



# AVORTEMENT

FAITS ET CHIFFRES

2021



# TABLE DES MATIÈRES

## PARTIE 1

Introduction.....	1
Aperçu mondial.....	2
Aperçu en Afrique.....	4
Par les chiffres.....	6
Santé maternelle.....	9
Avortement sans risque.....	11
Avortement non sécurisé.....	13
Soins après avortement.....	15
Contraception.....	17
Besoin non satisfait en planification familiale.....	22
Lois et politiques en matière d'avortement.....	24

## PARTIE 2

Glossaire.....	28
Annexe I :	
Conventions internationales.....	30
Annexe II :	
Comment les avortements non sécurisés sont comptabilisés.....	32
Annexe III :	
Concernant les sources.....	33
Données régionales pour l'Afrique.....	34
Données régionales pour l'Asie.....	44
Données régionales pour l'Amérique latine/Caraïbes.....	54

---

## POPULATION REFERENCE BUREAU

Population Reference Bureau **INFORME** les personnes dans le monde entier sur les questions liées à la population, à la santé et à l'environnement, et leur **PERMET D'UTILISER** ces renseignements pour **PROMOUVOIR** le bien-être des générations actuelles et futures.

Ce guide a été rédigé par Deborah Mesce, ancienne directrice de programme à PRB, formation aux médias internationaux. La conception graphique a été réalisée par Sean Noyce.

Merci aux collègues de PRB Alana Barton (directrice des programmes médias), Aïssata Fall (conseillère principale en politiques), Charlotte Feldman-Jacobs (ancienne vice-présidente associée), Kate P. Gilles (ancienne directrice des programmes), Tess McCloud (analyste des politiques), Cathryn Streife (conseillère principale en politiques), et Heidi Worley (rédactrice principale), pour leurs contributions et leurs conseils. Merci également à Anneka Van Scoyoc, graphiste principale à PRB, pour avoir guidé le processus de conception.

© 2021 Population Reference Bureau. Tous droits réservés.

Cette publication est disponible sur support papier et sur le site web de PRB. Pour devenir membre de PRB ou pour commander des supports de PRB, contactez-nous :

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520

Washington, DC 20009-5728

**TÉLÉPHONE :** 1-800-877-9881

**COURRIEL :** [communications@prb.org](mailto:communications@prb.org)

**WEB :** [www.prb.org](http://www.prb.org)

Pour être autorisé à reproduire certaines parties de cette publication, veuillez contacter PRB à [permissions@prb.org](mailto:permissions@prb.org), ou à l'adresse ci-dessus.

---

## PARTIE 1

# AVORTEMENT FAITS ET CHIFFRES

L'avortement est un sujet sensible et controversé aux dimensions religieuses, morales, culturelles et politiques. Il s'agit également d'une question de santé publique. Plus d'un quart de la population mondiale vit dans des pays où cette procédure est interdite ou autorisée uniquement pour sauver la vie de la femme. Néanmoins, quel que soit leur statut juridique, les avortements continuent d'avoir lieu, et près de la moitié d'entre eux sont réalisés par des agents non qualifiés ou dans des conditions sanitaires précaires, voire les deux.

Les avortements réalisés dans des conditions précaires aboutissent chaque année aux décès de dizaines de milliers de femmes à travers le monde, laissent un nombre bien plus élevé avec des problèmes de santé chroniques et souvent irréversibles, et absorbent les ressources des systèmes de santé publique. Toutefois, il n'est pas rare que la controverse prenne le pas sur l'impact en matière de santé publique.

Ce guide fournit des données et d'autres informations pour mettre en lumière les aspects des avortements non sécurisés ayant trait à la santé publique.

## APERÇU MONDIAL

Plus de 227 millions de femmes dans le monde tombent enceintes chaque année, et près de deux tiers d'entre elles accouchent d'enfants vivants. Le tiers des grossesses restant aboutit à des fausses couches, des enfants mort-nés ou des avortements provoqués.

### GROSSESSES NON DÉSIRÉES

Près de **4 grossesses sur 10** sont non désirées, et près de la moitié d'entre elles aboutissent à un avortement provoqué<sup>1</sup>.



JUSQU'À  
**13%**

Part des décès maternels causés par des avortements non sécurisés dans les régions en développement

On estime à 56 millions le nombre d'avortements réalisés chaque année entre 2010 et 2014, et près de la moitié d'entre eux (25 millions) sont considérés comme étant non sécurisés<sup>2</sup>.

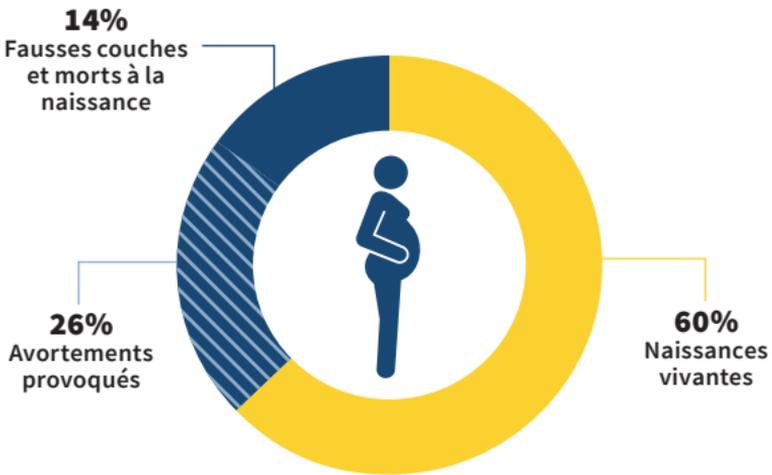
La vaste majorité des avortements non sécurisés est réalisée dans des régions en développement, soit là où sont également recensés pratiquement tous les décès liés à l'avortement. Les avortements non sécurisés

représentent jusqu'à 13% des décès liés aux grossesses et aux naissances<sup>3</sup>, et on estime que, chaque année, 7 millions de femmes sont traitées pour des complications<sup>4</sup>.

### AVORTEMENT NON SÉCURISÉ

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit un avortement non sécurisé comme une procédure visant à mettre un terme à une grossesse par des personnes ne disposant pas des compétences nécessaires ou dans un environnement ne respectant pas les normes médicales minimales ou les deux. Lorsqu'un avortement est réalisé par des personnes qualifiées employant des techniques correctes dans des conditions sanitaires adéquates, cette pratique demeure très sûre. Aux États-Unis, par exemple, le taux de mortalité résultant d'avortements légaux provoqués est de moins d'un décès pour 100 000 procédures<sup>5</sup>.

RÉSULTATS EN MATIÈRE DE GROSSESSES DANS LES RÉGIONS EN DÉVELOPPEMENT <sup>6</sup>



Les avortements non sécurisés sont plus nombreux lorsque cette pratique est restreinte par la loi. Dans les pays qui interdisent l'avortement ou qui ne l'autorisent que pour sauver la vie d'une femme ou protéger sa santé physique, trois quarts des procédures présentent des risques. Dans les pays qui autorisent l'avortement, quelle qu'en soit la raison, 9 avortements sur 10 ne présentent aucun risque<sup>7</sup>. Bien que l'avortement soit une pratique plus courante dans certains pays que dans d'autres, elle est réalisée dans tous les pays<sup>8</sup>.

RÉFÉRENCES

- 1-2 Susheela Singh et al., *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access* (New York, Guttmacher Institute, 2018).
- 3 Organisation mondiale de la Santé (OMS), « Prévention des avortements à risque », (2019), consulté sur <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329887/WHO-RHR-19.21-eng.pdf?ua=1>.
- 4 Susheela Singh and Isaac Maddow-Zimet, "Facility-Based Treatment for Medical Complications Resulting From Unsafe Pregnancy Termination in the Developing World, 2012: A Review of Evidence From 26 Countries," *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123, no. 9 (2015): 1489-98.
- 5 Tara C. Jatlaoui et al., "Abortion Surveillance-United States, 2015," *Surveillance Summaries, Morbidity and Mortality Weekly Report* 67, no. 13 (2018): 13 (2018): 1-45.
- 6 Jacqueline E. Darroch, *Adding It Up. Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health, 2017, Estimation Methodology*, Table 46 (New York: Guttmacher Institute, 2018).
- 7 Bela Ganatra et al., "Global, Regional, and Subregional Classification of Abortions by Safety, 2010-14: Estimates From a Bayesian Hierarchical Model," *Lancet* 390, no. 10110 (2017).
- 8 Stanley Henshaw, "Induced Abortion: Epidemiologic Aspects," in *Gynecology and Obstetrics 2004* 6, no. 115, ed. John J. Sciarra (Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004).

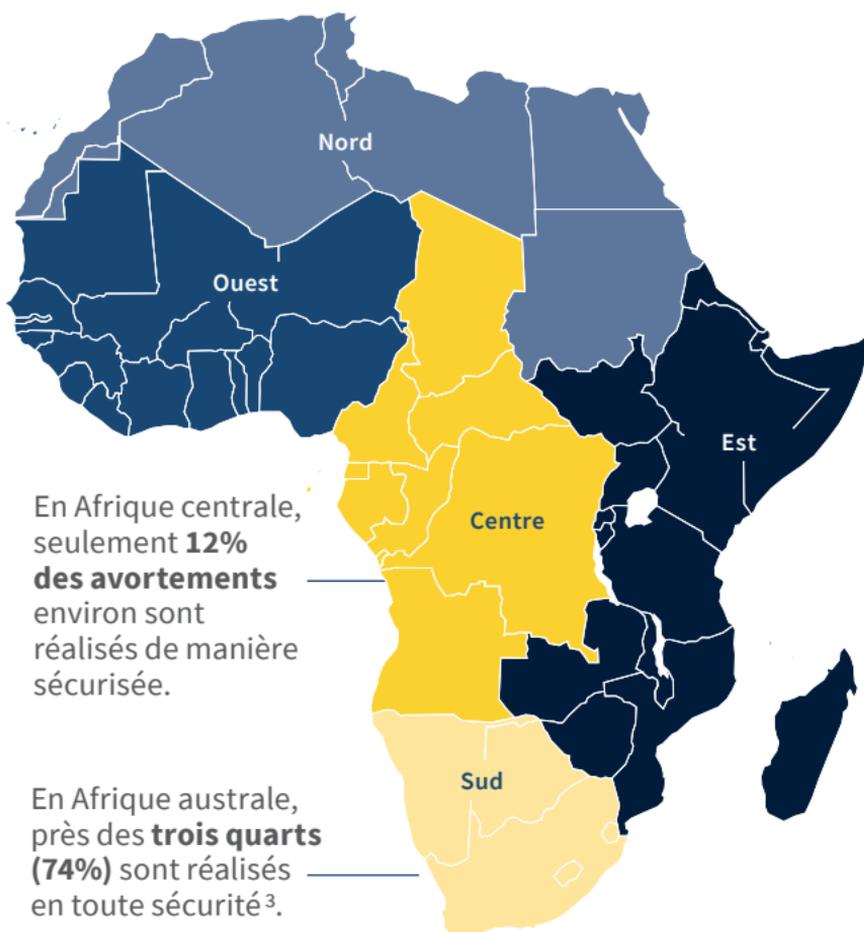
## APERÇU EN AFRIQUE

Plus de 8 millions d'avortements ont lieu chaque année sur le continent africain dont trois quarts sont réalisés dans des conditions non sécurisées<sup>1</sup>.

Les avortements non sécurisés ont plus souvent lieu dans les pays ayant des lois restrictives interdisant cette procédure ou ne l'autorisant que dans certains cas. Plus de 9 femmes africaines sur 10 en âge de procréer vivent dans des pays qui interdisent l'avortement en toute circonstance ou qui ne l'autorisent que pour sauver la vie de la femme, pour préserver sa santé physique ou mentale, ou dans les cas de viol, d'inceste ou d'anormalité du fœtus<sup>2</sup>.

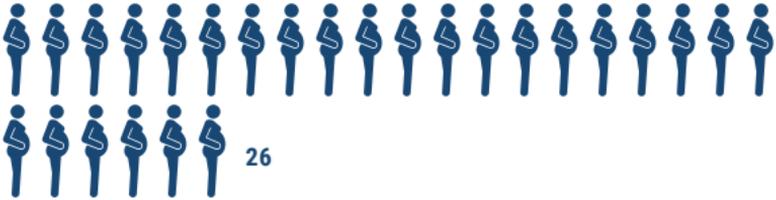
### SÉCURITÉ DES AVORTEMENTS

Les sous-régions d'Afrique affichent des taux d'avortement relativement similaires, soit entre 31 et 38 avortements par an pour 1 000 femmes en âge de procréer. Toutefois, les conditions de sécurité des avortements varient de manière considérable.

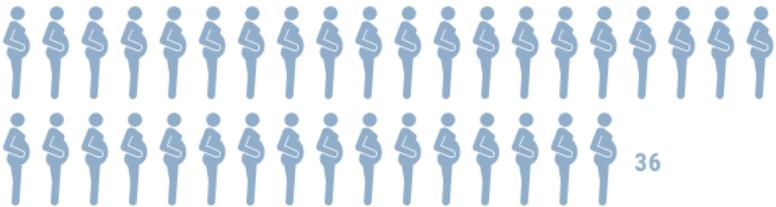


Le taux d'avortement de la région est plus élevé chez les femmes non-mariées que chez les femmes mariées. Le taux pour les femmes mariées est d'environ 26 avortements pour 1 000 femmes en âge de procréer, contre environ 36 pour 1 000 chez les femmes non-mariées<sup>4</sup>.

**TAUX D'AVORTEMENT POUR LES FEMMES MARIÉES (POUR 1 000)**



**TAUX D'AVORTEMENT POUR LES FEMMES NON-MARIÉES (POUR 1 000)**



**>15 000**  
 Nombre de décès  
 causés par des  
 avortements en  
 Afrique en 2017

Parmi toutes les régions au monde, l'Afrique possède, selon les estimations, le nombre le plus élevé de décès liés à des avortements, atteignant plus de 15 000 en 2017, représentant ainsi 7% des décès liés à la grossesse<sup>5</sup>. Sur l'ensemble

des avortements non sécurisés pratiqués dans les régions en développement, plus d'un quart sont réalisés sur le continent africain, qui comptabilise cependant plus des deux tiers des décès liés à cette pratique<sup>6</sup>.

APERÇU EN AFRIQUE

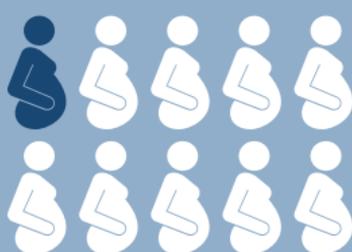
**RÉFÉRENCES**

- 1 Singh et al., *Abortion Worldwide 2017*.
- 2 Guttmacher Institute, "Abortion in Africa," Fact Sheet, (March 2018), consulté sur [www.guttmacher.org/fact-sheet/abortion-africa](http://www.guttmacher.org/fact-sheet/abortion-africa).
- 3 Singh et al., *Abortion Worldwide 2017*.
- 4 Guttmacher Institute, "Abortion in Africa."
- 5 Darroch, *Adding It Up*, Table 9.
- 6 OMS, « Prévention des avortements à risque » (2019), consulté sur [www.who.int/reproductivehealth/topics/unsafe\\_abortion/hrpwork/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/unsafe_abortion/hrpwork/en/).

