

MORBIDITÉ, MORTALITÉ : problèmes de mesure, facteurs d'évolution, essai de prospective.

Colloque international de Sinaia (2-6 septembre 1996)



ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

AIDELF

Mourir d'avortement

Facteurs politiques et sociaux

Chantal BLAYO

Université Montesquieu Bordeaux IV et Institut National d'Études Démographiques, Paris

Si l'on en croit les estimations de l'O.M.S., 70 000 femmes environ décèderaient chaque année dans le monde des suites d'un avortement provoqué, à risque (O.M.S., 1994). Les avortements pratiqués dans de bonnes conditions seraient suivis d'un nombre annuel de décès inférieur à 500.

L'avortement provoqué tuerait donc environ 8 femmes à l'heure, à des âges où les probabilités de décéder sont faibles.

Sachant qu'il existe aujourd'hui des pays où le risque de mourir d'avortement est infime, peut-on espérer éliminer, dans l'ensemble du monde, cette cause de décès?

Nous verrons d'abord que les risques de l'avortement dépendent beaucoup plus de son statut juridique et de l'application de la loi que du niveau de développement, et aussi, mais à degré bien moindre, de la durée de la grossesse à l'intervention et de la technique. Nous tenterons alors de déterminer les facteurs qui empêchent de modifier le loi ou de l'appliquer correctement dans des pays où le coût de l'avortement à risque, sur les plans économique, social et de la santé publique, est considérable.

1 - La mesure du phénomène

Le recours à l'avortement provoqué peut être réprimé par la loi. On imagine aisément que le caractère illégal de cet acte ne facilite pas sa mesure et que seuls des procédés indirects permettent de proposer des évaluations du nombre des avortements illégaux. Il ne devrait théoriquement pas y avoir, en revanche, d'obstacle à l'enregistrement de l'avortement provoqué légalement, mais cet enregistrement n'est pas toujours obligatoire et quand il l'est, sa complétude n'est pas toujours totale. Les nombres d'avortements légaux non-enregistrés doivent donc aussi faire l'objet d'évaluations.

La connaissance du nombre des décès par avortement pose encore plus de problèmes (Tietze, 1969, Liskin, 1981). Les certificats de décès indiquent le nombre de décès officiellement imputés à l'avortement, mais les décès peuvent ne pas tous être déclarés (en particulier dans les pays en développement) et les causes indiquées dans les déclarations sont plus ou moins fiables. Cette source n'est utilisable que dans les pays développés et n'est vraiment satisfaisante que lorsque les restrictions légales à la pratique de l'avortement ne sont pas trop importantes.

Les dossiers d'hôpitaux ne prennent évidemment pas en compte les décès survenus en dehors de l'hôpital; ils ne distinguent pas toujours les avortements provoqués des avortements spontanés, mais on peut faire une estimation de leur part (Singh and Wulf, 1991). C'est la meilleure source dans les pays où l'avortement est illégal.

Le taux de mortalité par avortement, rapport du nombre annuel de décès attribués à l'avortement au nombre annuel d'avortements provoqués est l'indice le plus élémentaire de l'incidence du phénomène. Cette mesure souffre évidemment de l'imperfection des données placées au numérateur et au dénominateur du taux, sauf si l'erreur relative des deux termes du rapport est du même ordre. Des données partielles ou des mesures indirectes, qu'on ne décrira pas ici, peuvent fournir des estimations de ce taux.

La part des décès maternels, imputables à l'avortement, est un indice qui dépend des mortalités liées à l'avortement, à l'accouchement et à la grossesse. La grande variabilité de cet indice est d'autant plus difficile à interpréter que la comptabilité des décès maternels se heurte à beaucoup d'obstacles, et résulte d'estimations de plusieurs types (O.M.S., 1996; Mauldin, 1994).

Le taux de mortalité par avortement a atteint des valeurs très faibles dans les pays développés qui ont libéralisé le recours à l'avortement provoqué, inférieur à 1 pour 100 000 avortements (Henshaw, 1990; Statistiques nationales). Quand les services sanitaires sont un peu moins performants que ceux des pays les plus développés ou que des avortements illégaux subsistent, l'indice se situerait entre 15 et 50 pour 100 000 (Cuba, la Roumanie, les Républiques européennes de l'ancienne Union soviétique, le Vietnam, et quelques autres pays sont dans ce cas). Les taux seraient supérieurs à 100 pour 100 000 dans la majorité des pays en développement, et pourraient même atteindre 1 000 pour 100 000 dans certains d'entre eux.

