

Les modes de régulation de la reproduction humaine

Incidences sur la fécondité et la santé

Colloque international de Delphes (6-10 octobre 1992)



ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

AIDELF

Effet des avortements non-thérapeuthiques sur la fécondité : les cas de la Hongrie et d'Israël

Eitan F. SABATELLO*

Bureau Central des Statistiques d'Israël et Université Hébraïque de Jérusalem, Jérusalem, Israël

Introduction

L'obligation d'interrompre les grossesses menaçant la santé de la mère ou donnant naissance à un nouveau-né malformé est un fait généralement incontesté, même dans certains pays dotés d'une législation sur l'avortement très restrictive. C'est plutôt à propos des interruptions de grossesse (IVG) non-thérapeuthiques et de la latitude libérale de certains médecins qui prétextent des raisons de santé non fondées que les positions divergent. Le débat est souvent déclenché par ceux qui sont préoccupés par le redressement du niveau de la fécondité, ou tout au moins soucieux d'en arrêter la baisse. Quant aux démographes, ils reconnaissent que l'avortement n'est qu'un des facteurs qui affectent la fécondité : la proportion de femmes mariées (ou de celles vivant maritalement) et le niveau de la pratique contraceptive efficace étant les deux facteurs les plus déterminants, notamment dans les sociétés développées (Bongaarts, 1978). Cependant, il est intéressant de mesurer l'impact des IVG non-thérapeuthiques sur le niveau de fécondité d'une population, tant du point de vue démographique que du point de vue de la santé publique.

Cette étude examine la situation dans deux pays, la Hongrie et Israël⁽¹⁾, en 1988. La Hongrie et Israël présentent certaines similitudes et de nombreuses différences en matière de fécondité ou de contrôle des naissances (Blayo, 1991 ; Baras et Peritz, 1992).

De nos jours, la législation de l'avortement présente des similitudes dans ces deux pays, au sens où elle limite le droit des femmes à une interruption de grossesse ; toutefois, la loi israélienne est plus restrictive que la loi hongroise. L'annexe indique les conditions actuelles dans lesquelles l'avortement est admis dans les deux pays. Par contre, dans le passé, les conditions réglementant les IVG étaient différentes.

En Israël, la loi existe sous sa forme actuelle depuis 1980 ; elle autorise une IVG pour les femmes très jeunes ou les plus âgées, les non-mariées et pour causes thérapeuthiques (malformation du fœtus ou danger pour la santé de la mère). Jusqu'en 1977 l'avortement était interdit - hormis pour des raisons médicales graves - mais il était pratiqué d'une façon

* Les opinions exprimées dans cette communication n'engagent que l'auteur.

L'auteur aimerait remercier Dorith Tal pour sa collaboration à la préparation de la version corrigée de l'article.

(1) Les bureaux de Statistiques de ces deux pays conduisent actuellement une recherche comparative sur les tendances des interruptions volontaires de grossesse. Cette communication n'en est qu'un prologue.

semi-légale dans certains établissements médicaux publics et privés, sans donner lieu à des poursuites judiciaires, excepté dans les cas extrêmement rares, de complications sérieuses. Pendant deux ans, de 1978 au début de 1980, la loi autorisa l'avortement même pour raisons « sociales ou économiques », mais dès février 1980, cette disposition fut abrogée.

En Hongrie, la loi en vigueur depuis 1973, autorise une IVG pour une série de raisons médicales, sociales et économiques, alors que dans les années 1956-1973 l'avortement était libre et pratiqué sur simple demande de la femme, sans justification particulière (Klinger, 1988).

Ce libre accès, associé aux difficultés de se procurer des contraceptifs en Hongrie a contribué à une large pratique de l'avortement et à l'utiliser comme principal moyen du contrôle des naissances. La pilule n'est arrivée en Hongrie que vers le milieu des années 1970, tandis qu'en Israël la contraception moderne, a sans doute, supplanté l'avortement, dès les années 1960 (Friedlander 1973).

