

protégée ». Le Vatican ne peut, par conséquent, accepter l'avortement ou les politiques qui le favorisent (Nations Unies, 1994 : 154). Certains pays islamistes ont aussi déclaré que certaines déclarations par rapport à l'avortement étaient non conformes à la charia.

A travers ces déclarations, il est ainsi établi que l'avortement est lourd de conséquences pour la santé et la vie des femmes, qu'il est parfois utilisé en remplacement de la contraception et qu'il est important de mener des recherches sur ce sujet pour mieux en comprendre l'importance, les causes, et son impact.

A la lumière de ces déclarations, des objectifs et des mesures adoptés lors de cette conférence, on peut s'interroger sur les changements intervenus dans les législations et politiques sanitaires des gouvernements afin de réduire les avortements à risque et leurs conséquences.

Ce rapport ayant été adopté par la majorité des gouvernements, on aurait pu s'attendre à ce qu'un certain nombre de changements interviennent notamment :

- à un assouplissement des lois pour éviter que ne perdurent les avortements clandestins ;
- à la réalisation de plus de recherches sur cette pratique de l'avortement pour en comprendre le fondement et analyser ses conséquences, ses déterminants et niveaux et tendances ;
- au développement des programmes de planification familiale accessibles à tous et toutes, avec une large gamme de méthodes disponibles ;
- à une amélioration des soins et du counselling post-abortum.

Qu'en est-il aujourd'hui ?

Les changements législatifs en matière d'avortement depuis la conférence du Caire⁷¹

Depuis la Conférence du Caire, les législations relatives à l'avortement se sont améliorées dans 20 pays, mais ces évolutions restent dans l'ensemble timides. Par contre, elles se sont dégradées dans 4 pays (le Congo, le Swaziland, le Malawi et l'Algérie) où de nouvelles restrictions ont été imposées (voir tableau 1).

En 1999, plus aucun pays n'interdit totalement l'avortement (alors que 5 pays l'interdisaient totalement en 1994), mais seulement 3 pays l'autorisent à la demande des femmes : il s'agit de la Tunisie (où la légalisation est ancienne) et du Cap Vert et de l'Afrique du Sud qui l'ont libéralisé depuis 1994.

L'accès à l'avortement reste étroitement lié à des considérations de santé des femmes (préservé sa vie, sa santé physique et mentale), répondant à la même logique que celle de l'accès à la planification familiale, prescrite encore dans de nombreux pays africains essentiellement aux seules femmes mariées pour espacer leur naissance et ainsi préserver leur santé et celle de leurs enfants. Ainsi, tous les pays africains autorisent l'avortement pour sauver la vie de la femme : dans 24 de ces pays, il est légalement autorisé que pour cette

⁷¹ Pour plus de précisions on pourra consulter le Cdrom : L'avortement en Afrique : une revue de la littérature des années 1990 à nos jours. : Guillaume, A. et Molmy W. (en collaboration), 2003. Paris, Ceped

unique raison et dans 15 pays seulement pour préserver la vie et/ou la santé physique et mentale de la femme.

Parmi les pays où l'avortement est légalisé uniquement pour des questions de vie ou de santé de la femme, 9 l'autorisent également en cas de viol ou d'inceste et 7 en cas de malformation du fœtus. Cependant, cette possibilité d'avorter suite à un viol ou un inceste reste très certainement peu accessible étant donné la difficulté pour des femmes de déclarer ce type de problèmes, en particulier pour les adolescentes ; de plus certains pays exigent des autorisations spéciales pour pratiquer cet avortement (médecins, justice...). De même, la possibilité d'avorter à cause d'une malformation du fœtus ne va concerner qu'un nombre limité de femmes étant donné la faiblesse du suivi prénatal dans certains pays africains et l'accès limité à des techniques médicalisées de dépistage prénatal (échographie, amniocentèse...). Ces techniques resteront, dans bon nombre de pays, l'apanage des femmes en milieu urbain et ayant les moyens de payer ces actes.