53 millions d'avortements seraient pratiqués dans le monde chaque année, d'après les estimations de l'O.M.S. (1994) et 20 millions le seraient dans la clandestinité; ces derniers seraient suivis de 70 000 décès, soit 350 décès pour 100 000 avortements.

Aussi imparfaites soient les estimations, force est de constater qu'une fourchette qui va de 1 à plus de 100 est considérable, et ne peut trouver son unique origine dans l'imperfection des statistiques. Les femmes de notre planète sont loin d'être égales sur le plan des risques qu'elles encourent lors d'un avortement.

2 - Les lois et leurs conséquences

2.1 - Procédures d'avortement et statut juridique de l'avortement

L'avortement peut être pratiqué par une personne sans formation ou par la femme elle-même, dans des conditions peu hygiéniques, à l'aide d'instruments grossiers, de produits caustiques ou de potions toxiques (Liskin, 1981). On parle dans ce cas d'avortements "à risque" (*unsafe abortion* en anglais). S'il est pratiqué par un médecin, ou une personne qualifiée, avec des techniques modernes et du matériel stérile, il est dit "sans risque" (*safe abortion* en anglais).

Quand l'avortement provoqué n'est autorisé par la loi que dans des cas exceptionnels et que la législation et la pratique sont en accord, le nombre d'avortements sans risque est infime. S'il est au contraire légal, et que la loi est bien appliquée, il n'y a pas d'avortement à risque. Deux autres situations peuvent se présenter: le recours à l'avortement provoqué est illégal dans la plupart des cas, mais toléré dans la pratique, ou ce recours est légal le plus souvent, mais la loi est mal appliquée. Dans ces deux situations, coexistent avortements à risque et avortements sans risque, dans des proportions variables, selon le degré de tolérance à l'infraction à la loi restrictive ou le degré de respect de la loi libérale. Les interventions sans danger ne sont alors pas accessibles à toutes les femmes, en raison de leur coût, par manque d'information ou insuffisance des structures d'accueil, l'accès différentiel pénalisant les femmes les plus défavorisées. C'est ce qu'on observe dans la quasi-totalité des pays (pays d'Europe et d'Amérique du Nord, Australie, Japon, Chine, Vietnam, Cuba et Tunisie mis à part).

Le seul motif d'avortement légal dans la plupart des pays d'Afrique au Sud du Sahara est le risque qu'entraîne, pour la vie de la femme, la poursuite de la grossesse. Quelques pays de la région autorisent aussi l'avortement en cas de danger pour la santé de la femme et deux seulement retiennent en plus le viol comme motif de recours (Cameroun et Zimbabwe); seuls le Togo, depuis 1984, et la Zambie depuis 1972 ont élargi les conditions

de recours légal aux raisons économiques et sociales, mais la loi y est très mal appliquée (Bradley et al., 1991). 24 ans après sa promulgation, la loi est toujours aussi méconnue en Zambie, et les services sanitaires toujours inadéquats, en raison en particulier des techniques employées. Dilatation et curetage sont plus exigeants en durée de présence des femmes et en occupation des locaux que l'aspiration sous anesthésie locale ou *a fortiori* que la régulation menstruelle.

On observe en Inde le même phénomène d'une loi libérale mal appliquée, depuis 1971. Les structures d'accueil sont insuffisantes dans certains États, dans les zones rurales, en partie en raison des difficultés qu'éprouvent les centres à remplir les conditions d'agrément sur le plan de l'équipement et de la qualification du personnel; dans le même temps, les centres sont sous-utilisés par méconnaissance de leur existence et de celle de la loi par une partie de la population, et aussi en raison de certaines de leurs exigences à l'égard des femmes (Khan et al., 1996). Au total, la moitié seulement des 6 millions d'avortements qu'on estime pratiqués chaque année en Inde le sont dans des cliniques gouvernementales.

