

Changements législatifs dans le monde concernant l'avortement provoqué, de 2008 à 2019

CONTEXTE: Les données montrent que les lois de l'avortement restrictives n'éliminent pas sa pratique, mais qu'elles conduisent plutôt à l'avortement clandestin, souvent non médicalisé. Il importe d'évaluer régulièrement l'évolution de la légalité de l'avortement dans le monde.

MÉTHODES: Les critères de l'avortement légal en 2019 concernant 199 pays et territoires ont servi de base à leur répartition le long d'un continuum de six catégories mutuellement exclusives, de l'interdiction absolue à l'autorisation sans restriction de motivation. Les trois raisons légales supplémentaires les plus courantes en dehors de ce continuum — le viol, l'inceste et la malformation fœtale — ont aussi été quantifiées. Les tendances par région et en fonction du revenu national brut (RNB) par habitant ont été examinées. Les changements survenus du fait de la réforme légale et de décisions judiciaires depuis 2008 ont été évalués, de même que l'évolution des politiques et des directives qui affectent l'accès.

RÉSULTATS: La légalité présente une corrélation positive avec le revenu: les proportions de pays compris dans les deux catégories les plus libérales augmentent uniformément avec le RNB. De 2008 à 2019, 27 pays ont accru les critères légaux de l'avortement. Parmi eux, 21 ont progressé vers une autre catégorie de légalité, tandis que six ajoutaient au moins un des critères supplémentaires les plus courants. La réforme est le produit de diverses stratégies, impliquant généralement plusieurs intervenants et l'appel au respect des normes internationales en matière de droits humains.

CONCLUSIONS: La tendance mondiale à la libéralisation s'est poursuivie ces 10 dernières années. Plus de progrès sont cependant nécessaires pour garantir le droit de toutes les femmes à l'avortement légal et assurer un accès adéquat à des services sécurisés dans tous les pays.

Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spécial de 2020,

<https://www.guttmacher.org/fr/journals/ipsrh/2020/12/global-developments-laws-induced-abortion-2008-2019>

Par Lisa Remez,
Katherine Mayall et
Susheela Singh

Lisa Remez est une rédactrice scientifique chevronnée, et Susheela Singh est vice-présidente en charge de l'intégration des politiques et des sciences, les deux au Guttmacher Institute, à New York. Katherine Mayall est directrice des initiatives stratégiques pour le « Global Legal Program » au Center for Reproductive Rights, à New York.

Les raisons pour lesquelles l'avortement est légal sont essentielles pour en garantir la sécurité. La possibilité pour les femmes d'interrompre légalement, et en toute sécurité, une grossesse non désirée dépend grandement du pays où elles vivent. Toute restriction juridique de cette intervention courante n'influe pas sur le nombre de femmes y ayant recours¹. Mais les restrictions légales poussent les femmes à avorter de manière clandestine afin d'éviter d'être stigmatisées et poursuivies pénalement, malgré le risque sanitaire souvent associé aux avortements pratiqués en dehors du cadre de la loi. En effet, le nombre d'avortements considérés comme « les moins sûrs » (c'est-à-dire pratiqués par un prestataire non qualifié selon une méthode non recommandée) augmente proportionnellement aux restrictions juridiques: moins de 1% des avortements les moins sûrs sont enregistrés dans les pays autorisant l'avortement sans aucune restriction quant à la raison, un chiffre qui passe à 31% dans les pays où l'avortement est proscrit par la loi ou légal uniquement pour sauver la vie de la femme².

Les complications sont extrêmement rares dans les pays où l'avortement est légal: lorsqu'ils sont pratiqués conformément aux bonnes pratiques prescrites, seulement 0,5%

des avortements au cours du premier trimestre entraînent des complications nécessitant des soins en établissement³. Aucune donnée directement comparable n'est disponible sur la fréquence à laquelle les avortements illégaux ou bien légaux mais hautement stigmatisés engendrent une nécessité de soins. Cependant, en 2012, près de sept femmes sur 1 000 en âge de procréer vivant dans les régions en développement ont reçu des soins après avortement suite à un avortement non sécurisé⁴. Or, ce chiffre, s'élevant à un total estimé de sept millions de femmes, ne comprend pas celles qui n'ont pas été en capacité d'obtenir des soins ou n'y ont pas eu recours par honte après un avortement à risque, sans oublier celles qui sont décédées avant d'avoir pu accéder à une source de soins.

Cet article, le troisième d'une série, analyse le statut juridique de l'avortement dans le monde entre 2008 et 2019. À l'instar des deux publications précédentes qui récapitulaient l'évolution des lois réalisée entre 1985 et 1997⁵ et entre 1998 et 2007, respectivement⁶, nous présentons d'abord les lois nationales qui règlent actuellement l'avortement, et ensuite nous montrons comment les pays ont modifié leur législation au cours de la dernière décennie.

L'évaluation régulière des tendances des lois nationales quant à la restriction de l'avortement permet d'obtenir de précieuses données à l'échelle nationale, régionale et internationale. En outre, cette évaluation permet de fournir des informations essentielles à un vaste éventail de parties prenantes (décideurs, prestataires de services, chercheurs et acteurs du plaidoyer, entre autres) qui s'efforcent de le rendre l'avortement plus sécurisé et accessible.

APPROCHE

Dans le cadre de cette analyse, nous avons utilisé un système de classification créé par le Center for Reproductive Rights (CRR) répartissant 199 pays, territoires et juridictions administratives* en fonction des lois nationales en vigueur, y compris les décisions judiciaires ayant force de loi⁷. Nous avons utilisé des sources primaires de droit uniquement lorsque la répartition dans les catégories du CRR ne reflétaient pas la formulation exacte des lois en vigueur. Nous avons rencontré ce cas avec trois pays, à savoir l'Éthiopie⁸, le Mozambique⁹ et le Rwanda¹⁰. Des réglementations complémentaires sur l'avortement, comme des directives ministérielles ou des codes d'éthique médicale, peuvent régir l'application de ces lois, ou même être en contradiction avec ces dernières. Toutefois, nous nous sommes fondés uniquement sur les lois nationales pour garantir l'uniformité des données et leur caractère comparable. Dans le cas de l'Australie, du Mexique et de la Micronésie, où les lois sur l'avortement sont promulguées au niveau des États plutôt qu'à l'échelle fédérale, nous avons placé chaque pays dans la catégorie correspondant à la plus grande part de la population concernée. Nous avons étudié les changements dans le temps en nous fondant sur les rapports du CRR évaluant 20 ans de réformes jusqu'en 2013¹¹, sur les lois en vigueur dans chaque pays avant toute évolution éventuelle entre 2014 et 2019, mais aussi sur les données du CRR relatives aux lois en vigueur à date de décembre 2019⁷.

Nous avons utilisé le système de classification à six catégories mutuellement exclusives afin de répartir les pays et d'étudier les variations de la classification selon la géographie ou la situation économique. Cette classification hiérarchique ordonne des bases légales de manière cumulative en ajoutant successivement des raisons sanitaires et socio-économiques jusqu'aux lois n'appliquant aucune restriction à l'avortement quant à la raison. Nous soulignons que

*Ce nombre reflète le précédent établi dans le cadre de l'examen par le CRR des lois dans l'ensemble des 193 États membres des Nations Unies, dans deux États non membres (à savoir, l'État de Palestine et le Kosovo) et dans quatre territoires ou juridictions administratives (soit Hong Kong, l'Irlande du Nord, Porto Rico et Taïwan).

†Les autres sont les cas où la femme enceinte souffre de troubles mentaux, est séropositive au VIH, est mineure, est mineure et n'est pas prête à être mère ou est en détresse, ou bien les cas où la grossesse survient dans le cadre d'un mariage forcé, d'un échec de contraception ou d'une insémination artificielle forcée.

‡La quasi-totalité des pays de la catégorie 3 (ceux ne mentionnant pas explicitement la santé mentale) ne modifie en rien la notion de « santé ». Seulement Monaco et le Zimbabwe limitent de manière explicite l'exception de santé à la santé physique.

cette catégorisation est en accord avec une lecture littérale de la loi en vigueur dans chaque pays, qui peut différer de son application. Par ailleurs, nous reconnaissons que les lois régissant la pratique de l'avortement sont extrêmement nuancées: elles contiennent plusieurs raisons légales supplémentaires qui ne correspondent pas toujours à nos catégories prédéfinies. Néanmoins, pour quantifier d'une manière utile la réglementation de l'avortement et pour consigner les tendances dans le temps, nous devons appliquer une norme strictement comparable.

Les pays qui interdisent l'avortement dans tous les cas sont classés dans la catégorie 1, tandis que ceux autorisant l'avortement sans aucune restriction quant à la raison sont répertoriés dans la catégorie 6. À partir de la catégorie 3, les raisons s'accumulent, chaque catégorie comprenant les raisons de la précédente. La catégorie 2 contient les pays autorisant de manière explicite l'avortement uniquement pour sauver la vie de la femme. Dans le cadre de cette série, les deux publications précédentes regroupaient les catégories 1 et 2. Nous les avons distinguées afin de souligner que, à la différence des pays de la catégorie 1, ceux de la catégorie 2 doivent autoriser et offrir des avortements sécurisés pour sauver la vie de la femme; afin aussi d'indiquer que ces pays peuvent autoriser des critères juridiques supplémentaires (à savoir, le viol, l'inceste et la malformation fœtale); et d'établir des points de référence clairs pour montrer quand les pays passent de la catégorie 1 à la catégorie 2 au fil du temps.

Les pays de la catégorie 3, intégrant intrinsèquement l'exception « pour sauver la vie de la femme », autorisent également l'avortement pour préserver sa santé[†]. Souvent, la loi se réfère à des raisons « sanitaires » ou « thérapeutiques ». Nous avons séparé cette catégorie de la suivante, car la catégorie 4 comprend les pays autorisant explicitement l'avortement pour préserver également la santé mentale de la femme. Toutefois, cette solution n'est pas idéale, nous en convenons. En effet, dans son interprétation, la loi des pays de la catégorie 3 peut inclure la santé mentale. Or, cette distinction nous permet d'identifier le moment où un pays inclut de manière explicite la santé mentale dans sa législation. La catégorie 5 englobe les raisons légales des trois catégories précédentes auxquelles s'ajoutent des raisons socio-économiques, à savoir, dans la plupart des cas, le nombre d'enfants déjà à charge de la femme, ses conditions de vie ou encore son « environnement actuel ou raisonnablement prévisible ».

