

Tendances récentes des taux d'avortement dans le monde

Par Stanley K. Henshaw, Susheela Singh et Taylor Haas

Contexte: Les taux d'avortement légal varient largement dans les pays dotés de législations non restrictives. Les données relatives aux tendances de l'avortement légal pourraient éclairer les responsables politiques sur les facteurs d'influence des taux d'avortement légal et des taux envisageables dans leur pays et dans le reste du monde.

Méthodes: Les nombres d'avortements légaux ont été estimés, pour 54 pays, sur la base de statistiques officielles ou d'autres données nationales. Les taux d'avortement par millier de femmes âgées de 15 à 44 ans ont été calculés pour les années 1975 à 1996.

Résultats: La tendance récente la plus frappante concerne un net déclin de l'incidence de l'avortement en Europe de l'Est et centrale et dans les états successeurs de l'Union soviétique. Ainsi, les taux ont baissé de 28% à 47% dans quatre anciens états soviétiques disposant de données assez complètes (Biélorus, Estonie, Kazakhstan et Lettonie), et de 18% à 65% dans six états dont les rapports sont moins complets. Des tendances comparables ont été observées en Bulgarie, en Hongrie, en République tchèque et en République slovaque. Les taux d'avortement semblent en baisse aussi dans plusieurs autres pays industrialisés: depuis 1975, ils ont chuté de 40% à 50% au Danemark, en Finlande, en Italie et au Japon. Seuls quelques rares pays industrialisés (dont le Canada, la Nouvelle-Zélande et l'Écosse) présentent une hausse des taux au fil du temps. Dans les quelques pays en voie de développement disposant de données fiables, certains (Chine, Corée du Sud, Tunisie et Turquie) ont enregistré une baisse des taux d'avortement, tandis que d'autres (Cuba et Viet Nam, notamment) présentent plutôt une augmentation de ces taux.

Conclusions: Dans les pays industrialisés à taux d'avortement élevés, le recours à l'avortement diminue rapidement, en général, lorsqu'un éventail de méthodes contraceptives devient largement disponible et que ces méthodes sont pratiquées de manière efficace. La légalisation de l'avortement et l'accès à des services prestataires ne conduisent pas, à long terme, à un recours accru à l'avortement comme méthode de limitation des naissances. Dans les pays industrialisés où ces conditions sont réunies, la tendance dominante des taux d'avortement est en fait à la baisse.

Perspectives Internationales sur le Planning Familial, numéro spécial de 1999, pp. 26–30

Les taux d'avortement légal varient largement dans les pays dotés de législation non restrictive.¹ En 1995–1996, ils se situaient entre un plancher de sept avortements par millier de femmes âgées de 15 à 44 ans en Belgique et aux Pays-Bas et un plafond d'au moins 83 pour mille au Viet Nam. Certains pays industrialisés présentent des taux proches de ceux du Viet Nam, lui-même en voie de développement: la Roumanie atteint, par exemple, un taux d'au moins 78 pour mille et la Fédération de Russie, un taux de 68 pour mille.²

Peut-être les facteurs d'influence les plus importants de ces taux tiennent-ils au désir de familles peu nombreuses et de planification précise des naissances, et à la mesure de la pratique efficace de la contraception. Bien que la plupart des pays encouragent la contraception, ils n'ont pas tous assuré l'infrastructure ou

affecté les ressources nécessaires aux services de planning familial. La difficulté d'accès aux prestations et aux produits peut dès lors opposer un obstacle majeur à la pratique du planning familial. Les perceptions négatives de certaines méthodes contraceptives peuvent aussi entraver le changement.

Cela sans compter la difficulté pour les systèmes de soins de certains pays habitués à assurer des services d'avortement de changer leur approche et de mettre l'accent sur la contraception. Enfin, certains pays à taux d'avortement élevés semblent poursuivre une «culture de l'avortement», signe de lenteur de l'évolution vers la contraception, quelle qu'en soit la disponibilité.

Si le taux de natalité d'un pays demeure stable, une tendance déclinante des taux d'avortement laisse entendre un certain succès de la substitution de l'avortement

par la contraception. L'identification des tendances est importante à la compréhension des politiques relatives à l'avortement et à la contraception et peut-être aussi à celle des facteurs qui en entravent la réussite. Les expériences récentes jettent de plus la lumière sur la vitesse possible du changement des taux d'avortement, tout en donnant une idée du niveau d'avortements qu'un pays peut, raisonnablement, espérer atteindre.

