

Fréquence et conditions du recours à l'avortement

Agnès Guillaume

Introduction

L'avortement est, et a été depuis toujours, une méthode utilisée par les femmes pour réguler leur fécondité en l'absence d'accès à la contraception. La question de la légalisation de sa pratique a fait l'objet de débats et controverses dans les pays pour des considérations éthiques, morales et religieuses axées sur les notions de droit de vie du fœtus, de l'embryon et de la personne humaine.

Ce sujet fut largement débattu lors des conférences du Caire en 1994 et à celle de Beijing sur les femmes en 1995 et le seul consensus qui a pu s'établir est que l'avortement « ne doit pas être pratiqué comme un moyen de régulation des naissances ». S'il a également été admis à ces conférences que les femmes devaient pouvoir accéder à une bonne santé en matière de sexualité et de reproduction, l'adoption de ces recommandations par la majorité des pays ne s'est pas toujours traduite par une amélioration des conditions d'accès à l'avortement qui reste encore illégal dans bon nombre de pays.

Malgré cette illégalité, l'avortement est pratiqué et il semblerait que cette pratique soit de plus en plus fréquente. Les chercheurs s'interrogent d'ailleurs dans leurs analyses relatives aux transitions de la fécondité, sur l'impact de l'avortement. Son rôle comme l'un des déterminants important de la fécondité a été mis en évidence dans certains pays et est suspecté dans d'autres sans qu'il soit possible d'en mesurer l'impact réel (Guengant et May, 2001) : la complémentarité entre l'avortement et la contraception dans le contrôle de la fécondité pendant la période de transition et en situation post-transitionnelle a été soulignée (Guengant, 2002).

Dans ce chapitre, nous analyserons la pratique de l'avortement en Afrique, un sujet peu documenté dans un contexte où son accès est souvent limité. Nous examinerons tout d'abord l'état de la législation relative à l'avortement, sa prévalence, les méthodes utilisées et les conséquences en terme de morbidité et mortalité maternelles. Un accent sera mis sur le profil socio-démographique des femmes qui avortent et les raisons de ces avortements. Nous étudierons ensuite les relations entre avortement et contraception dans la régulation de la fécondité.

Cette étude repose sur une revue de la littérature qui ne prétend pas être exhaustive. Nous considérerons exclusivement les avortements provoqués, c'est-à-dire survenus à la suite d'une action délibérée de la femme ou d'une autre personne pour mettre fin à cette grossesse : ces avortements sont considérés « à risque » selon l'OMS lorsqu'ils sont pratiqués par des personnels dont les compétences sont insuffisantes, ou encore dans des conditions dangereuses.

Les politiques relatives à l'avortement

La question de l'avortement ne peut être étudiée sans prendre en compte le statut juridique de cet acte pour deux raisons. D'une part, sa légalité va définir les conditions d'hygiène et de sécurité dans lequel il sera pratiqué : « les risques de l'avortement dépendent beaucoup plus de son statut juridique que du niveau de développement » des pays (Blayo, 1998). D'autre part, les données sur ce sujet seront plus accessibles si l'avortement est légal.

Une grande hétérogénéité existe dans les législations entre les pays et les lois sont parfois des réminiscences du passé colonial : en Afrique francophone par exemple, elles sont souvent encore basées sur la loi française de 1920 qui interdit l'avortement et la contraception, et dans les pays anglophones, elles restent calquées sur la loi anglaise de 1861 relative aux « délits sur les personnes ».

En Afrique, 25 des 53 pays n'autorisent l'avortement que si la vie de la mère est en danger et le Soudan ajoute à cette condition la possibilité d'avorter en cas de viol ou d'inceste. Dans 23 pays, l'avortement n'est possible que si la vie, la santé physique ou mentale sont menacées, le Cameroun en plus de ces conditions stipule que l'avortement est également possible en cas de viol ou d'inceste, 6 autres pays ajoutent également à ces possibilités le recours à l'avortement en cas de malformation du fœtus, et le Mozambique en cas d'échec de contraception. La Zambie autorise l'avortement pour des raisons économiques et sociales. Ce n'est qu'au Cap Vert, en Tunisie et en Afrique du Sud que l'avortement peut être pratiqué à la demande de la femme.

Mais, même quand l'avortement est libéralisé, il existe malgré tout des restrictions et les femmes n'ont pas toujours une autonomie de décision dans leur choix de recourir à l'avortement (Gautier, 2002). Ces restrictions peuvent concerner la durée de grossesse ou un environnement médical spécifique qui précise les praticiens ou structures habilités à faire ces actes. Ces conditions rendent difficile la pratique de l'avortement surtout en zone rurale où la couverture sanitaire est insuffisante (Gutmacher, Kapadia *et al.*, 1998 ; Gastineau, 2002). La loi peut imposer que des praticiens donnent leur accord à l'avortement : par exemple, en Zambie, si une femme veut avorter pour des raisons de santé mentale, un psychiatre doit donner son avis (Koster-Oyekan, 1998) ; en Côte d'Ivoire, en cas d'avortement pour protéger la vie de la mère, il est nécessaire

d'avoir l'accord de deux médecins assermentés par la justice. Ces restrictions expliquent la persistance d'avortements clandestins même dans les pays où son accès est libéralisé.

Fréquence de l'avortement dans ce contexte d'illégalité

Les données disponibles sur l'avortement sont étroitement liées au statut légal de cet acte dans le pays considéré. Certains auteurs ont souligné les difficultés à mener des enquêtes sur ce sujet souvent tabou et sanctionné tant d'un point de vue social que légal.

Les données sur l'avortement dans ce contexte d'illégalité présentent des limites : d'une part un manque de complétude dû à la sous-déclaration des femmes, d'autre part des problèmes de représentativité car les enquêtes ne concernent souvent que des populations spécifiques. Les résultats présentés ici ne sont donc qu'une hypothèse basse du niveau de ce phénomène mais leur intérêt est de mieux comprendre le processus du recours à l'avortement. Ces données proviennent d'enquêtes ponctuelles auprès de populations spécifiques (consultantes de centres de santé, de planification familiale, femmes enceintes, adolescentes, femmes scolarisées...) ou de quelques statistiques sanitaires : certains services hospitaliers enregistrent des statistiques sur les complications d'avortements pris en charge. Rares sont les pays où des études au niveau national ont abordés cette question de façon détaillée : une enquête DHS au Gabon en 1999 et une enquête au Togo en 2001.

Les données sur ce sujet sont rares en Afrique, d'une portée limitée, et très hétérogènes ce qui limite la possibilité d'analyses comparatives et la mise en évidence des évolutions.

S.K. Henshaw *et al.* (1999 a), dans leur synthèse sur l'avortement dans le monde, estiment qu'en Afrique 5 millions d'avortements se sont produits en 1995 dont 99 % illégaux, soit un taux de 33 avortements pour 1000 femmes. Les enquêtes (hors enquêtes sur les complications d'avortement) montrent un assez fort recours à l'avortement (tableau 1). Les études menées en population générale montrent que la prévalence de l'avortement varie entre 7 et 16 % (Guillaume, Desgrées du Loû *et al.*, 1999 ; Barrère, 2001 ; URD, 2001), et dans des études auprès de consultantes à Abidjan et Bamako cette prévalence varie entre 5 et 33 % (Desgrées du Loû, Msellati *et al.*, 1999 ; Konate, Sissoko *et al.*, 1999 ; Guillaume et Desgrées du Loû, 2002).