Tableau 1: Comparaison des conditions légales du recours à l'avortement en Afrique en 1994 et 1999

Légende : pas de changement législatif, une loi plus libérale, une loi plus restrictive

Conditions légales de l'avortement	1994	1999
- Interdit	Centrafrique, Djibouti, Égypte, Île Maurice, Sao Tome & Principe	
- Pour sauver la vie de la femme	Angola, Bénin, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libye, Madagascar, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigeria, Rép. Dem. du Congo (ex-Zaire), Sénégal, Somalie, Tchad, Tanzanie, Togo	Angola, Bénin, Centrafrique, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Égypte, Gabon, Guinée-Bissau, Lesotho, Libye, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Île Maurice, Niger, Rép. Dem. du Congo, Sao Tome & Principe, Sénégal, Somalie, Swaziland, Tchad, Togo
	Soudan (a)	Soudan (a)
- Pour sauver la vie de la femme ou protéger sa santé physique	Burkina Faso, Burundi, Comores, Congo, Éthiopie, Érythrée, Guinée Équatoriale, Malawi, Maroc, Ouganda, Rwanda	
	Cameroun (a)	
	Zimbabwe (a, b)	Zimbabwe (a, b)
- Pour sauver la vie de la femme, ou protéger sa santé physique et mentale	Gambie, Guinée, Ouganda, Sierra Leone, Swaziland	Algérie, Burundi, Comores, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée Équatoriale, Guinée, Kenya, Maroc, Mozambique, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Sierra Leone, Tanzanie
	Algérie (a)	Cameroun (a)
	Afrique du Sud (a, b), Botswana (a, b), Ghana (a, b), Libéria (a, b), Namibie (a, b), Seychelles (a, b)	Botswana (a, b), Burkina Faso (a, b), Ghana (a, b), Libéria (a, b), Namibie (a, b), Seychelles (a, b)
- Pour les raisons précédentes + des raisons économiques ou sociales	Zambie (b)	Zambie (b)
	Cap Vert (a, b)	
- à la demande	Tunisie	Cap Vert, Afrique du Sud, Tunisie

(a) en cas de viol ou d'inceste - (b) en cas de malformation du fœtus source : World Abortion policies : (United Nations and Population Division 1994; United Nations and Population Division 1999; United Nations and Population Division 2001; United Nations and Population Division 2001)

La Zambie a adopté des positions plus libérales puisque depuis de nombreuses années, l'avortement est légal si la vie, la santé physique ou mentale sont menacées, mais aussi pour des raisons économiques ou sociales ainsi qu'en cas de malformation du fœtus. Au Mozambique, en plus des ces conditions de santé, il est également permis en cas d'échec de contraception.

Il faut également souligner qu'à ces conditions légales s'ajoutent d'autres restrictions dans l'accès à l'avortement : - il y a toujours des durées légales limitant la pratique de l'avortement, - parfois des autorisations maritales ou parentales sont demandées (en 1999, sept pays exigeaient l'autorisation du conjoint (Gautier2002 : 89)) ; - dans certains pays l'accord d'un à deux médecins généralistes ou spécialistes ou d'une personnalité juridique est

sollicité, - dans d'autres cas, ces avortements doivent être faits dans des structures habilitées... autant d'éléments qui ne font que restreindre d'avantage l'accès à l'avortement.

Ainsi, en Afrique, (comme d'ailleurs dans la plupart des pays d'Asie ou d'Amérique Latine), - rares sont les pays où les législations de l'avortement sont très libérales et ces législations n'ont pas beaucoup progressé : dans ce contexte, la plupart des femmes qui veulent recourir à l'avortement le font clandestinement en dehors de toute assistance ou environnement médicalisé, s'exposant ainsi à des pratiques à risque.

L'avortement en Afrique : un phénomène mal connu

La revue de la littérature réalisée sur l'avortement en Afrique entre 1990 et le début de l'année 2003 révèle le manque de données sur ce sujet (Guillaume et Molmy, 2003) : environ 600 références ont été recensées sur une période de plus de 12 ans et pour 53 pays africains soit en moyenne moins de 1 référence par pays et par an sur cette période. Il faut ajouter à ces résultats que certaines études sont plusieurs fois citées et reprises dans différents articles, ce qui confirme la rareté des études sur ce thème.

Dans certains pays aucune donnée n'est disponible, mais par contre ce sujet est assez bien documenté au Nigeria (plus de 60 références) et en Afrique du Sud et au Kenya (plus de 50 références). Il faut noter en plus que les données publiées sont parfois très sommaires. Elles reposent en grande majorité sur des enquêtes hospitalières menées auprès de femmes admises pour des complications d'avortement. Rares sont les études en population générale et qui permettent d'avoir une vision globale de ce phénomène et de son évolution.