Cet article dresse l'état des tendances de l'avortement légal dans 54 pays,* pour la période de 1975 à 1996.† Bien que la majorité des pays disposant de données sur l'incidence de l'avortement légal soient économiquement développés, l'on dispose d'informations suffisantes, dans le monde en voie de développement, pour se faire une idée assez claire de la situation. Nous avons inclus les données de pays dans lesquels les déclarations de l'avortement sont connues comme étant incomplètes, car les tendances temporelles sont souvent significatives même si les niveaux absolus de l'avortement sont incertains.

Méthodes et sources des données

Les données relatives à l'avortement sont généralement recueillies par les organismes d'État, par compilation des statistiques obtenues des centres et médecins prestataires. Notre objectif était d'obtenir les statistiques sur l'avortement de tous les pays comptant une population d'au moins un million d'habitants et où l'avor-

Stanley K. Henshaw est directeur adjoint à la recherche, Susheela Singh, directrice à la recherche, et Taylor Haas, assistant à la recherche à l'institut Alan Guttmacher (AGI) à New York. Les auteurs remercient Evert Ketting pour sa généreuse assistance à la collecte des données de nombreux pays, Kathleen Berentsen pour son aide à la recherche, et leurs nombreux collègues, dans le monde entier, pour leur apport d'informations. La recherche ayant servi de base à cet article a été financée, en partie, par le Wallace Global Fund.

*Le terme «pays», tel qu'utilisé dans cet article, inclut certains territoires dépendants dotés de statistiques ou de lois distinctes sur l'avortement.

†Pour les taux antérieurs à 1975 et jusqu'à 1987 non indiqués dans cet article, voir Henshaw SK et Morrow E, *Induced Abortion, a World Review, 1990 Supplement*, New York: Institut Alan Guttmacher, 1990.

tement au sens large* était légal en 1997 ou dans lesquels les services d'avortement légal étaient largement disponibles malgré une législation plus restrictive. Dans chacun des pays pour lesquels nous pensions que les données seraient disponibles, nous avons adressé notre demande d'informations et de rapports publiés sur les statistiques relatives à l'avortement à l'office national des statistiques ou à un expert local informé.[†]

Les taux d'avortement présentés sont basés sur des statistiques d'État de 48 pays; ils proviennent d'autres sources pour six pays ne disposant d'aucune source gouvernementale ou disposant d'autres sources plus complètes. Pour l'un de ces six pays (la Suisse), le nombre d'avortements est tiré d'une publication faisant état du nombre de procédures pratiquées dans chaque canton (avec estimations pour deux d'entre eux).³ Pour les États-Unis, plutôt que les statistiques officielles (incomplètes dans de nombreux États), nous avons utilisé les données recueillies dans le cadre des enquêtes périodiques menées par l'institut Alan Guttmacher (AGI)⁴ auprès de tous les prestataires. Pour la France et l'Italie, nous avons eu recours aux estimations d'experts locaux cherchant à corriger les sous-déclarations présentes dans les statistiques officielles.⁵

Pour la Corée du Sud et la Turquie, nous présentons les estimations obtenues des enquêtes menées parmi les femmes de 20 à 44 ans (Corée) et de 15 à 49 ans (Turquie) qui avaient jamais été mariées et qui avaient été interrogées sur leur expérience de l'avortement durant l'année précédant l'enquête.⁶ Le nombre d'avortements pratiqués dans ces pays est sous-estimé, puisqu'il exclut les procédures pratiquées sur les femmes non mariées.

Pour les estimations démographiques nécessaires au calcul des taux, nous avons utilisé, autant que possible, les données de sources officielles publiées ou obtenues auprès de l'office des statistiques du pays ou de nos experts locaux. Pour les pays ne disposant pas d'estimations officielles de leur population féminine âgée de 15 à 44 ans, nous avons eu recours aux estimations de la division aux populations des Nations Unies, avec, au besoin, interpolation.⁷

Bien que les déclarations de procédure soient généralement requises, elles sont incomplètes—et donc potentiellement trompeuses—dans de nombreux pays. Aussi avons-nous demandé aux experts locaux d'évaluer l'état de complétude des données, avec séparation des résultats des pays dont les déclarations sont incomplètes ou dont l'état de complétude est in-

connu. Malgré les données incomplètes de certains pays, nous avons supposé—en l'absence d'informations faisant preuve du contraire—que les données relatives aux tendances étaient généralement fiables. Les cas où l'état de complétude des déclarations est susceptible d'avoir changé avec le temps sont notés dans le texte.

