

LA LIBERALISATION DE L'AVORTEMENT AUX PAYS-BAS.

Les problèmes essentiels ont été réglés de façon discrète

*drs. R. Veenhoven, sociologue,
Université Erasmus, Rotterdam Faculté des sciences humaines, 1975*

Il y a 4 ans déjà depuis que le premier dispensaire où l'on pratiquait des interruptions volontaires de grossesse a été ouvert. Comme dans tous les pays où l'interruption de grossesse a été libéralisée, un certain nombre de problèmes d'ordre pratique s'est posé, notamment : un manque des facilités nécessaires à la pratique de l'intervention, la commercialisation imminente, le risque d'une forte augmentation de la mortalité et des difficultés d'ordre politique.

Toutefois, grâce à un point de départ favorable et à une politique prudente, ces problèmes ont été réglés discrètement. A fin d'évaluer ces développements, on ferait bien de faire passer en revue ces années écoulées et de comparer certains développements parallèles en d'autres pays où l'interruption de grossesse a été libéralisée.

1 LE DEVELOPPEMENT L'AIDE A DE L'INTERRUPTION DE LA GROSSESSE.

Jusque dans les années soixante l'interruption volontaire de grossesse était considérée comme chose interdite. Il n'en ressortait pas moins qu'aucune femme qui voulait un avortement ne fut traitée, mais les possibilités d'assistance étaient extrêmement limitées et accessibles seulement à un public restreint. Vers 1968 les choses se changeaient lentement. Dans quelques centres hospitaliers universitaires se formaient des groupes spécialisés dans l'interruption volontaire de grossesse (IVG). La discussion à ce sujet éclatait, les médecins qui avaient déjà pratiqué des interruptions volontaires de grossesse n'en faisaient plus un mystère. Tout cela a précipité les développements.

Trois éléments ont joué un rôle. L'élément principal a été sans aucun doute un élargissement d'esprit envers la sexualité et les contraceptifs. Cela a créé un climat favorable à la discussion du droit de l'avortement volontaire. Ensuite il y a eu la légalisation de l'avortement en Angleterre. Quelques milliers de femmes néerlandaises se sont fait traiter en Angleterre, ce qui rendait l'étendu du problème chez nous plus manifeste et démentait l'idée que l'avortement légal était impossible dans un pays civilisé. Troisièmement on a découvert que l'interdiction de l'interruption volontaire de grossesse aux Pays-Bas était moins stricte que l'on n'avait toujours pensé. Il se trouvait que la loi interdisait l'avortement, mais que si un médecin jugeait l'avortement nécessaire à la santé générale de sa patiente il ne pourrait pas être poursuivi à cause de cette intervention.

Cela a abouti à un nombre croissant de femmes qui demandaient l'IVG. Les femmes en état de grossesse non désirée étaient de moins en moins disposées à se résigner à leur sort et les médecins de médecine générale se montraient d'ailleurs de plus en plus compréhensif à leur égard. Les facilités nécessaires pour la pratique d'une interruption volontaire de grossesse restaient néanmoins rares du fait qu'on avait besoin de l'assistance des gynécologues qui montraient en général une attitude plus réservée à ce sujet. (Veenhoven, 1972) Du fait que seuls les gynécologues avaient accès aux services gynécologiques des cliniques, le nombre des cliniques où l'on pratiquait l'interruption de grossesse était restreint, vu que le chef de service et la direction s'y opposait souvent.

Cet état de choses a eu pour conséquence que des centres spécialisés dans l'interruption de grossesse volontaire ont été ouverts. Surtout les médecins de médecine générale exerçant leur fonction dans les différentes villes de la Hollande et qui informaient leurs patientes des moyens contraceptifs cherchaient des moyens d'aider leurs patientes en état de grossesse non désirée. Les discussions

fréquentes mais vaines avec les institutions de santé publique, ont abouti finalement à l'idée de créer des facilités supplémentaires.

En février 1971 la ville d'Arnhem ouvre le premier centre spécialisé dans l'interruption de grossesse. Rotterdam, La Haye et Amsterdam suivent à bref délai. Dès lors l'aide prêté par ces dispensaires spécialisés dans l'interruption volontaire de grossesse s'est fort développée. En ce moment il y a 14 centres d'avortement (voir le résumé).

