

Mémoire présenté au Comité permanent des affaires étrangères et du développement international (FAAE) sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes dans le monde

par la D^{re} Nkechi Asogwa (Lagos, Nigeria)

Je vous remercie, Monsieur le Président, de m'avoir donné l'occasion de m'adresser au Comité des affaires étrangères et du développement international le 21 mars 2023 au sujet de la santé et des droits sexuels et reproductifs des femmes dans le monde. Au cours de la séance, je n'ai pas pu répondre aux questions qui m'ont été adressées et à d'autres points soulevés en raison de problèmes de transmission virtuelle. Je m'efforcerai de le faire dans ce mémoire.

L'avortement est un sujet controversé, probablement plus que jamais, compte tenu des récentes décisions judiciaires rendues partout dans le monde. Les opinions contraires au sujet de l'éthique et de la politique concernant l'avortement ne nous empêchent toutefois pas de comprendre certains faits *empiriques* essentiels sur l'avortement, sur le plan médical et sociologique. Ce mémoire se penche sur trois arguments souvent invoqués au sujet de l'avortement et démontre qu'il est possible de parvenir à un consensus sur les faits empiriques même si nous ne sommes pas d'accord sur la politique entourant l'avortement. Il met en lumière trois mythes sur l'avortement qui reviennent couramment, mais qui n'ont que peu ou pas de fondement empirique. Je m'appuierai sur les études de cas du Royaume-Uni, des États-Unis d'Amérique et de la Pologne pour illustrer les points que je souhaite aborder.

Mythe n° 1 : L'avortement est une question de santé

On entend de plus en plus souvent dire que l'avortement est non seulement permis, mais qu'il s'agit d'un soin de santé et que refuser l'accès à l'avortement, c'est refuser l'accès aux soins de santé. Or, que l'avortement soit ou non un droit de la femme et un aspect essentiel de son autonomie, il est inexact d'affirmer que l'avortement est, de manière générale, une nécessité pour la *santé* de la femme.

Cette affirmation concernant les soins de santé constitue sans aucun doute une innovation récente : après tout, le serment d'Hippocrate interdit explicitement l'avortement et, en réponse aux crimes de guerre et aux crimes contre l'humanité révélés lors des procès de Nuremberg (parmi ceux-ci, l'annulation par les nazis de la loi polonaise protégeant les enfants à naître¹), l'Association médicale mondiale a formulé une version révisée du serment. Dans cette version, les médecins devaient s'engager à « montrer le plus grand respect possible pour la vie humaine, à partir de la conception ». En 1947, la British Medical Association, aujourd'hui très favorable à l'avortement, a déclaré que le « plus grand crime » qu'un médecin puisse commettre était « la destruction de la vie par le meurtre, le suicide et l'avortement ».

¹ L'accusation a résumé les faits : « L'avortement était également interdit par le code criminel polonais... et par le code criminel soviétique. Toutefois, en Allemagne nazie, les enfants à naître des femmes russes et polonaises ont été privés de la protection de la loi. L'avortement a été encouragé et même imposé à ces femmes. » Tuomala, JC (2011). 'Nuremberg and the Crime of Abortion' *University of Toledo Law Review*, 42: 283-394.

Il est extrêmement rare que la vie d'une mère soit menacée par une grossesse. Dans ces circonstances, les soins de santé sont en fait plutôt décrits comme un accouchement prématuré où la mort de l'enfant est prévue, mais non intentionnelle, et non comme un « avortement ».

Les données du Royaume-Uni, où les rapports sur l'avortement sont de grande qualité, indiquent clairement que seule une très faible proportion des avortements sont pratiqués parce que la vie de la mère est en danger, soit moins de 0,05 % des avortements (moins de 100 sur les 200 000 pratiqués chaque année)². La plupart des avortements pratiqués pour ces raisons au Royaume-Uni ne semblent pas être médicalement nécessaires : beaucoup sont pratiqués pour des raisons de santé mentale, par exemple, ou, dans un seul cas, en raison d'un « taux élevé de cholestérol dans le sang »³.

2 % des avortements pratiqués au Royaume-Uni sont des avortements eugéniques, mais nous avons appris au cours du siècle dernier que l'eugénisme n'est pas un soin de santé, bien au contraire. Qu'en est-il des 98 % restants?

Les 98 % restants le sont apparemment pour des raisons de santé, puisque le Royaume-Uni exige en principe une raison de santé (ou eugénique) pour l'avortement. Cependant, de manière générale, on interprète cette clause relative à la santé pour qu'elle s'applique à n'importe quelle raison, même à l'avortement sélectif selon le sexe⁴. Ainsi, 200 000 avortements sont pratiqués chaque année, dont 40 % sont des avortements répétés⁵. Une femme sur trois fait une fausse couche au cours de sa vie, et une grossesse sur quatre se termine par un avortement⁶.

Les données officielles le démontrent : 99,9 % de ces avortements pour raisons de santé concernent la santé mentale et non la santé physique⁷. Seule une petite fraction de 1 % des avortements vise donc à préserver la santé physique de la mère.

