

# Comment l'avortement fait du mal aux femmes



La légalisation de l'avortement est largement présentée comme étant bénéfique pour les femmes, mais un bassin d'évidences médicales et psychologiques démontre une autre réalité.

UN AVORTEMENT provoqué pose des risques à court et long termes pour la santé physique des femmes. Un avortement peut aussi avoir un effet néfaste sur la santé mentale. Ces risques sont exacerbés lorsque l'avortement est légalisé dans des pays ayant des soins de santé maternelle inexistants ou de mauvaise qualité.

## Risques physiques de l'avortement

Un avortement chirurgical est une procédure intrusive qui interrompt de façon violente un procédé biologique naturel. Parmi

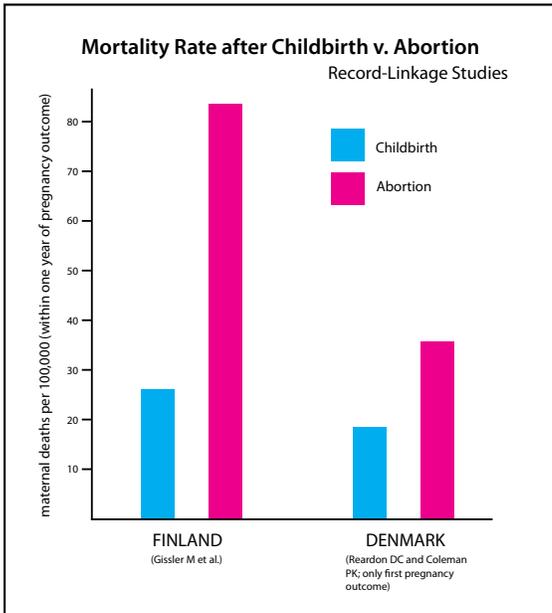


Fig. 1

nécessitent des chirurgies supplémentaires et peuvent affecter la fertilité (voir risques à long-terme ci-dessous).

L'avortement peut résulter en un décès. De vastes études basées sur des statistiques de la Finlande,<sup>2</sup> du Danemark<sup>3</sup> et des États-Unis<sup>4</sup> démontrent que le taux de mortalité maternelle à la suite de l'avortement est beaucoup plus élevé que ce même taux suite à une naissances (voir Fig. 1). Des taux de mortalité plus élevés persistent jusqu'à 10 ans après un avortement.<sup>3</sup>

### Avortements non-chirurgicaux

L'avortement non-chirurgical, ou avortement provoqué pas les drogues (souvent appelé avortement «médical») pose ses propres risques pour la santé des femmes enceintes. Parmi les complications répertoriées, on compte: les hémorragies, les infections, une rupture d'une grossesse ectopique non-diagnostiquée et un avortement incomplet (nécessitant souvent une intervention chirurgicale) quelques fois provoquer la mort.<sup>5</sup>

Une étude de grande échelle publiée en 2009 dans *Obstetrics & Gynecology* a révélé que les avortements provoqués par les drogues (en utilisant une combinaison de mifepristone avec un prostaglandin, habituellement le misoprostol) ont eu des effets adverses majeurs dans 20% des cas—presque quatre fois le

les complications documentées, on compte des hémorragies, des infections, des dommages au col cervical, des perforations utérines, des inflammations du pelvis et des résidus de tissus foétal ou placentaire.<sup>1</sup> Certaines de ces complications

taux de complications immédiates comparées aux avortements chirurgicaux (voir Fig. 3).<sup>6</sup> Une étude australienne de 2011 sur le mifepristone comparait les complications à la suite d'avortements médicaux et avortements chirurgicaux lors du premier trimestre de grossesse. Les femmes ayant eu recours à un avortement provoqué pas les drogues étaient 14 fois plus à risque de devoir subséquemment être admises à l'hôpital et 28 fois plus à risque de devoir se faire opérer. Les risques augmentaient lorsque des avortements médicaux avaient lieu leur du deuxième trimestre—33 pour cents des cas nécessitaient une intervention chirurgicale.<sup>7</sup>