## PAR LES CHIFFRES



À travers le monde, **une grossesse sur quatre (25%)** aboutit à un avortement, et **près de la moitié (45%)** de ces avortements sont non sécurisés<sup>1</sup>.



# 1 SUR 10

Nombre de décès liés à des grossesses causés par des avortements non sécurisés dans les régions en développement<sup>2</sup>.

## 56 MILLIONS

Estimation du nombre d'avortements effectués chaque année à travers le monde ; **près de la moitié d'entre eux, soit 25 millions**, sont considérés comme étant non sécurisés dans la mesure où ils ne recourent pas à la méthode recommandée par l'OMS et/ou sont réalisés par un prestataire non formé<sup>3</sup>.

Le taux de mortalité découlant des avortements non sécurisés dans les régions en développement est d'environ **103 décès pour 100 000** avortements non sécurisés.



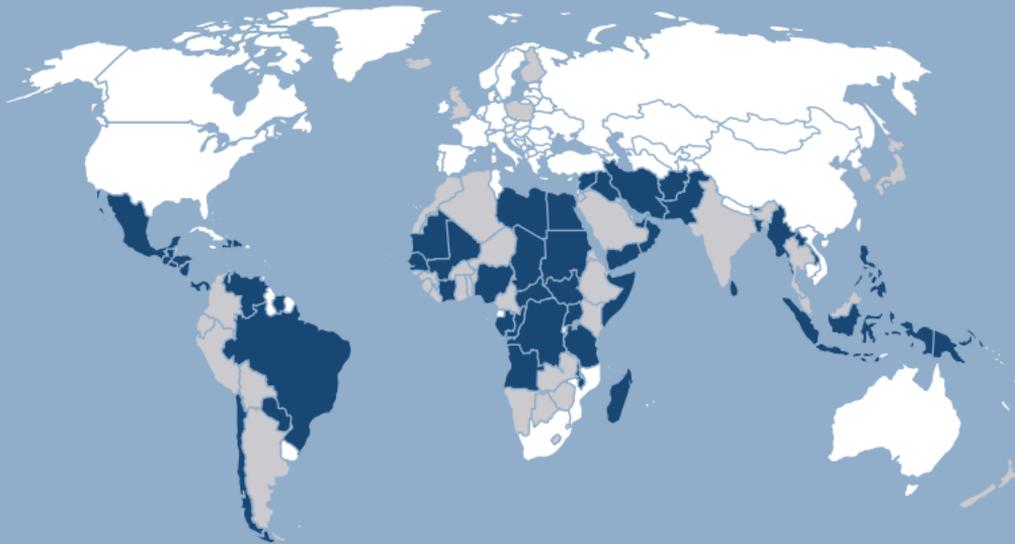
En Afrique, le taux s'élève à plus du double avec **220 décès pour 100 000** avortements non sécurisés<sup>4</sup>.



Grâce au **recours croissant à certains médicaments** (comme le misoprostol et la mifépristone ou le misoprostol seul), les conditions de sécurité des avortements clandestins se sont améliorées<sup>5</sup>.

**Les avortements non sécurisés sont plus fréquents dans les régions en développement, celles-ci ayant également tendance à disposer de lois plus restrictives en matière d'avortement<sup>6</sup>.**

#### RESTRICTIONS EN MATIÈRE D'AVORTEMENT PAR PAYS<sup>7</sup>



■ Pays qui interdisent l'avortement ou imposent de lourdes restrictions

■ Pays qui autorisent l'avortement mais avec certaines restrictions

■ Pays qui autorisent l'avortement

Dans les pays interdisant totalement l'avortement ou ne l'autorisant que pour sauver la vie d'une femme ou préserver sa santé, seulement un quart des procédures respectent les conditions de sécurité. Dans les pays qui autorisent l'avortement sur demande sans restriction quant à la raison, près de neuf avortements sur dix ont lieu en toute sécurité<sup>8</sup>.

#### RÉFÉRENCES

- 1 Singh et al., *Abortion Worldwide 2017*.
- 2 Jacqueline E. Darroch, *Adding It Up*, Table 9.
- 3 Singh et al., *Abortion Worldwide 2017*.
- 4 Darroch, *Adding It Up*, Table 48.
- 5 Singh et al., *Abortion Worldwide 2017*.
- 6 OMS, « 25 millions d'avortements non sécurisés sont pratiqués dans le monde chaque année », Communiqué de presse, 28 sept. 2017.
- 7 Singh et al., *Abortion Worldwide 2017*.
- 8 Singh et al., *Abortion Worldwide 2017*.

## ESTIMATIONS RÉGIONALES DE L'INCIDENCE ANNUELLE DES AVORTEMENTS, 2010-2014

	NOMBRE D'AVORTEMENTS	POURCENTAGE NON SÉCURISÉS
<b>MONDE</b>	<b>56 millions</b>	<b>45</b>
Pays en développement	49 millions	50
Pays développés	6,6 millions	13
<b>AFRIQUE</b>	<b>8,2 millions</b>	<b>76</b>
Afrique de l'Est	2,7 millions	76
Afrique centrale	1 million	88
Afrique australe	510 000	27
Afrique de l'Ouest	2,1 millions	85
Afrique du Nord	1,9 millions	71
<b>ASIE</b>	<b>39,4 millions</b>	<b>42</b>
Asie de l'Est	11 millions	12
Asie centrale	748 000	58
Asie du Sud	20,4 millions	58
Asie du Sud-Est	5,2 millions	40
Asie occidentale	2 millions	47
<b>AM. LATINE/CARAÏBES</b>	<b>6,5 millions</b>	<b>76</b>
Caraïbes	519 000	75
Amérique centrale	1,3 millions	82
Amérique du Sud	4,6 millions	75
<b>AMÉRIQUE DU NORD</b>	<b>1,2 millions</b>	<b>0,9</b>
<b>EUROPE</b>	<b>4,3 millions</b>	<b>11</b>
Europe du Sud	750 000	9
Europe de l'Ouest	562 000	7
Europe du Nord	349 000	2
Europe de l'Est	2,6 millions	14
<b>OCÉANIE</b>	<b>144 000</b>	<b>34</b>

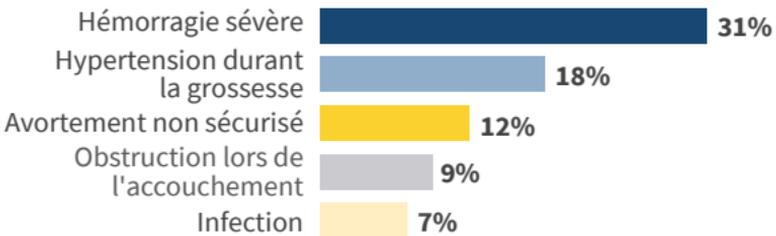
**Sources:** [Toutes les régions hormis l'Asie] Susheela Singh et al., *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access* (New York, Guttmacher Institute, 2018). [Pour l'Asie] : Jacqueline E. Darroch, *Adding It Up. Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health, 2017, Estimation Methodology* (New York: Guttmacher Institute, 2018).

## SANTÉ MATERNELLE

99% de l'ensemble des décès maternels ont lieu dans les pays en développement, l'Afrique subsaharienne représentant environ deux tiers de ces décès<sup>1</sup>.

- Les estimations du nombre de jeunes filles et de femmes décédant de causes liées à la grossesse varient dans la mesure où un certain nombre d'incertitudes entourent ces chiffres, notamment dans les pays ne disposant pas de systèmes de registre d'état civil répertoriant les naissances, les décès et les causes de décès. La majorité des estimations mondiales se situent généralement autour de 300 000 décès par an avec une diminution au cours des dernières décennies<sup>2</sup>.
- Les décès liés à la grossesse sont en général exprimés par un ratio entre les décès maternels et 100 000 naissances vivantes, permettant ainsi une comparaison entre les pays et les régions. L'estimation mondiale de l'OMS pour 2017 est de 211 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. La proportion de mortalité maternelle varie grandement d'une région à l'autre. En Europe de l'Ouest, on dénombre cinq décès de femmes pour 100 000 naissances vivantes, contre 533 en Afrique subsaharienne<sup>3</sup>.

### CAUSES DIRECTES DES DÉCÈS LIÉS À LA GROSSESSE



Il s'agit d'estimations mondiales. Les données peuvent grandement varier d'une région à l'autre et à l'intérieur même d'une région<sup>4</sup>.

- Parmi les causes indirectes figurent certains états de santé préexistants, comme le VIH/SIDA<sup>5</sup>.
- En Afrique subsaharienne, 1 femme sur 38 risque de mourir d'une cause liée à la grossesse, alors qu'en Europe de l'Ouest le risque est de 1 sur 11 700<sup>6</sup>.
- Au niveau mondial, les complications lors de la grossesse et de l'accouchement constituent la principale cause de mortalité parmi les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans. Chaque année, près de quatre millions de jeunes filles de cette tranche d'âge subissent des avortements non sécurisés<sup>7</sup>.

## DÉCÈS MATERNELS

	RATIO DE MORTALITÉ MATERNELLE, 2017*	PROBABILITÉ AU COURS D'UNE VIE DE MOURIR DE CAUSES LIÉES À LA MATERNITÉ**
<b>MONDE</b>	<b>211</b>	<b>1 sur 190</b>
<b>PAYS LES MOINS DÉVELOPPÉS</b>	<b>415</b>	<b>1 sur 56</b>
<b>AFRIQUE SUBSAHARIENNE</b>	<b>533</b>	<b>1 sur 38</b>
Afrique de l'Est et australe	384	1 sur 58
Afrique de l'Ouest et centrale	674	1 sur 28
<b>MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD</b>	<b>57</b>	<b>1 sur 570</b>
<b>ASIE DU SUD</b>	<b>163</b>	<b>1 sur 240</b>
<b>ASIE CENTRALE DU PACIFIQUE</b>	<b>69</b>	<b>1 sur 790</b>
<b>EUROPE ET ASIE CENTRALE</b>	<b>13</b>	<b>1 sur 4 300</b>
Europe de l'Est et Asie centrale	19	1 sur 2 600
Europe de l'Ouest	5	1 sur 11 700
<b>AMÉRIQUE DU NORD</b>	<b>18</b>	<b>1 sur 3 100</b>
<b>AM. LATINE/CARAÏBES</b>	<b>74</b>	<b>1 sur 630</b>

\*Décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

\*\*Le risque au cours d'une vie reflète la mortalité maternelle d'un pays ou d'une région, ainsi que son taux de fécondité. Le risque est plus élevé chez les femmes dans les zones à forte fécondité dans la mesure où elles sont enceintes plus souvent et sont, par conséquent, confrontées à des risques de grossesse plus souvent que les femmes vivant dans des zones à faible fécondité.

**Source :** Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Évolution de la mortalité maternelle, 2000-2017 : Estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du groupe de la Banque mondiale et de la Division de la population des Nations Unies* (New York : OMS, 2019).

### RÉFÉRENCES

- 1 OMS, *Évolution de la mortalité maternelle : 1990 à 2015, Estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du groupe de la Banque mondiale et de la Division de la population des Nations Unies* (New York : OMS, 2015).
- 2 Darroch, *Adding It Up*, Table 9.
- 3 OMS, *Évolution de la mortalité maternelle 2000 to 2017 : Estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du groupe de la Banque mondiale et de la Division de la population des Nations Unies* (New York : OMS, 2019).
- 4-5 Darroch, *Adding It Up*, Table 8.
- 6 OMS, *Évolution de la mortalité maternelle, 2000-2017*.
- 7 OMS, « La grossesse chez les adolescentes », (2018), consulté sur [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy).

# AVORTEMENT SÉCURISÉ

L'Organisation Mondiale de la Santé considère qu'un avortement est sécurisé lorsqu'il est réalisé selon les directives de l'OMS par un prestataire qualifié utilisant une méthode recommandée par l'OMS appropriée à l'avancement de la grossesse. À l'échelle mondiale, environ 55% des avortements sont sécurisés. En Afrique, seuls 24% le sont<sup>1</sup>.

L'OMS recommande trois méthodes d'avortement : l'aspiration intra-utérine, le traitement médical et la dilatation-évacuation. Les protocoles correspondant à chaque méthode, décrits ci-dessous, dépendent de la durée de la grossesse<sup>2</sup>.

La période la plus sûre pour un avortement est au début de la grossesse. La plupart des avortements ont d'ailleurs lieu durant le premier trimestre (12 semaines). Dans certains pays, les femmes peuvent, après quelques semaines de retard de règles, suivre une procédure dite de régulation menstruelle ou d'extraction menstruelle, qui fait appel à une méthode d'aspiration ou à un traitement médical pour provoquer les règles. Cette procédure est souvent réalisée sans test de grossesse.

## ASPIRATION INTRA-UTÉRINE

- Cette procédure consiste à enlever les contenus de l'utérus en les aspirant à l'aide d'un tube souple, appelé canule, inséré par le col de l'utérus. L'OMS recommande cette méthode pour les grossesses jusqu'à 14 semaines.
- Une pompe électrique ou un aspirateur manuel est utilisé pour aspirer les contenus de l'utérus. L'une ou l'autre des méthodes est habituellement utilisée en consultation ambulatoire.
- Cette procédure prend au maximum dix minutes et offre un taux de réussite compris entre 95% et 100% pour les grossesses jusqu'à 14 semaines.
- Les effets secondaires comprennent les crampes/douleurs abdominales et des saignements.

### AVORTEMENT PAR TRAITEMENT MÉDICAL

- Cette méthode recourt aux pilules de mifépristone et de misoprostol, ou de misoprostol seul. Le recours à cette méthode a augmenté au cours des dernières années, ce qui, d'après les experts, améliore la sécurité des avortements—en particulier ceux réalisés clandestinement ou hors du système de santé formel.
- L'OMS recommande cette méthode pour les avortements lors des premier et deuxième trimestres.
- Lorsqu'elle est utilisée correctement lors du premier trimestre, la combinaison de mifépristone et de misoprostol affiche un taux de réussite compris entre 96% et 98%. Le misoprostol seul n'est pas aussi efficace, offrant un taux de réussite pour un avortement complet de 75% à 90%. L'OMS recommande le misoprostol seul uniquement dans le cas où la mifépristone n'est pas disponible.
- Dans bon nombre de pays, la mifépristone coûte cher ou n'est pas disponible. Le misoprostol, toutefois, est largement disponible. Il est utilisé de nombreuses manières dans le domaine obstétrique et vendu sous le nom de marque Cytotec pour prévenir les ulcères de l'estomac.
- En utilisant la mifépristone suivie de misoprostol, la plupart des femmes connaissent un avortement dans les 24 heures suivant la prise du misoprostol, bien que des saignements et du spotting puissent être observés dans les semaines qui suivent.

