

L'avortement en Afrique 10 ans après la Conférence du Caire

Agnès Guillaume

Position des États et principes d'action relatifs à l'avortement lors de la Conférence du Caire

Lors de la Conférence du Caire, la question de l'avortement a été abordée formellement dans le chapitre 8 relatif à la « santé, la morbidité et la mortalité » et dans le chapitre 12 consacré « à la technologie et à la recherche-développement ». Mais elle reste sous-jacente dans bien d'autres déclarations en particulier dans celles relatives à la santé de la reproduction et à la planification familiale.

Un des volets du chapitre 8 centré sur la « santé maternelle et la maternité sans risque » décrit dans ces principes d'action les risques associés aux avortements. « *Actuellement, 90% environ des pays du monde – comptant pour 96% de la population mondiale – autorisent légalement l'avortement dans des conditions qui varient pour sauver la vie des mères. Toutefois, une assez forte proportion des interruptions de grossesses est provoquée par les intéressées elles-mêmes ou pratiquée dans de mauvaises conditions, si bien que, dans de nombreux cas, ces interruptions de grossesses provoquent la mort ou entraînent des lésions permanentes* » (Nations Unies 1994). Les objectifs fixés pour répondre à ce problème sont « *de réduire les accidents dus à des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions* » dans le souci d'améliorer la santé et le bien-être des femmes (Nations Unies, 1994). Et dans le cadre des mesures à prendre il est énoncé au paragraphe 8.25 que « *l'avortement ne devait en aucun cas, être promu en tant que méthode de planification familiale. Tous les gouvernements et les organisations et non gouvernementales intéressées sont vivement invités à renforcer leur engagement en faveur de la santé de la femme, à traiter les conséquences des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité en tant que problème majeur de santé publique et à réduire le recours à l'avortement en étendant et en améliorant les services de planification familiale. La plus haute priorité doit toujours être accordée à la prévention des grossesses non désirées et tout devrait être fait pour éliminer la nécessité de recourir à l'avortement. Les femmes qui ont des grossesses non désirées devraient avoir facilement accès à une information fiable et à des conseils empreints de compréhension. Toute mesure ou toute modification relatives à l'avortement au sein du système de santé ne peuvent être arrêtées qu'à l'échelon national ou local conformément aux procédures législatives nationales. Dans les cas où il n'est pas interdit par la loi, l'avortement devrait être pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité. Dans tous les cas, les femmes devraient avoir accès à des services de qualité pour remédier aux complications découlant d'un avortement. Après un avortement, des services de conseil, d'éducation et de planification familiale devraient être offerts rapidement, ce qui contribuera également à éviter des avortements répétés* » (Nations Unies, 1994).

Concernant les recherches sur l'avortement, il est déclaré que « *dans la mesure où l'avortement, lorsqu'il est pratiqué dans des conditions dangereuses, constitue une grave menace pour la santé et la vie des femmes, il faudrait encourager les recherches sur les causes et conséquences de l'interruption volontaire de grossesse, notamment sur les effets ultérieurs sur la fécondité, la santé en matière de reproduction, l'hygiène mentale et les*

pratiques contraceptives, ainsi que sur le traitement des complications d'un avortement et les soins à dispenser après un avortement » (Nations Unies, 1994).

Cette question de l'avortement apparaît également en filigrane dans le chapitre consacré à la santé de la reproduction et aux droits reproductifs. Ainsi lorsqu'en complément de la définition de la santé de la reproduction il est précisé au paragraphe 72 « ...cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables » (Nations Unies, 1994).