La loi rigoureuse n'est respectée ni dans les pays d'Afrique, ni dans ceux d'Amérique latine, ni dans ceux d'Asie. Une des voies de la relative tolérance passe par la possibilité de recourir légalement à l'avortement par aspiration précoce (ou régulation menstruelle) considérée, non comme une méthode abortive, mais comme une méthode hygiénique de régularisation du cycle, souci permanent des femmes de certaines sociétés, notamment en Afrique; des procédés traditionnels, comme des potions d'herbes, ont souvent cette fonction (Levin, 1996); l'aspiration précoce prendrait le relais de ces procédés. Le Bangladesh, le premier, l'Indonésie, le Népal, le Sri Lanka, et beaucoup d'autres pays se sont engagés sur cette voie. Malgré ses faibles exigences, cette méthode n'est pas accessible à toutes, et pas seulement pour le motif de grossesse trop avancée. Avortements à risque et avortements sans risque par régulation menstruelle ou par d'autres méthodes continuent de coexister.

2.2 - Coût de l'avortement à risque

L'avortement sauvage, fruit des lois restrictives, peut provoquer des infections, des hémorragies ou des lésions mécaniques susceptibles d'entraîner la mort en l'absence d'intervention médicale suffisamment rapide. Rares sont les complications d'avortement qui sont fatales si elles sont soignées à temps. C'est donc de la rapidité de la réponse médicale aux suites d'un avortement à risque que dépend le sort de la femme. On compte que, pour éviter le décès, le temps qui sépare l'occurrence de la complication de l'intervention sanitaire doit être inférieur à 12 heures en cas d'hémorragie, 24 heures en cas de perforation de l'utérus, et 6 jours en cas d'infection (Maine et al., 1987). Dans le contexte où se déroulent les avortements clandestins à risque, il est fréquent que la femme s'adresse trop tard aux services de soins, et il n'est pas rare que ces services privilégient d'autres interventions. La pauvreté des services entre en ligne de compte quand manquent les antibiotiques ou le sang pour faire des transfusions, mais ce n'est souvent pas le premier facteur à incriminer. On compte 16 décès pour 100 000 avortements⁽¹⁾ au Vietnam, pays pauvre, en 1992, taux plus élevé que ceux des pays développés, mais bien inférieur à ceux des pays de même niveau de développement qui interdisent le recours à l'avortement.

C. Tietze a comparé, à partir de données recueillies aux États Unis, les risques de l'avortement légal exécuté dans un hôpital aux risques de l'avortement illégal réalisé en dehors de l'hôpital, par des non-professionnels de la santé; la mortalité associée à l'avortement légal était de 3 décès pour 100 000 avortements, alors que le taux s'élevait à 100 pour 100 000 quand l'avortement était pratiqué illégalement (Tietze, 1969); il monte jusqu'à 1 000 d'après d'autres de ses travaux, si les services sanitaires sont plus médiocres.

⁽¹⁾ Chiffre obtenu à partir des données de l'article de Goodkind (1994).

Une part importante des ressources de santé déjà rares dans les pays où sévit l'avortement à risque, est affectée au traitement de l'avortement, que la loi soit rigoureuse ou libérale mal appliquée.

Le principal hôpital de Nairobi, comme celui de Kinshasa, traitait, en 1986, 20 à 30 cas d'avortements à complications par jour (Rogo, 1987; Utshudi, 1987, cités par Coeytaux, 1988). Près de 50 % des budgets de certaines maternités sont consacrés au traitement des avortements incomplets dans certains pays, et pourtant toutes les femmes qui auraient besoin d'être hospitalisées ne le sont pas (Liskin, 1992). 20 % des lits d'hôpitaux des services de gynécologie étaient, il y a 10 ans à Sri Lanka, occupés par des femmes souffrant de complications d'avortement. Cette proportion a diminué aujourd'hui dans ce pays grâce à la diffusion de la régulation menstruelle (Indralal de Silva, 1996). À l'University Teaching Hospital de Zambie, on compte, pour un avortement pratiqué légalement, 9 avortements incomplets traités (Bradley et al., 1991). Or, le traitement d'un avortement incomplet coûte plus cher à la collectivité que l'acte d'avortement sans risque.

2.3 - Risques liés aux techniques et à la durée de grossesse

La libéralisation du recours à l'avortement provoqué, et la médicalisation qu'elle entraîne, supprime les causes essentielles de l'avortement à risque et fait considérablement baisser la mortalité par avortement pratiqué au cours du premier trimestre de la grossesse. Quelques risques subsistent cependant, évitables eux aussi.

