

UNIVERSITÉ LILLE
Ecole de sages-femmes du CHU de Lille

Revue de littérature :

Etat des lieux de l'avortement dans le monde

Impact de la législation sur le taux de décès maternels

Mémoire soutenu et rédigé par Océane Bailleul

Sous la direction du Dr Anne Capelle

Promotion Anna Roy - Année 2020-2021

Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma gratitude.

Je voudrais tout d'abord adresser toute ma reconnaissance à la directrice de ce mémoire, Madame Anne CAPELLE, pour sa patience, sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter et à organiser ma réflexion.

Je tiens également à remercier la guidante de ce mémoire, Madame Stéphanie ROBITAILLE, pour le temps qu'elle m'a consacré et les conseils qu'elle m'a donnés.

Je remercie ainsi l'ensemble des professeurs de l'école de sages-femmes du CHU de Lille dont j'ai croisé la route, et qui m'ont fourni les outils nécessaires à la réussite de mes études.

Je désire remercier ma très chère maman, Isabelle, qui a toujours été là pour moi. Je remercie aussi mes grands-parents pour leurs encouragements.

Enfin, je voudrais exprimer toute ma reconnaissance envers les amies qui m'ont apporté leur soutien moral et intellectuel tout au long de ma démarche et de mes études : Céline, Rachel, Justine, Manon, Lucie, Perrine, Evangeline.

Océane

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
PREMIÈRE PARTIE : DÉFINITIONS ET DROIT INTERNATIONAL.....	4
I. Qu'est-ce qu'un avortement sûr ? un avortement non sûr ?.....	5
II. Pourquoi les femmes avortent-elles ?.....	5
III. Techniques à risques de l'avortement clandestin.....	6
IV. Droits sexuels et reproductifs et conventions internationales.....	7
DEUXIEME PARTIE : LEGISLATION EN MATIERE D'AVORTEMENT ET TAUX DE DECES MATERNELS ASSOCIES.....	11
I. Méthode.....	12
II. Résultats.....	14
A. Pays à législation prohibitive.....	16
1. Madagascar.....	16
a) La législation.....	16
b) Etudes et taux de décès maternel.....	17
2. République Dominicaine.....	19
a) La législation.....	19
b) Etudes et taux de décès maternel.....	20
3. Chili.....	21
a) La législation.....	21
b) Etudes et taux de décès maternel.....	23
B. Pays à législation restrictive.....	24
1. Cameroun.....	24
a) La législation.....	24
b) Etudes et taux de décès maternel.....	25
2. Argentine.....	26
a) La législation.....	26
b) Etudes et taux de décès maternel.....	27
C. Pays à législation libérale.....	28
1. France.....	28
a) La législation.....	28
b) Etudes et taux de décès maternel.....	29
2. Uruguay.....	31
a) La législation.....	31
b) Etudes et taux de décès maternel.....	32
D. Les Etats-Unis : un cas particulier.....	33
1. La législation.....	34
2. Etudes et taux de décès maternel.....	36
E. Autres facteurs influençant la mortalité post-abortum.....	37
TROISIEME PARTIE : DISCUSSION.....	42
CONCLUSION.....	47
BIBLIOGRAPHIE.....	50

INTRODUCTION

Cela fait maintenant 46 ans que l'interruption volontaire de grossesse est autorisée en France. Cette légalisation a permis une avancée considérable dans la lutte pour les droits des femmes à disposer librement de leur corps et a permis d'endiguer un problème de santé publique majeur : l'avortement clandestin. Nombreux sont les témoignages relatant ces avortements pratiqués dans des conditions dangereuses du fait des personnes non qualifiées les effectuant, des méthodes utilisées et des complications qu'elles peuvent engendrer. Nous avons tous.tes déjà entendu parler de ces femmes conduites aux urgences dans un état critique suite à un avortement clandestin, et dont certaines décédaient d'une hémorragie ou d'une septicémie.

Depuis la légalisation de l'avortement jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée en France, ces témoignages nous semblent appartenir au passé. Pourtant, nombreuses sont les femmes dans le monde qui ont encore recours à ces avortements non sécurisés, faute de pouvoir y accéder légalement.

C'est le constat que fait l'Organisation Mondiale de la Santé suite à une étude menée avec l'Institut Guttmacher et publiée dans la revue The Lancet en 2017 : "25 millions d'avortements non sécurisés sont pratiqués dans le monde chaque année", soit 45% du nombre total d'avortements. A l'échelle mondiale, l'avortement est donc toujours un enjeu de santé publique au-delà d'un droit reproductif fondamental. «Lorsque les femmes et les filles ne peuvent pas avoir accès à des services de contraception et d'avortement sécurisé, cela entraîne des conséquences graves pour leur propre santé et celle de leur famille. Cela ne devrait pas être le cas . Malgré les récents progrès technologiques et en matière de bases factuelles, beaucoup trop d'avortements non sécurisés sont toujours pratiqués et un nombre trop important de femmes continue de souffrir et de mourir» indique le Dr Bela Ganatra, auteur principal de l'étude et scientifique au Département Santé reproductive et recherche. L'OMS a fait de l'avortement sécurisé un axe prioritaire d'amélioration de la santé reproductive. (1)

Selon cette même étude, les pays ayant des lois restrictives en matière d'interruption de grossesse seraient associés à des taux plus élevés d'avortement non sécurisés . La libéralisation serait donc un axe important d'amélioration. (1)

Par ailleurs, à l'heure où la sage-femme peut suivre une femme sur le plan gynécologique tout au long de sa vie (dans la limite de la physiologie) et l'accompagner dans une procédure d'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse, nous sommes particulièrement concernés.es par le sujet. Sachant en plus qu'un projet de loi pourrait prochainement nous autoriser à pratiquer les interruptions volontaires de grossesse par méthode chirurgicale, et parce que le rôle de notre profession est de protéger la santé génésique de nos patientes, nous nous devons d'être conscients.es des enjeux de l'avortement sur la santé des femmes.

Dans ce mémoire, après avoir défini ce qu'est un avortement non sécurisé et fait un état des lieux en matière de droit, nous allons étudier l'impact de la législation sur la complication la plus grave de l'avortement : le décès. Pour cela, nous traiterons le lien entre législation et décès maternel dans 8 pays :

- 3 pays aux lois prohibitives : Madagascar, la République Dominicaine et le Chili
- 2 pays aux lois restrictives : le Cameroun et l'Argentine
- 2 pays aux lois libérales : la France et l'Uruguay
- ainsi qu'un cas particulier : les Etats-Unis

Nous verrons également si d'autres facteurs que la loi influent et permettraient de prévenir davantage les décès dans le cadre d'un avortement non sécurisé.

PREMIÈRE PARTIE
DÉFINITIONS ET DROIT INTERNATIONAL

I. Qu'est-ce qu'un avortement sûr ? un avortement non sûr ?

Selon l'OMS, un avortement sûr est réalisé dans les meilleures conditions sanitaires et de sécurité possibles, par un professionnel formé et qualifié. On parle d'avortement à risque lorsqu'il est pratiqué par un personnel non compétent et/ou pratiqué dans un environnement ne respectant pas de normes médicales. (1)

L'avortement sûr est donc le moins à risque possible. Néanmoins, il faut garder à l'esprit que tout acte médical, même réalisé dans les meilleures conditions, est potentiellement à risque. L'interruption de grossesse sûre peut en effet se compliquer d'une déchirure cervicale, d'une perforation utérine, d'un échec complet ou partiel de l'interruption de grossesse, d'une hémorragie liée à une lésion vasculaire, une évacuation incomplète ou une atonie utérine, d'une infection, de synéchies utérines ou de troubles de la fertilité à long terme. (31, 32)

Nous considérons comme non sûres les avortements réalisés par ingestion de Misoprostol sans information avant la délivrance du médicament, par ingestion de produits caustiques, de concoctions traditionnelles, par insertion d'un corps étranger, ou encore les avortements réalisés par curetage, méthode considérée comme désuète par l'OMS du fait du risque élevé d'infection, d'hémorragie ou de stérilité secondaire lorsque la méthode est réalisée dans de mauvaises conditions d'hygiène, dans un lieu non prévu pour intervenir en cas de complication, ou lorsqu'il est pratiqué par des personnes non formées. (1, 2)

D'après l'OMS, une législation restrictive, un manque de services disponibles, un coût élevé, la stigmatisation de l'entourage ou de la société, l'objection de conscience par les soignants, les exigences inutiles telles que le délai de réflexion, l'obligation de recevoir des conseils, les informations trompeuses, l'autorisation d'un tiers ou les analyses superflues sont autant d'obstacles qui amènent les femmes à recourir à un avortement non sécurisé.

II. Pourquoi les femmes avortent-elles ?

Une revue de littérature regroupant 19 études quantitatives réalisées entre 1996 et 2007 (Kirkman et al., 2009) permet de déterminer les raisons qui poussent une femme à avorter : parce que ce n'est pas le moment d'avoir un enfant, par manque de temps à consacrer à un enfant à cause du travail, de sa carrière, de l'école, d'une famille déjà nombreuse, par manque de moyens matériels ou financiers, à cause de problèmes socio-économiques, du fait d'un conjoint absent, par une préoccupation à être de bons parents. Cette étude montre également que l'avortement touche toutes les classes d'âges et toutes les catégories socio-professionnelles. (2)

On touche ici au domaine d'action des conseillères conjugales, qui est de recueillir ce qu'ont à dire les patientes et les accompagner dans leurs choix.

Que l'avortement soit légal ou non, on observe que les femmes ont toujours eu recours à l'avortement, quelque soit l'époque, le lieu ou le motif. L'avortement reste donc un sujet d'actualité et un enjeu majeur de santé publique.

III. Techniques à risques de l'avortement clandestin

Différentes méthodes "traditionnelles" sont utilisées lorsque l'avortement est illégal, trop onéreux ou encore désapprouvé par l'entourage pour des raisons morales. On retrouve par exemple l'ingestion de tisanes, d'infusions ou encore d'épices à hautes doses aux propriétés abortives plus ou moins reconnues.

Mais il arrive également que des techniques plus dangereuses pour la vie de la femme soient employées, comme l'ingestion de produits chimiques, d'acide, de vinaigre, de javel, de permanganate de potassium, de Nivaquine ou de Quinine (antipaludéen), la pratique de lavement vaginal, les massages "appuyés" de l'utérus, les coups, les chutes volontaires ou encore les méthodes visant à provoquer la rupture des membranes et causer un décollement ou une infection haute nécessitant par la suite un curetage : insertion dans l'utérus de tiges ou racines de plantes, de rayons de vélo, d'aiguilles à tricoter, de cuillères, de cintres, de baleine de parapluie, de verre pilé etc... (2, 18)

Ces méthodes entraînent un sur-risque de complications telles que l'avortement incomplet, l'hémorragie, l'infection, la perforation utérine, les lésions de l'appareil génital et des organes internes par l'insertion d'objets. Certaines complications peuvent conduire au décès, en particulier l'hémorragie et la septicémie. (1, 18)

Par ailleurs, en Amérique latine, on trouve une forte utilisation du Misoprostol de manière clandestine. Cette molécule est utilisée dans l'avortement médicamenteux dans de nombreux pays, dont la France. Son utilisation a permis de diminuer la proportion de complications à type de perforation ou d'infection. Mais son utilisation sans conseils préalables d'un professionnel de santé formé, notamment quant à la posologie, peut être dangereuse. Il est en effet recommandé de vérifier la réussite de la méthode après utilisation car en cas d'échec de l'interruption de grossesse, il existe des risques de malformations foetales par exposition au Misoprostol au premier trimestre. Le CRAT (Centre de référence sur les agents tératogènes) décrit des cas de syndrome de Moebius (paralysie des 6^e et 7^e nerfs crâniens, trismus sévère, rétrognathie), d'arthrogrypose, de pieds bots, d'anomalies réductionnelles distales, de syndactylies, de camptodactylies ou encore d'hydrocéphalies. Ce risque malformatif est estimé à 2%. Du côté maternel,

quelques cas d'hémorragies et de ruptures utérines ont été décrits, d'où la nécessité de conseils avant la prise et de consignes de consultation aux urgences. Le ministère de la santé français décrit également des risques de spasmes coronariens, d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral en cas de posologie trop importante, ainsi qu'un risque de choc toxique en cas d'administration vaginale plutôt qu'orale. L'accompagnement de la méthode par des professionnels formés apparaît donc comme indispensable. (34, 76, 77)

De plus, la pratique de l'IVG chirurgicale par curetage ou par aspiration est également à risque pour la femme si elle est réalisée par des professionnels non formés ou dans des conditions d'hygiène non optimales. Le cahier des charge de la Haute Autorité de Santé décrit des complications comme l'hémorragie, les infections pelviennes, les traumatismes du col ou du vagin, la rupture utérine, la rétention ovulaire, une stérilité à long terme ou encore le décès de la patiente. Ce cahier des charges, en s'appuyant sur les recommandations émises au Canada en 2012, aux Etats-Unis en 2015 et par l'OMS en 2013, rappelle la nécessité d'avoir des protocoles de gestions des urgences (telles que l'hémorragie, la perforation, l'arrêt cardio-respiratoire, l'anaphylaxie) ainsi que la nécessité d'accords avec un centre hospitalier pour permettre la prise en charge de la patiente si la structure réalisant l'IVG n'est pas en mesure de traiter une éventuelle complication. Le guide de la Direction Générale de la Santé recommande une séparation des zones protégées, des zones administratives et des zones contaminées et rappelle l'importance de l'hygiène des mains, des instruments par la stérilisation, l'asepsie, le port de vêtements de protection, l'entretien des surfaces souillées etc... (78)

Parallèlement à cela, selon l'OMS ainsi qu'une Revue de littérature de 2013, il y a moins de complications suite à une IVG par méthode chirurgicale lorsque le geste est réalisé par un médecin ou un professionnel de santé intermédiaire (comme les sages-femmes) ayant reçu la formation adéquate. Par exemple en France, pour pouvoir pratiquer l'IVG chirurgicale, il faut se former en passant un diplôme universitaire ou un diplôme inter-universitaire ou obtenir une attestation universitaire d'étude complémentaire. (78)

IV. Droits sexuels et reproductifs et conventions internationales

La question de l'avortement a été évoquée à plusieurs reprises lors de Conférences internationales, et cela a toujours été considéré comme un enjeux de santé publique du fait des conséquences sanitaires qu'engendrent les avortements non sécurés. Malgré tout, il n'existe à ce jour aucun traité international pour l'avortement. C'est pourquoi chaque pays décide librement du cadre légal dans lequel il autorise

plus ou moins l'interruption de grossesse. La légalisation de l'avortement est donc principalement liée aux droits sexuels et reproductifs accordés et appliqués dans chaque pays. (2,3)

Les droits sexuels et reproductifs sont une série de droits évoqués à l'international lors de différentes conférences et conventions, ainsi que par l'OMS. Ils s'inscrivent dans le droit à disposer librement de son corps, le droit à l'égalité entre les sexes, le droit à la santé pour tous, ainsi que le droit de régulation des naissances et de choisir son schéma familial. (2)

En 2013, l'OMS définit les droits sexuels comme étant :

- *“ le droit de tout être humain de jouir du meilleur état de santé possible ;*
- *le droit fondamental de tous les couples et de toutes les personnes de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement des naissances et de disposer des informations et des moyens pour ce faire ;*
- *le droit des femmes d'avoir prise sur leur sexualité, et de prendre des décisions libres et responsables en matière de santé sexuelle et génésique, sans être en butte à la coercition, à la discrimination ou à la violence ;*
- *le droit d'accéder à l'information sanitaire pertinente ;*
- *et le droit de tout un chacun de bénéficier des progrès scientifiques et de leurs applications.”* (4)

Les Nations unies ont défini en 2013 l'amélioration de la santé maternelle comme un des objectifs du millénaire pour le développement et ont également émis des recommandations suite à différents comités sur les droits de l'Homme :

- *“ Prendre des mesures pour prévenir l'avortement non sécurisé, notamment en modifiant les lois restrictives qui menacent la vie des femmes, y compris des adolescentes ;*
- *Offrir des services légaux d'avortement dans les cas où la poursuite de la grossesse met en danger la santé des femmes, notamment des adolescentes ;*
- *Offrir des services légaux d'avortement dans les cas de viol et d'inceste ;*
- *Modifier les lois qui pénalisent les actes médicaux, notamment l'avortement, dont seules les femmes ont besoin et/ou qui punissent les femmes sur lesquelles ceux-ci sont pratiqués.”* (3,4)

En 1981, la Convention pour l'Élimination de Toutes les Formes de Discrimination contre la Femme (CEDAW) assure dans son article 12 : *“les États parties prendront toutes les mesures pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de la santé en vue de leur assurer [...] les moyens d'accéder aux services médicaux y compris ceux qui concernent la planification de la famille”.*

(8)

La conférence internationale pour la population et le développement (CIPD) du Caire en 1994 a permis un débat international sur l'avortement à risque comme problème majeur de santé publique. Les conclusions sont les suivantes :

- il faut traiter les conséquences des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions et mettre en place des services pour traiter les victimes de complications ;
- il faut prévenir ces avortements en développant l'accès à la planification familiale et universaliser les droits reproductifs et sexuels, c'est-à-dire le droit au libre-choix concernant le nombre et l'espacement des enfants. (2,7)

