l'Ouest et 43 pour mille en Europe de l'Est. L'écart

NOMBRES ET TAUX

Estimations mondiales et régionales de l'avortement – 1995, 2003 et 2008

Région	Nbre d'avortements (en millions)			Taux d'avortement*		
	1995	2003	2008	1995	2003	2008
Monde	45,6	41,6	43,8	35	29	28
Pays développés	10,0	6,6	6,0	39	25	24
Hors Europe de l'Est	3,8	3,5	3,2	20	19	17
Pays en développement	35,5	35,0	37,8	34	29	29
Hors Chine	24,9	26,4	28,6	33	30	29
Afrique	5,0	5,6	6,4	33	29	29
Asie	26,8	25,9	27,3	33	29	28
Europe	7,7	4,3	4,2	48	28	27
Amérique latine	4,2	4,1	4,4	37	31	32
Amérique du Nord	1,5	1,5	1,4	22	21	19
Océanie	0,1	0,1	0,1	21	18	17

*Avortements pour mille femmes âgées de 15 à 44 ans.

Source : Sedgh G et al., Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008, *Lancet*, 2012, 379(9816):625-632.

reflète la pratique contraceptive relativement faible à l'Est, qui tend à se fier aussi aux méthodes à taux d'échec relativement élevé telles que le préservatif, le retrait et la méthode du rythme ou Ogino.

- En Europe, 30% des grossesses aboutissent à un avortement. La proportion est plus grande en Europe de l'Est que dans le reste de la région.
- En Europe de l'Est, le taux d'avortement se maintient à 43 pour mille entre 2003 et 2008, après une période de forte baisse entre la moitié des années 1990 et le début des années 2000.
- L'Europe de l'Ouest, l'Afrique australe et l'Europe du Nord présentent les taux d'avortement les plus bas du monde, à 12, 15 et 17 pour mille, respectivement.
- En Amérique latine, après une baisse de 37 à 31 pour mille entre 1995 et 2003, le taux d'avortement reste relativement stable, atteignant 32 pour mille en 2008.
- En Amérique latine, les taux sous-régionaux varient, de 29 pour mille en Amérique centrale (Mexique compris) à 32 pour mille en Amérique du Sud et 39 pour mille aux Caraïbes. Les Caraïbes (la sous-région qui comprend Cuba, où l'avortement est généralement médicalisé) présentent la moindre proportion de procédures non médicalisées de la région (46%), par rapport à près de 100% en Amérique centrale et du Sud.
- En Asie, les taux d'avortement sont restés stables dans toutes les sous-régions entre 2003 et 2008, entre 26 pour

mille en Asie centrale du Sud et en Asie de l'Ouest et 36 pour mille en Asie du Sud-Est.

- L'incidence de l'avortement semble avoir augmenté en Chine depuis 2003, après une longue période de déclin. Les données expliquent la tendance par un accroissement de l'activité sexuelle pré-nuptiale et par les perturbations de l'accès aux services de contraception attribuables au rythme accéléré de l'urbanisation.

LÉGISLATION DE L'AVORTEMENT

- Les législations extrêmement restrictives ne sont pas associées à de moindres taux d'avortement. Ainsi, les taux d'avortement s'élèvent à 29 pour mille femmes en âge de procréer en Afrique et 32 pour mille en Amérique latine, deux régions où la procédure est illégale dans presque tous les cas dans la plupart des pays. En Europe de l'Ouest, où l'avortement est généralement admis dans de nombreuses circonstances, le taux est de 12 pour mille.
- Là où la loi l'autorise largement, l'avortement est généralement médicalisé ; où elle le limite sévèrement, il ne l'est généralement pas. Dans les pays en développement, les législations relativement libérales sont associées à moins de conséquences néfastes de l'avortement non médicalisé sur la santé que celles extrêmement restrictives.
- En Afrique du Sud, la mortalité annuelle liée à l'avortement a diminué de 91% après la libéralisation de la législation.