L'aide prêté par les hôpitaux publics est resté plus ou moins constant. Leur nombre d'interruptions volontaire de grossesse est toujours très bas et se limite à quelques cliniques agréées. Pour avoir une idée du développement du nombre d'interventions faites dans les hôpitaux publics et dans les dispensaires des Pays Bas, voir TABLEAU 1.

2 APPROCHE DES PROBLEMES RELATIFS A LA LIBERALISATION.

Presque tous les pays où la politique concernant l'avortement a été libéralisée ont été confrontés à un certain nombre de problèmes de transition, comme l'accueil d'un nombre accablant de femmes demandant une interruption volontaire de grossesse, le manque de formation nécessaire des méthodes à suivre, le manque d'expérience pratique, les objections morales du personnel infirmier, les débats politiques animés et la commercialisation. Tout ceci peut avoir une influence négative sur la qualité de l'intervention médicale. Le grand nombre de complications intervenues en sont le reflet tragique. Le nombre des complications mortelles est relativement très élevé dans les pays où l'avortement a été libéralisé, surtout la première année; les années suivantes le taux de la mortalité diminue considérablement.

La manière de résoudre ces problèmes est fort importante pour le développement de la pratique de l'intervention et de l'évolution du procès de la libéralisation. Raison de plus d'examiner de près de quelle façon les Pays-Bas ont réglé ces problèmes.

2.1 Le problème de la capacité d'accueil.

Dans la plupart des pays un mouvement de libéralisation commence par une révision de la loi sur l'interruption volontaire de grossesse. Dès le jour où la nouvelle loi est adoptée, des milliers de femmes en état de grossesse non désirée se présentent tandis que les possibilités réelles de traitement ne sont pas encore mises au point. Surtout pendant les premières années ce nombre augmente démesurément. La modification de la loi a pour conséquence que les femmes prennent en général plus tôt conscience d'une grossesse non désirée ainsi qu'une affluence de femmes étrangères.

L'organisation de l'aide cependant demande du temps. Tout d'abord à cause du manque d'expérience et de l'aspect controversable de l'avortement il est difficile de recruter des experts en cette matière. Les cadres d'organisation manquent par conséquent il est difficile d'obtenir des moyens financiers. Tout ceci a contribué, durant les premières années de la libéralisation, à une surcharge permanente de l'ensemble des services disponibles. Le peu de médecins qui s'efforcent d'aider sont obligés de choisir entre deux maux: refuser de traiter des femmes ou travailler de manière trop précipitée. Il y a beaucoup d'accidents et un nombre considérable de femmes reste dépourvu d'une intervention. Une consultation médicale avant l'avortement, le contrôle médical après l'intervention, ainsi que l'information sur l'emploi des moyens contraceptifs n'ont pas toujours lieu, de sorte que le nombre de récidives ne diminue pas et que l'affluence augmente toujours. Par conséquent dans certains pays, les vieilles pratiques clandestines et illégales de l'avortement avaient toujours lieu, malgré la libération.

Comment cela s'est-il passé aux Pays-Bas? En fait tout s'est arrangé de manière très souple. Grâce aux soins prêtés par les dispensaires d'avortements et des centres de planning familial notre pays connaît relativement peu de grossesses non désirées, (voir le SCHÉMA 3).

La libéralisation de l'avortement ne s'étant pas effectuée par un amendement de la loi, a eu pour résultat que le public a été informé de façon relativement lente de la possibilité d'une intervention médicale. Un envahissement par des demandes d'étrangères n'a pas eu lieu immédiatement mais a été remis à plus tard. Le développement de l'aide est allé plus ou moins de pair avec la croissance du nombre de femmes qui demandaient une interruption volontaire de grossesse.

En plus le fait que la plupart des hôpitaux publics n'étaient pas ouverts aux femmes en état de grossesse non désirée a contribué paradoxalement à la croissance relativement souple des centres d'aide. Certains établissements locaux spécialisés dans l'interruption volontaire de grossesse ont été créés. Ces établissements pouvaient travailler de manière plus efficace que les services hospitaliers dépendant d'une structure plus bureaucratique, pas gênés pas les frictions d'arrière garde concernant le pour ou contre du droit à l'avortement.

Ces établissements ont fondé l'organisation régionale appelée "Stimezo" (service d'interruption médicale de la grossesse) qui s'est occupée activement de l'aspect financier et de l'organisation de la création d'autres centres. On a essayé de créer un grand nombre de centres de service répandus dans tout le pays, afin de mobiliser ainsi les médecins motivés à coopérer à l'interruption de grossesse. Le fait que les hôpitaux publics se tenaient à l'écart a contribué au développement des méthodes modernes appliquées à l'interruption de grossesse.