### DILATATION ET ÉVACUATION (D&E)

- La D&E implique la dilatation du col de l'utérus en combinant une technique d'aspiration et des instruments servant à retirer les contenus de l'utérus. L'OMS recommande cette méthode durant le deuxième trimestre des grossesses.

**Remarque :** L'OMS considère la dilatation et curetage (D&C) comme une méthode obsolète d'avortement chirurgical et recommande de la remplacer par l'aspiration et/ou des méthodes médicales. Toutefois, elle continue d'être utilisée dans certains pays. Au Zimbabwe, elle est la méthode la plus fréquemment utilisée pour prendre en charge un avortement incomplet<sup>3</sup>.

---

### RÉFÉRENCES

- 1 Singh et al., *Abortion Worldwide 2017*.
- 2 OMS, *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, 2ème édition* (New York : OMS, 2012) ; et OMS, *Utilisation des médicaments dans le cadre d'un d'avortement* (New York : OMS, 2018).
- 3 Elizabeth A. Sully et al., "Abortion in Zimbabwe: A National Study of the Incidence of Induced Abortion, Unintended Pregnancy and Post-Abortion Care in 2016," *PloS One* 14, no. 5 (2019).

# AVORTEMENT NON SÉCURISÉ

Les avortements sont considérés comme non sécurisés lorsqu'ils sont réalisés par des personnes ne possédant pas les compétences ou les informations nécessaires ou dans un environnement ne répondant pas aux normes sanitaires minimales ou les deux.

## L'OMS DÉFINIT DEUX SOUS-CLASSES POUR LES AVORTEMENTS NON SÉCURISÉS<sup>1</sup> :



### MOINS SÉCURISÉS

Les avortements moins sécurisés sont réalisés par un prestataire formé employant une méthode non sécurisée ou archaïque (comme le curetage) ou utilisant une méthode sûre (comme des comprimés de misoprostol) mais sans information ou soutien adéquat offert par une personne formée.



### LES MOINS SÛRS

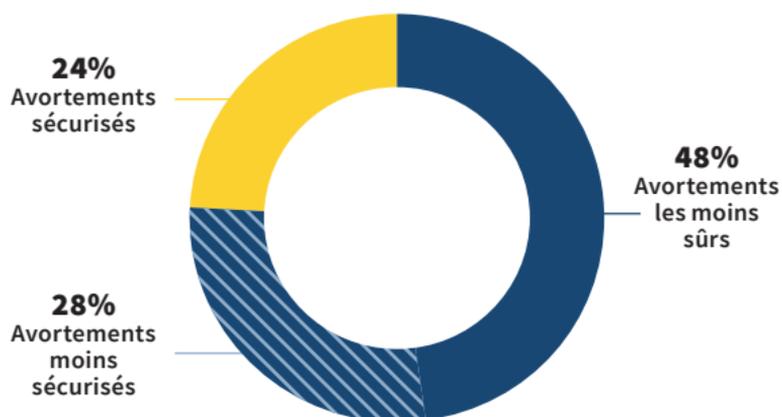
Les avortements les moins sûrs ne répondent à aucun de ces deux critères. En d'autres termes, les prestataires ne sont pas formés et utilisent une méthode non sécurisée. Ces méthodes impliquent souvent l'ingestion de substances caustiques, l'utilisation de concoctions traditionnelles ou l'insertion de corps étrangers.

Dans les régions en développement, environ deux tiers des procédures non sécurisées sont moins sécurisées et un tiers entre dans la catégorie des moins sûres. Toutefois, en Afrique, les méthodes les moins sûres sont bien plus répandues que les méthodes moins sécurisées.

- Plus de 29 000 femmes et jeunes filles meurent de complications liées à des avortements non sécurisés chaque année dans les régions en développement. Plus de la moitié de ces décès sont recensés en Afrique<sup>2</sup>.
- À l'échelle mondiale, 55% des avortements sont sécurisés, 31% sont moins sécurisés et 14% entrent dans la catégorie des moins sûres<sup>3</sup>.
- Dans les régions développées, 88% des avortements sont sécurisés et 12% sont moins sécurisés<sup>4</sup>.

### SÉCURITÉ DES AVORTEMENTS EN AFRIQUE

En Afrique, seulement 24% des avortements sont sécurisés, tandis que près de la moitié (48%) entre dans la catégorie des moins sûres<sup>5</sup>.



### SÉCURITÉ DES AVORTEMENTS À TRAVERS LE MONDE



Dans les pays qui interdisent l'avortement ou qui ne l'autorisent que pour sauver la vie d'une femme ou protéger sa santé, environ **1 avortement sur 4 est sécurisé**.



Dans les pays où l'avortement est largement légalisé, près de **9 avortements sur 10 sont sécurisés**<sup>6</sup>.

- Environ 7 millions de femmes sont traitées chaque année pour des complications liées à des avortements non sécurisés<sup>7</sup>.
- En Afrique, environ 1,6 million de femmes sont traitées chaque année pour des complications liées à des avortements non sécurisés<sup>8</sup>.

### RÉFÉRENCES

- 1 OMS, « Prévention des avortements à risque ».
- 2 Darroch, *Adding It Up*, Table 9.
- 3-6 Singh et al., *Abortion Worldwide 2017*.
- 7 Singh and Maddow-Zimet, "Facility-Based Treatment for Medical Complications Resulting From Unsafe Pregnancy Termination in the Developing World, 2012."
- 8 Guttmacher Institute, "Abortion in Africa."

## SOINS APRÈS AVORTEMENT

Les femmes qui ont besoin d'un traitement médical après un avortement non sécurisé ou incomplet peuvent se voir obligées de rester plus longtemps à l'hôpital, selon la gravité des complications. Le traitement des complications consomme les ressources des hôpitaux, notamment le temps de travail du personnel, les lits disponibles, les médicaments et les réserves de sang.

### LE COÛT DES SOINS APRÈS AVORTEMENT

D'après les estimations, en 2017 la prestation de soins après avortement a coûté aux systèmes de santé des pays en développement 488 millions de dollars. La majorité de ce montant (470 millions de dollars) a servi aux traitements requis suite à des avortements non sécurisés, tandis que les soins nécessaires à la suite d'avortements sécurisés a coûté 18 millions de dollars<sup>1</sup>.



En Afrique subsaharienne, le coût des soins après avortement en 2017 est estimé à 59 millions de dollars, et quasiment l'intégralité a été consacrée aux traitements nécessaires à la suite d'avortements non sécurisés<sup>2</sup>.

### PARMI LES COMPLICATIONS NÉCESSITANT DES SOINS APRÈS AVORTEMENT FIGURENT :

- L'avortement incomplet (une partie des tissus de la grossesse demeure dans l'utérus).
- Les hémorragies.
- Les infections.
- La perforation utérine (lorsque l'utérus est percé par un objet pointu).
- Les lésions de la paroi génitale et/ou au niveau des organes internes.

### LES ORGANISATIONS DE SANTÉ INTERNATIONALES RECONNAISSENT GÉNÉRALEMENT COMME DES SOINS APRÈS AVORTEMENT<sup>3</sup> :



Le traitement d'urgence pour des complications liées à un avortement ou à une fausse couche.



Les services de contraception et de planification familiale aidant les femmes à prévenir une grossesse non désirée ou un avortement non sécurisé ou qui promeuvent l'espacement des naissances.



Les services de conseil pour déterminer les besoins émotionnels et physiques des femmes sur le plan de la santé et y répondre.



La prise en charge des infections sexuellement transmissibles, le dépistage de la violence à caractère sexiste et sexuel, et d'autres services de santé connexes sur les structures de soins.



Des partenariats forts avec les membres de la communauté et les prestataires de soins pour garantir que les services de santé répondent aux besoins des communautés.

---

La Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement, dans son programme d'action érigé en consensus, demandait que toutes les femmes aient accès aux traitements pour les complications liées aux avortements et aux services de conseil, d'éducation et de planification familiale post-avortement, indépendamment du statut juridique de l'avortement. Les soins après avortement sont distincts des procédures consistant à provoquer un avortement. Néanmoins, dans certains pays, on a découvert que les restrictions liées aux avortements limitaient l'accès aux soins après avortement<sup>4</sup>. De plus, dans certains pays, les soins après avortement n'offrent pas tous les gages de qualité ou ne sont pas disponibles (voir Annexe I).

---

### RÉFÉRENCES

- 1 Darroch, *Adding It Up*, Supplementary Tables, Table 9.
  - 2 Darroch, *Adding It Up*.
  - 3 Sneha Barot, "Implementing Post-Abortion Care Programs in the Developing World: Ongoing Challenges," *Guttmacher Policy Review* 17, no. 1 (Winter 2014); and M. Wood et al., *What Works: A Policy and Program Guide to the Evidence on Post-Abortion Care* (New York: Population Council, 2007).
  - 4 Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO), « Déclaration de la FIGO sur l'éthique des soins post-avortement », (2019) [www.figog.org/news/ethical-responsibilities-post-abortion-care-0016213](http://www.figog.org/news/ethical-responsibilities-post-abortion-care-0016213).
-

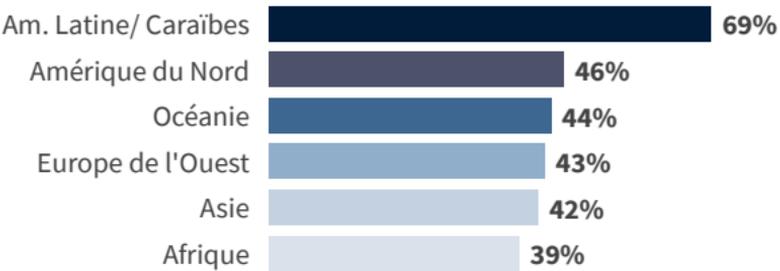
# CONTRACEPTION

Répondre aux besoins contraceptifs des femmes constitue une stratégie essentielle pour réduire les grossesses non désirées, les avortements non sécurisés et les décès maternels.

## GROSSESSES NON DÉSIRÉES

- Sur les 227 millions de grossesses recensées chaque année, environ 99 millions (44%) sont non désirées, ce qui signifie qu'elles interviennent au mauvais moment (désirées plus tard) ou qu'elles ne sont pas souhaitées du tout<sup>1</sup>.
- À l'échelle mondiale, plus de la moitié (56%) des grossesses non désirées chaque année aboutissent à un avortement provoqué<sup>2</sup>.

### GROSSESSES NON DÉSIRÉES CHAQUE ANNÉE PAR RÉGION, 2010-2014



**Source :** Susheela Singh et al., *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access* (New York: Guttmacher Institute, 2018).

- Les taux de grossesses non désirées varient de manière considérable à travers les sous-régions d'Afrique, allant de 27% en Afrique de l'Ouest à 66% en Afrique australe. En Afrique de l'Est, 46% des grossesses sont non désirées; en Afrique centrale, le taux est de 38%, contre 41% en Afrique du Nord<sup>3</sup>.
- Les grossesses non désirées peuvent se produire lorsque des méthodes contraceptives sont inefficaces, qu'elles sont utilisées de manière incorrecte ou lorsqu'aucun contraceptif n'est utilisé.

## MÉTHODES CONTRACEPTIVES

- Aucune méthode contraceptive n'est efficace à 100%. Même en étant parfaitement utilisés, certains contraceptifs échouent. Par exemple, d'après une recherche réalisée auprès de femmes américaines utilisant une seule méthode contraceptive pendant un an, les préservatifs masculins utilisés correctement et systématiquement échouent dans 2% des cas. Dans le cas d'un usage plus courant, qui n'est pas toujours correct ou systématique, le taux d'échec des préservatifs s'élève à 13%<sup>4</sup>.

## AVORTEMENT FAITS ET CHIFFRES

---

- À travers le monde, 61% des femmes âgées de 15 à 49 ans mariées ou vivant en union informelle utilisent une forme de contraception, et 54% utilisent une méthode moderne<sup>5</sup>.
- Le recours aux contraceptifs est au niveau le plus faible en Afrique subsaharienne où 32% des femmes âgées de 15 à 49 ans mariées ou vivant en union informelle utilisent une forme de contraception, et 28% utilisent des méthodes modernes<sup>6</sup>.

---

### EXEMPLES DE CONTRACEPTIFS MODERNES



Pilules contraceptives



Implants



Injectables



DIU



Préservatif masculin



Diaphragme

- Parmi les méthodes de **contraception moderne** figurent les méthodes hormonales, telles que les pilules contraceptives, les implants, les injectables ; la stérilisation féminine et masculine ; les dispositifs intra-utérins (également appelés DIU ou stérilet) ; les méthodes barrières telles que les préservatifs masculins et féminins, les diaphragmes, les capes cervicales et les spermicides chimiques sous la forme de gelée ou de mousse. La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée et certaines méthodes fondées sur la connaissance du cycle de fécondité, telles que la méthode des jours fixes, sont également considérées comme des méthodes modernes.
- Les DIU et les implants sont les deux méthodes auxquelles il est fait référence sous l'appellation de **contraception réversible à longue durée d'action (MRLDA)** dans la mesure où elles demeurent efficaces pendant des années sans que l'utilisatrice n'ait à faire quoique ce soit.
- Parmi les **méthodes traditionnelles** figurent l'abstinence périodique (également connue comme la méthode du calendrier) ou la méthode du retrait. Généralement, ces deux méthodes sont moins efficaces que les méthodes modernes.