Ainsi, à la fin des années 1980 on enregistrait en Hongrie 40 avortements pour 1 000 femmes en âge fécond, sans compter les quelques avortements illégaux (Klinger, 1990, communication personnelle). Par contre, en Israël le taux n'atteignait que 15 avortements légaux pour 1 000 femmes en âge fécond et environ 20 si on ajoute une estimation des IVG illégales (résultats remis à jour selon Sabatello, 1990) : soit un niveau comparable à celui des pays scandinaves ou de l'Angleterre (Henshaw and Morrow 1990).

Toutefois, la majorité des avortements faits en 1988 dans les deux pays ont concerné des femmes mariées, deux tiers en Hongrie et presque 60 % en Israël, soit une distribution tout à fait différente de celle connue des autres pays occidentaux développés.

La femme mariée hongroise ne souhaite qu'un nombre limité d'enfants (Nations Unies, 1977) ; en effet, l'indicateur conjoncturel de fécondité n'était en 1988 que de 1,8, comme dans la plupart des pays européens. Par contre, la femme mariée israélienne souhaite de 3,3 à 3,5 enfants en moyenne (Sabatello, 1986 ; Keysar *et al.*, 1992) et la somme des naissances réduites (SNR) s'élevait en 1988 à 3,1 pour l'ensemble de la population d'Israël, et à 2,7 parmi la majorité juive, la plus développée : un tel niveau est assez rare aujourd'hui dans les pays d'Europe (si ce n'est en Albanie ou dans certaines régions Musulmanes en Yougoslavie), en Amérique du Nord, en Australie et au Japon. Il nous est difficile d'expliquer ces différences de fécondité par les disparités de la scolarité, du développement technologique, de l'urbanisation, du niveau économique ou du revenu - tous bien plus élevés en Israël qu'en Hongrie. Pour les expliquer, il faudrait peut-être recourir à des analyses psychologiques et culturelles, mais elles dépassent le domaine de notre expérience et les limites de cette étude.

I - Les données

Le Bureau Central des Statistiques de la Hongrie et celui d'Israël ont développé un système de collecte de données relatives aux avortements dans le cadre de leur système d'enregistrement des faits d'Etat-Civil. La collecte des données sur l'avortement existe depuis les années cinquante en Hongrie. Les statistiques sont recueillies à partir de formulaires individuels remplis par les femmes demandant un avortement, ce qui, depuis trente-cinq ans, permet des analyses selon plusieurs caractéristiques démographiques et sociales. Par

contre, en Israël, les données n'existent que depuis 1979 et jusqu'en 1987 elles furent basées sur des rapports agrégatifs des IVG que les commissions médicales sont obligées, par la loi, d'envoyer tous les mois au Ministère de la Santé. Ce n'est que depuis 1988 que ces rapports incluent aussi le nombre de demandes déposées et le nombre de réponses positives. Dans le courant de la même année, le système a été complété par la collecte de formulaires individuels de demande d'avortement par le Bureau Central de Statistiques. C'est sur cette dernière source que reposent les données présentées pour Israël⁽²⁾.

II - Les tendances dans les années 1980

Les données de la décennie quatre-vingts (tableau 1) montrent que l'écart entre les niveaux d'avortement légal entre Israël et la Hongrie n'a fait qu'augmenter durant ces années. Le taux général d'avortement (TGA), a augmenté en Hongrie de 36 à 41 pour 1 000 femmes en âge fécond (Hanshaw et Morrow, 1990), alors qu'en Israël il a diminué de 18-20 à 15 (CBS 1991).

TABLEAU 1 - AVORTEMENTS LEGAUX ET AVORTEMENTS THERAPEUTIQUES EN HONGRIE ET EN ISRAEL, 1980-1990

Année	Avortements en Hongrie			Avortements en Israël ⁽²⁾		
	Total	dont % thérap. ⁽¹⁾	pour 1 000 femmes 15-44 ans	Total	dont % thérap. ⁽³⁾	pour 1 000 femmes 15-44 ans
1980	80 882	15,8	36,3	14 708	49,6	18,0
1981	78 421	15,8	35,3	14 514	53,3	17,4
1982	78 682	15,1	35,5	16 829	50,0	19,8
1983	78 599	14,8	35,5	15 593	48,8	17,9
1984	82 191	14,7	37,0			
1985	81 970	14,9	36,9			
1986	83 586	14,2	37,7			
1987	84 547	13,4	38,2	15 290	44,5	16,0
1988	87 106	12,4	39,5	15 255	45,6	15,6
1989	90 508	10,5	41,1	15 216	51,4	15,2
1990				15 509	47,6	14,9

Sources : Bureau Central des Statistiques de la Hongrie et d'Israël.