De même, dans la définition des droits en matière de reproduction, le sujet de l'avortement est abordé implicitement dans les déclarations au chapitre 7.3 où il est dit que « ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tels qu'exprimés dans les documents relatifs aux droits de l'homme » (Nations Unies, 1994). Les objectifs fixés sont de « veiller et contribuer à ce que ceux-ci prennent leurs décisions de façon responsable et de leur plein gré concernant la procréation et les méthodes de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi et disposent de l'information, des moyens éducatifs et autres pour ce faire » (Nations Unies, 1994 : 47, §7.5). Dans les mesures à prendre, il est mentionné que « les complications de la grossesse, de l'accouchement et de l'avortement.... devraient être toujours s'il y a lieu, pouvoir être renvoyées à des services de planification familiale et faire l'objet d'un diagnostic complémentaire et d'un traitement » (Nations Unies, 1994). Il est également stipulé que les pays doivent améliorer leurs services en matière de santé de la reproduction : ils doivent donc s'attacher à offrir « la fourniture d'une gamme complète de moyens de contraception, et à veiller à ce que l'avortement n'y soit plus pratiqué comme un moyen de régulation des naissances comme c'est trop souvent le cas actuellement, en répondant à d'urgence aux besoins des femmes en ce qui concerne l'accès à des informations plus précises et à une gamme de choix plus large » (Nations Unies, 1994).

Dans la partie relative à la planification familiale, l'accent est mis sur la nécessité de développer des programmes accessibles à tous sans discrimination et d'éviter les grossesses à risques et non désirées. La question de l'avortement est abordée dans le paragraphe 7.24 où il est dit que « les gouvernements devraient prendre des mesures appropriées pour aider les femmes à éviter l'avortement, qui ne devrait en aucun cas être encouragé comme une méthode de planification familiale, et dans tous les cas, veiller à ce que les femmes qui ont eu recours à l'avortement soient traitées avec humanité et bénéficient de conseils » (Nations Unies, 1994).

Certains états ou institutions (le Vatican, quelques pays d'Amérique Latine ou des pays islamistes) ont émis des réserves sur cette question de l'avortement. Ces déclarations renvoient d'une part à des considérations éthiques ou religieuses autour de la notion de vie du fœtus mais aussi pour confirmer que l'avortement ne doit pas être utilisé comme « méthode de planification familiale ». Ainsi, le Vatican exprimé son opposition en affirmant que « la vie humaine commence au moment de la conception, (...) et qu'elle doit être défendue et

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 (préservation 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 Soudan (a)	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)
- 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 (a) Afrique du Sud (a, b), Botswana (a, b), Ghana (a, b), Libéria (a, b), Namibie (a, b), Seychelles (a, b)	Algérie, Burundi, Comores, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée Équatoriale, Guinée, Kenya, Maroc, Mozambique, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Sierra Leone, Tanzanie Cameroun (a) 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) Cap Vert (a, b)	Zambie (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

grossesse compromettrait leur scolarité, ou pourrait entraîner un rejet familial ou social : la sexualité prémaritale étant parfois mal considérée. Ces jeunes femmes sont plus fréquemment victimes de complications car elles avortent souvent à des durées tardives et avec des méthodes dangereuses (indigénat, médicaments en surdosage, produits chimiques...).

Tableau 2 : Niveau de l'avortement provoqué : enquête en population générale ou auprès de sous-populations (hors enquête sur les complications)

Population concernée	Pays ou aire géographique	Année enquête	Effectif femmes	Age des femmes	P %	ISA	NMA	TA %	RA %
Population générale	Gabon	2001	6183	15-49	15				
	Togo	2000	2408	15-49	13		0,13		
	Tunisie	1996				0,26		8,6	7,8
	Afrique du sud	1997				0,08		2,7	2,4
	RCA	1994-95	779	15-49	16,8				
Population centre de santé, planification familiale	Côte d'Ivoire : Abidjan	1998	2400	15-49	33	1,4(a)	0.60		
		1997	997	15-49	31(b)				
	Tunisie : Monastir	1998	597		42,9				
	Mali : Bamako	1996	2082	15-54	5-20				
Population élève, étudiante	Togo région maritime et centrale	1996	1867	12-26	23		1,31		
	Nigeria University of Benin	2001	880	15-30 et +	3				
	Ethiopia: Harer town, eastern		1674		56(c)				
Population instruite	Cameroun							19	
Population zone rurale	Westem Ghana	1999	1073	15-49	28,2				
	Rural Upper Egypt - 6 villages		1025		40,6				26,5
	Nigeria - zone Ife et Jos	1995-96	1516 (non mariées)	15-45	58(d)				
	Ethiopie (South Gonde - nord)		1158 mariées	15-49	8,6				
	Côte d'Ivoire								
	-Aboisso	1993	1900		16,0				
	-Tanda	1994	1578		10,1				
	-Centre Nord	1995	1055		6,5				
-Niakaramandougou	1998	1684		7,8					
Population zone urbaine	Kinshasa, Zaire	1990	2399	15-49	15				
Sous-population	Cote d'Ivoire - militaires				32,2				