En 2003, le protocole de Maputo a été ratifié par 36 pays africains. L'article 14 de ce protocole indique qu'il faut " *protéger les droits reproductifs des femmes, particulièrement en autorisant l'avortement médicalisé en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste, et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus* " et que les femmes doivent avoir :

- " *le droit d'exercer un contrôle sur leur fécondité ;*
- *le droit de décider de leur maternité, du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances ;*
- *le libre choix des méthodes de contraception ;*
- *le droit à l'éducation sur la planification familiale.*" (5)

Lors du Conseil de l'Europe en 2008, une résolution incite les Etats membres de l'Union Européenne à :

- " *dépénaliser l'avortement dans des délais de gestation raisonnables ;*
- *garantir l'exercice effectif du droit des femmes à l'accès à un avortement sans risque et légal ;*
- *lever les restrictions qui entravent, en fait ou en droit, l'accès à un avortement sans risque.*" (6)

On remarque donc qu'à l'issue de ces conférences et conventions, des recommandations allant plutôt dans le sens d'une légalisation de l'avortement, de l'accès à la planification familiale et de la prise en charge des complications sont émises. Mais « *aucune de ces conférences n'a admis un droit à l'avortement dont il est dit explicitement qu'il dépend des autorités nationales* ». Le droit à l'avortement n'est donc toujours pas reconnu comme un droit des femmes à l'échelle internationale. (2, 9)

Les opposants au droit à l'avortement évoque le droit à la vie de l'embryon comme supérieur aux droits de la femme. L'interprétation du droit à la vie pose l'épineuse question du moment où commence la vie : dès la conception? aux premiers battements cardiaques? lorsque tous les membres et organes sont formés? au début de l'activité cérébrale? à la naissance? Mais empêcher une femme de disposer de son corps au risque qu'elle recoure à un avortement non sécurisé dangereux pour sa santé et sa vie, est-ce respecter le droit à la vie? La déclaration universelle des droits de l'Homme (1948), dans son article 3 indique : " *Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne* " : interdire l'avortement à une femme

en danger de mort est une violation du droit à la vie. Mais les pays prohibant l'avortement interprète cet article différemment : le droit à la vie s'applique à l'enfant à naître et pas à la mère, alors même qu'aucun organisme international n'a interprété le droit à la vie en ce sens. Nous ne débattons pas du commencement de la vie dans ce mémoire, mais nous verrons l'impact des difficultés d'accès à un avortement sûr sur le taux de décès maternels. (3, 9)

DEUXIÈME PARTIE
LEGISLATION EN MATIERE D'AVORTEMENT ET
TAUX DE DECES MATERNELS ASSOCIES

I. Méthode

Dans cette revue de littérature, nous cherchons à savoir si la loi appliquée dans un pays en matière d'avortement influe sur le taux de décès maternel. Autrement dit, y-a-t-il plus de décès maternels dans les pays où l'avortement est interdit par la loi ?

Les pays étudiés prohibant totalement l'avortement sont Madagascar, la République Dominicaine et le Chili. Ceux permettant un accès restreint et limité aux seules circonstances de mise en danger de la santé de la femme et en cas de viol sont le Cameroun et l'Argentine. Et enfin, les pays étudiés ayant libéralisé l'avortement sont la France et l'Uruguay. Nous étudierons également les Etats-Unis de manière séparée car ce pays présente une particularité : la Cour Suprême américaine autorise l'IVG mais chaque Etat peut y apporter des restrictions.

Cette étude est une revue de littérature. Nous avons cherché pour chaque pays des études relatant le taux de décès maternels imputables à l'avortement. Pour trouver ces études, différentes plateformes de recherche ont été utilisées : cairn.info ; DUMAS ; Google Scholar ; EM consulte ; Wiley ; ScienceDirect ; PubMed ou encore Elsevier Masson. Chaque taux de décès a ensuite été mis en comparaison avec le contexte national en matière de législation puis avec d'autres facteurs repérés au fil de la lecture des différents articles tels que l'accès à la contraception, à une éducation sexuelle et à des soins en cas de complications post-abortum, le PIB national représentant le niveau de développement du pays et permettant d'évaluer les moyens disponibles pour améliorer le système de santé ou encore les techniques d'interruption de grossesse utilisées. Les mots-clés utilisés sont les pays analysés, "mortalité maternelle", "législation" et "avortement".

Les pays ont été choisis en fonction de leur législation :

- 3 pays à législation prohibitive : Madagascar, la République Dominicaine, le Chili (dont les études datent d'avant la légalisation restreinte de l'IVG en 2018)
- 2 pays à législation restrictive : le Cameroun et l'Argentine (dont les études datent d'avant la légalisation de l'IVG en 2020)
- 2 pays à législation libérale : la France et l'Uruguay
- 1 pays ayant une législation libérale sur le plan national mais où des restrictions existent à l'échelle des Etats : les Etats-Unis.

Ces pays ont également été choisis en fonction de la faisabilité de la recherche : il fallait pouvoir trouver des études les plus fiables possibles communiquant des taux de décès maternels imputable à l'avortement.

Nous avons également essayé de choisir les différents pays de manière à ce que le plus de continents et de niveaux de vie (représentés par le PIB) soient représentés : l'Europe, l'Amérique du Nord, l'Amérique du Sud et l'Afrique.

Néanmoins, cette revue de littérature présente quelques limites qu'il faut identifier.

D'une part, nous observons un biais sur la manière dont les études sélectionnées sont menées. Les taux de mortalité maternelle reposent souvent sur des estimations car ils sont difficiles à quantifier. Tous les pays ne font pas de recensement précis des décès maternels et tous ne précisent pas la cause de ces décès. Certaines estimations sont faites à partir des données issues du recensement des complications suite à un avortement. Mais certains décès maternels sont classés comme faisant suite à une fausse couche ou comme décès survenu au premier trimestre de grossesse sans étiologie précise indiquée. Dans les pays où l'avortement est interdit ou d'accès très limité, les femmes ne consultent pas toujours dans des centres de santé lorsque surviennent des complications post-abortum ou celles qui consultent ne précisent pas toujours qu'elles ont eu recours à un avortement clandestin afin d'éviter les représailles judiciaires et morales. Il est donc difficile d'avoir des chiffres sûrs concernant la mortalité post-abortum.

Par exemple, en Afrique, l'estimation de la mortalité maternelle se fait par des enquêtes démographiques de manière indirecte sans indication sur les étiologies des décès. Quelques enquêtes spécifiques sur les complications de l'avortement permettent d'évaluer l'importance de ces avortements dans la mortalité maternelle en comparaison aux autres causes. (18)

De plus, la plupart des études reposent sur des enquêtes menées dans les centres hospitaliers où les femmes sont hospitalisées pour des complications ou grâce à des registres de données sanitaires. La plupart de ces données proviennent donc des grands centres hospitaliers (souvent dans les capitales) et nous trouvons donc très peu d'informations sur le devenir des femmes (pauvres notamment) qui avortent hors des hôpitaux, en milieu rural notamment. (20)

En complément de cela, certaines études sont menées par des Organisation Non Gouvernementales, notamment dans les pays où l'avortement est répréhensible par la loi. Ces études sont donc menées avec des budgets restreints et dans des conditions de recueil d'informations difficiles et par conséquent avec des méthodes pas toujours très académiques. Dans les pays où l'avortement est interdit, il est en effet difficile de connaître la prévalence du recours à l'avortement ainsi que les modalités suivant lesquelles se déroulent ces avortements et leurs conséquences. Les études sont généralement menées sur de petits échantillons de population. (21)

D'autre part, on observe un biais de recrutement. En effet, ce mémoire s'intéresse à la mortalité post-abortum à l'échelle mondiale. Malheureusement, le temps et les moyens restreints pour réaliser cette étude ne permettent que d'étudier partiellement un nombre limité de pays. Bien qu'ayant essayé de diversifier les continents et les types de législations, il ne s'agit que d'un reflet partiel du sujet de

l'avortement non sécurisé dans le monde. Par exemple, aucun pays d'Asie n'est étudié ici : il est en effet compliqué de recueillir des données fiables sur les pays asiatiques par manque d'études principalement. Il est également important de noter que la place de la religion dans la société a une influence importante sur la législation d'un pays en matière d'avortement. Cette variable n'a pas été traitée en profondeur dans cette étude et n'entre pas en ligne de compte pour l'analyse des résultats car c'est une thématique dense qui représenterait à elle seule un sujet d'étude à part entière.

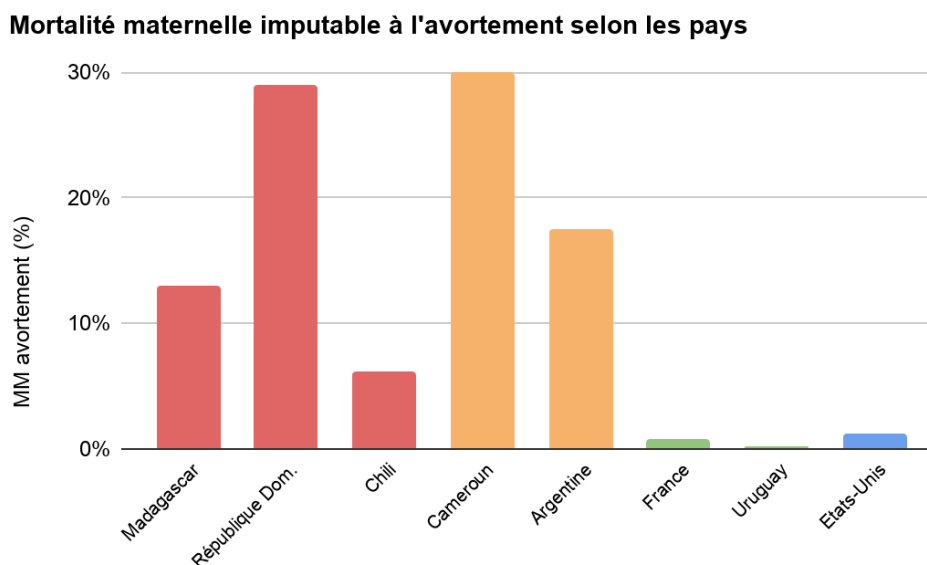
II. Résultats

Tableau 1 : Données démographiques des pays étudiés (11, 81)

	Pays à législation prohibitive
	Pays à législation restrictive
	Pays à législation libérale
	Cas particulier : les Etats-Unis

	Madagascar	République dominicaine	Chili	Cameroun	Argentine	France	Uruguay	Etats-Unis
Nombre d'habitants	26 955 737	10 499 707	18 186 770	27 744 989	45 479 118	67 848 156	3 387 605	332 639 102
PIB (2019) en milliards USD	14	88,941	282	38,76	445	2 716	56	21 374
Natalité (2020)	29,9 naissances / 1000 habitants 3,78 enfants / femme	18,5 naissances / 1000 habitants 2,24 enfants / femme	13,1 naissances / 1000 habitants 1,77 enfants / femme	36,3 naissances / 1000 habitants 4,66 enfants / femme	16 naissances / 1000 habitants 2,21 enfants / femme	11,9 naissances / 1000 habitants 2,06 enfants / femme	12,9 naissances / 1000 habitants 1,77 enfants / femme	12,4 naissances / 1000 habitants 1,84 enfants / femme
Couverture contraceptive	44,3%	69,5%	76,3%	19,3%	81,3%	78,4%	79,6%	75,9%
Mortalité maternelle globale (OMS, 2017) décès/100 000 naissances	335 décès / 100 000 naissances	95 décès / 100 000 naissances	13 décès / 100 000 naissances	529 décès / 100 000 naissances	39 décès / 100 000 naissances	8 décès / 100 000 naissances	17 décès / 100 000 naissances	19 décès / 100 000 naissances
Régime politique	République semi-présidentielle	République présidentielle	République présidentielle	République présidentielle	République présidentielle	République semi-présidentielle	République présidentielle	République fédérale constitutionnelle
Religions	52% religion traditionnelle, 41% catholiques, 1,1% musulmans	50% catholiques, 21% protestants	64% catholiques, 17% protestants, 16% athés	38,3% catholiques, 25,5% protestants, 24% musulmans	92% catholiques	45,5% chrétiens, 45% athés, 8% musulmans, 0,5% juifs	55% catholiques, 10% protestants	46,5% protestants, 20,8% catholiques, 1,9% juifs

Graphique 1 : Récapitulatif des derniers taux de mortalité maternelle imputable à l'avortement recensés en fonction des pays



A. Pays à législation prohibitive

1. Madagascar

a) La législation

Sur l'île de Madagascar, l'avortement est totalement interdit. (2)

L'article 317 du code pénal malgache condamne les femmes ayant eu recours à l'avortement à 6 mois à 2 ans de prison et 72 000 à 2 160 000 Ariary d'amende (soit 15 à 500€). Il condamne également les personnes ayant aidé la femme à avorter à 1 à 5 ans de prison (voire 10 ans en cas de récidive), et à une amende de 360 000 à 10 800 000 Ariary (soit 80 à 2 400€).

“ Art. 317 (Ord n°60-161 du 03.10.60) - Quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, manœuvres, violences ou par tout autre moyen, aura procuré ou tenté de procurer l'avortement d'une femme enceinte ou supposée enceinte, qu'elle y ait consenti ou non, sera puni d'un emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 360 000 Ariary à 10 800 000 Ariary. L'emprisonnement sera de cinq ans à dix ans et l'amende de 3 600 000 Ariary à 21 600 000 Ariary s'il est établi que le coupable s'est livré habituellement aux actes visés au paragraphe précédent.

Sera punie d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 72 000 Ariary à 2 160 000 Ariary la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même ou aura tenté de se le procurer, ou qui aura consenti à faire usage des moyens indiqués ou administrés à cet effet.

Les médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, ainsi que les étudiants en médecine, les étudiants ou employés en pharmacie, herboristes, bandagistes, marchand d'instruments de chirurgie, infirmiers, infirmières, masseurs, masseuses qui auront indiqué, favorisé ou pratiqué les moyens de procurer l'avortement seront condamnés aux peines prévues aux paragraphes premier et second du présent article. La suspension pendant cinq ans au moins ou l'incapacité absolue de l'exercice de leur profession seront, en outre, prononcées contre les coupables." (39)

Le code de déontologie médicale prévoit le recours à l'avortement thérapeutique en cas de mise en danger de la femme, mais le code pénal, lui, ne fait aucune exception. Le Code de déontologie médicale ne prévaut pas sur le Code pénal. (20,39)

D'un point de vue religieux, Madagascar est un pays à prédominance catholique. Le positionnement de l'Eglise catholique au sein de l'Etat semble compromettre l'autorisation de l'avortement. En effet, l'Eglise s'y oppose pour des raisons telles que la protection des valeurs familiales et des particularités culturelles. Dans une revue d'articles et de discours visant à analyser les raisons de cette opposition en Afrique particulièrement, Guignard L. explique que selon l'Eglise catholique, la dépénalisation de l'avortement menacerait l'harmonie de la famille composée traditionnellement d'un père, d'une mère et de leurs enfants et mettrait en péril les valeurs familiales. Mais l'Eglise catholique souhaite également protéger une "spécificité culturelle" de l'Afrique, c'est-à-dire avoir une vision post-coloniale visant à se détacher de ce qui se fait chez les pays ayant colonisé l'Afrique dans le passé : autoriser l'avortement reviendrait à avoir une vision "étrangère" de l'Afrique puisqu'on autoriserait ce que les Européens autorisent chez eux. Selon Guignard L., la pénalisation n'est alors plus d'ordre religieux mais politique. On observe ainsi un rejet de ce qui a été édicté au protocole de Maputo à Madagascar, mais aussi en Ouganda, en Gambie ou encore au Kenya. (40)

b) Etudes et taux de décès maternel

Parce qu'elles n'y ont pas accès légalement, les femmes malgaches ont recours à l'avortement clandestinement et se rendent plus particulièrement dans la capitale Antananarivo où des médecins libéraux et des matrones pratiquent des avortements clandestins.

Le Ministère de la Santé malgache estime que chaque année, 75 000 femmes ont recours à l'avortement, bien qu'aucune statistique officielle n'existe. Cela revient à un avortement pour 10 naissances vivantes.

Entre 1984 et 1995, dans la maternité de Befelatanana à Antananarivo, près d'un décès maternel sur deux était imputables à un avortement clandestin d'après le CEPED (Centre Population et Développement). La majorité des victimes étaient des femmes de moins de 25 ans. L'article explique en effet que le recours à l'avortement est d'autant plus risqué pour les femmes en situation de précarité par manque de moyens pour s'offrir les services de professionnels médicaux. (21)

L'étude de Gastineau et al. estime la mortalité maternelle à 469 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 1998 et 2003 et suppose qu'il y aurait en moyenne 575 femmes qui décèderaient des suites d'un avortement clandestin chaque année. Cette même étude déclare 60% de décès imputables à l'avortement clandestin entre 1989 et 1991. (20)

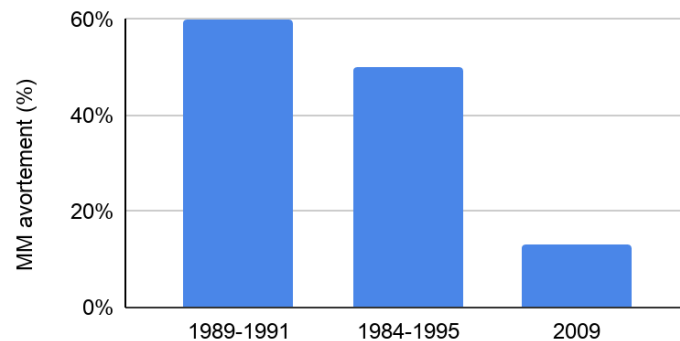
Une autre étude menée par Andriamifidison NZR et al. en 2009 dans la maternité de Befelatanana rapportait que sur 360 cas d'avortement provoqué, 15 femmes étaient décédées. Les auteurs indiquent que 13% des décès maternels sont imputables aux complications de l'avortement provoqué à Madagascar. (41)

Dans le recours à l'avortement clandestin, on retrouve ces dernières années l'expansion du marché noir de Misoprostol sur l'île malgache. Cette technique est réputée moins dangereuse et plus simple d'accès. Malgré tout, cette utilisation clandestine entraîne de nombreuses complications suite à une utilisation ou une posologie non appropriées (cf Première Partie, III.).