Les pays précisent plusieurs autres raisons légales pour l'avortement qui n'entrent pas dans les six catégories du continuum. Les plus courantes sont le viol, l'inceste et la malformation fœtale[‡]. Nous comptons combien des pays de l'une des quatre catégories intermédiaires appliquent l'une de ces raisons légales supplémentaires les plus courantes. Nous estimons qu'elles sont valables uniquement dès lors que toute femme, et pas seulement un sous-groupe de femmes, peut bénéficier d'un avortement sur la base de ces raisons. Par exemple, la raison du viol en Zambie se limite aux atteintes sexuelles sur mineures, qui

comprennent les actes sexuels avec une personne n'ayant pas atteint l'âge de la majorité sexuelle¹². Étant donné que les femmes âgées de 16 ans et plus ne sont pas concernées par l'exception du viol, nous n'avons pas intégré la Zambie à la liste des pays appliquant cette raison supplémentaire. De même, comme le Brésil autorise l'avortement uniquement pour un type spécifique de malformation fœtale, il ne figure pas parmi les pays appliquant cette raison supplémentaire¹³.

La petite majorité (58%) des pays répertoriés à la catégorie 6 fixe à 12 semaines l'âge gestationnel limite pour les demandes d'avortement§. Cet âge est repoussé dans nombre de pays de toutes les catégories applicables lorsque la vie ou la santé de la femme est en danger, mais aussi quand il existe une malformation fœtale qui, dans bien des cas, peut se diagnostiquer uniquement à partir du deuxième trimestre de grossesse. Au lieu de décrire de manière exhaustive telles limites d'âge gestationnel liées aux raisons, nous donnons quelques exemples représentatifs parce que les limites varient considérablement d'un pays à l'autre, ou au sein même des pays (c'est-à-dire pouvant être déterminées à l'échelle fédérale ou des États) et en plus, ne sont pas toujours rassemblées dans une seule source.

Par ailleurs, nous quantifions quelques restrictions juridiques ayant un impact sur l'accès à l'avortement, notamment l'exigence d'obtenir le consentement de l'époux, d'un parent ou d'un tuteur. De nombreuses autres exigences d'admissibilité à l'avortement existent, comme les périodes d'attente et la prescription de conseils. Toutefois, elles ne sont pas quantifiées dans cet article, car elles ne sont pas identifiées de manière systématique dans les documents ayant force de loi. Nous n'avons pas non plus identifié ce qui est souvent connu sous le nom de « clauses d'objection de conscience », selon lesquelles les médecins peuvent refuser de pratiquer un avortement en raison de leurs croyances religieuses ou autres. Encore une fois, nous citons uniquement quelques exemples représentatifs de telles pratiques au lieu d'en fournir une présentation détaillée.

Enfin, les restrictions de mouvement et le rationnement des services de santé pendant la pandémie de COVID-19 en 2020 ont incontestablement freiné l'accès à un avortement sécurisé dans de nombreux endroits. Nous ne pouvons pas mesurer l'impact de cette pandémie dans le cadre de cette analyse, limitée au statut juridique de l'avortement jusqu'en 2019.

LOIS EN VIGUEUR EN DÉCEMBRE 2019

Continuum de bases légales

Sur 199 pays et territoires, 24 (soit 12%) interdisent totalement l'avortement (Tableau 1, page 4); 41 (soit 21%) autorisent l'avortement uniquement pour sauver la vie de la femme; 32 (soit 16%) l'autorisent pour sauver la vie de la femme et préserver sa santé, sans mention explicite de la santé mentale; 25 (soit 13%) incluent de manière explicite la santé mentale; 11 (soit 5%) autorisent également l'avortement pour des raisons socio-économiques; enfin

66 (soit 33%) autorisent l'avortement sans aucune restriction quant à la raison.

Si les pays plus pauvres adoptent des lois plus restrictives par rapport aux pays riches, les femmes vivant dans ces territoires seront doublement pénalisées: elles seront moins susceptibles non seulement d'avoir accès à un avortement sécurisé légal, mais aussi de bénéficier des soins après avortement requis, car leur pays disposera de systèmes de santé relativement faibles et de budgets de santé nationaux limités. Nous avons utilisé le revenu national brut (RNB) calculé par la Banque mondiale pour classer les 199 pays et territoires en quatre groupes de revenu pour l'année 2019¹⁴. Notre analyse montre que le bien-être économique a souvent une corrélation positive avec la légalité. Par exemple, l'Europe (sauf l'Europe de l'Est) et l'Amérique du Nord, deux régions regroupant les pays qui enregistrent les revenus les plus élevés, ont les lois les moins restrictives sur l'avortement. Cette tendance se confirme en considérant de près la légalité de l'avortement en fonction du revenu national brut par habitant. La probabilité que la loi soit fortement ou modérément restrictive (c'est-à-dire, que le pays appartient aux catégories 1 à 4) est inversement proportionnelle à la richesse du territoire concerné. Environ 42% des pays à revenu élevé, 58% de ceux à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, 74% à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et 90% à revenu faible sont classés dans ces catégories restrictives. Inversement, la proportion de pays avec des lois largement libérales en matière d'avortement (c'est-à-dire, ceux appartenant aux catégories 5 et 6) augmente de manière uniforme en fonction du revenu par habitant: elle va de 10% des pays à revenu faible jusqu'à 58% des pays à revenu élevé.

Bien qu'il soit important de noter le nombre de pays dans chaque catégorie pour identifier les divergences et les points communs, prendre en considération les différences dans la taille des populations permet de connaître le nombre de femmes touchées par les lois restrictives. En utilisant les femmes en âge de procréer (c'est-à-dire, celles de 15 à 49 ans) comme unité d'analyse¹⁵ (au lieu des pays), nous constatons que 42% des femmes dans le monde vivent dans des pays où la loi concernant l'avortement est fortement ou modérément restrictive (Figure 1, page 5). Cette moyenne mondiale masque d'énormes différences entre les régions: seulement 0 à 5% des femmes de l'Europe et l'Amérique du Nord vivent dans des pays restrictifs, contre 97% des femmes de l'Amérique latine et les Caraïbes¶. À l'extrémité la plus restrictive du continuum, 15% des femmes africaines en âge de procréer

§ Cette valeur et l'ensemble des nombres de semaines de gestation cités dans cet article désignent le temps écoulé depuis la dernière menstruation. Les valeurs pour les quelques pays évaluant le temps de grossesse en semaines depuis la conception, correspondant à deux semaines de moins, ont été recalculées afin que tous les âges gestationnels soient rigoureusement comparables. Pour obtenir des données précises sur les 28 pays de la catégorie 6 dont la limite d'âge gestationnel n'est pas de 12 semaines, voir référence 17.

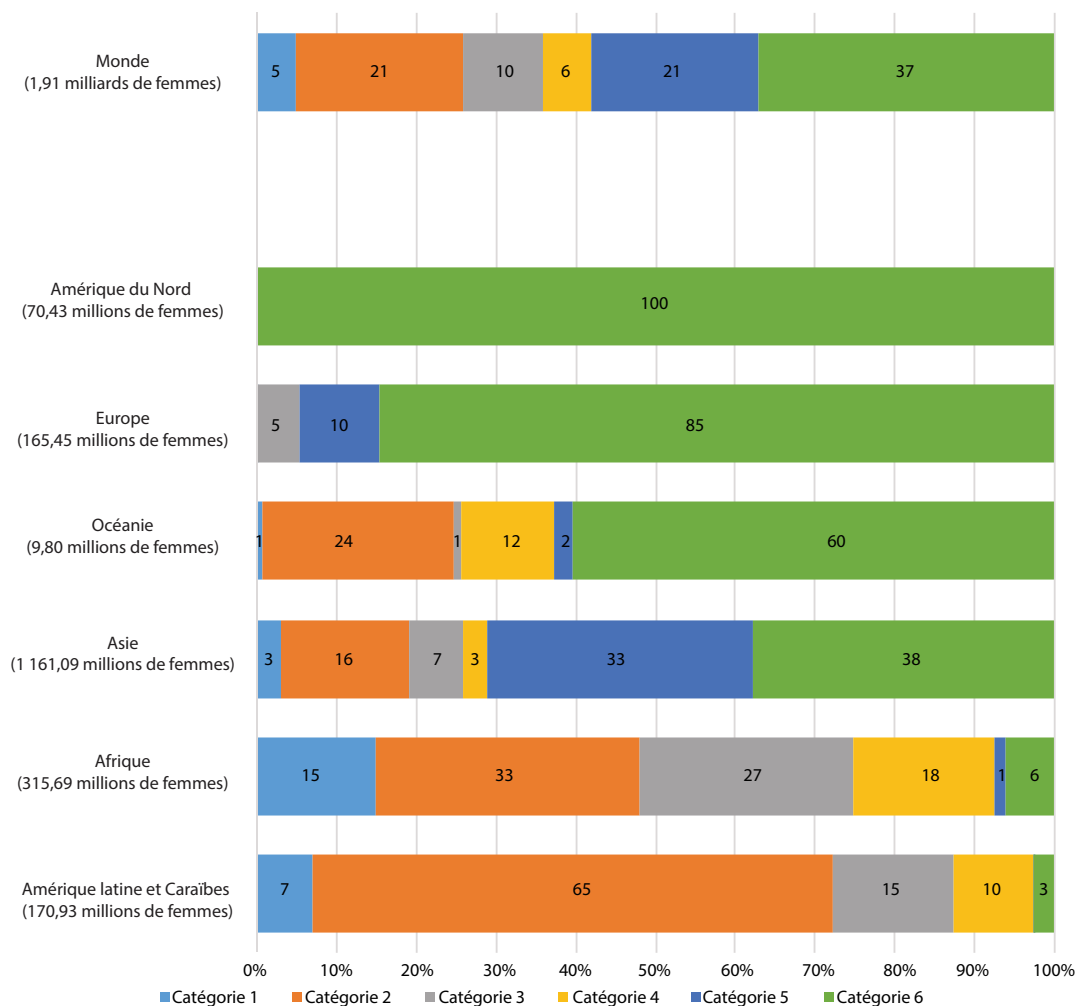
¶ Ces données sont réparties en fonction des régions définies par la Division de la population des Nations Unies. Ainsi, le Mexique fait partie de l'Amérique latine et pas de l'Amérique du Nord.