Le fait qu'en Pologne, les avortements légaux soient passés de plus de 100 000 dans les années 1980 (à l'époque de l'avortement libre) à un peu plus de 100 en 2000⁸ (avortement pratiqué uniquement pour sauver la vie de la mère, à des fins d'eugénisme et en cas de viol) semble indiquer qu'une proportion tout aussi minime d'avortements a été pratiquée à ces fins dans ce pays. Même à l'époque où l'avortement a été légalisé pour la première fois et où les raisons médicales pour l'avortement étaient plus courantes,

² Department of Health (2022). 'Abortion statistics, England and Wales: 2021,' accessible en ligne à <https://www.gov.uk/government/statistics/abortion-statistics-for-england-and-wales-2021/abortion-statistics-england-and-wales-2021>.

³ Demande d'accès à l'information.

⁴ Greasley, K (2016). 'Is sex-selective abortion against the law?' *Oxford Journal of Legal Studies*, 36(3): 535-564.

⁵ Department of Health (2022).

⁶ À l'exclusion des fausses couches.

⁷ Department of Health (2022).

⁸ Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (2002). *Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania w roku 2001 Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku*. Warsaw: Sejm Rzeczypospolitej Polskiej.

elles représentaient toujours une infime proportion des avortements légaux, les raisons sociales étant prédominantes⁹.

Bien entendu, la santé englobe aussi la santé mentale. Ces 98 % d'avortements ne devraient-ils donc pas être considérés comme des soins de santé? La réponse est non. Nous savons qu'au Royaume-Uni, les avortements, quelle qu'en soit la raison, sont décrits comme des raisons de santé mentale parce que la loi exige qu'ils soient décrits comme tels, même s'ils n'ont rien à voir avec la santé mentale. C'est pourquoi la quasi-totalité de ces avortements se voit attribuer le code ICD « F99 – trouble mental, sans autre précision »¹⁰, plutôt qu'un diagnostic psychiatrique approfondi. Dans d'autres pays, où il est possible de se faire avorter pour des raisons sociales ou sur demande, seul un très faible pourcentage est décrit comme étant pour des raisons de santé mentale¹¹. Je suis d'avis que les cas de F99 ne sont pratiqués que par convenance, mais qu'ils ne reflètent pas le véritable état de santé mentale des mères.

L'autre raison, sans doute encore plus décisive, pour laquelle l'explication de la santé mentale n'est pas convaincante, est qu'il n'existe aucune preuve que l'avortement est bénéfique pour la santé mentale d'une femme dans le cas d'une grossesse non désirée. Il est peut-être surprenant de constater que toutes les grandes revues universitaires rédigées par des chercheurs favorables à l'avortement reconnaissent qu'il n'existe pas de preuves convaincantes que l'avortement est bénéfique pour la santé mentale¹². Dans ce domaine, le plus éminent chercheur favorable à l'avortement a déclaré qu'« à l'heure actuelle, il n'existe aucune preuve scientifique crédible démontrant que l'avortement a des effets bénéfiques sur la santé mentale »¹³. En fait, la plus récente méta-analyse, réalisée par le même chercheur, suggère que l'avortement est généralement *néfaste* pour la santé mentale d'une femme comparativement à la poursuite d'une grossesse non désirée, qu'il augmente de manière significative les risques d'anxiété, de suicide, de toxicomanie et d'alcoolisme, en tenant compte de tous les facteurs de confusion¹⁴. Le risque de trouble de stress post-traumatique (TSPT) après l'avortement est de 1,5 à 14 %¹⁵, une complication courante ou très courante de l'avortement selon la classification type des effets indésirables, et qui peut représenter des millions de cas de TSPT par an dans le monde. Le TSPT est un exemple particulièrement éloquent, car la relation de

⁹ Lesinski, W (1960). 'Die Abortsituation in der Volksrepublik Polen,' in Mehlan, KH (dir.). *Internationale Abortsituation, Abortbekämpfung, Antikonzepktion*. Leipzig: Thieme; Okolski, M (1983). 'Abortion and contraception in Poland,' *Studies in Family Planning*, 14(11): 263-274.

¹⁰ Department of Health (2022).

¹¹ Alvare, HM (2022). 'Nearly 50 years post-Roe v. Wade and nearing its end: what is the evidence that abortion advances women's health and equity?' *Regent University Law Review*, 34(2): 165-217.

¹² American Psychological Association (2008). *Report of the task force on mental health and abortion*. Washington, DC: American Psychological Association; National Collaborating Centre for Mental Health (2011). *Induced abortion and mental health*. London: Academy of Medical Royal Colleges; Fergusson, DM et coll. (2013). 'Does abortion reduce the mental health risks of unwanted or unintended pregnancy? A re-appraisal of the evidence,' *Australia & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(9):819-827.

¹³ Fergusson et coll. (2013).

¹⁴ Fergusson et coll. (2013).

¹⁵ Major, B et coll. (2000). 'Psychological responses of women after first-trimester abortion,' *Archives of General Psychiatry*, 57(8):777-784; Rue, VM et coll. (2004). 'Induced abortion and traumatic stress: a preliminary comparison of American and Russian women,' *Medical Science Monitor*, 10(10):SR5-SR16.

cause à effet entre un événement traumatique et la maladie est incontestable lorsque les symptômes sont propres à ce traumatisme.