L'étude de Dolores et al. met en évidence l'importance de réformes législatives et politiques ainsi que la mise en place de formations des professionnels concernant les règles de prescription et d'utilisation du Misoprostol ainsi que la prise en charge des complications. (19)

Graphique 2 : Mortalité maternelle imputable à l'avortement à Madagascar entre 1991 et 2009

Mortalité maternelle imputable à l'avortement entre 1991 et 2009 à Madagascar



2. République Dominicaine

a) La législation

La République dominicaine interdit complètement l'avortement, même quand la vie de la femme est en danger, en cas de viol ou d'inceste. (34)

L'article 317 du code pénal dominicain prévoit effectivement une peine de prison allant de 6 mois jusqu'à 2 ans pour les personnes aidant les femmes à recourir à l'avortement. En ce qui concerne les femmes qui y ont recours et les personnes qui le pratiquent (qu'ils soient médecins, sage-femmes, infirmières ou pharmaciens), la peine de prison est de 5 à 20 ans.

“Art. 317 : Quiconque, par la nourriture, les concoctions, les médicaments, les sondes, les traitements ou de toute autre manière, provoque ou coopère directement pour provoquer l'avortement d'une femme enceinte, même si elle y consent, sera puni d'une peine d'emprisonnement. La même peine sera infligée à la femme qui provoque un avortement ou qui consent à se servir des substances qui lui sont indiquées ou administrées à cet effet [...]. Une peine de prison de six mois à deux ans est infligée aux personnes qui ont mis une femme enceinte en relation ou en communication avec une autre personne pour produire l'avortement, à condition que l'avortement ait été pratiqué, même si elles n'ont pas coopéré directement avec l'avorteur (médecins, chirurgiens, sages-femmes, infirmières).” (42)

Des discussions pour une réforme permettant l'avortement en cas de viol, d'inceste, de danger pour la santé de la femme (la prééclampsie est la 1^e cause de décès maternel en République Dominicaine) ou de malformation foetale grave sont en cours depuis 2 décennies, sans succès pour l'instant.

En 2000, une tentative d'extension du droit à l'avortement échoue face au poids des conservateurs. (2)

En 2010, une réforme de la constitution instaure un droit à la vie dès la conception :

“Article 37.- Droit à la vie. Le droit à la vie est inviolable de la conception à la mort. Il ne pourra être établi, prononcé, ni appliqué, en aucun cas, la peine de mort.” (82)

En 2018, le Congrès national réitère le principe de pénalisation totale de l’avortement et le Sénat valide la nouvelle version du code pénal qui prévoit de laisser en place l’article 317 criminalisant l’avortement dans toutes les circonstances. Le Président Medina souhaite quant à lui autoriser l’avortement dans 3 circonstances : mise en danger de la vie de la femme, malformation entraînant une non-viabilité du fœtus, viol ou inceste. (34,38)

b) Études et taux de décès maternel

En Amérique latine et dans la Caraïbe, trois quarts des avortements sont définis comme “à risque” par l’étude de l’Institut Guttmacher, soit 5 millions d’avortements non sécurisés chaque année. Parmi eux, 1 million seraient “très à risques”. L’avortement non sécurisé y est responsable d’au moins 10% des décès maternels et de 760 000 femmes traitées pour complications de ces avortements clandestins chaque année, soit 68 décès pour 100 000 naissances vivantes. (35)

En République dominicaine, 90 000 avortements à risques sont pratiqués chaque année et 25 000 femmes sont traitées pour complications suite à une fausse couche ou à un avortement à risque. D’après le Ministère de la Santé Publique dominicain, ces complications représentent 8% des décès maternels. Le Dr José Mordan, à la tête du département de la santé familiale au sein du Ministère de la Santé Publique, reconnaît lui-même que l’avortement clandestin est un problème de santé publique et qu’il met en péril la santé des femmes qui y ont recours. Un obstétricien de Saint-Domingue rapporte également que 10 à 12 femmes se présenteraient chaque jour aux urgences pour avortement incomplet. En 2014, on comptait 96,8 décès maternels pour 100 000 naissances. Les autorités dominicaines ont pour objectif d’atteindre un taux de 70 décès pour 100 000 naissances. (34, 38)

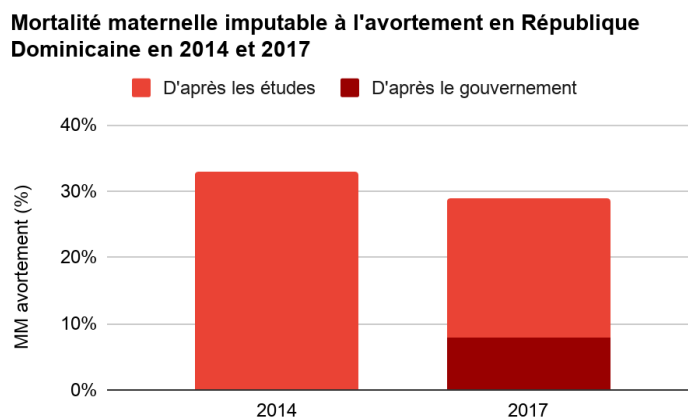
Dans leur enquête en 2018, l’ONG Human Rights Watch rapporte que les femmes projetant un recours à l’avortement veulent mettre fin à leur grossesse pour des motifs socio-économiques, d’instabilité ou de violences au sein du couple ou parce qu’elles ont déjà des enfants et ne se sentent pas capables de s’occuper d’un enfant supplémentaire. Les motifs évoqués pour une éventuelle légalisation, c’est-à-dire en cas de mise en danger de la santé de la femme ou de malformations fœtales, ne semblent donc pas appropriés pour endiguer le problème de l’avortement à risque. Ce rapport et le témoignage de Liliana Dolis, coordinatrice générale du Movimiento de Mujeres Dominicano-Haitianas (MUDHA), montrent également que les méthodes utilisées sont diverses : misoprostol par voie vaginale, infusions, privation

d'eau et de nourriture, traumatisme abdominal provoqué, serrage d'utérus, prise d'aspirine, insertion d'objets, etc... (34)

Dans une étude de 2018, le Center for Gender Studies (Centro de Estudios de Género, CEG-INTEC; avec le soutien du Ministère de la santé publique et du Fonds des Nations Unies pour la population UNFPA) a analysé six décès maternels survenus dans un hôpital de la République Dominicaine entre 2013 et 2014 : deux femmes sont mortes de septicémie suite à un avortement non sécurisé, dont une est décédée d'un choc septique suite à une perforation utérine. Un tiers des décès était dû à un avortement non sécurisé. (36)

Dans un rapport de 2017, Women's Link Worldwide (ONG luttant pour les droits humains) a documenté sept décès maternels en République dominicaine : deux femmes sont décédées d'une infection grave suite à un avortement clandestin, soit 29% des décès imputables aux complications d'un avortement. (37)

Graphique 3 : Mortalité maternelle imputable à l'avortement en République Dominicaine entre 2014 et 2017



3. Chili

a) La législation

Au Chili, l'avortement est autorisé depuis 2018 pour sauver la vie de la femme, en cas de viol ou en cas de malformation foetale. (2) Avant cela, il était prohibé en toute circonstance.

NB : nous allons ici analyser la mortalité au Chili en tant que pays à législation prohibitive car les études retrouvées datent d'avant la légalisation de l'IVG en 2018.

En 1931, suite à une action de santé publique, l'IVG est autorisée en cas de risque de décès pour la femme ou en cas de problème de santé. Cette autorisation figure dans le Code de Santé Publique.

Dans les années 1960, l'Etat met en place un programme de planification familiale afin de diminuer le taux de décès maternel et le nombre d'avortements clandestins. Ce programme, mis en place par le gouvernement de Salvador Allende, permettait toujours un avortement uniquement thérapeutique mais avec des conditions plus flexibles, puisque celui-ci était permis en cas de situation de pauvreté ou de détresse.

En 1973, sous le régime dictatorial de Pinochet, l'église prend une place prépondérante dans les décisions de l'Etat menant en 1989 au vote d'une loi abolissant l'avortement dans toutes les circonstances. (3,46)

Dans sa dernière version datant de 2010, le Code Pénal chilien prévoit une peine de prison pour la femme qui se fait avorter, les personnes qui apporteraient leur aide et celles qui pratiquent l'avortement :

“Article 344. La femme qui provoque son avortement ou consent à ce qu'une autre personne le provoque, sera punie d'une peine d'emprisonnement moindre à son maximum. Si elle le fait pour cacher sa disgrâce, elle encourt la peine d'un emprisonnement moindre à son degré moyen.

Article 345. Le médecin qui, abusant de son cabinet, provoque l'avortement ou coopère à cette activité, encourt respectivement les peines indiquées à l'article 342, majorées d'un degré.” (83)

En 2018, l'avortement est légalisé par la Loi 21.030 pour sauver la vie de la mère, en cas de viol ou en cas de malformation foetale. Mais la situation n'aurait en réalité pas tellement changé depuis : pour le cas de la protection de la vie de la femme lorsque celle-ci est en danger, l'interruption de grossesse était en réalité déjà possible auparavant dans ce cas là ; concernant le viol, l'IVG reste difficilement accessible car il faut que le personnel de santé trouve le récit de la patiente concordant avec les observations cliniques pour accepter le motif de viol. Les parents peuvent également refuser que leur fille ait recours à l'avortement. De plus, l'objection de conscience est très souvent appliquée, rendant l'accès à l'avortement toujours compliqué pour les chiliennes. En effet, plus de 30% des gynécologues obstétriciens refuseraient de pratiquer des avortements. Les chiliennes ont donc encore fréquemment recours à des méthodes non sûres. (49)

Extrait de la loi 21.030 :

“ Article 119. Par l'intermédiaire de la volonté de la femme, l'interruption de sa grossesse par un chirurgien est autorisée, dans les conditions fixées dans les articles suivants, lorsque:

- 1) La femme court un risque vital, de sorte que l'interruption de grossesse évite un danger pour sa vie.*
- 2) L'embryon ou le fœtus souffre d'une pathologie congénitale acquise ou génétique, incompatible avec une vie extra-utérine indépendante, en tout cas de nature létale.*

3) Il est le résultat d'un viol, à condition qu'il ne se soit pas écoulé plus de douze semaines de gestation. Dans le cas d'une fille de moins de 14 ans, l'interruption de grossesse peut être effectuée à condition qu'il ne se soit pas écoulé plus de quatorze semaines de gestation.” (84)

b) Etudes et taux de décès maternel

En 1960, on comptait 845 décès maternels soit 299 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Parmi ces décès, 302 étaient liés à l'avortement, soit 107 décès des suites d'un avortement pour 100 000 naissances vivantes. (15)

De 1971 à 1975, d'après l'étude de Koch et al., l'avortement représentait 35,3% des causes de décès maternel. (48)

Jusqu'en 1995, l'avortement est resté la principale cause de décès maternel. L'utilisation du Misoprostol et de la contraception ont permis d'améliorer la situation par la suite. Les avortements étaient la plupart du temps réalisés par du personnel non qualifié et coûtaient cher (entre 60 et 6000€). (3)

Dans une étude publiée en 2006, Donoso E. évoque 178 décès de femmes suite à un avortement entre 1990 et 2000 et 25 entre 2000 et 2004, c'est-à-dire 12% des décès maternels imputables à l'avortement. (16)

Koch et al. évoque un taux de décès maternel imputable à l'avortement de 6,2% entre 2003 et 2007. Il explique cette baisse non pas par la prohibition de l'avortement mais par l'amélioration du niveau d'éducation, l'accès aux soins dans des établissements de santé, l'utilisation de contraceptifs et l'amélioration du système sanitaire. Le statut juridique de l'avortement n'a, selon l'étude, pas d'influence sur le taux de mortalité. (48)

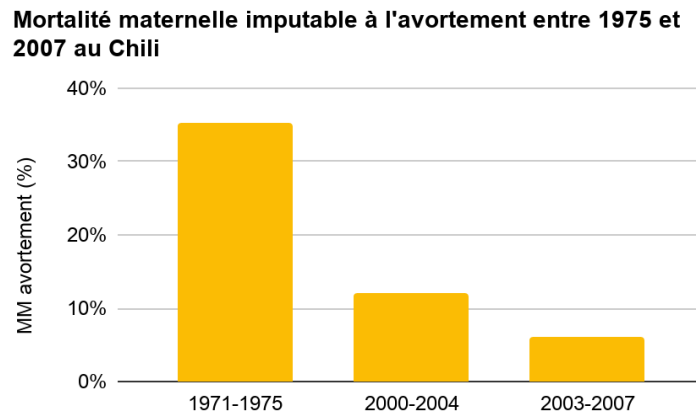
En 2005, il y a eu 48 décès maternels, soit 19,8 décès pour 100 000 naissances vivantes, dont 2 décès étaient dus à un avortement, soit 0,8 décès imputables à l'avortement pour 100 000 naissances vivantes. (15)

D'après le Ministère chilien de la santé, en 2008, 33 000 femmes ont été hospitalisées suite à des complications post-avortement. (47)

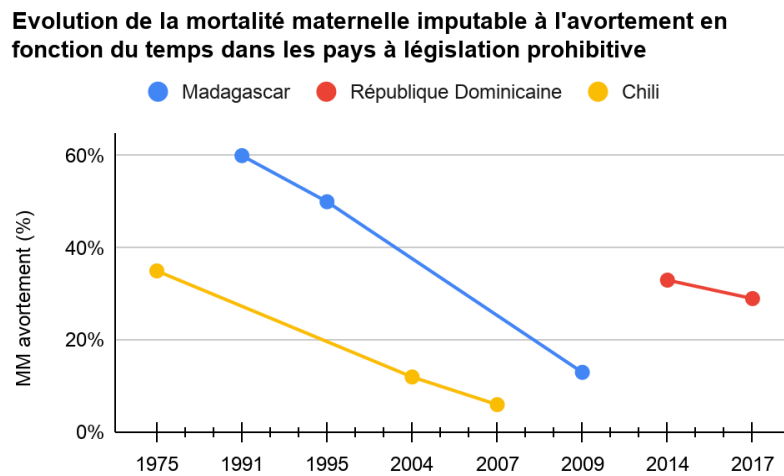
Néanmoins, il y a des risques pour que ces chiffres soient sous-estimés du fait de la méthode d'enregistrement des décès. En effet, certaines femmes sont recensées comme étant décédées suite à une hémorragie ou une septicémie, sans préciser qu'elles avaient eu recours à l'avortement. (13,15)

L'Institut Guttmacher estime que 200 000 avortements à risque ont lieu chaque année au Chili. (46)

Graphique 4 : Mortalité maternelle imputable à l'avortement au Chili entre 1975 et 2007



Graphique 5 : Evolution de la mortalité maternelle imputable à l'avortement dans les pays à législation prohibitive



B. Pays à législation restrictive

1. Cameroun

a) La législation

Au Cameroun, l'avortement est autorisé pour sauver la vie de la femme et protéger sa santé physique ou mentale, ainsi qu'en cas de viol. (2)

L'article 337 du Code Pénal camerounais définit les peines encourues en cas de non respect de la loi : jusqu'à un an de prison et 200 000 francs CFA d'amende (soit environ 305 €) pour les femmes qui avortent, jusqu'à 5 ans de prison et 2 millions de francs CFA (soit environ 305 000 €) pour celui qui le pratique.

“ 1. Est punie d'un emprisonnement de quinze jours à un an et d'une amende de cinq mille à deux cent mille francs ou de l'une de ces deux peines seulement, la femme qui se procure l'avortement à elle-même ou qui y consent.

2. Est puni d'un emprisonnement de un à cinq ans et d'une amende de cent mille à deux millions de francs, celui qui, même avec son consentement, procure l'avortement à une femme.

3. Les peines de l'alinéa 2 sont doublées:

a) à l'encontre de toute personne qui se livre habituellement à des avortements ;

b) à l'encontre d'une personne qui exerce une profession médicale ou en relation avec cette profession.” (43)

b) Etudes et taux de décès maternel

De nombreux avortements sont réalisés clandestinement par des personnes extérieures au milieu médical avec des techniques à risques. La plupart des complications surviennent suite à des avortements réalisés par les femmes elles-mêmes ou par des personnes non formées.