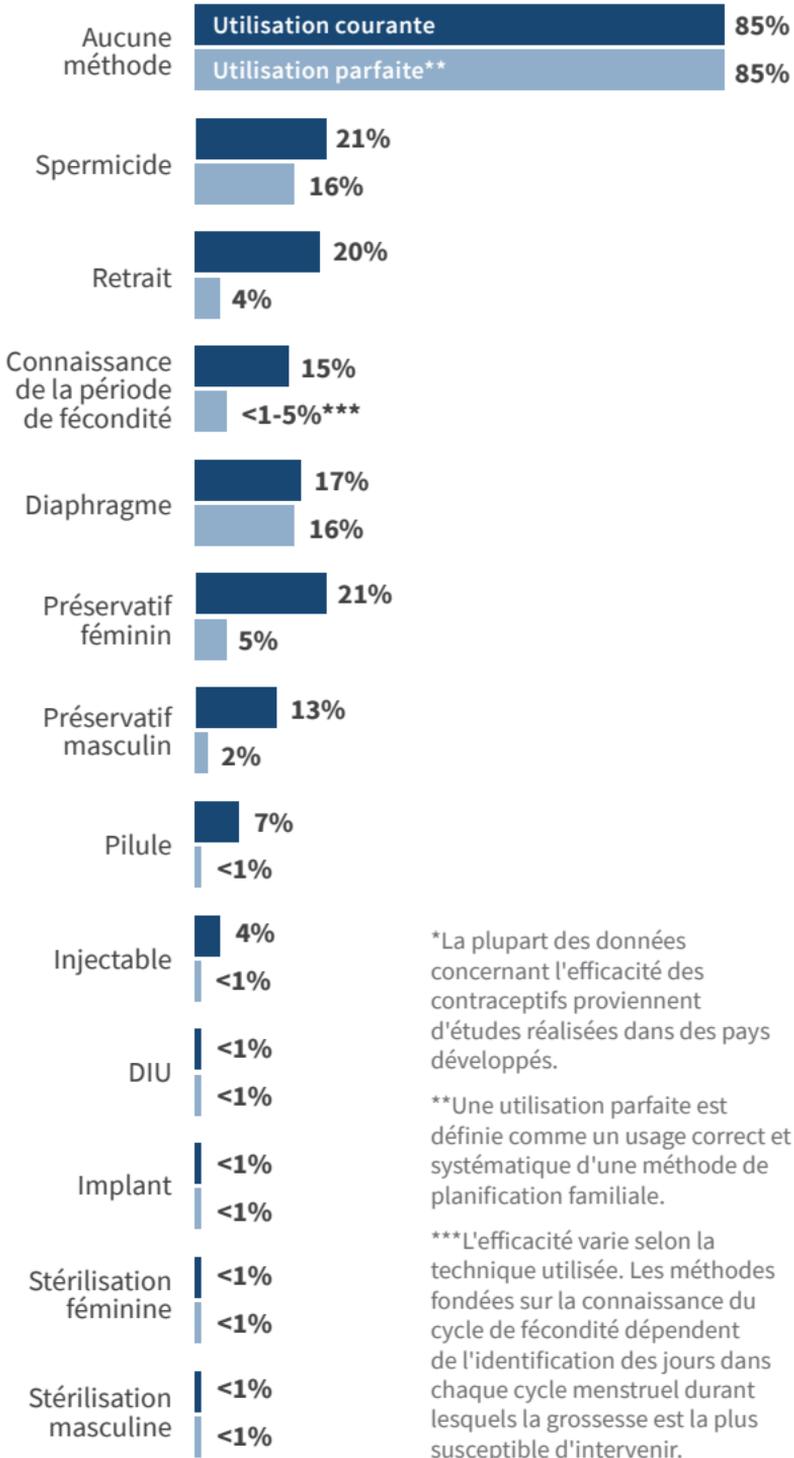
---

### RÉFÉRENCES

- 1-3 Singh et al., *Abortion Worldwide 2017*.
- 4 Robert A. Hatcher, *Contraceptive Technology*, 21st edition (Atlanta: Managing Contraception LLC, 2018).
- 5 Toshiko Kaneda, Charlotte Greenbaum et Kaitlyn Patierno, *Fiche de données sur la population mondiale 2019*, (Washington, DC : Population Reference Bureau, 2019).
- 6 Kaneda, Greenbaum et Patierno, *2019 World Population Data Sheet*.

## TAUX D'EFFICACITÉ DES CONTRACEPTIFS

POURCENTAGE DE FEMMES AYANT UNE GROSSESSE NON DÉSIRÉE DURANT LA PREMIÈRE ANNÉE D'UTILISATION (USA)\*



**Remarque :** La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée peut être efficace jusqu'à 98% durant les six premiers mois suivant une naissance, si une mère allaite son nouveau-né exclusivement au sein et qu'elle n'a pas eu ses premières règles durant la phase de post-partum.

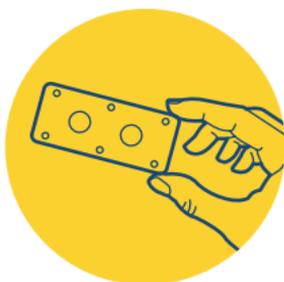
**Source :** Robert A. Hatcher, *Contraceptive Technology*, 21st edition (Atlanta: Managing Contraception LLC, 2018).

### CONTRACEPTION D'URGENCE

- La contraception d'urgence (CU) renvoie aux méthodes de secours pour prévenir une grossesse après un rapport sexuel si aucun contraceptif n'a été utilisé, s'il a été utilisé de manière incorrecte ou s'il a été utilisé correctement mais a échoué, notamment lorsqu'un préservatif se déchire.

---

### MÉTHODES DE CONTRACEPTION D'URGENCE



Pilule du lendemain



DIU

- La méthode de CU la plus fréquemment utilisée est la pilule dite du lendemain.
- Les méthodes de CU ne mettent pas un terme aux grossesses existantes et ne leur sont pas nuisibles. En outre, elles protègent pas contre les infections sexuellement transmissibles. Si une femme utilise des pilules CU (PCU) mais qu'elle tombe malgré tout enceinte, les pilules n'auront aucun effet nuisible sur elle, sa grossesse ou son fœtus.
- L'insertion d'un DIU au cuivre environ une semaine après un rapport sexuel non protégé peut prévenir un risque de grossesse à 99%. Il fonctionne en empêchant le processus de fécondation.
- Les PCU peuvent être prise dans les cinq jours suivant un rapport sexuel non protégé mais sont plus efficaces lorsqu'elles sont prises le plus tôt possible. Bien que les PCU soient les méthodes de CU les plus fréquemment utilisées, elles sont moins efficaces que les DIU.
- Les PCU fonctionnent en interrompant l'ovulation, en arrêtant ou en retardant la libération d'un ovule par l'ovaire.
- La CU n'a pas vocation à remplacer une méthode de contraception régulière utilisée de manière continue.

---

### RÉFÉRENCES

Robert A. Hatcher, *Contraceptive Technology*, 21st edition (Atlanta: Managing Contraception LLC, 2018); and International Consortium for Emergency Contraception, "Clinical Summary: Emergency Contraceptive Pills," (2013), consulté sur [www.cecinfo.org/wp-content/uploads/2013/01/Clinical-Summary-ECPs-Feb-2013.pdf](http://www.cecinfo.org/wp-content/uploads/2013/01/Clinical-Summary-ECPs-Feb-2013.pdf).

ESTIMATIONS MONDIALES ET RÉGIONALES  
DES TAUX DE CONTRACEPTION

	% DE FEMMES MARIÉES OU EN UNION UTILISANT UNE MÉTHODE DE CONTRACEPTION	% DE FEMMES MARIÉES OU EN UNION UTILISANT UNE MÉTHODE DE CONTRACEPTION MODERNE	NOMBRE DE NAISSANCES AU COURS DE LA VIE D'UNE FEMME (TAUX SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ)
<b>MONDE</b>	<b>61</b>	<b>54</b>	<b>2,4</b>
Plus développés	69	60	1,6
Moins développés	60	54	2,5
<b>AFRIQUE</b>	<b>36</b>	<b>32</b>	<b>4,5</b>
Afrique du Nord	51	46	3,2
Afrique subsaharienne	32	28	4,8
Afrique de l'Ouest	20	16	5,2
Afrique de l'Est	44	39	4,5
Afrique centrale	18	10	5,7
Afrique australe	55	54	2,4
<b>AMÉRIQUE DU NORD</b>	<b>77</b>	<b>68</b>	<b>1,7</b>
Canada	85	n/a	1,5
États-Unis	76	68	1,7
<b>AM. LATINE/ CARAÏBES</b>	<b>74</b>	<b>70</b>	<b>2,0</b>
Caraïbes	58	56	2,2
Amérique centrale	67	64	2,2
Amérique du Sud	79	74	2,0
<b>ASIE</b>	<b>64</b>	<b>57</b>	<b>2,1</b>
<b>ASIE (HORMIS LA CHINE)</b>	<b>55</b>	<b>47</b>	<b>2,3</b>
Asie occidentale	54	36	2,6
Asie centrale	55	52	2,8
Asie du Sud	53	46	2,3
Asie du Sud Est	62	56	2,2
Asie de l'Est	81	77	1,5
<b>EUROPE</b>	<b>70</b>	<b>60</b>	<b>1,5</b>
Europe du Nord	83	82	1,7
Europe de l'Ouest	77	75	1,7
Europe de l'Est	67	54	1,5
Europe du Sud	55	35	1,3
<b>OCÉANIE</b>	<b>56</b>	<b>52</b>	<b>2,4</b>

**Source :** Toshiko Kaneda, Charlotte Greenbaum et Kaitlyn Patierno, *Fiche de données sur la population mondiale 2019* (Washington, DC : Population Reference Bureau, 2019).

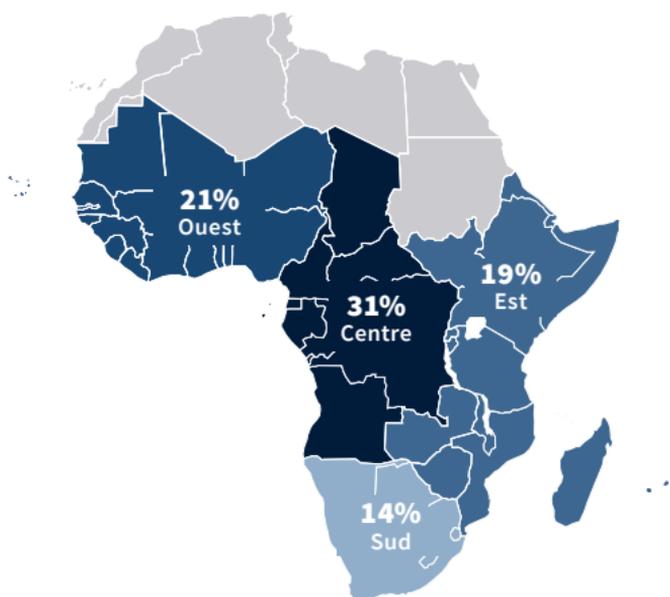
## BESOINS NON SATISFAITS EN PLANIFICATION FAMILIALE

Les femmes ont un besoin non satisfait en planification familiale dès lors qu'elles sont actives sexuellement, en âge de procréer (généralement de 15 à 49 ans), et qu'elles souhaitent arrêter ou retarder les grossesses mais qu'elles n'utilisent aucune méthode de contraception.

- Dans les régions en développement, on estime que 214 millions de femmes ont un besoin non satisfait en matière de contraception moderne : 155 millions désirant éviter une grossesse mais n'utilisant aucune méthode de contraception et 59 millions utilisant des méthodes traditionnelles moins fiables que des méthodes modernes<sup>1</sup>.
- Environ trois quarts (74%) des grossesses non désirées surviennent chez des femmes n'utilisant aucune méthode de contraception. 10% supplémentaires de ces grossesses surviennent chez des femmes recourant à des méthodes traditionnelles<sup>2</sup>.
- Dans les régions en développement, les femmes en Afrique subsaharienne affichent le besoin non satisfait le plus élevé en matière de contraception moderne à 21%<sup>3</sup>.

### BESOINS NON SATISFAITS EN AFRIQUE

Parmi les sous-régions subsahariennes, l'Afrique centrale affiche le besoin non satisfait le plus élevé pour les méthodes modernes à 31%, suivie par l'Afrique de l'Ouest à 21%, l'Afrique de l'Est à 19% et l'Afrique australe à 14%<sup>4</sup>.



**RAISONS JUSTIFIANT LE NON-RECOURS À LA CONTRACEPTION**

Les enquêtes réalisées dans les pays en développement ont révélé que les femmes désireuses d'éviter une grossesse citaient diverses raisons pour justifier leur non-recours à des méthodes de contraception parmi lesquelles figurent <sup>5</sup> :



L'irrégularité ou l'absence de rapports sexuels.



Les inquiétudes quant aux effets secondaires des méthodes de contraception moderne et aux risques pour la santé.



L'opposition à la planification familiale par la femme, son mari ou d'autres personnes.



L'allaitement ou l'absence de cycle menstruel après la naissance d'un enfant.

- Les raisons les moins fréquemment citées étaient le manque de connaissances ou d'accès aux contraceptifs.
- Les raisons varient par région et par pays : La faible fréquence des rapports sexuels était la plus citée en Amérique latine et aux Caraïbes (34%). Au Népal, cette même raison était invoquée à hauteur de 73%, tandis qu'en Afrique elle ne l'était qu'à 19% – les effets secondaires et les risques pour la santé étant les inquiétudes les plus fréquemment exprimées dans cette dernière région <sup>6</sup>.

**RÉFÉRENCES**

1-3 Guttmacher Institute, "Adding It Up: Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health, 2017," Fact Sheet, (December 2017), consulté sur [www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017.pdf](http://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017.pdf).

4 Darroch, *Adding It Up*, Table 15.

5 Gilda Sedgh and Rubina Hussain, "Reasons for Contraceptive Nonuse Among Women Having Unmet Need for Contraception in Developing Countries," *Studies in Family Planning* 45, no. 2 (2014): 151-169.

6 Sedgh and Hussain, "Reasons for Contraceptive Nonuse Among Women Having Unmet Need for Contraception in Developing Countries."

## LOIS ET POLITIQUES EN MATIÈRE D'AVORTEMENT

Le statut juridique de l'avortement est un des facteurs qui détermine dans quelle mesure la procédure est sécurisée, abordable financièrement et accessible. Dans les pays où la procédure est largement autorisée, les avortements sont plus susceptibles d'être pratiqués par des prestataires de soins qualifiés, d'être davantage disponibles et moins coûteux. Dans ces pays, les décès maternels et les lésions résultant de la procédure tendent à être moins élevés<sup>1</sup>.

Dans les pays où l'avortement est autorisé sans restriction quant au motif, plus de 87% des avortements sont sécurisés. Dans les pays à fortes restrictions, environ 41% des avortements sont sécurisés, tandis que dans les pays qui l'interdisent quelles que soient les circonstances ou qui ne l'autorisent que pour sauver la vie de la femme, environ 25% des avortements sont sécurisés<sup>2</sup>.

87%

D'avortements sécurisés dans les pays où l'avortement est autorisé sans restriction s'agissant de la raison invoquée

Le statut juridique n'affecte pas de manière significative le taux de pratique des avortements. Dans les pays qui interdisent l'avortement quelle qu'en soit la raison ou qui ne l'autorisent que pour sauver la vie de la femme, le taux est de 37 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans, contre un taux de 34 pour 1 000 femmes dans les pays où il est autorisé sans restriction quant au motif<sup>3</sup>.

### LOIS EN MATIÈRE D'AVORTEMENT

Les lois en matière d'avortement entrent généralement dans cinq catégories, allant de la plus restrictive à la moins restrictive :

#### PLUS RESTRICTIVE



Interdit quelle que soit la raison



Autorisé pour sauver la vie de la femme



Autorisé pour préserver la santé physique de la femme



Autorisé pour des raisons socioéconomiques au sens large



Autorisé quelle que soit la raison

#### MOINS RESTRICTIVE

Par ailleurs, de nombreux pays autorisent l'avortement dans les cas de viol, d'inceste ou d'anomalie du fœtus.

Les pays peuvent également :

- Fixer un délai maximal au-delà duquel un avortement ne peut être réalisé. Les pays qui autorisent l'avortement sur demande fixent généralement une limite de 12 semaines à compter du début de la grossesse. Mais ils autorisent souvent des exceptions pour les procédures réalisées plus tard durant la grossesse<sup>4</sup>.
- Exiger l'approbation du mari ou d'un parent.
- Spécifier les types d'établissements médicaux où les avortements peuvent être réalisés et le type de prestataires de soins habilités à le réaliser.