Tendances

Les tendances récentes les plus frappantes quant à l'incidence de l'avortement se révèlent dans les anciens pays socialistes d'Europe de l'Est et centrale et dans les états successeurs de l'Union soviétique, où les taux d'avortement ont enregistré un déclin marqué (tableau 1, page 28). Malgré la sous-déclaration possible des avortements pratiqués dans les nouveaux établissements privés de ces pays, les taux ont chuté, entre 1991 et 1996, dans chacune des quatre anciennes républiques soviétiques dont les déclarations semblent raisonnablement complètes, soit une baisse de 28% en Bélarus, de 32% en Estonie, de 47% au Kazakhstan et de 32% en Lettonie.

Dans six anciens états soviétiques où les déclarations sont incomplètes ou présentent un état de complétude incertain, la baisse observée varie entre 18% (Azerbaïdjan) et 65% (Kyrgyzstan). En Fédération de Russie, les taux ont également diminué de 27% entre 1991 et 1995. Une seule des anciennes républiques soviétiques (l'Arménie) a enregistré une hausse de taux, passant de 32 à 35 pour mille entre 1991 et 1996. Étant donné la possibilité de déclarations moins complètes après l'indépendance de ces six pays, les baisses réelles pourraient être légèrement inférieures à celles indiquées.

Entre 1980 et 1990, les taux d'avortement des anciens états soviétiques se sont généralement révélés stables ou en baisse. Dans plusieurs de ces pays, toutefois, le taux semble avoir augmenté, en 1988 puis en 1990, lors des premières inclusions des «mini-avortements» (procédures par aspiration sous vide précoce autorisées en dehors des hôpitaux sous la nouvelle réglementation en vigueur) dans les déclarations. Dans trois des quatre pays censés disposer de données complètes, le déclin avait commencé bien avant la chute du communisme: 1988 en Estonie, 1980 au Kazakhstan et 1986 en Lettonie. En Bélarus, la baisse n'est apparue qu'en 1991, après l'indépendance.

La tendance s'est révélée généralement comparable dans les autres anciens pays socialistes d'Europe. En Hongrie et en Roumanie, les taux sont restés relativement stables jusqu'en 1991 environ, mais ont depuis lors

diminué de 24% et 15%, respectivement, malgré la libéralisation de la législation des deux pays depuis 1988 et le déclin général des indices de fécondité. En République tchèque et en République slovaque, les taux sont tombés de moitié, environ, depuis 1991, après la hausse observée durant les années 80. L'Albanie a enregistré un net accroissement de son taux d'avortement légal après la levée, en 1991, des restrictions imposées sur les procédures pratiquées durant le premier trimestre, reflet du remplacement des avortements clandestins par les procédures désormais légales. Depuis 1993, toutefois, le taux déclaré s'est réduit et est désormais comparable à celui de voisins balkaniques du pays.

En Pologne, conséquence de nouvelles restrictions, le taux d'avortement légal est aujourd'hui pratiquement nul (données non indiquées). Il semblerait toutefois que de nombreuses Polonaises se fassent avorter dans les pays voisins ou auprès de prestataires polonais clandestins.⁸ Le taux d'avortement déclaré en Roumanie a fortement baissé depuis son sommet de 1991 (159 pour mille), mais une enquête démographique a révélé une nouvelle hausse entre 1991 et 1992,⁹ indiquant que la baisse apparente reflétait, en partie du moins, les procédures non déclarées du secteur privé.

Avant son éclatement, la Yougoslavie présentait un taux d'avortement relativement élevé (71 pour mille en 1984, non indiqué). Depuis 1991, les taux sont en baisse dans tous ses états successeurs. En Slovénie, où les déclarations semblent relativement complètes, le taux a diminué de 25%, passant à 23 avortements par millier de femmes, soit un taux comparable aux plus hauts niveaux enregistrés dans les pays industrialisés sans antécédents communistes. Les taux déclarés pour la Croatie, la Macédoine et la Yougoslavie (Serbie et Monténégro) semblent avoir chuté plus fortement encore, mais les statistiques pourraient bien être incomplètes.

Les taux d'avortement de nombreux autres pays industrialisés sont également en baisse. Le Danemark, la Finlande, l'Italie et le Japon enregistrent depuis 1975 un déclin soutenu de 40%, 51%, 39% (depuis 1980) et 47%, respectivement. De plus faibles réductions apparaissent, depuis 1980, en France, en

*Où l'avortement est permis, pendant le premier trimestre de la grossesse au moins, pour motifs de nature socio-économique ou sans restriction de cause.

†Pour plus de détails sur les sources de données et définitions, voir la référence 1.