À l'inverse, on pense souvent que les femmes qui poursuivent une grossesse non désirée après avoir demandé un avortement verront leur vie gâchée et éprouveront à jamais du ressentiment. Or, les données dont nous disposons indiquent le contraire : les femmes qui se trouvent dans cette situation finissent presque toujours par se réjouir d'avoir eu le bébé et de s'être vu refuser l'avortement. Selon une étude menée récemment aux États-Unis auprès de femmes à qui l'on a refusé l'avortement, une grande majorité d'entre elles ont poursuivi leur grossesse. Parmi les femmes qui ont élevé leurs enfants, 98 % étaient heureuses de s'être vu refuser l'avortement cinq ans plus tard¹⁶. À court terme, les grossesses non désirées peuvent évidemment être très éprouvantes, et on doit accorder aux femmes qui se trouvent dans cette situation le plus grand soutien et la plus grande attention. Toutefois, il est prouvé que si l'on donne aux femmes le temps et le soutien nécessaires, presque toutes finissent par se réjouir qu'on leur ait refusé l'avortement et qu'elles aient eu un enfant à la place.

Comme le suicide est la principale cause de décès maternel dans de nombreux pays développés et qu'il est associé à l'avortement, le taux de mortalité global après un avortement est beaucoup plus élevé que le taux de mortalité après la poursuite d'une grossesse. Les données de la Finlande révèlent que le taux de mortalité après un avortement est trois fois plus élevé que le taux de mortalité après la poursuite de la grossesse¹⁷, et les études fondées sur le couplage de dossiers d'autres pays confirment que si l'on tient compte de toutes les causes de décès, et pas seulement des complications obstétriques directes, l'avortement a un taux de mortalité global plus élevé¹⁸.

Mythe n° 2 : La légalisation de l'avortement réduit la mortalité maternelle

Un des arguments les plus souvent avancés à propos de l'avortement est que sa légalisation le rendra sûr et réduira donc le nombre de femmes qui décèdent lors d'avortements clandestins réalisés dans des conditions dangereuses. En fait, même les personnes qui sont favorables à des restrictions visant l'avortement sont souvent d'accord avec cet argument, mais soutiennent que la vie de l'enfant à naître doit toujours être protégée.

L'argument est généralement le suivant : a) un très grand nombre d'avortements illégaux sont pratiqués; b) un très grand nombre de femmes meurent d'avortements illégaux; c) la légalisation de l'avortement n'augmentera pas le taux d'avortement; et d) la légalisation empêchera les femmes de mourir.

¹⁶ Foster, DG (2020). *The Turnaway study: ten years, a thousand women, and the consequences of having—or being denied—an abortion*. New York: Scribner.

¹⁷ Karalis, E et coll. (2017). 'Decreasing mortality during pregnancy and for a year after while mortality after termination of pregnancy remains high: a population-based register study of pregnancy-associated deaths in Finland 2001–2012,' *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 124(7):1115-1121.

¹⁸ Reardon, DC et Thorp, JM (2017). 'Pregnancy associated death in record linkage studies relative to delivery, termination of pregnancy, and natural losses: a systematic review with a narrative synthesis and meta-analysis,' *SAGE Open Medicine*, 5: 2050312117740490.

Il y en a long à dire sur cet argument, qui fait l'objet d'un projet de recherche en cours, dont les résultats seront publiés progressivement au cours des prochaines années¹⁹. Il s'avère qu'il n'y a que peu ou pas de preuves de ces affirmations, en fait, il y a des preuves irréfutables qu'elles sont généralement fausses.

Peu de gens savent que le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) du Royaume-Uni, aujourd'hui très favorable à l'avortement, a démenti ces affirmations en 1966, juste avant que l'avortement ne soit légalisé au Royaume-Uni en 1967²⁰.

Contrairement à l'affirmation selon laquelle il y aurait eu entre 50 000 et 250 000 avortements illégaux au Royaume-Uni avant 1967, le RCOG a souligné que ces affirmations ne reposaient sur aucune base empirique et que, d'après l'expérience de nombreux gynécologues, les avortements étaient relativement rares.

En réponse à l'affirmation selon laquelle les avortements illégaux ont entraîné de nombreuses hospitalisations, il a indiqué que « la plupart des cas d'avortement traités à l'hôpital sont spontanés », que moins de 20 % d'entre eux ont probablement été provoqués, et qu'il n'y a pas eu non plus beaucoup de décès, comme on l'avait constaté au cours des décennies précédentes²¹.

Pour réfuter l'argument selon lequel la légalisation de l'avortement n'augmente pas le taux d'avortement, le RCOG a fait remarquer que non seulement le nombre d'avortements légaux augmente massivement, mais que dans certains cas, le nombre d'avortements illégaux augmente lui aussi.

