

# “Nous avons laissé un problème de santé publique, simple et dont la solution est connue, devenir le charnier des femmes des pays en développement, en particulier l’Afrique. ”

Fred Sai, Conseiller Spécial du Président du Ghana, à propos de l’avortement à risque, Compte à rebours 2015, Table Ronde Mondiale, Londres, 2004.

## Introduction

Pour cette année seulement, on estime à 19 millions le nombre de femmes et de filles confrontées à des grossesses involontaires et non désirées qui vont faire face aux conséquences mortelles de l’avortement à risque. Près de 70 000 d’entre elles vont en mourir et des centaines de milliers d’autres devront supporter des blessures débilantes et souvent irréversibles. Plus de 96% de ces femmes viendront des pays les plus pauvres du monde.

Pour des raisons allant des droits humains à la religion, l’avortement entraîne plus de désaccords politiques et sociaux que presque tous les autres sujets. Cela reste un problème particulièrement complexe et émotif dans beaucoup de pays, parfois sans aucune place laissée à un débat équilibré.

Ce rapport offre une vue d’ensemble sur la situation actuelle de l’avortement à risque autour du monde. Il a pour objectif d’ouvrir un débat nécessaire et opportun entre les gouvernements, les parlementaires, les experts de la santé publique, du développement et de la médecine, de même que ceux qui défendent et offrent des moyens d’avortement sans risque et légaux comme l’IPPF.

L’avortement à risque est l’un des plus grands contributeurs à la mortalité maternelle mondiale : une tragédie humaine qu’il est réellement possible de prévenir et qui met en lumière l’échec des gouvernements nationaux et de la communauté internationale face à un problème de santé publique qui perpétue l’une des plus grandes injustices sociales séparant les nations riches et pauvres.

L’avortement à risque est une cause et une conséquence de la pauvreté, il est aussi intimement lié aux

inégalités entre les sexes au sein des sociétés. L’incapacité des femmes, et particulièrement des jeunes femmes et filles, à satisfaire leurs droits fondamentaux en matière de reproduction et de sexualité et à avoir le contrôle de leur propre corps, les force à un choix difficile : supporter l’exclusion sociale ou risquer leur vie et leur santé en ayant recours à l’avortement à risque.

Durant le Sommet Mondial des Nations Unies en septembre dernier, les leaders de ce monde ont réaffirmé leur engagement envers les Objectifs de Développement du Millénaire dont celui de réduire la mortalité maternelle et d’améliorer la santé maternelle. Le Sommet a également réaffirmé un précédent engagement mondial envers l’accès universel à la santé de la reproduction. Le processus de revue de cet engagement a montré que peu de progrès avaient été réalisés dans ce sens bien que les Objectifs de Développement du Millénaire aient déjà été adoptés il y a cinq ans. Il a de plus mis en évidence le fait que l’avortement à risque est l’un des principaux contributeurs à ces niveaux obstinément élevés de décès maternels, particulièrement dans les pays en développement.

Des études objectives et scientifiques montrent que limiter l’accès à l’avortement ne le fait pas disparaître : elle le rend seulement clandestin et dangereux. Dans un nombre croissant de pays, les autorités sanitaires et les leaders politiques sont prêts à réexaminer leurs politiques sur l’avortement quand ils comprennent combien l’avortement à risque contribue à la mortalité et santé maternelles. Du reste, l’intérêt renouvelé pour le problème de la prévention des grossesses non planifiées a focalisé l’attention des divers acteurs sur le rôle que jouent la planification familiale et les services de santé de

la reproduction dans la prévention des grossesses non désirées. Il est impossible d’ignorer que le manque d’accès à une contraception moderne entraîne les grossesses non désirées vers l’avortement à risque.

Il est urgent d’entamer un débat ouvert et éclairé pour montrer l’injustice fondamentale des causes et des conséquences de l’avortement à risque. Peu de gouvernements et d’organisations internationales ont le courage de prendre une position arrêtée sur le droit à l’avortement. Le gouvernement du Royaume-Uni et l’IPPF sont deux des rares à avoir le courage et la résolution d’agir dans une lutte aussi cruciale pour le bien-être des femmes.

À travers le travail de son Département pour le Développement International, le Royaume Uni a mis en place une approche concernant l’avortement basée sur la santé publique. Ce faisant, ce pays s’est construit une réputation internationale de leadership et d’expérience dans ce domaine. L’IPPF est déterminée à jouer un rôle constructif dans cette entreprise en partenariat avec le Département pour le Développement International. Avec plus de 15% de la mortalité maternelle directement attribuable à l’avortement illégal et à risque, probablement jusqu’à 50% dans certains pays d’Afrique et d’Asie du Sud-est, s’attaquer de front à la réduction et même à l’élimination de cette cause de décès, qu’il est possible de prévenir, est de la plus grande importance.

**Steven W. Sinding**  
Director-General,  
Directeur Général de la Fédération internationale pour la planification familiale



IPPF/Chloe Hall  
L'Association Membre éthiopienne s'efforce de réduire le nombre de grossesses non désirées en établissant des systèmes de distribution à base communautaire pour les services de contraception dans les zones rurales.

## Avortement à risque, mortalité maternelle et les Objectifs de Développement du Millénaire

L'Organisation Mondiale de la Santé dit de l'avortement qu'il est à risque lorsqu'il est pratiqué par « des personnes n'ayant pas les capacités nécessaires ou dans un environnement ne disposant pas des normes médicales essentielles ou les deux ». L'impact de l'avortement à risque met en lumière les immenses inégalités sociales et de santé publique qui séparent les pays développés des pays en développement, de même qu'au sein des pays où l'avortement est illégal ou sévèrement restreint. Il y a une vérité simple : l'avortement à risque affecte de manière disproportionnée les femmes les plus pauvres dans les pays où il est pratiqué.

**“Les Latino-américains commencent à considérer l'avortement comme un problème de mortalité maternelle et plus seulement de moralité maternelle.”**

New York Times, le 6 janvier 2006

### L'avortement à risque : une cause et une conséquence de la pauvreté

La pauvreté a de multiples dimensions dont le manque de ressources économiques, l'absence de droits de l'homme, la mauvaise santé et la privation de choix. Au Sommet du Millénaire des Nations Unies, en octobre 2000, 191 pays se sont accordés sur le caractère impérieux de la réduction de la pauvreté et des inégalités dans le monde. L'amélioration de la santé maternelle et la réduction de trois quarts du nombre de décès maternels ont été identifiées comme deux des objectifs principaux des Objectifs de Développement du Millénaire dans la lutte contre les inégalités.

Presque tous les décès maternels se produisent dans des pays en développement, cela représente l'un des plus vaste et des plus injustes écarts sur la santé entre nations développées et en développement. Des 500 000

décès annuels liés à la maternité, 70 000, soit 13%, sont dus à des complications des suites d'un avortement à risque.

Atteindre les Objectifs de Développement du Millénaire, et particulièrement celui d'améliorer la santé et de réduire la mortalité maternelle, demandera une action de grande envergure. Les causes de la mortalité ou de la mauvaise santé maternelles sont nombreuses et complexes, mais dans ces pays où les femmes ont la responsabilité de la totalité des revenus du foyer et de l'éducation de la famille, la mort et la maladie dues à l'avortement à risque ont un coût économique et social élevé.

L'égalité d'accès à l'éducation pour les filles est un autre des principaux objectifs des Objectifs de Développement du Millénaire. Le fait qu'elle ne puisse pas aller au

bout de son potentiel d'apprentissage, ce qui est directement lié à la pauvreté, a un impact évident sur la capacité d'une femme à jouer pleinement son rôle dans la vie économique, sociale et politique de sa communauté. Une grossesse non désirée force souvent les jeunes femmes et filles qui y sont confrontées à choisir entre un avortement à risque, qui met leur vie et leur santé en danger, ou l'arrêt de leurs études pour mener leur grossesse à terme.

**“Dans de nombreuses régions d'Afrique, le risque pour une femme pauvre de mourir à cause d'une grossesse ou d'un accouchement est 200 fois plus élevé que pour une femme au Royaume-Uni.”**

Département pour le Développement International, Royaume-Uni.