Tableau 1. Taux d'avortement légal, en fonction de la complétude des données et par pays, par année, de 1975 à 1996

Complétude et pays	1975	1980	1982	1984	1986	1988	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Données présumées complètes													
Angleterre et pays de Galles*	11,2	12,8	12,2	12,8	13,5	15,3	15,8	15,2	14,8	14,7	14,6	14,4	15,6
Bélarus	[92,4]	[93,7]	[92,2]	[98,4]	[79,2]	100,3	101,7	94,1	92,8	83,8	80,1	75,4	67,5
Belgique†	u	u	u	u	7,0	7,4*	u	u	u	6,1	6,2	6,2	6,8
Bulgarie	64,3	76,7	73,1	61,9	65,5	64,1	70,3	67,6	64,9	55,0	49,9	50,0	51,3
Canada‡	10,5	12,6	12,5	11,4	11,2	11,6	14,6	14,7	15,1	15,3	15,5	15,5	u
Cuba§	65,3	47,1	55,3	58,9	62,6	58,0	87,2	86,6	85,3	71,1	75,3	76,8	77,7
Danemark	27,0	21,4	19,3	18,5	17,7	18,6	18,2	17,6	16,8	16,9	15,9	16,1	u
Ecosse	8,1	8,4	8,4	8,9	9,2	9,7	9,8	9,6	10,3	10,4	10,7	10,4	11,2
Estonie	[126,2]	[113,3]	[115,0]	[107,7]	[110,3]	[95,5]	[74,6]	79,0	78,2	72,0	61,9	55,8	53,8
Etats-Unis	21,7	29,3	28,8	28,1	27,4	27,3	27,4	26,3	25,9	25,4	24,1	22,9	22,9
Finlande	20,4	13,9	12,6	12,3	12,0	11,5	11,1	10,7	10,2	9,6	9,4	9,3	10,0
Hongrie	41,9	36,3	35,5	37,0	37,7	39,5	41,2	40,6	39,1	33,7	33,4	34,7	34,7
Israël	u	17,9	19,8	21,4	18,4	16,5	15,8	15,5	15,5	14,2	13,7	14,3	u
Kazakhstan	[124,0]	[108,3]	[103,3]	[98,1]	[91,5]	[97,1]	[92,4]	82,9	80,5	65,5	57,0	49,2	43,9
Lettonie	[107,1]	[107,0]	[106,4]	[106,2]	[98,5]	[90,2]	[76,9]	64,7	59,7	55,2	47,9	46,7	44,1
Norvège	19,7	16,3	15,8	15,9	17,1	17,2	16,8	16,8	16,5	16,3	16,7	14,9	15,6
Nouvelle-Zélande	u	8,6	9,6	9,7	10,5	12,8	14,0	14,4	14,3	14,6	15,7	16,4	u
Pays-Bas*	5,2	6,7	6,3	5,6	5,3	5,1	5,2	5,6	5,6	5,7	6,0	6,1	6,5
République slovaque	24,8	28,7	29,9	30,5	35,6	43,1	40,5	37,8	35,2	31,9	28,1	23,4	19,7
République tchèque	26,4	32,3	34,5	36,5	37,9	48,7	47,7	45,9	41,6	30,8	23,8	21,4	20,7
Singapour**	23,5	28,4	28,6	32,2	32,9	28,0	22,5	21,0	20,0	19,2	18,2	16,4	15,9
Slovénie	u	u	u	u	40,3	37,0	32,5	30,9	29,3	26,9	25,1	24,8	23,2
Suède	20,2	20,7	19,0	17,7	18,9	21,4	21,3	20,4	20,0	19,7	18,7	18,3	18,7
Suisse††	u	11,3	u	9,3	u	u	8,7	8,6	8,3	8,0	7,8	u	8,4
Tunisie	13,7	15,1	14,7	13,7	13,6	13,6	11,0	10,8	10,0	9,5	9,6	9,4	8,6
Données incomplètes ou état de complétude inconnu													
Albanie	u	u	u	u	u	7,4	7,3	15,9	23,1	33,1	30,4	29,3	27,2
Allemagne‡‡	na	na	na	na	na	na	8,5	7,1	6,9	6,5	6,0	5,7	7,6
Arménie	[69,1]	[43,2]	[42,0]	[43,3]	[48,4]	35,8	31,1	32,2	32,7	32,3	35,1	35,0	35,4
Azerbaïdjan	[48,7]	[43,3]	[43,1]	[37,7]	[32,4]	26,4	14,3	19,6	18,5	19,2	18,8	16,2	16,0
Bangladesh§§,††	u	0,6	2,3	2,9	3,5	3,7	4,1	3,4	4,1	4,0	4,5	3,3	3,8
Chine	27,5	44,8	54,9	36,6	44,4	46,2	u	40,0	35,6	27,9	24,5	26,1	u
Corée (Sud)*†	63,9	64,0	u	50,2	u	u	36,5	u	u	33,7	u	u	19,6
Croatie	41,6	50,3	u	u	52,6	44,8	40,1	34,6	27,2	26,2	20,5	14,9	12,9
Espagne	u	u	u	u	u	3,1	4,3	4,8	5,1	5,1	5,4	5,5	5,7
Fédération de Russie	[129,4]	[123,1]	[124,3]	[124,0]	[124,0]	[126,6]	[109,3]	93,6	88,7	80,5	75,3	68,4	u
France	u	15,3	15,8	15,4	13,9	13,4	13,5	13,6	13,2	13,2	12,9	12,4	u
Géorgie	[85,7]	[76,4]	[71,6]	[60,3]	[64,0]	[66,0]	43,1	42,0	34,9	33,9	34,6	29,0	21,9
Hong-Kong	1,1	8,7	10,3	11,3	12,4	13,0	14,5	14,9	16,2	16,9	16,4	15,6	15,1
Inde*†	0,8	2,5	2,9	3,3	3,3	3,4	3,3	3,1	3,3	3,1	3,1	3,1	2,7
Irlande*§	2,6	4,8	5,2	5,3	5,2	5,0	5,4	5,4	5,6	5,6	5,8	5,7	5,9
Italie	u	18,7	19,6	18,4	16,0	14,2	13,0	12,5	12,3	12,1	11,5	11,2	11,4
Japon	25,2	22,5	22,5	21,4	19,8	18,2	17,0	16,1	15,4	14,6	14,0	13,4	u
Kyrgyzstan	[96,0]	[84,0]	[83,9]	[79,0]	[84,2]	[87,6]	[82,3]	63,3	45,0	39,1	38,1	29,4	22,4
Lituanie	[61,7]	[59,0]	[58,4]	[54,3]	49,6	43,4	33,8	50,0	50,1	43,0	37,1	38,2	34,4
Macédoine	45,2	64,1	68,6	65,1	70,6	66,7	52,2	48,4	41,2	38,6	33,6	32,0	28,5
Moldavie	[102,7]	[101,2]	[98,8]	[94,1]	[113,5]	[104,7]	[82,7]	63,6	61,2	54,6	49,7	49,1	38,8
Ouzbékistan	[58,2]	[48,0]	[47,8]	[49,6]	[53,0]	[60,7]	[46,6]	u	23,0	19,3	14,6	12,0	11,8
Roumanie	u	u	u	u	u	na	181,7	158,7	123,6	102,4	91,6	86,6	78,0
Tadjikistan	[59,8]	[50,0]	[47,2]	[42,4]	[43,4]	[51,7]	[49,1]	u	u	u	u	u	u
Turkménistan	[68,4]	[55,6]	[53,9]	[42,7]	[38,1]	[60,9]	[44,9]	u	u	u	u	u	u
Turquie†*	u	u	u	u	46,1	u	u	u	u	25,0	u	u	u
Ukraine	[104,8]	[106,6]	[106,8]	[108,7]	[109,1]	93,1	86,3	80,9	76,5	70,2	66,9	61,4	57,2
Viet Nam	5,0	15,0	11,0	13,9	24,8	26,8	66,4	71,1	81,9	81,3	80,2	78,6	83,3
Yougoslavie	88,2	101,4	u	106,6	104,7	94,3	90,0	72,3	65,2	54,6	u	u	u