Enfin, en réponse à l'affirmation selon laquelle la légalisation de l'avortement empêchera les femmes de mourir à la suite d'un avortement, il fait valoir le même point : « à l'exception des pays où l'avortement libre et sans enquête est permis, la légalisation de l'avortement n'a engendré aucune réduction et parfois même une hausse considérable du nombre d'avortements clandestins ». Bien sûr, si le nombre d'avortements illégaux ne diminue pas après la légalisation, celle-ci ne peut pas réduire le nombre de décès liés aux avortements clandestins. Le RCOG a également relevé qu'en Hongrie et en Tchécoslovaquie, où l'avortement est pratiqué librement, le nombre d'avortements autres que ceux pratiqués légalement à l'hôpital en 1961 était à peu près le même qu'au cours des années qui ont précédé l'adoption de lois visant à restreindre l'avortement.

¹⁹ Miller (2022); Miller, C (2021). 'Maternal mortality from induced abortion in Malawi: what does the latest evidence suggest?' *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18: 10506.

²⁰ Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (1966). 'Legalised abortion: Report by the Council of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists,' *British Medical Journal*, 1(5491): 850-54.

²¹ Nous savons aujourd'hui que les statistiques sur les décès liés à un avortement ont été entièrement fabriquées aux États-Unis : le principal défenseur de l'avortement avant la décision *Roe v. Wade*, Bernard Nathanson, a fini par changer d'avis et a admis qu'ils avaient inventé des statistiques exagérées : « De combien de décès parlions-nous lorsque l'avortement était illégal? Au sein de la NARAL, nous mettions généralement l'accent sur le caractère dramatique de chaque cas, et non sur les statistiques générales, mais lorsque nous parlions de ces dernières, il était toujours question de 5 000 à 10 000 décès par an. J'avoue que je savais que ces chiffres étaient totalement faux, mais vu l'aspect « moral » de notre révolution, ce chiffre était utile et largement accepté, alors pourquoi faire des pieds et des mains pour le corriger avec des statistiques exactes? » Nathanson, BN et Ostling, RN (1979). *Aborting America*. New York : Doubleday.

Il n'est donc pas surprenant qu'en 1970, le RCOG ait regretté la légalisation de l'avortement et constaté qu'il n'avait pas permis de réduire les décès maternels au Royaume-Uni²². Cinquante ans plus tard, les données actuelles confirment les affirmations du RCOG.

Combien d'avortements illégaux ont été pratiqués?

Premièrement, on continue de gonfler de manière trompeuse les taux d'avortements illégaux, généralement en utilisant la méthode controversée de l'incidence de l'avortement et des complications²³. Cette méthode consiste à estimer (ou, parfois, à déterminer) le nombre de femmes souffrant de complications liées à une fausse couche qui se présentent effectivement à l'hôpital et à le comparer au nombre théorique **attendu** de fausses couches à l'hôpital (estimé à 3,41 % des grossesses). On en déduit que l'écart entre ces deux chiffres représente le nombre d'avortements illégaux pratiqués. Cependant, il est bien connu que bien plus que 3,41 % des grossesses se terminent par une hospitalisation pour une fausse couche²⁴, et que cette méthode surestime donc considérablement les complications liées à l'avortement en classant plusieurs complications liées à des fausses couches comme des avortements provoqués. Elle surestime donc largement le nombre total d'avortements (qui sont estimés en supposant, encore une fois, le plus souvent sans aucune donnée probante, la proportion de femmes avortées qui se présentent à l'hôpital).

Deuxièmement, on continue de gonfler le nombre de décès liés à l'avortement illégal encore aujourd'hui. C'est souvent le cas lorsqu'on utilise des données obsolètes des années 1980 ou 1990, presque toujours lorsqu'on confond les décès liés aux avortements provoqués et aux fausses couches (et parfois aux grossesses extra-utérines) et qu'on les qualifie tous d'« avortements réalisés dans des conditions dangereuses », et parfois même lorsqu'on les invente de toutes pièces. Quelques exemples sont présentés à titre d'information.

Dans un article publié par Reuters en 2020, un parlementaire du Kenya a affirmé que « dix ans après la promulgation de la constitution », qui autorisait l'avortement pour certains cas précis, « les femmes et les jeunes filles qui perdent la vie sont encore trop nombreuses... Nous les condamnons à la mort en pratiquant des avortements dans des conditions dangereuses »²⁵. L'article affirme que 35 % des décès maternels au Kenya sont liés à des avortements réalisés dans des conditions dangereuses.

Le premier problème que pose cette affirmation est que la dernière source utilisée est l'étude kenyane sur la population et la santé réalisée en 1998, soit 12 ans avant la nouvelle constitution et près d'un quart de siècle avant l'article de presse. Il est donc difficile de démontrer un quelconque échec de la nouvelle constitution. Second

²² Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (1970). 'The Abortion Act (1967): findings of an inquiry into the first year's working of the Act conducted by the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists,' *British Medical Journal*, 2(5708): 529-535.

²³ Miller (2021); Koch, E et coll. (2012). 'Methodological flaws on abortion estimates for Latin America: Authors' reply to Singh and Bankole,' *Revista Ginecología Obstetricia México*, 80(11): 740-747.

²⁴ Miller (2021).

²⁵ Bhalla, N (2020). 'Kenya condemns women to 'death by unsafe abortion', campaigners warn, » accessible en ligne à <https://www.reuters.com/article/us-kenya-women-rights-idUSKBN25M1ZC>.

problème : l'étude kenyane sur la population et la santé de 1998 ne donnait aucune information concernant les décès liés à l'avortement. Les statistiques semblent avoir été inventées de toutes pièces.