- 1 Selon le paragraphe de la loi se référant à la « santé ».
- 2 En 1984-86 certaines commissions médicales auraient reporté deux fois la même IVG. Les totaux relatifs à ces années (17 100 - 18 900) devraient être réduits d'environ 15 %.
- 3 Selon le paragraphe de la loi se référant à l'« atteinte à la santé de la femme » et à la « malformation du fœtus ».

(2) En Israël, la différence entre le nombre de demandes d'avortement et le nombre de demandes acceptées est probablement une composante importante du "marché noir" des IVG. Les taux calculés sur la base de la statistique des demandes n'exagèrent donc pas nécessairement l'ampleur du phénomène (même s'ils modifient peut-être un peu la répartition selon certaines caractéristiques démographiques). De plus, un certain nombre de femmes recourent à l'avortement privé, sans passer par la procédure de demande auprès des commissions établies par la loi et le Ministère de la Santé, dans les hôpitaux publics et privés (Sabatello, 1990). En conclusion, le nombre des demandes d'avortement légal peut être considéré comme une très bonne approximation du nombre des avortements (légaux ou non) réellement effectués.

La somme des avortements réduits (SAR), s'élevait en Hongrie, en 1988 à presque 1,2 avortements (Blayo, 1991) contre moins de la moitié en Israël (tableau 2). L'interuption de grossesse en Hongrie est plus fréquente qu'en Israël à chaque groupe d'âge et souvent double voire même triple aux âges les plus jeunes. Ainsi, 40 % des grossesses connues (naissances et IVG) pendant une vie féconde se terminaient par un avortement en Hongrie contre 15 % seulement en Israël. Même si la fréquence relative des avortements illégaux est plus élevée en Israël qu'en Hongrie, elle n'est pas à même de combler ces différences.

TABLEAU 2 - TAUX DE FECONDITE, D'AVORTEMENT ET DE FERTILITE CONNUE SELON L'AGE DE LA FEMME, EN HONGRIE ET EN ISRAEL, 1988

Age de la femme	Hongrie				Israël			
	Fécondité (1) ‰	Avortement (2) ‰	Fertilité connue (3) ‰	(2)/(3) (4) %	Fécondité (5) ‰	Avortement (6) ‰	Fertilité connue (7) ‰	(6)/(7) (8) %
- de 20	44,1	26,0	70,1	37	17,6	8,5	26,1	48
20-24	143,5	47,0	190,5	25	150,4	20,5	170,9	14
25-29	109,5	50,0	159,5	31	203,2	22,4	225,6	11
30-34	43,5	47,0	90,5	52	145,8	23,4	169,2	15
35-39	14,7	43,0	57,5	74	74,5	20,1	94,6	27
40 et +	2,8	21,0	23,8	88	17,4	13,0	30,4	75
	Somme des événements réduits (par femme)				Somme des événements réduits (par femme)			
	1,791	1,189	2,990	40	3,062	0,543	3,605	18

(1) Basé sur les demandes d'IVG (voir paragraphe 2 dans le texte).

III - L'impact des avortements non-thérapeutiques sur la fécondité

En Hongrie les avortements dictés par des raisons médicales ont toujours constitué une faible part de l'ensemble des IVG, part qui a même diminuée de 16 % à 10 % durant la décennie 1980-89. Par contre, en Israël, ils représentent, dans la même période, entre 45 % et 50 % du total des IVG. Il en résulte qu'en Israël, la suppression des avortements non-thérapeutiques aurait un impact sur la fécondité bien plus faible qu'en Hongrie, d'une part en raison de leur moindre proportion dans l'ensemble des IVG et d'autre part, parce qu'ils constituent une partie relativement faible par rapport au niveau de fécondité élevé prévalant en Israël. Notre propos est donc d'estimer cet impact différentiel.