## Avortement à risque : le coût de l'inégalité des genres

Beaucoup de femmes, mariées ou non, n'ont tout simplement aucun contrôle sur leur propre vie sexuelle. Elles n'ont pas accès, ou ne sont pas autorisées à accéder, à des services de planification familiale et en conséquence n'ont que peu de choix lorsqu'elles tombent enceinte. Les normes culturelles et religieuses dominantes ne laissent aux femmes, particulièrement les jeunes femmes et filles, que deux possibilités: être menacées de mort ou de blessures des suites d'un avortement à risque ou faire face à l'exclusion sociale et à l'abandon.

Beaucoup de filles et de femmes ne peuvent pas jouir de leurs droits en matière de sexualité et de reproduction à cause de leur statut inférieur dans la société.

Elles n'ont pas le contrôle de leur propre corps comme elles n'ont pas de pouvoir de décision, de mobilité, ni de maîtrise des ressources de leur foyer. Ces inégalités sociales, politiques et économiques empêchent beaucoup de femmes de demander ou d'accéder à des services de santé.

Les jeunes femmes, les adolescentes et les fillettes sont particulièrement vulnérables à la coercition, aux abus et à l'exploitation sexuels. Presque 50% des agressions sexuelles dans le monde ont lieu sur des adolescentes de 15 ans ou moins. Elles n'ont aucun pouvoir dans des relations où des hommes plus âgés contrôlent leurs vies. Cela les met non seulement en danger de subir une grossesse non désirée et un

avortement à risque, mais c'est également un important facteur d'augmentation des taux d'infection au VIH parmi les jeunes femmes de beaucoup de pays.

Les inégalités des sexes, les normes culturelles, les pratiques religieuses et la pauvreté sont autant de facteurs limitant les opportunités pour les femmes et les filles de faire des choix quant à leur propre vie sexuelle et reproductive. Cela leur interdit la possibilité de dire "non" à un rapport sexuel, particulièrement si elles sont pauvres ou vivent dans des communautés marginalisées. Cela a des conséquences extrêmes pour de nombreuses femmes, surtout les plus pauvres d'entre elles.

### Des millions de femmes souffrent de blessures ou de maladies suite à un avortement à risque.

La mort d'une mère, d'une fille ou d'une sœur due à un avortement à risque a un effet dévastateur sur une famille ; les blessures et maladies débilantes ou les handicaps permanents dont souffrent des centaines de milliers de femmes à cause de cela sont tout aussi dévastateurs.

Si l'on y accède suffisamment tôt, les soins médicaux peuvent traiter les complications dans la majorité des cas, mais de nombreuses femmes n'ont pas accès aux soins de santé primaire. Toutes les femmes n'ont pas accès à des traitements en milieu hospitalier pour des complications médicales liées à l'avortement à risque bien que, les données de 10 pays indiquent l'étendue réelle du problème et son impact ultérieur sur le système de soins.

Dans les pays où l'avortement est autorisé seulement pour des raisons limitées, des milliers de femmes sont hospitalisées chaque année avec de sérieuses complications suite à des procédures à risque.

Pays		Hospitalisations suite à un avortement	Hospitalisations pour 1 000 femmes de 15 à 44 ans
<b>Afrique</b>			
Egypte	1996	216,000	15.3
Nigeria	1996	142,200	6.1
<b>Asie</b>			
Bangladesh	1995	71,800	2.8
Philippines	1994	80,100	5.1
<b>Amérique Latine</b>			
Brésil	1991	288,700	8.1
Chili	1990	31,900	10.0
Colombie	1989	57,700	7.2
Republique Dominicaine	1990	16,500	9.8
Mexique	1990	106,500	5.4
Pérou	1989	54,200	10.9

Alan Guttmacher Institute, Sharing Responsibility; Women, Society and Abortion Worldwide  
Alan Guttmacher Institute, Sharing Responsibility; Women, Society and Abortion Worldwide

### L'impact de l'avortement à risque sur la santé

Une étude de l'OMS au Nigéria en 2000 a démontré que 75% des femmes ont subi des blessures ou des maladies. L'étude de 144 femmes ayant subi un avortement à risque à Ilorin au Nigéria a mis en avant des complications typiques :

- Septicémie 27%**
- Anémie (hémorragie) 13%**
- Décès 9%**
- Déchirure du col de l'utérus 5%**
- Blessure des intestins 4%**
- Vaginite chimique 4%**

- Septicémie avec anémie 3%**
- Abcès pelvien 3%**
- Perforation de l'utérus avec péritonite 3%**
- Lacération de la paroi vaginale 3%**
- Fistule vésico-vaginale 1%**

Une étude plus récente de l'IPAS au Kenya ("The Magnitude of Abortion complications in Kenya", International Journal of Obstetrics and Gynaecology) appuie les données sur le Nigéria et désigne l'avortement à risque comme étant "l'un des problèmes de santé les

plus négligés en Afrique". Plus de 80% des 809 cas étudiés à tous les niveaux du système de santé kenyan ont eu des complications suite à un avortement à risque. Des sept décès enregistrés, six étaient dus à des complications au second trimestre, ce qui souligne l'importance du besoin de services d'avortement sans risque et accessibles aussi tôt que possible pendant la grossesse. L'étude estime que chaque année 20 893 Kenyanes seront hospitalisées pour causes de complications liées à un avortement à risque.

## Grossesses non désirées et avortement à risque à travers le monde

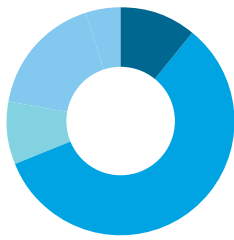
Il y a approximativement 211 millions de grossesses dans le monde chaque année; 87 millions de femmes tombent enceintes involontairement et environ 46 millions de grossesses se terminent par un avortement provoqué. 31 millions d'autres grossesses ne vont pas à leur terme (fausse-couche) ou résultent en des enfants mort-nés.

Des femmes de tous les pays du monde cherchent à mettre fin à des grossesses non désirées par l'avortement : parmi les 46 millions de femmes qui choisissent d'avorter chaque année, 78% vivent dans des pays en développement et 22% dans des pays développés. Annuellement, 19 millions d'avortements sont considérés comme à risque, dont 96% dans des pays en développement.

Un certain nombre d'études indépendantes a montré que, bien

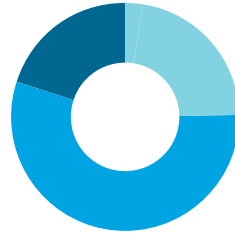
qu'il y ait des différences d'un pays à l'autre, les femmes à travers le monde qui choisissent de mettre fin à leur grossesse le font pour des raisons très similaires.

- Elles choisissent de ne plus avoir d'enfants.
- Elles sont trop jeunes ou ont trop peu de ressources financières pour avoir un enfant.
- Elles souhaitent terminer leurs études.
- Elles souhaitent espacer les naissances.
- Leur relation avec leur partenaire a pris fin ou est instable.
- Une grossesse serait dangereuse pour leur santé.
- La grossesse est le résultat d'un viol ou d'un inceste.
- Les croyances sociales ou religieuses empêchent les femmes non mariées de porter un enfant.



### Total des avortements par région du monde

Afrique 16%  
Asie 58%  
Europe 17%  
Amerique Latine et Caraïbes 9%



### Mort et négation : Avortements à risque dans les pays en développement

Afrique 4,2 millions  
Amerique et Caraïbes 3,8 millions  
Asie 10,5 millions

Alan Guttmacher Institute, Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide

“Face au conservatisme grandissant dans de nombreuses régions du monde et à la concurrence pour les ressources, le défi est de maintenir la concentration des efforts de développement sur l'importance de la santé et des droits sexuels et de la reproduction, comme il est précisé dans les Objectifs de Développement du Millénaire. Pour cela l'IPPF doit intensifier ses efforts de plaidoyer, en partenariat avec les gouvernements et organisations qui partagent ses idées, et étendre ses services traditionnels de planification familiale et particulièrement d'avortement sans risque.”

Dr. Jacqueline Sharpe, Présidente de l'IPPF.

Pour réaliser ce rapport, l'IPPF s'est appuyée sur des données provenant de plusieurs sources et plus largement de la publication de référence du Guttmacher Institute “Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide” (“Partage des Responsabilités: les Femmes, la Société et l'Avortement dans le Monde”), 1999.