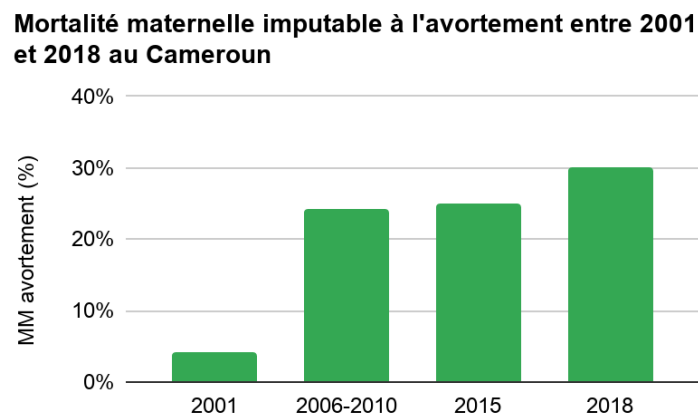
D'après une étude de A. Guillaume réalisée en 2005, 40% des avortements seraient auto-pratiqués et 51% seraient réalisés par des personnels de santé. A. Guillaume évoque un taux de décès maternel associé à l'avortement de 4,1 % en 2001. (23)

Mais d'autres études évoquent des chiffres plus alarmants. Selon une étude de 2015 de Tebeu et al. menée à l'hôpital universitaire de Yaoundé, capitale du pays, 25% des décès maternels observés survenaient à la suite d'un avortement à risque par sepsis ou hémorragie massive. Les complications de l'avortement sont alors la deuxième cause de décès maternel à Yaoundé derrière l'hémorragie de la délivrance. (44)

Dans une autre étude publiée en 2017 et analysant les causes de décès maternels dans trois hôpitaux de Yaoundé entre 2006 et 2010, Kamga et al. retrouvent 24,2% des décès maternels imputables aux suites d'avortements (clandestins la plupart du temps). Les étiologies majoritairement retrouvées sont l'hémorragie et l'infection post-abortum. Ici aussi, les complications de l'avortement représentent la deuxième cause de décès maternel. (24)

Enfin, selon Leke et al. dans une étude publiée en 2018, 30% des avortements contribueraient aux chiffres des décès maternels. Cette étude estime que chaque année au Cameroun, 70 000 femmes meurent de complications suite à un avortement provoqué. (45)

Graphique 6 : Mortalité maternelle imputable à l'avortement au Cameroun entre 2001 et 2018



2. Argentine

a) La législation

Jusqu'au 14 janvier 2021, en Argentine, l'avortement n'était autorisé qu'en cas de mise en danger de la vie de la femme, pour protéger sa santé physique ou mentale ou en cas de viol. Jusqu'en 2012, l'exception du viol n'était retenu qu'en cas de troubles mentaux associés. (2)

D'après le code pénal argentin de 1921, articles 85 et 86, l'avortement est passible d'une peine de prison s'il n'est réalisé dans aucune des circonstances citées précédemment :

“ARTICLE 85. - Celui qui provoque un avortement sera réprimé:

1° Par un isolement ou une peine de prison de trois à dix ans, s'il agit sans le consentement de la femme. Cette peine peut être augmentée jusqu'à quinze ans, si l'acte est suivi de la mort de la femme.

2° Par un isolement ou une peine de prison de un à quatre ans, s'il agit avec le consentement de la femme. La peine maximale est de six ans si l'acte est suivi de la mort de la femme.

ARTICLE 86. - Les médecins, chirurgiens, sages-femmes ou pharmaciens qui abusent de leur science ou de leur art pour provoquer un avortement ou y coopérer encourront les peines prévues à l'article précédent et subiront également une récusation spéciale du double de la peine s'ils le provoquent.

L'avortement pratiqué par un médecin agréé avec le consentement de la femme enceinte n'est pas punissable:

1° Si cela a été fait pour éviter un danger pour la vie ou la santé de la mère et si ce danger ne peut être évité par d'autres moyens.

2° Si la grossesse résulte d'un viol ou d'une attaque à la pudeur commis sur une femme idiote ou folle. Dans ce cas, le consentement de votre représentant légal doit être requis pour l'avortement.” (84)

Le 14 juin 2018, la chambre basse argentine a voté, à 129 voix pour et 125 voix contre, l'autorisation de l'IVG jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée. Mais le 9 août 2018, le Sénat a rejeté le projet de loi à 38 voix contre 31. (79)

Le 11 décembre 2020, les députés ont à nouveau voté le projet de loi. Le 30 décembre 2020, les sénateurs ont adopté le texte de loi à 38 voix contre 29, légalisant ainsi l'avortement jusque 14 semaines d'aménorrhée. La loi a été promulguée le 14 janvier 2021.

b) Études et taux de décès maternel

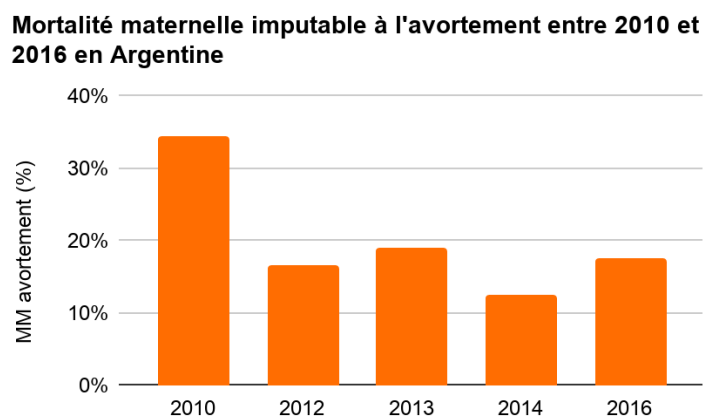
NB : Nous étudions ici les chiffres de la mortalité avant la légalisation de l'IVG dans toutes les circonstances jusqu'à 14 SA. Nous analysons donc la mortalité maternelle imputable à l'avortement dans le contexte d'une législation restrictive (et non libérale).

Chaque année en Argentine, 372 000 à 520 000 avortements avaient lieu dans la clandestinité, et officiellement une cinquantaine en mouraient. Il s'agit de la première cause de mortalité dans certaines provinces. (79)

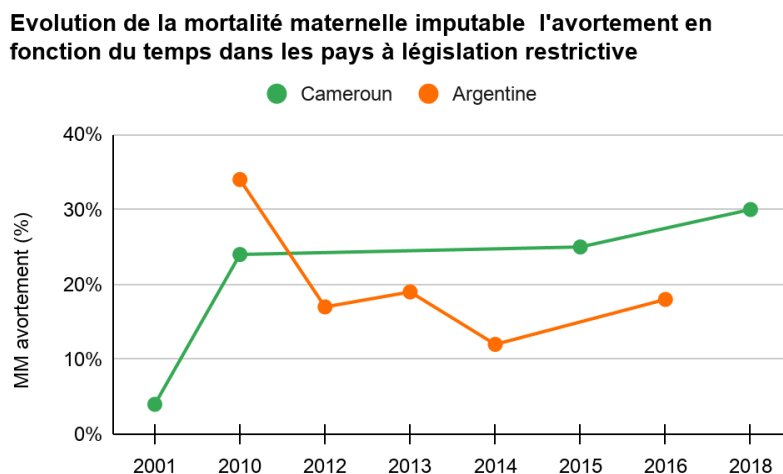
Dans une étude de Matia et al. réalisée dans la province de Buenos Aires, l'application du modèle uruguayen, à savoir l'accès légal à l'IVG dans des centres médicaux et le développement des soins primaires (utilisation de la technique par aspiration par des médecins et des sage-femmes formés; cf Deuxième Partie, II.C.2.) a permis de réduire la mortalité maternelle par avortement de deux tiers entre 2010 et 2014, passant de 34,4% à 12,6% de décès maternels dus à l'avortement, soit 43 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2010 et 29 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2014. (73,74,80)

D'après Critto M.E. dans un article de 2018, le taux de décès maternels imputable à l'avortement était de 17,55% en 2016, soit 5,91 décès pour 100 000 naissances vivantes. (67)

Graphique 7 : Mortalité maternelle imputable à l'avortement en Argentine entre 2010 et 2016



Graphique 8 : Evolution de la mortalité maternelle imputable à l'avortement dans les pays à législation restrictive



C. Pays à législation libérale

1. France

a) La législation

L'IVG est autorisé en France quelque soit le motif jusqu'à 14 SA et sans limite de temps en cas de mise en danger de la santé de la femme ou de maladie grave ou reconnue incurable pour l'enfant à naître. (2)

L'avortement a pendant longtemps été criminalisé et condamné par la politique et la justice française. En effet, en 1810, le Code civil de Napoléon Ier reconnaît l'avortement comme un crime. En 1920, la

politique nataliste émergeant suite à la première guerre mondiale conduit à l'interdiction de l'interruption de grossesse et de l'usage de contraceptifs en vue d'une éventuelle nouvelle guerre contre l'Allemagne. En 1942, le gouvernement du Maréchal Pétain reconnaît l'avortement comme un crime contre l'Etat passible de la peine de mort. En témoigne l'exécution de Marie-Louise Giraud en 1943, pour avoir pratiqué des avortements. Cette même année, Simone de Beauvoir publie *Le deuxième sexe*, livre dans lequel elle décrit les techniques d'avortements clandestins.

En 1967, la loi Neuwirth paraît au Journal Officiel : la contraception est légalisée.

En 1971 paraît le Manifeste des 343 signé par 343 femmes du milieu du spectacle, de la littérature ou encore de la politique qui déclarent avoir eu recours à l'avortement et qui réclament sa légalisation.

En 1972 a lieu le procès de Bobigny : suite à un procès fortement médiatisé, l'avocate Gisèle Halimi fait acquitter une jeune fille de 17 ans ayant avorté à la suite d'un viol. Dans le même temps se développe et se diffuse la méthode Karman, moins dangereuse, qui consiste à aspirer le contenu utérin à l'aide d'une canule et d'une seringue. La méthode sera notamment utilisée au sein du MLAC (Mouvement pour la Libération de l'Avortement et de la Contraception). (28)

En 1973 paraît dans Le Nouvel Observateur le Manifeste des 331 dans lequel 331 médecins déclarent pratiquer des avortements.

C'est en 1975 qu'est promulguée la loi Veil suite à des débats houleux à l'Assemblée nationale. La contraception est totalement libéralisée et l'interruption volontaire de grossesse est légalisée jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée. Beaucoup de médecins appliquent néanmoins la clause de conscience et l'accès à l'avortement reste difficile. (29)

“Loi n°75-17, Journal Officiel : Art. L. 162-1. — La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la dixième semaine de grossesse” (54)

En 1982, l'IVG est remboursée par la sécurité sociale suite à la loi Roudy.

En 1984, l'embryon et le fœtus sont qualifiés de “personne potentielle” mais le législateur exclut la création d'un statut juridique pour l'embryon afin de ne pas entraver l'accès à l'IVG.

La loi Neiertz inclut le délit d'entrave à l'IVG dans la législation de 1993 et l'obligation d'obtenir une autorisation parentale pour les mineures est supprimée en 2001. Les jeunes filles mineures doivent alors simplement être accompagnées par une personne majeure. La notion de détresse est également abolie en 2014 et le délai de réflexion obligatoire de 7 jours en 2017. (2,29)

b) Etudes et taux de décès maternel

Dans une étude menée par A. Landry en 1936 dans laquelle il estime le nombre de décès puerpéraux en fonction du risque de mourir lors d'un accouchement et lors d'un avortement (le recensement des causes

de décès maternels ne se faisait pas à l'époque), il dénombre 254 000 avortements cette année-là, soit deux cinquièmes des naissances vivantes. Il calcule un risque de un décès tous les 160 avortements et estime que 48% des décès puerpéraux surviennent suite à un avortement. (58)

En 1956, on estime à 800 000 le nombre d'avortements non sécurés annuels et à 10 000 le nombre de décès de femmes suite aux avortements clandestins. Par l'usage de la méthode Karman, on observe une baisse de la mortalité maternelle imputable à l'avortement dès l'année 1972, soit trois ans avant sa légalisation. (28)

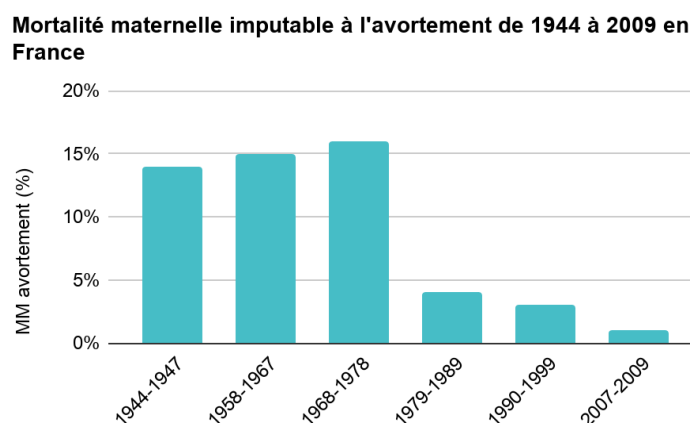
L'étude de Bergouan et al. publiée en 2005 nous donne un panorama du taux de décès maternel imputable à l'avortement de 1944 à 1999 : il était de 13,6% entre 1944 et 1947, 15% entre 1958 et 1967, 15,7% entre 1968 et 1978, 4,2% entre 1979 et 1989, et 3,3% entre 1990 et 1999. (85)

Entre 2007 et 2009, la mortalité maternelle consécutive à l'avortement était de 0,8% d'après Saucedo et al. (55)

Aujourd'hui, on dénombre 220 000 avortements par an en France. Une femme sur trois y a recours au cours de sa vie. (2, 29)

D'après l'étude de Vigoureux, le risque de décès suite à une IVG est aujourd'hui égal au risque de décès suite à une fausse couche spontanée, soit 0,7 pour 100 000 femmes et le risque de complication majeure est de moins de 1%. (56)

Graphique 9 : Mortalité maternelle imputable à l'avortement en France entre 1944 et 2009



2. Uruguay

a) La législation

L'avortement est autorisé à la demande jusque 14 SA en Uruguay. (2)

Jusqu'en 2001, l'avortement y était illégal sauf en cas de danger pour la vie de la femme, d'extrême pauvreté ou de "mise en danger de l'honneur du mari" (en cas d'adultère), mais ces motifs n'étaient que très peu appliqués. (51)

Les femmes ont néanmoins eu accès à l'IVG entre 1934 et 1938 sous la dictature de Gabriel Terra après la publication du nouveau code pénal de 1933. L'avortement était alors couramment utilisé comme moyen de régulation des naissances et le gouvernement souhaitait qu'il soit dépénalisé afin qu'il soit réalisé par des professionnels formés et avec le moins de risques de complications possible. Mais sous la pression des catholiques de l'Union Civique et le Parti Blanc (parti national), il a de nouveau été pénalisé en 1938. (86)

Lors de l'année 2001, suite au décès d'une femme ayant avorté clandestinement, un groupe de médecin du centre hospitalier Pereira Rossell à Montevideo crée un modèle de prise en charge pour que les femmes puissent bénéficier d'un avortement à bas risque : ce modèle reposait sur la formation des professionnels de santé, la pluridisciplinarité de la prise en charge des femmes, des campagnes d'information auprès des femmes mais aussi à l'échelle académique et politique, la mise en place de services de santé sexuelle et reproductive, ou encore l'utilisation de Misoprostol à domicile. Cette expérience a permis une réduction de la mortalité maternelle et des complications sévères au sein de cet hôpital, et la méthode a été recommandée par les associations professionnelles du pays puis adoptée au niveau national. En effet, de 2001 à 2012 a été mis en place le programme *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo* (ISCAPCR) dans le but de réduire les risques et dommages causés par les avortements non sécurisés. Cette initiative, soutenue par la Fédération Internationale des Gynécologues-Obstétriciens (FIGO), basée sur l'engagement des professionnels de santé et la prise de conscience de l'impact du problème sur la santé des femmes a conduit à la dépénalisation de l'avortement en 2012. (2, 51, 52)

En 2012 est donc promulguée la loi autorisant l'IVG jusque 14 SA, et même jusque 16 SA en cas de viol, et sans limite de temps en cas de danger pour la vie de la mère ou de malformations fœtales non viables.

"Loi n°18.987 : Article 2. (Décriminalisation) .- L'interruption volontaire de grossesse ne sera pas sanctionnée et par conséquent les articles 325 et 325 bis du Code pénal ne seront pas

applicables, dans le cas où la femme remplit les conditions établies dans les articles suivants et est effectuée pendant les douze premières semaines de grossesse.