### OBSTACLES AUX AVORTEMENTS SÉCURISÉS

Dans certains cas, de telles exigences ont pour but d'accroître la qualité des soins, mais elles peuvent également servir de barrières à l'avortement sécurisé. Parmi les autres obstacles figurent<sup>5</sup> :



La faible disponibilité des services et le manque de prestataires formés.



Le manque de connaissances quant au statut juridique de l'avortement.



La stigmatisation, qui peut amener certaines femmes à hésiter à recourir à ces services et à opter pour un avortement clandestin et non sécurisé. Cette stigmatisation peut également amener des prestataires à refuser de pratiquer des avortements légaux.



Certaines exigences inutiles, comme un délai d'attente imposé, des services de counseling obligatoires ou des tests médicaux superflus.

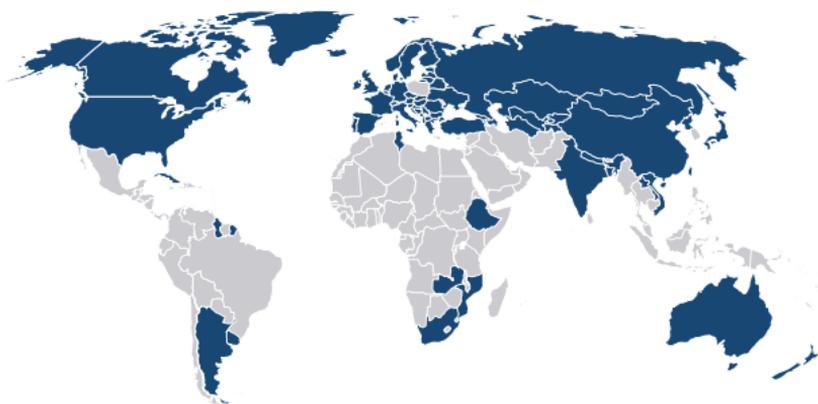
Dans certains pays, les lois et politiques écrites sur l'avortement ne reflètent pas nécessairement les pratiques réelles. Certains pays peuvent disposer d'une loi spécifique interdisant l'avortement. Mais, dans la pratique, les responsables gouvernementaux, les tribunaux et les prestataires de soins interprètent la loi de façon large. De même, leur interprétation peut être imprévisible et l'application des lois peut varier. Dans d'autres pays, l'avortement peut être légal dans certains cas mais n'est pas accessible dans la mesure où la loi n'est pas largement connue ou respectée.

L'avortement est généralement plus restreint dans les pays en développement que dans les pays développés.

- Depuis 1994 et la Conférence internationale sur la population et le développement, près de 50 pays ont élargi les circonstances dans lesquelles un avortement est légal<sup>6</sup>.
- À travers le monde, 59% des femmes vivent dans des pays qui autorisent l'avortement sur demande ou pour des motifs sociaux ou économiques<sup>7</sup>.

---

### À TRAVERS LE MONDE, UNE MAJORITÉ DE FEMMES VIVENT DANS DES PAYS QUI AUTORISENT L'AVORTEMENT SUR DEMANDE POUR DES MOTIFS SOCIAUX OU ÉCONOMIQUES



- Pays qui autorisent l'avortement pour des motifs sociaux ou économiques

Source: Singh et al., *Abortion Worldwide 2017*.

---

## RÉFÉRENCES

- 1 Guttmacher Institute, "Induced Abortion Worldwide," Fact Sheet (March 2018), consulté sur [www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb\\_iaw.pdf](http://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb_iaw.pdf).
- 2 Singh et al., *Abortion Worldwide 2017*.
- 3 Guttmacher Institute, "Induced Abortion Worldwide."
- 4 Center for Reproductive Rights, (2019), consulté sur [www.reproductiverights.org](http://www.reproductiverights.org).
- 5 OMS, « Prévention des avortements à risque ».
- 6-7 Center for Reproductive Rights.

PARTIE 2

**GLOSSAIRE,  
ANNEXES  
ET DONNÉES  
RÉGIONALES**

**POUR L'AFRIQUE, L'ASIE  
ET L'AMÉRIQUE LATINE**

## GLOSSAIRE

**Pays développés et en développement.** Les pays développés incluent généralement tous les pays d'Europe et d'Amérique du Nord, plus l'Australie, le Japon et la Nouvelle Zélande. Tous les autres pays sont considérés comme moins développés ou en développement.

**Dilatation et curetage (D&C).** Utilise une technique d'aspiration pour vider l'utérus et un instrument médical (une curette) pour nettoyer les parois de l'utérus ; également désignée comme curetage. L'OMS ne recommande plus cette méthode d'avortement.

**Dilatation et évacuation (D&E).** Une procédure chirurgicale durant laquelle le col de l'utérus est lentement ouvert et l'utérus vidé à l'aide d'instruments médicaux, d'une aspiration et d'un curetage ; généralement utilisée pour les grossesses de plus de 12 semaines depuis le dernier cycle menstruel.

**Contraception d'urgence (CU).** Méthodes contraceptives de secours que les femmes peuvent utiliser dans les premiers jours suivant un rapport sexuel non protégé pour prévenir une grossesse non désirée. Parmi les méthodes figurent des doses spécifiques de pilules contraceptives et l'insertion d'un dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre.

**Avortement provoqué.** Le fait de mettre un terme à une grossesse. Cette procédure peut être réalisée à l'aide d'une opération chirurgicale ou de médicaments.

**Avortement incomplet.** Un avortement lors duquel des parties du fœtus ou du tissu placentaire sont retenus dans l'utérus et peuvent aboutir à une hémorragie, des douleurs intenses, une infection utérine ou un décès en l'absence de traitement.

**Mortalité maternelle.** Décès liés aux grossesses ou aux naissances ; habituellement exprimés comme un ratio du nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes sur une année donnée.

**Avortement par traitement médical.** Avortement non chirurgical recourant à des médicaments pour mettre un terme à la grossesse. Cette méthode utilise une combinaison de mifépristone, qui entraîne le détachement et l'élimination de la muqueuse utérine, et le misoprostol, un médicament de la famille des prostaglandines causant des contractions de l'utérus. Si la mifépristone n'est pas disponible, le misoprostol peut être utilisé seul pour provoquer l'avortement.

**Régulation menstruelle.** Utilisée pour provoquer les règles, habituellement quelques semaines après avoir manqué un cycle menstruel ; utilise une technique d'aspiration ou un traitement médical. Souvent, il n'est pas nécessaire de fournir une preuve de grossesse.

**Fausse couche.** Arrêt spontané d'une grossesse avant que le fœtus ne soit viable.

**Avortement sécurisé.** Avortements pour lesquels des prestataires formés emploient les méthodes recommandées par l'OMS.

**Avortement spontané.** Expulsion d'un fœtus non viable se produisant naturellement ; 10% à 15% de toutes les grossesses se terminent en avortement spontané ; également connu sous le nom d'une fausse couche.

**Avortement chirurgical.** Ce terme fait souvent référence à la technique d'aspiration ou à la pratique de dilatation et d'évacuation (D&E). La méthode employée dépend du stade de la grossesse.

**Indice synthétique de fécondité.** Le nombre moyen d'enfants nés vivants d'une femme au cours de sa vie.

**Trimestres de la grossesse.** La grossesse est généralement divisée en trois stades, chacun durant environ trois mois. Le premier trimestre est mesuré à partir du premier jour suivant le dernier cycle menstruel jusqu'à environ la 12<sup>ème</sup> semaine de la grossesse. Le deuxième trimestre est généralement considéré comme la période allant de la 13<sup>ème</sup> à la 27<sup>ème</sup> semaine. Le troisième trimestre s'étale de la 28<sup>ème</sup> à la 40<sup>ème</sup> semaine de grossesse. Une grossesse menée à terme dure habituellement 40 semaines.

**Avortement non sécurisé.** Les avortements étant réalisés par des personnes ne possédant pas les compétences ou les informations nécessaires ou dans un environnement ne répondant pas aux normes sanitaires minimales ou les deux.

**Aspiration intra-utérine.** L'aspiration manuelle par le vide (AMV) ou électrique (AEIU) consiste à enlever les contenus de l'utérus en les aspirant à l'aide d'un tube souple, appelé canule, inséré par le col de l'utérus.

## ANNEXE I

# CONVENTIONS INTERNATIONALES

Plusieurs documents des Nations Unies qui reconnaissent les droits sexuels et reproductifs des femmes se penchent également sur la question de l'avortement. En voici quelques exemples :

### **PROGRAMME D'ACTION ADOPTÉ LORS DE LA CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR LA POPULATION ET LE DÉVELOPPEMENT, LE CAIRE (1994)**

« L'avortement ne devrait, en aucun cas, être promu en tant que méthode de planification familiale. Tous les gouvernements et les organisations intergouvernementales et non gouvernementales intéressées sont vivement invités à renforcer leur engagement en faveur de la santé de la femme, à traiter les conséquences des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité en tant que problème majeur de santé publique et à réduire le recours à l'avortement en étendant et en améliorant les services de planification familiale. La plus haute priorité doit toujours être accordée à la prévention des grossesses non désirées et tout devrait être fait pour éliminer la nécessité de recourir à l'avortement. Les femmes qui ont des grossesses non désirées devraient avoir facilement accès à une information fiable et à des conseils empreints de compréhension. Toute mesure ou toute modification relatives à l'avortement au sein du système de santé ne peuvent être arrêtées qu'à l'échelon national ou local conformément aux procédures législatives nationales. Dans les cas où il n'est pas interdit par la loi, l'avortement devrait être pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité. Dans tous les cas, les femmes devraient avoir accès à des services de qualité pour remédier aux complications découlant d'un avortement. Après un avortement, des services de conseil, d'éducation et de planification familiale devraient être offerts rapidement, ce qui contribuera également à éviter des avortements répétés. » (Paragraphe 8.25)

### **QUATRIÈME CONFÉRENCE SUR LES FEMMES, PÉKIN (1995)**

« Les gouvernements, en collaboration avec les organisations non-gouvernementales et les organismes des employeurs et des salariés et avec le soutien des institutions internationales [doivent] :

- j. Reconnaître l'impact sur la santé des avortements non sécurisé et remédier à ce problème majeur en matière de santé publique, tel que convenu dans le paragraphe 8.25 du Programme d'action adopté lors de la Conférence internationale sur la population et le développement ;

- k. À la lumière du paragraphe 8.25 du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement,(..) envisagez un nouvel examen des lois contenant des mesures punitives à l'encontre des femmes ayant subi des avortements illégaux. » (Paragraphe 106)

## MESURES PRIORITAIRES POUR RENFORCER LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME D'ACTION ADOPTÉ LORS DE LA CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR LA POPULATION ET LE DÉVELOPPEMENT (1999)

- (ii) Les gouvernements doivent prendre des mesures adéquates pour aider les femmes à éviter d'avorter, l'avortement ne devant être promu en aucun cas comme une méthode de planification familiale, et dans tous les cas dispenser des services de traitement et de counseling humain aux femmes ayant recouru à l'avortement.
- (iii) En reconnaissant et en instaurant les mesures ci-dessus, et dans les cas où l'avortement n'est pas contraire à la loi, les systèmes de santé doivent former et équiper les prestataires de soins et prendre d'autres mesures pour veiller à ce que les avortements soient sécurisés et accessibles. Des mesures complémentaires doivent être prises pour préserver la santé des femmes. » (Paragraphe 63)

## PROTOCOLE DE MAPUTO

Le Protocole de la Charte africaine sur les droits de l'homme et des peuples concernant les droits des femmes en Afrique, communément désigné comme le Protocole de Maputo, a été adopté en juillet 2003 à Maputo au Mozambique. Après avoir été ratifié par 15 pays, il est entré en vigueur en 2005. Sur les 55 pays de l'Union africaine, 42 ont ratifié le protocole<sup>1</sup>.

Dans le protocole, l'Article 14 sur les droits en matière de santé et de reproduction

2. Stipule que les parties doivent prendre des mesures appropriées pour :
- c. protéger les droits reproductifs des femmes en autorisant l'avortement médical dans les cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste, et lorsque la poursuite de la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus.

## RÉFÉRENCE

- 1 Union africaine, « Liste des pays qui ont signé, ratifié/adhéré protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme », Status list (en anglais), <https://au.int/fr/treaties/protocole-la-charte-africaine-des-droits-de-lhomme-et-des-peuples-relatif-aux-droits-des-femmes-en-afrique>, consulté le 22 octobre 2019.

## ANNEXE II

# COMMENT LES AVORTEMENTS NON SÉCURISÉS SONT COMPTABILISÉS

Déterminer l'incidence de l'avortement dépend en grande partie de la légalité ou non de la procédure. Là où les avortements sont légaux, ces procédures sont généralement recensées de manière officielle. Néanmoins, dans les cas où les avortements sont restreints sur le plan juridique, ils ne sont pas facilement comptabilisés.

Les données figurant dans ce guide proviennent de diverses sources, principalement l'OMS et d'autres agences des Nations Unies et le Guttmacher Institute. Elles conviennent que les rapports sur les avortements provoqués sont souvent imprécis dans la mesure où les statistiques nationales ne sont souvent pas disponibles et que les avortements sont insuffisamment rapportés dans les pays où l'avortement est restreint sur le plan juridique.

Un rapport issu d'une collaboration entre l'OMS et le Guttmacher Institute a relevé que même lorsque l'avortement est légal, la tendance vers la privatisation des soins dans ce domaine et l'utilisation accrue de l'avortement par traitement médical en consultation ambulatoire « soulèvent de nouveaux problèmes quant à la représentativité des données recueillies par le biais des systèmes de santé. »<sup>1</sup> Par ailleurs, ce rapport indique que la stigmatisation découlant de l'avortement affecte souvent les données.

Dans la mesure où les données sont incomplètes, elles ne doivent être considérées que comme des estimations.

---

### RÉFÉRENCE

- 1 Bela Ganatra et al., "Global, Regional, and Subregional Classification of Abortions by Safety, 2010-14: Estimates From a Bayesian Hierarchical Model," *Lancet* 390, no. 10110 (2017).

## ANNEXE III

# CONCERNANT LES SOURCES

**Le Centre pour les droits reproductifs** (Center for Reproductive Rights) est un organisme de plaidoyer juridique à but non lucratif dédié à la promotion et à la défense des droits reproductifs des femmes à l'échelle mondiale.

[www.reproductiverights.org](http://www.reproductiverights.org)

**Le Guttmacher Institute** est une organisation à but non lucratif axée sur la recherche en matière de santé sexuelle et génésique, l'analyse de politiques et l'éducation publique.

[www.guttmacher.org](http://www.guttmacher.org)

**Le Consortium international pour la contraception d'urgence** a été fondé par sept organisations internationalement reconnues et œuvrant dans le domaine de la planification familiale avec pour mission d'étendre l'accès à la contraception d'urgence dans le monde entier et plus particulièrement dans les pays en développement.