## L'avortement à risque en Europe

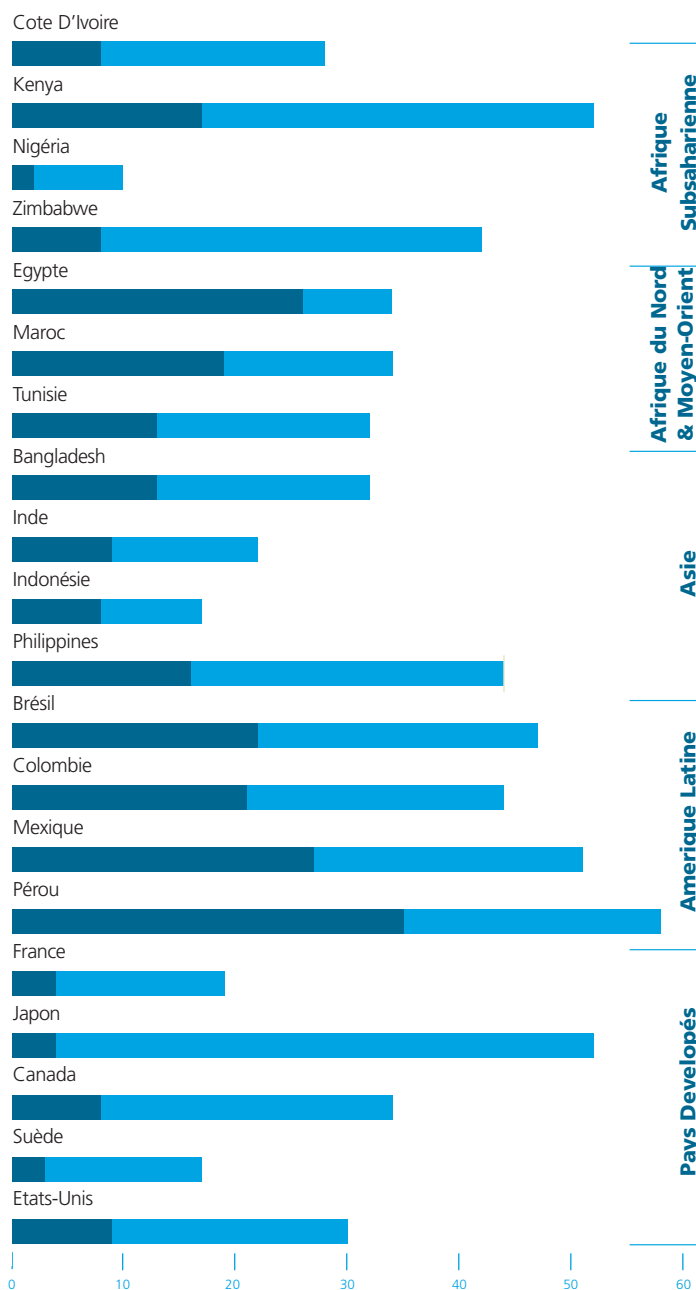
L'OMS estime qu'il y a entre 500 000 et 800 000 avortements à risque chaque année en Europe. Des femmes meurent encore d'avortements à risque en Europe de l'Est mais la situation s'améliore. Entre 6% et 23% de décès maternels sont le résultat d'avortements à risque en Europe Centrale et de l'Est.

Afin de faciliter l'accès des femmes à un avortement sans risque et légal, le réseau européen de l'IPPF, en partenariat avec d'autres organisations, a organisé un atelier de travail de deux jours entre le personnel et les volontaires des Associations Membres d'Albanie, d'Arménie, de Bosnie-Herzégovine, de Géorgie, du Kazakhstan, de Pologne, du Tadjikistan et d'Ouzbékistan. Une réunion supplémentaire s'est tenue avec d'autres Associations Membres européennes afin d'aider à améliorer la qualité des services d'avortement que ces pays fournissent.

Une loi interdisant l'avortement a été votée en Roumanie en 1966. Cela a entraîné une énorme augmentation de la mortalité maternelle qui est passée de 80 décès pour 100 000 naissances en 1964 à 180 en 1988. Après l'abrogation de cette loi en 1989, ce ratio est redescendu à 40 décès pour 100 000 naissances en 1992. Cette chute est presque entièrement due à l'accès facilité des femmes à des services d'avortement sans risque qui a eu pour conséquence une baisse du nombre de décès résultant de complications dues aux avortements à risque.

## Les naissances non désirées sont des événements fréquents pour les femmes du monde entier

De plus en plus, les femmes désirent des familles plus réduites. A l'exception des pays d'Afrique sub-saharienne et d'une poignée d'autres pays, cela signifie le plus souvent avoir deux ou trois enfants. Dans la plupart des pays développés, avoir une famille peu nombreuse est la norme culturelle. Malgré tout, beaucoup de femmes à travers le monde continuent à avoir plus d'enfants qu'elles ne le voudraient.



En % des naissances de ces 5 dernières années

■ Non désirées ■ Préférées plus tard

Alan Guttmacher Institute, Sharing Responsibility; Women, Society and Abortion Worldwide

### Causes des grossesses involontaires et non désirées:

- Manque de contrôle des femmes sur leur propre corps du fait des inégalités entre les sexes
- Manque d'accès aux services de planification familiale
- Manque d'information sur les méthodes de contraception modernes et utilisation de méthodes traditionnelles
- Echec ou usage irrégulier de la méthode de contraception
- Stigmatisation des femmes célibataires et de l'utilisation de la contraception
- Manque de contrôle des femmes sur les circonstances des relations sexuelles
- Violence sexuelle, viol et inceste
- Manque de pouvoir de négociation des femmes en ce qui concerne l'utilisation de la contraception en raison des normes culturelles et religieuses

### De meilleurs choix en matière de contraception

Afin de pouvoir contrôler au mieux l'espacement des naissances et d'avoir ainsi une famille de la taille désirée, femmes et hommes doivent utiliser correctement et régulièrement une contraception sûre pendant la majorité des années de fécondité de la femme.

Il semble avéré qu'en général le nombre de femmes, mariées ou non, utilisant régulièrement des moyens de contraception modernes pour éviter une grossesse non désirée est bien en deçà du nombre de celles qui souhaiteraient retarder ou mieux espacer leurs grossesses. Les raisons en sont complexes et vont de l'ancrage profond des attitudes sociales et culturelles aux circonstances économiques en passant par l'incapacité des femmes à négocier l'utilisation de contraceptifs dans leurs relations. Cela vient aussi du fait que dans de grandes parties du monde les besoins de contraception ne sont pas satisfaits et qu'hommes et femmes n'ont pas accès aux services de planification familiale dont ils auraient besoin. De nombreux couples sont forcés d'avoir recours à des méthodes de contraception traditionnelles qui ne sont pas réellement efficaces dans la prévention des grossesses. Cela les conduit inévitablement à des grossesses non désirées.

## Etudes de cas : grossesses non désirées

### Népal

Au Népal, les mariages précoces et les multiples grossesses non désirées ont conduit de nombreuses femmes à avoir recours en secret à des avortements à risque. L'avortement a été légalisé sous des conditions spécifiques en 2002 et la loi a été promulguée début 2004. Cette réforme légale faisait partie de la Législation sur la Protection de la Grossesse qui visait également d'autres droits de la femme. L'association membre de l'IPPF, l'Association de Planification Familiale du Népal (FPAN) a commencé à fournir des services d'avortement en 2004 dans trois de ses cliniques.

**Une jeune fille de 14 ans** est arrivée à la clinique FPAN's Valley et a demandé un avortement. Au début elle refusait de se confier à l'équipe médicale, mais elle a finalement révélé avoir eu des relations sexuelles avec un lointain parent et être tombée enceinte. Etudiante brillante, elle craignait que cette grossesse n'affecte ses examens à venir et ne l'empêche de poursuivre ses études.

C'était la première fois qu'une personne si jeune faisait appel à la clinique pour ce genre de service et l'équipe n'avait donc pas prévu de procédure à suivre. Une réunion a été rapidement organisée avec les médecins du service et le personnel d'encadrement pour débattre des implications légales d'une telle intervention et de la meilleure façon d'aider la jeune fille. Au Népal, il est illégal de pratiquer un avortement sur une mineure de moins de seize ans sans l'accord de ses parents ou d'un tuteur. Il a été décidé de lui fournir dès le lendemain un service d'avortement si la jeune fille pouvait revenir avec une lettre de consentement d'un tuteur.