D'autres sources professionnelles plus réputées commettent les mêmes erreurs. La Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) a affirmé en 2019 que 17 % des décès maternels au Kenya sont liés aux complications d'un avortement réalisé dans des conditions dangereuses²⁶. Toutefois, sa source était un document qui indiquait seulement que « jusqu'à » 17 % des décès maternels pouvaient être associés à des avortements provoqués²⁷. La source de ces données est l'enquête mondiale de l'OMS sur les décès maternels entre 2003 et 2009²⁸, qui ne donne aucun chiffre pour le Kenya, mais qui estime que 5,1 à 17,2 % des décès maternels en Afrique subsaharienne sont liés à l'avortement. De plus, l'enquête de l'OMS a explicitement indiqué que le terme « avortement » incluait les fausses couches et les grossesses extra-utérines. Ainsi, la FIGO : a) a utilisé des données obsolètes; b) a prétendu que les données concernant l'Afrique subsaharienne se rapportaient au Kenya; c) a attribué les décès liés aux fausses couches et aux grossesses extra-utérines aux avortements réalisés dans des conditions dangereuses; et d) a cité la limite supérieure de l'intervalle de confiance plutôt que l'estimation réelle – quatre graves inexactitudes dans une seule statistique!

On trouve un autre exemple récent dans le *Telegraph*, qui affirme que 12 000 femmes meurent chaque année au Malawi d'avortements réalisés dans des conditions dangereuses²⁹. Cet article et cette affirmation ont été cités par le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Comme le chiffre réel est inférieur à 100 (le nombre total de décès maternels au Malawi n'est que de 1 000 à 2 000 par an), l'affirmation du *Telegraph* et du RCOG a été contestée, puis ils se sont rétractés et ont reconnu les faits après qu'une plainte a été déposée auprès de l'Independent Press Standards Organisation.

La légalisation permettra-t-elle d'éviter les décès?

Ce genre de désinformation sur la mortalité maternelle et l'avortement est extrêmement répandu, même dans les milieux universitaires et professionnels. Si les décès liés à l'avortement illégal sont peu fréquents, la légalisation peut-elle encore être utile?

Il y a beaucoup de raisons de penser que la légalisation de l'avortement n'empêchera pas un grand nombre de décès (voire aucun)³⁰. À titre d'exemple, le taux de mortalité lié à l'avortement est déjà faible (en particulier en Pologne, où les décès liés à l'avortement sont désormais pratiquement inexistant) parce que les soins après avortement

²⁶ Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (2019). « Réduire l'avortement à risque au Kenya : où en sommes-nous? » accessible en ligne à <https://www.figo.org/fr/news/reduire-lavortement-risque-au-kenya-ou-en-sommes-nous>.

²⁷ Mutua, MM et coll. (2018). 'Policy, law and post-abortion care services in Kenya,' *PLoS One*, 13(9): e0204240.

²⁸ Say, L et coll. (2014). 'Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis,' *The Lancet Global Health*, 2: E323-333.

²⁹ Mhango, HK (2021). « Thousands of women dying 'like chickens' as efforts to change Malawi's strict abortion law stall, » précédemment accessible en ligne à <https://www.telegraph.co.uk/global-health/women-and-girls/thousands-women-dying-like-chickens-efforts-change-malawis-strict/> (consulté le 21 septembre 2021).

³⁰ Miller (2022).

permettent d'éviter la plupart des décès, et parce que l'avortement illégal est aujourd'hui beaucoup plus sûr que dans les années 1990. De plus, l'avortement légal est aujourd'hui très semblable à l'avortement illégal grâce à l'introduction de la télémédecine. Nous savons que dans plusieurs pays, les femmes continuent de recourir à des avortements illégaux même lorsque l'avortement est légal, parfois même à des taux plus élevés qu'avant la légalisation³¹.

La légalisation peut en effet accroître la morbidité et la mortalité liées à l'avortement, comme ce fut le cas aux Pays-Bas, au Rwanda, en Éthiopie et ailleurs³². Cela tient principalement au fait que, lorsque l'avortement est légalisé, le nombre de grossesses non désirées augmente, de même que le nombre d'avortements, de sorte que davantage de femmes courent des risques.

La légalisation de l'avortement contribue de bien d'autres façons à la mortalité maternelle et à la mortalité des femmes en général, notamment par ses effets sur le suicide, l'homicide, l'alcoolisme, la toxicomanie, la transmission de maladies lors de rapports sexuels, la maternité tardive, l'éclatement de la famille et la pauvreté qui en découle, le détournement des fonds destinés aux soins obstétricaux d'urgence pour l'avortement, etc.³³

Les données empiriques tiennent compte de ces considérations et démontrent clairement que la mortalité liée à l'avortement dépend principalement de l'ensemble du système de santé d'un pays, et non du statut juridique de l'avortement. Ainsi, la mortalité liée à l'avortement demeure élevée dans les pays pauvres où l'avortement est légal, comme l'Inde, l'Éthiopie, l'Afrique du Sud, la Zambie, le Bangladesh (sous forme d'extraction menstruelle) et le Ghana, tandis que la mortalité liée à l'avortement est minime dans les pays plus riches où l'avortement est interdit, comme Malte, le Chili, les Émirats arabes unis, l'Égypte, la Corée du Sud (avant la dépénalisation) et l'Irlande (avant la légalisation).