TABLEAU 1. Répartition de 199 pays et territoires, en fonction des catégories de légalité de l'avortement et des trois raisons supplémentaires les plus courantes, selon les seuils de revenu national brut définis par la Banque mondiale, 2019

Légalité de l'avortement	Faible (N = 29)	Intermédiaire de tranche inférieure (N = 50)	Intermédiaire de la tranche supérieure (n=55)	Élevé (n=65)	
Catégorie 1 (n=24)	Haïti Madagascar Sierra Leone	Angola Congo Égypte El Salvador Honduras Laos Mauritanie Micronésie Nicaragua Philippines Sénégal	Îles Marshall Iraq Jamaïque Rép.dominicaine Suriname Tonga	Andorre Malte Palaos St-Marin	
Aucune raison					
Catégorie 2 (n=41)	Afghanistan Gambie (F) Malawi Mali (V,I) Ouganda Somalie Soudan (V) Soudan du Sud Syrie (CE,CP) Yémen (CE)	Bangladesh Bhoutan (V,I) Côte d'Ivoire (V) État de Palestine Îles Salomon Kiribati Myanmar Nigéria Papouasie-Nouvelle- Guinée Sri Lanka Tanzanie Timor-Leste (CP)	Brésil (V) Dominique Gabon (V,I,F) Guatemala Indonésie (V,F,CE) Iran (F) Liban Libye Mexique (V,F) Paraguay Tuvalu Venezuela	Antigua-et-Barbade Bahreïn Brunéi Darussalam Chili (V,F) Émir.arabes unis (CE,CP) Oman Panama (V,F,CP)	
Pour sauver la vie de la femme					
Catégorie 3 (n=32)	Burkina Faso (V,I,F) Burundi Éthiopie (V,I,F) Guinée (V,I,F) Niger (F) Rép.centrafricaine (V,I,F) Togo (V,I,F)	Bénin (V,I,F) Cameroun (V) Comores Djibouti Kenya Lesotho (V,I,F) Maroc (CE) Pakistan Vanuatu Zimbabwe (V,I,F)	Argentine (V) Costa Rica Équateur Grenade Guinée équatoriale (CE,CP) Jordanie Pérou	Arabie saoudite (CE,CP) Bahamas Corée du Sud (V,I,F,CE) Koweït (F,CE,CP) Liechtenstein (CP) Monaco (V,I,F) Pologne (V,I,F,CP) Qatar (F)	
Pour sauver la vie de la femme et préserver sa santé (sans mention explicite de la santé mentale)					
Catégorie 4 (n=25)	Érythrée (V,I) Libéria (V,I,F) Mozambique (V,I,F) Rép.dém.du Congo (V,I,F) Rwanda (V,I,F) Tchad (V,I,F)	Algérie Bolivie (V,I) Eswatini (V,I,F) Ghana (V,I,F)	Botswana (V,I,F) Colombie (V,I,F) Malaisie Namibie (V,I,F) Sainte-Lucie (V,I) Samoa Thaïlande (V,F)	Irlande du Nord Israël (V,I,F) Maurice (V,I,F,CP) Nauru (V,I,F) Nouvelle-Zélande (I,F) Saint-Kitts-et-Nevis Seychelles (V,I,F) Trinité-et-Tobago	
Pour sauver la vie de la femme et préserver sa santé (avec mention explicite de la santé mentale)					
Catégorie 5 (n=11)		Inde (V,F,CP) Zambie (F)	Belize (F) Fidji (V,I,F,CP) St-Vincent-et-les-Grenadines (V,I,F)	Barbade (V,I,F,CP) Finlande (V,F) Grande-Bretagne (F) Hong Kong (V,I,F) Japon (V,CE) Taïwan (V,I,F,CE,CP)	
Pour sauver la vie de la femme et préserver sa santé générale/mentale et pour des raisons socio-économiques					
Catégorie 6 (n=66)	Corée du Nord Guinée-Bissau Tadjikistan	Cambodge (CP) Cap-Vert Kirghizistan Moldavie (CP) Mongolie Népal Ouzbékistan Sao Tomé-et-Principe Tunisie Ukraine Vietnam	Afrique du Sud Albanie (CP) Arménie (CP) Azerbaïdjan Biélorussie Bosnie-Herzégovine (CP) Bulgarie Chine Cuba (CP) Féd.de Russie	Géorgie (CP) Guyana Kazakhstan Kosovo (CP) Macédoine du Nord (CP) Maldives Monténégro (CP) Serbie (CP) Turkménistan Turq. (CE, CP)	Allemagne Australie Autriche Belgique Canada Chypre Croatie (CP) Danemark (CP) Estonie Espagne (CP) États-Unis (CP) France Grèce (CP) Hongrie Irlande Italie
Aucune restriction quant à la raison (avec exigences liées à l'âge gestationnel ou à d'autres facteurs)				Lettonie (CP) Lituanie (CP) Luxembourg Norvège (CP) Pays-Bas Porto Rico Portugal (CP) Rép.tchèque (CP) Roumanie Singapour Slovaquie (CP) Slovénie (CP) Suède Suisse Uruguay (CP)	

NB: Les trois raisons supplémentaires les plus courantes ne faisant pas partie de continuum sont V = viol, I = inceste et F = malformation foetale. Les seuils de revenu national brut par habitant définis par la Banque mondiale pour l'année 2019 sont moins de US\$ 1 036 pour les pays à revenu faible, entre US\$ 1 036 et US\$ 4 045 pour les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, entre US\$ 4 046 et US\$ 12 535 pour les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et plus de US\$ 12 535 pour les pays à revenu élevé (voir référence 14). CE = consentement de l'époux requis. CP = consentement (ou avertissement pour les États-Unis) parental requis. Pour connaître les limites d'âge gestationnel appliquées dans les pays de la catégorie 6, voir référence 17. Sources: références 7 à 10.

FIGURE 1. Répartition en pourcentage des femmes âgées de 15 à 49 ans dans le monde, en fonction de la catégorie de légalité de l'avortement, selon les régions, 2019



NB: Les six catégories composant le continuum des bases légales de l'avortement sont 1 = aucune raison ; 2 = pour sauver la vie de la femme ; 3 = pour sauver la vie de la femme et préserver sa santé (sans mention explicite de la santé mentale) ; 4 = pour sauver la vie de la femme et préserver sa santé (avec mention explicite de la santé mentale) ; 5 = pour sauver la vie de la femme et préserver sa santé générale/mentale et pour des raisons socio-économiques ; et 6 = aucune restriction quant à la raison (avec exigences liées à l'âge gestationnel ou à d'autres facteurs). Les pays sont répartis en fonction des attributions à des régions telles que définies par la Division de la population des Nations Unies. Ainsi, le Mexique fait partie de l'Amérique latine et pas de l'Amérique du Nord. Sources: références 7 à 10 et 15.

vivent dans des pays où l'avortement est complètement interdit (c'est-à-dire, qui appartiennent à la catégorie 1). Il s'agit sans conteste de la plus grande proportion dans les principales régions du monde. Par ailleurs, la proportion de femmes vivant dans les pays où l'avortement est interdit va de 0% en Amérique du Nord à 7% en Amérique latine et les Caraïbes.

Raisons supplémentaires: viol, inceste et malformation fœtale

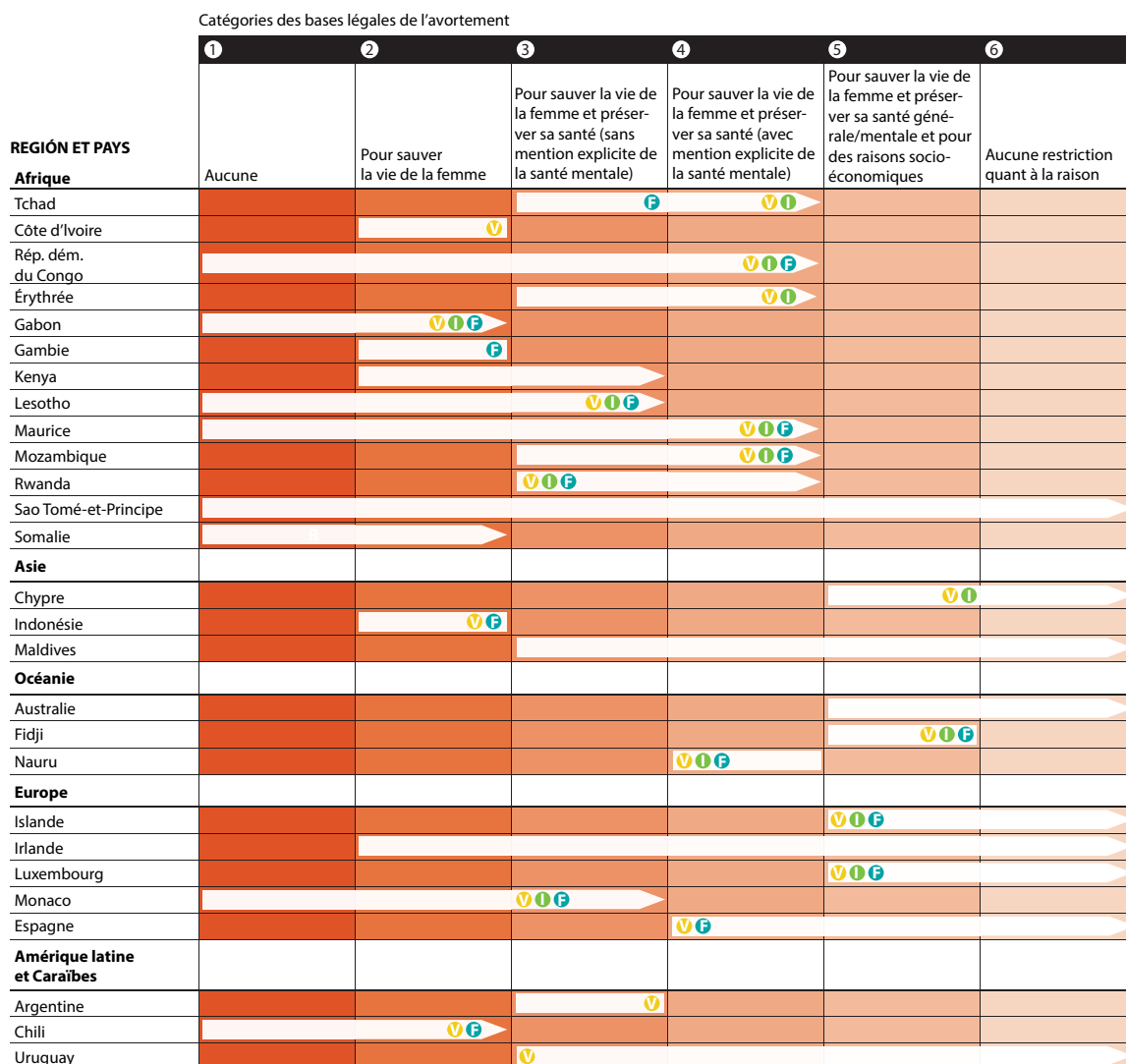
Les raisons légales supplémentaires les plus courantes qui n'entrent pas dans le continuum à six catégories sont le viol, l'inceste et la malformation fœtale. Étant donné que les pays de la catégorie 1 n'autorisent l'avortement sous aucune condition et que les pays de la catégorie 6 l'autorisent sans restriction quant à la raison, nous quantifions ces raisons supplémentaires uniquement dans les pays pertinents des catégories 2 à 5. Ces raisons peuvent jouer

un rôle essentiel pour permettre aux femmes d'avoir accès à un avortement sécurisé légal dans des pays ayant adopté des lois fortement restrictives. Par exemple, à date de 2019, 12 pays de la catégorie 2 (c'est-à-dire, ceux qui autorisent l'avortement uniquement pour sauver la vie de la femme) autorisent également l'avortement dans le cas d'au moins l'une de ces raisons supplémentaires (Tableau 1)**.