Elle n'est pas revenue à la clinique le lendemain ce qui a inquiété l'équipe médicale. L'équipe de la FPAN se trouvant sur le terrain a mené une enquête discrète, a rencontré la jeune fille en secret et l'a plus amplement conseillée.

Ils ont découvert qu'elle n'était pas revenue parce qu'elle avait un examen ce matin là. C'était à présent le week-end et bien que la clinique soit officiellement fermée pour la journée, le directeur s'inquiétant des délais supplémentaires a ouvert la clinique spécialement pour la jeune fille qui était accompagnée de son tuteur.

**Une femme enceinte de 36 ans**, ayant entendu parler des services de l'Association de Planification Familiale du Népal, s'est présentée dans une clinique mi-2005. Elle et son mari, un manœuvre, étaient pauvre et avaient déjà du mal à élever leurs sept jeunes enfants. Elle était désespérée à l'idée qu'un huitième enfant l'empêche de subvenir correctement aux besoins de sa famille.

Malheureusement, la FPAN ne peut pas proposer ses services gratuitement à toutes les patientes, et la femme ne pouvait pas se permettre de payer les 750 roupies (environ 10 €) de frais. Réalisant qu'elle était dans une situation extrêmement vulnérable et craignant qu'elle n'ait recours à une méthode d'avortement "traditionnelle" et risquée, l'équipe de la FPAN a décidé de lever elle-même des fonds pour l'intervention.

Pour beaucoup de femmes, un avortement sans risque est très cher, elles ne peuvent pas se le permettre et s'endetter n'est pas une option. C'est l'une des nombreuses raisons pour lesquelles elles ont recours à l'avortement à risque.

Cette femme a eu droit à un avortement sans risque, à un conseil post-avortement et à des conseils sur la contraception. Elle a dit à l'équipe que si elle avait connu les services de la FPAN plus tôt elle aurait fait des démarches pour avoir moins d'enfants.

### Pérou

**Carmen, une jeune femme de 19 ans**, s'est présentée dans une

clinique de l'association péruvienne de l'IPPF, l'INPPARES, déprimée et bouleversée. Elle a révélé durant la conversation avoir été violée six semaines plus tôt mais ne pas avoir porté plainte, ni cherché de soins médicaux parce qu'elle avait honte. En désespoir de cause, elle avait tenté de provoquer une fausse couche en prenant des médicaments et souffrait à présent de saignements vaginaux.

Le petit ami et la mère de Carmen étaient présents pendant l'entretien et elle a pu parler ouvertement de ce qui était arrivé et des différentes options à sa disposition. En plus des informations sur les soins post-avortement, il lui a été conseillé de faire des tests de dépistage du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles. Elle a décidé de subir une intervention par aspiration qui s'est déroulée sans complications. Lors d'une visite de suivi, des conseils sur les différentes méthodes contraceptives lui ont été donnés. Elle a dit ne plus avoir besoin de contraception, son petit ami l'ayant quittée à cause des stigmates associés au viol et à l'avortement.



IPPF/Chloe Hall  
Les femmes ont accès à des services de contraception à la clinique de Nouadhibou de l'Association Membre mauritanienne; ces services sont fondamentaux dans la prévention des grossesses non désirées.



IPPF/Christian Schwetz  
L'Association Membre thaïlandaise s'assure que les femmes connaissent différentes méthodes de contraception.

IPPF/Chloe Hall  
Buzensu doit marcher plusieurs heures pour rejoindre les services disponibles le jour du marché. La clinique du samedi est le seul endroit où elle peut trouver des services de contraception.



## L'investissement mondial dans la planification familiale

Lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement du Caire en 1994, la communauté internationale s'est engagée à faire de l'accès universel à la planification familiale et aux services de santé sexuelle et de la reproduction une réalité d'ici 2015. Plus d'une décennie plus tard, et malgré d'autres promesses relatives

à cet accès universel, les grands de ce monde sont plus loin que jamais de tenir leur engagement. En effet, les fonds versés aux services de planification familiale au niveau mondial ont baissé au cours de cette période.

Les services de planification familiale non existants ou de mauvaise qualité, à cause de financements

inadéquats ou d'opposition politique ou religieuse, contribuent directement aux grossesses involontaires et non désirées et aux niveaux élevés de mortalité maternelle et de mauvaise santé dus aux avortements à risque qui en découlent.

### La règle du bâillon mondial (La 'Gag rule')

Introduite pour la première fois en 1984 et réintroduite par le Président George W. Bush en 2001, la 'Gag Rule' met les organisations non gouvernementales ne venant pas des Etats-Unis dans une situation intenable en les forçant à choisir entre continuer leur travail de sauvegarde la santé et les droits des femmes ou perdre le financement des USA. La 'Gag Rule' interdit aux organisations touchant des fonds des USA d'utiliser leur argent pour fournir des informations, des services et des soins d'avortement ou même de débattre de l'avortement ou de critiquer l'avortement à risque. Elle empêche même ces organisations de travailler sur ces problèmes à la demande de leur propre gouvernement.

La 'Gag Rule' restreint sévèrement la liberté de parole, elle interfère dans la relation médecin-patient et

elle entrave toute considération équilibrée de libéralisation des lois sur l'avortement basée sur les intérêts de la santé et des droits de l'homme. Cela a eu un impact dramatique au niveau mondial sur la capacité des Associations Membres de l'IPPF et de beaucoup d'autres organisations à fournir des services complets de santé sexuelle et de reproduction qui, en rejetant la 'Gag Rule', ont perdu beaucoup de leurs financements. Cette politique a réduit la liberté de parole et d'association des organisations liées par ces règlements. Cependant, les manifestations anti-avortement sont autorisées, ce qui souligne bien la nature idéologique de cette règle.

La 'Gag Rule' échoue dans sa tentative de réduire l'incidence mondiale de l'avortement. Au contraire, en handicapant gravement la prestation de services de santé sexuelle et de

reproduction, sa conséquence réelle a été d'augmenter le nombre de grossesses non désirées et d'avortements qui les suivent inévitablement.

**"Il n'a jamais été facile de quantifier complètement l'impact de la 'Gag Rule'. Ses ramifications sont insidieuses et se sont développées au long des années. Il est impossible d'identifier combien de morts peuvent être imputées aux services qui auraient pu être fournis en l'absence de cette règle, combien de personnes ont dû cesser de parler de ce grave problème de santé publique ou combien d'organisations se sont vu interdire le droit de travailler avec leurs gouvernements et d'autres ONG pour satisfaire les besoins de santé urgents de leurs propres communautés."**

Fédération Américaine du Planification familiale, Rapport sur la règle du bâillon Mondial, 2003.

## Profil national: Kenya

### Le besoin d'accéder à la contraception

L'IPPF est impliquée dans une approche sur deux fronts pour la réduction, et l'élimination, de la mortalité des femmes liée à l'avortement. Le premier est de fournir les services qui permettent de diminuer le besoin de recourir à l'avortement: là où de bons services de contraception sont fournis, le taux d'avortement baisse. Cependant, quelle que soit l'efficacité des moyens de contraception fournis et utilisés, il y aura toujours des grossesses non désirées.

Le deuxième but de l'IPPF est de rendre l'avortement légal et sans risque partout. Cela paraît évident: il n'y a que dans les pays où les femmes ont le droit d'accéder à des services d'avortement sans risque que les complications médicales des suites d'un avortement à risque et la mortalité maternelle sont réellement rares.

Cette approche est clairement mise en évidence au Kenya. Entre 1980

et 2000, grâce à la demande de couples souhaitant limiter la taille de leur famille et au lancement par le gouvernement d'un programme de planification familiale national, le Kenya a connu une diminution rapide de son taux de natalité qui est passé en moyenne de 8 enfants par femme à tout juste peine plus de quatre. Cependant, les décès maternels ont très peu diminué et le taux d'avortement est resté élevé (il est estimé à plus de 300 000 par an).

Comme l'avortement est rigoureusement limité selon la loi kenyane, la seule exception étant pour sauver la vie de la mère, la grande majorité des avortements sont illégaux et à risque, ce qui représente 30 à 50% du taux national de mortalité maternelle. L'impact sur les ressources du système de santé kenyan est énorme avec presque 60% des ressources de la maternité de l'hôpital national Kenyatta consacrées aux victimes d'avortements à risque.