[www.cecinfo.org](http://www.cecinfo.org)

**Population Reference Bureau** informe les personnes dans le monde entier sur les questions de population, de santé et d'environnement et leur permet d'utiliser ces informations pour promouvoir le bien-être des générations actuelles et futures.

[www.prb.org](http://www.prb.org)

**Le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA)** est l'agence de l'ONU offrant la source de financement la plus importante au niveau international pour les programmes dédiés à la population et à la santé de la reproduction.

[www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)

**L'Organisation mondiale de la Santé (OMS)** est l'agence de l'ONU spécialisée dans le domaine de la santé. Elle a été établie en 1948. L'objectif de l'OMS, tel que défini dans sa Constitution, est la réalisation par tous les individus du meilleur état de santé possible.

[www.who.int](http://www.who.int)

# DONNÉES RÉGIONALES POUR L'AFRIQUE

## INCIDENCE DE L'AVORTEMENT

- On estime que 8,2 millions d'avortements ont été réalisés chaque année en Afrique de 2010 à 2014 et que les trois quarts d'entre eux étaient non sécurisés.
- Durant cette période, le taux d'avortement pour les femmes mariées sur le continent était d'environ 26 avortements pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans, contre environ 36 pour 1 000 chez les femmes non-mariées.
- Selon les estimations, 15% des grossesses parmi les femmes africaines se terminent par un avortement. Cette estimation va de 12% en Afrique de l'Ouest à 24% en Afrique australe.
- Bien que le nombre d'avortements estimés en Afrique (8,2 millions chaque année entre 2010 et 2014) ait augmenté (contre 4,6 millions par an de 1990 à 1994), le taux d'avortement annuel est resté à peu de choses près identique : 33 femmes sur 1 000 âgées de 15 à 44 ans dans la période précédente et 34 femmes sur 1 000 entre 2010 et 2014. Le nombre absolu a augmenté en raison de la croissance démographique mais le taux d'avortement est resté constant au cours de la période.

## RÉFÉRENCE

Guttmacher Institute, "Abortion in Africa," Fact Sheet, (March 2018), consulté sur [www.guttmacher.org/fact-sheet/abortion-africa](http://www.guttmacher.org/fact-sheet/abortion-africa).

## ESTIMATION DES AVORTEMENTS ANNUELS ET DE TAUX D'AVORTEMENTS NON SÉCURISÉS, 2010-2014

	NOMBRE D'AVORTEMENTS	POURCENTAGE NON SÉCURISÉS
<b>AFRIQUE</b>	<b>8,2 millions</b>	<b>76</b>
Afrique de l'Est	2,7 millions	76
Afrique centrale	1 million	88
Afrique du Nord	1,9 million	71
Afrique australe	500 000	27
Afrique de l'Ouest	2,1 millions	85

Source : Susheela Singh et al., *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access* (Guttmacher Institute, 2018).

## SANTÉ MATERNELLE

Les pays africains possèdent les taux de mortalité maternelle les plus élevés au monde. En Afrique subsaharienne, en moyenne 1 femme sur 38 a un risque de mourir d'une cause liée à la grossesse ou à la naissance.

### ESTIMATIONS NATIONALES DE LA MORTALITÉ MATERNELLE, 2017

	TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE*	PROBABILITÉ AU COURS D'UNE VIE DE MOURIR DE CAUSES LIÉES À LA MATERNITÉ**
<b>AFRIQUE DU NORD</b>		
Algérie	112	1 sur 270
Égypte	37	1 sur 730
Maroc	70	1 sur 560
Soudan	295	1 sur 75
Tunisie	43	1 sur 970
<b>RÉGION SUBSAHARIENNE</b>		
<b>AFRIQUE DE L'OUEST</b>		
Bénin	397	1 sur 49
Burkina Faso	320	1 sur 57
Cap-Vert	58	1 sur 670
Côte d'Ivoire	617	1 sur 34
Gambie	597	1 sur 31
Ghana	308	1 sur 82
Guinée	576	1 sur 35
Guinée-Bissau	667	1 sur 32
Liberia	661	1 sur 32
Mali	562	1 sur 29
Mauritanie	766	1 sur 28
Niger	509	1 sur 27
Nigeria	917	1 sur 21
Sénégal	315	1 sur 65
Sierra-Leone	1 120	1 sur 20
Togo	396	1 sur 56
<b>AFRIQUE DE L'EST</b>		
Burundi	548	1 sur 33
Comores	273	1 sur 83

## AVORTEMENT FAITS ET CHIFFRES

	TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE*	PROBABILITÉ AU COURS D'UNE VIE DE MOURIR DE CAUSES LIÉES À LA MATERNITÉ**
Djibouti	248	1 sur 140
Érythrée	480	1 sur 46
Éthiopie	401	1 sur 55
Kenya	342	1 sur 76
Madagascar	335	1 sur 66
Malawi	349	1 sur 60
Maurice	61	1 sur 1 200
Mozambique	289	1 sur 67
Rwanda	248	1 sur 94
Somalie	829	1 sur 20
Tanzanie	524	1 sur 36
Ouganda	375	1 sur 49
Zambie	213	1 sur 93
Zimbabwe	458	1 sur 55
<b>AFRIQUE CENTRALE</b>		
Angola	241	1 sur 69
Cameroun	529	1 sur 40
République centrafricaine	829	1 sur 25
Tchad	1 140	1 sur 15
Congo	378	1 sur 58
Rép. Dém. Congo	473	1 sur 34
Guinée équatoriale	301	1 sur 67
Gabon	252	1 sur 93
<b>AFRIQUE AUSTRALE</b>		
Botswana	144	1 sur 220
Eswatini	437	1 sur 72
Lesotho	544	1 sur 58
Namibie	195	1 sur 140
Afrique du Sud	119	1 sur 330

\*Décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

\*\*Le risque au cours d'une vie reflète la mortalité maternelle d'un pays ou d'une région ainsi que son taux de fécondité. Le risque est plus élevé chez les femmes dans les zones à forte fécondité dans la mesure où elles sont enceintes plus souvent et sont, par conséquent, confrontées à des risques de grossesse plus souvent que les femmes vivant dans des zones à faible fécondité.

**Source :** Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Évolution de la mortalité maternelle 2000 à 2017*, Estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du groupe de la banque mondiale et de la division de la population des Nations Unies (New York : WHO, 2019).

## CONTRACEPTION

- Parmi toutes les régions au monde, l'Afrique subsaharienne possède le taux d'utilisation contraceptive moderne le plus faible (28%) et le taux de fécondité le plus élevé (4,8 ou près de cinq enfants par femme).
- Les injectables représentent la méthode contraceptive la plus couramment utilisée dans cette région.

### ESTIMATIONS NATIONALES DES TAUX DE CONTRACEPTION ET DE FÉCONDITÉ

	TOUTE MÉTHODE	MÉTHODE MODERNE	NOMBRE DE NAISSANCES AU COURS DE LA VIE D'UNE FEMME (TAUX SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ)
<b>AFRIQUE</b>	<b>36</b>	<b>32</b>	<b>4,5</b>
<b>AFRIQUE DU NORD</b>	<b>51</b>	<b>46</b>	<b>3,2</b>
Algérie	57	50	3,1
Égypte	59	57	3,3
Libye	28	16	2,2
Maroc	71	58	2,2
Soudan	12	12	4,5
Tunisie	51	44	2,1
<b>RÉGION SUBSAHARIENNE</b>	<b>32</b>	<b>28</b>	<b>4,8</b>
<b>AFRIQUE DE L'OUEST</b>	<b>20</b>	<b>16</b>	<b>5,2</b>
Bénin	16	12	5,7
Burkina Faso	32	30	5,3
Cap-Vert	61	57	2,3
Côte d'Ivoire	23	20	4,6
Gambie	9	8	5,3
Ghana	31	25	3,9
Guinée	11	11	4,8
Guinée-Bissau	16	14	4,9
Liberia	31	30	4,2
Mali	17	16	6,3
Mauritanie	18	16	4,6
Niger	19	18	7,0
Nigeria	17	12	5,3
Sénégal	28	26	4,6
Sierra-Leone	23	21	4,1
Togo	20	17	4,4

## AVORTEMENT FAITS ET CHIFFRES

	TOUTE MÉTHODE	MÉTHODE MODERNE	NOMBRE DE NAISSANCES AU COURS DE LA VIE D'UNE FEMME (TAUX SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ)
<b>AFRIQUE DE L'EST</b>	<b>44</b>	<b>39</b>	<b>4,5</b>
Burundi	29	22	5,5
Comores	19	14	4,3
Djibouti	19	18	2,8
Érythrée	8	7	4,1
Éthiopie	40	38	4,4
Kenya	63	61	3,6
Madagascar	44	40	4,6
Malawi	59	58	4,2
Maurice	64	32	1,4
Mozambique	27	25	4,9
Rwanda	53	48	4,1
Somalie	15	14	6,2
Soudan du Sud	n/a	5	4,8
Tanzanie	38	32	5,0
Ouganda	42	36	5,1
Zambie	50	48	4,7
Zimbabwe	67	66	3,7
<b>AFRIQUE CENTRALE</b>	<b>18</b>	<b>10</b>	<b>5,7</b>
Angola	14	13	6,2
Cameroun	19	15	4,8
Rép. centrafricaine	15	12	4,8
Tchad	6	5	6,0
Congo	30	19	4,5
Rép. Dém Congo	20	8	6,0
Guinée équatoriale	13	10	4,6
Gabon	31	19	3,6
<b>AFRIQUE AUSTRALE</b>	<b>55</b>	<b>54</b>	<b>2,4</b>
Botswana	53	51	2,6
Eswatini	66	66	2,7
Lesotho	60	60	3,2
Namibie	56	55	3,4
Afrique du Sud	55	54	2,3

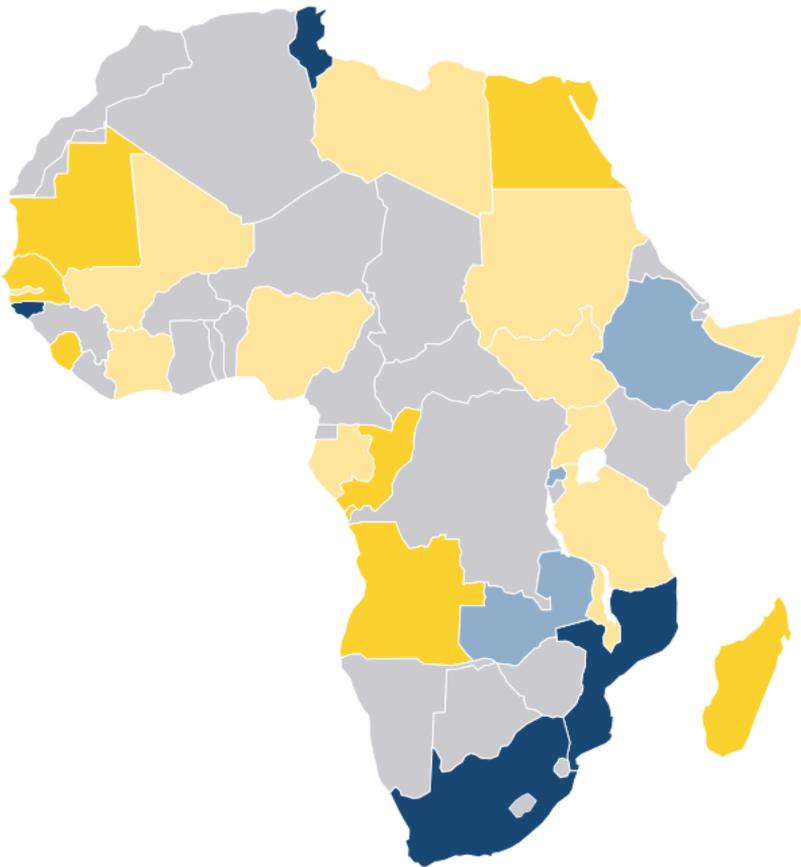
n/a = données non disponibles ou inapplicables.

**Remarque :** Les estimations portent sur des femmes âgées de 15 à 49 ans étant mariées ou vivant en union.

**Source :** Toshiko Kaneda, Charlotte Greenbaum et Kaitlyn Patierno, *Fiche de données sur la population mondiale 2019* (Washington, DC : Population Reference Bureau, 2019).

## LOIS EN MATIÈRE D'AVORTEMENTS

L'avortement est restreint dans la plupart des pays africains. Certains pays disposent de lois écrites en matière d'avortement plus restrictives que les pratiques observées ou présumées. Par exemple, les lois de certains pays autorisent l'avortement uniquement pour sauver la vie de la femme. Mais en pratique elles peuvent autoriser l'avortement pour également préserver la santé physique et mentale des femmes. Dans certains pays, l'avortement est interdit sans exception dans les lois écrites mais est autorisé, en pratique, pour sauver la vie de la femme. Dans certains cas, les lois en matière d'avortement sont vagues et sont sujettes à diverses interprétations.



### LES PLUS RESTRICTIVE



Interdit  
quelle que  
soit la raison



Autorisé pour  
sauver la vie de  
la femme



Autorisé pour  
préserver la santé  
physique de la femme



Autorisé pour  
des raisons  
socioéconomiques  
au sens large



Autorisé  
quelle que  
soit la raison

Source : Center for Reproductive Rights, "The World's Abortion Laws," (2020), consulté sur <https://reproductiverights.org/worldabortionlaws>.

## LOIS EN MATIÈRE D'AVORTEMENT EN AFRIQUE

	Avortement autorisé dans les cas de viol	Avortement autorisé dans les cas d'inceste	Avortement autorisé dans les cas d'anomalie du fœtus
<b>EN AUCUN CAS AUTORISÉ</b>			
Angola			
Congo (Brazzaville)			
Égypte			
Madagascar			
Mauritanie			
Sénégal			
Sierra-Leone			
<b>AUTORISÉ LORSQUE LA VIE DE LA FEMME EST EN DANGER</b>			
Côte d'Ivoire	■		
Gabon	■	■	■
Gambie			■
Libye			
Malawi			
Mali	■	■	
Nigeria			
Somalie			
Soudan du Sud			
Soudan	■		
Tanzanie			
Ouganda			
<b>AUTORISÉ POUR PRÉSERVER LA SANTÉ DE LA FEMME</b>			
Algérie*			
Bénin	■	■	■
Botswana*	■	■	■
Burkina Faso	■	■	■
Burundi			
Cameroun	■		
Rép. centrafricaine	■	■	■
Tchad*	■	■	■
Comores			

\*Pays autorisant également de manière explicite l'avortement pour préserver la santé mentale de la femme.