Les médecins liés au "Stimezo" se rendaient à l'étranger pour apprendre les techniques modernes qui permettent des interventions plus simples, plus sûres et plus faciles, qu'ils ont introduites aux Pays-Bas, de sorte qu'un plus grand nombre de femmes pouvait être traité. Ainsi on a pu aider le nombre explosif de femmes qui demandait un avortement. Aux Pays-Bas on n'a pas eu besoin de recourir à des listes d'attente, ni à l'officine d'avortement, ni à des fiches de référence.

En Hollande le nombre d'interruptions volontaires de grossesse n'augmente plus en ce moment, il diminue même. C'est le cas aussi bien des hollandaises que des femmes étrangères, en sens relatif et en sens absolu. (Voir le TABLEAU 3)

En ce moment la capacité du service d'interruption médicale de la grossesse peut être réduite à un degré plus bas. "Stimezo Nederland" propose de réduire la capacité des grands dispensaires au nord-ouest du pays, vu que l'affluence d'étrangères est là la plus grande. A long terme La Hollande doit avoir la disposition d'un certain nombre de dispensaires régionaux. Afin d'établir un meilleur contact avec les médecins qui prescrivent une interruption volontaire de grossesse, du soin postopératoire et de maintenir une atmosphère agréable pour les patientes, on préfère une dizaine de petites cliniques à quelques grands établissements.

2.2 Les problèmes relatifs aux étrangères.

Presque tous pays où les conditions concernant l'interruption volontaire de grossesse ont été atténuées ont eu affaire à une affluence énorme d'étrangères. Cela posait outre le problème de ladite capacité d'accueil aussi un problème d'ordre politique, aussi bien à l'intérieur du pays qu'à l'étranger. Les pays voisins ne sont en général pas très portés sur ce tourisme créé par la libéralisation de l'avortement puisqu'il met en cause la politique suivie dans leur propre pays. A l'intérieur du pays le grand nombre de traitements fait raviver des débats acharnés sur l'avortement car la respectabilité d'un pays semble mise en cause.

La position des défenseurs de la libéralisation est la plus faible. Ce qui compte pour eux c'est de ne pas perdre les libertés conquises, les étrangères elles-mêmes n'ayant pas d'influence politique. Souvent la divergence d'opinions finit par un compromis où le traitement des femmes étrangères est lié à des restrictions. En général on ne s'en tient pas à ces restrictions imposées. Par conséquent l'interruption de grossesse éveille le soupçon de clandestinité et d'illégalité, ce qui a une influence défavorable sur les prix demandés, la qualité de l'intervention et l'opinion publique.

Dès le début de la libéralisation un grand nombre de femmes venant de l'étranger ont été traités aux Pays-Bas. Les prix peu élevés et la distance relativement petite ont contribué au fait que les services d'interruption volontaire de grossesse néerlandais se sont chargés de la tâche qu'avait l'Angleterre auparavant. En ce moment on traite en Hollande deux fois plus de femmes étrangères que de femmes hollandaises. Bien que les Pays-Bas soient devenus ainsi le centre de l'avortement de l'Europe occidentale, il n'y a pas eu de problèmes importants. Ceci est probablement dû à l'esprit de tolérance qui règne aux Pays-Bas, à une politique de sagesse et de laissez-faire des autorités, ainsi qu'à la prise de position sans équivoque des chefs de clinique des dispensaires d'avortement qui ont toujours refusé de discriminer les femmes qui s'adressaient à eux pour être aidées d'après leur nationalité.

2.3 Le problème de la commercialisation imminente.

Dans les pays où l'avortement avait été libéralisé il était néanmoins impossible, par suite des problèmes de capacité d'accueil, d'aider toutes les femmes en état de grossesse non désirée. Ceci a mené d'une part à une hausse des prix dans les pays où les services de Santé publique sont organisés à base commerciale, et d'autre part, dans les pays où la Santé publique est nationalisée, à la fondation des centres d'aide spécialisés en interruption volontaire de grossesse, légaux ou illégaux.