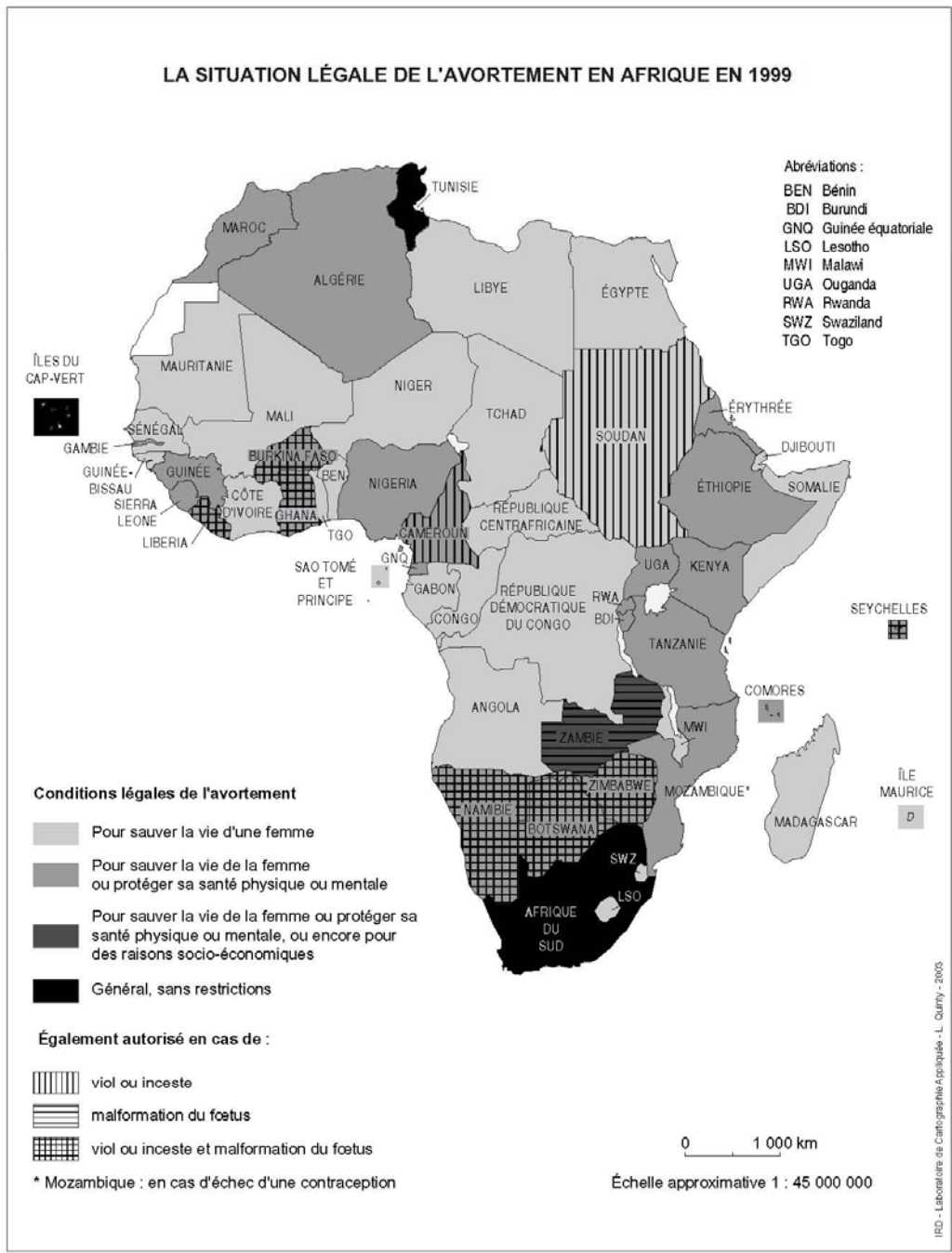


Tableau 1 : Indicateurs de l'avortement provoqué dans différents pays africains :
 - proportion de femmes ayant pratiqué au moins un avortement (P) - indice synthétique d'avortement (ISA) - nombre moyen d'avortements (NMA) - taux d'avortement (TA) - ratio d'avortement (RA) dans différents pays

	Population concernée	Effectif de femmes	Âge des femmes	Année de l'enquête	P (%)	ISA	NMA	TA ^a (%)	RA ^b (%)
Abidjan (Côte d'Ivoire) ¹⁻²	Consultantes centre de santé	2400	15-49	1998	33	1.4 ^c	0.60		
	Consultantes centre de santé	997	15-49	1997	31 ^d				
Côte d'Ivoire ³	Population générale				7 à 16				
Togo ⁴	Population générale	2408	15-49	2000	13		0,13		
Lomé (Togo) ⁵	Population scolaire	1823			23		1,31		
Bamako (Mali) ⁶	Consultantes centre de santé	2082	15-54	1996	5 à 20				
Gabon ⁷	Population générale	6183	15-49	2001	15				
Tunisie ⁸	Population générale			1996		0,26		8,6	7.8
Afrique du sud ⁸	Population générale			1997		0,08		2,7	2,4
Zambie ⁸	Population générale			1983		0.01		0,4	0,4

¹Guillaume, 2002 – ²Desgrées Du Loû *et al.*, 1999 – ³Guillaume *et al.*, 1999 – ⁴URD, 2001 – ⁵Amegee, 2002 – ⁶(Konate, Sissoko *et al.* 1999) – ⁷Barrère, 2001 – ⁸Henshaw *et al.*, 1999.
^a Nombre d'avortement pour 1000 femmes – ^b nombre d'avortement pour 1000 grossesses – ^c Indice synthétique d'avortement pour les femmes de 15 à 44 ans pour les cinq années précédant l'enquête – ^d femmes ayant eu au moins une grossesse.

En Tunisie et en Afrique du Sud, deux des rares pays africains où l'avortement se pratique à la demande, les taux et ratios d'avortement sont d'un niveau très différent, près de 4 fois plus élevés en Tunisie, mais ces taux tunisiens restent bas, du niveau de certains pays européens. La légalisation de l'avortement en Afrique du Sud est récente et l'accès aux services habilités à pratiquer ces actes reste limité, ce qui explique la persistance d'avortements clandestins, donc non déclarés (Guttmacher, Kapadia *et al.*, 1998 ; Henshaw, Singh *et al.*, 1999).

L'avortement : une pratique en pleine évolution ?

Mesurer les tendances de l'avortement n'est pas chose facile dans un contexte où les données pour les pays africains sont rares et d'une portée limitée.

La Tunisie est le seul pays où l'on dispose d'une série de taux d'avortements : ils ont diminué durant les 20 dernières années de 13,7 ‰ en 1975 à 8,6 ‰ (Henshaw, Singh *et al.*, 1999). Ce pays a largement entamé sa transition de la fécondité puisque l'indice synthétique de fécondité en 1995 est de 2,6 enfants par femme et la prévalence contraceptive élevée, de l'ordre de 60 % en 1994 (Gastineau, 2002).

En Afrique plusieurs auteurs ont souligné l'évolution du recours à l'avortement, sans toujours pouvoir mesurer l'étendue de ce phénomène (Rogo, 1991 ; Desgrées du Loû, Msellati *et al.*, 1999 ; Guillaume, 2003). Dans plusieurs villes africaines, le rôle de l'avortement dans la baisse de la fécondité est suspecté car, ni l'évolution des pratiques du post-partum, ni le recul de l'âge au mariage, ni l'augmentation de la prévalence contraceptive ne suffisent à expliquer ces changements. A Lomé par exemple, l'indice synthétique de fécondité a connu une réduction de 29 % passant de 4.1 en 1988 à 2.9 enfants par femme en 1998 (Agunké, Messan *et al.*, 1999 ; Anipah, Gora *et al.*, 1999), alors que la prévalence contraceptive a diminué, l'âge médian à la première union et les pratiques du post-partum ont peu évolué : une étude menée en 2001 dans cette ville souligne que 28 % des femmes ont eu au moins un avortement (URD, 2001).

En Côte d'Ivoire, des études menées aussi bien à Abidjan que dans une zone rurale du Nord soulignent que le recours à l'avortement est plus important et plus précoce à chaque génération et intervient dès les premières grossesses chez les jeunes femmes. Ainsi dans l'enquête menée auprès de femmes dans les centres de santé à Abidjan, 70 avortements se sont produits pour 100 naissances chez les femmes de moins de 20 ans dans les cinq années précédant l'enquête (Desgrées du Loû, Msellati *et al.*, 1999 ; Guillaume, Desgrées du Loû *et al.*, 1999 ; Guillaume et Desgrées du Loû, 2002). Au Gabon, M. Barrère (2001) fait le même constat que le « recours à l'avortement est de plus en plus fréquent des générations anciennes aux nouvelles : ainsi 3 % des femmes actuellement âgées de plus de 40 ans déclaraient avoir avorté alors que 6 % de celles âgées actuellement de 20-24 ans déclarent au moins un avortement (Barrère, 2001).