Dans les 109 pays ou territoires des catégories intermédiaires, 51 (soit 47%) ne tiennent compte d'aucune raison supplémentaire, 27 (soit 25%) tiennent compte d'une ou deux raisons et 31 (soit 28%) tiennent compte des trois. La plupart des pays appartenant au dernier groupe se trouvent en Afrique subsaharienne, ce qui reflète probablement en partie l'influence du texte normatif du Proto-

**Bhoutan, Brésil, Chili, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Indonésie, Iran, Mali, Mexique, Panama et Soudan.

FIGURE 2. Pays ayant élargi les bases légales autorisant l'avortement qui ont changé de catégorie de légalité de l'avortement, ou ont ajouté au moins l'une des trois raisons supplémentaires les plus courantes, 2008–2019



NB: De nombreuses bases légales autorisant l'avortement sont indépendantes de la catégorisation d'un pays dans le continuum de légalité. Les plus courantes sont celles autorisant l'avortement en cas de viol, d'inceste et de malformation fœtale. Elles sont indiquées dans les quatre catégories où elles s'appliquent de manière logique. Les symboles représentant ces raisons supplémentaires sont ajoutés dans la catégorie du pays concerné au moment de leur adoption. V = viol. I = inceste. F = malformation fœtale. Sources : point de départ et point d'arrivée des pays ayant mené des réformes entre 2008 et 2013 — pour l'Argentine, l'Espagne, Fidji, l'Indonésie, le Kenya, le Lesotho, le Luxembourg, Maurice, Monaco, la Somalie et l'Uruguay, voir référence 11. Pour la Gambie et Sao Tome-et-Principe, les lois nationales individuelles; à disposition des auteurs. Point de départ et point d'arrivée des pays ayant mené des réformes entre 2014 et 2019 — pour l'Australie, le Chili, la Côte d'Ivoire, Chypre, l'Érythrée, le Gabon, l'Irlande, l'Islande, les Maldives, le Mozambique, Nauru, la République démocratique du Congo, le Rwanda et le Tchad, les lois nationales (et des États pour l'Australie) individuelles à disposition des auteurs; voir également (sauf pour le Mozambique et le Rwanda) référence 7.

cole de Maputo de l'Union africaine selon lequel l'avortement doit être légal dans ces trois circonstances¹⁶. De fait, quelques pays avaient commencé à ajouter ces trois raisons avant l'adoption du protocole en 2003, un processus qui s'est poursuivi au cours des 15 dernières années^{5,6}.

Restrictions procédurales de l'accès

Outre les raisons justifiant le recours légal à l'avortement, les lois établissent souvent des exigences administratives, procédurales et règlementaires qui influent directement sur l'accès des femmes à l'avortement sécurisé. Là où ces exigences ne garantissent pas des bénéfices sanitaires ou

autres aux femmes, elles peuvent entraver l'accès à l'avortement. Par exemple, de nombreux pays exigent le consentement d'un parent, d'un tuteur ou de l'époux comme condition préalable à un avortement légal. Parmi les 175 pays et territoires s'appuyant sur au moins une raison légale pour l'avortement (c'est-à-dire, ceux appartenant aux catégories 2 à 6), 39 imposent un avertissement ou un consentement parental pour les mineures¹⁷. Ces pays autorisent pour la plupart l'avortement en s'appuyant sur une base légale élargie (c'est-à-dire, ceux des catégories 5 et 6) et appartiennent surtout à l'Europe. Cependant, 12 pays ou territoires des catégories 2 à 6 exigent que les femmes mariées obtiennent

le consentement de leur époux pour avoir accès à un avortement légal^{††}. Parmi ces derniers, seule la Turquie appartient à la catégorie 6. Ainsi, il s'agit du seul pays autorisant l'avortement sur demande tout en imposant qu'une femme mariée obtienne le consentement de son époux.

Sanctions pénales

La plupart des pays, y compris ceux autorisant l'avortement sans restriction quant à la raison, règlementent l'avortement dans leur code pénal, en vertu duquel tout avortement enfreignant la loi peut être puni de peines d'amende et d'emprisonnement. Les sanctions varient considérablement d'un pays à l'autre. Les lois de la majorité des pays des catégories 1 à 5 pénalisent aussi bien la femme ayant recours à l'avortement que le professionnel de santé ou le prestataire non professionnel qui le pratique. En outre, le Code pénal d'au moins 28 pays pénalise la communication d'informations au grand public concernant la disponibilité de l'avortement¹⁸. Par exemple, la Côte d'Ivoire punit une telle infraction de peines de prison allant de six mois à trois ans, même si les informations communiquées n'entraînent la réalisation d'aucun avortement¹⁹.

Tandis que la plupart des pays n'appliquent pas de telles sanctions, d'autres poursuivent activement les femmes et les prestataires. Par exemple, des poursuites judiciaires sont toujours engagées pour la pratique d'avortement au Salvador²⁰, au Mexique²¹ et au Népal²². Dans ce dernier pays, les actions en justice sont particulièrement inquiétantes. Bien que le pays autorise l'avortement sans restriction quant à la raison, le Code pénal prévoit toujours des sanctions à l'encontre des femmes en cas de recours à un avortement présumé non conforme aux dispositions dudit code pénal. Même lorsque les lois restrictives font l'objet de réformes, leurs effets dévastateurs peuvent se faire sentir pendant longtemps encore. En effet, la plupart des libéralisations ne sont pas rétroactives. En cette matière, le Rwanda fait figure d'exception. En avril 2019, le président Paul Kagame a gracié 370 personnes qui avaient été condamnées pour des faits liés à un avortement. Cette décision prouve que les acteurs gouvernementaux peuvent redresser les torts, lorsqu'ils se le proposent²³.

Enfin, certains pays appliquent des amendes ou des peines de prison moins sévères en cas de circonstances atténuantes, telles comme les avortements qui « évitent une honte » à une femme ou bien sauvent son « honneur » ou celui de sa famille en Angola²⁴, aux Philippines²⁵ et dans le Soudan du Sud²⁶. Autre exemple, l'Éthiopie considère la pauvreté extrême comme un facteur atténuant lors de la détermination de la peine⁸.

AVANCÉES ENTRE 2008 ET 2019

La tendance générale observée entre 1997 et 2007 concernant l'élargissement des bases légales autorisant l'avortement s'est poursuivie entre 2008 et 2019. Au cours de cette période, aucun pays n'a rétrogradé dans le continuum, et 27 ont élargi le nombre de raisons légales pour l'avortement (Figure 2, page 6). Parmi ces derniers, 21 ont chan-

gé de catégorie et six ont ajouté au moins l'une des trois raisons supplémentaires les plus courantes. Huit pays, à savoir le Chili, le Gabon, le Lesotho, Maurice, Monaco, la République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe et la Somalie, sont passés de l'interdiction totale à l'autorisation de l'avortement pour au moins une des raisons légales. Parmi eux, la libéralisation de la Somalie était la plus limitée, tandis que celle de Sao Tomé-et-Principe était la plus large.

En outre, les réformes de loi ont connu des différences à l'échelle régionale. L'Afrique subsaharienne comptait le plus grand nombre de pays ayant élargi leurs bases légales (soit 13), un effet probable de la mise en œuvre du Protocole de Maputo. En Amérique latine et les Caraïbes, la réforme a surtout concerné la région Cône Sud: l'Argentine, le Chili et l'Uruguay ont tous élargi la légalité de l'avortement. Dans d'autres régions, les avancées ont été plus disparates sur le plan géographique.

Voies des réformes

La réforme de la loi relative à l'avortement a principalement eu lieu via la législation et les décisions judiciaires; la réforme constitutionnelle a joué un rôle mineur. Les conventions et les protocoles régionaux et internationaux ont contribué à soutenir les acteurs de plaidoyer nationaux en faveur d'une réforme juridique.

• **Législation.** Les libéralisations ont principalement eu lieu par le biais du processus législatif, par la réforme du Code pénal dans bien des cas. Le Chili est l'un des nombreux pays à s'être engagés sur cette voie. En 2017, la présidente de l'époque, Michelle Bachelet, a dirigé les actions ayant permis de réformer l'interdiction totale de l'avortement dans son pays. Depuis, le Chili autorise l'avortement quand la vie de la femme est en danger, et en cas de viol ou de malformation fœtale fatale²⁷. Le Tribunal constitutionnel du pays a rejeté les recours contre la nouvelle loi en réaffirmant sa conformité à la Constitution du Chili²⁸. Un autre pays à revenu élevé d'Amérique du Sud, l'Uruguay, a légalisé l'avortement en 2012. Il est ainsi devenu le premier pays latino-américain de l'Amérique du Sud à rejoindre la catégorie 6²⁹. Cette même année, le pays subsaharien Sao Tomé-et-Principe a parcouru l'ensemble du continuum de légalité³⁰, un accomplissement inégalé, si ce n'est par la dépénalisation du Népal³¹. Plus récemment, en mai 2019, le Parlement islandais a adopté une loi autorisant l'avortement sur demande jusqu'à 22 semaines³².

• **Décisions judiciaires.** Dans plusieurs pays, des décisions de justice ont également entraîné d'importantes réformes juridiques. En 2012, la Cour suprême nationale d'Argentine a rendu une décision expliquant que la loi autorise l'avortement pour toutes les femmes enceintes à la suite d'un viol, et pas seulement les femmes présentant un handicap mental, comme le suggérait le texte ambigu de la loi. Cette décision a permis de clarifier qu'aucune autorisation

^{††}Arabie saoudite, Corée du Sud, Émirats arabes unis, Guinée équatoriale, Indonésie, Japon, Koweït, Maroc, Syrie, Taïwan, Turquie et Yémen.

judiciaire n'était requise au préalable³³. La même année, la Cour suprême fédérale du Brésil a décidé d'autoriser l'avortement en cas d'anencéphalie, une malformation fatale du tube neural¹³.