*Résidentes uniquement. †Les taux incluent les avortements obtenus par les résidentes belges en Angleterre, au pays de Galles et aux Pays-Bas et, pour 1986 et 1988, les procédures obtenues illégalement en Belgique. ‡Les taux incluent les avortements obtenus aux Etats-Unis. §La régulation menstruelle est incluse dans les données relatives à l'avortement à partir de 1990. **Avant 1990, les taux d'avortement étaient basés sur le nombre estimé de ressortissantes. Depuis 1990, ils le sont sur la population résidente estimée, la différence ayant suscité une réduction de deux points du taux d'avortement. ††Les données d'avortement de deux cantons sont estimées. ‡‡Les déclarations se sont améliorées depuis 1995. Les données ne sont indiquées que pour l'Allemagne unifiée. §§Les taux reposent sur les nombres déclarés de régulations menstruelles seulement. *†Taux d'avortement pour l'exercice fiscal clôturé l'année indiquée. †‡Sur la base de l'enquête sur les femmes de 20 à 44 ans ayant jamais été mariées; le taux relevé en 1981 est indiqué dans la colonne de 1980. *§Sur la base du nombre de femmes avortées en Angleterre. †*Sur la base de l'enquête sur les femmes de 15 à 49 ans ayant jamais été mariées; le taux relevé en 1987 est indiqué dans la colonne de 1986. Note: Les taux indiqués entre crochets incluent les avortements spontanés. na=non applicable. u=non disponible.