L'Organisation mondiale de la Santé estime en Afrique à 5 millions le nombre d'avortements à risque, c'est-à-dire pratiqués dans des conditions d'hygiène et de sécurité insuffisantes qui se produisent chaque année (World Health Organisation 1998). Différentes études donnent des estimations de sa prévalence (tableau 2). Elle est très variable selon les pays, les régions d'un même pays et la population interrogée. Dans les enquêtes en population générale, la prévalence est estimée entre 13 et 17% dans trois pays (Gabon, Togo, RCA). Elle est plus forte lorsque l'on considère les études en milieu médical où entre 5 et 43% des femmes déclarent au moins un avortement dans 3 pays (Côte d'Ivoire, Mali, Tunisie). En zone rurale elle varie entre 8 et 40%. En Tunisie, un pays où l'avortement est légalisé depuis de nombreuses années et qui est doté d'un programme de planification familiale efficace (Gastineau 2002), le taux d'avortement est estimé à 9 ‰ (Henshaw et *al.*, 1999) et en Afrique du Sud où la légalisation date seulement de 1996 il serait de 3‰ mais ce taux est certainement fortement sous-estimé (Henshaw et *al.*, 1999); en effet dans ce pays l'accès aux procédures légales d'avortement reste encore théorique pour beaucoup de femmes.

Cette pratique de l'avortement semble de plus en plus fréquente comme ont pu le constater de nombreux auteurs, notamment à travers l'augmentation des admissions pour des complications d'avortement à l'hôpital. Des études rétrospectives permettent également de souligner l'importance croissante de l'avortement en particulier dans les capitales africaines, avortement dont on suspecte le rôle croissant dans la baisse de la fécondité face aux faibles prévalences contraceptives (Rogo 1993). Cette tendance est confirmée en Côte d'Ivoire où une étude dans la ville d'Abidjan souligne la diminution de l'indice synthétique de fécondité de 0.5 enfant et l'augmentation de celui d'avortement (de 0.5 avortement) (Guillaume 2003).

L'avortement concerne toutes les femmes à différents moments de leur cycle de vie, aussi bien pour espacer leurs naissances que pour les limiter ou dans le cas des jeunes femmes pour retarder le moment de la première maternité. Ces jeunes femmes y recourent aussi car une

Ces quelques données montrent une prévalence contraceptive encore faible dans de nombreux pays africains et qui ne repose pas toujours sur des méthodes efficaces. En effet dans bon nombre de pays, les femmes, en particulier les femmes non mariées utilisent plus les méthodes naturelles que les méthodes modernes et certaines privilégient l'utilisation du préservatif. Or le recours à ces méthodes soulève quelques problèmes. En effet, d'une part la négociation dans l'utilisation du préservatif (comme la pratique du retrait) n'est pas toujours facile surtout pour les jeunes femmes, en particulier dans le cas de relations avec des hommes âgés. D'autre part, la pratique de la méthode des cycles n'est pas facile pour les jeunes femmes qui ne connaissent pas bien leur période féconde, et qui ont parfois une sexualité irrégulière.

Cette faible prévalence contraceptive, révélatrice en partie des difficultés d'accès à ces méthodes et conjuguée à l'utilisation de méthode d'une moindre efficacité explique la survenue de grossesses non prévues et donc d'avortements

Dans certaines études, la question de la pratique contraceptive avant et quelques fois après l'avortement a été posée. A l'Île Maurice, un pays réputé pour l'efficacité de son programme de planification familiale (prévalence de 75%), le recours aux avortements perdure à cause d'une part d'une précocité à l'entrée en vie sexuelle souvent sans contraception et d'autre part à cause des échecs de méthodes naturelles, d'une discontinuité dans l'utilisation de méthode moderne ou même d'absence de contraception (Nyong'o and Oodit 1996), posant le problème de la qualité et de l'accessibilité aux services de planification familiale (Hillcoat-Nalletamby 2003).