La non satisfaction des besoins en termes de planification familiale à

travers le Kenya reste très élevée, avec 24% des couples ne pouvant pas accéder aux services dont ils ont besoin ; de plus, les services de planification familiale ont été diminués, principalement à cause de la règle du bâillon ('Gag Rule'). Cependant le taux d'avortement reste élevé ce qui signifie que les kenyans continuent à y avoir recours pour gérer leur fécondité.

L'accès à la contraception réduit le nombre de grossesses non désirées et par conséquent le nombre d'avortements. Là où le besoin de planification familiale n'est pas satisfait, comme le démontre l'expérience kenyane, les femmes ont recours à l'avortement pour éviter d'avoir des enfants. Dans les pays où l'avortement est illégal ou restreint, cela veut dire que les femmes mettent en danger leur vie et leur bien-être en faisant appel à l'avortement clandestin. Des services d'avortement sans risque et légaux doivent exister de même que des plannings familiaux et des services de santé de la reproduction efficaces pour prévenir les décès et combattre l'impact sanitaire de l'avortement à risque.

### Le Kenya et la règle du bâillon mondial ('Gag Rule')

L'Association Membre de l'IPPF au Kenya, l'Association de planification familiale du Kenya (FPAK), fournit une part importante des services de contraception et de santé de la reproduction du pays. Placée devant le choix entre perdre tous les fonds et l'aide technique de l'Agence Américaine pour le développement international et cesser tout travail sur l'avortement sans risque, la FPAK a choisi de perdre ces fonds afin d'être libre de se battre pour la santé et le bien-être des femmes kenyanes. La perte de ces fonds a entraîné la fermeture de trois cliniques de la FPAK, la réduction des services dans les cliniques restantes et une coupe dans les budgets alloués aux programmes à base communautaire. Cela a rendu l'accès aux services et aux informations sur la planification familiale pour les kenyans en situation de pauvreté beaucoup plus difficiles et conduira inévitablement à plus de grossesses non désirées et d'avortements à risque.

### La nécessité de réviser la législation sur l'avortement

Début 2004, un certain nombre de médecins, accusés d'avoir pratiqué des avortements, étaient mis en accusation pour meurtre. En réaction, le Comité Kenyan de pilotage de la santé reproductive, constitué de divers représentants de la société kenyane, a été établi afin de défendre les accusés et de promouvoir la santé et les droits en matière de reproduction au Kenya.

Grâce au travail du Comité de Pilotage, un projet de motion de libéralisation de la loi sur l'avortement devrait bientôt être présenté au Parlement kenyan et une révision détaillée de la question de l'avortement est actuellement menée. La mobilisation de ceux qui soutiennent un meilleur accès à l'avortement sans risque a directement conduit à la remise en cause des lois kenyanes sur l'avortement. Si ces organisations, y compris la FPAK, s'étaient soumises à la règle du bâillon cette remise en cause n'aurait pu avoir lieu même sur ordre de leur propre gouvernement.

**“La persistance de la non satisfaction des besoins et des échecs de la contraception sera invariablement associée à des niveaux élevés de grossesses non planifiées et non désirées, obligeant de nombreuses femmes à faire appel à des avortements à risque avec pour conséquence un taux élevé de complications dont la stérilité, de longues maladies et la mort. ”**

*The Magnitude of Abortion complications in Kenya, RCOG International Journal of Obstetrics and Gynaecology*

IPPF/Asociación Civil de Planificación  
 L'Association Membre vénézuélienne et ses volontaires sont des éléments clés dans la campagne de décriminalisation de l'avortement au Venezuela.



## Les efforts de réforme de la loi sur l'avortement au Venezuela

L'Amérique du Sud a longtemps souffert des ravages liés aux restrictions sévères de l'avortement avec des taux de décès maternels parmi les plus élevés au monde. Au Venezuela, l'avortement n'est légal que pour sauver la vie d'une femme et il n'y a d'exception ni pour le viol, ni pour l'inceste, ni même pour préserver la santé d'une femme. De plus, la loi prévoit jusqu'à deux ans de prison pour une femme ayant eu recours à l'avortement et jusqu'à 30 mois pour la personne l'ayant pratiqué.

Le 1er décembre 2004, une proposition de décriminalisation de l'avortement a été présentée publiquement devant l'Assemblée Nationale. Pour les professionnels de la santé, las de voir des femmes mourir des suites de complications liées à un avortement à risque, ce fut un événement important. Le projet de loi est l'aboutissement des efforts de nombreuses associations féministes, d'universités, de sociétés d'obstétrique et de gynécologie, du Ministère de la Santé et des prestataires de services de santé de la reproduction, dont l'Association membre

vénézuélienne de l'IPPF, l'Association Civile de Planification familiale (ACPF). Dans un pays où l'Eglise Catholique a une grande influence sur la société, cette proposition de décriminalisation est un premier pas vers l'ouverture d'un débat public et législatif sur l'avortement.

L'ACPF a participé à la rédaction des propositions et a fait une présentation sur les problèmes de santé publique liés à l'avortement à risque à la Commission du Congrès sur les Femmes, la Famille et la Jeunesse, qui soutient aujourd'hui la proposition. La Commission a changé radicalement de position après que ses membres aient entendu les témoignages de femmes qui auraient eu besoin d'un accès à des services d'avortement sans risque et qu'ils aient constaté l'impact de la mortalité et de la morbidité maternelles. Ils ont reconnu que la criminalisation de l'avortement ne l'empêchait pas d'exister, ni ne réduisait la demande mais faisait seulement souffrir les femmes, et ils ont donc admis que la législation actuelle devait être réformée.

29 pays ont libéralisé leurs lois sur l'avortement malgré l'imposition de la règle du bâillon ('Gag Rule') en 1984

**Albanie - 1996**  
**Algérie - 1985**  
**Afrique du Sud - 1996**  
**Australie - 2002 (deux états)**  
**Belgique - 1990**  
**Bénin - 2003**  
**Botswana - 1991**  
**Bulgarie - 1990**  
**Burkina Faso - 1996**  
**Cambodge - 1997**  
**Canada - 1988**  
**Espagne - 1985**  
**Ethiopie - 2004**  
**France - 2001**  
**Ghana - 1985**  
**Grèce - 1986**  
**Guinée - 2000**  
**Iran - 2005**  
**Malaisie - 1989**  
**Mali - 2002**  
**Mexique - 2000 (deux états)**  
**Népal - 2000**  
**Pakistan - 1990**  
**République Tchèque - 1986**  
**Roumanie - 1989**  
**Slovaquie - 1986**  
**Suisse - 2002**  
**Tchad - 2002**

## L'opposition à la planification familiale mine les efforts pour réduire les grossesses non désirées et les avortements à risque.



IPPF/Chloe Hall

Les services gratuits de planning familial dispensés par l'Association membre de Nouakchott en Mauritanie sont essentiels si l'on veut éviter que des femmes comme Mimoona ne rejoignent les statistiques de mortalité maternelle.

La communauté de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction fait face à une opposition politique de plus en plus hostile de la part des Etats-Unis, du Vatican et d'autres gouvernements conservateurs et chefs religieux. Cette opposition fait que l'accès universel aux services de santé de reproduction reste un lointain espoir pour la majorité des pauvres du monde. La conséquence directe en est que des femmes et filles à travers le monde continuent à supporter le poids de politiques qui ne parviennent pas à régler la nature et l'ampleur de la mortalité maternelle et de l'avortement à risque.

**“Des services de planification familiale accessibles et efficaces peuvent permettre d'éviter jusqu'à 35% des décès maternels.”**

*Reducing Maternal Death: Evidence and Action, A Strategy for DfID, September 2004.*

L'étude de 15 pays d'Afrique de l'Ouest a montré que ceux où la contraception était la plus répandue avaient le taux de mortalité maternelle le plus bas et vice versa.

Là où l'accès à des informations et à des services de planification familiale intégrés était possible le niveau d'avortement a chuté : le nombre d'avortements en

Arménie, au Kazakhstan, au Kirghizistan et en Ouzbékistan pourrait être divisé par deux si les femmes n'utilisant pas de contraceptifs ou faisant appel à des méthodes traditionnelles se tournaient vers les méthodes modernes.

Les femmes bangladeshi ayant un bon accès à des services de planification familiale de grande qualité, ont un taux d'avortement de 2,3 pour 1000 par rapport 6,8 pour les femmes n'y ayant pas accès.