Par exemple, en Angleterre, où la Santé publique est nationalisée, les hôpitaux n'étaient souvent ni capables ni disposés à traiter toutes les femmes anglaises qui s'y présentaient, voire des femmes venant de l'étranger. Cela a contribué, surtout à Londres, à la création de centres d'avortement qui travaillaient à base commerciale, et qui se faisaient payer des sommes exorbitantes, tout en rivalisant entr'eux afin d'attirer de la clientèle : il y avait des commissions pour les chauffeurs de taxi, des cadeaux pour les médecins qui prescrivaient l'interruption de grossesse, et même à l'étranger on faisait de la publicité. Néanmoins cette lutte concurrentielle n'a pas influencé les tarifs.

Les défenseurs de la libéralisation en Angleterre se sont retrouvés d'un seul coup dans une position critique. A tout prix ils avaient voulu éviter l'exploitation des femmes en état de grossesse non désirée, mais en fait ils ne pouvaient pas se passer des cliniques, fussent-elles commerciales. Le moment était venu de créer un nombre de cliniques fonctionnant sans but lucratif, mais l'affluence énorme faisait que les prix exorbitants des cliniques commerciales ne baissaient toujours pas. Ce sont les dispensaires d'avortement aux Pays-Bas qui ont pu réaliser une diminution considérable des prix, les dispensaires aux Pays-Bas n'étant pas contrariés par les inconvénients d'un système de concessions et de prescriptions à court échéance. Ainsi on pouvait introduire des méthodes plus efficaces et plus sûres. Des organisations sans but lucratif dirigeaient les premiers dispensaires d'avortement.

Là aussi on a limité les prix que les femmes en état de grossesse non désirée devaient payer. Cette limite s'est imposée non seulement aux cliniques à base commerciale en l'Angleterre mais aussi au grand nombre d'avorteurs illégaux en Allemagne, en France et en Belgique qui exigeaient souvent des sommes exorbitantes des femmes en détresse.

Cet assainissement discret du "marché" de l'avortement en Europe est l'un des plus grands mérites de L'Association hollandaise d'aide aux femmes qui se décident à une interruption volontaire de grossesse. Cependant ce développement présente quelques aspects négatifs c.a.d. le service d'aide s'est concentré surtout aux Pays Bas, et les prix modérés n'encouragent pas la mise au point d'organisations d'assistance ailleurs.

2.4 La qualité de l'aide.

Pendant les premières années après la libéralisation on peut constater dans la plupart des pays un nombre relativement élevé de complications, notamment en Suède et au Danemark. La première année le nombre d'interruptions volontaires de grossesse à issue mortelle est plus élevé que dans les années suivantes. Ceci est dû en premier lieu à un manque de formation théorique et d'expérience pratique combiné au fait que les services disponibles sont surchargés sans sous-estimer l'âpreté au gain de certains médecins.

Ensuite l'attitude ambivalente de beaucoup de médecins et du personnel infirmier joue souvent un rôle. Ils risquent de faire plus de fautes quand ils n'approuvent pas tout à fait ce qu'ils font. (Wolff et autres 1971) Et pour finir, les cas sont au début plus souvent problématiques. Les clientes se présentent relativement tard et ne se rendent pas toujours compte de l'impacte psychique de l'intervention ce qui peut mener à des problèmes somatiques.

Quelles qu'en soient les causes, surtout au début les risques de mortalité sont plus fréquents, ce qui implique la nécessité de mettre au point la qualité de l'intervention médicale. Les établissements d'aide et le grand public s'en rendent bien compte. Ceci provoque un grand nombre de publications médico-techniques dans les pays où l'interruption volontaire de grossesse est pratiquée. Ces publications se ressemblent fortement et prouvent que beaucoup de gens se penchent sur le dit problème. Le public s'intéresse donc vivement aux questions concernant la qualité médicale de l'avortement. Les interventions à issue mortelle, font l'objet d'amples discussions souvent de mauvais goût. Par conséquent il est évident que non seulement le public mais aussi les médecins traitants des centres d'aide sont unanimement d'avis que l'intervention médicale ne peut se faire que sous des exigences très strictes.

Il en résulte que dans un certain nombre de pays le gouvernement a prescrit des règles strictes à observer par les médecins qui pratiquent l'interruption de grossesse. Cela n'a néanmoins pas toujours eu le résultat voulu, car il est difficile de formuler des prescriptions concernant certains détails de l'intervention médicale qui d'ailleurs sont encore plus difficile à contrôler. En plus ces prescriptions détaillées augmentent souvent la rigidité. Autre objection est que ces prescriptions d'ordre purement médico-technique paraissent en contradiction avec les exigences médico-psychologiques.