- Au Népal, où l'avortement a été légalisé dans de nombreuses circonstances en 2002, les complications attribuables à la procédure semblent en baisse. D'après les résultats d'une étude récente menée dans huit districts, ces complications représentaient 54% de l'ensemble des affections maternelles traitées en établissement de santé en 1998, par rapport à 28% seulement en 2008-2009.

- Entre 2008 et 2015, les motifs licites d'avortement ont été élargis dans les 12 pays suivants : Espagne, Fidji, Hong Kong, Indonésie, Kenya, Lesotho, Luxembourg, Maurice, Monaco, Rwanda, Somalie et Uruguay.

L'AVORTEMENT NON MÉDICALISÉ

- L'Organisation mondiale de la Santé définit l'avortement non médicalisé comme une procédure d'interruption de grossesse pratiquée par une personne qui ne possède pas les compétences nécessaires et/ou dans un cadre qui ne répond pas aux normes médicales minimales.
- Entre 1995 et 2008, le taux d'avortement non médicalisé dans le monde est resté essentiellement inchangé, à 14 pour mille femmes âgées de 15 à 44 ans.
- Durant cette même période, la proportion représentée par l'ensemble des procédures non médicalisées est passée de 44% à 49%.
- En 2008, plus de 97% des avortements pratiqués en Afrique n'étaient pas médicalisés. L'Afrique australe est la sous-région du continent où la proportion de procédures non

médicalisées est la plus faible (58%). Près de 90% des femmes de cette sous-région vivent en Afrique du Sud, où l'avortement a été libéralisé en 1997.

- En Amérique latine, 95% des avortements ne sont pas médicalisés, soit une proportion inchangée entre 1995 et 2008. Presque toutes les procédures médicalisées se pratiquent aux Caraïbes, principalement à Cuba et dans les autres pays où la loi est libérale et l'avortement médicalisé, accessible.

- En Asie, la proportion des avortements non médicalisés varie largement d'une sous-région à l'autre, d'un niveau pratiquement nul en Asie de l'Est à 65% en Asie centrale du Sud.

- En Asie de l'Ouest, la proportion des avortements non médicalisés est passée de 34% à 60% entre 2003 et 2008. Cette hausse est vraisemblablement due à la mesure améliorée de l'avortement non médicalisé et à un déclin constant de l'avortement (en partie dû à la pratique de plus en plus répandue des méthodes de contraception efficaces) dans les pays où la pratique est légale et médicalisée.

- À l'échelle mondiale, l'avortement médicamenteux (selon une technique basée sur la prise d'une combinaison médicamenteuse de mifépristone et de misoprostol ou de misoprostol seul) est devenu une pratique plus courante au niveau des procédures légales comme clandestines.

CONSÉQUENCES DE L'AVORTEMENT NON MÉDICALISÉ

- La mortalité imputable à l'avortement provoqué est estimée selon différentes approches. Les données les plus récentes indiquent une proportion des décès maternels dus à l'avortement non médicalisé comprise entre 8% et 18%, avec un nombre de décès liés à l'avortement compris entre 22 500 et 44 000 en 2014.

- La gravité des complications de l'avortement provoqué semble en baisse ces dernières années, sous l'effet, vraisemblablement, de diverses raisons telles que l'accès accru à l'avortement médicamenteux, l'élargissement des programmes de formation des prestataires à l'aspiration manuelle intra-utérine et le développement général des systèmes de soins de santé. Les données d'impact de ces changements sont cependant incomplètes.

- Aux États-Unis, l'avortement légal est la cause de 0,6 décès pour cent mille procédures. À l'échelle mondiale, l'avortement non médicalisé représente un taux de mortalité 350 fois plus élevé (220 pour cent mille) et, en Afrique subsaharienne, 800 fois plus élevé (460 pour cent mille).

- Presque tous les décès imputables à l'avortement surviennent dans les pays en développement, principalement en Afrique.