Article 3. (Exigences) .- Dans le délai fixé à l'article précédent de cette loi, la femme doit se rendre à une consultation médicale devant une institution du Système National Intégré de Santé, afin d'informer le médecin des circonstances découlant des conditions dans lesquelles une conception a eu lieu, des situations de difficultés économiques, sociales ou familiales ou d'âge qui, à son avis, l'empêchent de poursuivre la grossesse en cours." (86)

La femme doit voir un médecin, un travailleur social et un professionnel de la santé mental, puis il y a un délai de réflexion de cinq jours, et enfin elle voit lors d'une troisième consultation un gynécologue qui effectue le geste chirurgical ou prescrit la procédure médicamenteuse. Une quatrième consultation permet ensuite de vérifier qu'aucune complication n'est survenue ainsi que de prescrire une contraception. Le recours par le professionnel à la clause de conscience est possible, et 50% des professionnels y auraient recours dans la capitale uruguayenne Montevideo. (51, 53)

b) Etudes et taux de décès maternel

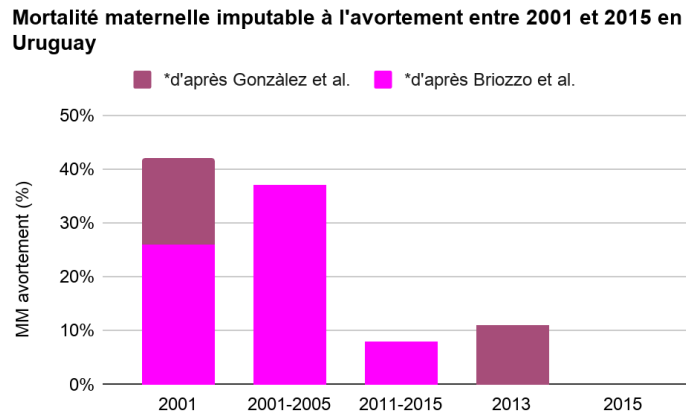
Dans les années 1990, l'avortement non sécurisé était considéré comme la principale cause de mortalité maternelle en Uruguay. (2)

En 2001, les complications de l'avortement non sécurisé contribuaient pour 25,8% des décès maternels. Plus dramatique encore, chez les femmes en situation de précarité, 50% des décès maternels étaient dus à l'avortement à risque. (50)

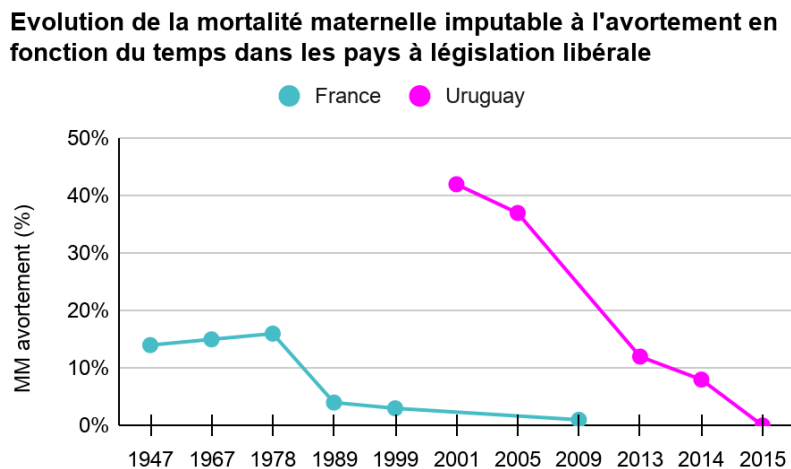
D'après une étude de Briozzo et al., on observait 37,3% de décès maternels liés à l'avortement entre 2001 et 2005 contre 8,1% entre 2011 et 2015. Entre 1995 et 2015, la mortalité maternelle a diminué de 59,5%. L'étude conclut sur le fait que la diminution des risques liés à l'avortement non sécurisé (par utilisation de la méthode médicamenteuse et la diffusion d'une politique de santé publique d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive par l'éducation) puis la dépénalisation de l'avortement ont permis une diminution significative des décès maternels. (12)

Dans une autre étude de González et al., en 2001 on comptait 42% de décès maternels dus à l'avortement alors qu'en 2013 on en comptait 12%, et même 0% en 2015, ceci grâce à une politique de réduction des risques (formation, technique utilisée...) et à la dépénalisation qui a permis d'homogénéiser les soins sur le territoire. (68)

Graphique 10 : Mortalité maternelle imputable à l'avortement en Uruguay entre 2001 et 2015



Graphique 11 : Evolution de la mortalité maternelle imputable à l'avortement dans les pays à législation libérale



D. Les Etats-Unis : un cas particulier

La législation américaine en matière d'avortement est singulière : en effet, alors que le droit américain permet le recours à l'avortement, chaque Etat applique sa propre réglementation, entraînant ainsi une grande disparité d'accès à l'IVG sur l'ensemble du territoire américain.

1. La législation

Le XIV^e amendement de la constitution américaine de 1868 garantit le droit à la vie privée. En 1973, la Cour Suprême a statué sur le fait que ce droit s'étendait au droit des femmes d'avorter au premier trimestre de grossesse : c'est l'arrêt *Roe vs. Wade* 410 U.S. 113. (61, 63)

En 1992, les Etats ont le droit d'apporter des restrictions à l'accès à l'avortement. En effet, l'arrêt *Planned Parenthood v. Casey* stipule:

“Une personne conserve le droit d’avoir un avortement, établi par Roe v. Wade, mais l’intérêt impérieux de l’Etat à protéger la vie d’un enfant à naître signifie qu’il peut interdire l’avortement d’un fœtus viable en toutes circonstances, sauf lorsque la santé de la mère est en danger.” (64)

Les Etats-Unis présentent donc des législations différentes sur l'ensemble de son territoire : libérale ou restrictive. En conséquence, l'accès à l'avortement est compliqué dans plusieurs Etats du fait des restrictions : (29,61)

- 33 Etats ajoutent l'obligation d'avoir une autorisation des parents ou de l'époux pour pouvoir avorter ;
- dans le Mississippi, le Nebraska ou encore le Missouri, bien que l'avortement soit autorisé, il n'y a pas de clinique pratiquant des interruptions de grossesse : les centres d'orthogénie sont de moins en moins nombreux aux Etats-Unis alors qu'ils sont responsables de 91% de l'offre de soins en terme d'avortement (par comparaison aux centres hospitaliers). La plupart se trouvent dans les grandes villes. 37% des métropoles américaines ne possèdent pas de centre d'orthogénie. En conséquence, 8% des patientes sont obligées de voyager plus de 100 miles (soit plus de 160 km) pour avoir accès à un avortement sécurisé ;
- le système de santé américain ne prend pas en charge les soins, ajoutant une barrière financière : par exemple, le Texas a exclu l'avortement des motifs de prise en charge par les assurances maladies privées et publiques ;
- les centres d'orthogénie sont régulièrement la cible des pro-life qui vandalisent et font des *picketing* (protestation où les activistes empêchent l'accès au bâtiment en formant des chaînes humaines, en s'asseyant ou s'allongeant au sol etc...) ;
- sur les 50 Etats américains, 28 sont engagés dans des démarches de limitation de l'accès à l'avortement.

En 2006 et 2008 un projet de loi visant à interdire l'avortement en Dakota du Sud a été rejeté par référendum citoyen. (88)

En 2018, le projet de loi “House Bill 565” a été déposé à la chambre des représentants de l’Ohio : il projette d’élargir la notion de “personne” à “tout être humain à naître”, ce qui reviendrait à considérer la pratique de l’avortement comme un homicide dès la présence de battements cardiaques. Les personnes pratiquant des avortements seraient alors passibles de la peine de mort. Cette proposition de loi ne prévoit aucune exception en cas de mise en danger de la vie de la femme, de viol ou d’inceste. La mesure a été annulée par un juge car considérée comme inconstitutionnelle et allant à l’encontre de la jurisprudence de la Cour Suprême, c’est-à-dire de l’arrêt *Roe v. Wade*. (89, 90)

En 2019, la loi anti-avortement la plus répressive des Etats-Unis est adoptée en Alabama. Elle condamne les médecins pratiquant l’avortement à 99 ans de prison et ne fait aucune exception pour les femmes victimes de viol ou d’inceste. Depuis, le Mississippi, le Kentucky, l’Ohio, la Georgie, la Louisiane et l’Arkansas ont également adopté une législation plus répressive :

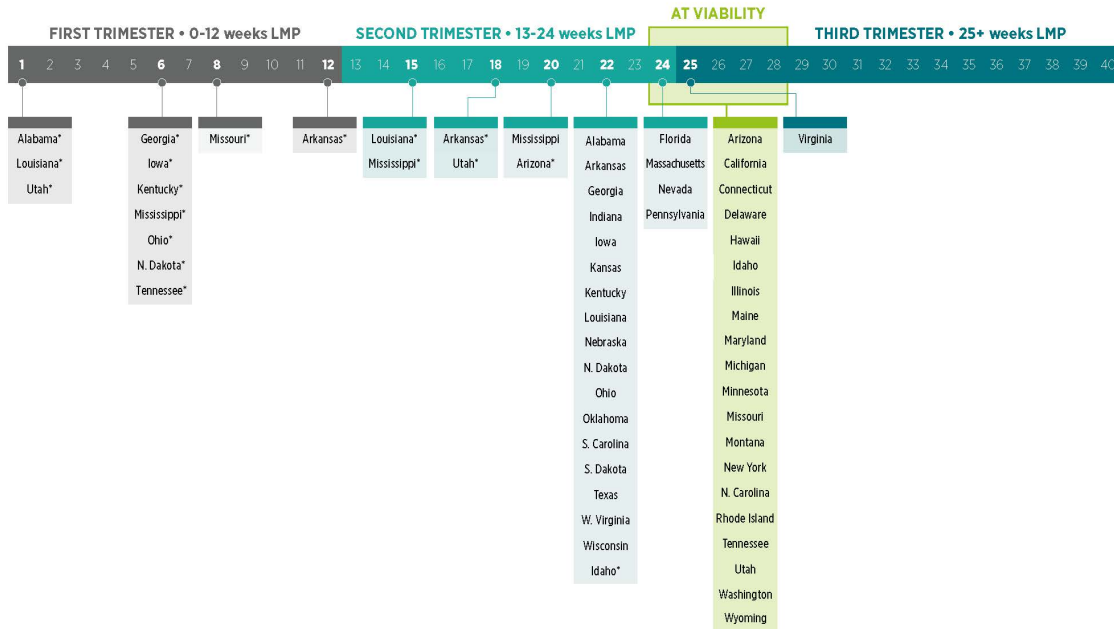
- le Missouri interdit l’avortement après 8 SA, il n’y reste plus qu’une clinique pratiquant les IVG qui menace de fermer par non renouvellement de leur autorisation à pratiquer par l’Etat ;
- la Louisiane, la Georgie, l’Iowa, le Kentucky, le Mississippi, l’Ohio, le Dakota du Nord et le Tennessee l’interdisent dès la présence de battements cardiaques chez l’embryon, soit environ 6 SA ; (29)
- en mars 2021, l’Arkansas a adopté une loi prohibant l’avortement dans toutes les circonstances sauf la mise en danger de la vie de la mère, devant être mise en application durant l’été 2021 (92)

Néanmoins, ces dispositions législatives évoluent régulièrement : des recours contre les restrictions sont en cours dans de nombreux Etats au nom de l’arrêt *Roe v. Wade*. (87)

Résumé des limites d’âge gestationnel pour accéder à l’IVG pour chaque Etat :

NB : les Etats avec une astérisque présentent un délai non appliqué pour le moment car en cours de débat et de procédure judiciaire*

State abortion bans by gestational age



Laws in effect as of 7/15/20.

* Bans not in effect due to ongoing or resolved litigation.

All gestational ages listed use the medical standard for pregnancy dating, which is based on the patient's last menstrual period (LMP).

Some state laws consider "fertilization" the point when pregnancy begins; it is two weeks after LMP. As a result, a ban at 20 weeks postfertilization equates to a ban at 22 weeks LMP. Viability is a medical determination based on whether a fetus can survive outside the womb. This point varies by pregnancy; a fetus generally reaches viability between 24 and 28 weeks.

En plus des restrictions législatives, l'accès aux thérapeutiques de l'IVG médicamenteuse a été restreint également : en 2000, la FDA (Food and Drug Administration) émet des restrictions d'utilisation du Misoprostol. La seule indication d'utilisation émise par la FDA est celle de l'ulcère gastrique alors qu'il s'agit d'un médicament efficace, avec peu de complications et peu coûteux alors très utilisé pour les interruptions volontaires de grossesse et le traitement des fausses couches précoces. Cependant, en juillet 2020, le tribunal fédéral a estimé que ces restrictions ne pouvaient pas être imposées pendant la pandémie de COVID-19. (65, 66)

2. Etudes et taux de décès maternel

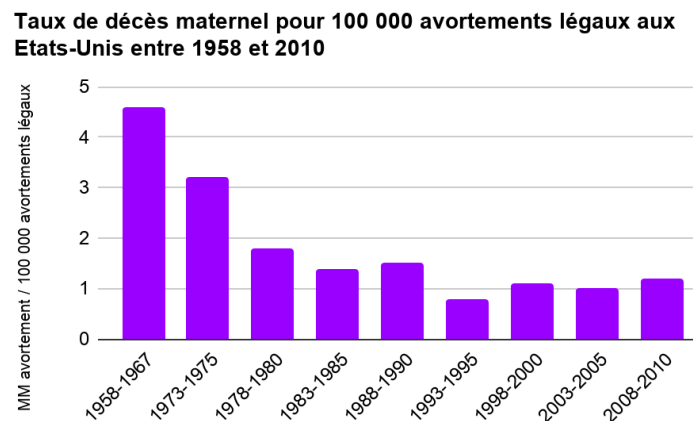
Entre 1958 et 1967, plus de 3400 femmes sont mortes suite à un avortement clandestin. En 1967, on comptait 4,6 décès maternels pour 100 000 procédures d'avortements légaux. (61, 62)

Entre 1998 et 2010, on comptait 0,7 décès pour 100 000 avortements en moyenne, allant jusqu'à 1,1 décès pour 100 000 pour les femmes noires. Les décès étaient majoritairement dus à une infection ou une hémorragie et survenaient préférentiellement lorsque l'avortement était pratiqué après 15 SA. (60)

Dans une étude de Henshaw SK. de 2009, on comptait 4 à 12 décès par an suite à un avortement. Cette étude indique également que le taux de décès a chuté suite à la légalisation de l'avortement passant de 251 en 1966 à 14 en 1976, et que des complications post-abortum ont pu être prévenues. (61)

En 2005, 82,4% des avortements sur des grossesses de moins de 10 SA se faisaient par aspiration et seulement 15% par méthode médicamenteuse, augmentant le risque de complications selon les recommandations de l'OMS (voir Première Partie, III.). (61)

Graphique 12 : Mortalité maternelle imputable à l'avortement aux Etats-Unis entre 1958 et 2010



E. Autres facteurs influençant la mortalité post-abortum

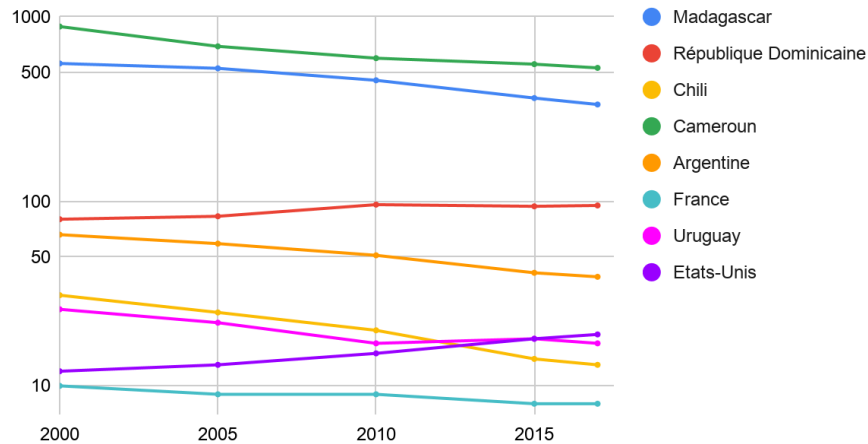
Comme le précise l'OMS dans son rapport de 2019, les complications de l'avortement non sécurisé sont évitables par l'accès légal à un avortement médicalisé mais aussi par l'accès à la contraception, à une éducation sexuelle et à des soins efficaces en cas de complications. (1)

Nous pouvons donc explorer d'autres pistes permettant d'expliquer la chute de la mortalité maternelle dans les pays étudiés telles que la couverture contraceptive, la performance du système de santé et les moyens disponibles pour la prise en charge des patientes que l'on peut évaluer grâce au PIB, ainsi que les différentes mesures mises en place en terme de contraception, d'éducation sexuelle, de formation des

professionnels ou encore de techniques utilisées pour l'interruption de grossesse et leur impact sur l'évolution de la mortalité maternelle imputable à l'avortement.