Malte et la Pologne sont de très bons exemples à cet égard. Ces deux pays ont le taux de mortalité maternelle le plus faible au monde, bien inférieur à celui de l'Allemagne, de la France, du Royaume-Uni et des États-Unis³⁴, et Malte n'a enregistré aucun décès maternel, quelle qu'en soit la cause, depuis plus de dix ans³⁵. La Pologne est parvenue à ce résultat bien qu'elle soit beaucoup moins riche que ses voisins d'Europe occidentale et malgré les nouvelles restrictions visant l'avortement en 1993³⁶. Avant la légalisation, en Pologne, le taux de mortalité maternelle est passé de 50,0 à 22,5 en 1951, puis a de nouveau diminué de moitié au cours des cinq années suivantes, pendant la période de

³¹ Car l'avortement est moins stigmatisé, semble plus sûr (médicalement et légalement), etc.

³² Miller (2022).

³³ Miller (2022).

³⁴ Banque mondiale (2022). 'Ratio de décès maternel,' accessible en ligne à <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.STA.MMRT>.

³⁵ Gatt, M (2021). *NOIS Annual Report 2020*. National Obstetric Information System. Accessible en ligne à <https://deputyprimeminister.gov.mt/en/dhir/Documents/Births/NOIS%20Annual%20Report%202020z.pdf>.

³⁶ Tietze, C (1967). 'Abortion in Europe,' *American Journal of Public Health*, 57(11): 1923-32; Frejka, T (1983). 'Induced abortion and fertility: a quarter century of experience in Eastern Europe,' *Population and Development Review*, 9(3): 494-520.

légalisation, pour atteindre 11,0 en 1960³⁷, avant de remonter en flèche en 1962, sans que les raisons en soient clairement établies³⁸.

Après la chute du communisme, la Pologne a restreint sa loi sur l'avortement en 1993, et a commencé à appliquer certaines pratiques restrictives en 1990. Contrairement à l'augmentation marquée de décès liés à l'avortement illégal que l'on pouvait craindre, le nombre de décès maternels liés à l'avortement en Pologne est demeuré minime : Le taux de mortalité liée à l'avortement de la Pologne pour la période de 2006 à 2010 était de 0,30, soit un taux inférieur à celui de Bruxelles (0,85), de la Lettonie (2,7) et de la Roumanie (4,2), et comparable à celui de l'Espagne (0,34), du Royaume-Uni (0,31) et de la France (0,36)³⁹. Le taux de mortalité liée à l'avortement a ensuite diminué jusqu'à 0. Aujourd'hui, il n'y a aucun décès lié à l'avortement en Pologne, alors qu'il y en a dans la plupart des pays occidentaux où les lois sur l'avortement sont permissives⁴⁰. Dans l'ensemble, les décès maternels sont passés de 80 en 1991 à 48 en 1994 et à 33 en 1996, soit une baisse de 59 % en cinq ans seulement pendant la période d'interdiction⁴¹.

Le nombre de femmes présentant des complications liées à l'avortement n'a pas non plus augmenté. En fait, en 1989, 59 549 « autres » avortements ont été enregistrés (les complications des avortements illégaux et des avortements spontanés seraient enregistrées ici ensemble), mais en 1994, ce chiffre avait diminué au même rythme que le taux de natalité, pour atteindre 46 970⁴². De même, la mortalité infantile a chuté précipitamment⁴³, de même que les taux de mortalité périnatale⁴⁴ et d'infanticide⁴⁵.

Mythe n° 3 : interdire les avortements n'empêche pas d'y avoir recours

Le dernier mythe est qu'interdire l'avortement est inutile, car les femmes se feront avorter de toute façon. Bien entendu, rien n'empêchera **TOUS** les avortements, mais on peut affirmer avec certitude, et ce depuis des décennies, que les restrictions à l'avortement permettent de prévenir un grand nombre d'avortements. C'est pourquoi même d'éminents chercheurs favorables à l'avortement ont imploré leurs collègues de cesser d'invoquer cet argument⁴⁶. Ils y parviennent d'au moins cinq façons : en interdisant directement l'avortement (et donc en réduisant à la fois l'offre et la demande); en augmentant le coût (financier ou autre) de l'avortement; en réduisant l'offre par la réglementation des services d'avortement; en façonnant la perception de la communauté à l'égard de l'avortement; et en réduisant les comportements sexuels à risque.

³⁷ Maciejewski, TM and Troszyński, M (2015). 'Zgony matek w Polsce w latach 2009, 2010, 2011, 2012 i 2013,' XXXII Congress of the Polish Gynecological Society, Łódź.

³⁸ On pourrait citer parmi les explications possibles les changements dans les rapports.

³⁹ Euro Peristat (2013). 'European Perinatal Health Report (2010),' accessible en ligne à https://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf.

⁴⁰ Knight, M et coll. (2021). *Saving Lives, Improving Mothers' Care*. Oxford : MBRRACE-UK.