Les Pays Bas n'ont pas eu de problèmes concernant la qualité médicale de l'avortement. La croissance du service des dispensaires s'est effectuée de façon égale et dès le début on a adopté la méthode de curetage où le risque de complications et de mortalité est minimal. Le taux de la mortalité en Hollande est le plus bas du monde. (Voir le TABLEAU 2)

Néanmoins on a éprouvé le besoin d'un perfectionnement absolu. Ce désir de perfection s'explique par l'exigence socio-légitime du comportement d'infailibilité médicale des médecins exerçant leur fonction. Aussi la qualité de l'intervention médicale a toujours une question de premier ordre. Cette attention particulière n'a pas résulté en un code imposé par les autorités, mais en un système remarquable où les cliniques elles-mêmes ont pris soin de l'amélioration de la qualité de l'intervention.

Au sein de "Stimezo Nederland" il y a un échange permanent d'expériences, en forme de visites, groupes de travail, consultations de spécialistes, réunions où l'on se penche sur les problèmes spécifiques de l'interruption de grossesse. On fait des recherches scientifiques à propres frais dans le but de développer des indicateurs qui permettront de mesurer l'effet des différentes méthodes d'intervention. Les objectifs des recherches actuelles sont: l'expérience de l'intervention des femmes avortées et l'efficacité à long terme de l'information concernant l'emploi des moyens contraceptifs. La raison de

ces recherches est la conviction que rendre visible les différentes méthodes d'avortement et les effets qui en résultent est plus efficace que de fixer des règles strictes à observer. Un perfectionnement permanent de la méthode à appliquer s'en suivra. Une pareille initiative serait également utile dans d'autres domaines du service de santé.

2.5 Changement de points de vue sur l'avortement

Les points de vue sur le droit à l'avortement évoluent petit à petit, probablement par suite des changements d'opinions sur la sexualité. Ce procès ne prend pas fin au moment où la loi sur le droit à l'avortement entre en vigueur. Une révision de la loi signifie tout au plus que les adversaires sont dans la minorité. Par conséquent la loi sur l'avortement est vite contestée, le compromis d'aujourd'hui ne vaut plus demain: d'une part à cause du fait que l'adhésion au mouvement de la libéralisation a grandi et d'autre part à cause de l'expérience acquise dans la pratique, ce qui mène à de nouvelles conceptions. Dans certains pays cela a donné lieu à de nombreuses infractions à la loi ayant des conséquences plutôt fâcheuses. En plus la lutte pour ou contre le droit à l'avortement se prolongeait dans les débats politiques sans fin. Les Pays-Bas n'ont pas connu ce genre de problèmes.

Comme signalé ci-dessus il existait aux Pays-Bas une subtilité juridique qui permettait d'échapper à la loi répressive de l'avortement, de sorte que grâce à ce climat favorable un nombre de changements importants ont pu être réalisés.

Premièrement l'indication de l'avortement a subi une modification. Il y a à peine dix ans que seul l'avis d'un ensemble de conseillers multidisciplinaires était censé de justifier l'indication d'un avortement éventuel. Bien vite on a constaté que ce genre de procédés empêchait de gagner la confiance des femmes en état de grossesse non désirée. Malgré la compétence des conseillers spécialisés dans cette matière, la plupart des femmes n'osait pas dire franchement pourquoi elles voulaient un avortement et les conseils restaient souvent incompris. En plus ces consultations ralentissait la décision et sélectionnait, sans le vouloir cependant, les candidates d'après l'intelligence et le milieu.

Bien vite on s'est contenté de consulter seulement un psychiatre. Ensuite le Conseil National de l'Ordre des Médecins a suggéré que l'accord de deux médecins suffirait. Cette formule non plus ne survivra pas, car il est de plus en plus évident que l'importance d'un médecin ne dépend que de la mesure dans laquelle il peut influencer la décision. Le second médecin ne peut jouer un rôle important que s'il peut intervenir soit en fonction d'intermédiaire qui prescrit l'avortement, soit qu'il assume le soin postopératoire, soit en intervenant dans le cas où la femme n'arrive pas à prendre une décision. Si la femme est certaine de sa décision et que le contact avec le second médecin se réduit à une simple signature, cette consultation n'est qu'une formalité superflue et gênante. Cette procédure s'impose surtout aux femmes étrangères qui viennent aux Pays-Bas sans prescription de leur médecin (environ 40%). 70% des Hollandaises qui demandent une interruption volontaire de grossesse ont une prescription de leur médecin, 22% sont envoyées par les centres régionaux de planning familial, ou par les centres d'aide en cas de problèmes sexuels et de contraception, appelés Rutgershuizen. (Régistration permanente 1974)