- L'avortement non médicalisé représente une cause significative de mauvaise santé parmi les femmes des régions en développement. Les estimations pour l'année 2012 indiquent

que 6,9 millions de femmes y ont été traitées pour cause de complications d'un avortement non médicalisé, soit un taux de 6,9 femmes traitées pour 1 000 âgées de 15 à 44 ans.

- Le traitement des complications médicales de l'avortement non médicalisé représente une charge financière considérable pour les systèmes de soins de santé publique des régions en développement. Les estimations pour 2014 chiffrent le coût annuel des soins après avortement sur l'ensemble des pays en développement à 232 millions de dollars et le traitement de toutes les femmes ayant besoin de tels soins coûterait 562 millions.

- Dans les pays en développement, les femmes pauvres ont le plus difficilement accès aux services de planification familiale et disposent de ressources souvent insuffisantes pour couvrir les frais d'un avortement médicalisé ; elles sont aussi les plus vulnérables aux complications de l'avortement non médicalisé.

- Au-delà des effets immédiats sur la santé des femmes, l'avortement non médicalisé peut s'accompagner de conséquences néfastes considérables. Ses complications peuvent notamment réduire la productivité des femmes, ce qui alourdit la charge économique pesant déjà sur les familles pauvres ; provoquer la mort de mères dont les enfants deviennent donc orphelins ; donner lieu à des problèmes de santé à long terme tels que la stérilité ; et infliger de lourdes charges financières à des systèmes de santé publique déjà en détresse.

RAISON PROFONDE DE L'AVORTEMENT : LA GROSSESSE NON PLANIFIÉE

- L'adoption des méthodes contraceptives modernes a ralenti ces dernières années à l'échelle mondiale, passant d'une hausse de 0,6 point de pourcentage par an en 1990-1999 à 0,1 point de pourcentage seulement par an en 2000-2009. En Afrique, l'accroissement annuel de la pratique contraceptive moderne est tombé de 0,8 point de pourcentage en 1990-1999 à 0,2 point de pourcentage en 2000-2009.

- On estime à 225 millions le nombre de femmes qui présentent un besoin de contraception moderne non satisfait dans les régions en développement, en ce qu'elles désirent éviter une grossesse mais ne pratiquent, au mieux, qu'une méthode de planification traditionnelle peu efficace.

- Quelque 81% des grossesses non planifiées dans les pays en développement concernent des femmes qui présentent un besoin non satisfait de contraception moderne.

- Dans les régions en développement, les principales raisons invoquées par les femmes qui ne pratiquent pas la contraception sont la crainte des effets secondaires, la perception d'un risque de grossesse inexistant, l'inaccessibilité de la planification familiale et l'opposition du partenaire à la contraception.

- La réduction du besoin non satisfait de contraception moderne offre un moyen efficace de prévention des grossesses non planifiées, de l'avortement et des naissances non désirées.

L'information présentée dans ce document est pour la plupart extraite de Sedgh G et al., *Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008*, *The Lancet*, 2012, 379(9816):625-632 et de la documentation de l'Organisation mondiale de la Santé. D'autres sources sont incluses dans la version complète annotée (en anglais), accessible sur http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW_fr.html, ou peuvent être consultées sur http://www.who.int/topics/reproductive_health/fr/.



GUTTMACHER
INSTITUTE

Association sans but lucratif vouée à la promotion de la santé sexuelle et reproductive partout dans le monde, à travers la recherche, l'analyse de politiques et la sensibilisation du public

New York

125 Maiden Lane, New York, NY 10038
Tel: 212.248.1111, Fax: 212.248.1951
info@guttmacher.org

Washington D.C.

1301 Connecticut Avenue, N.W., Suite 700,
Washington, DC 20036
Tel: 202.296.4012, Fax: 202.223.5756
policyinfo@guttmacher.org

www.guttmacher.org



**World Health
Organization**

Department of Reproductive
Health and Research
World Health Organization
1211 Geneva 27
Switzerland
Tel: 41.22.791.3372
rhrpublications@who.int

Novembre 2015