P : proportion de femmes ayant pratiqué au moins un avortement - ISA : indice synthétique d'avortement - NMA : nombre moyen d'avortements - TA : taux d'avortement, RA : ratio d'avortement - (a) femmes de 15 à 44 ans pour les cinq années précédents l'enquête (b) femmes ayant eu au moins une grossesse (c) femmes qui ont eu des relations sexuelles (d) parmi les femmes qui déclaraient une grossesse non prévue -

Source des données : Guillaume et Molmy, 2003.

Les études en milieu hospitalier auprès de femmes admises pour des complications montrent que ces femmes sont en majorité jeunes, issues de milieu défavorisés et ayant eu recours à des méthodes à risque : il faut noter que même dans un contexte d'illégalité, les femmes des classes sociales favorisées ont toujours la possibilité d'avorter en milieu médical dans de bonnes conditions : coût et sécurité sont toujours étroitement liés, les méthodes bon marché présentent des risques importants.

Si les niveaux de l'avortement sont mal connus, par contre il existe des estimations (à partir des études sur les complications) des décès maternels imputables à ces avortements. Ainsi à partir d'études épidémiologiques réalisées dans 41 pays africains, le taux de mortalité maternelle est estimé entre 200 à 600 pour 100 000 naissances vivantes et 18 à 35 % de cette mortalité est imputable à des avortements (Benson, Johnson et al. 1994). Le principal déterminant de l'impact de l'avortement sur la santé des femmes reste son statut légal ; la mortalité maternelle en Afrique du Sud a diminué depuis la légalisation en 1996 (Vandecruys, Pattinson et al. 2002).

Ces quelques résultats montrent une insuffisance de données sur cette question de l'avortement et le besoin de conduire des recherches pour mieux la documenter.

L'avortement comme méthode de contraception ?

Un consensus s'est établi lors de la conférence du Caire autour de la déclaration stipulant qu'en aucun cas l'avortement devait être utilisé comme méthode de contraception. Un des moyens pour limiter ce recours à l'avortement est de rendre plus accessible l'accès à la planification familiale. Or certaines études ont montré que cet accès est loin d'être universel, ces programmes s'adressant prioritairement aux femmes mariées ayant des enfants. L'accès des jeunes à ces programmes est souvent difficile pour des raisons économiques et sociales, et notamment car les prestataires sont parfois réticents à leur prescrire de telles méthodes.

L'analyse des évolutions de la pratique contraceptive chez les femmes mariées et les femmes non mariées mais sexuellement actives montre des augmentations modérées de la prévalence contraceptive pour les pays où deux enquêtes sont disponibles (tableau 3). La prévalence des méthodes modernes, chez les femmes mariées est faible puisqu'inférieure à 10% dans 18 pays sur 30, comprise entre 10 et 20% dans 6 pays, entre 20% et 40% dans deux pays et supérieure à 40% dans 2 pays avec 50% au Zimbabwe et 55 en Afrique du Sud avec une contraception reposant surtout sur la pilule dans le premier et l'injection dans le deuxième. Dans les autres pays, les femmes utilisent surtout les méthodes médicalisées (pilule, DIU, injection et implants) mais dans certains pays l'utilisation du préservatif est importante puisqu'il représente plus du quart des méthodes modernes utilisées (Burkina, Cameroun, Cote d'Ivoire) et même un tiers au Gabon. La pratique contraceptive est surtout basée sur les méthodes naturelles au Bénin, au Burkina, au Cameroun, au Gabon et au Togo.