Souvent, les décisions judiciaires tiennent compte des jurisprudences et des recommandations des organismes régionaux et internationaux des droits de l'homme. Par exemple, la République démocratique du Congo illustre la manière dont les États membres de l'Union africaine peuvent transposer les dispositions du Protocole de Maputo sur l'avortement sécurisé dans le droit national. Le protocole exige que les pays l'ayant ratifié légalisent l'avortement selon les termes de la catégorie 4, en tenant compte des trois raisons supplémentaires les plus courantes¹⁶. Douze ans après sa ratification du traité en 2006, la République démocratique du Congo a publié le protocole dans son Journal officiel³⁴. Étant donné que, selon la Constitution du pays, le droit international prime sur les lois nationales, la publication du Protocole de Maputo en 2018 signifie que ses critères remplacent le Code pénal du pays. Ainsi, le protocole est devenu la loi nationale. Le président de la Cour constitutionnelle a publié une circulaire établissant cette hiérarchie et empêchant toute action pénale à l'encontre des nouvelles bases légales établies par le Protocole de Maputo³⁵.

• **Réforme constitutionnelle.** Trois pays ont adopté des mesures constitutionnelles (au niveau national) influant sur la légalité de l'avortement. Grâce à sa Constitution adoptée en 2010 par référendum, le Kenya a changé de place dans le continuum en autorisant les avortements pour protéger la santé de la femme³⁶. La nouvelle Constitution de la Somalie, approuvée en 2012, autorise l'avortement pour sauver la vie de la femme³⁷. En mai 2018, l'Irlande a organisé un référendum abrogeant le huitième amendement de sa Constitution. Datant de 1983, ce dernier reconnaissait le droit à la vie du « non-encore-né » et le plaçait sur un pied d'égalité avec la femme enceinte³⁸. Après qu'une large majorité de ses citoyens (soit 66%) ont voté en faveur de son abrogation³⁹, l'Irlande a rapidement promulgué une loi autorisant l'avortement jusqu'à 12 semaines de grossesse⁴⁰.

En plus, au cours de la dernière décennie, une poignée de Constitutions fédérales et de constitutions des États fédérés individuels ont été amendées afin d'inclure la protection de la vie dès la conception. De tels amendements ont été adoptés au Kenya et dans 17 des 31 États du Mexique, même si sept d'entre eux mentionnent explicitement l'exclusion des cas contrindiqués par la loi⁴¹. Les amendements visant à protéger la vie avant la naissance n'ont pas toujours une incidence juridique directe sur l'avortement, mais entraînent souvent une incertitude quant au statut juridique de l'avortement. En effet, les tribunaux de certains

pays s'y réfèrent afin de justifier les restrictions appliquées à l'avortement.

Changements liés à l'accès

Les lois autorisant l'avortement sur la base de raisons spécifiques ne s'accompagnent pas nécessairement d'un accès à des services d'avortement sécurisé dans ce cadre. L'application pleine et efficace de la loi est essentielle pour exercer tout droit. Récemment, plusieurs pays ont amélioré l'accès à l'avortement en élargissant l'application de leurs lois déjà en vigueur à l'aide de directives ministérielles, de décisions judiciaires et de réglementations, mais aussi à d'autres politiques gouvernementales. Ces directives apportent souvent une certitude juridique en explicitant, via des spécifications procédurales, l'âge gestationnel pour lequel l'avortement est autorisé, les personnes autorisées à le pratiquer, les méthodes à utiliser et les lieux proposant une telle intervention.

Cependant, ces mêmes politiques peuvent également ériger des obstacles à l'accès à l'avortement légal. En effet, une approbation de la part de plusieurs médecins peut être exigée dans des pays comptant très peu de médecins. La condition selon laquelle un seul type spécifique de professionnels de santé peut pratiquer un avortement et fournir des soins liés empêche le partage des tâches au sein du personnel, lequel permettrait de renforcer la disponibilité et de diminuer les coûts⁴². Les réglementations connexes qui restreignent inutilement la pratique de l'avortement aux établissements de santé de niveau supérieur limitent davantage l'accès en temps opportun, au même titre que les conditions préalables procédurales, comme les périodes d'attente et les conseils directifs obligatoires (par opposition aux conseils liés au consentement éclairé)⁴³.

• **Législation.** En France, la loi de 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes a supprimé l'exigence selon laquelle une femme doit être « en détresse » pour bénéficier d'un avortement légal. Dans le droit français, les professionnels médicaux refusant d'offrir des services liés à l'avortement, voire de communiquer des informations à leur sujet, sont passibles de sanctions⁴⁴. Par ailleurs, deux pays ont réduit les obstacles financiers. En 2014, Israël⁴⁵ a élargi la tranche d'âge à laquelle les femmes peuvent bénéficier automatiquement d'un avortement financé par l'État⁴⁶, et, en 2018, le gouvernement du Népal⁴⁶ a voté la gratuité de l'avortement pour toutes les femmes n'ayant pas les moyens financiers requis.

Toutefois, de nombreux autres gouvernements ont voté des lois visant à restreindre l'accès à l'avortement légal, souvent en définissant une limite d'âge gestationnel plus précoce. Entre 2008 et 2019, les lois de 18 États américains au total (sauf celles qui ont été invalidées) ont fixé à 20 ou 22 semaines la limite d'âge gestationnel, correspondant au seuil de viabilité, pour recourir à un avortement légal⁴⁷. Trois pays (l'Arménie, la Fédération de Russie et la Slovaquie)⁴⁸ et trois États américains (l'Arizona, la Caroline du Nord et le Tennessee) ont adopté une mesure rétrograde courante, à savoir des périodes d'attente obligatoires avant

##Avant 2014, les avortements faisaient partie intégrante de l'« enveloppe santé » du gouvernement destinée aux femmes de moins de 20 ans ou de plus de 40 ans, à toutes les femmes enceintes à la suite d'un viol ou d'un inceste, et aux femmes dont la santé était en danger. Désormais, toute femme âgée de 33 ans au maximum a le droit à un avortement financé par l'État, indépendamment de la raison.

la réalisation d'un avortement légal⁴⁷. Huit autres États américains ont allongé les périodes d'attente existantes. La Fédération de Russie et la Macédoine du Nord ont ajouté une exigence de conseils directifs obligatoires⁴⁸, à l'instar de l'Arizona, de la Caroline du Nord et de l'Iowa. En comptant ces derniers, le nombre de gouvernements des États américains ayant voté de telles lois de conseils obligatoires s'élève désormais à 30⁴⁷. En outre, la Macédoine du Nord et 12 États américains ont adopté une législation imposant une échographie à toute femme ayant recours à l'avortement, portant à 15 le nombre d'États suivant cette tendance. Trois États exigent que le prestataire montre l'image à la femme.

• **Décisions judiciaires.** En 2009, au Népal, dans le cadre de l'affaire *Lakshmi c. Népal*, la Cour suprême a obligé le gouvernement à garantir l'accessibilité et le coût abordable des services liés à l'avortement légal⁴⁹. En 2014, le Tribunal constitutionnel de Bolivie a rejeté une exigence d'une autorisation judiciaire pour les femmes ayant recours à l'avortement après avoir subi un viol⁵⁰. En 2016, la décision de la Cour suprême des États-Unis dans le cadre de l'affaire *Whole Woman's Health c. Hellerstedt* a précisé que les réglementations sur l'avortement doivent conférer des bénéfices l'emportant sur le fardeau qui pèse sur les femmes. Ainsi, les réglementations visant à rendre l'accès à l'avortement plus difficile ont été invalidées⁵¹. Parmi ces réglementations figuraient des exigences liées à la taille des infrastructures et à la capacité des médecins à admettre des patients dans les hôpitaux.

• **Directives ministérielles.** Le Ghana et le Pérou constituent des exemples louables de la capacité des directives à améliorer l'accès. En 2012, au Ghana, la publication *Prevention & Management of Unsafe Abortion: Comprehensive Abortion Care Services, Standards and Protocols* contenait plusieurs directives améliorant l'accès. Par exemple, en cas de viol, la parole de la femme est suffisante. Elle n'a plus besoin de fournir des preuves juridiques⁵². En 2014, les directives du Pérou concernant l'avortement⁵³ ont été formulées suite à la présentation de pétitions devant deux organes des Nations Unies qui surveillent la mise en œuvre des traités internationaux sur les droits de l'homme. Dans le cadre de l'affaire *LC c. Pérou*, le Comité des Nations Unies pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et, dans le cadre de l'affaire *KL c. Pérou*, le Comité des droits de l'homme, ont tous deux condamné le refus du pays d'accorder aux femmes qui en avaient besoin l'accès à des services d'avortement légal^{54,55}.

Toutefois, les dispositions des directives ministérielles peuvent s'avérer plus vulnérables: il est beaucoup plus facile d'abroger de telles directives par rapport à des instruments constitutionnels, législatifs et judiciaires, comme le démontrent des événements survenus au Kenya et en Ouganda. En 2012, le ministère de la Santé du Kenya a publié le texte intitulé *Standards & Guidelines for Reducing Morbidity & Mortality from Unsafe Abortion* en vue de clarifier la loi sur l'avortement et de fournir des recommandations sur l'avortement sécurisé⁵⁶. L'année suivante, ces

dernières ont été supprimées dans des circonstances douteuses: un avis menaçait de sanctionner les prestataires qui se formaient aux soins liés à l'avortement sécurisé. Toujours en 2012, l'Ouganda a actualisé ses directives intitulées *National Policy Guidelines for Sexual and Reproductive Health Services*, mais les raisons légales autorisant l'avortement en cas de viol, d'inceste et de malformation fœtale (qui figuraient dans la version du texte publiée en 2006) avaient été supprimées⁵⁷. La version suivante des directives publiée en 2015 a été immédiatement remise en question par des parties prenantes et invalidée. À date de 2019, aucune version n'a encore été rétablie: les femmes souhaitant avorter et les agents de santé n'ont accès à aucun conseil concernant les meilleures pratiques ou les exigences administratives et juridiques⁵⁸.

Avancées en matière de droit international

Les normes juridiques internationales continuent d'influer sur l'évolution des lois nationales relatives à l'avortement. Grâce aux progrès inscrits dans les documents de consensus internationaux, comme le Programme d'action adopté lors de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994, mais aussi la Déclaration et le Programme d'action de Beijing de 1995, les organes de traités sur les droits de l'homme des Nations Unies ont reconnu les lois restreignant l'avortement comme une violation des droits de l'homme. Ils ont quasiment tous appelé les pays à réformer de telles lois afin de remplir leurs obligations en matière de droits de l'homme. Par exemple, en 2013, dans le cadre de l'affaire *Mellet c. Ireland*, le Comité des droits de l'homme des Nations Unies a reconnu que la pénalisation de l'avortement constitue une violation du droit international relatif aux droits de l'homme et a demandé à l'Irlande de réformer ses lois, y compris sa Constitution, le cas échéant⁵⁹.