Différentes études soulignent l'absence de contraception avant l'avortement ou les échecs de méthodes. Ainsi, en Éthiopie, 83 % des femmes n'utilisaient pas de contraception avant la grossesse qu'elles ont interrompue, 11% en utilisaient une, mais sans respecter les normes d'utilisation (Madebo and T 1993) ; au Nigéria, environ 80% des femmes n'avaient pas de contraception au moment de la grossesse qu'elles ont interrompue (Adewole 1992; Renne 1996; Okonofua, Odimegwu et al. 1999). En Tanzanie, près de la moitié des adolescentes qui ont eu un avortement ne connaissait pas de méthode contraceptive et seulement 17% en utilisaient une au moment de cet avortement : 4% la pilule, 4% le préservatif, 1% un DIU, et 7% des méthodes naturelles (Mpangile, Leshabari et al. 1993) ; au Cameroun, au moment de l'avortement près de la moitié des femmes n'utilisaient pas de contraception, environ un tiers utilisait une méthode naturelle et 9 % allaitaient encore leur précédant enfant (Leke 1998).

Au Mali, parmi les femmes qui ont eu un avortement, 61 % avaient arrêté leur méthode contraceptive et dans 39 % des cas elle a échoué (Konate, Sissoko et al. 1999). Au Togo, seulement 19% des femmes pratiquaient une contraception avant leur avortement, dont plus de la moitié une méthode naturelle (Unité de Recherche Démographique et al., 2001).

D'autres études soulignent cette absence de contraception ou l'échec d'une méthode au Kenya (Ojwang and Maggwa 1991; Ankomah, Aloo-Obunga et al. 1997; Solo, Billings et al. 1999), au Mozambique, (Hardy, Bugalho et al. 1997), au Ghana où l'avortement s'explique par une utilisation faible ou irrégulière de la contraception, mais aussi car les femmes ne veulent pas révéler une rupture de l'abstinence post-partum (Anonymous 1994).

La faible utilisation de la contraception et l'analyse de ces échecs pose la question de l'accès aux programmes de planification familiale et des éventuels blocages à l'utilisation de ces méthodes. L'avortement est parfois la seule « option contraceptive » pour les femmes qui n'ont pas accès aux programmes de la planification familiale par absence de services, ignorance de leur existence ou car ils ne leur sont pas destinés (adolescentes, femmes célibataires, sans enfants). La sexualité des jeunes n'est pas toujours admise socialement et les

proportion de femmes qui n'utilisait pas la contraception diminue de 61% à 35% (Guillaume 2003).

Au Malawi, l'accent a été mis sur la nécessité de développer des activités de planification familiale dans le cadre des programmes de prise en charge post-abortum : une étude montre que 80% des femmes ont accepté une contraception après l'avortement, les méthodes choisies étant la pilule, l'injectable ou le préservatif (Lema and Mpanga 2000). En Égypte, des programmes ont été développés pour proposer aux femmes un DIU immédiatement après ou dans les deux semaines suivant un avortement. Un *counselling*⁷² a été mis en place et le taux d'acceptabilité de cette méthode est d'environ 40% (El-Tagy, Sakr et al. 2003). En Afrique du Sud, où l'avortement a été légalisé en 1997, les femmes reçoivent systématiquement un counselling après cet avortement et la prescription d'une contraception est systématique, mais seule la méthode injectable est disponible (Dickson-Tetteh and Billings 2002) ce qui risque de limiter l'efficacité de telles politiques.

Une meilleure prise en charge post-abortum

Généralement le traitement des complications post-abortum est fait dans des hôpitaux et par la méthode de dilatation est de curetage. Cependant des expériences de prise en charge post-abortum ont été développées, même dans des pays où l'avortement est illégal ou d'un accès très restrictif afin d'améliorer le traitement de ces complications. Ainsi de nouvelles techniques ont été introduites pour améliorer ces soins : des programmes pour l'introduction des techniques d'aspiration intra-utérine manuelles (Manual Vacuum Aspiration MVA) à la place de la dilatation et du curetage se sont développés dans différents pays. Les personnels de santé (sages-femmes et infirmiers en particulier) ont reçu des formations dans le cadre de l'implantation de ces programmes pour prendre en charge ces complications et dispenser du counselling post-abortum. L'amélioration de la prise en charge est notoire et se traduit par une réduction des coûts et durées d'hospitalisation ce qui limite les charges pour les structures de santé et les coûts pour les femmes : de plus ces méthodes sont moins traumatisantes et présentent moins de séquelles. Ainsi des expériences de ce type ont été menées au Kenya et en Ouganda, en Zambie, au Sénégal, au Burkina Faso, en Égypte, au Malawi et au Zimbabwe... : le constat général qui est fait avec l'introduction de tels programmes est :