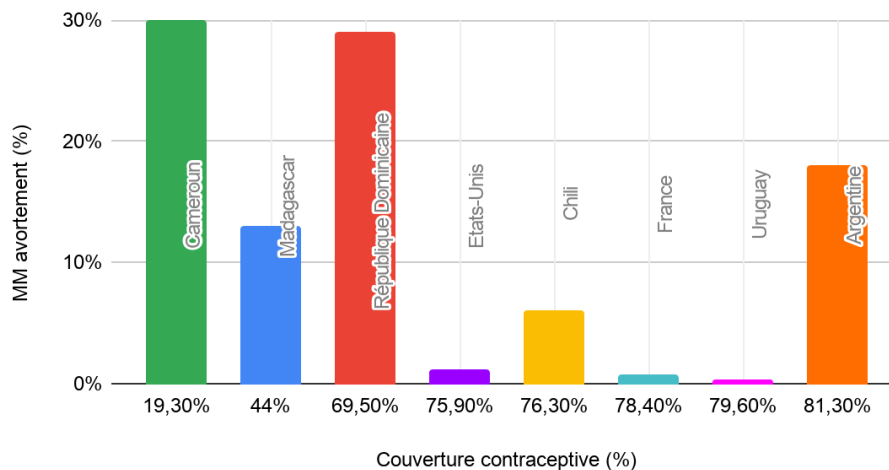
Graphique 13 : Courbes évolutives de la mortalité maternelle toutes causes obstétricales confondues entre 2000 et 2017, source : OMS (75)

Evolution de la mortalité maternelle toutes causes obstétricales confondues (décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) entre 2000 et 2017 (d'après l'OMS)

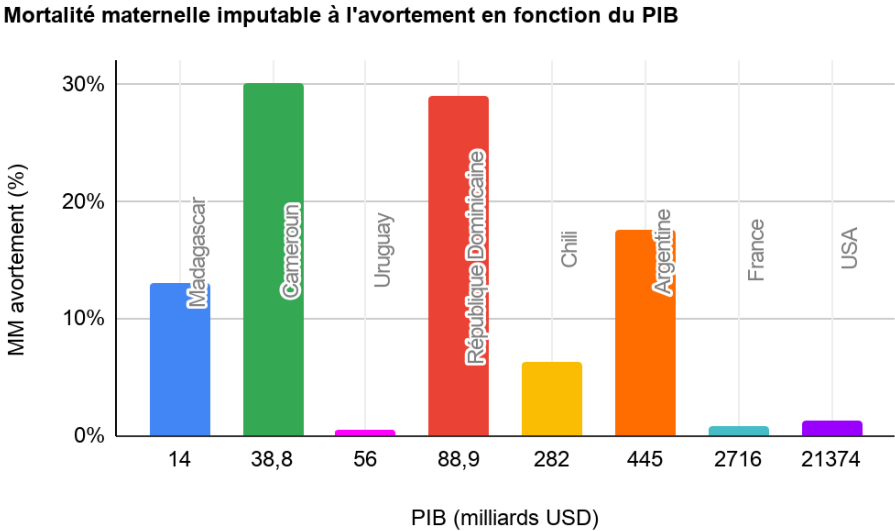


Graphique 14 : Mortalité maternelle imputable à l'avortement en fonction de la couverture contraceptive (81)

Taux de mortalité maternelle imputable à l'avortement en fonction de la couverture contraceptive du pays

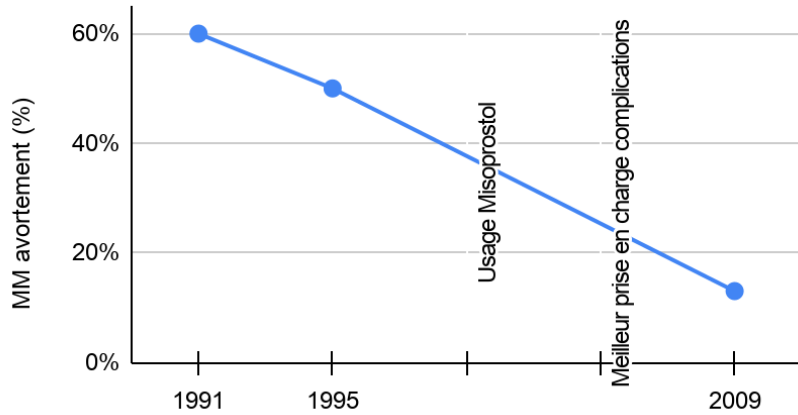


Graphique 15 : Taux de mortalité maternelle imputable à l'avortement en fonction du PIB (11)

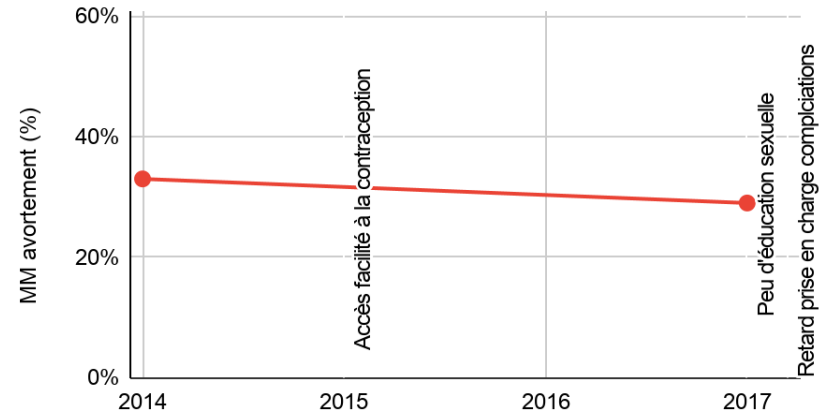


Graphique 16 : Courbes évolutives de la mortalité maternelle post-abortum des pays analysés en fonction de l'évolution de la loi et des autres facteurs influençants

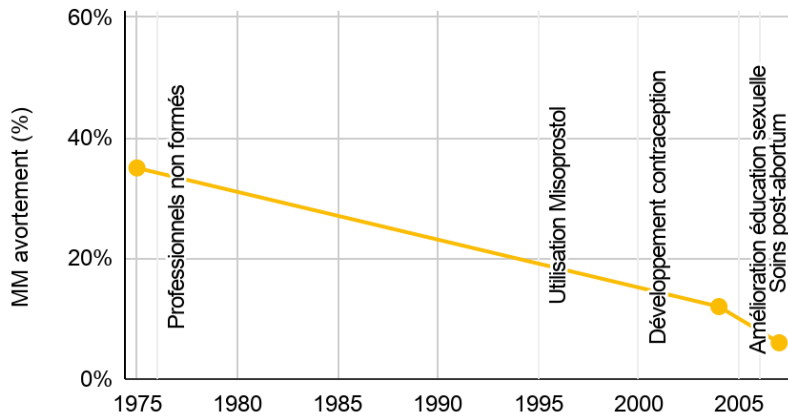
Madagascar (20,21)



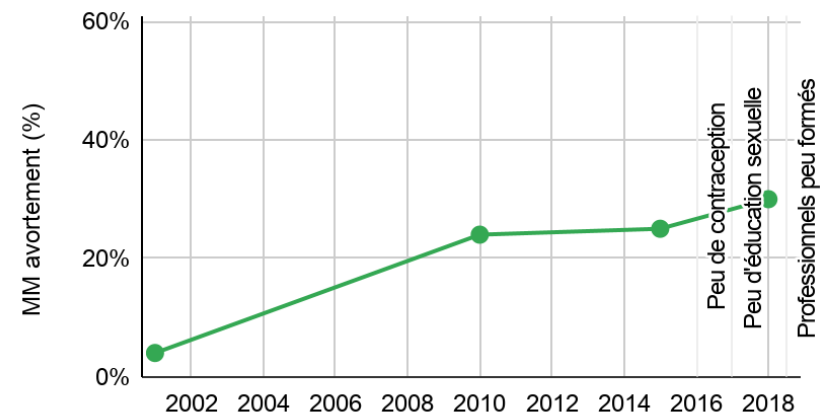
République Dominicaine (34)



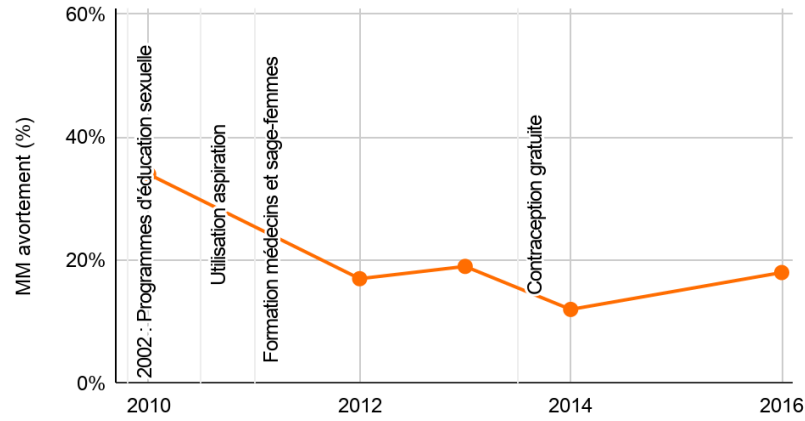
Chili (3,15,16)



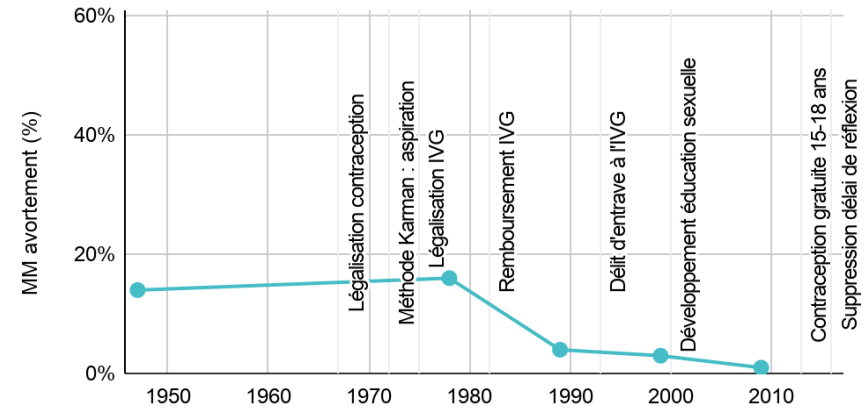
Cameroun (23, 24, 25, 26, 45)



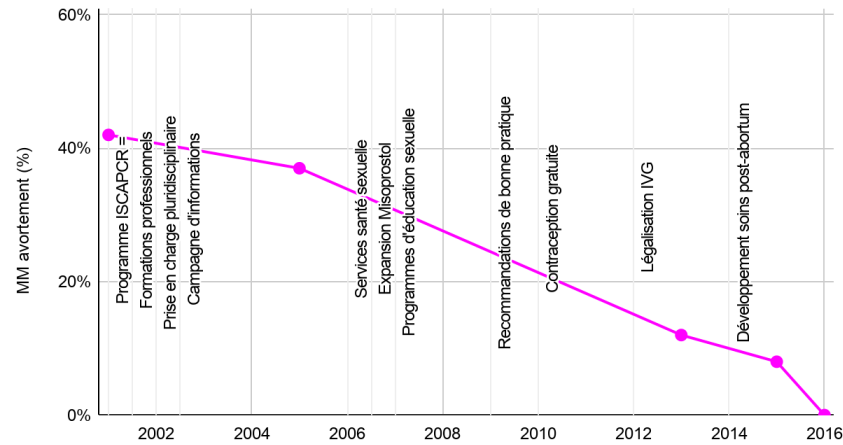
Argentine (73, 74, 79, 80)



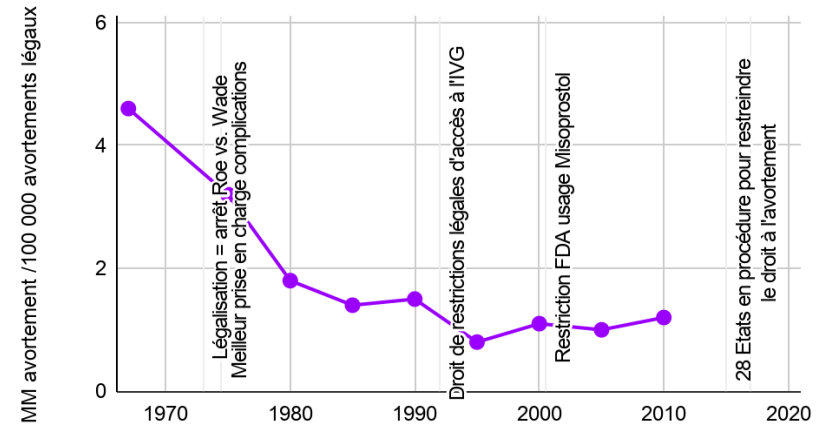
France (9, 69, 70, 71)



Uruguay (12, 13, 51, 52, 91)



Etats-Unis (59, 61)



TROISIÈME PARTIE
DISCUSSION

Analyse des résultats et discussion

Il y a globalement plus de décès dans les pays où l'avortement est interdit ou restreint mais la variabilité entre les pays du taux de mortalité imputable à l'avortement est très grande. Le type de loi restrictive ou prohibitive ne permet pas de prédire le taux de mortalité maternelle imputable à l'avortement.

Seule une législation libérale semble influencer le taux de décès maternel.

Il semble que la baisse de la mortalité maternelle imputable à l'avortement est possible grâce à une concordance de plusieurs facteurs tels que ceux énoncés précédemment : la législation, l'accès à la contraception, à une éducation sexuelle, la prise en charge des complications, l'amélioration du système de soins, la technique utilisée ou encore la formation des professionnels.

Les pays étudiés ayant une législation libérale, c'est-à-dire la France et l'Uruguay, possèdent les taux de mortalité les plus faibles. Bien que que l'Uruguay présente une mortalité post-abortum très faible, voire même nulle, on remarque que ce n'est pas la libéralisation de l'IVG qui a initié la chute de la mortalité, contrairement à la France ou aux Etats-Unis (cf graphique 16).

Les pays ayant une législation restrictive (le Cameroun et l'Argentine) présentent des taux de mortalité maternelle peu différents des pays à législation prohibitive. Autoriser l'avortement dans des conditions restreintes n'a donc que peu d'influence. En effet, les motifs d'autorisation d'accès à l'IVG (la mise en danger de la santé de la femme et le viol) ne concernent qu'un nombre très restreint de femmes, puisqu'ils ne permettent qu'à très peu de femmes en plus d'avoir accès à l'avortement. La situation est donc très similaire aux pays à législation prohibitive.

Le Chili et Madagascar, qui proscrivent totalement l'avortement, ont mis en place des choses pour la contraception, l'éducation sexuelle ou l'accès aux soins et possèdent des taux de mortalité plus faibles que le Cameroun et l'Argentine qui autorisent l'avortement dans un cadre restreint.

Si la loi n'influence que peu le taux de mortalité maternelle, cela veut dire qu'il existe d'autres facteurs influençant la mortalité post-abortum. Les pays ayant des taux de mortalité maternelle faibles mettent les moyens pour mettre en place des mesures pour l'accès à la contraception, la mise en place de programmes d'éducation sexuelle et pour améliorer l'accès aux soins en cas de complications post-abortum notamment.

Nous avons ainsi pu mesurer la couverture contraceptive de chaque pays et évaluer l'existence éventuelle d'un lien avec le PIB qui est un reflet des moyens et ressources dont dispose un pays pour mettre en place des mesures pour l'amélioration de la santé et du système sanitaire national. Les pays ayant un PIB plus

élevé ou une couverture contraceptive forte présentent des taux de mortalité plus faibles. Mais cela ne suffit pas (l'Argentine a un taux de mortalité élevé bien qu'une couverture contraceptive forte et un PIB élevé).

Concernant la contraception, on observe une bonne couverture contraceptive en République Dominicaine, au Chili, en Argentine, en France, en Uruguay et aux Etats-Unis où les taux d'utilisation de contraceptifs sont supérieurs à 70%. (voir graphique 14)

En effet, les systèmes de santé dominicain, argentin, français et uruguayen permettent l'accès à des contraceptifs tels que le préservatif, la pilule, l'implant, le dispositif intra-utérin, les injections ou encore la contraception d'urgence gratuitement ou à faible coût. Depuis 2010, la contraception est gratuite en Uruguay. L'Argentine, qui autorisait déjà l'accès gratuit à la pilule d'urgence depuis 2006, a suivi ce modèle peu après. En France, la pilule est gratuite pour les 15-18 ans depuis 2013. (13,34,52,73,74,80) Au Chili, avant même la légalisation de l'avortement, la mortalité maternelle avait déjà commencé à décroître dès 1995 suite la promotion des méthodes contraceptives et l'utilisation du Misoprostol plutôt que les techniques chirurgicales d'interruption de grossesse. (3,15,16)

En revanche, la contraception est peu répandue à Madagascar et encore moins au Cameroun. A Madagascar, on compte encore beaucoup de grossesses chez les jeunes filles et seuls 14% des 15-19 ans utilisent une contraception dite efficace (DIU, implant, pilule). La tradition malgache incite les jeunes filles à faire preuve de leur fertilité, même avant le mariage, ce qui ne favorise pas la diffusion de la contraception. Selon une étude de Gastineau et al., 7 femmes sur 10 ont recours à des méthodes "naturelles" de contraception comme l'abstinence périodique parce que c'est gratuit et parce qu'elles sont sûres de l'innocuité de la méthode. Les hommes ont quant à eux très peu recours au préservatif. (20,21) Au Cameroun, près de la moitié des femmes n'utilisent aucune contraception et un tiers utilisent des méthodes "naturelles" ou le préservatif. Selon l'étude de l'IFORD (Institut de formation et recherche démographique de l'Université de Yaoundé) et de l'Institut Guttmacher, en 2013, sur 2,3 millions de camerounaises ne souhaitant pas de grossesse, seules 37% utilisaient une contraception moderne, 18% utilisait une méthode "traditionnelle" et 45% n'utilisait aucun moyen de contraception. Selon cette même étude, 40% des grossesses ne sont pas désirées et 36% débouchent sur un avortement, clandestin la majorité du temps. De plus, les centres de planification sont peu nombreux et majoritairement dans les grandes villes. Les jeunes ruraux n'ont donc que très peu accès à la contraception. (23,24,25,26)