## Créer les bases du changement : les interventions basées sur des témoignages.

Le débat idéologique sur l'avortement masque une vérité cachée : confrontées à une grossesse non désirée, beaucoup de femmes recherchent l'avortement sans se soucier de sa légalité ou de sa sécurité. Les conséquences mortelles en sont trop évidentes : les vies de ces femmes sont mises en danger et trop souvent, celles-ci meurent ou souffrent de séquelles à vie. L'illégalité et la stigmatisation attachées à l'avortement rendent les témoignages difficiles à trouver. Cependant, lorsque l'on fait des recherches et que l'on analyse les faits, les arguments pour la

libéralisation des lois sur l'avortement et l'amélioration de l'accès à des services sans risque sont imparables.

On trouve des preuves que la criminalisation de l'avortement ne fait pas baisser les taux d'avortements mais au contraire met en danger la vie de ces femmes dans toutes les régions du globe. En Amérique Latine, l'avortement est illégal ou sévèrement restreint dans quasiment tous les pays et pourtant le taux d'avortement y est l'un des plus élevés du monde, dépassant de

loin ceux de l'Europe Occidentale et de l'Amérique du Nord.

La Colombie, qui interdit l'avortement même pour sauver la vie d'une femme, atteint une moyenne d'un avortement par femme durant ses années de procréation. Au Pérou, ce chiffre passe à deux avortements par femme. Pour les femmes pauvres, incapables de se payer des traitements sûrs, cela signifie avoir recours illégalement à un avortement à risque pratiqué par une personne non qualifiée dans de mauvaises conditions sanitaires.

### Profil national: Ouganda

La controverse autour des conditions dans lesquelles l'avortement devrait être légal en Ouganda cache une dure réalité pour les femmes. Actuellement, l'avortement est illégal sauf pour sauver la vie ou préserver la santé physique ou mentale d'une femme. Cependant, des barrières administratives supplémentaires existent : un avortement ne peut être pratiqué que par un médecin enregistré et l'avis de deux autres médecins est généralement demandé. Selon le code pénal ougandais, pratiquer un avortement illégal est puni de sept ans d'emprisonnement pour la femme et son médecin, malgré tout cette loi n'a pas vraiment fait diminuer le nombre d'avortements illégaux et à risque.

L'Ouganda est l'un des pays les plus pauvres du monde avec près de 40% de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté. Les résultats d'une recherche du DfID parus en 2005 ont montré qu'un tiers des femmes ougandaises n'ont pas recours à la contraception car elles n'ont pas accès aux services. Cela étaye la thèse de l'Association de Planification Familiale de l'Ouganda et donne des arguments tangibles pour générer un support public et un investissement politique pour une réforme de la législation sur l'avortement.

La conséquence de cet accès restreint aux services de planification familiale est qu'en moyenne la femme ougandaise donne naissance à sept enfants au cours de sa vie soit deux de plus qu'elle ne le voudrait. Beaucoup de femmes bravent la loi pour mettre fin à des grossesses non désirées dans de mauvaises conditions sanitaires et de sécurité. L'impact en est principalement ressenti par les femmes les plus pauvres, surtout celles vivant dans des zones rurales qui sont amenées à utiliser des instruments coupants et des herbes dans une tentative désespérée de mettre fin à une grossesse dont elles ne veulent pas. Plus de 75% d'entre elles connaîtront des complications de santé. L'avortement à risque représente aujourd'hui un tiers des décès maternels en Ouganda.

Des preuves aussi fortes ne peuvent être ignorées. Il y a déjà une vague de soutien au changement. En septembre 2005, l'IPPF et l'Association de Planification Familiale de l'Ouganda ont facilité l'enquête menée par des membres du Parlement norvégien. Leurs découvertes ont conduit la délégation à faire une déclaration soulignant l'importance de l'accroissement de l'accès à un avortement légal et sans risque, en particulier pour les femmes pauvres

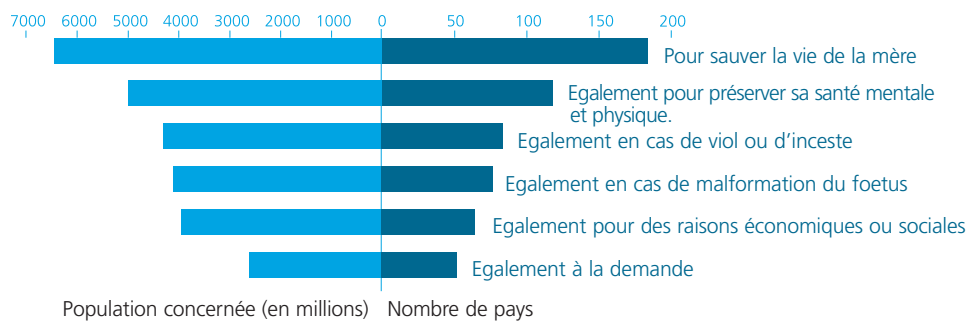
et vulnérables des zones rurales. Cette déclaration a été débattue publiquement avec les membres du Parlement ougandais, des officiels du Ministère de la Santé et les médias, ce qui a considérablement stimulé le débat public. Ceci a amené le directeur du Programme pour la Santé de la reproduction à reconnaître publiquement que la légalisation de l'avortement ferait baisser le taux de mortalité maternelle. Le Ministère de la Santé prévoit de réviser la loi sur l'avortement et est en train de chercher à mieux interpréter la loi actuelle pour éviter plus de décès et de maladies liés à l'avortement à risque.

Sur la base de preuves établissant que l'avortement sans risque réduit effectivement le taux de grossesses non désirées, l'Association membre de l'IPPF a demandé au Gouvernement d'abroger la législation actuelle, très restrictive, sur l'avortement, très restrictives, sur le motif de la protection de la santé publique. Cela n'aurait pu avoir lieu si l'Association pour la planification familiale de l'Ouganda avait signé la règle du bâillon.

## La législation sur l'avortement à travers le monde : une question de santé publique

- Avant 1950, l'avortement était illégal ou sévèrement limité dans quasiment tous les pays du monde.
- Les inquiétudes croissantes à propos de l'impact de l'avortement à risque ont entraîné une augmentation rapide du nombre de pays libéralisant ou légalisant l'avortement, principalement dans les pays développés mais aussi dans d'autres pays.
- Cette tendance s'est ralentie après 1984, lors de la première entrée en vigueur de la règle du bâillon ("Gag Rule").
- Entre 1985 et 1997, 19 autres pays ont assoupli les lois sur l'avortement.
- Plus récemment, 11 nouveaux pays ont libéralisé leurs lois sur l'avortement.
- Dans le même temps, 5 pays les ont renforcées
- 25% de la population mondiale vit encore dans des pays où l'avortement est illégal ou sévèrement limité.
- Dans d'autres pays, l'accès aux services et aux informations est rigoureusement restreint bien que l'avortement soit autorisé sous certaines conditions.
- L'interprétation et l'application des lois nationales et l'attitude du corps médical envers l'avortement affectent fortement l'accès à ces services.
- Des études ont prouvé que la légalisation ou la libéralisation des lois sur l'avortement n'entraîne pas une augmentation du taux total d'avortement.

### Raisons pour lesquelles l'avortement est autorisé dans le monde



Rapport mondial sur la santé 2005, OMS

### L'accès à des services d'avortement sans risque et légaux

Assurer une information adéquate sur l'avortement et un accès à des services d'avortement sans risque et abordables est aussi important que de le légaliser : à moins que ces dispositions ne soient simultanées, l'avortement à risque continuera de dévaster les vies de millions de femmes à travers le monde.

Dans les pays où l'avortement est autorisé, les obstacles juridiques peuvent ralentir significativement l'accès à des services sans risque, ce qui peut avoir de graves conséquences sur le bien-être d'une femme. Les périodes d'attente obligatoires, la nécessité du consentement de l'époux ou d'un tuteur et celle de voyager sur de longues distances pour trouver un praticien autorisé sont autant d'obstacles à l'accès à un avortement sans risque.

Se pose également le problème de la capacité à payer ces services : les coûts élevés qu'induit un avortement affectent principalement les femmes pauvres ce qui les conduit à retarder l'avortement à un moment de la grossesse où il sera plus dangereux.