Dans cette étude, les avortements non-thérapeutique (ANT) comprennent les cas suivants :

1. Les grossesses concernant les femmes majeures ; les cas de mineures ont tous été considérés comme avortements thérapeutiques, compte tenu du fait que l'autorisation

automatique de l'IVG, en Israël comme en Hongrie (ainsi qu'ailleurs), dérive, très probablement, d'un souci général d'éviter les conséquences psycho-physiques d'une maternité trop précoce. Par contre, toutes les femmes âgées d'au moins 40 ans (en Israël)⁽²⁾ ou 35 ans (en Hongrie), ayant droit automatiquement à une IVG, ces cas ont été classés comme non-thérapeutique, excepté lorsqu'une raison médicale a été expressément invoquée.

2. Les cas où l'IVG a été justifiée par des raisons socio-économiques (seulement en Hongrie) ou parce que la grossesse était le fruit de relations extra-conjugales ou criminelles.

3. Tous les cas de demande d'IVG refusée par les commissions médicales (dont le nombre n'est relativement important qu'en Israël, et constitue environ 10 % des demandes, tandis qu'en Hongrie la proportion est négligeable, 0,6 %) : on suppose que dans la très grande majorité des cas, ces grossesses ont été interrompues de façon illégale.

4. Les cas où le motif justifiant l'IVG n'a pas été spécifié.

Tous ces cas réunis constituent l'ensemble des IVG justifiées par des raisons non-médicales, selon un critère restrictif (définition « stricte »).

A cause des limitations imposées par la loi, dans les deux pays, aux femmes mariées souhaitant mettre fin à une grossesse indésirable, il se peut qu'une partie des IVG accordées pour des raisons médicales, comprennent des cas où les médecins ont choisi d'appliquer la loi selon une interprétation plutôt libérale.

Afin de tenir compte de cette hypothèse (plus plausible en Israël qu'en Hongrie), nous avons reporté une partie des cas d'IVG accordées pour motifs médicaux dans la catégorie des IVG non-thérapeutiques, parvenant ainsi à une définition « élargie » de ce groupe d'IVG. Le report, logique en soi, ne pouvait être toutefois appliqué que d'une façon arbitraire et purement descriptive.

Pour Israël, on a ainsi reporté certaines des IVG accordées sous le critère « atteinte à la santé de la femme » : un tiers de celles concernant les femmes âgées de 25-29 ans, la moitié de celles concernant les femmes âgées de 30-34 ans et les deux tiers de celles âgées de 35-39 ans. Pour la Hongrie, on a appliqué les mêmes proportions aux cas classés sous le critère « Santé », mais seulement pour les femmes âgées de 25 à 34 ans (voir annexe 1).

Les taux d'avortement non-thérapeutique ainsi obtenus pour la Hongrie et pour Israël en 1988, dans les deux hypothèses « stricte » et « élargie », apparaissent respectivement aux lignes 1 et 2, 5 et 6 du tableau 3. Selon ces données, environ une femme israélienne sur trois en moyenne subirait un avortement non-thérapeutique durant sa vie fertile, tandis que chaque femme hongroise se ferait avorter au moins une fois pour des raisons non-médicales. Si toutes les IVG non-thérapeutiques étaient évitées et si toute IVG ainsi évitée avait abouti à une naissance vivante, on pourrait s'attendre, en Israël, à une augmentation de 10-12 % de la Somme des Naissances Réduites, contre 55 % environ en Hongrie (tableau 3, dernière colonne de droite selon les lignes citées ci-dessus).

Mais il est bien connu (Potter, 1976), qu'il faut, en général, plus d'un avortement pour empêcher une naissance vivante : on ne peut donc pas considérer le nombre d'IVG comme celui des naissances évitées.

TABLEAU 3 - TAUX D'AVORTEMENT (IVG) NON-THERAPEUTIQUE SELON L'AGE DE LA FEMME ET DEFINITION⁽¹⁾, ET LEUR EFFET SUR LA FECONDITE, EN HONGRIE ET EN ISRAËL, 1988.