Les techniques employées sont alors le curetage après dilatation, sous anesthésie générale, l'aspiration (technique la plus employée dans la plupart des pays développés), sous anesthésie générale ou locale, l'avortement médicamenteux (mifépristone et prostaglandines) et la régulation menstruelle (aspiration précoce) qui ne nécessitent pas d'anesthésie.

L'avortement se fait souvent sous anesthésie générale, soit que la méthode choisie y incite (dans le cas d'un curetage), soit que le médecin le souhaite alors qu'elle n'est pas nécessaire (dans le cas d'une aspiration). Deux tiers des avortements pratiqués en France le sont encore sous anesthésie générale (Blayo, 1995). Or, les risques de décès par avortement varient avec le type d'anesthésie (0,37 pour 100 000 avortements quand l'avortement est pratiqué sous anesthésie générale contre 0,15 quand l'anesthésie est locale, d'après Peterson et al. (1981). Dans une autre étude américaine, on relève que les complications de l'anesthésie, qui représentait la plus petite proportion des décès en 1972-1976, deviennent le risque le plus important en 1983-1987 (Lawson et al., 1994).

Les complications de l'avortement augmentent avec les durées de grossesse, même lorsqu'il est pratiqué dans les meilleures conditions. Aux États Unis, en 1981-1985, la mortalité par avortement varie de 0,2 pour 100 000 avortements pratiqués dans les 8 premières semaines de gestation à 12,1 quand l'avortement est provoqué à 21 semaines ou plus (Henshaw, 1990). On observe le même phénomène en Angleterre-Galles.

2.4 - Effets de la légalisation sur le nombre des avortements et sur le nombre des décès

On est tenté d'imputer l'existence de politiques restrictives en matière d'avortement provoqué à la crainte, qu'éprouveraient leurs artisans, de voir se multiplier le nombre des avortements en cas de libéralisation. Bien qu'il soit difficile de chiffrer avec certitude l'ampleur du phénomène à la veille de la promulgation d'une loi libérale, époque où il était clandestin, une relative stabilité de l'évolution du nombre des avortements, par la suite, laisse supposer que la loi n'a pas provoqué de rupture dans le comportement des femmes à cet égard. C'est ce qu'on observe dans de nombreux pays d'Europe occidentale et septentrionale, dans les années soixante-dix et quatre-vingts, après les libéralisations. En

Europe de l'Est par contre, l'avortement a souvent pris la place de la contraception, mais d'une contraception peu diffusée avant que l'avortement ne soit légalisé (Blayo, 1993).

On assiste, dans tous les les pays qui ont légalisé l'avortement, à une chute immédiate des complications après la libéralisation. Les décès pour cette cause ont de ce fait considérablement diminué, en France par exemple (tableau 1). Le nombre annuel de décès, suite à un avortement provoqué légal, oscille entre 0 et 2 ces dernières années. Le taux de mortalité sur une période décennale passe de 0,5 pour 100 000 avortements dans la décennie qui a suivi la libéralisation, à 0,3 pour 100 000 dans la dernière période (tableau 2).

En comptant tous les décès liés à un avortement (à l'exception de ceux qui sont indiqués clairement avoir pour cause une fausse couche spontanée), le taux n'est plus ces 10 dernières années que de 1 pour 100 000. On comptait environ 2 décès par mois suite à un avortement à la veille de la loi de 1975, et on en compte aujourd'hui moins de 2 par an. C'est dire le progrès réalisés dans ce domaine, en liaison directe avec la qualité des conditions sanitaires dans lesquelles les avortements sont aujourd'hui pratiqués en France.

On fait la même observation dans de nombreux pays. On comptait ainsi 50 décès par avortement en Angleterre-Galles en 1967, année de la promulgation de l'Abortion Act, 5 en 1978 et ce nombre varie de 0 à 2 selon les années depuis 1983, pour environ 150 000 avortements par an.

Le cas le plus spectaculaire et le plus décrit de l'effet d'une légalisation du recours à l'avortement sur le nombre des décès est celui de la loi roumaine de 1989. 512 femmes meurent d'avortement en 1989, 249 en 1990, 100 en 1992. L'ampleur de la chute de ce nombre en dit long sur le prix payé par les femmes à l'époque de la clandestinité, et prouve qu'une législation rigoureuse a pour principal effet d'accroître les risques du recours à l'avortement.

