

Série **Santé de la reproduction, fécondité et développement**

Document de recherche **n°7**

**L'AVORTEMENT PROVOQUÉ EN AFRIQUE :
UN PROBLÈME MAL CONNU, LOURD DE
CONSÉQUENCES**

Agnès Guillaume

Guillaume Agnès, démographe à l'IRD
Équipe de recherche Population-Santé,
Laboratoire Population-Environnement-Développement,
Unité Mixte de Recherche IRD-Université de Provence 151.
CePeD (<http://ceped.cirad.fr>)
Campus du Jardin Tropical de Paris
45 bis Avenue de la Belle Gabrielle - 94736 Nogent / Marne
Tel. +33 (0)1 43 94 72 93
guillaume@ceped.cirad.fr

© Laboratoire Population-Environnement-Développement
Unité de mixte de recherche IRD - Université de Provence 151.
2005

Centre St Charles, case 10
3, place Victor Hugo
13331 Marseille Cedex 3, France

Septembre 2005

Cette communication a été présentée à la Chaire Quételet 2004 : Santé de la reproduction au Nord et au Sud. De la connaissance à l'action, 17-20 novembre 2004, Institut de démographie, UCL, Louvain-la-Neuve, Belgique. A paraître dans les Actes de la Chaire Quételet 2004.

I. Introduction

L'avortement est une méthode ancienne de régulation de la fécondité qui existait et était utilisé bien avant l'apparition des méthodes de contraception (McLaren A., 1990). Il se pratique dans tous les pays, mais les avortements à risque (unsafe abortion) c'est-à-dire faits dans des conditions d'hygiène et de sécurité insuffisantes, surviennent essentiellement dans les pays en développement où se produisent 97% des 19 millions d'avortements à risque pratiqués dans le monde (WHO, 2004). Dans ces pays, les conditions d'accès à l'avortement sont très restreintes et on estime que 99% des avortements sont faits illégalement en Afrique, 95% en Amérique Latine et 37% en Asie. Cette illégalité a pour effets des pratiques clandestines, effectuées dans un environnement sanitaire inadéquat et par des personnes insuffisamment ou non qualifiées, dont les conséquences posent un véritable problème de santé publique.

Le recours à l'avortement reflète l'importance des grossesses non prévues : l'Institut Guttmacher (1999) estime que dans les pays en développement parmi les 182 millions de grossesses qui surviennent chaque année, 36% ne sont pas prévues et environ 20% se terminent par un avortement ; en Afrique c'est autour de 30 % des 40 millions de grossesses qui ne sont pas prévues et 12 % qui sont interrompues par un avortement. Ce recours à l'avortement pose également la question de l'accès à la planification familiale : en effet, si ces programmes ont contribué à une plus grande utilisation de la contraception, ils n'ont pas toujours eu l'effet escompté d'une réduction voire d'une disparition du recours à l'avortement. En France, par exemple, malgré une pratique contraceptive forte, on estime que 200 000 avortements se produisent chaque année. Dans les périodes de transition de la fécondité, et quand l'offre contraceptive ne peut satisfaire la demande des populations, l'avortement intervient comme mode de régulation de la fécondité ; il peut également se produire suite à l'échec d'une contraception. La fécondité est entrée dans certains pays africains dans une phase de transition dont le rythme, l'intensité et les déterminants sont variables ; la prévalence des méthodes modernes de contraception varie de 3% en Afrique Centrale, à 8% en Afrique de l'ouest, 15 % en Afrique de l'est et 50% en Afrique du Sud. Dans ces pays où la fécondité a diminué malgré une pratique contraceptive faible, et où les femmes expriment un besoin de réguler leur fécondité, le rôle de l'avortement est souligné comme l'un des facteurs de cette évolution sans pouvoir toujours en mesurer l'importance réelle : une étude en Côte d'Ivoire a mis en évidence, (en utilisant le modèle de Bongaarts) que la contraception et l'avortement ont un poids sensiblement égal dans la réduction de la fécondité dans la ville d'Abidjan (Guillaume, 2003).

Le recours à l'avortement ne se résume pas à un problème de planification familiale, il pose plus largement la question de la reconnaissance de la sexualité des jeunes femmes, les naissances hors mariages sont souvent socialement sanctionnées, et leur accès à la prévention difficile voire impossible, l'avortement est parfois leur seule possibilité pour éviter une grossesse qui risque de compromettre leur avenir et un futur mariage.

Cette question de l'avortement reste mal connue en Afrique du fait des sanctions légales et parfois sociales qui pèsent sur cet acte. Dans cette communication, nous nous attacherons à dresser un état des lieux de la situation de l'avortement dans ce continent. Dans un premier temps, nous analyserons les barrières législatives d'accès à l'avortement qui sont importantes car elles conditionnent la disponibilité des données sur ce sujet, les conditions dans lesquelles ces avortements se pratiquent et les risques encourus par les femmes. Après une analyse

succincte des données disponibles, nous étudierons le profil des femmes qui recourent à l'avortement. Nous examinerons ensuite leurs conséquences sur la santé et la vie des femmes et les raisons qui les ont amenées à interrompre cette grossesse. Enfin nous analyserons la pratique contraceptive entourant l'avortement pour comprendre si elle survient en l'absence ou suite à l'échec d'une contraception et si l'expérience d'un avortement amène des changements dans l'utilisation de la contraception. Les données utilisées proviennent en large partie du travail de synthèse réalisé sur cette question de l'avortement¹.

II. Des légalisations très restrictives

L'avortement est dans la plupart des pays africains illégal ou d'un accès très restrictif, ces législations restant basées dans de nombreux pays sur les politiques coloniales notamment la loi française de 1920 régissant l'accès à la contraception et à l'avortement. En 1999, seul trois pays l'autorisent à la demande de la femme : l'Afrique du Sud, la Tunisie et le Cap Vert (United Nations and Population Division, 2001 et 2002). La Zambie a adopté également une position assez libérale puisqu'elle le permet pour des considérations de santé (sauver la vie de la mère ou préserver sa santé physique ou mentale), mais également pour des raisons économiques et sociales et en cas de malformations du fœtus (tableau 1).

Tableau 1 : Conditions légales du recours à l'avortement en Afrique en 1999

Conditions légales de l'avortement	Pays en 1999
- totalement interdit	-
- Pour sauver la vie de la femme	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	Zimbabwe (a, b)
- Pour sauver la vie de la femme, ou protéger sa santé physique et mentale	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), Liberia (a, b), Namibie (a, b), Seychelles (a, b)
Pour les raisons précédentes + des raisons économiques ou sociales	Zambie (b)
à la demande	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, 2001 et 2002	

Dans 24 des autres pays africains, il est accepté uniquement si la vie de la mère est menacée, et dans 16 autres pays, il est légalisé seulement si la menace porte sur la vie de la femme, ou

1 Ce texte reprend des éléments issus de la publication de Guillaume, A., Molmy W. (en collaboration) 2003-2004. L'avortement en Afrique : une revue de la littérature des années 1990 à nos jours/ Abortion in Africa : a review of literature from the 1990s to the present day Paris, Ceped, version française 2003 - version bilingue français-anglais 2004: CDrom et site web <http://ceped.cirad.fr/avortement/fr/index.html>

sa santé physique ou mentale. Ainsi dans 40 des 53 pays africains la légalisation de l'avortement est conditionnée uniquement par des objectifs sanitaires : réduire les morbidité et la mortalité liées à ces avortements. En plus de ces considérations d'ordre sanitaire, la possibilité de recourir à l'avortement a été étendue aux cas de viol ou d'inceste dans 9 pays et dans 8 pays de malformation du fœtus.

Dans tous les pays, ces législations relatives à l'avortement sont toujours assorties d'autres conditions restrictives : - des limites dans les durées de gestation où l'avortement est autorisé (12 semaines en Afrique du Sud, délai qui peut être prolongé jusqu'à 20 semaine si la santé physique ou mentale de la mère est menacée et au delà s'il s'agit de sa vie, (Anonymous, 1997) ;

- l'obtention de certaines autorisations pour pratiquer ces avortements : autorisation, du conjoint ; des parents ou tuteurs pour les femmes mineures ; de certains praticiens tel un médecin assermenté par la justice, un gynécologue, un psychiatre ; - des lieux spécifiques seuls habilités à pratiquer ces avortements...

Ces diverses contraintes législatives conditionnant le recours à l'avortement expliquent que son accès reste plus théorique que pratique. En effet, il semble bien difficile pour une femme de demander à un avortement prétextant qu'elle a subi un viol ou un inceste. De même, il n'est pas aisé de pouvoir invoquer un risque de malformation du fœtus dans beaucoup de pays africains où le dépistage prénatal est peu développé, voir quasi-inexistant et où les techniques telles l'amniocentèse et l'échographie ne sont pas disponibles sauf dans quelques hôpitaux des grands villes ou cliniques privées accessibles à une minorité.