On assiste donc à une amplification récente du recours à l'avortement chez les jeunes femmes en début de vie féconde, insuffisamment mesurée du fait de la rareté des données.

Les méthodes d'avortement

Depuis des générations les femmes ont eu recours à l'avortement pour réguler leur fécondité en utilisant toute une gamme de méthodes abortives (McLaren, 1990). En Afrique, on pourrait s'attendre à ce que l'avortement soit pratiqué essentiellement par des méthodes basées sur la pharmacopée traditionnelle ou sur un savoir populaire compte tenu de son illégalité. Des méthodes à base de plantes sont effectivement utilisées sous forme de breuvage, de lavements ou parfois d'ovules végétaux (Dehne, 1999 ; The Alan Guttmacher Institute, 1999). A ces méthodes s'ajoutent des produits qui, s'ils ne sont pas réellement abortifs, laissent des séquelles importantes : des produits chimiques (détergent, bleu à linge, eau de Javel...), des produits acides ou alcoolisés (vin, vinaigre, alcool blanc, citron...).

Certains produits pharmaceutiques sont aussi réputés avoir des propriétés abortives, il s'agit essentiellement de médicaments déconseillés en cas de grossesse et utilisés en surdosage : les anti-paludéens (nivaquine, quinine...), des hormones (comme le crinex, le synergon), l'aspirine ou le paracétamol, les antibiotiques, le cytotec... plusieurs produits sont parfois mélangés. L'insertion d'objet dans le vagin est une méthode également répandue : tiges de plantes, objets contondants, verre pilé, etc.... qui ont souvent comme conséquences des perforations de l'utérus et des hémorragies.

Cette gamme de procédés abortifs ou prétendus comme tels est étendue même si leur efficacité n'est pas prouvée et ne repose sur aucune base scientifique. Leur utilisation n'aboutit pas toujours à un avortement et a parfois, pour conséquences, des séquelles pour l'enfant à naître (malformation, mortinatalité) ou pour la femme (voir infra).

Mais il existe également une « offre médicale », le plus souvent dans le secteur privé de la santé, où les avortements sont pratiqués par du personnel médical généralement peu formé : ils sont fait par curetage ou parfois par aspiration, avec ou sans anesthésie. Dans les villes africaines, la méthode d'avortement la plus répandue est la méthode médicalisée, essentiellement le curetage : utilisée par 62 % des femmes abidjanaises, 71 % en milieu urbain au Togo, 44,5 % à Libreville et Port Gentil et 66 % à Bamako (Konate, Sissoko *et al.*, 1999 ; Barrère, 2001 ; URD, 2001 ; Guillaume et Desgrées du Loû, 2002). Bien que pratiqués par des « méthodes médicalisées », ces avortements ne sont pas exempts de risque : au Gabon 11 % de ces avortement sont faits par des personnes hors du champ médical et près de 10 % dans un milieu non médicalisé (Barrère, 2001).

Ces curetages interviennent également suite à des tentatives d'avortement par des méthodes traditionnelles ou locales, comme au Togo où 13 % des femmes ont tenté d'avorter avec d'autres méthodes avant d'en venir à l'intervention médicale (URD, 2001).

Ce recours aux méthodes médicalisées est moins fréquent en zone rurale car le personnel médical ainsi que l'environnement sanitaire ne sont pas adéquats pour

pratiquer ces avortements : elles sont utilisées par seulement 23,5 % des femmes au Gabon, 49 % au Togo et entre 40 et 77 % en Côte d'Ivoire (Guillaume, Desgrées du Loû *et al.*, 1999 ; Anoh, 2000 ; Barrère, 2001 ; URD, 2001).

Les autres méthodes les plus fréquemment usitées sont les produits pharmaceutiques utilisés à mauvais escient (10 à 28 % des méthodes), les méthodes traditionnelles essentiellement les lavements, et les sondes (9 à 18%) à Abidjan, Bamako, au Togo et Gabon (Konate, Sissoko *et al.*, 1999 ; Barrère, 2001 ; URD, 2001 ; Guillaume et Desgrées du Loû, 2002).

L'avortement : une cause importante de morbidité et mortalité maternelles

De nombreuses études ont été menées auprès de femmes admises pour des complications d'avortement dans des hôpitaux ou centres de santé. Elles fournissent des informations fines sur les caractéristiques des femmes qui avortent, les méthodes utilisées, le type de complications et les éventuels décès liés à ces complications. Parfois sous ce terme d'avortements sont comptabilisés les avortements spontanés et provoqués et des ajustements sont nécessaires pour estimer la part effective de chacun (Singh et Deirdre, 1991 ; Singh et Wulf, 1994 ; Singh et Sedgh, 1997). Ces données sur les complications d'avortements ne reflètent qu'une partie du sommet de l'iceberg puisque toutes les femmes qui ont eu des complications ne se rendent pas dans des centres de santé.

Des risques de complications variables en fonction de la méthode utilisée

Les études sur les complications d'avortements sont menées dans des zones où il existe des structures sanitaires capables de les prendre en charge, essentiellement les hôpitaux des grandes villes. Les complications des avortements sont très dépendantes du type de méthodes employées : les plus « à risque » sont celles basées sur la pharmacopée traditionnelle, l'insertion d'objet, les médicaments en surdosage et les produits chimiques. Les complications les plus fréquentes de ces avortements sont des lésions des organes génitaux, des douleurs pelviennes chroniques, des infections, des hémorragies, des hystérectomies, des problèmes d'incontinence et parfois le décès de la femme (Anderson, 1998 ; Strickler, Heimburger *et al.*, 2001).

Le poids des avortements provoqués parmi les admissions pour des complications d'avortements dans les hôpitaux est important : 57 % des cas dans les hôpitaux à

Addis Abeba, 31 % à Dar es Salaam (Tadesse, Yoseph *et al.*, 2001), 68 % des cas au Bénin, 38 % au Cameroun et 27 % au Sénégal (Goyaux, Alihonou *et al.*, 2001). En Égypte, une étude portant sur 22 656 admissions en service de gynéco-obstétrique montre que 19 % des consultantes et 1/3 des admissions le sont pour des complications d'avortements provoqués ou spontanés : 35 % sont des avortements spontanés, 58 % des avortements peut-être provoqués, 2 % des avortements probablement provoqués et 5 % des avortements certainement provoqués (Huntington, 1997).

Ces complications d'avortements sont liées aux méthodes utilisées et à l'environnement sanitaire : personnel non médical ou mauvaises conditions d'hygiène (Anate, Awoyemi *et al.*, 1995). A Addis Abeba, un tiers des avortements avait été provoqué par des antibiotiques (l'ampicilline) en surdosage, 46 % par insertion d'objets en plastique et 22 % par celle de tige métallique et cet avortement a été auto-pratiqué par la femme dans 28 % des cas, fait par du personnel non médical dans un quart des cas (Tadesse *et al.*, 2001). Au Bénin, au Cameroun et au Sénégal les complications sont dues à des avortements auto-pratiqués dans 40 % des cas : 51 % sont faits avec l'assistance de personnels de santé et 49 % avec celle de tradipraticiens¹ (Goyaux, Alihonou *et al.*, 2001). En Côte d'Ivoire, les femmes présentaient des complications graves, des signes de péritonites dus à l'utilisation d'une méthode intra-utérine, et des troubles neurologiques liés à l'ingestion d'infusion à base de plantes (Goyaux, Yace-Soumah *et al.*, 1999).