⁴¹ Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (2002).

⁴² Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (2002); correspond à la baisse des naissances.

⁴³ Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (2002).

⁴⁴ Statistics Poland (2021). *Demographic Yearbook of Poland*. Warsaw: Statistics Poland.

⁴⁵ Mikolajczyk, RT (2004). 'Recent experiences with legal restrictions and the incidence of abortion in Poland,' *Linacre Quarterly*, 71(3): 245-253.

⁴⁶ Foster, DG (2018). 'Stop saying that making abortion illegal won't stop people from having them,' accessible en ligne à <https://rewirenewsgroup.com/2018/10/04/stop-saying-that-making-abortion-illegal-doesnt-stop-them/>.

Lorsque la Pologne a légalisé l'avortement pour la première fois, on constate que les avortements criminels n'ont pas diminué de façon notable, du moins au cours des premières années. Ainsi, puisque les avortements légaux ont massivement augmenté, passant de 1 400 en 1955 à 190 000 en 1963⁴⁷, le nombre total d'avortements a dû augmenter considérablement. De plus, on a constaté que cette estimation des avortements légaux est largement sous-estimée, car les avortements pratiqués dans les cabinets médicaux n'ont pas été rapportés⁴⁸. Bien des femmes préfèrent pourtant l'intimité des cabinets médicaux et la plus grande probabilité d'y recevoir une anesthésie générale. Les hôpitaux ont parfois fait preuve du même laxisme à cet égard⁴⁹.

Compte tenu de la légère baisse des complications liées à l'avortement dans les hôpitaux, alors que les avortements légaux se comptent par centaines de milliers, il est très improbable que ces avortements aient simplement remplacé des avortements illégaux. Le calcul est donc simple : les avortements criminels n'ont pas beaucoup diminué (voire pas du tout) au cours des premières années, mais le nombre d'avortements légaux a augmenté de façon spectaculaire. Le nombre total d'avortements a donc fortement augmenté.

Le fait que le taux de natalité ait chuté de manière significative au moment de la légalisation est un autre élément essentiel qui prouve que la légalisation a augmenté le taux d'avortement. Le nombre de naissances a augmenté régulièrement, passant de 622 000 en 1946 à 793 000 en 1955, le chiffre le plus élevé de l'après-guerre, mais il a commencé à baisser rapidement après la légalisation : 779 999 en 1956, 669 999 en 1960 et 546 000 en 1965⁵⁰.

Lorsque l'accès à l'avortement a de nouveau été restreint au début des années 1990, le nombre d'avortements légaux a chuté abruptement, passant de 82 137 en 1989 à 874 en 1994⁵¹. Toutefois, les complications liées aux « autres » avortements (spontanés et illégaux) ont également diminué, ce qui indique que les avortements légaux n'ont pas été simplement convertis en avortements illégaux. Même la Federation for Women and Family Planning, une organisation favorable à l'avortement dont on pourrait donc s'attendre à ce qu'elle exagère l'ampleur de l'avortement illégal, a estimé qu'en 1996, il n'y avait eu que 40 000 à 50 000 avortements illégaux⁵², soit beaucoup moins que le nombre d'avortements légaux pratiqués avant l'entrée en vigueur des restrictions¹⁹⁹⁶⁵³.

D'autres pays suivent la même tendance, comme le Royaume-Uni, où l'on estime à 20 000 le nombre d'avortements illégaux, tout au plus, avant la légalisation de 1967⁵⁴. Malgré cela, en 1973, 6 ans seulement après la légalisation, on comptait 175 000 avortements légaux par an. On a fait des observations semblables en Éthiopie⁵⁵.

⁴⁷ David et McIntyre (1981).

⁴⁸ C'est en partie parce que les avortements étaient financièrement très lucratifs pour les médecins privés et qu'il était donc très tentant de frauder le fisc en ne déclarant pas tous les avortements (Okolski, 1983).

⁴⁹ Ziolkowski (1974); David et McIntyre (1981).

⁵⁰ Ziolkowski (1974).

⁵¹ Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (2002).

⁵² Nowicka, W (1996). 'The effects of the 1993 anti-abortion law in Poland,' *Entre Nous*, 34-35 : 13-15.

⁵³ Mikolajczyk (2004) présente d'autres preuves du faible nombre d'avortements illégaux.

⁵⁴ Goodhart, CB (1969). 'Estimation of illegal abortions,' *Journal of Biosocial Science*, 1(3): 235-245.

⁵⁵ Moore, AM et coll. (2016). 'The Estimated Incidence of Induced Abortion in Ethiopia, 2014: Changes in

De même, dans plusieurs autres pays, on a constaté que le nombre d'avortements illégaux a augmenté ou est demeuré constant après la légalisation, au lieu de diminuer en même temps que le nombre d'avortements légaux augmente. Tous ces cas démontrent que les avortements augmentent lorsque l'avortement est légalisé.

Les études observant les femmes qui demandent un avortement et se le voient refuser constituent peut-être les preuves les plus convaincantes et irréfutables de l'efficacité des restrictions à l'avortement. Une myriade d'études révèlent inmanquablement que ce ne sont pas seulement certaines femmes, mais la plupart d'entre elles, en général 50 à 90 %, qui poursuivent leur grossesse dans de tels cas⁵⁶.