Obtenir l'autorisation de certains médecins est un obstacle évident : en Zambie par exemple l'accord d'un psychiatre peut être demandé (Koster-Oyekan, 1998). La Côte d'Ivoire exige l'autorisation de deux médecins en plus de celui qui pourra pratiquer cet acte. En Tunisie, les avortements doivent être pratiqués dans des structures définies, dont la couverture nationale n'est pas assurée expliquant la pratique d'avortements illégaux (Gastineau, 2002).

Toutes ces restrictions sont pénalisantes pour les femmes, elles n'empêchent cependant pas les avortements mais contribuent à des pratiques clandestines. Lors de la conférence du Caire en 1994, où les débats ont été focalisés sur la santé de la reproduction et les droits reproductifs et où la nécessité d'un meilleur accès pour les femmes aux programmes dans ce domaine a été soulignée, la question de l'avortement n'a été abordée que - pour stipuler que l'avortement ne doit pas être utilisé comme mode de contraception et que - les gouvernements et praticiens doivent s'engager, dans les pays où l'avortement est illégal « à traiter les conséquences des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité en tant que problème majeur de santé publique » (Nations unies, 1994).

Cette conférence a eu finalement un impact limité sur les législations régissant l'accès à l'avortement, puisque 5 ans après peu de pays ont modifié leurs législations. Cinq pays qui en 1994 interdisaient totalement l'avortement l'autorisent 5 ans plus tard, mais de façon restrictive, seulement si la vie de la mère est en danger ; par contre deux pays l'ont totalement libéralisé en l'autorisant à la demande de la femme ; dans les autres pays l'amélioration reste essentiellement en rapport avec les questions de santé. La législation est restée stable dans 29 pays et s'est durcie dans 4 pays (Congo, Malawi, Swaziland et Algérie).

Ce difficile accès à l'avortement ne respecte pas les droits reproductifs tels qu'ils ont été réaffirmés lors de la Conférence du Caire en 1994 : un droit qui repose « 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 ». Cette stagnation dans les législations de l'avortement depuis la Conférence du Caire est révélatrice des difficultés aussi bien de nature éthique, politique et religieuse à faire évoluer ces lois. Les interdits posés par le gouvernement américain quant à cette pratique de l'avortement ont des répercussions sur les budgets alloués à différents organismes supposés soutenir des programmes traitant de l'avortement, interdisent toute possibilité de conduire des recherches sur ce thème, et sont un frein certain aux changements législatifs.

Dans ce contexte restrictif comment se déroulent les avortements et de quelles données disposent-on sur ce sujet ?

III. Un sujet difficile à étudier et à mesurer

L'illégalité de l'avortement explique la rareté des données sur ce sujet et leur manque de représentativité. Il est effectivement toujours difficile de collecter des informations sur cette pratique et d'en estimer les niveaux. En effet, aux restrictions de nature juridique s'ajoute une sanction sociale de cet acte. Les praticiens peuvent être réticents à pratiquer ces avortements et parfois les déclarer comme fausses couches ou ne pas les déclarer quand ils sont pratiqués en dehors du système public. Les femmes sont parfois réticentes à déclarer leurs avortements et ainsi les enquêtes sont entachées d'un fort sous enregistrement.

Ainsi qu'il s'agisse des statistiques sanitaires sur l'avortement (rarement disponibles en Afrique sauf en Tunisie et Afrique du Sud) ou des enquêtes, la complétude des données n'est pas bonne. Cette situation n'est pas spécifique à l'Afrique puisqu'en France où l'avortement est légal depuis près de 30 ans (1976), et où il y a une obligation de produire des données sur cet acte, les statistiques sanitaires sont considérées comme imparfaites et leur sous estimation estimée entre 20 et 30% (Kafé, Brouard, 2000). Les enquêtes dans ce pays sont également affectées de cette sous déclaration évaluée à environ 40% (Moreau et *al.*, 2004).

Des enquêtes non représentatives

Les données émanent le plus souvent d'enquêtes ponctuelles rarement en population générale et le plus souvent auprès de groupes spécifiques (consultant dans des centres de santé, élèves, ou étudiantes). Différentes techniques ont été mises au point pour tenter d'améliorer la complétude des données. Une réflexion a été menée sur la manière de formuler les questions relatives à l'avortement et sur leur positionnement dans les questionnaires (Huntington et *al.*, 1995). D'autres chercheurs ont proposé l'utilisation de questionnaires auto-administrés que les femmes rempliraient elles mêmes, et déposaient ensuite de façon anonyme dans une urne, une méthode testée en Colombie (Zamudio et *al.*, 1999). Un autre type de d'enquêtes auto-administrées sont celles par questionnaires informatisés (Audio Computer-Assisted Self-Interview), où la femme doit alors enregistrer elle-même ses réponses. Cette méthode a été testée à Mexico (Lara et *al.*, 2001). Ces deux méthodes ne permettent d'utiliser que des questionnaires simples, avec des questions fermées ne peuvent s'adresser qu'à des populations instruites.

D'autres méthodes ont été mises au point notamment la méthode des confidentes qui consiste, à travers des enquêtes qualitatives dans une population bien définie, à repérer les réseaux sociaux dans lesquels les informations sur l'avortement circulent, un méthode qui pose le problème de double compte des événements (Rossier, 2003).

Des études enquêtes sont également menées en milieu hospitalier auprès de femmes victimes de complications d'avortement. Il s'agit là aussi d'une population particulière puisqu'elle concerne généralement un profil de femmes particulier (voir infra), qui ont consulté à l'hôpital donc généralement en milieu urbain : un problème particulier se pose également pour ce type d'étude car il est souvent nécessaire de dissocier les avortements provoqués des fausses couches (Singh et Deidre, 1994).

Toutes ces études sont entachées d'une sous-déclaration difficile à mesurer et se heurtent au problème de représentativité des données : en effet la mesure d'indicateurs suppose une extrapolation des résultats à la population générale et de connaître la population de référence concernée. Il est donc dans ce contexte d'obtenir une mesure précise de l'avortement et d'avoir des indicateurs comparables. Cependant un certain nombre d'études sans pouvoir mesurer très précisément le niveau de l'avortement mettent en évidence l'importance de cette pratique et analyse le profil des femmes concernées par ces avortements. La réalisation auprès d'une même population, de plusieurs enquêtes reposant sur différentes méthodologies (enquêtes qualitatives, quantitatives, sur les complications...), utilisant différentes terminologies, abordant cette question dans différentes parties du questionnaire... et en utilisant éventuellement des statistiques sanitaires peuvent fournir une meilleure estimation des niveaux d'avortement.

IV. Une pratique de l'avortement à différents âges de la vie

En Afrique, les conditions d'entrée dans la sexualité pour les hommes comme pour les femmes changent. Ce changement se traduit pour les femmes par un retard dans l'entrée en vie sexuelle et maritale du à un recul de l'âge au mariage ; pour les hommes la situation est inverse puisque les rapports sexuels sont de plus en plus précoces (Delaunay, Guillaume, 2004). Ces modifications contribuent pour les hommes comme pour les femmes à un allongement de la période d'activité sexuelle avant le mariage avec pour conséquences une exposition de plus en plus marquée aux risques de grossesses non prévues et d'infections sexuellement transmissibles en l'absence de prévention (Delaunay, Guillaume, 2004). Les grossesses hors mariage sont parfois mal acceptées par la famille et la société et l'accès à la contraception reste difficile pour les femmes en particulier les jeunes. Chez les adolescentes (de 15-19 ans non mariées et sexuellement actives), la prévalence contraceptive est faible : pour les trois méthodes pilule, DIU et injection, elle est inférieure à 10% dans 21 des 25 pays pour lesquels nous disposons d'une enquête démographique et de santé ; la prévalence du préservatifs est variable selon les pays (de moins de 10 % à plus de 20% dans 6 pays) mais son utilisation pose la question de la négociation avec le partenaire de la prévention des rapports sexuels, une négociation particulièrement difficile pour les jeunes femmes (Silberschmidt et Rasch, 2001). Il faut noter également chez ces jeunes femmes une utilisation fréquente des méthodes naturelles de contraception (avec une prévalence supérieure à 20% dans cinq pays) méthodes dont les échecs sont fréquents.

Cette pratique de l'avortement touche toutes les femmes quel que soit leur âge, leur parité, leur situation matrimoniale et leur condition socio-économique et sociale, il intervient à différent moment du cycle de vie familial (Mundigo et Shah, 1999). Le constat que l'on peut faire à partir des enquêtes réalisées en population générale est une tendance à une plus forte pratique de l'avortement chez les femmes instruites, dans les classes sociales élevées et résidant en milieu urbain. Par contre les études menées en milieu hospitalier, auprès de femmes victimes de complications d'avortement présentent un profil différent : il s'agit le

plus fréquemment de jeunes femmes, peu instruites, issues de milieu sociaux défavorisés. Cette différenciation révèle les conditions dans lesquelles se font ces avortements : méthodes utilisées, personnes impliquées et lieu de l'avortement, et en définitif le coût et la sécurité des avortements.