Allemagne,* en Israël et aux Etats-Unis. Malgré les déclarations incomplètes de certains de ces pays, les experts locaux considèrent la constance des données suffisamment stable pour refléter adéquatement la tendance.

*Sans tenir compte de la hausse du taux d'avortement observée en Allemagne en 1996 et qui reflétait, en partie, des déclarations plus complètes.

Les taux relevés en Angleterre, au pays de Galles, aux Pays-Bas, en Norvège, en Suède et en Suisse sont relativement stables depuis 1980. En Belgique, le taux n'a pas augmenté, pour la période de 1993 à 1996, après la légalisation de l'avortement, par rapport à 1988, lorsque la procédure, bien qu'illégal, était pratiquée ouvertement dans les cliniques.

Plusieurs pays, dont l'Angleterre et le

pays de Galles, la Finlande, les Pays-Bas, la Norvège et l'Ecosse, présentent un changement de tendance en 1996, à travers la hausse de taux pourtant en déclin l'année précédente. Les études menées dans deux de ces pays donnent à penser qu'il s'agirait du résultat de la publicité diffusée sur les risques potentiels des contraceptifs oraux de troisième génération, ayant mené les femmes à interrompre

l'usage de la pilule ou à l'éviter.¹⁰

Certains pays industrialisés enregistrent depuis quelques années une tendance à la hausse de leurs taux d'avortement. En 1988, la Cour suprême du Canada a déclaré contraire à la constitution une loi qui imposait la prestation des avortements dans les hôpitaux, sous réserve de l'approbation d'une commission de l'hôpital. L'établissement de cliniques et l'élimination du comité d'approbation ont depuis lors rendu les services plus accessibles. En Irlande, où les observateurs locaux estiment que le nombre d'avortements, légaux comme clandestins, est pratiquement nul, un nombre croissant de femmes vont se faire avorter en Angleterre, signe d'un taux d'avortement probablement en hausse. Hong-Kong, la Nouvelle-Zélande et l'Ecosse présentent également une augmentation à long terme de l'incidence de l'avortement, en dépit de taux encore relativement faibles.

Les tendances varient parmi les pays en voie de développement dotés de statistiques sur l'avortement légal: la Corée du Sud, la Tunisie et la Turquie présentent des taux en déclin marqué; le taux déclaré en Chine est également en baisse, mais il est difficile de déterminer la mesure dans laquelle cette diminution serait le produit de déclarations incomplètes des avortements médicaux et du secteur privé et dans laquelle elle reflète une amélioration des pratiques contraceptives et l'usage des méthodes plus efficaces (un meilleur stérilet, par exemple).

En revanche, l'incidence de l'avortement s'est multipliée par six, au Viet Nam, entre 1984 et 1992. La tendance paraît évidente, même sans tenir compte de l'importante expansion des prestations assurées dans le secteur privé. Ainsi le taux d'avortement réel du pays pourrait-il être supérieur d'un tiers à celui déclaré ces dernières années. A Cuba, le taux d'avortement s'est également accru vers la fin des années 1980, sous l'effet de l'introduction de la régulation menstruelle.

Discussion

Les tendances récentes des taux d'avortement légal sont principalement à la baisse, malgré une certaine variation d'un pays à l'autre. L'évolution la plus frappante en est le déclin, dans une proportion mesurée entre 25% et 50%, dans les pays de l'ancienne Union soviétique et en Europe de l'Est et centrale durant une période de déclin, aussi, de la fécondité. La raison immédiate la plus probable en est la pratique accrue de la contraception moderne.¹¹

L'hypothèse a été avancée que les condi-

tions, en Roumanie, ont mené à l'acceptation culturelle de l'avortement en tant que méthode satisfaisante ou même préférée de limitation des naissances et que les taux d'avortement y demeureraient élevés même après la transformation des circonstances qui avaient conduit à cette approche (disponibilité insuffisante de prestations contraceptives au service d'une population caractérisée par un faible désir de fécondité).¹² Le même raisonnement aurait été applicable aux états successeurs de l'Union soviétique, décrits comme ayant adopté une «culture de l'avortement». L'expérience récente de la Roumanie n'est guère concluante, en raison de l'incertitude du taux d'avortement, mais la tendance observée dans les anciens états soviétiques met en doute le bien-fondé de cette théorie, lorsque l'on considère le rapide déclin de leurs taux d'avortement. Ces pays ont démontré que lorsque les conditions appropriées sont réunies, la pratique contraceptive peut augmenter rapidement et le recours à l'avortement peut diminuer, même au sein d'une population s'étant longtemps reposée sur la procédure comme méthode de limitation des naissances.