En Inde, malgré 30 années d'offre légale de services d'avortement, il y a toujours un ratio de 6 avortements illégaux pour 1 légal, ce qui contribue à plus de 15% au taux de mortalité maternelle. C'est largement dû au manque de connaissance du statut légal de l'avortement, à un manque d'accès à des services d'avortement sûrs et hygiéniques et à une diminution du nombre de personnel médical qualifié, particulièrement dans les zones rurales.

## Profil national : Mongolie

L'avortement est légal en Mongolie bien que les politiques du gouvernement ne soient pas toujours traduites en actions concrètes pour faire baisser l'avortement à risque. Les règles très strictes qui encadrent ce service disent que l'avortement doit être pratiqué dans un établissement médical certifié par le gouvernement. Alors que cela devrait assurer une qualité de service élevée, la réalité pour les femmes est qu'elles ont peu d'options légales à leur disposition à part les services des hôpitaux de l'état. Cette situation permet de restreindre l'accès à ces services. Les queues interminables et les

procédures administratives obligent de nombreuses femmes à se rendre dans des cliniques privées non certifiées où les avortements peuvent être pratiqués rapidement mais illégalement et à un coût plus élevé. L'association membre de l'IPPF, l'Association Mongole pour le Bien-être de la Famille (MFWA), se bat pour un système alternatif dans lequel des cliniques plus simples pourraient également pratiquer l'avortement avec des mesures pour assurer le respect de normes de sécurité et de santé élevées.

Le premier pas de la MFWA a été de mener une enquête auprès de plus de 1 700 personnes pour mieux comprendre l'opinion publique et le vécu autour de l'avortement. L'interrogation d'un échantillon du public a révélé que la plupart des répondants savaient que l'avortement était admis et accessible. Les habitants de zones rurales, à proximité desquelles on ne trouve pas de clinique privée ou publique, soutiennent les projets visant à rendre l'avortement plus accessible, ce qui indique qu'il y a une forte demande pour un accès facilité à des services d'avortement sans risque.

## Profil national: Ethiopie

Gete (ce nom a été modifié), une Ethiopienne de 22 ans, s'est présentée dans une clinique de l'Association de conseil familial d'Addis Abeba à la suite d'un viol. Originaire de Gondor au nord du pays, elle avait emménagé à Addis pour trouver du travail et vivait chez son oncle et sa tante depuis 2004.

Gete a été violée par un ami de son cousin. A l'époque, l'avortement n'était autorisé que suite à un viol ou un inceste et pour avoir accès à ces services la femme devait obtenir un rapport de police confirmant le viol (cette loi a récemment été libéralisée). La stigmatisation liée au viol et l'avortement est grande et elle craignait d'aller voir la police de peur qu'on ne la croie pas. Lorsqu'elle a dit à son oncle qu'elle avait été violée, il l'a chassée.

Lorsqu'elle a découvert qu'elle était enceinte, Gete a décidé de se faire avorter et, surmontant sa peur s'est rendue au commissariat. La police l'a envoyée à la clinique afin d'obtenir une confirmation du viol, mais comme elle était enceinte de quatre mois il était impossible à l'équipe médicale de le confirmer. On l'a conseillée et on a confirmé la grossesse à la police.

**“Si la femme ne reçoit pas la bonne documentation de la part de la police, la clinique ne peut pas la référer pour un avortement sans risque. Dans ces cas là, il est fréquent que les femmes rendent visite à des avorteurs illégaux. ”**  
Sœur Mekele, infirmière en chef de la clinique modèle d'Addis Ababa.



IPPF/Chloe Hall

Gete a préféré ne pas s'identifier dans cette photo.

## Avortement médicamenteux : Sauver des vies dans des zones pauvres en ressources

L'avortement médicamenteux est une méthode sûre et très efficace de mettre fin à une grossesse non désirée et est de plus en plus la méthode préférée dans beaucoup de pays développés et dans quelques pays en développement. Elle est cependant aujourd'hui largement indisponible dans ces derniers. Administré par du personnel qualifié les complications sont rares.

Utilisant l'antiprogestogène, la mifepristone, conjointement avec une prostaglandine analogue synthétique, les effets de l'avortement médicamenteux sont similaires à ceux d'une fausse couche. Dans les pays où l'avortement chirurgical présente d'importantes difficultés médicales ou financières pour les systèmes de santé primaire, l'avortement médicamenteux s'est montré efficace et plus agréable pour l'usagère et offre un réel espoir de rendre l'avortement sans risque plus accessible à celles qui en ont le plus besoin.

L'avortement médicamenteux, qui peut avoir lieu jusqu'à la neuvième semaine de gestation, requiert deux visites cliniques pour l'administration de deux substances différentes mais il peut également se faire à domicile, ce qui est de plus en plus le cas pour la deuxième administration. Après la prise de la prostaglandine lors de la seconde visite, 90% des femmes avortent dans les 4 à 6 heures. Cette procédure a un taux d'efficacité de 98%. Au-delà de 9 semaines de gestation, il faut un traitement supplémentaire, qui est loin d'être aussi lourd qu'un avortement chirurgical et qui a un taux d'efficacité de 97%.

L'un des principaux avantages de cette méthode dans les pays en développement est que, pour la majorité des femmes, la procédure peut être menée en ambulatoire et requiert beaucoup moins de ressources médicales.

**Sarawati, 37 ans, professionnelle de la santé, Inde, déclare:**

**“J'aurais aimé que cette méthode (l'avortement médicamenteux) soit disponible quand j'étais jeune et que je suis tombée enceinte sans le vouloir. Je suis allée voir une Dai (une guérisseuse traditionnelle) parce que je ne voulais pas être opérée par un homme. J'ai eu mal et de la fièvre pendant des jours. Je n'ai jamais pu retomber enceinte après ça et mon mari m'a quittée.”**

**L'avortement médicamenteux est utilisé depuis une décennie dans de nombreux pays d'Europe. Dans certains pays, il représente plus de 50% des avortements provoqués.**

## Les femmes séropositives et leur droit à choisir.



IPPF/Chloe Hall  
Itenesh est séropositive et se rend aux centres de jeunes gérés par l'Association de planning familial d'Ethiopie afin de parler aux jeunes sur ce que représente la séropositivité pour leur santé génésique.

Les femmes en âge d'avoir des enfants vivant avec le VIH sont aussi susceptibles de vivre une grossesse non désirée que les femmes séronégatives et se retrouvent également face au choix de garder l'enfant ou non. Cependant, dans le cas des femmes séropositives, le problème est plus complexe pour des raisons personnelles, familiales, sociales, culturelles, religieuses et médicales.

Les femmes porteuses du VIH sont souvent stigmatisées à cause de leur séropositivité et, si elles tombent enceintes, pour avoir été actives sexuellement de manière irresponsable. Elles subissent parfois des pressions de la part de la famille et du corps médical pour mettre fin à leur grossesse alors que dans d'autres cas leurs compagnons ou la société font pression pour qu'elles aient l'enfant. Les femmes séropositives sont parfois diabolisées pour leur demande ou la réalisation d'un avortement. En l'absence d'accès

à une prévention complète de transmission mère-enfant, les femmes atteintes du VIH donnant naissance à des enfants séropositifs sont blâmées.

Le droit à avoir une famille et à décider d'avoir un enfant et à quel moment est une part fondamentale de la liberté sexuelle et reproductive d'une femme. Malgré cela, on refuse fréquemment ce droit aux femmes séropositives parce que la société et les services de santé considèrent qu'elles ne devraient pas avoir d'enfants ou même avoir de vie sexuelle.

C'est un fait tragique qui présente les séropositives à la fois comme victimes et coupables et qui suggère une certaine contrainte dans le processus de prise de décision. Jusqu'à présent, peu d'études ont exploré de quelle façon ces femmes prennent les décisions portant sur leur grossesse. Pourtant, il ressort des recherches actuelles que les

femmes atteintes du VIH souffrent d'un manque de respect et qu'on leur accorde peu de valeur.

Il est clair que la prestation de services doit être basée sur le respect des droits et décisions sexuels et reproductifs des femmes incluant, si besoin est, le droit à un avortement légal et sans risque. Rendre les services d'avortement sans risque disponibles est extrêmement important pour les femmes séropositives dans la mesure où l'avortement à risque est rendu encore plus dangereux pour elles à cause des risques de complications telles que la septicémie ou l'hémorragie.

Peu importe leur statut, les femmes devraient avoir le droit de décider si elles souhaitent ou non porter un enfant.