En Tunisie, où l'avortement est légal, l'âge moyen à l'avortement est d'environ 30 ans, mais il semble que cette pratique soit fréquente chez les jeunes femmes célibataires, bien que les relations sexuelles pré-nuptiales soient socialement condamnées (Gastineau, 2002). Au Gabon, Barrère (2001) montre une prévalence de l'avortement deux fois plus élevée en zone urbaine que rurale (17 % vs 9 %) et qui augmente avec le niveau d'instruction des femmes : près de trois fois plus de femmes de niveau secondaire (19 %) ont eu au moins un avortement, comparées à celles sans instruction (7 %). La prévalence de l'avortement varie entre 15 et 23 % chez les femmes de plus de 20 ans, mais lorsque l'on analyse l'âge des femmes à leur premier avortement, 44 % d'entre eux se sont produits à moins de 20 ans.

Au Ghana comme en Égypte, l'avortement est plus fréquent chez les femmes, résidentes en ville et d'un niveau d'éducation élevé (Geelhoed et al., 2002 ; Lane, et al., 1998). A Bamako et à Abidjan, des enquêtes auprès de consultantes 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 (Konate et al., 1996 ; Guillaume et Desgrées du Loû , 2002). L'avortement est fréquemment pratiqué par des jeunes femmes en début de vie féconde et qui interrompent leur(s) première(s) grossesse(s) par un avortement (Okpani et Okpani, 2000, Guillaume, 2003). Deux enquêtes menées au Cameroun soulignent la forte prévalence de l'avortement chez les jeunes, adolescentes, célibataires sans enfants et instruites ou en cours de scolarisation (Leke, 1998 ; Meekers et Calves, 1997).

Les études auprès des femmes qui ont eu des complications d'avortement aboutissent à des conclusions quelque peu différentes. Au Mozambique comme en Zambie, les femmes hospitalisées pour des avortements clandestins sont des femmes jeunes, célibataires, peu instruites ou encore scolarisées, sans enfants et de milieux sociaux défavorisés (Hardy et al., 1997 ; Likwa et Whittaker, 1996). Ce constat que les femmes jeunes et sans enfant sont fréquemment victimes de complications a été fait dans de nombreux pays : à l'Île Maurice, (Oodit et Bhowon, 1999) ; au Kenya (Solo J. et al., 1999 ; Ankomah et al., 1997), en Éthiopie (Abdella, 1996), au Malawi (Lema et Thole , 1994), au Nigeria (Ejiro Emuveyan, 1994) en Tanzanie (Mpangile et al., 1999), en Ouganda, en Côte d'Ivoire (Goyaux N., et al. , 1999).... Confrontées à des problèmes de négociation de méthodes préventives avec leur partenaires sexuels, l'avortement reste pour elles la seule façon d'éviter une grossesse non prévue (Silberschmidt et Rasch, 2001 ; Ankomah et al., 1997, Calves, 2002). Cette situation a amené Radhakrishna et Greesiade (1997) à constater que ces jeunes femmes sont exposées à trois problèmes, « a triple jeopardy » : Unwanted pregnancy, Unprotected sex and Unsafe abortion du fait de leur accès limité à la prévention et de leur insuffisante autonomie de décision.

Ce recours à l'avortement plus fréquent en milieu urbain et chez les femmes éduquées pose question. Pour ces femmes, il est probable que le contrôle social soit moins fort et qu'elles déclarent plus facilement un avortement (Shapiro et Tambashe, 1994). En ville, " l'offre " médicale formelle ou informelle en matière d'avortement est plus répandue qu'en zone rurale. Cependant il est étonnant que les femmes instruites, malgré les risques inhérents à cette pratique y recourent fréquemment : mais elles ont accès à des méthodes plus sûres. De plus, s'inscrivant des stratégies de régulation de la fécondité, elles utilisent indifféremment la contraception et l'avortement, en particulier suite à l'échec d'une méthode.

V. Des conséquences « mal mesurées »

Les conséquences de l'avortement sont « mal mesurées » à plusieurs niveaux. Elles le sont par les femmes qui lorsqu'elles pratiquent ces avortements avec des méthodes peu fiables et avec l'aide de personnes non qualifiées, n'ont pas toujours conscience de la gravité des risques auxquels elles s'exposent. Par contre, l'absence d'utilisation de la contraception est souvent justifiée par une crainte des effets secondaires et des risques de stérilité consécutifs à l'utilisation de contraceptifs hormonaux (Otoide et *al.*, 2001). Les gouvernements en interdisant ou restreignant l'accès à l'avortement n'en mesurent pas les conséquences sur la santé des femmes ; le cas de la Roumanie en est une bonne illustration puisque les politiques restrictives en matière d'avortement ont contribué à une augmentation spectaculaire de la mortalité maternelle consécutive à cette pratique.

Ces conséquences sont également statistiquement mal mesurées car seules celles qui font l'objet d'une prise en charge médicale, et surtout d'une hospitalisation sont répertoriées et analysées. Elles n'en reflètent qu'une infime partie, celle des morbidités graves et qui se produisent chez des femmes qui ont les moyens (financiers et logistiques) pour les prendre en charge : ainsi elles seront surtout décrites dans les grandes villes africaines où il existe des structures de prise en charge. Il est difficile de mesurer la mortalité maternelle imputable à ces avortements car les causes de décès sont souvent imprécises et l'on peut supposer que certains de ces décès maternels comme les infections et les hémorragies sont en fait causées par des avortements. Des techniques d'estimations ont été mises au point à partir des données issues des complications d'avortements (Singh et Deirdre, 1994 ; Singh et *al.*, 1997).

L'Organisation Mondiale de la Santé estime qu'en 2000 4,2 millions d'avortements à risque (WHO, 2004) se sont produits en Afrique (tableau 2), avec une dominante en Afrique de l'Est (1 700 000 avortements) et en Afrique de l'Ouest (1 200 000 avortements). Ils correspondent à des taux élevés 24 avortements pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans avec une variante de 31 ‰ en Afrique de l'Est, 25 ‰, en Afrique de l'Ouest, 22 ‰ en Afrique centrale et 17 ‰ en Afrique du Nord et dans la région du Sud de l'Afrique : des taux d'un niveau équivalent se retrouvent en Amérique latine et dans la Caraïbe (29 ‰). Ces différences régionales en Afrique s'expliquent certainement car deux pays l'Afrique du Sud et la Tunisie autorisent l'avortement à la demande mais aussi car dans ces régions la prévalence contraceptive est plus élevée (WHO, 2004). Par contre les ratios d'avortement à risque (nombre d'avortements pour 100 naissances vivantes) sont relativement faibles en Afrique, 14 pour 100 naissances comparativement à l'Amérique latine et la Caraïbe (32 pour 100 naissances). Ces écarts s'expliquent par la forte fécondité prévalente en Afrique (5,2 enfants par femmes) comparativement à l'Amérique Latine (2,7 enfants selon les estimations des Nations unies pour la période 1995-2000). Ces avortements à risque sont plus fréquents en Afrique chez les jeunes femmes puisque lorsque l'on regarde la répartition de ces avortements à risque selon l'âge des femmes, il apparaît que plus de 20% surviennent chez des femmes de moins de 20 ans et un peu moins 60% chez celles de moins de 25 ans, alors que pour l'Amérique Latine et la Caraïbe seulement 40% des avortements se sont produits à moins de 25 ans et environ 10 % pour l'Asie (WHO, 2004 : 16).

Tableau 2 : Incidence de l'avortement à risque et mortalité due à ces avortements dans quelques régions du Monde dans les années 2000

	Incidence de l'avortement à risque			Mortalité due aux avortements à risque		
	Nb avortement à risque (1000)	Ratio avortement à risque / 100 naissances	Taux avortement à risque / 1000 femmes	Nb de décès maternels dus à des avortements à risque	% des décès maternels	Décès dus / avortements à risque (pour 100000 naissances)
Afrique	4 200	14	24	29 800	12	100
-Afrique de l'Est	1 700	16	31	15 300	14	140
-Afrique Centrale	400	9	22	4 900	10	110
-Afrique du Nord	700	15	17	600	6	10
-Afrique du Sud	200	16	17	400	11	30
- Afrique de l'Ouest	1 200	13	25	8 700	10	90
Asie	10 500	14	13	34 000	13	40
-Asie sud-centrale	7 200	18	22	28 700	14	70
-Asie du sud-est	2 700	23	21	4 700	9	40
-Asie de l'Ouest	500	10	12	600	6	10
Europe	500	7	3	300	20	5
-Europe de l'Est	400	14	6	300	25	10
-Europe du Nord	10	1	1		4	0
-Europe du Sud	100	7	3	<100	13	1
Amérique Latine	3 700	32	29	3 700	17	30
-Caraïbes	100	15	12	300	13	40
-Amérique Centrale	700	20	21	400	11	10
-Amérique du Sud	2 900	39	34	3 000	19	40

Source : WHO – 2004, Unsafe abortion – Fourth edition

Ces conséquences et leur gravité sont étroitement liées aux conditions dans lesquelles ces avortements sont pratiqués, ces méthodes se différencient par leur sécurité et leur coût : ainsi ceux faits avec des méthodes peu coûteuses, sont généralement les plus à risque.