Les dernières années la forme et de contenu de l'indication d'un avortement ont changés. Le point de vue "avortement : non, à moins que " est devenue " avortement : oui, à moins que". En ce moment on est convaincu qu'en principe la femme décide, à moins qu'on met en doute sa volonté déterminée ou qu'il y ait d'autres-contre- indications. A présent on doute de l'importance et de l'utilité de longs entretiens qui ont pour but de motiver la demande d'avortement. La plupart des femmes sont certaines de leur décision et considèrent cet entretien comme une attitude hostile à leur égard, tandis que les femmes qui éprouvent le besoin d'en parler préfèrent le faire après l'avortement. L'importance d'un entretien consultatif est de dépister les cas problématiques. Dans ces cas des entretiens intensifs et même souvent la consultation d'un spécialiste sont indispensables. La motivation

de l'IVG n'y joue aucun rôle, car les motivations données ne font point ressortir le degré de la misère individuelle. L'entretien de dépistage sert surtout à s'assurer que la femme a bien réfléchi sur la question et à savoir si elle est absolument sûre de sa décision.

Les idées concernant les soins postopératoires qui doivent avoir une fonction préventive ont également changées. Il n'y a que quelques années qu'on considérait la demande d'avortement comme l'expression d'un dérèglement psychosocial, problème qu'on devrait traiter après l'avortement pour prévenir une récurrence. A présent on a adopté une attitude plus réservée quant à imposer des services non demandés. D'une part parce qu'on doute de leur efficacité, d'autre part parce que les cas de récurrence sont moins nombreux que l'on a supposé au début. Le pourcentage des récurrences est moins que 8%. (Régistration permanente, 1974)

Enfin les idées concernant la durée de la grossesse (avant l'IVG) sont devenues plus claires. Les premiers dispensaires estimaient que l'intervention devrait se faire avant la 12^{ème}, au plus tard la 14^{ème} semaine de la grossesse. Des grossesses plus avancées étaient interrompues en Angleterre ou dans les hôpitaux des Pays-Bas. Cette limite était d'ordre purement technique et pas une question de principe, bien que le public l'interprétait souvent comme tel. Avec le support de toutes les cliniques existantes on a pu ouvrir une clinique spécialement destinée à l'interruption de grossesses qui dépassaient la durée de 12 à 14 semaines, ce qui a rendu la situation plus claire.

Par suite d'une crise politique dont cette clinique fut l'objet "Stimezo Nederland" a déclaré de n'accepter aucun règlement limitatif en ce qui concerne la durée de la grossesse et qu'à la rigueur elle continuerait à interrompre des grossesses plus avancées dans d'autres cliniques. Les difficultés provoquées par cette affaire marquent déjà la fin d'une politique sage qui consiste en préserver le statu quo.

3 EVALUATION.

Aux Pays Bas l'aide aux femmes qui désirent une interruption volontaire de grossesse ne s'est certainement pas accomplie sans bruit. Cela prouve qu'il n'était pas question d'un climat favorable au développement équilibré du service d'aide. Pourtant on a réussi assez bien. La plupart des problèmes essentiels ont été réglés discrètement. On a pu aider le grand nombre de femmes qui se présentait. Dès le début l'intervention médio-technique de l'interruption volontaire de grossesse était de haute qualité, et grâce au soin postopératoire excellent il y a eu en peu de temps une diminution des demandes d'IVG et un chiffre très bas de récurrences. Seulement on a affaire maintenant à des difficultés politiques, inattendues, le gouvernement ne suivant plus la politique de préserver le statu quo des dernières années.