Les femmes hospitalisées pour des complications d'avortement sont souvent des femmes jeunes et en début de vie féconde. A Nairobi, 91 % de ces femmes ont moins de 25 ans, 84 % sont célibataires et 77 % nullipares, différant par l'avortement leur entrée en vie féconde ; elles ont en un niveau d'instruction élevé et l'avortement n'a pas un caractère exceptionnel puisque 26 % d'entre elles avaient déjà un antécédent d'avortement (Ankomah, Aloo-Obunga *et al.*, 1997). A Addis Abeba comme à Illorin, au Nigéria, la majorité des femmes hospitalisées pour ce problème de santé a moins de 20 ou 25 ans (Justesen, Kapiga *et al.*, 1992) ; à Abidjan 35 % ont moins de 20 ans et 53 % entre 20 et 30 ans ; au Kenya 18 % ont moins de 20 ans et 61 % entre 20 et 30 ans (Solo, Billings *et al.*, 1999).

La morbidité consécutive aux avortements est importante et ce risque est particulièrement élevé chez les femmes jeunes qui recourent essentiellement à des méthodes traditionnelles ou à des médicaments utilisés en surdosage.

¹ Des thérapeutes traditionnels qui soignent par des plantes, des gris-gris, parfois par la prière...

Des complications parfois mortelles...

L'OMS estime que 20 millions d'avortements à risque se produisent chaque année (soit un avortement à risque pour 10 grossesses), dont 95 % dans les pays en développement et qu'environ 80 000 femmes décèdent chaque année de complications de ces avortements (World Health Organisation, Maternal and new born Health *et al.*, 1998). En Afrique, on estime à 5 millions le nombre d'avortements à risque avec une mortalité due à ces avortements variant de 24 pour 100 000 naissances vivantes en Afrique du Nord, à 121 pour l'Afrique de l'Ouest et 153 pour l'Afrique de l'Est (tableau 2).

L'avortement est dans bon nombre de pays en développement une cause importante de mortalité maternelle : sa mesure est certainement sous estimée. Au Zimbabwe, une étude menée en zone rurale (dans la province de Masvingo) et dans la ville d'Harare sur les décès maternels conclut que les infections post-abortum sont la deuxième cause de décès et représentent 15 % de ces décès à Masvingo et 23 % à Harare (Fawcus, Mbizvo *et al.*, 1996). En Afrique du Sud, une étude multicentrique menée avant la libéralisation de l'avortement dans 56 hôpitaux publics de 9 provinces, a montré la forte incidence de la morbidité et de la mortalité associée aux avortements incomplets (Rees, Katzenellenbogen *et al.*, 1997), et en Ouganda, à l'hôpital de Mulago, 35 % des décès maternels sont dus à l'avortement (Mbonye, 2000).

Tableau 2 : Estimation de l'incidence et de la mortalité des avortements à risque, régions des Nations unies (1995-2000)

	Nombre estimé d'avortements à risque (en milliers)	Taux d'avortements à risque (1)	Ratio d'avortements à risque (2)	Nombre estimé de décès dus à des avortements à risque	Taux de mortalité (3)	% de décès maternels dus à des avortements à risque
AFRIQUE	5 000	27	16	34 000	110	13
Afrique de l'est	1 900	36	19	16 000	153	14
Afrique Centrale	600	28	14	4 000	98	10
Afrique du Nord	600	15	13	1 200	24	7
Afrique du Sud	200	16	13	800	49	19
Afrique de l'Ouest	1 600	31	16	12 000	121	12
ASIE*	9 900	11	13	38 500	48	12
AMERIQUE LATINE ET CARAIBE	4 000	30	36	5 000	41	21

(1) Nombre d'avortements à risque pour 1000 femmes de 15 à 49 ans - (2) Nombre d'avortements à risque pour 100 naissances vivantes- (3) Nombre de décès dus à des avortements à risque pour 100 000 naissances vivantes - *toute l'Asie sauf le Japon
Source : World Health Organisation *et al.*, 1998.

En Égypte, la mortalité maternelle attribuée aux avortements se situe entre 2,1 et 9,8 % de tous les décès maternels (Lane, Jok *et al.*, 1998) ; à Illorin, au Nigeria, ces avortements sont lourds de conséquences puisque 90,3 décès se sont produits pour 1000 avortements alors que dans les pays en développement on estime cette proportion à un décès pour 1000 à 2000 avortements (Anate, Awoyemi *et al.*, 1995). À Abidjan, 3,6 % des femmes sont décédées à l'hôpital des suites des complications de ces avortements : la majorité de ces décès sont consécutifs à l'ingestion d'infusions à base de plantes pour avorter (Goyaux, Yace-Soumah *et al.*, 1999) et au Bénin, Sénégal, et Cameroun, le taux de létalité des avortements provoqués est de 2,3 %, variant entre 1,8 % au Bénin, 2,8 % au Sénégal et 4,1 % (Goyaux, Alihonou *et al.*, 2001).

Le profil des femmes qui ont recours à l'avortement

L'avortement est pratiqué aussi bien par des femmes mariées pour espacer les naissances ou limiter la taille de leur famille que par des adolescentes qui veulent « éviter » une grossesse non prévue (Mundigo and Shah, 1999). Les adolescentes n'ont pas toujours une autonomie suffisante pour gérer leur sexualité et demander ou imposer à leur partenaire le recours à une méthode préventive aussi bien pour les infections sexuellement transmissibles que les grossesses. Une étude à Dar-es-Salaam auprès de ces jeunes femmes a souligné leurs difficultés à convaincre leur partenaire d'utiliser des préservatifs, surtout dans le cas de relations sexuelles avec des hommes plus âgés : l'avortement est utilisé comme une méthode de contraception face aux barrières culturelles et logistiques d'accès à la contraception (Silberschmidt and Rasch, 2001). En Tunisie, l'âge moyen à l'avortement se situerait autour de 30 ans, cette pratique semble fréquente chez les jeunes femmes célibataires, « les relations sexuelles pré-nuptiales étant socialement prohibées et condamnées » (Gastineau, 2002).

Au Gabon, 15 % des femmes ont avorté au moins une fois ; cette proportion est faible (4 %) chez les femmes de moins de 20 ans et varie entre 15 et 23 % pour celles plus âgées. La prévalence de l'avortement est deux fois plus élevée en zone urbaine (17 %) que rurale (9 %) et progresse avec le niveau d'instruction des femmes, presque trois fois plus de femmes de niveau secondaire (19 %) ont eu au moins un avortement comparées à celles sans instruction (7 %) (Barrère, 2001).

Au Togo, l'avortement est plus fréquent chez les femmes âgées de 25 à 39 ans, d'un niveau d'instruction primaire, mariées et qui résident en milieu urbain (URD, 2001). A Bamako et à Abidjan, des enquêtes menées dans les centres de santé montrent que l'avortement concerne surtout les femmes de moins de 25 ans, célibataires et d'un niveau d'instruction élevé (Guillaume, 1999 ; Konate, Sissoko *et al.*, 1999). Dans différentes régions de Côte d'Ivoire l'avortement est généralement plus important chez

les femmes de moins de 35 ans et les plus instruites ; par contre, le recours à l'avortement est plus fréquent, selon les régions, soit chez les femmes en union soit chez celles hors union (Guillaume, Desgrées du Loû *et al.*, 1999). Différentes études menées en Égypte mettent l'accent sur une prévalence plus élevée de l'avortement chez les femmes en zone urbaine, issues des classes sociales élevées, comparativement à celles des classes sociales inférieures (Lane, Jok *et al.*, 1998).

Deux études menées au Cameroun soulignent la forte prévalence de l'avortement chez les adolescentes : la première souligne que près de 50 % de ces femmes qui avaient eu un avortement étaient des adolescentes, plus de la moitié de ces jeunes femmes étaient célibataires et 21 % nullipares (Leke, 1998) ; la seconde révèle que parmi les femmes qui ont eu au moins une grossesse, 9 % de celles âgées de 12 à 17 ans et 20 % de celles de 18 à 22 ans ont déclaré un avortement, 19 % parmi celles encore scolarisées (Meekers et Calves, 1997).