Des méthodes archaïques aux médicalisées

Différentes méthodes d'avortement sont utilisées en Afrique et l'avortement médicamenteux (RU486) n'est quasiment pas diffusé². Les méthodes relèvent soit de la pharmacopée traditionnelle, soit de l'utilisation de produits chimiques, de produits pharmaceutiques utilisés à mauvais escient, soit de méthodes mécaniques ou de traumatismes physiques, des méthodes médicalisées par dilatation et curetage... Les méthodes qui présentent le plus " à risque " sont celles à base de plante, l'insertion d'objets dans l'utérus (objets contendants, verre pilé, produits chimiques,...) l'utilisation de médicaments en surdosage (antipaludéens, antibiotiques, hormones...), les produits chimiques. Les méthodes chirurgicales ne sont pas exemptes de risque car parfois pratiquées par des personnels insuffisamment qualifiés et dans des conditions d'hygiène insuffisantes, mais leurs complications sont généralement moins fréquentes et plus bénignes. Il s'agit essentiellement d'avortements faits par dilatation et curetage (avec ou sans anesthésie) et rarement d'avortement par aspiration manuelle.

² Cette diffusion commence en Tunisie et Afrique du Sud, deux pays où l'avortement est légal.

Dans les capitales comme Abidjan, Lomé ou Bamako la majorité des études montrent que plus de 60% des avortements sont pratiqués par des méthodes médicalisées (Konate. et al., 1996 ; Guillaume et Desgrées du Loû, 2002 ; URD, 2001), le reste par des médicaments en surdosage ou en utilisant des plantes et l'introduction d'objets dans l'utérus. Ces curetages sont parfois pratiqués suite à des tentatives d'avortements qui ont échoué. Ces avortements sont faits aussi bien dans des hôpitaux, que des cliniques privées ou des « infirmeries de quartier » qu'au domicile de la femme, et par des personnes ayant des qualifications très variables : aussi bien appartenant au corps médical (gynécologues, médecins généralistes, infirmier...) que des tradipraticiens ou des personnes sans connaissances médicales. Ainsi le niveau de risque associé à ces avortements est-il très variable.

Au Cameroun, bien que la plupart des avortements clandestins soient faits par des médecins ou infirmiers, une part non négligeable est réalisée par du personnel non médical avec des méthodes à risques (Calves, 2002) et en Tanzanie, 22% des femmes ont eu recours au services médecins, ou identifiés comme tels, 65% des autres personnels de santé et 13% des tradipraticiens, 56% des avortements ont été faits dans un environnement médicalisé et 42% l'ont été dans une simple chambre (Mpangile et al., 1993). Les avortements auto-pratiqués par la femme restent monnaie courante comme a pu le montrer Barrère (2001) au Gabon où un tiers des femmes l'ont fait seule avec des méthodes à base de plantes, des médicaments en surdosage ou l'insertion d'objet dans l'utérus.

Les adolescentes, en revanche, ont moins recours aux méthodes médicalisées (curetage et aspiration) que les femmes plus âgées, et font le plus souvent aux services d'une sage-femme, d'un pharmacien ou d'un ami pour avorter afin de minimiser les coûts ce qui explique la plus grande fréquence des complications dont elles sont victimes comme cela a pu être constaté au Nigeria et au Gabon (Ejiro Emuveyan, 1994 ; Barrère, 2001). En Zambie, Castle (1990) montre que les très jeunes femmes recourent parfois à des boissons à base d'essence ou de détergents, ou qu'elles prennent des médicaments en surdosage (chloroquine, aspirine) ou encore d'autres substances toxiques.

En Éthiopie, à Addis Ababa, une étude hospitalière sur les complications d'avortement montre que ces avortements avaient été provoqués dans un tiers des cas par des antibiotiques (l'ampicilline) en surdosage, par l'insertion de tubes ou cathéters en plastique (46 %) ou de tiges métalliques (22 % des cas). Ils ont été soit auto-pratiqués par la femme (28 %) soit faits par un assistant de santé (35 %) et dans près d'un quart des cas par du personnel non médical (Tadesse et al., 2001 ; Kebede, et al., 2000). Dans trois hôpitaux ouest africains (Bénin, Sénégal, Cameroun), une étude indique que les complications d'avortements provoqués sont dues à des avortements auto-pratiqués (40 % des cas), pour 51 % faits avec l'assistance de personnels de santé et pour les autres de celle de tradipraticiens (Goyaux et al., 2001). À Abidjan, Goyaux et al., (1999) ont constaté que les femmes admises pour des complications à l'hôpital avaient tenté d'avorter par l'introduction de tiges de plantes dans le vagin (31%), en utilisant des ovules végétaux (23%) ou des infusions de plantes (20%). Au Bénin, Alihonou, et al. (1996) indiquent que plus de la moitié des femmes ont eu des complications suite à des avortements auto-pratiqués au moyen de produits pharmaceutiques en surdosage. A l'Île Maurice, la majorité des femmes hospitalisées pour des complications d'avortement avaient fait elles-mêmes cet avortement à l'aide de plantes, d'insertion d'objet dans le vagin ou avaient pris du misoprostol (Anonymous, 1993). Deux études menées en Zambie soulignent les risques auxquels les femmes s'exposent avec les méthodes d'avortement : Likwa (1996) décrit comment dans 1/3 des cas les femmes utilisent des méthodes intra-utérines (insertion de racines de manioc).

Des procédures menaçant la santé et la vie des femmes

Les complications les plus fréquentes de ces avortements sont des lésions des organes génitaux, des douleurs pelviennes chroniques, des infections, des hémorragies, des hystérectomies, et même le décès de la femme (Anderson *et al.*, 1994) et des risques de séquelles pour l'enfant à naître si l'avortement échoue. Ces complications se manifestent parfois à plus long terme par des troubles gynécologiques, des fausses couches ou des naissances prématurées, une incontinence ou encore une stérilité (Mpangile *et al.* 1999). A cela s'ajoutent des conséquences psychologiques et sociales, notamment le rejet de la famille et tous les stigmas associés à la stérilité. La gravité des complications est associée à la méthode utilisée et à la durée à laquelle ces avortements sont pratiqués.

Au Gabon 27 % des femmes ont déclaré avoir eu des complications après leur avortement (Barrère, 2001), qui sont plus fréquentes chez les femmes âgées de 20-24 ans, résidentes en milieu rural, peu instruites et qui ont utilisé des méthodes traditionnelles.

A Bamako, dans l'enquête menée auprès de femmes dans des centres de santé, 59 % déclarent des complications après leur avortement surtout des hémorragies, et dans celles à l'hôpital les principales complications principales sont les hémorragies 47 %, les complications infectieuses 33 %) et les intoxications médicamenteuses 4 % (Konate *et al.*, 1996, Diallo Diabate *et al.*, 2000). À Abidjan, les femmes hospitalisées pour des complications souffraient de péritonites dues à l'utilisation d'une méthode intra-utérine, et des troubles neurologiques liés à l'ingestion d'infusion à base de plantes (Goyaux *et al.*, 1999) et au Nigeria surtout de lésions génitales, d'abcès et péritonites, de ruptures utérines (Ikpeze, 2000). Un constat identique est fait en Ouganda où les femmes qui restent au moins deux jours pour des complications d'avortement avaient des hémorragies, des infections et des lésions génitales (Bazira, 1992),

Ces études en milieu hospitalier dans différentes capitales mettent en évidence une dominante de femmes jeunes parmi les femmes hospitalisées pour des complications d'avortement : 91 % ont moins de 25 ans dans un hôpital de Nairobi (Ankomah *et al.*, 1997), 59 % au Nigeria (Ezechi *et al.*, 1999), plus de la moitié des femmes ont de moins de 20 ans à Dar es Salaam et moins de 25 ans à Addis Abeba (Justesen *et al.*, 1992; Tadesse *et al.*, 2001) ; 35 % ont moins de 20 ans et 53 % entre 20 et 30 ans à Abidjan, 19 % ont moins de 20 ans au Bénin, 29 % au Cameroun et 17 % au Sénégal (Goyaux *et al.*, 1999 et 2001).