D'un point de vue de l'éducation sexuelle, on observe que des programmes ont été mis en place dans certains pays tels que le Chili, l'Argentine, la France et l'Uruguay. Par exemple, le gouvernement argentin a mis en place en 2002 un programme national de santé sexuelle de procréation responsable (Loi 25.673). (73, 74, 79, 80) En France, le programme *Info-ado*, à l'initiative du Pr I. Nisand, est mis en place en 2000 : ce programme a conduit à l'élaboration d'un site internet contenant des informations et permettant de poser des questions sur la contraception et la sexualité destiné aux jeunes, d'interventions dans les milieux scolaires, de la mise en place d'un accueil gratuit et anonyme des jeunes à l'hôpital

public. Depuis la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception, l'information et l'éducation à la sexualité sont obligatoires dans les établissements scolaires à raison de trois heures minimum par an et par groupes d'âge homogènes. Les Centres de Planifications permettent également un accès à la contraception et à des informations plus facilement. (29,69,70,71) Autre exemple : les services de santé sexuelle et reproductive et la politique d'éducation se sont améliorés en Uruguay entre 2005 et 2015 permettant une diminution du risque d'avortement non sécurisé et de décès. En 2007, la réforme du système de santé permet d'inclure la santé sexuelle et reproductive dans la loi sur l'éducation. En 2008, la loi 18426 exige le développement des services de santé sexuelle et reproductive par le renforcement de l'offre de soins, l'universalisation de la couverture maladie, la promotion de la santé génésique et la prévention des violences. D'après l'étude de Briozzo et al., il existe une corrélation entre la diminution des décès maternels et la politique publique mise en place. (12,13,51,52,91)

L'accès à des soins post-abortum et à une prise en charge par des professionnels formés à l'orthogénie est également essentiel. La formation des soignants à une meilleure prise en charge des complications post-abortum ainsi que l'augmentation des moyens mis à disposition des soignants pour la prise en charge de ces complications a contribué à la diminution de la mortalité. Dans la maternité d'Antananarivo, la mortalité imputable aux complications de l'avortement a ainsi pu être diminuée de 79%. L'offre de soins en cas de complications s'est donc nettement améliorée. (20,21) En Argentine, une diminution de la mortalité a été permise par le développement de la technique par aspiration plutôt que par curetage ainsi que par la formation des professionnels pratiquant l'avortement comme les médecins et les sage-femmes. (73,74,79,80) Le programme uruguayen ISCAPCR mis en place dès 2001 (cf Deuxième Partie, II.C.2.) en est une autre illustration : il a permis la formation des professionnels de l'orthogénie, le développement d'une prise en charge pluridisciplinaire, l'élaboration de campagnes d'information en matière de d'avortement et de santé sexuelle, la création de services de santé sexuelle et reproductive, une augmentation du recours au Misoprostol et l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques en matière d'interruption de grossesse pour les professionnels du pays. (12,13,51,52,91) Aux Etats-Unis, une meilleure prise en charge médicale des complications a contribué à une baisse drastique de la mortalité due aux avortements entre 1972 et 1981 selon Binkin, en particulier la mortalité par infection et embolie pulmonaire. (59,61)

A contrario, en République Dominicaine, la crainte d'être dénoncée et d'être mal-traitée entraînent un retard de prise en charge et une augmentation du risque de décès. Des retards d'accès aux soins entraînent également des complications telles que des douleurs chroniques, des hémorragies ou des infections. (34)

Le choix de la technique a également un impact : on remarque une baisse de la mortalité suite à l'expansion du recours au Misoprostol depuis la fin des années 1990, légalement ou par le marché noir, à Madagascar, au Chili et en Uruguay, ainsi que par l'utilisation de la technique par aspiration plutôt que par curetage pour les IVG chirurgicales en Argentine, en France et en Uruguay. Ces méthodes entraînent

effectivement moins de complications post-abortum bien que l'utilisation de Misoprostol sans conseils préalables d'un professionnel de santé peut représenter un danger (cf Première Partie, III) .

Globalement, par l'analyse des graphiques, on ne remarque pas de chute de la mortalité en fonction d'un seul facteur influençant en particulier.

Il semble que la baisse de la mortalité maternelle imputable à l'avortement est possible grâce à une concordance de plusieurs facteurs tels que ceux énoncés précédemment : la législation, l'accès à la contraception, à une éducation sexuelle, la prise en charge des complications, l'amélioration du système de soins, la technique utilisée ou encore la formation des professionnels.

Cette analyse manque de puissance pour pouvoir répondre significativement à la problématique : le nombre de pays analysés est restreint et il est difficile d'avoir des données fiables et analysables alors que la pratique de l'IVG est encore interdite dans 16 pays.

Néanmoins, elle apporte par la richesse de son analyse des éléments de réponse intéressants qui pourraient constituer le point de départ d'autres études : il serait par exemple intéressant d'analyser le taux de mortalité dans tous les pays qui autorisent l'IVG sans restriction jusqu'à 14 SA pour voir si la mortalité post-abortum reste faible dans tous les cas? On pourrait également analyser plus de pays afin d'avoir une étude plus puissante. Ou encore évaluer la mortalité post-abortum en fonction du nombre d'avortements pratiqués. Les perspectives d'études sur le sujet sont donc nombreuses et toujours autant d'actualité.

CONCLUSION

L'objectif de ce mémoire était de mesurer l'impact de la législation en matière d'avortement -qu'elle soit prohibitive, restrictive aux seuls cas du viol ou de la mise en péril de la santé de la femme, ou libérale- sur la mortalité maternelle imputable à l'avortement. Nous cherchions à répondre à la question : y-a-t-il moins de décès dans les pays où le recours à l'avortement est autorisé par la loi?

Nous avons ainsi tout d'abord analysé les législations et les taux de décès post-abortum à Madagascar, en République Dominicaine, au Chili, au Cameroun, en Argentine, en France, en Uruguay et aux Etats-Unis. Les résultats de cette revue de littérature montrent qu'il y a globalement plus de décès dans les pays où l'avortement est interdit ou restreint, mais la variabilité du taux de mortalité imputable à l'avortement entre les pays est très grande. Le type de loi restrictive ou prohibitive ne permet pas de prédire le taux de mortalité maternelle imputable à l'avortement. Seule une législation libérale semble influencer le taux de décès maternel.

En effet, la libéralisation semble avoir eu un impact fort en France et aux Etats-Unis mais moins en Uruguay dont le taux de mortalité avait déjà beaucoup chuté grâce aux autres facteurs influençants. C'est une variable qui peut donc parfois influencer mais qui n'explique pas à elle-seule l'évolution de la mortalité maternelle imputable à l'avortement.

Nous avons donc poursuivi nos recherches et tenté de dégager d'autres axes d'amélioration du taux de mortalité. Nous avons ainsi pu mesurer la couverture contraceptive de chaque pays et évaluer l'existence éventuelle d'un lien avec le PIB qui est un reflet des moyens et ressources dont dispose un pays pour mettre en place des mesures pour l'amélioration de la santé et du système sanitaire national. Les pays ayant un PIB plus élevé ou une couverture contraceptive forte présentent globalement des taux de mortalité plus faibles, mais encore une fois certains pays ne suivent pas cette règle.

Il semble que la baisse de la mortalité maternelle imputable à l'avortement est possible grâce à une concordance de plusieurs facteurs tels que ceux énoncés précédemment : la législation, l'accès à la contraception, à une éducation sexuelle, la prise en charge des complications, l'amélioration du système de soins, la technique utilisée ou encore la formation des professionnels.

Il a néanmoins été difficile d'obtenir des données fiables, notamment concernant les pays interdisant le recours à l'avortement, et l'étude manque de puissance du fait du faible nombre de pays analysé et du temps à disposition pour réaliser cette étude. Il a malgré tout été intéressant de se rendre compte que la loi ne règle pas à elle seule le problème de la mortalité des femmes ayant recours, de manière plus ou moins sécuritaire, à l'avortement. Cette revue de littérature a engendré de nombreuses perspectives de recherche comme obtenir une étude plus puissante en étudiant d'autres pays, comparer la mortalité au nombre d'avortement pratiqué etc...

Permettre légalement l'accès à l'avortement relève donc surtout de la lutte pour les droits des femmes. Il s'agit de la défense du droit à disposer librement de son corps, à décider du nombre et de l'espacement de ses enfants, du droit de ne pas subir de violence du fait de son genre, du droit à l'égalité des chances et à la non-discrimination.

L'accès à l'avortement reste d'ailleurs précaire à travers le monde et régulièrement remis en cause dans bon nombre de pays. Pour exemple, 32 pays se sont ligüés contre le droit à l'avortement en octobre 2020, parmi eux les Etats Unis, le Brésil, l'Egypte, la Pologne ou encore la Hongrie (Source : Libération).

La sage-femme étant la gardienne de la santé génésique de la femme, il est de notre devoir d'informer et d'orienter les patientes afin qu'elles puissent réaliser leur désir de grossesse ou d'avortement en toute sécurité et dans les meilleures conditions possibles pour leur santé. Leur permettre d'avoir une contraception adaptée, des informations concernant leur santé et leur vie sexuelle, les accompagner dans leur parcours d'interruption volontaire de grossesse fait partie de notre métier et nous nous devons d'être conscients.es de l'impact que tout cela a sur la santé des femmes et de l'importance de notre rôle pour la protection de leur santé et la défense de leurs droits.

Bibliographie :

1. OMS. 25 millions d'avortements non sécurisés sont pratiqués dans le monde chaque année [Internet]. [cité 10 mai 2020]. Disponible sur:
<https://www.who.int/fr/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortion-occur-each-year>
2. Guillaume A, Rossier C. L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences. Population. 18 oct 2018;Vol. 73(2):225-322.
3. Rosales Pincetti V. L'avortement : étude comparative entre le Chili et la Belgique. [Mémoire, Master en Sciences de la Famille et de la Sexualité], Université catholique de Louvain : Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation; 2015
4. Organisation mondiale de la santé. Avortement sécurisé: directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé. Genève: Ed. de l'OMS; 2013.
5. Maputo, 2003; Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples Relatif aux Droits des Femmes; 13 juillet 2003.
6. APCE - Résolution 1607 (2008) - Accès à un avortement sans risque et légal en Europe [Internet]. [cité 22 août 2020]. Disponible sur:
<https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=17638&lang=FR>
7. International Conference on Population and Development Programme of Action [Internet]. [cité 22 août 2020]. Disponible sur:
[/publications/international-conference-population-and-development-programme-action1](http://publications/international-conference-population-and-development-programme-action1).
8. HCDH | Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes [Internet]. [cité 22 août 2020]. Disponible sur:
<https://www.unfpa.org/publications/international-conference-population-and-development-programme-action>.
9. Ouattara F, Tagmatarchi Storeng K. L'avortement volontaire au Burkina Faso : quand les réponses techniques permettent d'éviter de traiter un problème social. Gautier A, Grenier-Torres C, éditeurs. Autrepert. 2014;(70):109-23; p111.
10. South America. Uruguay. The World Factbook - Central Intelligence Agency [Internet]. [cité 5 août 2020]. Disponible sur:
<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/uy.html>
11. PIB (\$ US courants) | Data [Internet]. [cité 5 août 2020]. Disponible sur:
<https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GDP.MKTP.CD>
12. L. Briozzo et al.; Taux de mortalité maternelle globale et liée à l'avortement en Uruguay au cours des 25 dernières années et leur association avec les politiques et les actions visant à protéger les droits des femmes; International Journal of Gynecology and Obstetrics (2016) S20-S23
13. Guillaume A. Lerner S. L'Avortement en Amérique Latine et dans la Caraïbe. Revue La Chronique, CEPED [en ligne]. Décembre 2007, N°55. [consulté le 07/09/2020]. Disponibilité :
<https://www.ceped.org/IMG/pdf/55-francais.pdf>
14. South America. Chile. The World Factbook - Central Intelligence Agency [Internet]. [cité 5 août 2020]. Disponible sur:
<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ci.html>
15. Donoso E. Unsafe abortion in Chile? Rev Chil Obstet Ginecol. [Internet].2008;73: 359-61, [consulté le 08/09/2020]. Disponibilité :
<https://doi.org/10.4067/S0717-75262008000600001>.
16. Donoso E. Mortalité maternelle au Chili : 2000-2004. Rev Chil Obstet Ginecol. [Internet] 2006;71 (4):246-51. [consulté le 08/09/2020]. Disponibilité :
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262006000400005&script=sci_arttext&tlng=p
17. Africa. Madagascar. The World Factbook - Central Intelligence Agency [Internet]. [cité 5 août 2020]. Disponible sur:
<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ma.html>
18. Ceped. L'avortement en Afrique. Une revue de la littérature des années 1990 à nos jour • Abortion in Africa. A review of literature from the 1990's to the present day [Internet]. Ceped. 2020 [cité 6 juill 2020]. Disponible sur:
https://archives.ceped.org/avortement_afrique_2004/fr/index800.html
19. Pourette D, Mattern C, Ratovoson R. Women's journeys and abortion complications in Madagascar. In Addis-Abeba, Ethiopie: Communication orale; 2016.
20. Gastineau B, Rajaonarisoa S. Sante de la reproduction et avortement a Antananarivo (Madagascar) resultats d'une recherche originale. African Journal of Reproductive Health. 2010;14(3):223 32.

21. Ceped. Améliorer la santé de la reproduction des jeunes à Madagascar. Des chercheurs et des acteurs de santé publique se concertent [Internet]. Ceped. 2020 [cité 6 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010038264>
22. Africa. Cameroon. The World Factbook - Central Intelligence Agency [Internet]. [cité 11 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/cm.html>
23. Guillaume A. L'avortement provoqué en Afrique : un problème mal connu, lourd de conséquences. In: Gourbin C, Masuy-Stroobant G, Moreau L, Schoumaker B, Tabutin D, Wunsch G, éditeurs. Santé de la reproduction au Nord et au Sud : de la connaissance à l'action. Louvain-la-Neuve: Presses Universitaires de Louvain ; UCL; 2009. p. 357–381.
24. Kamga DVT, Nana PN, Fouelifack FY, Fouedjio JH. Contribution des avortements et des grossesses extra-utérines dans la mortalité maternelle dans trois hôpitaux universitaires de Yaoundé. Pan Afr Med J [Internet]. 3 août 2017 [cité 11 juin 2020];27. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5622819/>
25. Mayack JN. Politique de planification familiale au Cameroun : quelle place pour les jeunes ? Autrepap. 2014;N° 70(2):57-71.
26. Au Cameroun, 63% des Femmes Qui Veulent Éviter Une Grossesse N'utilisent Pas de Méthode Moderne de Contraception [Internet]. Guttmacher Institute. 2014 [cité 18 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.guttmacher.org/fr/news-release/2014/au-cameroun-63-des-femmes-qui-veulent-eviter-une-grossesse-nutilisent-pas-de-methode-moderne-de-contraception>
27. Europe. France. The World Factbook - Central Intelligence Agency [Internet]. [cité 5 août 2020]. Disponible sur: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/fr.html>
28. Dumont G. F., Legrand J. Evolution récente du nombre des décès déclarés dus à l'avortement. In: Population, 36^e année, n°2, 1981. pp. 410-414 [En ligne] www.persee.fr
29. Tournier A. L'interruption volontaire de grossesse : une histoire pas très simple... Le Journal – Agof, n°18, Janvier 2020 [Internet]. [cité 25 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.agof.info/le-journal/>
30. North America. United States. The World Factbook - Central Intelligence Agency [Internet]. [cité 13 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/us.html>
31. Faucher P. Complications de l'avortement provoqué chirurgical légal. EMC - Gynécologie. janv 2008;3(3):1-9.
32. Carlsson I, Breeding K, Larsson P-G. Complications related to induced abortion: a combined retrospective and longitudinal follow-up study. BMC Women's Health. déc 2018;18(1):158.
33. Central America. Dominican Republic. The World Factbook - Central Intelligence Agency [Internet]. [cité 8 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/geos/dr.html>
34. "It's Your Decision, It's Your Life" [Internet]. Human Rights Watch. 2018 [cité 6 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.hrw.org/report/2018/11/19/its-your-decision-its-your-life/total-criminalization-abortion-dominican-republic>
35. Unintended Pregnancy and Abortion Worldwide [Internet]. Guttmacher Institute. 2020 [cité 25 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide>
36. Análisis de Género en la Mortalidad Materna de República Dominicana [Internet]. UNFPA Dominican Republic. 2018 [cité 27 oct 2020]. Disponible sur: <https://dominicanrepublic.unfpa.org/es/publications/an%C3%A1lisis-de-g%C3%A9nero-en-la-mortalidad-materna-de-rep%C3%BAblica-dominicana>
37. Maternidad Libre y Segura en República Dominicana: una deuda con los derechos de las mujeres. [Internet] Women's Link Worldwide, 2017 [cité 27 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.womenslinkworldwide.org/files/d64ad5156e3c5bb537ccc17bbfe4476c.pdf>
38. Dominican Republic Senate Halts Decriminalization Of Abortion | Center for Reproductive Rights [Internet]. [cité 22 sept 2020]. Disponible sur: <https://reproductiverights.org/press-room/dominican-republic-senate-halts-decriminalization-of-abortion>
39. Ministère de la Justice Malgache. (page consultée le 31/10/2020). Code Pénal, éd. 2017 [en ligne]. Disponible sur: http://www.justice.mg/?page_id=2559
40. Guignard L. Résistances catholiques au protocole de Maputo. Mobilisations et controverses autour de la libéralisation de l'avortement en Afrique. Genre, sexualité & société [Internet]. 1 déc 2017 [cité 31 oct 2020];(18). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/gss/4076>