LOIS EN MATIÈRE D'AVORTEMENT EN AFRIQUE

	Manque de clarté des lois	Avortement autorisé pour d'autres raisons
<b>EN AUCUN CAS AUTORISÉ</b>		
Angola		
Congo (Brazzaville)		
Égypte		
Madagascar		
Mauritanie		
Sénégal		
Sierra-Leone		
<b>AUTORISÉ LORSQUE LA VIE DE LA FEMME EST EN DANGER</b>		
Côte d'Ivoire		
Gabon		
Gambie		
Libye		
Malawi		
Mali		
Nigeria		
Somalie		
Soudan du Sud		
Soudan		
Tanzanie		
Ouganda		
<b>AUTORISÉ POUR PRÉSERVER LA SANTÉ DE LA FEMME</b>		
Algérie*		
Bénin		
Botswana*		
Burkina Faso		
Burundi		
Cameroun		
Rép. centrafricaine		
Tchad*		
Comores		

\*Pays autorisant également de manière explicite l'avortement pour préserver la santé mentale de la femme.

## LOIS EN MATIÈRE D'AVORTEMENT EN AFRIQUE

	Avortement autorisé dans les cas de viol	Avortement autorisé dans les cas d'inceste	Avortement autorisé dans les cas d'anomalie du fœtus	Autorisation de l'époux requise
<b>AUTORISÉ POUR PRÉSERVER LA SANTÉ DE LA FEMME</b>				
Rép. Dém. Congo*	■	■	■	
Djibouti				
Guinée équatoriale				■
Érythrée*	■	■		
Eswatini*	■	■	■	
Gambie*				
Ghana*	■	■	■	
Guinée	■	■	■	
Kenya				
Lesotho	■	■	■	
Liberia*	■	■	■	
Maurice*	■	■	■	
Maroc				■
Namibie*	■	■	■	
Niger			■	
Togo	■	■	■	
Zimbabwe	■	■	■	
<b>AUTORISÉ POUR DES RAISONS SOCIOÉCONOMIQUES AU SENS LARGE</b>				
Éthiopie	■	■	■	
Rwanda	■	■	■	
Zambie			■	
<b>AUTORISÉ QUELLE QUE SOIT LA RAISON**</b>				
Cap-Vert				
Guinée-Bissau				
Mozambique				
São Tomé & Príncipe				
Afrique du Sud				
Tunisie				

\*Pays qui autorisent de manière explicite l'avortement pour préserver la santé mentale de la femme.

\*\*Dans tous les cas, le délai de gestation maximum est de 12 semaines, sauf mention contraire.

La limite pour la période de gestation est fixée à 90 jours ou trois mois

La loi n'indique pas de limite pour la période de gestation ; les mécanismes réglementaires varient

Autorisé uniquement pour préserver la santé physique de la femme

Autorisé pour d'autres raisons

Avortement autorisé pour d'autres raisons

Autorisation/notification parentale requise

AUTORISÉ POUR PRÉSERVER LA SANTÉ DE LA FEMME					
Rép. Dém. Congo*					
Djibouti					
Guinée équatoriale	■				
Érythrée*		■			
Eswatini*					
Gambie*					
Ghana*		■			
Guinée					
Kenya					
Lesotho					
Liberia*					
Maurice*	■				
Maroc					
Namibie*					
Niger					
Togo					
Zimbabwe			■		
AUTORISÉ POUR DES RAISONS SOCIOÉCONOMIQUES AU SENS LARGE					
Éthiopie		■			
Rwanda		■			
Zambie					
AUTORISÉ QUELLE QUE SOIT LA RAISON**					
Cap-Vert					
Guinée-Bissau				■	
Mozambique					
São Tomé & Príncipe					
Afrique du Sud					
Tunisie					■

Source : Center for Reproductive Rights, "The World's Abortion Laws," (2020), consulté sur <https://reproductiverights.org/worldabortionlaws>.

# DONNÉES RÉGIONALES POUR L'ASIE

## INCIDENCE DE L'AVORTEMENT

- Selon les estimations, 27% de toutes les grossesses en Asie se sont terminées par un avortement chaque année entre 2010 et 2014. Cette proportion est restée quasiment la même qu'entre 1990 et 1994.
- En combinant l'Asie du Sud et l'Asie centrale, on s'aperçoit que moins de la moitié des avortements sont sécurisés, tandis qu'en Asie de l'Est, y compris la Chine, 89% sont sécurisés.
- Les deux pays les plus peuplés d'Asie, à savoir la Chine et l'Inde, possèdent des lois libérales en matière d'avortement, et au moins 16 pays en développement dans la région autorisent l'avortement sans restriction quant à la raison invoquée. Toutefois, en Irak, au Laos et aux Philippines, l'avortement est pénalisé sans exception.

## RÉFÉRENCE

Guttmacher Institute, "Abortion in Asia," Fact Sheet, (March 2018), consulté sur [www.guttmacher.org/fact-sheet/abortion-asia](http://www.guttmacher.org/fact-sheet/abortion-asia).

## ESTIMATION DES AVORTEMENTS ANNUELS ET DES TAUX D'AVORTEMENT NON SÉCURISÉS, 2010-2014

	NOMBRE D'AVORTEMENTS	POURCENTAGE NON SÉCURISÉS
<b>ASIE</b>	<b>35.5 million</b>	<b>38</b>
Asie centrale	700 000	n/a
Eastern Asie	12,8 millions	11
Asie du Sud Est	5,1 millions	40
Asie du Sud	15 millions	58
Asie occidentale	1,9 million	49

n/a = données non disponibles ou inapplicables.

**Source :** Susheela Singh et al., *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access* (Guttmacher Institute, 2018).

## SANTÉ MATERNELLE

La santé maternelle varie grandement au sein des régions asiatiques. Les ratios de mortalité maternelle en Asie occidentale vont de 3 décès pour 100 000 naissances vivantes aux Émirats Arabes Unis à 164 pour 100 000 naissances vivantes au Yémen. En Asie du Sud, le ratio en Iran est de 16, contre 638 en Afghanistan, soit le ratio le plus élevé de tous les pays d'Asie.

### ESTIMATIONS NATIONALES DE LA MORTALITÉ MATERNELLE, 2017

	TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE*	PROBABILITÉ AU COURS D'UNE VIE DE MOURIR DE CAUSES LIÉES À LA MATERNITÉ**
<b>ASIE OCCIDENTALE</b>		
Arménie	26	1 sur 2 000
Azerbaïdjan	26	1 sur 1 700
Géorgie	25	1 sur 1 900
Irak	79	1 sur 320
Jordanie	46	1 sur 730
Liban	29	1 sur 1 600
Syrie	31	1 sur 1 000
Turquie	17	1 sur 2 800
Cisjordanie & Bande de Gaza	27	1 sur 880
Yémen	164	1 sur 150
<b>ASIE DU SUD</b>		
Afghanistan	638	1 sur 33
Bangladesh	173	1 sur 250
Bhoutan	183	1 sur 250
Inde	145	1 sur 290
Iran	16	1 sur 2 600
Maldives	53	1 sur 840
Népal	186	1 sur 230
Pakistan	140	1 sur 180
Sri Lanka	36	1 sur 1 300

## ESTIMATIONS NATIONALES DE LA MORTALITÉ MATERNELLE, 2017

	TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE*	PROBABILITÉ AU COURS D'UNE VIE DE MOURIR DE CAUSES LIÉES À LA MATERNITÉ**
<b>ASIE DU SUD-EST</b>		
Cambodge	160	1 sur 220
Indonésie	177	1 sur 240
Laos	185	1 sur 180
Malaisie	29	1 sur 1 600
Myanmar	250	1 sur 190
Philippines	121	1 sur 300
Thaïlande	37	1 sur 1 900
Timor-Leste	142	1 sur 170
Viêt-Nam	43	1 sur 1 100
<b>ASIE DE L'EST</b>		
Chine	29	1 sur 2 100
Corée du Nord	89	1 sur 620
Corée du Sud	11	1 sur 8 300
Mongolie	45	1 sur 710
<b>ASIE CENTRALE</b>		
Kazakhstan	10	1 sur 3 500
Kirghizstan	60	1 sur 480
Tadjikistan	17	1 sur 1 400
Turkménistan	7	1 sur 4 400
Ouzbékistan	29	1 sur 1 200

\*Décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

\*\*Le risque au cours d'une vie reflète la mortalité maternelle d'un pays ou d'une région, ainsi que son taux de fécondité. Le risque est plus élevé chez les femmes dans les zones à forte fécondité dans la mesure où elles sont enceintes plus souvent et sont, par conséquent, confrontées à des risques de grossesse plus souvent que les femmes vivant dans des zones à faible fécondité.

**Source :** Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Évolution de la mortalité maternelle 2000 à 2017*, Estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du groupe de la Banque mondiale et de la Division de la population des Nations Unies (New York : WHO, 2019).

## CONTRACEPTION

La plus forte utilisation de la planification familiale en Asie est recensée en Chine, où le recours à toutes méthodes confondues est de 85% et l'utilisation des méthodes modernes est de 81%. En Azerbaïdjan, plus de la moitié des femmes (55%) recourent à la contraception mais seulement 14% utilisent une méthode moderne.

### ESTIMATIONS NATIONALES DES TAUX DE CONTRACEPTION ET DE FÉCONDITÉ

	TOUTE MÉTHODE	MÉTHODE MODERNE	NOMBRE DE NAISSANCES AU COURS DE LA VIE D'UNE FEMME (TAUX SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ)
<b>ASIE</b>	<b>64</b>	<b>57</b>	<b>2,1</b>
ASIE (HORMIS LA CHINE)	55	47	2,3
ASIE OCCIDENTALE	54	36	2,6
Arménie	57	28	1,6
Azerbaïdjan	55	14	1,8
Géorgie	53	35	2,1
Irak	53	36	3,6
Jordanie	52	37	2,7
Liban	55	47	2,1
Territoires Palestiniens	57	44	3,7
Syrie	54	38	2,9
Turquie	74	47	2
Yémen	34	29	3,9
<b>ASIE CENTRALE</b>	<b>55</b>	<b>52</b>	<b>2,8</b>
Kazakhstan	55	52	3
Kirghizstan	39	38	3,3
Tadjikistan	29	27	3,5
Turkménistan	50	47	2,8
Ouzbékistan	65	62	2,4
<b>ASIE DU SUD</b>	<b>53</b>	<b>46</b>	<b>2,3</b>
Afghanistan	23	20	4,6
Bangladesh	62	54	2,1
Bhoutan	66	65	1,7
Inde	54	48	2,2
Iran	77	57	2,1
Maldives	19	15	2,1
Népal	53	43	2

## ESTIMATIONS NATIONALES DES TAUX DE CONTRACEPTION ET DE FÉCONDITÉ

	TOUTE MÉTHODE	MÉTHODE MODERNE	NOMBRE DE NAISSANCES AU COURS DE LA VIE D'UNE FEMME (TAUX SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ)
Pakistan	34	25	3,6
Sri Lanka	62	51	2,1
<b>ASIE DU SUD-EST</b>	<b>62</b>	<b>56</b>	<b>2,2</b>
Cambodge	56	39	2,5
Indonésie	61	59	2,3
Laos	54	49	2,7
Malaisie	52	34	1,9
Myanmar	52	51	2,2
Philippines	54	40	2,7
Thaïlande	78	76	1,5
Timor-Leste	26	24	4,2
Viêt-Nam	76	65	2
<b>EASTERN ASIE</b>	<b>81</b>	<b>77</b>	<b>1,5</b>
Chine	85	81	1,6
Corée du Nord	70	69	1,9
Corée du Sud	80	n/a	1
Mongolie	55	48	2,9

n/a = données non disponibles ou inapplicables.

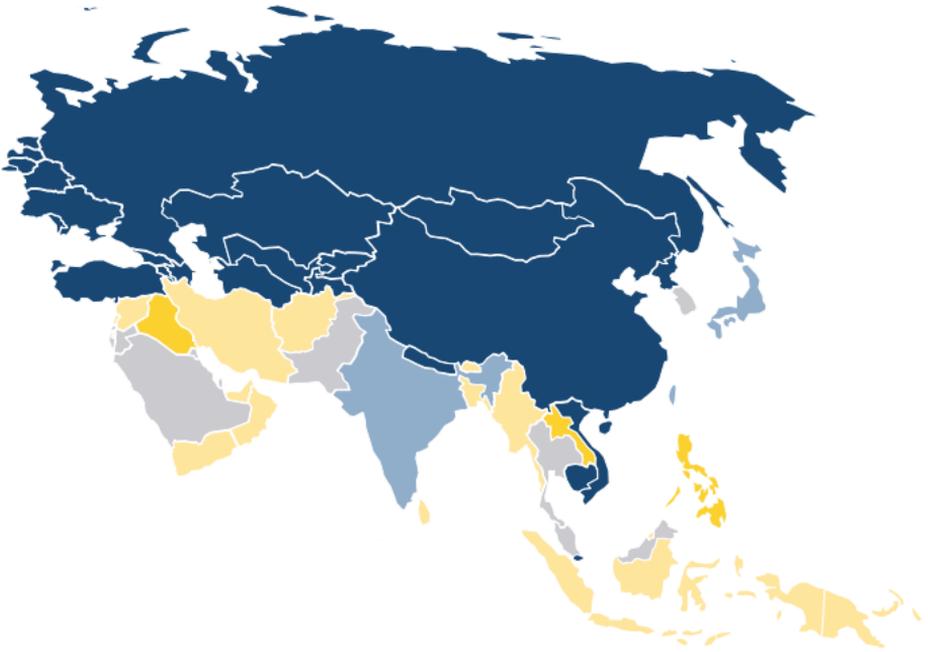
**Remarque :** Les estimations portent sur des femmes âgées de 15 à 49 ans étant mariées ou vivant en union.

**Source :** Toshiko Kaneda, Charlotte Greenbaum et Kaitlyn Patierno, *Fiche de données sur la population mondiale 2019* (Washington, DC : Population Reference Bureau, 2019).

## LOIS EN MATIÈRE D'AVORTEMENT

Certains pays disposent de lois écrites en matière d'avortement plus restrictives que les pratiques observées ou présumées. Par exemple, les lois de certains pays autorisent l'avortement uniquement pour sauver la vie de la femme. Mais en pratique elles peuvent autoriser l'avortement pour également préserver la santé physique et mentale des femmes. Dans certains pays, l'avortement est interdit sans exception dans les lois écrites mais est autorisé, en pratique, pour sauver la vie de la femme. Dans certains cas, les lois en matière d'avortement sont vagues et sont sujettes à diverses interprétations.

Dans d'autres pays, l'avortement peut être légal dans certains cas mais n'est pas accessible dans la mesure où la loi n'est pas largement connue ou respectée.



### LES PLUS RESTRICTIVE



Interdit  
quelle que  
soit la raison



Autorisé pour  
sauver la vie de  
la femme



Autorisé pour  
préserver la santé  
physique de la femme



Autorisé pour  
des raisons  
socioéconomiques  
au sens large



Autorisé  
quelle que  
soit la raison

**Source :** Center for Reproductive Rights, “The World’s Abortion Laws,” (2020), consulté sur <https://reproductiverights.org/worldabortionlaws>.