L'OMS estime en 2000 que 100 décès d'avortement à risque se produisent pour 100 000 naissances vivantes en Afrique, alors qu'il n'y en a que 40 en Asie et 30 pour 100 000 en Amérique latine. Ce taux varie de 10 et 30 dans deux régions l'Afrique du Nord et du sud à 90 en Afrique de l'Ouest, à 110 et 140 en Afrique centrale et de l'est ; l'avortement étant estimé contribuer à 12 % des décès maternels (WHO, 2004). Les risques associés aux avortements sont liés au caractère légal de cet acte : ainsi selon l'OMS, dans les pays en développement, le risque de mortalité suite à un avortement est de 4 à 6 décès pour 100 000 cas d'avortements légaux et de 100 à 1000 pour 100 000 cas d'avortement illégaux (WHO, 2004). La liaison entre la légalité de l'avortement et la mortalité maternelle est évidente. En Afrique du Sud, Vandecruys *et al.* (2002) signalent, dans les 4 dernières années, une diminution des taux de mortalité maternelle qui sont passés de 268 à 94 pour 100 000 naissances vivantes, diminution qui serait imputable à une réduction des complications d'avortement depuis la légalisation de l'avortement en 1997. Avant cette date, 200 000 avortements illégaux se produisaient chaque année, provoquant 45 000 hospitalisations et au moins 400 décès annuels (Bennett, 1999).

Plusieurs études épidémiologiques réalisées dans 41 pays africains estiment le niveau de la mortalité maternelle entre de 200 à 600 pour 100 000 naissances vivantes avec 18 à 35 % de cette mortalité imputable à des avortements (Benson et Johnson, 1994) Les poids des avortements dans les décès maternels est très variable selon les pays mais aussi selon les sources de données : les études hospitalières tendent à surestimer ce poids des décès dans la mortalité ; elle ne fournissent qu'une répartition des causes de décès, et les données doivent être extrapolées pour obtenir des données au niveau national.

Rogo en 1993 écrit que les études hospitalières confirment que les avortements à risque et leurs complications ont provoqué jusqu'à 50% des décès maternels en Afrique Sub-saharienne, et il signale dans ces pays une faible prévalence contraceptive et de nombreuses grossesses non désirées. En Ouganda, à l'hôpital de Mulago, 35 % des décès maternels sont dus à l'avortement et au Zimbabwe, 12% des décès maternels dans les années 1990, (Mbonye, 2000 ; Mahomed *et al.*, 1994). Le taux de mortalité maternelle est estimé au Lesotho, à 220 pour 100 000 naissances et l'avortement expliquerait 25 à 33% des décès maternels (Mosaase, 1994), tandis qu'au Mozambique, l'avortement est la troisième cause de mortalité maternelle (18% des décès) après les hémorragies (30%) et les infections puerpérales (23%) (Songane et Bergstrom, 2002). Au Malawi, c'est également la troisième cause de mortalité maternelle (18%) parmi les hémorragies (25%) et les complications pendant le travail (20%) (Chiphangwi. *et al.*, 1992). Au Botswana, l'avortement expliquerait au moins 14% de la mortalité maternelle hospitalière, en Tanzanie 10 à 12% de ces décès, à Nairobi 35% des décès et en Éthiopie 25 à 35% de ces décès, (Ramalefo et Modisaotsile, 1994) ; Temba et Nkya, 1994 ; Gebreselassie et Fetters, 2002). À Brazzaville, au Congo, où la mortalité maternelle est estimée à 408 décès pour 100 000 naissances vivantes, Iloki *et al.* (1997) citent comme causes directes de décès obstétricaux les hémorragies (40.5%), les septicémies du postpartum (12.7%), les septicémies postabortum (18.9%), et l'éclampsie (11.2%) : il est probable que certains des décès par hémorragie soient en fait des avortements. En Égypte, la mortalité maternelle attribuée aux avortements se situe entre 2.1 et 9.8 % de tous les décès maternels (Lane *et al.*, 1998).

Les données en Afrique de l'Ouest confirment le poids des avortements dans ces décès maternels. En Guinée, l'avortement apparaît dans les principales causes de mortalité maternelle avec les complications dues à l'hypertension et les hémorragies du postpartum (Toure *et al.* 1992) et au Ghana, il serait responsable de 22% des décès maternels (Billings, 1997) et au Nigéria, 30 à 40% des décès maternels sont imputables à des avortements (Oye-Adeniran *et al.*, 2002). Au Bénin, Sénégal, et Cameroun, le taux de létalité des avortements provoqués est de 2,3 % et varie entre 1,8 % au Bénin, 2,8 % au Sénégal et 4,1 % au Cameroun (Goyaux N. *et al.*, 2001).

Ces complications d'avortements touchent plus spécialement les jeunes femmes. A Ouagadougou, une étude auprès d'adolescentes de 13-19 ans hospitalisées montre que 30% des décès maternels ont pour causes des avortements illégaux et 30% une anémie chronique (Lankoande, 1999) et au Bénin à la fin des années 1980, la forte mortalité maternelle chez les adolescentes, serait principalement due aux avortement clandestins : 72% de ces décès (Unuigbe *et al.*, 1990). En Zambie, Koster-Oyekan (1998) souligne l'importance des avortements dans les décès maternels, (120 pour 100 000 naissances) dont plus de la moitié surviennent chez des jeunes femmes encore élèves ou étudiantes. Ces jeunes femmes pratiquent des avortements à des durées tardives de grossesse, car sont confrontées à un manque de moyens financiers pour les prendre en charge : or la gravité des complications et de coût de l'acte dépendent de la durée de gestation.

Ces quelques données ne donnent pas une vision globale de l'importance de l'avortement en Afrique mais en soulignent cependant les conséquences sur la santé et la vie des femmes. Face à ces risques, se pose la question des raisons pour lesquelles les femmes choisissent d'avorter.

Recourir à l'avortement, un choix réel ?

L'analyse des motifs d'avortement permet de mieux comprendre ce « besoin d'avortement » exprimé par toutes les femmes. L'avortement est une réponse à une grossesse « non prévue » ou « " non désirée », il s'agit alors de comprendre pourquoi cette grossesse est ainsi perçue et pourquoi elles désirent l'interrompre. Rares sont les cas où les femmes qui désirent une grossesse avortent, sauf si elles y sont contraintes par l'auteur de cette grossesse ou, dans le cas de politiques gouvernementales qui incitaient à la limitation de la descendance (Inde, Viêt Nam...), des politiques non implantées en Afrique.

Deux articles de synthèse offrent un panorama des différents motifs du recours à l'avortement. Dans différents pays d'Asie, d'Afrique sub-saharienne, d'Amérique latine et dans 4 pays développés, Bankole et *al.* (1998) révèlent que les motifs plus fréquemment mentionnés en cas d'avortements provoqués sont les besoins d'espacement ou de limitation des naissances, viennent ensuite les difficultés économiques et les raisons liées à la scolarité, les difficultés dans le couple ou pour faire accepter une grossesse, notamment à cause de la jeunesse de la femme. Olukoya et *al.*, (2001) dans son étude consacrée aux adolescentes dans les pays en développement montrent des motifs de l'avortement quelque peu différents pour les jeunes femmes. Leur souhait de poursuivre leurs études, les contraintes économiques, les difficultés à assumer une grossesse parfois refusée par le partenaire ou les parents, la crainte d'un rejet social ou familial expliquent le recours à l'avortement. Mais il intervient également en cas d'absence ou d'échec de contraception.

La pratique de l'avortement chez les jeunes femmes scolarisées est très fréquente, et même en progression chez celles scolarisées dans le secondaire qui veulent terminer leur scolarité (Renne, 1997). Ainsi en Afrique sub-saharienne, Zabin et Kiragu (1998) déclarent au sujet de l'avortement chez les adolescentes que, dans beaucoup de pays, 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. Poursuivre ces études est un l'un des principaux motifs d'avortement cité par les femmes ; en Côte d'Ivoire, cette raison est mentionnée par 11 à 55% des femmes des différentes régions de Côte d'Ivoire et par 19% d'entre elles à Abidjan, dont la majorité est scolarisée dans le deuxième cycle du secondaire ou du supérieur et 36 % du premier cycle ; à Bamako les " contraintes scolaires " font partie des trois principales raisons justifiant l'avortement (Konate et *al.*, 1999) et au Togo, sont mentionnées près d'un tiers des femmes de moins de 20 ans et 19 % de celles de 20-24 ans (URD, 2001) ; cette raison est également citée par plus de 22% des femmes de 15 à 24 ans au Gabon, 30% des femmes au Mozambique (Agadjanian, 1998), par la moitié des femmes en Ouganda et 26% à 38% des femmes dans deux régions du Nigeria (Mirembe, 1994, Okonofua et *al.*, 1996).