La dépénalisation de l'avortement a été inscrite dans plusieurs recommandations des organes de traités envoyées aux pays et États signataires, une étape essentielle pour en garantir l'accès et lutter contre la stigmatisation. En effet, les organismes régionaux créés en vertu des droits de l'homme ont joué un rôle tout aussi important au cours de la dernière décennie. Dans le cadre de deux affaires concernant la Pologne, la Cour européenne des droits de l'homme a confirmé les obligations des États membres du Conseil de l'Europe de garantir l'accès à l'avortement légal et de veiller à ce que les clauses d'objection de conscience des prestataires n'empêchent pas les patientes de bénéficier de soins de santé légaux^{60,61}. Dans une affaire italienne, le Comité européen des Droits sociaux a reconnu que la tendance des clauses d'objection de conscience à entraver l'accès aux services liés à l'avortement peut enfreindre le droit à la santé^{62,63}.

De même, la Commission et la Cour interaméricaine des droits de l'homme ont ordonné aux gouvernements du Nicaragua et du Salvador de fournir les soins médicaux qui avaient été refusés sur la base des lois restreignant l'avortement. Dans le cadre de l'affaire survenue en 2010

au Nicaragua, le tribunal a exigé que le gouvernement fournisse le traitement contre le cancer qui avait été refusé à une femme enceinte à cause du risque de fausse couche⁶⁴. Dans le cadre de l'affaire survenue en 2013 au Salvador, le tribunal a ordonné le recours à un avortement pour éviter le décès d'une femme enceinte⁶⁵. Par ailleurs, la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples a lancé une campagne pour la dépénalisation de l'avortement en Afrique en 2016 afin de garantir la conformité des États aux raisons légales autorisant l'avortement médicalisé spécifiées dans le Protocole de Maputo⁶⁶. L'année suivante, les dirigeants de tout le continent ont souscrit à la Déclaration des dirigeants africains sur la légalisation de l'avortement sécurisé en tant que droit de l'homme⁶⁷.

DISCUSSION ET CONCLUSIONS

Classer les pays et leurs avancées dans le continuum de légalité est une première étape permettant de déterminer les conditions légales dans lesquelles les femmes ont le droit de bénéficier d'un avortement sécurisé. Il est encourageant de constater que la capacité des femmes à bénéficier d'un avortement légal s'est améliorée au cours de la dernière décennie et que la tendance à la libéralisation dans le monde se poursuit. Aucun pays n'a reculé en supprimant des raisons légales, même si plusieurs ont imposé des exigences compliquant l'accès à l'avortement en temps opportun. La tendance plus vaste consistant à ajouter des raisons légales peut s'expliquer en grande partie par un consensus sur la nécessité d'éradiquer les avortements non sécurisés et de garantir l'autonomie reproductive des femmes⁶⁸.

Les réformes réussies impliquent autant de voies différentes qu'il y a de sous-régions ou de pays. Les décisions efficaces dans des contextes culturels précis ne produisent pas toujours les mêmes résultats ailleurs, même si des modifications sont apportées. Cet état des lieux ne couvre pas les nombreuses tentatives de réformes qui n'ont pas abouti ou sont à l'arrêt: cela prouve la difficulté à changer une pratique interdite depuis des siècles autant sur le plan culturel que religieux. Par exemple, les tentatives prometteuses d'ajouter des raisons légales en Angola, en Bolivie et en Sierra Leone ont stagné. Dans certains cas, le moment n'était pas propice sur le plan politique, et, par conséquent, les conditions n'étaient pas réunies pour engager une réforme. Dans d'autres cas, le contraire s'est produit, à l'instar des manifestations populaires en Pologne⁶⁹ et en Espagne⁷⁰ qui ont permis de contrecarrer les projets de loi visant à interdire l'avortement ou à en restreindre l'accès.

Même après l'adoption d'une loi plus libérale, l'élargissement de la base légale n'est pas forcément le gage d'un accès plus vaste. Les pays peuvent mettre des années à instaurer un environnement favorisant des services liés à l'avortement sûr et accessible. Dans le faisceau de mesures que les gouvernements doivent prendre figurent l'information et l'éducation de toutes les parties concernées (c'est-à-dire le grand public, les politiciens, les personnels de santé, le personnel des pharmacies, ainsi que les acteurs de la police et de la justice). Il faut informer aux toutes ces parties quant à la

légalité de l'avortement, former les personnels de santé aux meilleures pratiques en matière de services liés à l'avortement, expliquer aux responsables des institutions sanitaires les processus d'achat et de conservation des médicaments et des équipements de pointe, et insister aux établissements qu'ils offrent à grande échelle des services aux coûts abordables et mettent en place des mécanismes de responsabilisation permettant de lutter contre les refus de prestation de services et les soins de mauvaise qualité. L'obstacle potentiellement le plus difficile à surmonter est la stigmatisation ancrée, qui continue d'exister dans tous les milieux. Même dans les pays autorisant l'avortement sans restriction quant à la raison, le poids de la condamnation sociale peut toujours amener des femmes à mettre leur santé en danger en ayant recours à un avortement éventuellement non sécurisé en dehors des services officiels⁷¹.

Le manque de clarté entourant la raison « de protection de la santé » continue d'entraver l'accès à l'avortement. Tous les États membres de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont adopté sa définition de la santé, à savoir « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »⁷². Dans le cadre de ses recommandations au sujet de l'avortement sécurisé, l'OMS a demandé aux États membres d'interpréter les raisons portant sur la santé conformément à cette définition⁷³. Toutefois, peu de progrès encore ont été réalisés pour atteindre cet objectif fondamental.

Des lois incomplètes ou incohérentes peuvent aussi entraver l'accès à des interventions sécurisées. Les dispositions sur l'avortement de nombreux pays sont déroutantes, voire contradictoires, ce qui génère de l'incertitude quant à la légalité effective de l'avortement. L'exemple de la République démocratique du Congo illustre probablement le mieux les complexités liées à l'établissement d'une jurisprudence en raison de dispositions contradictoires. En 2019, le pays comptait trois dispositions concurrentes, à savoir le Code pénal interdisant tous les avortements⁷⁴, une loi de santé publique autorisant l'avortement pour sauver la vie de la femme et dans les cas de malformation fœtale incompatible avec la vie⁷⁵, ainsi que la publication du Protocole de Maputo au Journal officiel accompagnée d'une circulaire de la Cour constitutionnelle élevant les critères du protocole au rang de loi nationale^{34,35}. Étant donné que, selon les dispositions constitutionnelles, la loi internationale prime sur la législation du pays⁷⁶, les raisons du Protocole de Maputo sont celles présumées en vigueur. Pour clarifier la loi de tout pays, il est essentiel d'harmoniser les critères contradictoires des législations nationales et de s'attaquer aux incohérences entre le contenu des lois et leurs directives ou politiques d'application.

La pleine application de la loi est fondamentale. Dans plusieurs pays, l'avortement légal est disponible à grande échelle sur la base de quelques raisons légales seulement. L'exemple de l'Éthiopie est d'ailleurs très parlant. En 2006, le pays a amélioré l'accès à l'avortement légal en autorisant les professionnels de santé à accepter l'âge donné de la

femme sans preuve d'identité⁷⁷. Le Code pénal précisait déjà que la parole de la victime suffisait pour avoir recours à un avortement suite à un viol ou à un inceste⁸. Ainsi, et suite à d'autres réformes, la proportion des avortements qui sont pratiqués dans des établissements de santé (dits, légaux) en Éthiopie a presque doublé entre 2008 et 2014, de 27% à 53%⁷⁸. En outre, l'Éthiopie a élargi la portée et amélioré la qualité des soins après avortement pour les interventions toujours clandestines. L'impact probablement combiné de ces réformes peut être observé dans la diminution importante du nombre de décès liés à l'avortement, selon les données rapportées dans une analyse sur la mortalité maternelle entre 1980 et 2012⁷⁹. Même lorsque la loi autorise l'avortement uniquement selon un nombre limité de raisons, les interprétations larges de ces dernières et la communication d'informations précises sur le misoprostol peuvent réduire le nombre d'avortements non sécurisés et permettre aux femmes de bénéficier d'une meilleure autonomie reproductive.

Les lois définissant des limites précoces d'âge gestationnel peuvent empêcher les femmes d'exercer leur droit d'accès à des interventions légales, face au nombre d'étapes existantes à franchir pour avoir recours à un avortement. Lorsque des conditions préalables bureaucratiques chronophages qui ne sont liées ni à la sécurité ni à la qualité des soins (par exemple, des périodes d'attente et des conseils directs obligatoires) doivent être remplies dans la limite d'âge gestationnel requise, la capacité des femmes à accéder à l'avortement dans le cadre de la loi risque d'être compromise. Si l'accès à un avortement au cours du premier trimestre de grossesse connaît des retards, les femmes peuvent être tentées d'avoir recours à l'avortement à un âge gestationnel plus avancé, une intervention à laquelle moins de professionnels sont formés⁴². En outre, elles pourraient opter pour un avortement clandestin ou être forcées de mener une grossesse non planifiée à terme, avec les risques et les difficultés que cela comporte^{80,81}. Par conséquent, les limites d'âge gestationnel doivent être ajustées afin qu'elles n'empêchent pas l'accès à un avortement légal. En outre, elles doivent toujours être repoussées dans des circonstances exceptionnelles. En 2020, les confinements et les suspensions de l'accès aux soins liés à l'avortement dans le cadre de la lutte contre la pandémie de COVID-19 sont des exemples frappants de la manière dont des circonstances imprévues peuvent amener les femmes à avoir recours à l'avortement au-delà des limites légales d'âge gestationnel.

Même si la formulation des clauses d'objection de conscience est censée en éviter le recours à grande échelle, des refus illégaux coordonnés de fournir des services liés à l'avortement ont été enregistrés dans des établissements^{82,83}. De tels recours abusifs à l'objection de conscience peuvent retarder le processus, voire empêcher les femmes de bénéficier d'un avortement légal. Lorsque ces clauses sont utilisées, les femmes doivent être renvoyées immédiatement vers un autre prestataire formé acceptant de fournir le service requis. Il est essentiel que les pays surveillent les condi-

tions dans lesquelles les femmes ne peuvent pas exercer leur droit d'accès à l'avortement, mais aussi qu'ils prennent des mesures d'application de la loi, le cas échéant. Pour diminuer le recours aux clauses d'objection de conscience, une piste prometteuse consiste à élargir le recours aux avortements médicamenteux, car les prestataires du monde entier sont plus enclins à offrir des comprimés à une femme qu'à effectuer un acte chirurgical⁸⁴.