## LOIS EN MATIÈRE D'AVORTEMENT EN ASIE

	Avortement autorisé dans les cas de viol	Avortement autorisé dans les cas d'inceste	Avortement autorisé dans les cas d'anomalie du fœtus	Autorisation de l'époux requise
<b>EN AUCUN CAS AUTORISÉ</b>				
Irak				
Laos				
Palau				
Philippines				
Tonga				
<b>AUTORISÉ LORSQUE LA VIE DE LA FEMME EST EN DANGER</b>				
Afghanistan				
Bangladesh				
Bhoutan	■	■		
Brunei				
Indonésie	■			■ ■
Iran				■
Kiribati				
Liban				
Micronésie				
Myanmar				
Oman				
Papouasie Nouvelle Guinée				
Îles Solomon				
Sri Lanka				
Syrie				■
Timor-Leste				
Émirats Arabes Unis				■ ■
Cisjordanie & Bande de Gaza				
Yémen				■

Système fédéral dans lequel les lois en matière d'avortement sont déterminées par chaque État; le classement reflète le statut juridique de l'avortement pour le plus grand groupe d'individus

Autorisation/notification parentale requise

Manque de clarté de la loi

EN AUCUN CAS AUTORISÉ				
Irak				
Laos				
Palau				
Philippines				
Tonga				
AUTORISÉ LORSQUE LA VIE DE LA FEMME EST EN DANGER				
Afghanistan				
Bangladesh				
Bhoutan				
Brunei				
Indonésie				
Iran				
Kiribati				
Liban				
Micronésie				
Myanmar				
Oman				
Papouasie Nouvelle Guinée				
Îles Solomon				
Sri Lanka				
Syrie				
Timor-Leste				
Émirats Arabes Unis				
Cisjordanie & Bande de Gaza				
Yémen				

## LOIS EN MATIÈRE D'AVORTEMENT EN ASIE

	Avortement autorisé dans les cas de viol	Avortement autorisé dans les cas d'inceste	Autorisation de l'époux requis	Autorisation/ notification parentale requise	Avortement prohibé pour la sélection du sexe
<b>AUTORISÉ POUR PRÉSERVER LA SANTÉ DE LA FEMME</b>					
Israël*	■	■	■		
Jordanie					
Koweït			■	■	■
Malaisie*					
Pakistan					
Qatar			■		
Corée du Sud	■	■	■	■	
Samoa*					
Arabie Saoudite				■	■
Thaïlande*	■		■		
Vanuatu					
<b>AUTORISÉ POUR DES RAISONS SOCIOÉCONOMIQUES AU SENS LARGE</b>					
Fidji	■	■	■		■
Inde	■		■		■
<b>AUTORISÉ QUELLE QUE SOIT LA RAISON**</b>					
Albanie					■
Arménie					■
Azerbaïdjan					
Cambodge					■
Chine					■
Kazakhstan					
Kirghizstan					
Maldives					
Mongolie					
Népal					■
Corée du Nord					
Tadjikistan					
Turquie				■	■
Turkménistan					
Ukraine					
Ouzbékistan					
Viêt-Nam					

\*Pays qui autorisent de manière explicite l'avortement pour préserver la santé mentale de la femme.

\*\*Dans tous les cas, le délai de gestation maximum est de 12 semaines, sauf mention contraire.

	La loi n'indique pas de limite pour la période de gestation ; les mécanismes réglementaires varient	Avortement autorisé pour d'autres raisons	Limite de la période de gestation fixée à 120 jours	Limite de la période de gestation fixée à 90 jours ou trois mois	La limite pour la période de gestation est fixée à 14 semaines
<b>AUTORISÉ POUR PRÉSERVER LA SANTÉ DE LA FEMME</b>					
Israël*					
Jordanie					
Koweït					
Malaisie*					
Pakistan					
Qatar					
Corée du Sud					
Samoa*					
Arabie Saoudite					
Thaïlande*					
Vanuatu					
<b>AUTORISÉ POUR DES RAISONS SOCIOÉCONOMIQUES AU SENS LARGE</b>					
Fidji					
Inde					
<b>AUTORISÉ QUELLE QUE SOIT LA RAISON**</b>					
Albanie					
Arménie					
Azerbaïdjan					
Cambodge					
Chine					
Kazakhstan					
Kirghizstan					
Maldives					
Mongolie					
Népal					
Corée du Nord					
Tadjikistan					
Turquie					
Turkménistan					
Ukraine					
Ouzbékistan					
Viêt-Nam					

Source : Center for Reproductive Rights, "The World's Abortion Laws," (2020), consulté sur <https://reproductiverights.org/worldabortionlaws>.

# DONNÉES RÉGIONALES POUR L'AMÉRIQUE LATINE ET LES CARAÏBES

## INCIDENCE DE L'AVORTEMENT

- Un tiers de toutes les grossesses en Amérique latine et aux Caraïbes se terminent par un avortement et trois quarts des procédures ne sont pas sécurisées.
- La vaste majorité des femmes dans la région vivent dans des pays avec des lois restrictives en matière d'avortement. Seulement 3% des femmes vivent dans des pays où l'avortement est largement légalisé.
- L'utilisation du misoprostol est en augmentation et semble avoir accru la sécurité des avortements clandestins.

## RÉFÉRENCE

Guttmacher Institute, "Abortion in Latin America and the Caribbean," fact sheet (March 2018).

## ESTIMATION DES AVORTEMENTS ANNUELS ET DES TAUX D'AVORTEMENT NON SÉCURISÉS, 2010-2014

	NOMBRE D'AVORTEMENTS	POURCENTAGE NON SÉCURISÉS
<b>AM. LATINE/CARAÏBES</b>	<b>6,5 millions</b>	<b>76</b>
Caraïbes	600 000	75
Amérique centrale	1,3 million	82
Amérique du Sud	4,6 millions	75

**Source:** Susheela Singh et al., *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access* (Guttmacher Institute, 2018).

## SANTÉ MATERNELLE

Le risque de mourir d'une cause liée à la grossesse varie grandement d'un pays à l'autre, allant d'une probabilité sur 4 600 au Chili à une sur 67 en Haïti. Haïti possède le ratio de mortalité maternelle le plus élevé dans la région avec 480 décès pour 100 000 naissances vivantes.

## ESTIMATIONS NATIONALES DE LA MORTALITÉ MATERNELLE, 2017

	TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE*	PROBABILITÉ AU COURS D'UNE VIE DE MOURIR DE CAUSES LIÉES À LA MATERNITÉ**
<b>AMÉRIQUE CENTRALE</b>		
Belize	36	1 sur 1 100
Costa Rica	27	1 sur 1 900
Salvador	46	1 sur 960
Guatemala	95	1 sur 330
Honduras	65	1 sur 560
Mexique	33	1 sur 1 300
Nicaragua	98	1 sur 380
Panama	52	1 sur 750
<b>CARAÏBES</b>		
Cuba	36	1 sur 1 800
République Dominicaine	95	1 sur 410
Haïti	480	1 sur 67
Jamaïque	80	1 sur 600
<b>AMÉRIQUE DU SUD</b>		
Argentine	39	1 sur 1 100
Bolivie	155	1 sur 220
Bésil	60	1 sur 940
Chili	13	1 sur 4 600
Colombie	83	1 sur 630
Équateur	59	1 sur 640
Guyane	169	1 sur 220
Paraguay	84	1 sur 440
Pérou	88	1 sur 480
Suriname	120	1 sur 330
Venezuela	125	1 sur 330

\*Décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

\*\*Le risque au cours d'une vie reflète la mortalité maternelle d'un pays ou d'une région ainsi que son taux de fécondité. Le risque est plus élevé chez les femmes dans les zones à forte fécondité dans la mesure où elles sont enceintes plus souvent et sont, par conséquent, confrontées à des risques de grossesse plus souvent que les femmes vivant dans des zones à faible fécondité.

**Source :** Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Évolution de la mortalité maternelle 2000 à 2017*, Estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du groupe de la banque mondiale et de la division de la population des Nations Unies (New York : OMS, 2019).

## CONTRACEPTION

La région regroupant l'Amérique latine et les Caraïbes affiche un taux élevé de grossesses non désirées. Sur 20 millions de grossesses estimées chaque année, environ 14 millions sont non désirées et près de la moitié de celles-ci débouchent sur un avortement.

### ESTIMATIONS NATIONALES DES TAUX DE CONTRACEPTION ET DE FÉCONDITÉ

	TOUTE MÉTHODE	MÉTHODE MODERNE	NOMBRE DE NAISSANCES AU COURS DE LA VIE D'UNE FEMME (TAUX SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ)
<b>AM. LATINE / CARAÏBES</b>	<b>74</b>	<b>70</b>	<b>2,0</b>
<b>AMÉRIQUE CENTRALE</b>	<b>67</b>	<b>64</b>	<b>2,2</b>
Belize	51	49	2,3
Costa Rica	78	75	1,7
Salvador	72	68	2,3
Guatemala	61	49	2,7
Honduras	73	64	2,5
Mexique	67	65	2,1
Nicaragua	80	77	2,4
Panama	63	60	2,4
<b>CARAÏBES</b>	<b>58</b>	<b>56</b>	<b>2,2</b>
Cuba	74	72	1,7
République Dominicaine	70	68	2,3
Haïti	34	32	3,0
Jamaïque	73	68	2,1
<b>AMÉRIQUE DU SUD</b>	<b>79</b>	<b>74</b>	<b>2,0</b>
Argentine	81	78	2,3
Bolivie	67	45	2,8
Brésil	80	78	1,7
Colombie	81	76	2,0
Équateur	80	72	2,5
Guyane	34	33	2,5
Paraguay	68	67	2,5
Pérou	75	55	2,3
Suriname	48	47	2,4
Venezuela	75	n/a	2,3

n/a = données non disponibles ou inapplicables.

**Remarque :** Les estimations portent sur des femmes âgées de 15 à 49 ans étant mariées ou vivant en union. **Source :** Toshiko Kaneda, Charlotte Greenbaum et Kaitlyn Patierno, *Fiche de données sur la population mondiale 2019* (Washington, DC : Population Reference Bureau, 2019).

## LOIS EN MATIÈRE D'AVORTEMENTS

L'avortement est hautement restreint dans la plupart des pays d'Amérique latine et des Caraïbes.



DONNÉES RÉGIONALES POUR ALC

### LES PLUS RESTRICTIVE



Interdit  
quelle que  
soit la raison



Autorisé pour  
sauver la vie de  
la femme



Autorisé pour  
préserver la santé  
physique de la femme



Autorisé pour  
des raisons  
socioéconomiques  
au sens large



Autorisé  
quelle que  
soit la raison

Source: Center for Reproductive Rights, "The World's Abortion Laws," (2021), consulté sur <https://reproductiverights.org/worldabortionlaws>.

## LOIS EN MATIÈRE D'AVORTEMENT EN AMÉRIQUE LATINE

	Avortement autorisé dans les cas de viol	Avortement autorisé dans les cas d'inceste	Avortement autorisé dans les cas d'anomalie du fœtus	Avortement autorisé dans les cas d'anomalie du fœtus
<b>EN AUCUN CAS AUTORISÉ</b>				
Rép. Dominicaine				
Salvador				
Haïti				
Honduras				
Jamaïque				
Nicaragua				
Suriname				
<b>AUTORISÉ LORSQUE LA VIE DE LA FEMME EST EN DANGER</b>				
Antigua-et-Barbuda				
Bésil	■			
Chili	■			■
Dominica				
Guatemala				
Mexique	■			■
Panama	■			■
Paraguay				
Venezuela				
<b>AUTORISÉ POUR PRÉSERVER LA SANTÉ DE LA FEMME</b>				
Bahamas				
Bolivie*	■	■		
Colombie*	■	■	■	
Costa Rica				
Équateur				
Grenade				
Pérou				
Saint Kitts & Nevis				
Sainte Lucie*	■	■		
Trinidad & Tobago				
<b>AUTORISÉ POUR DES RAISONS SOCIOÉCONOMIQUES AU SENS LARGE</b>				
Barbade	■	■	■	
Belize				■
St. Vincent & Grenadines	■	■	■	
<b>AUTORISÉ QUELLE QUE SOIT LA RAISON**</b>				
Argentine	■			
Cuba				
Guyane				
Uruguay				

\*Pays qui autorisent de manière explicite l'avortement pour préserver la santé mentale de la femme. \*\*Dans tous les cas, le délai de gestation maximum est de 12 semaines, sauf mention contraire.

	Avortement autorisé pour grand groupe d'autres raisons	Système fédéral dans lequel les lois sur l'avortement sont déterminées au niveau des États ; le classement reflète le statut juridique de l'avortement pour le plus grand groupe d'individus	Gestation fixée à 8 semaines	Limite de la période de
<b>EN AUCUN CAS AUTORISÉ</b>				
Rép. Dominicaine				
Salvador				
Haïti				
Honduras				
Jamaïque				
Nicaragua				
Suriname				
<b>AUTORISÉ LORSQUE LA VIE DE LA FEMME EST EN DANGER</b>				
Antigua-et-Barbuda				
Brésil				
Chili				
Dominica				
Guatemala				
Mexique				
Panama				
Paraguay				
Venezuela				
<b>AUTORISÉ POUR PRÉSERVER LA SANTÉ DE LA FEMME</b>				
Bahamas				
Bolivie*				
Colombie*				
Costa Rica				
Équateur				
Grenade				
Pérou				
Saint Kitts & Nevis				
Sainte Lucie*				
Trinidad & Tobago				
<b>AUTORISÉ POUR DES RAISONS SOCIOÉCONOMIQUES AU SENS LARGE</b>				
Barbade				
Belize				
St. Vincent & Grenadines				
<b>AUTORISÉ QUELLE QUE SOIT LA RAISON**</b>				
Argentine				
Cuba				
Guyane				
Uruguay				

DONNÉES RÉGIONALES POUR ALC

Source: Center for Reproductive Rights, "The World's Abortion Laws," (2020), consulté sur <https://reproductiverights.org/worldabortionlaws>.







## POPULATION REFERENCE BUREAU

**ADRESSE :** 1875 Connecticut Ave., NW  
Suite 520  
Washington, DC 20009 USA

**TÉLÉPHONE :** 1-800-877-9881

**TÉLÉCOPIE :** 202-328-3937

**COURRIEL :** [communications@prb.org](mailto:communications@prb.org)

Le projet **SAFE ENGAGE** soutient l'accès à des procédures d'avortement sécurisées en fournissant aux responsables politiques les données les plus récentes en matière d'avortement et de santé maternelle, en développant les compétences des défenseurs de l'avortement et d'autres décideurs pour utiliser des données probantes et réaliser certains objectifs dans le domaine des politiques, tout en travaillant avec les journalistes pour améliorer les rapports sur l'avortement et des sujets afférents en se fondant sur des données factuelles. Réduire le nombre de décès causés par des avortements non sécurisés requiert un environnement politique appuyant un accès équitable pour les femmes à des services de prévention et de traitement polyvalents (contraception, avortement sécurisé et soins après avortement).

[prb.org/safe-engage](http://prb.org/safe-engage)