L'avortement est parfois expliqué par des raisons économiques, des difficultés matérielles à assumer la charge d'un enfant, une incompatibilité à gérer l'activité économique des femmes et la charge d'un enfant. Ces difficultés économiques sont parmi les motifs fréquemment cités pour justifier un avortement dans la plupart des pays, au Nigéria (Renne, 1996), en Tanzanie (Mpangile et *al.*, 1999), en Éthiopie (Getahun et Berhane, 2000). Au Mozambique, 41% des femmes évoquent leurs problèmes économiques comme motifs d'avortement (Agadjanian, 1998) ; 22,5% en Éthiopie (Kebede et *al.*, 2000) ; 13,5% au Sénégal (Koly, 1991). Au Gabon, un tiers des femmes disent être confrontées à des difficultés économiques ou vouloir poursuivre leur activité professionnelle (Barrère, 2001). En Ouganda, les femmes recourent à l'avortement pour pouvoir poursuivre leurs activités si leur partenaire ne veut pas reconnaître la grossesse (Kasolo, 2000).

La crainte de la réaction des parents ou de la famille face à une grossesse considérée comme inacceptable (jeunes femmes, célibataires ou censées ne pas avoir de relations sexuelles), et les problèmes de couples (mésentente, grossesse prémaritale, refus de paternité, partenaires occasionnels, des grossesses adultérines)... expliquent certaines interruptions de grossesses (Kasolo, 2000). Ces motifs sont d'une importance variable selon l'âge des femmes et leur situation familiale. La décision d'avorter est pour les jeunes femmes largement dépendante de la réaction du partenaire et de sa capacité à accepter la paternité (Webb, 2000). En Éthiopie, Tadesse et al. (2001) montrent que parmi les raisons évoquées, la peur des réactions de la société est mentionnée dans 42% de cas de grossesses interrompues et les problèmes domestiques dans 28 %. Les études en Côte d'Ivoire, mettent également l'accent sur le poids des raisons familiales dans les décisions de pratiquer l'avortement : union instable, refus de reconnaître l'enfant par le père, demande du partenaire, problèmes de couples, crainte d'un scandale ou de la réaction des parents (Guillaume, 1999). A Bamako, les principales raisons mentionnées par les femmes sont qu'elles étaient célibataires (38 à 64 % des réponses), qu'elles ont subi une pression familiale (31 à 45 %), qu'elles avaient rompu avec leur partenaire (1,7 à 14,6 % des réponses) (Konate et al., 1999).

La crainte des parents ou de la réaction de la famille est un motif d'avortement fréquemment cité, particulièrement par les jeunes femmes : 16,4% des femmes de moins de 20 ans ont avorté pour cette raison au Gabon (Barrère, 2001), 22,2% au Bénin, 7.1% au Togo, 17% en 1996 au Nigeria, et 26% en Ouganda (Alihonou, et al. ; 1996 ; URD, 2001 ; Renne, 1997 ; Bazira, 1992). Au Sénégal, 21% des femmes ont mentionné la crainte des parents mais aussi (20%) la peur des critiques de l'entourage (Diadhiou et al., 1995).

En Afrique, l'avortement est plutôt une procédure d'espacement des naissances que d'arrêt dans la constitution de la descendance. Cette question de l'espacement des naissances se pose avec une certaine acuité en période post-partum quand les pratiques d'allaitement et d'abstinence ne jouent plus leur rôle de régulation de la fécondité. En Zambie, Koster-Oyekan (1998) mentionne le recours à l'avortement pour ne pas révéler une transgression des tabous du post-partum. Le raccourcissement de ces pratiques risque de provoquer une augmentation des grossesses non prévues et des avortements si aucune contraception n'intervient pour en prendre le relais.

A l'île Maurice, l'avortement est parfois pratiqué comme une « contraception d'urgence » suite à l'échec d'une contraception (Oodit et Bhowon, 1999), ou comme les adolescentes en Afrique du Sud, en remplacement de la contraception quand les femmes n'y ont pas accès (Jewkes et al., 1997). En Éthiopie, 83,6% des cas d'avortements ont été expliqués par le fait que la femme ne voulait pas avoir un enfant maintenant et 17,4% parce qu'elle ne voulait plus d'enfants (Yoseph, 1993 ; Tadesse et al., 2001). Au Mozambique, 18% des femmes disent avoir interrompu leur grossesse pour espacer les naissances et 15% car elles ne voulaient plus d'enfants (Agadjanian 1998) et au Togo, près d'un quart et 18 % des femmes pour ces deux raisons (URD, 2001) ; un constat identique est fait au Gabon : 12,2% ont interrompu leur grossesse pour espacer leurs naissances et 6,1 % pour les limiter (Barrère, 2001) et au Nigeria, elles sont respectivement 9,6 % et 5,7% (Renne, 1997), et dans deux régions de ce pays (Jos et Ife), 48% et 31% des femmes déclarent avoir avorté en réponse à un souhait d'espacer leurs naissances (Mahler, 1999).

À Bamako, entre 16 et 20 % des femmes déclarent avoir avorté car elles ne voulaient plus d'enfants (Konate et al., 1996). En Côte d'Ivoire, les femmes de la capitale, comparativement à celles du Nord du pays, utilisent d'avantage l'avortement pour réduire la taille de leur descendance (8,7% vs 4,5%) que pour espacer leurs naissances (3.2% vs 8.7%) (Guillaume,

1999 ; Zanou et al., 1999). Par contre au Bénin, Alihonou, et al. (1996) ont pu constater que les femmes hospitalisées pour des complications d'avortement y avaient eu recours plus pour limiter leurs naissances (26,9%) que pour les espacer (8.3%).

Bien que dans de nombreux pays africains, l'avortement soit autorisé si la santé physique ou mentale de la femme est menacée, ces motifs sont peu fréquemment cités à l'exception du Kenya où 20% des femmes évoquent ce problème (Rogo, 1993), 15 % au Togo (mais près de 30 % chez les femmes de plus de 35 ans) (URD, 2001), 6 % au Gabon et Mozambique (Barrère, 2001 ; Agadjanian, 1998), entre 2 et 4 % au Mali (Konate et al., 1996). Le développement de l'épidémie du sida en Afrique et le risque de transmission materno-fœtale du VIH va poser la question de l'avortement chez les femmes infectées : Desgrées du Loû et al. (2002) dans une étude auprès de femmes séropositives en Côte d'Ivoire ont montré que la moitié des femmes n'avait pas désiré leur dernière grossesse et un tiers l'a interrompue par un avortement.

Ce panorama des motifs d'avortement pose la question de l'autonomie des femmes dans la gestion de leur sexualité et de leur fécondité, mais aussi du rôle joué par les hommes dans ces décisions. Les motifs du recours à l'avortement comme mode de limitation ou d'espacement des naissances amène à s'interroger sur l'accès à la contraception.

VI. Avortement et / ou contraception

L'avortement est parfois la seule « option contraceptive » pour les femmes qui n'ont pas accès à la planification familiale en raison d'une absence de services ou de leur impossibilité de s'y adresser. En effet les programmes de planification familiale restent encore largement inaccessibles aux femmes célibataires ou sans enfants, ils exigent parfois que les femmes aient l'autorisation des conjoint ou parents. Les adolescentes ne sont pas toujours informées de l'existence de ces programmes ou ignorent qu'elles pourraient y avoir droit, leur sexualité n'étant pas socialement admise (Ankomah et al., 1997 ; Silberschmidt et Rasch, 2001).

Des femmes préfèrent recourir à l'avortement qu'à la contraception, en particulier à la contraception hormonale dont elle craignent les effets secondaires. Elles jugent ces méthodes d'une utilisation contraignante (utilisation sur une longue durée et continue) et craignent une stérilité consécutive à cette contraception : un risque pourtant beaucoup plus élevé avec l'avortement (Otoide et al., 2001). De plus l'avortement présente selon certaines jeunes femmes un avantage sur la contraception, celui de permettre à la femme de prouver sa fertilité, alors que la contraception la mettrait à l'inverse en danger (Guillaume, 1999).

L'absence de contraception peut s'expliquer par le fait que les femmes ne pensaient pas être exposées au risque de grossesses ou n'envisageaient pas d'avoir des relations sexuelles. L'utilisation d'une contraception continue peut sembler superflue à celles qui ont une sexualité irrégulière. La contraception à l'acte comme les préservatifs est une solution pour ces femmes mais il est parfois difficile surtout pour les jeunes d'imposer l'utilisation de ce type de prévention (Silberschmidt et Rasch, 2001, Glover et al., 1999).

Ainsi les études soulignent la faible utilisation de la contraception avant la grossesse qu'elles ont interrompue : en Éthiopie, 83 % des femmes n'utilisaient pas de contraception, 11% en utilisaient une mais sans respecter les normes d'utilisation et 6% ne s'expliquent pas les raisons de cet échec (Madebo et Tsadic, 1993). Plusieurs études au Nigeria et une au Kenya soulignent qu'environ 80% des femmes n'avaient pas de contraception (Okonofua et al., 1999 ; Adewole, 1992 ; Renne, 1996 ; Ankomah et al., 1997, Ojwang et Maggwa, 1991).