Ces études sur l'avortement confirment l'existence de situations très différentes dans le recours à l'avortement et ses conséquences : les adolescentes sont plus exposées aux risques associés à ces avortements qu'elles pratiquent avec des méthodes peu sûres et à des durées de grossesses plus tardives. L'avortement est plus fréquent en zone urbaine et chez les femmes les plus instruites dans bon nombre de pays. Il est possible que, pour ces femmes éduquées et résidant en ville, le contrôle social soit moins fort et qu'elles avouent plus facilement un avortement, une pratique souvent condamnée par la société. De plus, en ville, « l'offre » en matière d'avortement est certainement plus répandue qu'en zone rurale, qu'il s'agisse de l'offre médicale formelle ou informelle, de la pharmacopée traditionnelle ou de toute une gamme de produits réputés abortifs.

Les raisons de l'avortement

Les raisons du recours à l'avortement sont assez peu documentées. Il est donc difficile d'avoir une vision synthétique de cette question car ces raisons ne sont pas toutes exprimées de la même manière dans les différentes enquêtes.

Les motivations des femmes dépendent de leur situation socio-économique et de l'acceptation sociale de la sexualité chez les adolescentes et des grossesses hors mariage, mais aussi du contexte politique et sanitaire, notamment de la législation sur l'avortement et des conditions d'accès à la planification familiale.

Dans un article sur les raisons de l'avortement dans différents pays d'Asie, d'Afrique sub-saharienne, d'Amérique latine et dans 4 pays développés, A. Bankole *et al.* (1998) soulignent la diversité de ces raisons de l'avortement : un besoin de planification familiale, des raisons économiques, la poursuite des études, des problèmes de couple ou pour faire accepter cette grossesse, des risques pour la santé de la femme (et parfois le fœtus). A.A. Olukoya *et al.* (2001), à propos de l'avortement chez les adolescentes

dans les pays en développement, mentionnent neuf raisons expliquant ce recours : la crainte de l'expulsion de l'école, des raisons économiques, une condamnation sociale d'une grossesse pré-nuptiale, une relation non stable avec un partenaire, un échec de contraception, un viol ou un inceste, avoir un enfant précédant trop jeune, ne pas aimer le père de l'enfant ou avoir été forcée à avorter (Olukoya, Kaya *et al.*, 2001).

L'avortement : un moyen d'espacement ou de limitation des naissances ?

L'avortement est fréquemment justifié par un besoin d'espacer ou de limiter sa descendance (tableau 3) et soulève le problème de l'accès à la planification familiale : l'avortement est plus fréquemment utilisé pour gérer l'espacement des naissances que pour les limiter. Près de la moitié des femmes en Zambie déclarent avoir eu recours à l'avortement pour espacer les naissances et un peu plus d'un quart au Bénin pour les limiter. Dans différentes régions de Côte d'Ivoire (Aboisso, Tanda et le Centre Nord) entre 15 et 18 % des femmes déclarent avoir pratiqué un avortement pour limiter leur descendance, alors qu'à Abidjan, elles ne sont que 9 % à l'avoir fait pour ce motif (Guillaume, Desgrées du Loû *et al.*, 1999). Dans l'enquête à Bamako, entre 16 et 20 % des femmes déclarent avoir avorté car elles ne voulaient pas d'enfants (Konate, Sissoko *et al.*, 1999), et au Togo 18 % citent cette raison (URD, 2001).

L'environnement social ou familial

L'environnement social et familial des femmes et leur situation matrimoniale sont des facteurs qui expliquent le recours à l'avortement. Les problèmes de couples, de relations avec le partenaire qui ne désire pas cette grossesse restent une cause importante d'avortement surtout au Nigeria (tableau 3).

Dans une étude en Éthiopie, E. Tadesse *et al.* (2001) montrent que, parmi 1290 cas d'avortements provoqués (pour 100 cas avec des réponses non exclusives), dans 43 % des cas le père ne veut pas un enfant maintenant et dans 9 % n'en veut plus d'autres ; la peur des réactions de la société est mentionnée dans 42 % des cas, et les problèmes domestiques dans 28 % des cas. Dans les enquêtes menées auprès de consultant(e)s en Côte d'Ivoire, les raisons de l'avortement ont été détaillées : dans 11 % des cas la femme a avorté car elle n'était pas mariée ou se trouvait dans une union instable, 10 % l'ont fait car le père refusait de reconnaître l'enfant, 12 % à la demande du partenaire, et 5 % pour des problèmes de couples. La crainte d'un scandale (7 %) et celle de la réaction des parents (19 %) expliquent également ce recours à l'avortement.

Tableau 3 : Principales raisons du recours à l'avortement dans différents pays⁺

Pays	Année enquête	Espacer les naissances	Limiter les naissances	Problèmes de couples, de relation avec le partenaire, refus de l'enfant par le partenaire	Trop jeune pour avoir un enfant, parents ou autres personnes opposés à cette grossesse
Benin	1993	8,3	26,9	13,9	22,2
Côte d'Ivoire (2)					
Abidjan	1998	3,2	8,7		
Togo (3)	2001	23,6	18,0	6,1	7,1
Nigeria (1)	1992	19,1	2,1	Na	20,0
Nigeria (1)	1996	8,6	5,7	31,9	2,1
Gabon (4)	2001	12,2	6,1		
Éthiopie* (5)	1990-91	83,6	17,4		
Zambie (1)	1985-86	49,6	3,8	1,9	Na

+ toutes les raisons ne sont pas citées (% < à 100)
* Pourcentage de grossesses terminées pour cette raison
Sources : (1) Cité par Bankole *et al.*, 1998, (2) (Guillaume, Desgrées du Loû *et al.*, 1999), (3) (URD, 2001), (4) (Barrère, 2001), (5) (Tadesse, Yoseph *et al.*, 2001)

Dans l'étude menée à Bamako les trois principales raisons mentionnées par les femmes pour expliquer leur avortement sont : le célibat (entre 38 et 64 % des réponses), une pression familiale (entre 31 et 45 %) et la rupture avec leur partenaire (entre 1,7 et 15 % des réponses) (Konate, Sissoko *et al.*, 1999), révélant ainsi les contraintes sociales que subissent ces jeunes femmes.

Ces motifs soulèvent différents problèmes, notamment le rôle des hommes dans les décisions de fécondité et plus généralement le droit et la liberté de choix accordés aux femmes de poursuivre leur grossesse.

Rôle des contraintes économiques et scolaires dans la décision d'avorter

L'avortement est parfois dû à des problèmes économiques : un manque de ressources ou l'incompatibilité entre l'exercice de l'activité économique et l'élevage d'un enfant.

Dans l'étude menée par A. Bankole *et al.* (1998), plus de la moitié des femmes au Kenya, entre 30 et 40 % en Zambie et au Nigeria, et 13 % au Bénin justifient leur avortement par des raisons scolaires ou des difficultés pour poursuivre leur activité économique.

En Côte d'Ivoire, les problèmes économiques expliquent le recours à l'avortement de 15 % des femmes à Abidjan, et entre 6 et 21 % dans les différentes régions expliquent leur avortement par le « manque de moyen » pour assumer le coût d'un enfant supplémentaire. Les femmes à Abidjan et Niakaramandougou justifient également leur avortement par leur exercice d'une activité professionnelle (Guillaume *et al.*, 1999).

Des femmes expliquent qu'elles ont interrompu leur grossesse pour pouvoir poursuivre leur scolarité. Dans certains pays africains, les jeunes filles scolarisées étaient exclues du système scolaire en cas de grossesse ; les législations se sont assouplies, mais les jeunes femmes n'ont souvent pas les moyens, ni l'environnement familial adéquat pour assumer la charge d'un enfant.