### Risques à long-terme

L'avortement peut freiner le succès reproductif futur. Il accroît de façon significative les risques futurs de naissances prématurées,<sup>8</sup> qui menacent sérieusement la vie et la santé des nouveaux-nés.<sup>9</sup> Le risque de naissance prématurée augmente avec chaque avortement additionnel.<sup>10</sup> L'avortement est aussi associé avec une augmentation des risques d'infertilité,<sup>11</sup> de fausses-couches,<sup>12</sup> de grossesses ectopiques<sup>13</sup> (qui peuvent être fatales si elle ne sont pas traitées rapidement) et de décollement placentaire (ce qui peut résulter, pour la femme, en une hémorragie potentiellement fatale, et peut avoir comme conséquence le décès de l'enfant<sup>14</sup>).

L'avortement peut mené à un risque plus élevé de cancer du sein et du système reproductif.<sup>15</sup> Bien que le lien entre l'avortement et le cancer du sein est controversé, il est clair que l'avortement peut empêcher une femme de bénéficier de la diminution des risques de cancer associé à une première grossesse menée à terme.<sup>16</sup> L'évidence physiologique et épidémiologique démontre

### Meta-Analyses of Health Risks after Abortion

<b>Preterm Birth</b>	36% increased risk	Shah PS and Zao J. <i>BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology</i> (2009)	22 studies analyzed
<b>Breast Cancer</b>	30% increased risk	Brind J et al. <i>Journal of Epidemiology and Community Health</i> (1996)	23 studies analyzed
<b>Psychological Problems</b>	81% increased risk	Coleman PK. <i>British Journal of Psychiatry</i> (2011)	22 studies analyzed

Fig. 2

qu'à la suite d'un avortement, une femme a plus de tissus vulnérables au cancer dans la poitrine que si elle n'était pas tombée enceinte en premier lieu.<sup>17</sup> Des douzaines d'études supporte cette découverte;<sup>18</sup> une méta-analyse faite en 1996 montre une hausse de 30 % du risque de cancer du sein chez les femmes ayant eu recours à l'avortement.<sup>19</sup> L'évidence réfutant cette analyse s'est avérée non-concluante.<sup>20</sup>

## Risques psychologiques de l'avortement

En plus des risques pour la santé des femmes, l'avortement peut avoir des conséquences psycho-sociales néfastes. Une méta-analyse menée en 2011 et parue dans le *British Journal of Psychiatry* démontrent que les femmes ayant eu recours à l'avortement sont 81% plus à risque de développer des problèmes de santé mentale; près de 10% des instances de problème psychologiques peuvent être directement attribués à l'avortement. On compte parmi ces problème l'anxiété, la dépression, l'usage excessif d'alcool et de drogues et des tendances suicidaires.<sup>21</sup> Une vaste étude finlandaise rapporte que le taux de suicide à la suite d'un avortement est six fois plus élevé que le taux suite à un accouchement.<sup>22</sup> Inversement, même si les troubles mentaux sont quelques fois utilisés pour justifier un avortement, une étude menée en 2013 démontre que l'interruption d'une grossesse non-désirée n'a pas de bénéfice thérapeutique au niveau psychologique.<sup>23</sup>

L'avortement peut aussi endommager la relation d'une femme avec son partenaire<sup>24</sup> et d'autres personnes<sup>25</sup> de son entourage et a des impacts négatifs sur les hommes<sup>26</sup> et les enfants.<sup>27</sup> Plusieurs femmes et hommes regrettent maintenant leur décision d'avoir eu recours à l'avortement,<sup>28</sup> ou d'avoir encouragé l'usage de l'avortement et cherchent de l'aide afin de faire leur deuil.<sup>29</sup>

## L'avortement dans les pays en développement

Les dangers inhérents à l'avortement sont exacerbés quand les soins de santé maternelle de base ne sont pas disponibles ou sont inadéquats. La légalisation ou la promotion de l'avortement sur demande<sup>30</sup> représente donc un danger accru pour les femmes dans les pays en développement.