Il est également prouvé que d'autres restrictions ou réglementations visant l'avortement ont une grande incidence. Selon un examen systématique réalisé par le Guttmacher Institute, réduire le financement public des avortements se traduit par une réduction du taux d'avortement allant de 18 à 37 %, l'étude la plus probante faisant état d'une réduction de 37 %⁵⁷.

Conclusion

L'avortement est une question délicate qui touche énormément de femmes. Il est donc extrêmement important que la désinformation et les fausses nouvelles provenant des deux côtés soient contestées et rejetées. Quelles que soient nos convictions sur l'éthique ou la politique concernant l'avortement, nous pouvons convenir que, de manière générale, ce n'est pas une forme de soins de santé, que les restrictions visant l'avortement permettent d'en éviter un grand nombre et qu'elles n'entraînent pas une augmentation du nombre de décès liés à des avortements clandestins réalisés dans des conditions dangereuses. À la lumière de ces faits, les médecins et les décideurs

the Provision of Services Since 2008,' *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 42(3): 111-120.

⁵⁶ DePiñeres, T et coll. (2017). 'I felt the world crash down on me': women's experiences being denied legal abortion in Colombia,' *Reproductive Health*, 14: 133; Hajri, S et coll. (2015). 'This is real misery': experiences of women denied legal abortion in Tunisia,' *PLoS One*, 10(12): e0145338; Harries, J et coll. (2015). 'An exploratory study of what happens to women who are denied abortions in Cape Town, South Africa,' *Reproductive Health*, 12: 21; Hossain, A et coll. (2016). 'How shall we survive': a qualitative study of women's experiences following denial of menstrual regulation (MR) services in Bangladesh,' *Reproductive Health*, 13: 86; Puri, M et coll. (2015). 'I need to terminate this pregnancy even if it will take my life': a qualitative study of the effect of being denied legal abortion on women's lives in Nepal,' *BMC Women's Health*, 15: 85; Foster, DG (2020). *The Turnaway Study*. New York: Scribner; Huldt, L (1968). 'Outcome of pregnancy when legal abortion is readily available,' *The Lancet*, 291(754): 467-68; Gebhard, PH et coll. (1959). *Pregnancy, Birth and Abortion*. London: William Heineman Ltd; Dagg, PKB (1991). 'The psychological sequelae of therapeutic abortion—denied and completed,' *American Journal of Psychiatry*, 148(5): 578-585; Ekblad, M (1956). 'Relation of the legal-abortion clientele to the illegal-abortion clientele and the risk of suicide,' *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 30(S99): 93-98; Uhrus, K (1964). 'Some aspects of the Swedish law governing termination of pregnancy,' *The Lancet*, 2(7372): 1292-1293; Clark, M et coll. (1968). 'Sequels of unwanted pregnancy: a follow-up of patients referred for psychiatric opinion,' *The Lancet*, 2(7566): 501-503; Gilchrist, AC et coll. (1995). 'Termination of pregnancy and psychiatric morbidity,' *British Journal of Psychiatry*, 167(2): 243-248; Hoffmeyer, H (1961). 'Die abortsituation in Dänemark,' in Mehlan, KH (dir.). *Internationale Abortsituation, Abortbekämpfung, Antikonzeption*. Leipzig: Thieme; Vojta, M (1961). 'Die abortsituation in Tschechoslowakische Sozialistische Republik,' in Mehlan, KH (dir.). *Internationale Abortsituation, Abortbekämpfung, Antikonzeption*. Leipzig: Thieme.

⁵⁷ Henshaw SK et coll. (2009). *Restrictions on Medicaid Funding for Abortions: A Literature Review*. New York: Guttmacher Institute.

politiques seront mieux outillés pour comprendre les débats politiques sur ce sujet difficile. Monsieur le Président, pour que les politiques soient bien élaborées, il faut que les différents intérêts soient pris en compte et préservés. J'espère pouvoir contribuer au débat sur l'avortement du point de vue des femmes qui ont du mal à subvenir à leurs besoins fondamentaux, des femmes qui aiment les bébés et veulent les garder, des femmes qui accordent une grande importance à la famille et qui comprennent son rôle dans la société.

Je tiens également à affirmer franchement que je ne soutiens en aucun cas l'invasion de l'Ukraine par la Russie. Le gazouillis auquel l'honorable Rachel Bendayan a fait référence concernait le président Biden qui avait qualifié le président Poutine de boucher. Ce message considère le meurtre de bébés innocents dans le ventre de leur mère comme une boucherie et ne soutient en aucun cas l'invasion russe.

Défendre les droits des femmes et les droits des enfants à naître (y compris les filles) ne s'exclut pas mutuellement. Je propose que le financement aille aux besoins réels des femmes et des filles, qui se résument à l'accès aux soins de santé primaires dans le but de réduire la mortalité maternelle et infantile, en particulier dans les pays en développement. Il faut également prévoir des fonds pour lutter contre des maladies comme le paludisme, la tuberculose, le VIH/sida, etc., et renforcer nos systèmes de santé.