3 - Raisons du maintien de l'illégalité de l'avortement provoqué

C'est donc le difficile accès à l'avortement sans risque, dans les pays qui interdisent d'y recourir, qui est à l'origine de la mortalité par avortement. Comment expliquer alors le maintien du caractère illégal de cette intervention dans de nombreux pays ?

3.1 - Les fausses raisons

Une loi répressive ne fait pas disparaître les avortements; l'illégalité peut d'autant moins avoir aujourd'hui pour raison d'être d'empêcher la pratique des avortements que ceux-ci sont souvent tolérés dans les pays où elle subsiste; elle a alors pour principal effet de ne limiter que le nombre des avortements sans risque.

Le maintien des lois répressives ne se justifie pas non plus par les conséquences néfastes éventuelles des avortements sur la santé et la fertilité des femmes puisque ces conséquences sont d'autant plus fréquentes que la loi est répressive.

Paradoxal aussi de n'autoriser l'avortement que lorsque la grossesse constitue un danger pour la vie de la femme, et de la contraindre ainsi à risquer sa vie.

Difficile encore d'invoquer des raisons natalistes dans des pays qui commencent à limiter les naissances, surtout dans ceux qui autorisent, sur simple demande, la stérilisation à but contraceptif. 12 pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine, qui sont dans ce cas, ont des lois très restrictives en matière d'avortement (Botswana, Ghana, Kenya, Lesotho, Nigeria, Zimbabwe, Bolivie, Colombie, Haïti, Bangladesh, Philippines, Sri Lanka) (Ross et al., 1988).

TABLEAU 1 - NOMBRE ANNUEL DE DÉCÈS PAR AVORTEMENT EN FRANCE

N° de la cause*	Cause du décès	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
635	Avortement provoqué légal	0	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	0	2	1	0	0	0	1	2	0
637	Avortement provoqué ou spontané SAI	17	17	9	3	3	4	4	2	2	1	2	2	2	1	1	0	1	0	0	1
634	Avortement spontané	2	0	2	1	0	3	1	1	3	0	2	2	0	0	2	1	0	1	0	2
636-638-639	Autres	10	8	4	1	5	4	2	1	2	2	1	1	1	0	1	0	0	0	0	2
634 à 639	Ensemble	29	26	16	6	9	12	9	5	8	5	6	5	5	2	4	1	1	2	2	5
635 à 639	Ensemble sans avortement spontané	27	26	14	5	9	9	8	4	5	5	4	3	5	2	2	0	1	1	2	3

source : INSERM

*Dans la 9^{ème} révision de la classification internationale de maladies. OMS.

TABLEAU 2 - TAUX DE MORTALITÉ PAR AVORTEMENT EN FRANCE

Période	Taux de mortalité*	
	cause 635	causes 635 à 639
1976-1985	0,5	2,2
1981-1990	0,3	1,1
1983-1992	0,3	1,0

* Nombre de décès pour 100 000 avortements

3.2 - La clandestinité de la pratique de l'avortement et ses origines

On est alors amené à supposer que l'illégalité a pour objet, non d'empêcher le recours à l'avortement, mais d'en refuser le droit, pour que se maintienne la clandestinité de sa pratique. Comment expliquer autrement le non-respect des lois restrictives ou libérales qui conduit aux avortements dans l'ombre et permet à la société de choisir les femmes à qui on refuse l'avortement sans risque (celles qui refusent la stérilisation dans certains centres agréés de l'Inde, par exemple), et celles qu'on incite à avorter (les femmes non-mariées au Maroc, par exemple), qui permet aux hommes et aux Églises de conserver leur pouvoir (le meilleur exemple à cet égard est celui de la Pologne qui a préféré pendant plusieurs années voir ses femmes aller avorter à l'étranger, en Lettonie en particulier, pour s'offrir le luxe d'une loi restrictive qui plaise à son Église⁽²⁾), non-respect dont tirent profit en outre ceux qui pratiquent les avortements (à risque et sans risque).

L'avortement n'est autorisé au Kenya que lorsque la vie de la femme est en danger; on peut cependant y subir un avortement, pratiqué par un non-professionnel avec des méthodes traditionnelles pour moins de 20 dollars des États Unis en 1990, ou par un médecin dans une clinique privée ou à l'hôpital, par dilatation et curetage sous anesthésie générale, ou par aspiration, pour 40 à 160 dollars, d'après J. Baker et S. Khasiani (1992).