Les avortements provoqués par les drogues, incluant les avortement en utilisant uniquement le misoprostol (au lieu d'en combinaison avec le mifepristone), est souvent recommandé dans les régions où les avortements chirurgicaux ne sont pas disponibles. Mais cela peut s'avérer particulièrement dangereux. Les complications fréquentes à la suite d'avortements non-chirurgicaux requiert une infrastructure médicale développée (incluant l'accès à du matériel pour échographie, des transfusions sanguines et une capacité à pratiquer des interventions chirurgicales) souvent non-existante dans les pays en développement. Et l'usage du misoprostol seulement accroît les risques d'avortement non-réussi.<sup>31</sup> L'usage de ces méthodes menace la vie et la santé des femmes et ne doit pas être encouragé.

## Mortalité maternelle

Plusieurs membres de la communauté internationale prétendent que la légalisation de l'avortement est nécessaire pour réduire les décès liés à la maternité dans les pays en développement. Le bagage d'évidences internationales démontre cependant que

les incidences de mortalité liée à la maternité est déterminé par la qualité des soins de santé maternelle (et autres facteurs indirectement liés) et non par le statut légal ou l'accessibilité à l'avortement sur demande.<sup>32</sup> La légalisation de l'avortement ne résout pas le problème de soins de santé de moindre qualité—cela augmente simplement le nombre de femmes sujettes aux risques liés à l'avortement

Une étude de 2012 sur la mortalité maternelle au Chili a révélé que le nombre de morts liées à la maternité a diminué de façon significative à la suite de la prohibition légale de l'avortement.

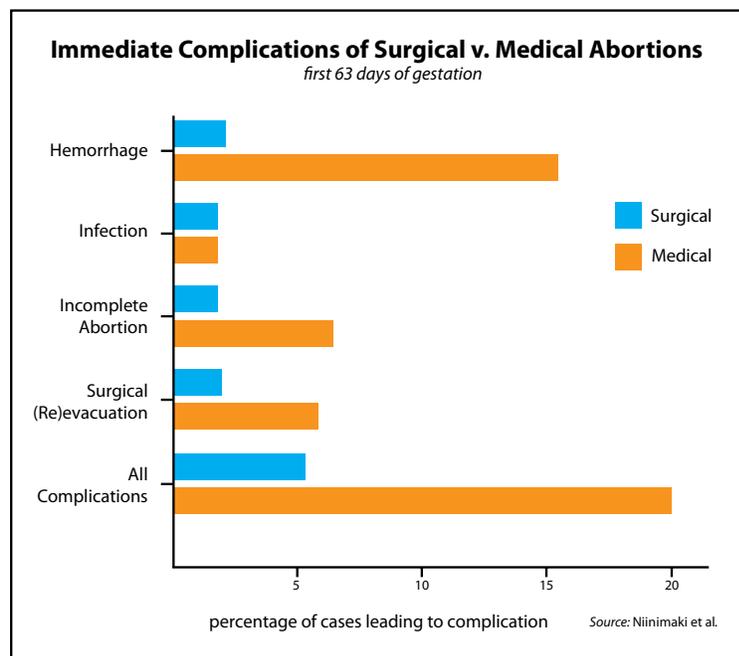


Fig. 3

Le nombre de morts liées directement à l'avortement a aussi chuté—de 10.78 morts liées à l'avortement par 100,000 naissances en 1989 à 0.83 en 2007, une diminution de 92.3% après que l'avortement ait été déclaré illégal.<sup>33</sup> La légalisation de l'avortement n'est pas nécessaire pour améliorer la santé maternelle et sauver la vie des femmes.