La question de la poursuite des études fait partie des principaux motifs d'avortement. Dans différentes régions de Côte d'Ivoire, cette raison est mentionnée par 11 à 55 % des femmes et par 19 % de celles à Abidjan : plus de la moitié des femmes qui mentionnent les études comme motif d'avortement sont d'un niveau scolaire du deuxième cycle du secondaire ou du supérieur. Dans l'étude menée auprès de consultant·es à Bamako, les « contraintes scolaires » font partie des trois principales raisons justifiant l'avortement et, au Togo, elles sont mentionnées par près d'un tiers des femmes de moins de 20 ans et 19 % des femmes de 20-24 ans (Konate, Sissoko *et al.*, 1999 ; URD, 2001).

Cette pratique de l'avortement chez les jeunes femmes scolarisées est très fréquente ; ainsi, L. Zabin et K. Kiragu (1998) déclarent que dans beaucoup de pays africains la majorité des femmes qui avortent sont des adolescentes qui veulent continuer leurs études ou leur travail et attendent, pour avoir un enfant, de pouvoir l'assumer économiquement. Au Nigeria, en 1986, une enquête menée auprès de femmes de 14 à 25 ans révèle que près de la moitié des étudiantes ont eu une grossesse qui s'est terminée par un avortement (Nichols, Woods *et al.*, 1986) ; au Bénin, en 1988, 80 % des étudiantes enquêtées dans le cadre d'études supérieures ont eu au moins un avortement et en Ouganda 79 % des femmes admises à l'hôpital pour des avortements étaient encore scolarisées (Avodagbe, 1988, Mirembe, 1994, cités par Zabin et Kiragu, 1998).

La question de l'avortement chez les adolescentes pour des motifs scolaires est préoccupante : une sensibilisation des jeunes en période scolaire est nécessaire pour éviter ces grossesses non prévues et les risques associés à ces pratiques abortives.

L'avortement pour préserver la santé de la femme ?

Selon leur législation sur l'avortement 24 pays l'autorisent si la santé physique ou mentale de la femme est menacée : seulement 3 % des femmes en Zambie, entre 2 et 4 % au Mali (Konate, Sissoko *et al.* 1999), 6 % au Gabon (Barrère, 2001), 15 % des femmes au Togo (URD, 2001) et 20 % des femmes au Kenya mentionnent cette raison d'avortement.

Quand les femmes mentionnent des raisons de santé pour avoir avorté, il s'agit généralement d'une perception qu'elles ont de leur état de santé plutôt que d'une indication médicale justifiant l'interruption de la grossesse : le manque de suivi

prénatal et de procédures performantes de dépistage prénatal limite, en effet, le dépistage des grossesses à risque.

Cette multiplicité des raisons d'avortement montre les difficultés à accepter une grossesse non prévue, mais aussi celles de l'accès à la planification familiale pour certaines femmes.

Avortement et contraception : une relation complexe

L'avortement est une méthode ancienne de régulation de la fécondité qui se pratiquait bien avant l'apparition des méthodes de contraception. Par exemple, l'ex-Union soviétique a légalisé l'avortement dans les années 1920 et les pays d'Europe de l'Est dans les années 1950 ; il était utilisé pour réguler leur fécondité, la contraception n'étant pas disponible dans ces pays. Le développement des programmes de planification familiale n'a pas toujours eu l'effet escompté d'une disparition du recours à l'avortement : certaines grossesses non prévues surviennent encore chez des femmes qui ne se croyaient pas exposées au risque d'une grossesse ou en cas d'absence ou d'échec d'une contraception. Les besoins d'espacement ou de limitation des naissances mentionnés comme raisons d'avortement illustrent bien la complexité de la relation entre avortement et contraception, bien que la décision de recourir à un avortement ne soit pas forcément de même nature que celle d'utiliser la contraception (Toulemon et Leridon, 1992).

L'avortement en réponse à un échec de contraception ou en remplacement de la contraception ?

A partir d'une étude en France, H. Leridon a montré que « plus on utilise la contraception, moins on aura de grossesses accidentelles mais plus on recourra à l'interruption de grossesse si celle-ci survient » (Leridon, 1987). La forte prévalence des méthodes naturelles de contraception, presque 30 % dans certains pays africains, contribue à expliquer certains de ces échecs contraceptifs (voir chapitre précédent), échec dû en partie à la méconnaissance par les femmes de leur période féconde.

Au Mali, la survenue d'une grossesse non désirée s'explique pour les femmes qui utilisaient une contraception avant l'avortement par un arrêt de cette méthode (61 % des cas) ou son échec (39 % des cas) (Konate, Sissoko *et al.*, 1999). Au Togo, la moitié des femmes pratiquaient une contraception avant l'avortement : 58 % utilisaient

une méthode naturelle et parmi les utilisatrices de méthodes modernes 11 % utilisaient le DIU ou l'injection, 15 % la pilule et 16 % le préservatif (URD, 2001). Au Kenya, 70 % des femmes admises à l'hôpital pour des complications d'avortements utilisaient une contraception quand elles sont tombées enceintes : 47 % la pilule et 19 % la continence périodique (Solo, Billings *et al.*, 1999). En Côte d'Ivoire, 61 % des femmes n'avaient pas de contraception avant la grossesse qu'elles ont interrompue, un quart des femmes utilisaient une méthode naturelle et 14 % une méthode moderne (Guillaume et Desgrées du Loû, 2002). Au Cameroun près de la moitié des femmes qui ont eu un avortement n'avait pas de contraception au moment de cette grossesse non prévue, environ un tiers utilisait une méthode naturelle et 9 % allaitaient encore leur enfant. (Leke, 1998).

L'avortement est aussi utilisé à la place de la contraception par les femmes qui n'ont pas accès à la planification familiale, notamment les adolescentes comme cela a été souligné au Kenya (Ankomah, Aloo-Obunga *et al.*, 1997). Certaines femmes préfèrent avorter plutôt que d'utiliser une contraception dont elles craignent les effets secondaires, ou sont opposées à son utilisation jugée contraignante (Silberschmidt et Rasch, 2001), ou parce que ces méthodes contraceptives présentent des risques sur leur fécondité à venir, risques dont l'avortement semble dénué (Otoide, Oronsaye *et al.*, 2001).

L'expérience d'un avortement amène-t-elle à la pratique de la contraception ?

L'utilisation de la contraception après un avortement suppose que les femmes reçoivent des conseils après leur avortement, conseils absents ou limités dans les pays où il est pratiqué clandestinement.

Au Mali, 45 % des femmes utilisent une méthode après un avortement, soit deux fois plus qu'avant leur avortement (23 % d'utilisatrices) (Konate, Sissoko *et al.*, 1999) ; au Togo, la proportion d'utilisatrices de contraception progresse de 20 % avant l'avortement à 51 % après (URD, 2001). En Côte d'Ivoire, la prévalence contraceptive avant et après l'avortement augmente globalement puisqu'elle passe de 25 à 31 % pour les méthodes naturelles et de 14 à 34 % pour les méthodes modernes. Parmi les utilisatrices de méthodes modernes, 47 % maintiennent cette pratique malgré leur échec, une femme sur cinq adopte une méthode naturelle et un tiers abandonne toute contraception ; par contre parmi les non utilisatrices seulement 47 % n'adoptent pas de contraception. L'avortement induit quelques changements dans la prévention des grossesses non prévues bien que deux tiers des femmes n'aient reçu aucun conseil après leur avortement (Guillaume, 1999).

Des expériences de prise en charge post-abortum ont cependant été développées, même dans des pays où l'accès légal à l'avortement est très restrictif (comme au Sénégal et au Kenya), pour améliorer les traitements de complications : par exemple

en introduisant les méthodes d'aspiration à la place du curetage, mais ces mesures sont insuffisamment développées. Si la pratique contraceptive s'améliore légèrement après l'expérience d'un avortement, elle reste insuffisante et va contribuer à des avortements à répétition avec tous les risques inhérents à cette pratique.

Conclusion

En Afrique, le recours à l'avortement est important, bien qu'il soit difficile d'en mesurer l'ampleur réelle vu la rareté et l'insuffisance (manque de complétude) des données disponibles. Les législations de l'avortement restent encore très restrictives puisque seulement trois pays africains l'autorisent à la demande. Les restrictions législatives dans l'accès à l'avortement sont associées à une morbidité et une mortalité élevées consécutives à des avortements à risque (Singh et Ratnam, 1998). Le déterminant le plus important de l'impact de l'avortement sur la santé des femmes est le statut légal de l'avortement (Anderson, 1998).