Pour les femmes non mariées et sexuellement actives la pratique contraceptive diffère comparativement à celle des femmes en union. Elles ont une pratique contraceptive des méthodes modernes dans l'ensemble supérieure mais ce qui différencie ces femmes c'est surtout le type de méthodes utilisées : dans la plus de la moitié des pays ces femmes utilisent surtout le préservatif. L'augmentation de la prévalence contraceptive entre deux enquêtes successives est essentiellement due à celle des préservatifs. Dans les pays où la prévalence des méthodes modernes est élevée comme en Afrique du Sud, le recours au préservatif est limité. Ces femmes non mariées utilisent également plus les méthodes naturelles que celles en union

(sauf en Zambie, Tanzanie, au Zimbabwe, au Rwanda, en Mauritanie, au Malawi et en Afrique du Sud).

Tableau 3 Pratique contraceptive chez les femmes en union pour la (ou les deux) dernière(s) enquête(s) démographique(s) et de santé

	Femmes en union				Femmes sexuellement actives non mariées			
	Méthode naturelle	Méthode moderne			Méthode naturelle	Méthode moderne		
		Toutes	pilule+ DIU+ injection+ implant	condom		Toutes	pilule+ DIU+ injection + implant	condom
Benin 2001	11,3	7,2	5,0	1,3	19,8	17,1	4	12,1
Benin 1996	11,8	3,4	2,2	0,7	35,5	13,5	4,6	8,9
Burkina Faso 1998/99	7	4,8	3,5	1,2	7,4	44	7,9	36,1
Burkina Faso 1992/93	20,5	4,2	2,9	0,8	18,4	16	3,5	11,5
Cameroon 1998	11,2	7,1	3,3	2,1	37,9	21,6	6,6	13,9
Cameroon 1991	11,1	4,3	1,9	0,9	43,5	9,5	5	3
CAR 1994/95	11	3,2	1,8	1	14,1	9,9	3,8	5,9
Chad 1996/97	2,4	1,2	0,8	0,2	6,6	7,9	4,3	3,6
Comoros 1996	8,7	11,4	7,5	1	22,5	34,8	10	24,7
Cote d'Ivoire 1998/99	6,6	7,3	5,3	1,8	27,6	26,7	10,6	16
Cote d'Ivoire 1994	6,1	4,3	3,3	0,7	28,5	18,4	7,4	10,5
Egypt 2000	2,1	53,9	51,3	1	-	-	-	-
Egypt 1995	2,3	45,5	42,8	1,4	-	-	-	-
Eritrea 1995	4	4	3,4	0,3	14,5	38,4	21,2	17,1
Ethiopia 2000	1,7	6,3	5,7	0,3	4,8	35,7	24,4	11,3
Gabon 2000	17,6	13,4	5,5	5,1	27,2	30,6	8	21,9
Ghana 1998	8,1	13,3	7,8	2,7	16,1	20,3	7	10,6
Ghana 1993	9,6	10,1	5,7	2,2	18,7	19	7,7	9,9
Guinea 1999	1,8	4,2	3,3	0,6	13,5	31,8	11,8	20,1
Kenya 1998	6,7	31,5	23,8	1,3	10,2	36,2	25,7	8,1
Kenya 1993	4,8	27,3	20,9	0,8	9,8	30,3	23,9	3,6
Madagascar 1997	9,5	9,7	8,0	0,7	16,2	9,9	6,8	2,6
Madagascar 1992	11,1	5,1	3,5	0,5	17,5	3	1,4	1,1
Malawi 2000	2,4	26,1	19,3	1,6	0,3	25,6	11,4	10,7
Malawi 1992	3,7	7,4	4,0	1,6	-	-	-	-
Mali 2001	0,6	7	5,2	0,3	8,4	22	15	7,1
Mali 1995/96	1,7	4,5	3,7	0,4	13,4	27,3	18,5	8,3
Mauritania 2000/01	2,8	5,1	4,3	0,8	0	5,3	5,3	0
Mozambique 1997	0,1	5,1	4,0	0,3	2,5	14,6	12,1	1,6
Namibia 1992	0,9	26	18,1	0,3	1,1	33,5	30,3	1,5
Niger 1998	0,2	4,6	4,4	0	5,5	44,1	30,5	12,4
Niger 1992	0,1	2,3	2,2	0	2,6	33,3	27	6,3
Nigeria 1999	5,8	8,6	6,9	1,2	19,1	35,4	19,4	15,7
Nigeria 1990	1,9	3,5	2,7	0,4	24,5	14,6	9,4	3,7
Rwanda 2000	7,5	5,7	3,1	0,4	7,3	14,9	2,4	11
Rwanda 1992	8,2	12,9	11,9	0,2	4,4	24,9	20,4	4,5
Senegal 1997	2	8,1	6,8	0,6	5,1	45,6	20,6	25
Senegal 1992/93	2,6	4,8	3,8	0,4	10,1	31,3	14,1	14,1
South Africa 1998	0,9	55,1	35,6	1,7	0,5	67,8	61,2	3,1
Sudan 1990	2,5	5,5	4,7	0,1	0	0	0	0
Tanzania 1999	7,6	16,9	12,1	2,7	6	26,1	15,8	9,5
Tanzania 1996	4,7	13,3	10,6	0,8	4,6	21,4	14,4	6,3
Togo 1998	16,2	7	4,9	1,5	30,1	22,9	4,5	18,2
Togo 1988	30,4	3,1	1,4	0,4	43,7	13,2	4,6	4
Uganda 2000/01	3,6	18,2	10,1	1,9	3,9	44	14,1	29
Uganda 1995	4,3	7,8	5,5	0,8	7,7	26,5	10,5	15,3
Zambia 1996	9,7	14,4	8,6	3,5	5,5	17,9	5,9	11,6
Zambia 1992	3,9	8,9	4,9	1,8	2,4	9,3	6,6	2,1
Zimbabwe 1999	2,8	50,4	45,0	1,8	0,6	53,5	31,1	19,3
Zimbabwe 1994	4,3	42,2	37,5	2,3	2,6	52,6	36,6	13,6