Le statut illégal de l'intervention n'empêche pas un recours fréquent à l'avortement en Corée du Sud (3 avortements par femme en moyenne), dont profitent ceux qui les pratiquent (Jung-eun, 1994).

On pourrait multiplier les exemples. Dans tous les pays à loi répressive, en Afrique, en Asie ou en Amérique latine, on observe le même phénomène.

Une loi libérale mal appliquée a les mêmes effets. Pourquoi un médecin suivrait-il, en Inde, une formation, coûteuse en temps, pour apprendre à pratiquer des avortements dans un centre agréé, s'il peut les pratiquer sans formation dans une clinique privée, à un tarif plus rentable? (Khan et al., 1996).

Tant qu'il était vital pour les sociétés que la fécondité soit élevée, l'avortement était refusé aux femmes, surtout aux femmes mariées sur lesquelles reposait la reproduction. Les places respectives assignées à la femme et à l'homme dans la société, les valeurs sociales, éthiques, religieuses, servaient cet objectif. L'avortement interdit était cependant toléré pour les femmes en marge, les femmes non-mariées.

Quand la volonté de limiter les naissances commence à se diffuser, l'avortement devient un moyen de réduire la taille de la famille; les femmes mariées commencent à y recourir. C'est ce qui s'est passé en France à la fin du XVIIIème siècle, et dans les autres pays d'Europe occidentale à la fin du XIXème (Mac Laren, 1978, cité par Loudon, 1992). Les anciennes valeurs ne disparaissent pas aussitôt pour autant. L'homme ne perd pas tout pouvoir sur la femme, les règles morales ne se modifient que peu à peu. Le phénomène est alors toléré dans la clandestinité, le temps que l'ensemble du corps social l'admette, et que les anciennes valeurs opposées à sa pratique soient remplacées par d'autres.

De nombreux pays n'autorisent le recours légal à l'avortement que si le mari a donné son accord. Celui-ci est même exigé dans 6 des pays qui n'autorisent l'avortement que lorsque la vie de la femme est en danger (Botswana, Burundi, Cameroun, Ghana, Tchad, Zimbabwe) (Ross et al., 1988). C'est dire le poids que l'autorité masculine a encore dans ces pays.

Un cas rapporté par İçduygu (1996) donne une autre illustration de la persistance des valeurs associée à une attitude contraire. Une femme turque de 38 ans, mère de 4 enfants,

⁽²⁾ La loi libéralisée en octobre 1996, devient à nouveau plus restrictive fin 1997.

tombe enceinte et décide d'avorter. Son mari lui dit alors: "avorter est un péché pour l'Islam, ça n'est pas bien, mais nous ne pouvons pas prendre en charge un autre enfant: tu dois te débrouiller pour trouver une solution; tu peux avorter si tu veux, mais tu devras payer l'avortement en vendant tes bijoux, car je ne veux pas prendre ce péché sur moi". Ce que la femme fit; l'avortement était illégal en Turquie à cette époque (1963).

Les pays en développement connaissent aujourd'hui la situation de transition qu'a vécu la France il y a deux siècles, l'Europe il y a un siècle, favorable à la clandestinité de la pratique de l'avortement. Le profit qu'en tire une partie du corps social est un facteur supplémentaire du maintien de cette clandestinité.

Ne pas lever l'interdiction légale d'un acte tout en tolérant sa pratique, ou l'autoriser sans la permettre, semblent clairement indiquer que la société accepte cet acte mais n'est pas prête à ce qu'il sorte de la clandestinité. Cette volonté se manifeste aussi dans le choix des techniques: techniques lourdes qui limitent le nombre de femmes accueillies dans les structures officielles, ou techniques légères comme la régulation menstruelle, avortement inavoué qui ne heurte pas les valeurs ancrées dans la population. Le refus de l'enregistrement de l'avortement et celui des statistiques traduit aussi le désir du maintien d'une certaine clandestinité, qu'on observe encore en Europe notamment, en Autriche, en Grèce, au Luxembourg et au Portugal.