Au Kenya, une autre étude montre à l'inverse la fréquence des échecs de contraception : 70 % des femmes utilisaient une contraception quand elles ont contracté cette grossesse, 47 % la pilule et 19 % la continence périodique (Solo et al. 1999) ; au Mali, la survenue de la grossesse non désirée s'explique plus par un arrêt de contraception (61 %) que par un échec (39 %) (Konate et al., 1999). Au Togo, seulement 19% des femmes pratiquaient une contraception avant leur avortement : parmi elles, 57 % utilisaient une méthode naturelle, 43% des méthodes modernes, 10 % le DIU ou l'injection, 18 % la pilule et 15 % le préservatif (URD, 2001). A l'Île Maurice, malgré l'efficacité du programme de planification familiale (prévalence estimée à 75%), le recours à des avortements clandestins perdure pour plusieurs raisons : les échecs de contraception sont fréquents (surtout avec des méthodes naturelles), et l'entrée en sexualité, sans utilisation de contraception, est de plus en plus précoce (Nyong'o et Oodit G., 1996).

Des études auprès de jeunes femmes montrent que près de la moitié de ces jeunes femmes qui ont eu un avortement en Tanzanie ne connaissait pas de méthode contraceptive et que seulement 17% en utilisait une au moment de cet avortement (4% la pilule, 4% le préservatif, 1% un DIU, et 7% des méthodes naturelles) et au Cameroun, que près de la moitié des femmes n'utilisait pas de contraception, environ un tiers utilisait une méthode naturelle et 9 % allaitait encore leur précédant enfant. (Mpangile et al., 1993, Leke, 1998)

Face à ces fréquents échecs contraceptifs et aux réticences vis-à-vis de certaines méthodes, la question de son utilisation après l'avortement se pose surtout dans un contexte où le counselling post-abortum est limité du fait de l'illégalité de cet acte. Certains auteurs ont d'ailleurs souligné la fréquence des avortements à répétition. Quelques études signalent une hausse de la pratique contraceptive après un avortement mais avec une prévalence encore faible et reposant souvent sur une contraception peu efficace.

Au Mali, 45 % des femmes utilisent une méthode après cet avortement, alors qu'elles n'étaient que 23 % d'utilisatrices avant cet avortement (Konate et al., 1999) et au Togo, la prévalence passe de 20 % à 51 % après (URD, 2001). En Côte d'Ivoire, on note une progression dans l'utilisation de la contraception : pour les méthodes naturelles on passe de 25 % d'utilisatrices avant l'avortement à 31 % après et pour les méthodes modernes de 14 à 34 %. La proportion de femmes qui n'utilisait pas la contraception diminue de 61% à 35%. L'avortement, en tant qu'événement, induit donc des changements dans la prévention des grossesses non prévues, et cela, bien que deux tiers des femmes n'aient reçu aucun conseil après leur avortement (Guillaume, 2003), mais pas toujours en faveur d'une contraception efficace. Au Malawi, Lema et Mpanga (2000) montrent que 80% des femmes ont accepté une contraception après l'avortement, les méthodes choisies étant la pilule, l'injectable ou le préservatif, et 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 a été mis en place et le taux d'acceptabilité de cette méthode est d'environ 40% (El-Tagy et al., 2003). En Afrique du Sud où l'avortement est légal, la méthode injectable est systématiquement prescrite aux femmes après l'avortement.

Ces quelques résultats soulignent la nécessité du développement des programmes post abortum : certains pays en ont développé dans les structures prenant en charge les femmes admises pour des complications d'avortement. Ces programmes permettent de traiter les complications dans de meilleures conditions (introduction de l'aspiration manuelle) mais aussi de délivrer des conseils de planification familiale après ces avortements.

VII. Conclusion

Cet état des lieux sur l'avortement en Afrique sans pouvoir dresser un panorama général des niveaux et tendances de cette pratique en souligne l'importance et montre que l'avortement ne pose pas uniquement un problème de santé, mais aussi un problème économique et social. L'avortement concerne toutes les femmes, à différents moments de leur cycle de vie, pour espacer comme limiter la fécondité, son recours est fréquent chez les jeunes femmes sans enfant qui par l'avortement retardent leur début de leur entrée en parentalité. L'avortement est dans l'ensemble plus fréquent en milieu urbain et parmi les femmes instruites qui sont pionnières dans la démarche de régulation de leur fécondité en utilisant la contraception comme l'avortement de façon complémentaire ou alternative pour réguler leur fécondité (Guillaume et Desgrées du Loû, 2002). Mais les adolescentes sont les premières victimes des avortements à risque comme le montrent les résultats des enquêtes faites en milieu hospitalier. La majorité des femmes hospitalisées pour des complications d'avortement sont surtout des jeunes femmes, sans enfants et de milieux défavorisés ; le risque de décès maternel touche également plus particulièrement ces femmes.

Ce recours à l'avortement clandestin est révélateur de nombreux problèmes auxquels les femmes se trouvent confrontées. La non reconnaissance, voire l'interdiction de la sexualité des jeunes femmes non mariées explique leur accès limité à la contraception. De plus, elles sont parfois confrontées à difficultés dans la négociation d'une prévention de leurs relations sexuelles, surtout avec des partenaires plus âgés. Une grossesse non prévue est la plupart du temps inenvisageable pour ces jeunes femmes par crainte d'un rejet de la famille, du partenaire ou de la société, mais aussi car elles peut signifier un abandon des études et ainsi compromettre leurs projets de vie : le report de la première maternité par un avortement en est une bonne illustration. Leur manque d'autonomie de décision mais aussi d'autonomie financière les contraignent à recourir à des méthodes bon marché d'avortement qui présentent des risques pour leur santé (avortements auto pratiqués, méthodes à bases de plantes ou de médicaments en surdosage...).

Les législations relatives à l'avortement en Afrique sont restrictives et si elles n'empêchent pas que les femmes y recourent, elles contribuent à des pratiques à risque comme l'ont montré les conséquences de ces avortements. Ces législations manifestent la persistance d'un fort contrôle sur la sexualité et la fécondité des femmes. D'autant plus qu'elles s'articulent avec les lois d'accès à la contraception qui imposent parfois la nécessité d'obtenir l'autorisation maritale ou parentale. L'accès à la contraception n'est pas généralisé et reste difficile pour les jeunes femmes. Mal informées sur la contraception elles sont réticentes à l'utilisation d'une contraception hormonale et recourent à des méthodes peu fiables comme le retrait ou la continence périodique responsable de fréquents échecs contraceptifs.

Ainsi les droits reproductifs des femmes tels qu'ils ont été définis lors de la Conférence du Caire et qui mettent l'accent sur la possibilité de mener une sexualité sans risque et de décider librement du moment pour avoir leurs enfants ne sont absolument pas respectés. Au-delà des bénéfiques en terme de santé publique, ces lois doivent être révisées pour respecter les droits de femmes à maîtriser leur fécondité et à bénéficier d'une meilleure santé de la reproduction.

Le développement des programmes de prise en charge post-abortum avec l'introduction des méthodes d'aspiration manuelle pour traiter les complications d'avortement et d'un conseil en planification familiale devrait permettre de réduire les conséquences (sur la santé des femmes) et les coûts des complications aussi bien pour les familles que pour les systèmes de santé. Il importe que des actions spécifiques en faveur des adolescentes soient mise en place pour limiter leur exposition aux risques de grossesses non prévues mais aussi d'infections

sexuellement transmissibles et de les sensibiliser aux risques que présentent pour leur santé des avortements clandestins.

L'introduction dans certains pays africains de deux méthodes le RU486 et le Cytotec va éviter certains avortements à risque. De même la mise sur le marché dans plusieurs pays de la contraception d'urgence va permettre de prévenir certains avortements : son utilisation juste après le rapport sexuel ne porte pas le stigmate de l'interruption d'une vie. Ce type de contraception devrait être particulièrement utile pour les jeunes femmes, celles ayant une sexualité irrégulière et qui peuvent avoir rencontré des problèmes dans l'utilisation du préservatif.

Bien que les conditions d'études de l'avortement soient particulièrement difficile en Afrique où cet acte reste encore largement condamné légalement et socialement, il importe de mener des recherches sur cette question afin d'améliorer la connaissance sur ce sujet et sensibiliser les politiques et les professionnels de la santé aux risques des pratiques d'avortements illégaux.