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

prestataires de services sont souvent réticents à prescrire des contraceptifs aux jeunes (Ankomah, Aloo-Obunga et al. 1997; Silberschmidt and Rasch 2001).

Certaines femmes sont réticentes à l'utilisation de la contraception moderne par crainte des effets secondaires (comme la prise de poids, les problèmes de santé, les risques de cancer...) et des risques présumés de stérilité due à l'usage de ces méthodes (Otoide, Oronsaye et al. 2001) : ce risque de stérilité est pourtant beaucoup plus élevé en cas d'avortement clandestin. L'aspect contraignant de ces méthodes est également mentionné : prise régulière et utilisation sur le long terme, des contraintes mal acceptées surtout par les femmes qui ont une sexualité irrégulière, alors que l'avortement permet de « résoudre rapidement » ce problème. L'insuffisance de d'informations sur la contraception (bien que la connaissance globale de la contraception soit assez élevée selon les EDS) dont bénéficient certaines femmes explique qu'elles n'ont pas toujours connaissance de la gamme de méthode contraceptive qui leur est offerte et de la possibilité de changer de méthodes si elle ne leur convient pas. Enfin un autre facteur expliquant le faible recours à la contraception est la difficulté à négocier l'utilisation du préservatif, difficulté soulignée notamment au Ghana où la pression sociale qui pèse sur certaines jeunes femmes pour avoir des relations sexuelles rend difficile toute possibilité de prévention (Glover, Bannerman et al. 1999).

Un autre facteur d'explication de recours à l'avortement est l'échec souvent fréquent des méthodes naturelles du à la difficulté de leur utilisation et à la méconnaissance de leur période féconde.

Face à ce constat, il faut avoir conscience que les femmes engagées dans une démarche contraceptive pour réguler leur fécondité, n'hésiteront pas à recourir à l'avortement si une grossesse non prévue survient. Les pratiques contraceptives et abortives sont d'ailleurs étroitement liées : les femmes qui connaissent et utilisent une contraception ont une forte probabilité d'avoir eu un avortement antérieur comme l'ont montré plusieurs études (Mahler 1999; Okonofua, Odimegwu et al. 1999; Guillaume and Desgrées du Loû 2002).

L'accès à la contraception et les soins après un avortement

L'avortement étant pratiqué de façon clandestine dans de nombreux pays, le counselling post-abortum fait aux femmes est souvent absent ou très limité, expliquant la pratique d'avortement à répétitions chez certaines. Ainsi l'adoption d'une contraception après un avortement est loin d'être systématique. Pourtant, lors de la conférence sur " les avortements à risque et la planification familiale post-abortum en Afrique " en 1994 de nombreux gouvernements se sont engagés à renforcer les services de planification familiale et à améliorer les soins pour les femmes qui souffrent de complications d'avortement (IPPF, 1994).