La condition fondamentale rencontrée dans ces anciens états socialistes pourrait bien être la disponibilité accrue de services et de produits contraceptifs, dans le secteur privé surtout et à travers les efforts des organisations non gouvernementales.¹³ Dans certains pays, la facturation des prestations d'avortement pourrait aussi avoir encouragé les femmes à remplacer l'intervention par la contraception. (Selon un informateur expert tchèque, le caractère désormais payant de l'avortement reflète davantage l'évolution vers une économie de marché qu'un effort de découragement de la procédure.¹⁴) Même dans les endroits où l'avortement n'est pas soumis à une tarification spécifique, les patientes doivent de plus en plus faire appel aux prestataires du secteur privé ou acquitter officiellement la procédure en raison des fonds insuffisants du système de la santé publique.

Les taux d'avortement sont en baisse aussi dans d'autres pays industrialisés, y compris le Danemark, la Finlande, la France, l'Italie, le Japon, les Etats-Unis et, probablement, l'Allemagne. La fécondité n'a du reste pas augmenté dans ces pays, et il est peu probable que les taux d'activité sexuelle y aient diminué de manière significative ou que la déclaration des avortements pratiqués y ait radicalement changé. Aussi la diminution de l'avortement y est-elle vraisemblablement imputable à l'amélioration de l'efficacité des pratiques contraceptives.

Si les raisons du gain d'efficacité de la pratique contraceptive ne sont pas vraiment claires, il est probable qu'avec le temps, la compréhension générale de la contraception (variété et pratique correcte des méthodes offertes, et connaissance des modes d'obtention des services appropriés) se soit améliorée. Quoi qu'il en soit, le déclin des taux d'avortement observé dans de nombreux pays démontre que l'avortement légal et gratuit ne mène généralement pas les populations à y recourir davantage comme mode de limitation des naissances.

Le déclin observé en Angleterre et au pays de Galles, en France et en Suède durant les années 1990 coïncide avec l'introduction dans ces pays de la méthode d'avortement médical précoce à base de mifepristone antiprogesterone (RU 486). Dès 1995, la formule était employée dans 16% des cas d'avortement en France,¹⁵ où la méthode avait été autorisée en 1988. Il semble ainsi, selon l'expérience observée dans ces trois pays, que l'introduction de la méthode ne mène pas à une augmentation du nombre d'avortements.

Les taux semblent cependant en hausse dans certains pays en voie de développement. Il est courant, durant les périodes de déclin rapide de la fécondité, de voir les populations accroître leur recours à l'avortement comme aux contraceptifs pour répondre plus exactement à leur désir de familles moins nombreuses et de planification précise des naissances. Pendant une période non négligeable, les taux d'avortement et la prévalence contraceptive peuvent dès lors tous deux augmenter.¹⁶ Un choix limité de méthodes contraceptives et un approvisionnement erratique dans les pays où les couples désirent un moindre nombre d'enfants (à Cuba et au Viet Nam, par exemple) peuvent aussi expliquer les niveaux d'avortement élevés dans certains contextes.

La pratique contraceptive finit cependant par réduire les taux d'avortement, comme l'illustre le cas de la Corée du Sud: entre 1970 et 1996, l'indice synthétique de fécondité y est tombé de 4,5 à 1,8 naissances par femme tandis que la prévalence contraceptive parmi les femmes mariées de 15 à 44 ans passait de 25% à 79%. Entretemps, le taux d'avortement estimé d'après les résultats des enquêtes culminait, passant de 44 pour mille en 1977 à 64 pour mille en 1981, pour retomber ensuite à 20 pour mille dès 1996.¹⁷ De même, l'indice de fécondité et le taux d'avortement sont tous deux en baisse, depuis quelques années, en Tunisie et en Turquie.