L'avortement reste en Afrique un moyen d'espacer les naissances ou de limiter la descendance, utilisé parfois comme substitut de la contraception lorsque les femmes n'y ont pas accès ou en complément de la contraception en cas d'échec de la méthode utilisée (Mundigo and Indriso, 1999). La pratique de l'avortement révèle des besoins non satisfaits en planification familiale qui exposent les femmes à des risques sanitaires importants. La situation des adolescentes est à cet égard éloquent : souvent exclues de la population cible des programmes de planification familiale, elles n'ont que l'avortement pour éviter une grossesse non prévue et retarder leur entrée en parentalité.

Les législations relatives à l'avortement doivent être assouplies pour éviter les pratiques d'avortements clandestins. Cette question de la libéralisation de l'avortement est un sujet sensible tant pour des considérations morales, qu'éthiques ou religieuses. Il est important de sensibiliser les gouvernements afin de leur montrer toutes les conséquences des avortements à risque pour la santé des femmes, ainsi que le coût pour les systèmes de santé de la prise en charge des complications des avortements. L'interdiction de l'avortement n'empêche pas sa pratique mais implique des procédés à risque. Il importe de sensibiliser également les personnels de santé à ces questions et de les former pour une meilleure prise en charge post-abortum et éviter les avortements répétitifs.

Bibliographie

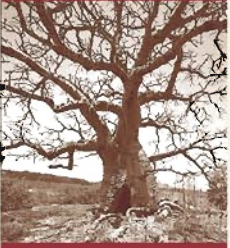
- AGUNKE A., MESSAN A. *et al.*, 1999 - Enquête Démographique et de santé Togo - 1988. Abidjan-Calverton, Institut de recherche Démographique, Direction de la Statistique, Direction générale de la Santé, Macro International Inc., 169.
- ANATE M., AWOYEMI O. *et al.*, 1995 - "Induced abortion in Illorin, Nigeria". *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 49 : 197-198.
- ANDERSON D., 1998 - Abortion, women's health and fertility. Liège, IUSSP. Policy and research papers, 21.
- ANIPAH K., GORA M. *et al.*, 1999 - Enquête Démographique et de santé Togo - 1998. Abidjan-Calverton, Ministère de la planification et du développement économique, Direction de la Statistique, Macro International Inc., 287.
- ANKOMAH A., ALOO-OBUNGA C. *et al.*, 1997 - "Unsafe abortion : method used and characteristics of patients attending hospitals in Nairobi, Lima and Manila". *Health Care for Women International*, 18 : 43-53.
- ANOH A., 2000 - Les concepts d'offre, de demande et de besoin de planification familiale. Quel sens en retenir et pour quel objectif ? Colloque jeunes chercheurs sur "Démographie : Nouveaux champs, nouvelles recherches", Paris, CERPOS, Université de Paris X-Nanterre.
- BANKOLE A., SINGH S. *et al.*, 1998 - "Reasons Why Women Have induced Abortion: Evidence from 27 countries". *International Family Planning Perspectives*, 24 (3) : 117-127&152.
- BARRERE M., 2001 - Avortement. Enquête Démographique et de santé Gabon 2000. F. DGSEE, ORC Macro. Calverton, Maryland, USA : 86-98.
- BLAYO C., 1998 - Mourir d'avortement. Facteurs politiques et sociaux. Morbidité, mortalité : problèmes de mesure, facteurs d'évolution, essai de prospective (Colloque international de Sinaia, 1996). AIDLEF, Paris, PUF : 318-326.
- DEHNE K.L., 1999 - "Abortion in the North of Burkina Faso". *African journal of Reproductive Health*, 3 (2) : 40-50.
- DESGREES DU LOU A., MSELLATI P. *et al.*, 1999 - "L'évolution du recours à l'avortement provoqué à Abidjan depuis 10 ans : une cause de la récente baisse de fécondité ?" *INED, Population*, 54 (3) : 427-446.
- FAWCUS S., MBIZVO M. *et al.*, 1996 - "A community-based investigation of avoidable factors for maternal mortality in Zimbabwe". *Studies in Family Planning*, 27 (6) : 319-327.
- GASTINEAU B., 2002 - Légalisation de l'avortement et planification familiale : l'expérience tunisienne. in Santé de la Reproduction en Afrique. Guillaume A., Desgrées du Lou A., Zanou B., Koffi N. Abidjan, Côte d'Ivoire : 243-265.
- GAUTIER A., 2002 - Politiques, programmes et droits en matière de santé de la reproduction. New York. Contribution à la 35^{ème} session de la Commission de la Population et du Développement de l'ONU, 11.

- GOYAUX N., ALIHONOU E. *et al.*, 2001 - "Complications of induced abortion and miscarriage in three african countries: a hospital-base study among WHO collaborating centers". *Acta obstetrica and Gynecologica Scandinavica*, 80 : 568-573.
- GOYAUX N., YACE-SOUMAH F. *et al.*, 1999 - "Abortion complications in Abidjan (Ivory Coast)". *Contraception*, 60 (2) : 107-109.
- GUENGANT J.-P., 2002 - The proximate determinants during the fertility transition. Expert group meeting on completing the fertility transition, New York, Population Division - Department of Economic and Social Affairs - United Nations Secretariat.
- GUENGANT J.-P. and MAY J.F., 2001 - Impact of the proximate determinants on the future course of fertility in sub-Saharan Africa. Workshop on prospects for fertility Decline in high fertility countries, New York, Population Division - Department of Economic and Social Affairs - United Nations Secretariat.
- GUILLAUME A., 1999 - Planification familiale et pratique de l'avortement : une étude dans quatre FSU-Com d'Abidjan. Rapport d'enquête. Abidjan, ENSEA-IRD, 59.
- GUILLAUME A., 2003 - "Le rôle de l'avortement dans la transition de la fécondité à Abidjan au cours des années 1990". *Population*, 58 (6) : 741-771.
- GUILLAUME A. and DESGREES DU LOU A., 2002 - "Contraception and/or abortion ? A study of Fertility Regulation Strategies among Abidjan Women". *International Family Planning Perspectives*, 28 (3) : 159-166.
- GUILLAUME A., DESGREES DU LOU A. *et al.*, 1999 - Le recours à l'avortement : la situation en Côte d'Ivoire. Abidjan, ENSEA-IRD, 50 p.
- GUTTMACHER S., KAPADIA F. *et al.*, 1998 - "Abortion reform in South Africa: A case study of the 1996 choice on termination of pregnancy act". *International Family Planning Perspectives*, 24 (4) : 191-4.
- HENSHAW S.K., SINGH S. *et al.*, 1999 - "Recent trends in Abortion rates worldwide". *International Family Planning Perspectives*, 25 (1) : 44-51.
- HUNTINGTON D., 1997 - Abortion in Egypt. Seminar "Cultural Perspectives on reproductive Health", June 16-19, Rustenburg, South Africa, IUSSP.
- JUSTESEN A., KAPIGA S.H. *et al.*, 1992 - "Abortion in Hospital setting: hidden realities in Dar es Salaam Tanzania". *Studies in Family Planning*, 23 (3) : 325-3329.
- KONATE M.K., SISSOKO F. *et al.*, 1999 - Les conséquences sociales de l'avortement provoqué à Bamako. Bamako, CILSS, INSAH, CERPOD, 91.
- KOSTER-OYEKAN W., 1998 - "Why resort to illegal abortion in Zambia ? Findings of a community-based study in western province". *Soc. Sci. Med.*, 46 (10) : 1303-1312.
- LANE S., JOK J. *et al.*, 1998 - "Buying safety: the economics of reproductive risk and abortion in Egypt". *Soc. Sci. Med.*, 47 (8) : 1089-99.
- 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.
- LERIDON H., 1987 - La seconde révolution contraceptive. La régulation des naissances en France de 1950 à 1985. Paris, INED-PUF.
- Mbonye A., 2000 - "Abortion in Uganda: magnitude and implications". *African journal of Reproductive Health*, 4 (2) : 104-108.
- MCLAREN A., 1990 - A history of contraception. From antiquity to the present day. USA, Blackwell Oxford UK and Cambridge.