## Les dangers ne devraient pas être ignorés

Les risques de l'avortement sur le bien-être physique et psychologique ne devraient pas être ignorés. Au lieu de légaliser et promouvoir l'avortement, les gouvernements devraient protéger la dignité et les droits inaliénables de chaque être humain, incluant ceux des femmes et de leurs enfants à naître. Ils devraient travailler pour améliorer les soins de santé maternelle, ce qui est bénéfique pour les mères ainsi que pour les enfants.<sup>34</sup>

## References

- 1 Ring-Cassidy E, Gentles I. *Women's health after abortion: the medical and psychological evidence*. Toronto, The deVeber Institute, 2003; Strahan TW, ed. *Detrimental effects of abortion: an annotated bibliography with commentary*. Springfield, IL, Acorn Books, 2001.
- 2 Gissler M et al. Pregnancy-associated mortality after birth, spontaneous abortion, or induced abortion in Finland, 1987-2000. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2004, 190:422-427; Gissler M et al. Pregnancy-associated deaths in Finland 1987-94—definition problems and benefits of record linkage. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1997, 76:651-657.
- 3 Reardon DC, Coleman PK. Short and long term mortality rates associated with first pregnancy outcome: population register based study for Denmark 1980-2004. *Medical Science Monitor*, 2012, 18(9):71-76.
- 4 Reardon DC et al. Deaths associated with pregnancy outcome: a record linkage study of low income women. *Southern Medical Journal*, 2002, 95(8):834-841.
- 5 A total of 2,207 adverse events following medical abortion were reported to the United States Food and Drug Administration through April 2011, including 14 deaths and 612 hospitalizations (excluding deaths). *Mifepristone U.S. postmarketing adverse events summary through 04/30/2011*. FDA, 2011 (<http://1.usa.gov/tZW1hf>, accessed 16 April 2013).
- 6 Niinimäki M et al. Immediate complications after medical compared with surgical termination of pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 2009, 114(4):795-804.
- 7 Mulligan E, Messenger H. Mifepristone in South Australia: the first 1343 tablets. *Australian Family Physician*, 2011, 40(5):342-345.
- 8 This is likely due to cervical incompetence resulting from forced dilation. Shah PS, Zao J. Induced termination of pregnancy and low birthweight and preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2009, 116(11):1425-1442; Rooney B, Calhoun BC. Induced abortion and the risk of later premature births. *Journal of American Physicians and Surgeons*, 2003, 8(2):46-49.
- 9 Preterm birth is linked especially to cerebral palsy. Escobar GJ et al. Outcome among surviving very low birthweight infants: a meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*, 1991, 66:204-211.
- 10 Klemetti R et al. Birth outcomes after induced abortion: a nationwide register-based study of first births in Finland. *Human Reproduction*, 2012, 27(11):3315-3320.
- 11 Tzonou A et al. Induced abortions, miscarriages, and tobacco smoking as risk factors for secondary infertility. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1993, 47(1):36-39.
- 12 Maconochie N et al. Risk factors for first trimester miscarriage—results from a UK-population-based case-control study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2007, 114(2):170-186.
- 13 Abortion can lead to pelvic infection, which can cause subsequent ectopic pregnancy. Parazzini F et al. Induced abortions and risk of ectopic pregnancy. *Human Reproduction*, 1995, 10(7):1841-1844.
- 14 Barrett JM et al. Induced abortion: a risk factor for placenta previa. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1981, 141(7):769-772.
- 15 Remennick L. Induced abortion as cancer risk factor: a review of epidemiological evidence. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1990, 44(4):259-264.
- 16 The fact that full-term pregnancy reduces the risk of breast cancer has long been established. See, for example, MacMahon B et al. Age at first birth and breast cancer risk. *Bulletin of the World Health Organization*, 1970, 48(2):209-221.
- 17 Brind J. The abortion-breast cancer connection. *National Catholic Bioethics Quarterly*, Summer 2005:303-329 ([http://www.abortionbreastcancer.com/Brind\\_NCBQ.PDF](http://www.abortionbreastcancer.com/Brind_NCBQ.PDF), accessed 16 April 2013).