Tableau I

Chiffres des interruptions de grossesses faites aux Pays Bas depuis 1970.

an	nationalité		endroit de traitement			total
	hollan- daises	étrangères	hôpi- taux publics	cli- niques privées	dispensaires d'avortement	
1970	10.000 ¹		10.000 ¹			10.000
1971	14.000 ²	6.000	5.000 ³	3.000 ⁴	12.000 ⁵	20.000
1972	22.000 ²	20.000	5.000 ³	2.000 ⁴	35.000 ⁵	42.000
1973	21.000 ²	45.000 ⁴	5.000 ³	1.000 ⁴	60.000	66.000
1974	19.500 ⁶	45.000 ⁴	5.000 ³	1.000 ⁴	58.000	64.500

Sources :

- 1 Veenhoven, R. La fréquence de l'avortement Medisch Contact, pp 227-232
- 2 Schnabel, P. L'avortement en 1973
Documentatie Bulletin Stimezo Nederland.
- 3 Des enquêtes non publiées faites par L'Inspection médicale dans les hôpitaux des Pays Bas en 1971 et 1973 suppose que le nombre est resté à peu près le même en 1972 et 1974.
- 4 Chiffres approximatifs à base d'expertises; Bureau Stimezo Nederland.
- 5 Stimezo Nederland, Compte rendu 1972.
- 6 Régistration Permanente, Avortement, Pays Bas, 1974.

Tableau II

Chiffres récents relatifs aux complications intervenues pendant l'avortement et l'accouchement dans quelques pays où l'avortement est libre.

pays	an	taux de la mortalité consécutive à l'interruption de grossesse sur 100.000 interventions	taux de la mortalité péri-natale de la mère sur 100.000 accouchements en 1969
Canada	1970-1972	7	--
Angleterre et Wales	1970 1971 1972	13 ["] 13 9	15
Hongrie	1968-1971	1	41
Japon	1970-1971	2	56
Pays Bas	1970-1974	0,5 ^{""}	30
Etats Unis	1970-1971 1972	10 3	19

Sources:

Tietze, C & Dawson, D (1973), Statistisch Zakboek CBS (1972)

" étrangères non inclus

"" étrangères inclus, interruptions pratiquées seulement dans les dispensaires d'avortement.

Tableau III

Chiffres récents relatifs au nombre d'interruptions de grossesse dans quelques pays où l'avortement est libre.

pays	an	nombre d'avortements sur 1.000 femmes agées de 15 à 45 ans	nombre d'avortements sur 1.000 nouveaux-nés
Canada	1970	2,6	30
	1971	6,6	83
	1972	8,2	113
Angleterre et Wales	1970	8,1	96
	1971	10,1	126
	1972	11,5	154
Hongrie	1970	83,5	1.297
	1971	81,3	1.228
	1972	77,5	1.168
Japon	1970	28,0	375
	1971	28,2	366
Pays Bas	1970	3,5	41
	1971	5,1	61
	1972	8,1	103
	1973	7,7	113
	1974	7,2	108
Etats Unis	1970	4,5	52
	1971	11,2	143
	1972	13,2	184

+ Approximation à base des chiffres de la première moitié de l'année.

Source: Campbell, 1974

REFERENCES

Campell, More-Cavar, E. (1974)

International Inventory of Information on Induced Abortion

Columbia University, New York

Schnabel, P. (1974)

Régistration permanente

Bulletin de la Régistration permanente des interruptions de grossesse faites dans les dispensaires des Pays Bas: association régionale des centres d'avortement et de planning familial.

Stimezo Nederland, La Haye

Tietze, C. & Dawson, D.A. (1974)

Induced Abortion, a fact book

Population Council Reports nr. 14 December 1973

Veenhoven, R. (1972)

Les attitudes des médecins de médecine générale et des gynécologues en ce qui concerne l'avortement et la loi sur l'avortement

Medisch Contact vol 27, pp. 307-317

Wolff, J.R., Nielson, P.E. & Schiller, P.J. (1971)

Therapeutic Abortion: attitude of medical personnel leading to complications in patient cure

American journal of Obstetrics and Gynaecology. vol. 116, p. 730-733.

Liste des dispensaires d'avortement aux Pays Bas

Cliniques associées dans "Stimezo Nederland" Stimezo Arnhem
Etablissement Bloemenhove, Heemstede (demande à être associé)
Stimezo Eindhoven
Stimezo Groningen
Stimezo Maastricht
Etablissement Preterm (La Haye)
Stizo, Heemstede (demande à être associé)
Stimezo Utrecht
Stimezo Zeeuws Vlaanderen (Groede)

Les autres cliniques

Centre d'assistance directe N.V.S.H. (La Haye, Zwolle) M.R. '70 (Amsterdam)
Etablissement Oosterpark (Amsterdam) Stimezo Rotterdam

Ensuite il y a de grandes cliniques privées dans les villes suivantes La Haye, Bergen op Zoom et Amsterdam.