Pays et définition d'IVG non-thérapeutique	Age de la femme						SANTR ⁽²⁾	SANTR ⁽²⁾ / SNR ⁽³⁾ en %
	- de 20	20-24	25-29	30-34	35-39	40 et +		
HONGRIE	Taux d'avortement non-thérapeutique ⁽¹⁾							
Définition ⁽¹⁾ :								
- stricte	14,3	42,2	40,2	41,0	37,3	19,2	971	54,2
- élargie	14,3	42,2	42,8	44,0	37,3	19,2	999	55,8
	Effet (en %) sur la fécondité							
Définition ⁽¹⁾ :								
- stricte	23	21	26	67	181	490		38,7
- élargie	23	21	28	67	181	490		39,8
ISRAËL	Taux d'avortement non-thérapeutique(1)(4)							
Définition ⁽¹⁾ :								
- stricte	7,1	16,1	11,5	8,3	6,8	11,4	313	10,2
- élargie	7,1	16,1	13,2	11,7	11,8	11,4	364	11,9
	Effet (en %) sur la fécondité							
Définition ⁽¹⁾ :								
- stricte	29	8	4	4	6,5	47		7,3
- élargie	29	8	5	6	11	47		8,5

(1) Voir texte, paragraphe 4.

(2) Somme des avortements non-thérapeutiques réduits pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans.

(3) Somme des naissances réduites pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans.

(4) Basé sur les demandes déposées pour obtenir une IVG (voir paragraphe 2 dans le texte).

Dans des sociétés à fécondité assez faible (SNR < 3) et à pratique contraceptive relativement élevée, comme Israël et la Hongrie, on estime (Bongaarts, 1978) qu'il faut en moyenne, 1,4 IVG pour éviter une naissance, ou (en d'autres termes) qu'il faut empêcher 1,4 avortements pour augmenter d'une unité le nombre des naissances : c'est-à-dire qu'une interruption volontaire de grossesse n'empêche qu'environ 0,7 naissances.

C'est de cette manière qu'on a obtenu les valeurs des lignes 2, 3, 5 et 6 du tableau 3 : elles indiquent que, si toutes les IVG motivées par des raisons non-médicales avaient été évitées, en 1988 le taux de fécondité n'aurait augmenté, en Israël que de 7-8 % et aboutirait à 3,3 naissances par femme ; par contre, en Hongrie, le taux de

fécondité aurait augmenté d'au moins 40 %, et atteindrait 2,5 naissances par femme en moyenne.

IV - Vue d'ensemble

Cette étude a démontré qu'une éventuelle disparition des avortements non nécessités par des raisons médicales n'aurait qu'un faible effet sur le niveau de fécondité en Israël, mais un effet beaucoup plus important en Hongrie. Malgré la part bien plus importante qu'ont les IVG non-thérapeutiques en Hongrie qu'en Israël, leur disparition ne suffirait pas à combler les différences du niveau de fécondité existant entre les deux pays à la fin des années quatre-vingts. Il faut donc chercher dans les comportements collectifs les différences de fécondité qui persisteraient entre les deux pays, même après avoir supprimé l'effet des avortements non-thérapeutiques.

ANNEXE

En Hongrie, l'avortement, interdit jusqu'alors, a été légalisé en 1953 (notamment pour raisons médicales), puis, dès 1956, presque totalement libéralisé. En 1973 la loi a été modifiée et l'accès à l'IVG fut limité à un certain nombre de cas médicaux ou sociaux. Dès 1982, les femmes n'ont plus été tenues de demander l'autorisation des commissions médicales. La loi régissant l'avortement en Hongrie telle qu'elle existait dans le contexte des données présentées dans cette étude, prévoit six raisons permettant d'obtenir une IVG :

1. Si les parents en font la demande en invoquant des raisons médicales ou s'il y a un éventuel problème de santé pour l'enfant à naître.
2. Si la femme n'est pas mariée ou séparée depuis longtemps.
3. Si la grossesse est l'issue de relations criminelles.
4. Si la femme enceinte et son mari n'ont pas de logement en propre, soit en propriété soit en location.
5. Si la femme a déjà accouché d'au moins trois enfants, ou a eu deux enfants vivants et au moins une intervention obstétricale.
6. Si la femme est âgée d'au moins 35 ans (40 ans, en 1979-1981).

La commission médicale peut prendre en considération aussi les cas suivants :

1. Si la femme a déjà deux enfants et la vie de l'enfant à naître est en danger.
2. Si le mari de la femme est un militaire en service régulier.
3. Si la femme ou son mari sont en prison.
4. Si la demande d'IVG est motivée par d'autres raisons sociales.