- 18 *Epidemiologic studies: induced abortion and breast cancer risk*. Breast Cancer Prevention Institute, 2012 (<http://www.bcpinstitute.org/FactSheets/BCPI-FactSheet-Epidemiol-studies.pdf>, accessed 16 April 2013).
- 19 Brind J et al. Induced abortion as an independent risk factor for breast cancer: a comprehensive review and meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1996, 50(5):481-496.
- 20 Lanfranchi A. The abortion-breast cancer link revisited. *Ethics & Medics*, 2004, 29(11):1-4 (<http://www.abortionbreastcancer.com/Lanfranchi.pdf>, accessed 16 April 2013); Brind J. Induced abortion as an independent risk factor for breast cancer: a critical review of recent studies based on prospective data. *Journal of American Physicians and Surgeons*, 2005, 10(4):105-110 (<http://www.jpands.org/vol10no4/brind.pdf>, accessed 16 April 2013).
- 21 Coleman PK. Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. *British Journal of Psychiatry*, 2011, 199:180-186.
- 22 Gissler M et al. Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: register linkage study. *British Medical Journal*, 1996, 313:1431-1434.
- 23 Fergusson DM et al. Does abortion reduce the mental health risks of unwanted or unintended pregnancy? A re-appraisal of the evidence. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 2013, 47(9):819-827.
- 24 Barnett W et al. Partnership after induced abortion: a prospective controlled study. *Archives of Sexual Behavior*, 1992, 21(5):443-455.
- 25 Burke T. *Forbidden grief: the unspoken pain of abortion*. Springfield, IL, Acorn Books, 2007.
- 26 Lauzon P et al. Emotional distress among couples involved in first-trimester induced abortions. *Canadian Family Physician*, 2000, 46:2033-2040; Shostak AB et al. *Men and abortion: lessons, losses, and love*. New York, Praeger, 1984.
- 27 Coleman PK et al. The quality of the caregiving environment and child developmental outcomes associated with maternal history of abortion using the NLSY data. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2002, 43(6):743-757.
- 28 See, for example, <http://www.silentnomoreawareness.org> (accessed 16 April 2013) and Reardon DC. *Aborted women, silent no more*. Chicago, Loyola University Press, 1987.
- 29 See, for example, <http://www.abortionrecovery.org> and <http://www.rachelsvineyard.org> (accessed 16 April 2013).
- 30 "Elective" abortion here refers to the intentional killing of human beings *in utero* and excludes medical procedures that are necessary to prevent the death of pregnant women.
- 31 Ngoc NTN et al. Comparing two early medical abortion regimens: mifepristone+misoprostol vs. misoprostol alone. *Contraception*, 2011, 83(5):410-417.
- 32 MCCL Global Outreach, NRL Educational Trust Fund. *Women's health & abortion: evidence shows that legalizing abortion does not reduce maternal mortality*. Minneapolis, Minnesota Citizens Concerned for Life, 2012 (available at <http://www.mccl-go.org/resources.htm>).
- 33 Koch E et al. Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. *PLoS ONE*, 2012, 7(5):doi:10.1371/journal.pone.0036613 (<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0036613>, accessed 16 April 2013).
- 34 The science of embryology reveals that the human embryo or fetus is a living organism of the species *Homo sapiens*, like each of us, only at an earlier developmental stage. And it is a basic moral principle—affirmed in the United Nations' Universal Declaration of Human Rights and other international instruments—that all human beings bear an equal fundamental dignity and right to life that must be respected and protected.



**Minnesota Citizens Concerned for Life Global Outreach**  
 4249 Nicollet Avenue | Minneapolis, MN 55409 USA  
 612.825.6831 | Fax 612.825.5527  
[mccl-go@mccl.org](mailto:mccl-go@mccl.org) | [www.mccl-go.org](http://www.mccl-go.org) | [www.mccl.org](http://www.mccl.org)

This publication also available online; English and Spanish versions also available.  
 Download at [www.mccl-go.org](http://www.mccl-go.org) or request copies for purchase at [mccl-go@mccl.org](mailto:mccl-go@mccl.org).

Produced in the United States of America © 2014 MCCL



**National Right to Life Educational Trust Fund**  
 211 East 43rd Street, Suite 905 | New York, NY 10017 USA  
 212.947.2692  
[NRLC@nrlc.org](http://NRLC@nrlc.org) | [www.nrlc.org](http://www.nrlc.org)

National Right to Life Educational Trust Fund  
 is an international pro-life NGO.

Photo: Clipart.com