La légalisation de l'avortement a pour

effet initial de faire monter le nombre d'avortements déclarés, les procédures légales venant remplacer celles clandestines, avec, probablement, un certain accroissement du nombre total d'avortements pratiqués, sous l'effet de la disponibilité plus généralisée de prestations dénuées de risques. A long terme toutefois, l'expérience largement documentée du monde industrialisé et les informations plus limitées des pays en voie de développement révèlent souvent une baisse des taux d'avortement. Dans certains de ces pays, la législation libératrice de l'avortement a été combinée avec un accès accru aux services de contraception et, parfois aussi, un soutien gouvernemental accru du planning familial. Les consultations et services contraceptifs qui suivent une intervention abortive sont du reste plus courants dans le contexte de l'avortement légal que dans les circonstances clandestines. La légalisation pourrait dès lors contribuer, en fait, à la réduction du nombre d'avortements pratiqués si elle encourage les efforts d'amélioration de la sensibilisation au planning familial et des prestations offertes.

Références

1. Henshaw SK, Singh S et Haas T, The incidence of abortion worldwide, *International Family Planning Perspectives*, 1999, 25(Supplément):S30-S38.
2. Ibid.
3. Dondénaz M et al., Interruptions de grossesse en Suisse 1991-1994, *Bulletin des Médecins Suisses*, 1996, 77(8):308-314.
4. Henshaw SK, Abortion incidence and services in the United States, 1995-1996, *Family Planning Perspectives*, 1998, 30(6):263-270 & 287.
5. Blayo C, Institut National d'Etudes Démographiques (INED), Paris, communication personnelle, 28 juin 1998; et Spinelli A, Istituto Superiore di Sanita, Rome, données non publiées, 1997.
6. Hong MS et al., 1994 *National Fertility and Family Health Survey Report*, Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs (KIHASA), 1994; and Ministry of Health, General Directorate of Mother and Child Health and Family Planning [Turkey], Hacettepe University Institute of Population Studies, et Macro International, 1993 *Turkey Demographic and Health Survey*, Calverton, MD, USA: Macro International, 1994.
7. Division de la Population, Nations Unies (ONU), *The Sex and Age Distribution of the World Populations: The 1996 Revision*, New York: ONU, 1997; et Conseil de l'Europe, *Recent Demographic Developments in Europe*, Strasbourg, Belgique: Conseil de l'Europe, plusieurs années.
8. Nowicka W, The effects of the 1993 anti-abortion law in Poland, *Entre Nous*, 1996, n° 34-35, pp. 13-15.
9. Institute for Mother and Child Care et Centers for Disease Control and Prevention (CDC), *Romania Reproductive Health Survey 1993, Final Report*, Bucharest, Romania: Institute for Mother and Child Care et CDC, 1995, p. 48.
10. Skjeldestad FE, Increased number of induced abortions in Norway after media coverage of adverse vascular events from the use of oral contraceptives, *Contraception*, 1997, 55(1):11-14; et Wood R, Botting B et Dunnell K, Trends in conceptions before and after the 1995 pill scare, *Population Trends*, 1997, n° 89, pp. 5-12.
11. Westoff CF et al., *Replacement of Abortion by Contraception in Three Central Asian Republics*, Washington, DC: The Policy Project; et Calverton, MD, USA: Macro International, 1998.
12. Hord C et al., Reproductive health in Romania: reversing the Ceausescu legacy, *Studies in Family Planning*, 1991, 22(4):231-240.
13. Popov A, Family planning in Russia in 1993-94: the role of NGOs in demonopolising population policy, *Planned Parenthood in Europe*, 1995, 24(2):26-30.
14. Stloukal L, University of Exeter, Exeter, UK, communication personnelle, 23 mars 1998.
15. Blayo C, INED, Paris, communication personnelle, 26 juin 1998.
16. Davis K, The theory of change and response in modern demographic history, *Population Index*, 1963, 29(4):345-366; Frejka T et Atkin LC, The role of induced abortion in the fertility transition of Latin America, dans: Guzman JM et al., réds., *The Fertility Transition in Latin America*, New York: Oxford University Press, 1996, pp. 113-134; et Mundigo AI, The role of family planning in the fertility transition of Latin America, dans: *ibid.*, pp. 192-210.
17. Choe MK, East-West Center, Honolulu, HI, USA, communication personnelle, 1 juillet 1998; Moon H-S, Han S-H et Choi S, *Fertility and Family Planning: An Interim Report on the 1971 Fertility-Abortion Survey*, Séoul: Korea Institute for Family Planning, 1973; Cho N et al., *Report of the 1997 National Survey of Fertility and Family Health*, Séoul: Korea Institute for Health and Social Affairs, 1997; et U.S. Bureau of the Census, *International Data Base*, tableau 055, Prevalence of contraceptive use by method and urban/rural residence.