IPPF/Jenny Matthews

Bien qu'au Népal, l'avortement ait été décriminalisé et que beaucoup de femmes emprisonnées pour y avoir eu recours illégalement aient été libérées, elles sont toujours conscientes du potentiel de stigmatisation qui s'attache à l'avortement.

## “Voici comment de nombreuses femmes font face à ce problème: SEULES. ”

Dr Gladys Bazan, gynécologue, association membre de l'IPPF, Pérou



### Profil national : Brésil

Chaque semaine à l'Hôpital das Clinicas de Sao Paulo, le plus grand hôpital public du Brésil, des femmes sont amenées aux urgences avec de graves saignements.

La plupart sont des adolescentes ou des jeunes femmes qui vivent dans les bas quartiers qui entourent la plus grande ville d'Amérique du Sud. Certaines disent n'avoir aucune idée de ce qui a pu causer le saignement. D'autres inventent des histoires au sujet de leurs menstruations.

Mais presque aucune n'avoue la vérité de peur d'être remise aux autorités. Dans un pays où l'avortement est illégal, elles sont peu disposées à admettre avoir provoqué une fausse couche en introduisant dans leur vagin un médicament contre les ulcères qu'on trouve au marché noir.

Bien que l'avortement soit hors-la-loi au Brésil, excepté dans de rares circonstances, ce pays à l'un des taux d'avortement les plus élevés des pays en développement. Le Ministère de la Santé estime que 31% des grossesses se terminent

par un avortement. Cela signifie 1,4 million d'avortement par an, pour la plupart clandestins.

Aux Etats-Unis, où l'avortement est légal depuis 1973, environ 25% des grossesses se terminent par un avortement. Aux Pays Bas, l'un des pays du monde où les lois sur l'avortement sont les plus libérales, ce ratio est proche de 10%.

Bien qu'il soit répandu, l'avortement reste un sujet largement tabou au Brésil, le plus grand pays catholique. Mais ceci est en train de changer sous l'impulsion de groupes civiques et de certains professionnels de la santé qui incitent à un débat public sur l'avortement en défendant le droit des femmes à mettre fin à une grossesse non désirée. Ils souhaitent éviter que des femmes meurent d'avortements clandestins.

Actuellement, l'avortement n'est autorisé qu'en cas de viol ou si la vie de la mère est en danger. Mais même dans ces cas là, il est difficile d'obtenir l'autorisation d'un juge et certains médecins refusent de pratiquer l'avortement pour

des raisons religieuses.

Les avortements mal faits sont la quatrième cause de décès maternels au Brésil. En 2004, environ 244 000 femmes ont été traitées dans des hôpitaux publics pour des complications après un avortement clandestin ce qui a coûté au gouvernement 35 millions de reais (environ 13 millions €).

La législation brésilienne sur l'avortement met également en évidence les inégalités sociales grandissantes. Les femmes aisées ont recours à des cliniques clandestines mais sûres pour mettre fin à leur grossesse, payant jusqu'à 1 500 reais (600€) pour un avortement, soit cinq fois le salaire mensuel minimum.

La plupart des femmes pauvres, quant à elles, utilisent un médicament contre l'ulcère appelé misoprostol, mieux connu sous le nom de la marque Cytotec. Lorsqu'on l'insère dans le vagin, le Cytotec provoque des contractions de l'utérus qui éjectent l'embryon ou le fœtus.

## Un futur sans mort ni négation?

### L'IPPF plaide pour la "reconnaissance universelle du droit des femmes de choisir et d'avoir accès à un avortement sans risque et pour une réduction des dangers de l'avortement à risque."

Le cadre stratégique de l'IPPF

Quand l'avortement est légal et que les services sont à la fois accessibles et sans risque, la probabilité pour qu'une femme meure ou ait des séquelles physiques des suites d'un avortement chirurgical ou médicamenteux est négligeable. En effet, l'avortement est l'une des procédures médicales les plus sûres. C'est donc une tragédie de la santé publique que presque 200 femmes meurent chaque jour dans le monde des suites de complications dues à l'avortement, quasiment toutes vivant dans des pays en développement.

Des femmes, faisant déjà face à un avenir d'opportunités limitées et d'inégalités sociales et se découvrant enceintes d'un enfant qu'elles ne désirent pas, doivent souvent affronter en plus les risques d'un avortement pratiqué par une personne sans qualification médicale dans de mauvaises conditions sanitaires ou en tentant elles-mêmes de mettre fin à leur grossesse par des méthodes traditionnelles.

L'objectif de ce rapport était de mettre en évidence certains des principaux problèmes liés à l'avortement dans les pays où il est illégal ou rigoureusement limité. Notre espoir est qu'un jour les femmes n'aient plus besoin de mettre leur vie et leur santé en danger en ayant recours à l'avortement à risque mais pour que cela devienne une réalité l'avortement doit être rendu légal et sans risque partout. L'IPPF considère que le droit d'une femme de choisir d'avoir recours à l'avortement ne devrait jamais être compromis par une intrusion injustifiée de la loi ou par le danger de mort lié au manque de normes et de compétences médicales.

Il a été démontré qu'en rendant accessibles la planification familiale et les services de santé de la

reproduction, le taux de grossesses non prévues chutait significativement, faisant baisser ainsi le besoin de recourir à l'avortement.

Cependant, même avec le meilleur usage de la contraception, il y aura toujours des grossesses non désirées.

Le message principal de ce rapport envers les gouvernements est que la criminalisation de l'avortement ne fait pas disparaître le problème, les femmes continueront à y avoir recours pour toutes les raisons citées dans ce document et elles continueront à en mourir. Nous avons donc besoin de nous assurer que si une femme choisit l'avortement, celui-ci soit sans risque et légal.

Ce rapport a mis en évidence le besoin de créer une volonté politique de :

#### 1. Réduire les grossesses non désirées

- S'appuyer sur les progrès passés en matière de santé sexuelle et de la reproduction
- Augmenter l'accès à la planification familiale
- Se concentrer sur les besoins des femmes et hommes pauvres et des milieux ruraux
- Promouvoir les droits et le statut de la femme

#### 2. Rendre l'avortement légal et sans risque accessible à toutes les femmes qui le souhaitent

#### 3. Faire disparaître les inégalités entre les sexes

- Créer les conditions dans lesquelles les femmes ont un pouvoir social, politique et économique plus grand

#### 4. Assurer, au sein des services de santé publics et privés, des services de soins post-avortement aux femmes ayant subi des avortements incomplets ou souffrant de complications médicales après un avortement

#### 5. Eradiquer l'avortement à risque

- Augmenter l'accès à un avortement sans risque et légal

- Réduire les barrières légales et sociales à l'avortement sans risque

#### 6. Tenir les gouvernements des pays développés et en développement responsables des progrès en la matière

- Documenter l'impact de l'avortement à risque sur les femmes, les familles et les sociétés
- Eduquer le public sur les conséquences, les coûts et l'injustice sociale de l'avortement à risque

#### 7. Combattre la stigmatisation et la discrimination liées à l'avortement et promouvoir un débat franc et ouvert sur l'avortement et son impact sur les femmes

L'implication du Département pour le Développement International signifie que le Royaume-Uni continue de promouvoir une démarche mondiale pour soutenir la légalisation de l'avortement sur base de données liées à la santé publique. L'IPPF soutient fortement cette approche et continuera de travailler avec le gouvernement du Royaume-Uni et avec ses autres donateurs pour être le fer de lance de cette entreprise.

Sans le travail difficile mené par tant de nos Associations Membres, qui ont refusé les fonds des Etats-Unis en raison de leur conviction dans l'avortement sans risque et légal et qui continuent à tenir tête à ceux qui font les politiques dans le monde, le futur des femmes de nombreux pays resterait inchangé.

Il y a un glissement graduel du paradigme de l'avortement et un mouvement vers la libéralisation des lois sur l'avortement. Ce rapport devrait aider à maintenir cet élan. En fournissant des preuves réelles de l'impact de l'avortement à risque sur la santé publique, particulièrement ses liens avec les inégalités et la pauvreté, nous pouvons espérer convaincre les gouvernements de rendre l'avortement légal et sans risque. Nous devons continuer à défendre les arguments pour le droit des femmes à choisir l'avortement et à nous assurer qu'en faisant ce choix elles ne mettent ni leur vie ni leur santé en danger.