41. Andriamifidison NZR, Mandrosovololona V, Zoliniainarisoa T, Rakotondrazanany E, Rakotonirina EJ, Andrianampalaninarivo RH et al. Avortements provoqués au service de gynécologie- obstétrique de Befelatanana Antananarivo en 2009. *Méd Afr Noire* 2013 ; 60(4) : 163- 8
42. Cour nationale du droit d'asile. Dossiers pays, République dominicaine. Code pénal de la République Dominicaine. 2007. [Internet]. [cité 2 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.cnda.fr/cartables/rep-dominicaine.htm> <https://wipolex.wipo.int/fr/text/492309>
43. République du Cameroun. Code Pénal, éd 2016 [en ligne]. (page consultée le 02/11/2020). Disponible sur : <https://www.droit-afrique.com/uploads/Cameroun-Code-2016-penal1.pdf>
44. Tebeu P-M, Halle-Ekane G, Itambi MD, Mbu RE, Mawamba Y, Fomulu JN. Maternal mortality in Cameroon: a university teaching hospital report. *Pan African Medical Journal* [Internet]. 2015 [cité 22 sept 2020];21(1). Disponible sur: <https://www.ajol.info/index.php/pamj/article/view/132492>
45. Leke R. Reducing Maternal Mortality Through the Prevention of Unsafe Abortion and Their Complications in Cameroon. *Int J Gynecol Clin Pract* [Internet]. 19 déc 2018 [cité 22 sept 2020];5(1). Disponible sur: <https://www.graphyonline.com/archives/IJGCP/2018/IJGCP-144/>
46. Le Chili approuve la loi historique décriminalisant l'avortement dans certaines circonstances | Centre pour les droits reproductifs [Internet]. [cité 22 sept 2020]. Disponible sur: <https://reproductiverights.org/centro-de-prensa/chile-aprueba-hist%C3%B3rica-ley-que-despenaliza-aborto-en-ciertas-circunstancias>
47. Chile's Senate Passes Abortion Bill | Center for Reproductive Rights [Internet]. [cité 22 sept 2020]. Disponible sur: <https://reproductiverights.org/Chile-Senate-Passes-Abortion-Bill>
48. Koch E, Thorp J, Bravo M, Gatica S, Romero CX, Aguilera H, et al. Women's Education Level, Maternal Health Facilities, Abortion Legislation and Maternal Deaths: A Natural Experiment in Chile from 1957 to 2007. *PLOS ONE*. 4 mai 2012;7(5):e36613.
49. FIDH. Avortement au Chili : les femmes face à d'innombrables obstacles [Internet]. [cité 4 nov 2020]. Disponible sur: https://www.fidh.org/IMG/pdf/rapportfidh-observatorio_avortement_au_chili_21-aout-2018.pdf
50. Briozzo L. Unsafe abortion in Uruguay. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* [Internet]. 17 déc 2003 [cité 22 sept 2020]; Disponible sur: [http://doi.wiley.com/10.1016/S0020-7292\(03\)00481-8](http://doi.wiley.com/10.1016/S0020-7292(03)00481-8)
51. Briozzo L. From risk and harm reduction to decriminalizing abortion: The Uruguayan model for women's rights. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 1 août 2016;134:S3-6.
52. Labandera A, Gorgoroso M, Briozzo L. Implementation of the risk and harm reduction strategy against unsafe abortion in Uruguay: From a university hospital to the entire country. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2016;134(S1):S7-11.
53. Galli B. Challenges and opportunities for access to legal and safe abortion in Latin America based on the scenarios in Brazil, Argentina, and Uruguay. *Cad Saúde Pública*. 6 avr 2020;36:e00168419.
54. LOI n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse. 75-17 janv 17, 1975.
55. Saucedo M, Deneux-Tharoux C, Bouvier-Colle M-H. Épidémiologie de la mortalité maternelle en France, 2007–2009. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 nov 2013;42(7):613-27.
56. Vigoureux S. Épidémiologie de l'interruption volontaire de grossesse en France. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 déc 2016;45(10):1462-76.
57. Áhman E, Shah IH. New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 1 nov 2011;115(2):121-6.
58. Landry, Adolphe. La mortalité puerpérale en France. *Journal de la société française de statistique*, Tome 83 (1942) , pp. 223-227. Disponible sur: http://www.numdam.org/item/JSFS_1942__83__223_0/
59. Binkin NJ. Trends in induced legal abortion morbidity and mortality. *Clin Obstet Gynaecol*. mars 1986;13(1):83-93.
60. Abortion-Related Mortality in the United States 1998–2010 [Internet]. [cité 22 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC454338/>
61. Henshaw SK. Unintended Pregnancy and Abortion in the USA: Epidemiology and Public Health Impact. In: Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes DA, Stubblefield PG, Creinin MD, éditeurs. *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy* [Internet]. Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd.; 2009 [cité 22 sept 2020]. p. 24-35. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/9781444313031.ch3>
62. Vital Statistics of the United States 1967. :413. [Internet]. [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: https://www.cdc.gov/nchs/data/vsus/mort67_2a.pdf
63. FindLaw's United States Supreme Court case and opinions. [Internet]. Findlaw. [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: <https://caselaw.findlaw.com/us-supreme-court/410/113.html>

64. Planned Parenthood of Southeastern Pa. v. Casey, 505 U.S. 833 (1992) [Internet]. Justia Law. [cité 16 nov 2020]. Disponible sur:
<https://supreme.justia.com/cases/federal/us/505/833/>
65. Weiner J, Schreiber CA. FDA RESTRICTIONS ON MIFEPRISTONE: TIME FOR A CHANGE?. 2020 [cité le 16 nov 2020]. Vol. 24 NO. 1. Disponible sur:
https://ldi.upenn.edu/sites/default/files/pdf/LDI%20Issue%20Brief%202020%20Sept.%20Vol.%2024%20No.%201_3.pdf
66. Commissioner O of the. U.S. Food and Drug Administration [Internet]. FDA. FDA; 2020 [cité 16 nov 2020]. Disponible sur:
<https://www.fda.gov/home> https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2002/19268slr037.pdf
67. Critto ME. Mortalidad materna : análisis comparado. Vida y Ética Año 19, N° 1, 2018 [Internet]. 2018 [cité 23 nov 2020]; Disponible sur:
<https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/8843>
68. González DV. Desde la ilegalidad a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en el Uruguay. :55.
69. Crouzoulon V. Évaluation de l'impact d'une intervention du programme « Info-Ado » sur les connaissances des collégiens en matière de sexualité [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2019 [cité 23 nov 2020]. Disponible sur:
<http://thesesante.ups-tlse.fr/2589/>
70. Ricciardi C. Chapitre 4. « Éducation sexuelle » et maternité. L'action du Mouvement français pour le planning familial (MFPF) [Internet]. La maternité à l'épreuve du genre. Presses de l'EHESP; 2012 [cité 23 nov 2020]. Disponible sur:
<https://www.cairn.info/la-maternite-a-l-epreuve-du-genre--9782810900893-page-37.htm>
71. Éducation à la sexualité [Internet]. Ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports. [cité 23 nov 2020]. Disponible sur:
<https://www.education.gouv.fr/education-la-sexualite-1814>
72. South America. Argentina. The World Factbook - Central Intelligence Agency [Internet]. [cité 23 déc 2020]. Disponible sur:
<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ar.html>
73. Matía MG, Fures NO, Rodríguez Prassolo J. Reducción de riesgos y acceso a interrupción legal del embarazo (ILE) como estrategias para evitar el aborto inseguro en Centros de atención primaria de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. Convención Internacional de Salud, Cuba Salud; 2018. [cité 23 dec 2020]
74. Matía MG, de Trumper EC, Fures N, Orchueta J. EL ACCESO AL ABORTO NO PUNIBLE COMO UNA POLITICA PÚBLICA DE REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA POR ABORTO EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. ARGENTINA. :11. 2018 [Internet] [cité 23 dec 2020]. Disponible sur:
<https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/FollowUp/Argentina.pdf>
75. OMS. ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE, 2000-2017, Estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du Groupe de la Banque mondiale et de la Division de la population des Nations Unies. [Internet] [cité 23 dec 2020]. Disponible sur:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332962/WHO-RHR-19.23-fre.pdf>
76. CRAT. Misoprostol - Grossesse et allaitement. 2020 [cité 17 févr 2021]. Disponible sur:
https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=427
77. Notice patient - CYTOTEC 200 microgrammes, comprimé sécable - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 17 févr 2021]. Disponible sur:
<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=63557849&typedoc=N>
78. Cahiers des charges pour la réalisation des IVG par méthode instrumentale: hors établissements de santé et dans les centres de santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 17 févr 2021]. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2062049/fr/cahiers-des-charges-pour-la-realisation-des-ivg-par-methode-instrumentale-hors-etablissements-de-sante-et-dans-les-centres-de-sante
79. Montoya A. L'avortement en Argentine : le refus de l'autonomie des femmes. Problèmes d'Amérique latine. 2019;N° 114(3):13-32.
80. Matía MG, Trumper EC, Fures NO, Orchueta J. A replication of the Uruguayan model in the province of Buenos Aires, Argentina, as a public policy for reducing abortion-related maternal mortality. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2016;134(S1):S31-4.
81. The World Factbook [Internet]. [cité 22 févr 2021]. Disponible sur:
<https://www.cia.gov/the-world-factbook/>
82. OEA/MLA, Pays: Introduction au système juridique [Internet]. [cité 23 févr 2021]. Disponible sur:
<http://web.oas.org/mla/fr/pages/countries.aspx?ISO=DOM>

83. OEA/MLA, Pays: Introduction au système juridique [Internet]. [cité 26 févr 2021]. Disponible sur: <http://web.oas.org/mla/fr/pages/countries.aspx?ISO=CHL>
84. OEA/MLA, Pays: Introduction au système juridique [Internet]. [cité 27 févr 2021]. Disponible sur: <http://web.oas.org/mla/fr/pages/countries.aspx?ISO=ARG>
85. Bergougnian C, Bouvier-Colle M.E, Szego E. La mortalité maternelle en France depuis 1945. La Population de la France, tome II. ed CUPED. 2005. 373-384
86. Lilián Abracinsckas, Alejandra López Gómez. Dossier: L'avortement en Uruguay [Internet]. [cité 27 févr 2021]. Disponible sur: http://www.chasque.net/frontpage/comision/dossieraborto/cap3_3.htm
87. State Bans on Abortion Throughout Pregnancy [Internet]. Guttmacher Institute. 2016 [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.guttmacher.org/state-policy/explore/state-policies-later-abortions>
88. Voters Reframe the Abortion Policy Debate: A Theoretical Analysis of Abortion Attitudes in South Dakota - ProQuest [Internet]. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: <https://search.proquest.com/openview/2e6d79d91810d240e0cc0434e490750e/1?pq-origsite=gscholar&cbl=60374>
89. Ohio HB565 | 2017-2018 | 132nd General Assembly [Internet]. LegiScan. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: <https://legiscan.com/OH/text/HB565/id/1805700>
90. Ohio Abolition of Abortion (HB 565) [Internet]. Rewire News Group. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: <https://rewirenewsgroup.com/legislative-tracker/law/ohio-abolition-abortion-hb-565/>
91. Ley N° 18.426/2008. Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. | SITEAL [Internet]. [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: <https://siteal.iiep.unesco.org/bdnp/2453/ley-184262008-defensa-derecho-salud-sexual-reproductiva>
92. Aux Etats-Unis, l'Arkansas adopte une loi interdisant l'avortement en cas de viol ou d'inceste. Le Monde.fr [Internet]. 10 mars 2021 [cité 12 mars 2021]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/international/article/2021/03/10/aux-etats-unis-l-arkansas-adopte-une-loi-interdisant-l-avortement-en-cas-de-viol-ou-d-inceste_6072536_3210.htm

Annexes :

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des taux de décès maternels imputables à l'avortement

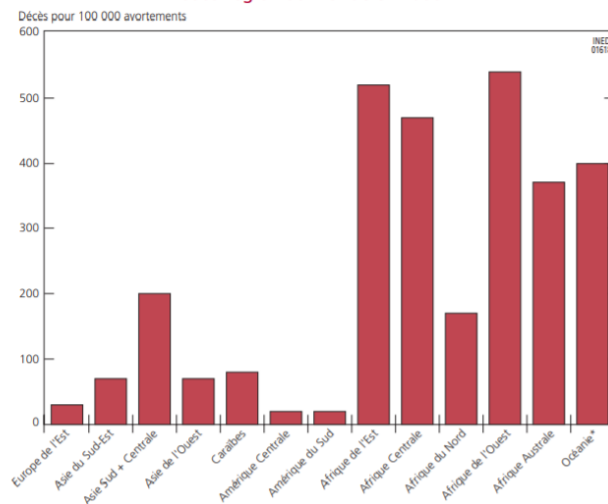
Pays	Taux de décès maternels imputable à l'avortement
Madagascar	1989-1991 = 60% (20) 1984-1995 = 50% (21) 2009 = 13% (41)
République Dominicaine	2014 = 33% (36) 2017 = 29% (37) 2018 = 8% (34)
Chili	1960 = 107 décès / 100 000 naissances vivantes (15) 1971-1975 = 35,3% (48) 2000-2004 = 12% (16) 2005 = 0,8 décès / 100 000 naissances vivantes (15) 2003-2007 = 6,2% (48)
Cameroun	2001 = 4,1% (23) 2006-2010 = 24,2% (24) 2015 = 25% (44) 2018 = 30% (45)
Argentine	2010 = 34,4% (73) 2010 = 43 décès / 100 000 naissances vivantes (73) 2012 = 16,7% (73) 2013 = 19% (73) 2014 = 12,4% (73) 2014 = 29 décès / 100 000 naissances vivantes (73) 2016 = 17,55% (67) 2016 = 5,91 décès / 100 000 naissances vivantes (67)
France	1944-1947 = 13,6% (85) 1958-1967 = 15% (85) 1968-1978 = 15,7% (85) 1979-1985 = 4,2% (85) 1990-1999 = 3,3% (85) 2007-2009 = 0,8% (56 & 85) 2016 = 0,7 décès / 100 000 naissances vivantes (56)
Uruguay	2001 = 42% (68) / 25,8% (50) 2001-2005 = 37,3% (12) 2011-2015 = 8,1% (12) 2013 = 12% (68) 2015 = 0% (68)
Etats-Unis	1967 = 4,6 décès / 100 000 avortements (62) 1973-1975 = 3,2 décès / 100 000 avortements (60) 1978-1980 = 1,8 décès / 100 000 avortements (60) 1983-1985 = 1,4 décès / 100 000 avortements (60) 1988-1990 = 1,5 décès / 100 000 avortements (60) 1993-1995 = 0,8 décès / 100 000 avortements (60) 1998-2000 = 1,1 décès / 100 000 avortements(60) 2003-2005 = 1 décès / 100 000 avortements (60) 2008-2010 = 1,2 décès / 100 000 avortements (60)

Annexe 2 : Tableau comparatifs selon les continents en 2008 (57)

	Nombre de morts maternelles dûe à l'avortement non secure pour 100 000 naissances vivantes	Mortalité maternelle dûe à l'avortement non secure (%)
Monde	30	13
Afrique	80	14
Amérique Latine	10	12
Amérique du Nord	-	-
Asie	20	12
Europe	1	8
Océanie	30	12

Taux de létalité par sous-région du monde, 2008 ; Guillaume A, Rossier C. L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences. Population. 18 oct 2018;Vol. 73(2):225-322.

Figure 4. Taux de létalité (nombre de décès pour 100 000 avortements) par sous-région du monde en 2008



* Sauf Australie, Japon, Nouvelle-Zélande.

Note : Les sous-régions avec une part négligeable d'avortements à risque ne sont pas représentées.

Source : OMS (2011).

Etat des lieux de l'avortement dans le monde : Impact de la législation sur le taux de décès maternels

Auteur : Océane Bailleul

Diplôme d'état de sage-femme, 2021

L'avortement est depuis longtemps, et encore aujourd'hui, au coeur de l'actualité et de nombreux débats. Toutes les femmes n'y ont pas accès légalement et de manière sécurisée dans le monde. Dans son rapport de 2017, l'OMS tire la sonnette d'alarme sur la dangerosité que représente le recours à l'avortement non sécurisé pour la santé des femmes. Trop de femmes meurent de ces avortements clandestins, pratiqués par des personnes non formées, dans des conditions d'hygiène non satisfaisantes et avec des techniques à risque. Alors que faire pour arranger cette situation ? Si légaliser l'avortement semble être nécessaire, est-ce pour autant suffisant pour endiguer ce problème de santé publique. C'est là l'objectif de cette revue de littérature : évaluer l'impact d'une législation prohibitive, restrictive ou libérale en matière d'avortement sur le taux de mortalité maternelle post-abortum et explorer l'existence d'éventuels autres facteurs influençant cette mortalité.

Mots-clés : avortement, mortalité maternelle, décès, législation

Abortion has long been, and continues to be, a hot topic of debate. Not all women have safe and legal access to it around the world. In its 2017 report, the WHO sounds the alarm about how dangerous the use of unsafe abortion is to women's health. Too many women are dying from these clandestine abortions, performed by untrained people, in unsanitary conditions and with risky techniques. So what can be done to fix this situation? If legalizing abortion seems to be necessary, is it sufficient to curb this public health problem? This is the objective of this literature review: to assess the impact of prohibitive, restrictive, or liberal abortion legislation on the postabortion maternal mortality rate and to explore the existence of other possible factors influencing this mortality.

Keywords : abortion, maternal mortality, death, legislation