Le recours accru à l'avortement médicamenteux (à l'aide du protocole hautement efficace associant le misoprostol à la mifépristone, ou bien à l'aide du misoprostol seul, une méthode moins efficace) a généré de nombreuses opportunités d'accès élargi et de sécurité renforcée. Dans les milieux appliquant des restrictions, l'avortement médicamenteux peut rendre les avortements clandestins plus sûrs. Les données probantes montrent que l'utilisation de plus en plus répandue du misoprostol seul dans un tel pays restrictive, le Brésil, a été associée à des complications moins graves à l'issue d'interventions clandestines⁸⁵ et, partant, probablement à une diminution du nombre de décès. D'autres études ont mis en évidence que seule communiquer d'informations sur l'utilisation correcte du misoprostol, sans fournir le médicament, diminue les risques que les avortements clandestins sont susceptibles d'engendrer^{86,87}.

Cependant, les technologies médicales et de communication connaissent des développements plus rapides que les lois réglementant l'avortement. Nombre de lois obsolètes exigent que l'avortement médicamenteux soit proposé dans des établissements de santé tertiaires uniquement par des professionnels hautement qualifiés. Ces règles ont manifestement survécu à leur pertinence, étant donné que l'avortement médicamenteux peut être pratiqué de façon sécurisée par un vaste éventail de membres du personnel des centres de soins primaires⁴². En outre, l'OMS a approuvé deux des trois étapes requises dans le cadre de l'avortement médicamenteux auto-administré⁸⁸. Face à l'amélioration de la précision et de la disponibilité des tests de grossesse multiniveaux, les femmes seront en meilleure capacité d'évaluer elles-mêmes si leur avortement médicamenteux a fonctionné⁸⁹. Dès lors que les femmes seront en capacité de mieux contrôler le moment et le lieu de leur avortement sécurisé, les lois en restreignant la légalité et l'accès seront de plus en plus malavisées et de plus en plus inutilement punitives. Dites lois ont pour principal effet de diminuer l'autonomie reproductive. En parallèle, les réglementations et législations archaïques doivent être actualisées pour refléter la nouvelle donne.

Les réformes juridiques visant à diminuer les complications en améliorant la qualité et la couverture des soins après avortement doivent rester à l'ordre du jour mondial en matière de santé. À l'heure actuelle, il est impératif d'optimiser les soins après avortement pour diminuer le nombre d'incapacités et de décès suite aux avortements qui sont inévitablement enregistrés dans les pays ayant des lois restrictives. Il serait plus judicieux de légaliser l'avortement selon une base légale élargie et de permettre aux

femmes du monde entier d'y avoir accès. Cela constituerait une avancée majeure vers une meilleure santé et une plus grande autonomie reproductive à l'échelle de la planète.

RÉFÉRENCES

1. Bearak J et al., Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019, *Lancet Global Health*, 2020, 8(9):e1152–e1161, [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30315-6).
2. Ganatra B et al., Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model, *Lancet*, 2017, 390(10110):2372–2381, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4).
3. Meckstroth KR et Paul M, First-trimester aspiration abortion, dans: Paul M et al., eds., *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care*, Oxford: Blackwell Publishing, 2009, pp. 136–137.
4. Singh S et Maddow-Zimet I, Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries, *BJOG*, 2016, 123(9):1489–1498, <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.13552>.
5. Rahman A, Katzive L et Henshaw SK, A global review of laws on induced abortion, 1985–1997, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(2):56–64, <http://dx.doi.org/10.2307/2991926>.
6. Boland R et Katzive L, Évolution des législations relative à l'IVG: 1998–2007, *Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique*, numéro spécial de 2009, pp. 14–24, https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/3501409f.pdf.
7. Center for Reproductive Rights (CRR), The world's abortion laws, sans date, <https://reproductiverights.org/worldabortionlaws>.
8. Criminal Code of the Federal Democratic Republic of Ethiopia, Proclamation No. 414/2004, <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/et/et011en.pdf>.
9. Assembleia da República de Moçambique, Lei da Revisão do Código Penal, Lei n° 35/2014, 31 décembre, 2014, <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/01-Mozambique-Penal-Code-2013.pdf>.
10. Ministère de la Santé [Rwanda], Arrêté ministériel N°002/moh/2019 déterminant les conditions devant être remplies pour qu'un médecin pratique l'avortement, 8 d'avril, 2019, <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/10-Rwanda-Order-on-abortion-MoH-2019.pdf>.
11. CRR, *Abortion Worldwide: 20 Years of Reform, Briefing Paper*, New York: CRR, 2014, <https://www.reproductiverights.org/document/abortion-worldwide-20-years-of-reform>.
12. Government of the Republic of Zambia: The Penal Code (Amendment) Act of 2005, 28 septembre, 2005.
13. Supremo Tribunal Federal (STF), Gestantes de anencéfalos têm direito de interromper gravidez, *Notícias STF*, Brasília, Brésil, 12 avril, 2012, <http://stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=204878>.
14. Groupe de la Banque mondiale, World Bank country and lending groups, sans date, <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>.
15. Organisation des nations Unies (ONU), Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, *World Population Prospects, the 2019 Revision*, 2020, <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>.
16. Union africaine, Le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique (Protocole de Maputo), 2003, https://www.un.org/fr/africa/osaa/pdf/au/protocol_rights_women_africa_2003f.pdf.
17. CRR, catégories de légalité de l'avortement, limites d'âge gestationnel, et pré-requis de consentement marital et parental, à la date de 26 avril, 2019, <https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/World-Abortion-Map.pdf>.
18. Organisation mondiale de la Santé (OMS), General Abortion Policies Database, sans date, Clinical and service-delivery aspects of abortion, <https://abortion-policies.srhr.org/>.
19. Côte d'Ivoire, Loi n° 2019-574 Portant Code Pénal, 10 juillet, 2019.
20. CRR et La Agrupación Ciudadana, *Marginalized, Persecuted and Imprisoned: The Effects of El Salvador's Total Criminalization of Abortion*, New York: CRR, 2014, <https://reproductiverights.org/document/report-on-the-effects-of-el-salvadors-total-criminalization-of-abortion>.
21. Paine J, Noriega RT et Puga ALB, Using litigation to defend women prosecuted for abortion in Mexico: challenging state laws and the implications of recent court judgments, *Reproductive Health Matters*, 2014, 22(44):61–69, [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(14\)44800-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(14)44800-6).
22. CRR et Forum for Women, Law and Development (FWLD), *Reforms Required in Laws Related to Abortion and Legal Enforcement: Facts Revealed from the Review of Case-files*, Katmandou, Népal: FWLD, 2018 [en népalais], <http://fwld.org/wp-content/uploads/2020/03/Abortion-factsheetNepali17June018final.pdf>.
23. Republic of Rwanda, Office of the Prime Minister, Statement on Cabinet Decisions of 03.04.2019, 2019, https://www.primature.gov.rw/index.php?id=131&L=0&id=131&rtx_news_pi1%5Bnews%5D=793&rtx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&rtx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=8feac1f6738f7d7458a6d93067a2c38c.
24. Angola, Código Penal, Artigo 140° (Aborto consentido), No. 3, <https://cyber.harvard.edu/population/abortion/Angola.abo.html>.
25. République des Philippines, The Revised Penal Code of the Philippines, Act. No. 3815, 8 décembre, 1930, Articles 256–259, <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/01-PHILIPPINES-REVISED-PENAL-CODE-1930.pdf#page=69>.
26. Soudan du Sud, Penal Code Act, 2008, 10 février, 2009, <https://sudantribune.com/IMG/pdf/penalcodeact2008-2.pdf>.
27. Congreso Nacional de Chile, Regula la Despenalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Tres Causales, Ley 21030, 23 septembre, 2017, <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=1108237&f=2017-09-23&p=>.
28. Tribunal Constitucional de Chile, decision on draft law for reform of Article 119 of Health Code, (2017).
29. República Oriental del Uruguay, Ley n° 18.987 Interrupción Voluntaria del Embarazo, 30 octobre, 2012, <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/02-Uruguay-Legal-Interruption-of-Pregnancy.pdf>.
30. Assembleia Nacional, São Tomé e Príncipe, Código Penal, Lei n° 6/2012, 5 juillet, 2012, <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/01-Sao-Tome-and-Principe-Penal-Code-2012.pdf>.
31. Singh S et al., *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*, New York: Guttmacher Institute, 2018, <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>.
32. Ministry of Health, Government of Iceland, Termination of Pregnancy Act, No. 43/2019, 22 mai, 2019, <https://www.government.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=60ae8fd2-0b91-11ea-9453-005056bc4d74>.
33. *Sentencia: 13 de marzo de 2012, Nro Interno: 259.XLVI*, Corte Suprema de Justicia de la Nación, Buenos Aires, 2012, <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/04-Argentina-FAL-Supreme-Court-Ruling-2012.pdf#page=1>.
34. Cabinet du Président de la République, Protocole à la Charte Africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits de la femme en Afrique, *Journal Officiel de la République Démocratique du Congo*, 59e année, numéro spécial, 14 mars, 2018, <https://www.leganet.cd/Legislation/JO/2018/JOS%2014%2003%202018.pdf>.
35. Cabinet du Président de la République, Circulaire N° 04/

SPCSM/CFLS/EER/2018, Relative à la mise en exécution des dispositions de l'Article 14 du Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relative aux droits de la femme en Afrique, *Journal Officiel de la République Démocratique du Congo*, 59e année, numéro spécial, 5 juin, 2018, <http://www.leganet.cd/Legislation/JO/2018/jos.05.06.2018.o.pdf>.

36. Constitution of Kenya, Art. 26(4), 2010.

37. The Federal Republic of Somalia, Provisional Constitution, Ch. 2, Art. 15(5), 1 août, 2012, <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/som127387.pdf>.

38. Republic of Ireland, Eighth Amendment of the Constitution Act, 1983, <http://www.irishstatutebook.ie/eli/1983/ca/8/enacted/en/html>.

39. Ireland's abortion referendum result in 5 charts, *Irish Times*, 27 mai, 2018, <https://www.irishtimes.com/news/social-affairs/ireland-s-abortion-referendum-result-in-five-charts-1.3509845>.

40. Government of Ireland, Health (Regulation of Termination of Pregnancy) Act 2018, No. 31, (2018), <http://www.irishstatutebook.ie/eli/2018/act/31/enacted/en/html?q=health+regulation+of+termination+of+pregnancy&years=2018>.

41. Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), *Constituciones Estatales que Protegen la Vida desde la Concepción*, sans date, Mexico: Mexique, GIRE, <https://gire.org.mx/consultations/constituciones-que-protegen-la-vida-desde-la-concepcion/>.