- Une délégation de ces pratiques aux infirmiers et sages femmes et non plus seulement aux médecins (Mtonga and Ndhlovu 2001);
- Un développement de la planification familiale post-abortum avec une amélioration de la prévalence contraceptive ;
- Une réduction des coûts et complications comme on a pu le constater en Égypte : L'aspiration manuelle réclame une anesthésie plus courte, une durée de séjour de 2,4 heures au lieu de 9,2 heures, et entraîne moins de pertes de sang et de complications (douleurs, infections...)(Mahomed, Healy et al. 1994; El Shafei, Hassan et al. 1999) ; un allègement de la charge des services (Lema, Mtimavalye et al. 1997) et de moindres coûts et séquelles pour les femmes ;
- Une amélioration générale de la qualité des services (Yumkella 1999)

⁷² D'une manière générale, le counselling est défini comme un dialogue confidentiel entre un client et un soignant en vue de permettre au client d'évaluer les risques pour la santé qui le concernent et concernent ses proches, et de faciliter l'adoption de comportements appropriés en matière de dépistage, de prévention et de prise en charge des malades comme de leur entourage.

Ces expériences se développent encore trop timidement en Afrique mais elles améliorent considérablement la prise en charge des complications d'avortement et c'est un progrès qu'il convient de souligner durant ces dernières années.

Pour conclure

Quelles améliorations ou quels changements se sont produits depuis la Conférence du Caire ? L'avortement est un problème de santé publique majeur dans les pays africains mais aussi un problème social.

On peut tout d'abord dire que les législations ont peu progressé sauf au Cap Vert et en Afrique du Sud, où l'avortement est à la demande. Mais dans ce dernier pays l'accès n'est pas encore généralisé. Dans les autres pays, les progrès ont été très limités, voir inexistant (on a même assisté à une régression des lois) et globalement la pratique légale de l'avortement reste liée aux problèmes de santé de la femme. Il faut inciter les États à revoir leurs législations en matière d'avortement : interdire l'avortement n'empêche pas sa pratique mais contribue au maintien de pratique à risque.

La pratique de l'avortement reste peu documentée et il est important de mener des recherches dans ce domaine pour améliorer la connaissance sur ce sujet en terme de prévalence mais surtout des facteurs et déterminants afin de mieux connaître le processus qui amène à l'avortement, et à recourir à l'avortement plutôt qu'à la contraception, mais aussi étudier l'impact qu'il peut avoir sur la fécondité.

L'avortement, utilisé suite à l'échec d'une contraception ou en son absence interroge sur le fonctionnement des programmes de planification familiale, leur accessibilité et le counselling qui est fait aux femmes lors de la prescription. Ce counselling n'est pas toujours pensé en fonction des besoins concrets des femmes et l'information qui leur est donnée est parfois insuffisante. Par exemple, les femmes ne sont pas toujours informées des aménorrhées qui peuvent survenir lors de l'utilisation d'une méthode injectable. Elles ne savent toujours que la gamme de choix de la contraception est large et qu'elles peuvent changer de méthode en cas d'insatisfaction ou d'effets secondaires désagréables. Ceci pose la question également de l'accès des jeunes à la planification familiale et de la reconnaissance de leur sexualité par les personnels de santé.

Les programmes de prise en charge des complications des avortements et plus généralement de prise en charge post-abortum doivent être développés car ils ont fait leur preuve d'efficacité, et de réduction des coûts pour les services de santé, mais surtout des coûts pour les femmes et des conséquences pour leur santé. Les procédures d'aspiration intra-utérine manuelle avec le protocole associé à ces programmes doivent être développés : notamment la formation des personnels (sages-femmes, infirmiers...), le counselling et programmes de planification familiale. Il est également important de développer des programmes pour introduire d'avortement médicamenteux (le misoprostol ou mifepristone ou RU486) : actuellement cette technique n'est développée qu'en Tunisie alors qu'elle permet une meilleure prise en charge de ces avortements qui sont alors moins traumatisants pour les femmes et moins lourds de conséquences.

Enfin, la mise sur le marché de la contraception d'urgence qui est en train de s'opérer dans quelques pays africains devrait permettre de limiter les avortements à risque en particulier pour les jeunes femmes. Mais cela suppose que cette méthode soit largement diffusée et à moindre coût.