Une faible pratique contraceptive post-abortum

Quelques études signalent cependant une hausse de la pratique contraceptive après un avortement mais avec une prévalence encore faible et qui renvoie surtout à des techniques peu efficaces : au Mali, 45 % des femmes utilisent une méthode après cet avortement, alors qu'elles n'étaient que 23 % d'utilisatrices avant cet avortement (Konate, Sissoko et al. 1999) ; au Togo la prévalence contraceptive passe de 20 % avant l'avortement à 51 % après (Unité de Recherche Démographique et al., 2001) et en Côte d'Ivoire dans la ville d'Abidjan de 25 à 31 % pour les méthodes naturelles et de 14 à 34 % pour les méthodes modernes, tandis que la

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 Lou, 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 Lou, 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 Lou (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.

- Mpangile, G. S., M. T. Leshabari, et al. (1993). "Factors associated with induced abortion in public hospitals in Dar es Salaam, Tanzania." Reproductive Health Matters(2): 21-31.
- Mtonga, V. and M. Ndhlovu (2001). "Midwives' role in management of elective abortion and post-abortion."
- Nations Unies (1994). Rapport de la Conférence Internationale sur la population et le développement. Le Caire, Nations Unies
- Nyong'o, D. and G. Oodit (1996). "Tackling unsafe abortion in Mauritius." Planned Parenthood Challenges(1): 35-7.
- Ojwang, S. B. and A. B. Maggwa (1991). "Adolescent sexuality in Kenya." East African Medical Journal 68(2): 74-80.
- Okonofua, F. E., C. Odimegwu, et al. (1999). "Assessing the prevalence and determinants of unwanted pregnancy and induced abortion in Nigeria." Studies in Family Planning 30(1): 67-77.
- Otoide, V. O., F. Oronsaye, et al. (2001). "Why Nigerian adolescents seek abortion rather than contraception: evidence from focus-group discussions." International Family Planning Perspectives 27(2): 77-81.
- Renne, E. P. (1996). "The pregnancy that doesn't stay: the practice and perception of abortion by Ekiti Yoruba women." Social Science and Medicine 42(4): 483-94.
- Rogo, K. O. (1993). "Induced abortion in Sub-Saharan Africa." East African Medical Journal 70(6): 386-95.
- Silberschmidt, M. and V. Rasch (2001). "Adolescent girls, illegal abortions and "sugar-daddies" in Dar es Salaam: vulnerable victims and active social agents." Social Science and Medicine 52(12): 1815-26.
- Solo, J., D. L. Billings, et al. (1999). "Creating linkages between incomplete abortion treatment and family planning services in Kenya." 38-60.
- Unité de Recherche Démographique URD (Université du Bénin) and Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (2001). Avortement au Togo. Famille, migration et urbanisation au Togo. Résultats de l'enquête quantitative. Lomé, Togo, URD, DGSCN: 13.
- United Nations and Population Division (1994). World abortion policies 1994. New York, United Nations
- United Nations and Population Division (1999). World abortion policies 1999. United Nations. New York
- United Nations and Population Division (2001). Abortion Policies. A global review - vol I Afghanistan to France. New York, United Nations.
- United Nations and Population Division (2001). Abortion Policies. A global review - vol II Gabon to Norway. New York, United Nations.
- Vandercruys, H. I., R. C. Pattinson, et al. (2002). "Severe acute maternal morbidity and mortality in the Pretoria Academic Complex: changing patterns over 4 years." Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 102(1): 6-10.
- World Health Organisation (1998). Unsafe abortion. Global and regional estimates of incidence and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data. Geneva, World Health Organisation: 109.
- Yumkella, F. (1999). Nurse midwives role for the expansion of comprehensive post abortion care services : The case of Kenya and Uganda. Third African population conference, " the African Population in the 21st century", 6-10 December 1999, Durban, South Africa, UAPS/UEPA/NPU.