Un avortement est en général autorisé jusqu'à la douzième semaine de grossesse, mais jusqu'à la dix-huitième semaine si la femme est mineure. Exception faite pour les cas d'IVG autorisée pour raisons médicales ou à la suite de relations criminelles, l'avortement est payant (l'équivalent de 15 à 20 dollars en 1987).

En Israël, l'avortement n'a été réglementé par la loi qu'en 1977 ; jusque là, il était interdit, mais il n'a pas donné lieu à des poursuites judiciaires, excepté dans des cas très rares de complications graves ou de décès de la femme.

La loi réglementant l'avortement en Israël est appliquée depuis 1978 ; modifiée dès février 1980, elle prévoit à présent quatre raisons pour lesquelles les commissions médicales peuvent autoriser une IVG :

1. Si la femme est âgée de moins de 17 ans (âge minimum légal au mariage pour les femmes) ou si elle est âgée d'au moins 40 ans.
2. Si la grossesse est le fruit d'une relation extra-conjugale, sans distinction de la condition familiale de la femme, d'un viol ou d'un inceste.

3. S'il y a un danger de malformation physique ou psychique pour l'enfant à naître.

4. Si la continuation de la grossesse peut porter atteinte à la santé physique ou psychique de la femme ou à sa vie.

La loi ne prévoit pas de durée maximale de grossesse pour autoriser une IVG.

Les IVG faites pour raisons de santé ou concernant les femmes de moins de 17 ans sont intégralement prises en charge par les caisses d'assurances maladie.

Les femmes qui subissent un avortement légal sont censées payer les frais d'hospitalisation (il s'agit en général d'une nuit, dont le tarif s'élève à un équivalent de 300-450 US\$).

BIBLIOGRAPHIE

- BARAS M. et PERITZ E., 1992. « Parity progression among Jewish women in Israël : a record linkage study » in : Peritz E. and Baras M. (Eds.), *Studies in the Fertility of Israël, Jewish Population Studies n° 24*, The Hebrew University, Jerusalem, pp. 59-96.
- BLAYO C., 1991. « Les modes de prévention des naissances en Europe de l'Est » *Population*, n° 3, pp. 527-546.
- BONGAARTS J., 1978. « A framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility » *Population and Development Review*, vol. 4, n° 7, pp. 105-132
- CBS (Central Bureau of Statistics of Israel), 1991. « Statistical Abstract of Israel » n° 42, Jerusalem.
- FRIEDLANDER D., 1973. « Family planning in Israel : Irrationality and ignorance » *Journal of Marriage and the Family*, vol. 35, n° 1, pp. 117-124.
- HENSHAW S. K., MORROW E., 1990. *Induced abortion - a world review, 1990 Supplement*, AGI, New York.
- KEYSAR A., SABATELLO E. F., ZIEGLER I., SHTARKSHALL R., KUPINSKY S., ZUR R., PERITZ E. (Eds.), 1992. « Fertility patterns in the Jewish population of Israel » in : Peritz E. and Baras M. (Eds.), *Studies in the Fertility of Israel*, pp. 97-132, *Jewish Population Studies n° 24*, The Hebrew University, Jerusalem.
- KLINGER A., 1988. « Hungary » in : Sachdev, P. (Ed.), *International Handbook on Abortion*, pp. 218-227, Greenwood Press, New York.
- Nations Unies, 1977, *La fécondité et la planification familiale en Europe aux environs de 1970 : étude comparative de douze enquêtes nationales*, *Etudes Démographiques n° 58*, New York.
- POTTER R. G., 1976. « Additional births averted when abortion is added to contraception » *Studies in Family Planning*, vol. 7(8), pp. 224-230.
- SABATELLO E. F., 1988. « Formation, planification et croissance de la famille : le cas d'Israël depuis 1970 » in : AIDELF, *Les familles d'aujourd'hui*, Colloque de l'Association Internationale des Démographes de Langue Française (1984, Genève), pp. 95-103, Paris.
- SABATELLO E. F., 1990. « Estimates of illegal abortion in Israel, 1980-83 » in : *Israel Journal of Medical Sciences*, vol. 26 (4), pp. 205-209.