L'accès aux soins en santé de la reproduction, en particulier de planification familiale et d'avortement sans risque passe par une amélioration du fonctionnement des programmes, notamment par une information des personnels de santé. Mais ce meilleur accès suppose aussi une amélioration du statut des femmes, en particulier de leur éducation pour leur donner une plus grande autonomie.

Bibliographie

- Adewole, I. F. (1992). "Trends in postabortal mortality and morbidity in Ibadan, Nigeria." International Journal of Gynecology and Obstetrics 38(2): 115-8.
- Ankomah, A., C. Aloo-Obunga, et al. (1997). "Unsafe abortions: methods used and characteristics of patients attending hospitals in Nairobi, Lima, and Manila." Health Care for Women International 18(1): 43-53.
- Anonymous (1994). "Misperceptions about contraceptives keep abortion incidence high in Ghana." Progress in Human Reproduction Research(29): 3.
- Benson, J., B. R. Johnson, et al. (1994). "International abortion research: new environment, new priorities."
- Dickson-Tetteh, K. and D. L. Billings (2002). "Abortion care services provided by registered midwives in South Africa." International Family Planning Perspectives 28(3): 144-150.
- El Shafei, M., E. O. Hassan, et al. (1999). "Improving reproductive health service by using manual vacuum aspiration in the management of incomplete abortion." Egyptian Society of Obstetrics and Gynecology 25(10-12): 711-22.
- El-Tagy, A., E. Sakr, et al. (2003). "Safety and acceptability of post-abortal IUD insertion and the importance of counseling." Contraception 67(3): 229-34.
- Gautier A., 2002, Les droits reproductifs en Afrique sub-saharienne.- In A. Guillaume, Desgrees du Loû, A., Zanou B, Koffi N. (Ed.) Santé de la Reproduction en Afrique, ENSEA, IRD, FNUAP, , p. 77-100.
- Gastineau B., 2002, Légalisation de l'avortement et planification familiale : l'expérience tunisienne- In A. Guillaume, Desgrees du Loû, A., Zanou B, Koffi N. (Ed.) Santé de la Reproduction en Afrique, 9-12 novembre 1999, ENSEA, IRD, FNUAP, , p. 243-266.
- Glover, E. K., A. Bannerman, et al. (1999). "Context and content of condom negotiation and sex refusal skills among youth in Ghana: key findings."
- Guillaume, A. (2003). "Le rôle de l'avortement dans la transition de la fécondité à Abidjan au cours des années 1990." Population 58(6)
- Guillaume, A. and A. Desgrees du Loû (2002). "Fertility regulation among women in Abidjan, Cote d'Ivoire: contraception, abortion or both?" International Family Planning Perspectives 28(3): 159-166.
- Hardy, E., A. Bugalho, et al. (1997). "Comparison of women having clandestine and hospital abortions: Maputo, Mozambique." Reproductive Health Matters(9): 108-15.
- Henshaw S.K.; Singh S.; Haas T.,1999, Recent trends in Abortion rates worldwide, International Family Planning Perspectives, 25(1), p. 44-51
- Konate, M. K., F. Sissoko, et al. (1999). Les conséquences sociales de l'avortement provoqué à Bamako. Bamako, CILSS, INSAH, CERPOD: 91.
- Leke, R. J. (1998). Les adolescents et l'avortement. Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique. B. Kuate-Defo. Montréal, Ediconseil Inc.: 297-306.
- Lema, V. M. and V. Mpanga (2000). "Post-abortion contraceptive acceptability in Blantyre, Malawi." East African Medical Journal 77(9): 488-93.
- Lema, V. M., L. A. Mtimavalye, et al. (1997). "The impact of the manual vacuum aspiration (MVA) technique on health care services at Queen Elizabeth Central Teaching Hospital, Blantyre, Malawi." South African Medical Journal 87(2): 218-24.
- Madebo, T. and G. T. T (1993). "A six month prospective study on different aspects of abortion." Ethiopian Medical Journal 31(3): 165-72.
- Mahler, K. (1999). "Both unwanted pregnancies and abortions are common among women in Nigeria." International Family Planning Perspectives 25(4): 207-8.
- Mahomed, K., J. Healy, et al. (1994). "A comparison of manual vacuum aspiration (MVA) and sharp curettage in the management of incomplete abortion." International Journal of Gynecology and Obstetrics 46(1): 27-32.