4 - En conclusion

Le décès par avortement est théoriquement évitable, à faible coût, sans condition de progrès médical ou technologique. C'est donc le type même de décès à caractère essentiellement social et politique. Les moyens de l'éviter passent par l'avortement sans risque dont le coût pour la collectivité est infiniment moins élevé que celui entraîné par les conditions dans lesquelles se pratiquent les interventions à risque. Encore faut-il que les politiques le permettent et que ceux qui bénéficient de la situation actuelle, sur le plan économique (les médecins par exemple) et sur le plan social (les hommes en particulier) perdent un peu de leurs privilèges pour que la condition féminine n'emporte plus le risque de mourir d'avortement.

REFERENCES

- BAKER J. et KHASIANI S., 1992 - « Induced abortion in Kenya : case histories », *Studies in Family Planning*, vol.23, n°1, pp.34-44.
- BLAYO C., 1993 - « Le rôle de l'avortement dans les pays d'Europe Centrale et Orientale », *Congrès International de la population, Montréal, Union Internationale pour l'étude scientifique de la population*, pp. 235-252.
- BLAYO C., 1995 - « L'évolution du recours à l'avortement en France depuis 1976 », *Population*, n°3, pp. 779-810.
- BRADLEY J., SIKAZWE N. et HEALY J., 1991 - « Improving abortion care in Zambia », *Studies in Family Planning*, vol. 22, n°6, pp. 391-394.
- COEYTAUX F.M., 1988 - « Induced abortion in sub-saharan Africa : what we do and do not know », *Studies in Family Planning*, vol. 19, n°3, pp. 186-190
- GOODKIND D.M., 1994 - « Abortion in Vietman : measurements, puzzles, and concerns », *Studies in Family Planning*, vol. 25, pp. 342-352.
- HENSHAW S.K., 1990 - « Induced abortion : a world review, 1990 », *Family Planning perspectives*, n°22, 2, pp. 76-89.

- ICDUIGU A., 1996 - « Correlates of timing of induced abortions in Turkey » in : *Facteurs socio-culturels et politiques de l'avortement : Séminaire de l'UIESP*, Trivandrum.
- INDRALAL de SILVA W., 1996 - « The silent cry : socio-cultural and political factors influencing induced abortion in Sri Lanka », in : *Facteurs socio-culturels et politiques de l'avortement. Séminaire de l'UIESP*, Trivandrum.
- JUNG-EUN P., 1994 - « Current status of health and development of women », *Women's studies forum, Korean women's development institute*, vol. 10, pp. 172-199.
- KHAN M.E. , BARGE S., et PHILIP G., 1996 - « Abortion in India, an overview » in : *Facteurs socio-culturels et politiques de l'avortement. Séminaire de l'UIESP*, Trivandrum.
- LAWSON H.W. et al., 1994 - « Abortion mortality, United States 1972 through 1987 », *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 141, p. 763.
- LEVIN E., 1996- « Menstrual management and abortion in Guinea, West Africa » in : *Facteurs socio-culturels et politiques de l'avortement. Séminaire de l'UIESP*, Trivandrum.
- LISKIN L.S., 1981 - « Complications de l'avortement dans les pays en développement », *Population reports, serie F, n° 7*.
- LISKIN L.S., 1992 - « Maternal morbidity in developing countries : a review and comments » *International Journal Gynaecology Obstetrics*, 37 (2).
- LOUDON I., 1992 - « *Death in childbirth* », Clarendon press, Oxford.
- MAULDIN P., 1994 - « Maternal mortality in developing countries : a comparaison of rates from two international compendia », *Population and development review*, vol. 20 n° 2 pp 413-421.
- OMS 1994 - « Abortion : A Tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion » OMS, Geneve.
- PETERSON H.B. et al, 1981 - « Comparative risk of death from induced abortion at less than or equal to 12 weeks gestation performed with local versus general anesthesia », *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 171, pp. 763.
- ROSS J.A., RICH M., MOLZAN J.P. et PENSAK M., 1988 - « Family Planning and child survival, 100 developing countries », *Center of population and family health*, Columbia University.
- SINGH S. et WULF D., 1991 - « Estimating abortion levels in Brazil, Columbia, and Peru using hospital admissions and fertility survey data » *International Family Planning Perspectives*, 17.1, pp. 8-13.
- TIETZE C., 1969 - « Mortality with contraception and induced abortion », *Studies in Family Planning*, 1.45, pp. 6-8.