42. OMS, *Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement*, 2015, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204495/9789242549263fre.pdf>.

43. Vandewalker I, Abortion and informed consent: how biased counseling laws mandate violations of medical ethics, *Michigan Journal of Gender & Law*, 2012, 19(1), <https://repository.law.umich.edu/mjgl/vol19/iss1/1>.

44. République Française, Pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, Loi n° 2014-873, 4 août, 2014, <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2014/8/4/2014-873/jo/texte>.

45. State of Israel, Ministry of Health, Induced Abortion, sans date, <https://www.health.gov.il/English/Topics/Pregnancy/Abortion/Pages/default.aspx>

46. Federal Parliament of Nepal, Right to Safe Motherhood and Reproductive Health Act, 2075 (2018), Act No. 9 of the year 2075, 18 septembre, 2018, <http://www.lawcommission.gov.np/en/archives/20866>.

47. Nash E, Guttmacher Institute, tableaux spéciaux des données sur les changements survenus entre janvier 2008 et décembre 2019 dans les lois des Etats en matière de limites d'âge gestationnel, et les pré-requis des périodes d'attente, des échographies et des conseils directifs obligatoires.

48. CRR, *Mandatory Waiting Periods and Biased Counseling Requirements in Central and Eastern Europe*, Genève: CRR, 2015, <https://oursplatform.org/resource/mandatory-waiting-periods-biased-counseling-requirements-central-eastern-europe-crr/>.

49. *Lakshmi Dhikta & Others v. Government of Nepal*, Supreme Court of Nepal (2009).

50. Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014, Tribunal Constitucional Bolivia (2014).

51. *Whole Woman's Health v. Hellerstedt*, 136 U.S. Supreme Court 2292 (2016).

52. Ghana Health Service (GHS), Republic of Ghana, *Prevention & Management of Unsafe Abortion: Comprehensive Abortion Care Services, Standards and Protocol*, troisième éd., Accra, Ghana: GHS, 2012, <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/02-Ghana-Comprehensive-Abortion-Care-Services-Standards-and-Protocols-Ghana-Health-Service-2012.pdf>.

53. Ministerio de Salud, Peru, *Guía Técnica Nacional para la*

Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo Menor de 22 Semanas con Consentimiento Informado en el Marco de lo Dispuesto en el Artículo 119º del Código Penal, Lima, Pérou: Ministry of Health, 2014, <http://www.diresacusco.gob.pe/saludindividual/dais/materno/NORMAS%20RTN/03/RM%20486-2014%20-%20GTN%20DE%20ABORTO%20TERAPEUTICO.pdf>.

54. Nations Unies, Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, L.C. c. Pérou, Communication no. 22/2009 (2011), <https://undocs.org/fr/CEDAW/C/50/D/22/2009>.

55. Nations Unies, Comité des droits de l'homme, K.L. c. Pérou, Communication no. 1153/2003 (2005), <https://undocs.org/fr/CCPR/C/85/D/1153/2003>.

56. Ministry of Medical Services, Republic of Kenya, *Standards & Guidelines for Reducing Morbidity & Mortality from Unsafe Abortions in Kenya*, Nairobi, Kenya: Ministry of Medical Services, 2012, <https://www.safeabortionwomensright.org/wp-content/uploads/2018/02/Standards-Guidelines-for-the-Reduction-of-Morbidity-and-Mortality-from-Unsafe-Abortion.pdf>.

57. Ministry of Health, Republic of Uganda, *National Policy Guidelines for Sexual and Reproductive Health Services*, Kampala, Ouganda: Ministry of Health, 2006.

58. Mulumba M et al., Access to safe abortion in Uganda: leveraging opportunities through the harm reduction model, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2017, 138(2):231-236, <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.12190>.

59. CRR, *Breaking Ground, 2018: Treaty Monitoring Bodies on Reproductive Rights*, New York: CRR, 2018, <https://reproductiverights.org/document/breaking-ground-2020-treaty-monitoring-bodies-reproductive-rights>.

60. Cour européenne des droits de l'homme, P. et S. c. Pologne, no. 57375/08 (2012), <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=002-7227>.

61. Cour européenne des droits de l'homme, *Affaire R.R. c. Pologne*, No. 27617/04 (2011), <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-104912>.

62. Comité européen de Droits sociaux, *Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) c. Italie*, réclamation N° 91/2013 (2016), https://www.coe.int/fr/web/european-social-charter/processed-complaints/-/asset_publisher/5GEFkjmH2bYG/content/no-91-2013-confederazione-generale-italiana-del-lavoro-cgil-v-italy?inheriRedirect=false.

63. Comité européen de Droits sociaux, *Fédération internationale pour le Planning familial-Réseau européen (IPPF EN) c. Italie*, N° 87/2012 (2014), https://www.coe.int/fr/web/european-social-charter/processed-complaints/-/asset_publisher/5GEFkjmH2bYG/content/no-87-2012-international-planned-parenthood-federation-european-network-ippf-en-v-italy?inheriRedirect=false.

64. Commission interaméricaine des droits de l'homme, Mesures conservatoires, MC 43-10: "Amelia," Nicaragua, 2010, <http://www.oas.org/fr/cidh/decisiones/mesures-conservatoires.asp?Year=2010&Country=NIC>.

65. Cour interaméricaine des droits de l'homme, Provisional Measures with Regard to El Salvador, Matter of B., 2013, <http://www.corteidh.or.cr/docs/medidas/Bse01ing.pdf>.

66. Union africaine, Statement by Commissioner Lucy Asuagbor during launch of ACHPR Campaign for the Decriminalization of Abortion in Africa, Addis Ababa, Ethiopia, 18 janvier, 2016, <https://www.acdhrs.org/wp-content/uploads/2016/01/Comm-Asuagbor-statement-at-GIMAC-Launch-Revised.pdf>.

67. The Africa Leaders' Declaration on Safe, Legal Abortion as a Human Right, 20 janvier, 2017, <https://www.sexrightsafrika.net/wp-content/uploads/2018/01/AU-Declaration-Safe-Abortion-2017.pdf>.

68. Chavkin W et al., Implementing and expanding safe abortion care: an international comparative case study of six countries, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2018, 143(Suppl. 4):3-11, <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.12671>.

69. Santora M et Berendt J, Polish women protest proposed abortion

- ban (again), *New York Times*, 23 mars, 2018, <https://www.nytimes.com/2018/03/23/world/europe/poland-abortion-women-protest.html>.
70. Sahuquillo M, Decenas de miles protestan en Madrid contra la ley del aborto de Gallardón, *El País*, 1 février, 2014, <https://elpais.com/sociedad/2014/02/01/actualidad/1391248581002084.html>.
71. Singh S et al., Incidence of treatment for postabortion complications in India, 2015, *BMJ Global Health*, 2020, 5:e002372, <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002372>.
72. OMS, *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, Documents fondamentaux*, supplément à la quarante-cinquième édition, octobre 2006, <https://www.who.int/governance/eb/whoconstitutionfr.pdf>.
73. OMS, *Avortement sécurisé: Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, deuxième éd., Genève, OMS: 2013, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78413/9789242548433_fre.pdf?sequence=1.
74. Cabinet du Président de la République, Code Pénal Congolais, Décret du 30 janvier 1940 tel que modifié et complété à ce jour, mis à jour au 30 novembre 2004, *Journal Officiel de la République Démocratique du Congo*, 45e année, numéro spécial, 30 novembre, 2018, <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/fr/cd/cd004fr.pdf>.
75. Cabinet du Président de la République, Loi n° 18/035 du 13 décembre 2018, fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique, *Journal Officiel de la République Démocratique du Congo*, 49e année, numéro spécial, 31 décembre, 2018, <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/Cng190586.pdf>.
76. Cabinet du Président de la République, Constitution de la République Démocratique du Congo, *Journal Officiel de la République Démocratique du Congo*, 52e année, numéro spécial, 5 février, 2011, <https://www.leganet.cd/Legislation/JO/2011/JOS.05.02.2011.pdf>.
77. Family Health Department, Federal Ministry of Health, *Technical and Procedural Guidelines for Safe Abortion Services in Ethiopia*, Federal Democratic Republic of Ethiopia, 2006, <http://phe-ethiopia.org/resadmin/uploads/attachment-161-safeabortionguidelineEnglishprintedversion.pdf>.
78. Moore AM et al., The estimated incidence of induced abortion in Ethiopia, 2014: changes in the provision of services since 2008, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2016, 42(3):111–120, <http://dx.doi.org/10.1363/42e1816>.
79. Berhan Y et Berhan A, Causes of maternal mortality in Ethiopia: a significant decline in abortion related death, *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 2014, 24(Special Issue):15–28, <http://dx.doi.org/10.4314/ejhs.v24i0.35>.
80. Foster DG et al., Socioeconomic outcomes of women who receive and women who are denied wanted abortions in the United States, *American Journal of Public Health*, 2018, 108(3):407–413, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2017.304247>.
81. Upadhyay UD et al., Denial of abortion because of provider gestational age limits in the United States, *American Journal of Public Health*, 2014, 104(9):1687–1694, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2013.301378>.
82. Coppola F et al., Conscientious objection as a barrier for implementing voluntary termination of pregnancy in Uruguay: gynecologists' attitudes and behavior, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2016, 134(Suppl. 1):S16–S19, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.06.005>.
83. Harries J et al., Conscientious objection and its impact on abortion service provision in South Africa: a qualitative study, *Reproductive Health*, 2014, 11(1):16, <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-16>.
84. Advancing abortion care workforce policy, transcript of discussion, paper presented at the Abortion Research E-conference hosted by the London School of Economics, 8–9 juin, 2015, <https://zambiatop.files.wordpress.com/2015/05/transcript-of-discussion-of-theme-1-abortion-care-workforce.pdf>.
85. Singh S, Monteiro MFG et Levin J, Trends in hospitalization for abortion-related complications in Brazil, 1992–2009: Why the decline in numbers and severity? *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2012, 118(Suppl. 2):S99–S106, [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292\(12\)60007-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(12)60007-1).
86. Briozzo L et al., A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2006, 95(2):221–226, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2006.07.013>.
87. Fiol V et al., Improving care of women at risk of unsafe abortion: implementing a risk-reduction model at the Uruguayan-Brazilian border, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2012, 118(Suppl. 1):S21–S27, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.05.006>.
88. OMS, *Utilisation des médicaments dans le cadre d'un avortement*, 2019, Genève: OMS, <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/medical-management-abortion/fr/>.
89. Raymond EG et al., Serial multilevel urine pregnancy testing to assess medical abortion outcome: a meta-analysis, *Contraception*, 2017, 95(5):442–448, <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.12.004>.

Coordonnées de l'auteur: lremez@gutmacher.org