- MEEKERS D. and Calves A., 1997 - Gender differentials in adolescent sexual activity and reproductive health risks in Cameroon. *Working paper n°4*. Washington, PSI Research division, 50.
- MUNDIGO A.I. and INDRISO C., 1999 - Abortion in the developing world. New Dehli, OMS.
- MUNDIGO A I. and SHAH I.H., 1999 - Policy Impact of Abortion Research. Abortion in the developing world. Mundigo A.I. and Indriso C. New Delhi, World Health Organization : 477-488.
- NICHOLS D., WOODS E.T. *et al.*, 1986 - "Sexual behaviour, contraceptive practice, and reproductive health among Nigerian adolescent". *Studies in Family Planning*, 17 (2) : 100-106.
- OLUKOYA A.A., KAYA A. *et al.*, 2001 - "Unsafe abortion in adolescent". *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75 : 137-147.
- OTOIDE V.O., ORONSAYE F. *et al.*, 2001 - "Why Nigerian Adolescents seek abortion rather than contraception:evidence from focus-group discussion". *International Family Planning Perspectives*, 27 (2) : 77-81.
- REES H., KATZENELLENBOGEN J. *et al.*, 1997 - "The epidemiology of incomplete abortion in South Africa. National Incomplete Abortion Reference Group". *South African Medical Journal*, 87 (4) : 432-437.
- ROGO K., 1991 - Induced abortion in sub-saharan Africa. Nairobi, 31.
- SILBERSCHMIDT M. and RASCH V., 2001 - "Adolescent girls, illegal abortion and "sugar-daddies" in Dar es Salaam: vulnerable victims and active social agents". *Social Science Medicine*, 52 : 1815-1826.
- SINGH S. and DEIRDRE W., 1991 - "Estimating abortion levels in Brazil, Colombia and Peru, Using hospital admissions and fertility survey data". *Studies in Family Planning*, 17 (1) : 8-13.
- SINGH S. and RATNAM S., 1998 - "The influence of abortion legislation on maternal mortality". *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 63 (suppl. 1) : S123-S129.
- SINGH S. and SEDGH G., 1997 - "The relationship of abortion to trends in contraception and fertility in Brazil, Colombia and Mexico". *International Family Planning Perspectives*, 23 (1) : 4-14.
- SINGH S. and WULF D., 1994 - "Estimated levels of Induced Abortion in six latin American Countries". *International Family Planning Perspectives*, 20 : 4-13.
- SOLO J., BILLINGS D. *et al.*, 1999 - "Creating Linkages Between Incomplete abortion treatment and family planning services in Kenya". *Studies in Family Planning*, 30 (n°1) : 17-26.
- STRICKLER J., HEIMBURGER A. *et al.*, 2001 - "Clandestine abortion in Latin America: a clinic profile". *International Family Planning Perspectives*, 27 (1) : 34-36.
- TADESSE E., G. YOSEPH A. *et al.*, 2001 - "Illegal abortion in Addis Ababa, Ethiopia". *East African medical journal*, 78 (1) : 25-29.
- THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1999 - Sharing responsibility women society and abortion worldwide. New York, The Alan Guttmacher Institute, 66.
- TOULEMON L. and LERIDON H., 1992 - "Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale : contraception, grossesses accidentelles et avortements". INED, *Population*, 47 (1) : 1-46.
- URD, 2001 - Avortement au Togo. Lomé, Togo, UERD, 13.

WORLD HEALTH ORGANISATION, MATERNAL AND NEW BORN HEALTH *et al.*, 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.

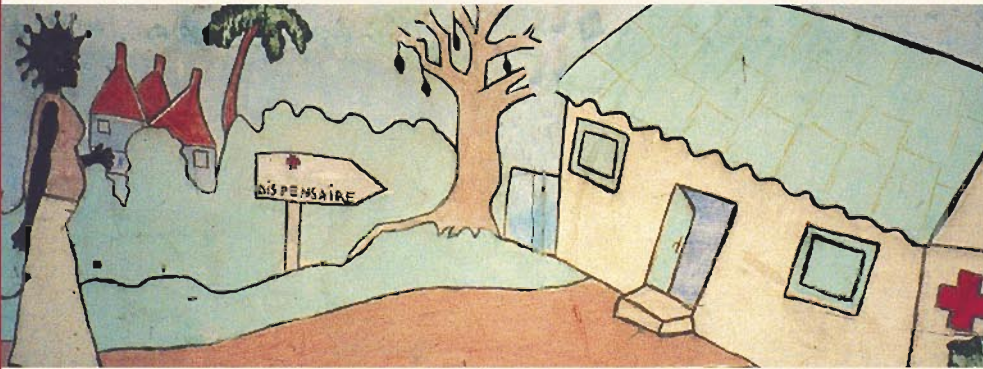
ZABIN L. and KIRAGU K., 1998 - "The health consequences of adolescent sexual and fertility behavior in Sub-Saharan Africa". *Studies in Family Planning*, 29 (2) : 210-232.



RenConTres

LES COLLECTIONS DU CEPED

Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique



Éditrices scientifiques

Agnès GUILLAUME

LPED

Myriam KHLAT

INED

Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique

Éditrices scientifiques

Agnès Guillaume

Laboratoire Population-Environnement-Développement (LPED)
Unité mixte de recherche 151 IRD-Université de Provence

Myriam Khat

Unité de recherche U05 – Mortalité, santé, épidémiologie
INED



Septembre 2004

L'INED, l'IRD et les Universités de Paris I, Paris V et Paris X forment le groupement d'intérêt scientifique (GIS) "Centre Population et Développement" (CEPED).

Le CEPED suscite, anime et appuie des réseaux de recherche en partenariat avec des institutions du Sud dans le champ de la Population et du développement selon quatre thématiques :

- Santé de la Reproduction
- Société, Famille et Genre
- Peuplement, Urbanisation, Mobilité et Environnement
- Méthodologies : Collecte et Analyse

En liaison avec les institutions membres du GIS et ses partenaires du Sud, le CEPED remplit des missions de formation, de documentation, de valorisation et d'expertise. Il favorise le développement de réseaux internationaux dans lesquels les grandes régions en développement sont représentées. Les activités des réseaux comportent une dimension comparative entre les pays partenaires. Parmi les objectifs, il s'agit d'encourager et de valoriser les productions scientifiques, de soutenir des activités de formation, de mettre à disposition des professionnels et décideurs des outils pédagogiques et de l'information scientifique, de constituer des bases de données et de développer des indicateurs pour alimenter les réflexions sur les problématiques nouvelles.

Comité éditorial :

Courgeau Daniel	Ferry Benoît	Belbeoch Olivier
Ferrand Michèle	Hamelin Philippe	Brugeilles Carole
Leridon Henri	Lelièvre Eva	Dittgen Alfred
Mazouz Mohammed	Samuel Olivia	Pison Gilles
		Vimard Patrice

Directeur de la publication : André Quesnel

Réalisation technique : Yvonne Lafitte

Conception Graphik : sbgraphik - www.sb-graphik.net

Photo de couverture : © IRD - Marie-Noëlle Favier

Edité avec le soutien du Ministère des Affaires Etrangères – DGCID

© Copyright CEPED 2004
ISSN : en cours d'attribution
Centre Population et Développement
Campus du Jardin Tropical de Paris
Pavillon Indochine
45 bis, Avenue de la Belle Gabrielle
94736 Nogent-sur-Marne Cedex – France
Téléphone : 33 (0) 1 43 94 72 90 – Fax : 33 (0) 1 43 94 72 92
Courriel : ceped@ceped.cirad.fr
Web : <http://ceped.cirad.fr>