Bibliographie

- Abdella, A. (1996). "Demographic characteristics, socioeconomic profile and contraceptive behaviour in patients with abortion at Jimma Hospital, Ethiopia." *East African Medical Journal* 73(10): 660-4.
- Adewole, L. F., B. A. Oye-Adeniran, et al. (2002). "Contraceptive usage among abortion seekers in Nigeria." *West Afr J Med* 21(2): 112-4.
- Agadjanian, V. (1998). "'Quasi-legal' abortion services in a sub-Saharan setting: users' profile and motivations." *International Family Planning Perspectives* 24(3): 111-6.
- Alihonou, E., S. Goufodji, et al., 1996. "Morbidity and mortality related to induced abortions (a study conducted in hospitals of Cotonou, Benin in 1993)." *African Journal of Fertility, Sexuality and Reproductive Health* 1(1): 58-65.
- Ankomah, A., C. Aloo-Obunga, 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.
- Anonymous (1993). "Report on the use of induced abortion in Mauritius: alternative to fertility regulation or emergency procedure?"
- Anonymous 1997, Choice on Termination of Pregnancy Act 1996: Republic of South Africa, *Reproductive Health Matters*, 9: 116-118
- Bankole, A., S. Singh, et al. (1998). "Reasons Why Women Have induced Abortion: Evidence from 27 countries." *International Family Planning Perspectives* 24(3): 117-127&152.
- Barrère, M., 2001. Avortement. Enquête Démographique et de santé Gabon 2000. F. DGSEE, ORC Macro. Calverton, Maryland, USA : 86-98.
- Bazira, E. R. (1992). "Induced abortion at Mulago Hospital Kampala, 1983 - 1987: a case for contraception and abortion laws' reform." *Tropical Health* 11(1): 13-6.
- Bennett, T. (1999). "Reproductive health in South Africa." *Public Health Reports*. 114(1): 88-90.
- Benson, J., B. R. Johnson, et al. (1994). "International abortion research: new environment, new priorities."
- Billings, D. L., T. L. Baird, et al. (1997). "Training Ghanaian midwives in postabortion care: strategies for improving access and quality of services.
- Calves, A. E. (2002). "Abortion risk and decisionmaking among young people in urban Cameroon." *Studies in Family Planning* 33(3): 249-260.
- Castle, M. A., R. Likwa, et al. (1990). "Observations on abortion in Zambia." *Studies in Family Planning* 21(4): 231-5.
- Chiphangwi, J. D., T. P. Zamaere, et al., 1992. "Maternal mortality in the Thyolo district of southern Malawi." *East African Medical Journal* 69(12): 675-9
- Delaunay V. et Guillaume A., 2004, Sexualité et mode de contrôle de la fécondité chez les jeunes en Afrique subsaharienne , à paraître dans « Santé de la reproduction et transition de la fécondité » Adjamabo et al. Eds.
- Desgrées du Loû, A., P. Msellati, et al., 2002. "Contraceptive use, protected sexual intercourse and incidence of pregnancies among African HIV-infected women. DITRAME

ANRS 049 project, Abidjan 1995-2000." *International Journal of STD & AIDS* 13(7): 462-468.

Desgrées du Loû, A., P. Msellati, 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.

Diadhiou, F. and F. Koly (1990). "Induced abortion in Senegal. What justification?"

Diallo Diabate FS, M. Traoré, et al. ,2000. "Complications des avortements provoqués illégaux à Bamako (Mali) de décembre 1997 à novembre 1998." *Cahiers d'études et de recherches francophones /santé* 10(4): 243-247.

Ejiro Emuveyan, E. (1994). "Profile of abortion in Nigeria."

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.

Ezechi, O. C., Fasubaa O. B. et al., 1999. "Contraceptive promotion and utilization : solution to problem of illegally induced abortion in countries with restrictive abortion law." *Nig. Qt. Hosp. Med.* 9(2 april-june 1999) : 167-168.

Gastineau B, 2002, Légalisation de l'avortement et planification familiale : l'expérience tunisienne In Guillaume, Desgrées du Loû, Zanou, Koffi (Ed.) In *Santé de la Reproduction en Afrique, Côte d'Ivoire* : 243-264.

Gebreselassie, H. and T. Fetters (2002). "Responding to unsafe abortion in Ethiopia: a facility-based assessment of postabortion care services in public health sector facilities in Ethiopia."

Geelhoed, D. W., D. Nayembil, et al. (2002). "Contraception and induced abortion in rural Ghana." *Tropical Medicine and International Health* 7(8): 708-716.

Getahun, H. and Y. Berhane (2000). "Abortion among rural women in north Ethiopia." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 71(3): 265-6.

Glover, E. K., A. Bannerman, et al. (2003). "Sexual health experiences of adolescents in three Ghanaian towns." *International Family Planning Perspectives* 29(1): 32-40.

Goyaux, N., E. Alihonou, F. Diadhiou, R. Leke, et P. Thonneau. 2001. "Complications of induced abortion and miscarriage in three african countries: a hospital-base study among WHO collaborating centers." *Acta obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 80 : 568-573.

Goyaux, N., F. Yace-Soumah, et al., 1999. "Abortion complications in Abidjan (Ivory Coast)." *Contraception* 60(2) : 107-109.

Guillaume A, Desgrées du Loû A 2002. Fertility regulation among women in Abidjan, Côte d'Ivoire: Contraception, abortion, or both? *International Family Planning Perspectives*, 28(3) : 159-166.

Guillaume, A. 2003, Le rôle de l'avortement dans la transition de la fécondité à Abidjan au cours des années 1990, *Population (Fr)* , INED , 2003, 58 (6), : 741-771

Guillaume, A., A. Desgrées du Loû , et al. (1999). *Le recours à l'avortement : la situation en Côte d'Ivoire. Abidjan, ENSEA, IRD: 50 p.*

Guillaume, A., Molmy W. (en collaboration) 2003-2004. *L'avortement en Afrique : une revue de la littérature des années 1990 à nos jours/ Abortion in Africa : a review of literature from*

the 1990s to the present day Paris, Ceped, version française 2003 - version bilingue français-anglais 2004: CDrom et site web <http://ceped.cirad.fr/avortement/fr/index.html>

Hardy, E., A. Bugalho, et al. (1997). "Comparison of women having clandestine and hospital abortions: Maputo, Mozambique." *Reproductive Health Matters* (9): 108-15.

Huntington D.; Mensch B.S.; Miller V., 1995, Survey questions for the measurement of induced abortion

Ikpeze, O. C. (2000). "Pattern of morbidity and mortality following illegal termination of pregnancy at Nnewi, Nigeria." *Journal of Obstetrics and Gynaecology (Abingdon)*. 20(1): 55-57.

Iloki, L. H., M. V. G'Bala Sapoulou, et al. (1997). "Maternal mortality in Brazzaville (1993-1994)." *Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction* 26(2): 163-168.

Justesen, A., S. H. Kapiga, et al. 1992. "Abortion in Hospital setting: hidden realities in Dar es Salaam Tanzania." *Studies in Family Planning* 23(3) : 325-329.

Kafé, H., Brouard, 2000, Comment ont évolué les grossesses chez les adolescentes depuis 20 ans? *Population et sociétés*, INED, n° 361, octobre 2000, 4 p.

Kasolo, J. (2000). "Abortion in Uganda." *Initiatives in Reproductive Health Policy* 3(2): 9-10.

Kebede, S., C. Jira, et al. (2000). "A survey of illegal abortion in Jimma Hospital, south western Ethiopia." *Ethiop Med J* 38(1): 35-42.

Koly, F. (1991). *L'avortement provoqué clandestin : aspects actuels et perspectives à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar*. Dakar, Faculté de Médecine: 117.

Konate, M. K., F. Sissoko, 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, *Social Science & Medicine*, 46(10), p. 1303-1312.

Lane, S. D., J. M. Jok, et al. (1998). "Buying safety: the economics of reproductive risk and abortion in Egypt." *Social Science and Medicine* 47(8): 1089-99.

Lara D.; Ellerston C.; Diaz C.; Stickler j., 2001, Measuring the prevalence of induced abortion in Mexico city: comparison of four methodologies, XXIV IUSSP General Conference, Salvador Brazil,

Leke, R. J., 1998. Les adolescents et l'avortement. In *Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique*. B. Kuate-Defo. Montréal, Ediconseil Inc. : 297-306.

Lema, V. M. and G. Thole (1994). "Incomplete abortion at the teaching hospital, Blantyre, Malawi." *East African Medical Journal* 71(11): 727-35.

Likwa, R. N. and M. Whittaker (1996). "The characteristics of women presenting for abortion and complications of illegal abortions at the University Teaching Hospital, Lusaka, Zambia: an explorative study." *African Journal of Fertility, Sexuality and Reproductive Health* 1(1): 42-9.

Madebo, T. and G. T. T (1993). "A six month prospective study on different aspects of abortion." *Ethiopian Medical Journal* 31(3): 165-72.

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. Cambridge, Blackwell Oxford UK and Cambridge. : 275p.
- Meekers, D. and A. E. Calves (1997). "Gender differentials in adolescent sexual activity and reproductive health risks in Cameroon."
- Mirembe, F. M. (1994). "A situational analysis of induced abortions in Uganda."
- Mohammed, I. (2003). "Issues relating to abortions are complicated in Nigeria letter." BMJ. British Medical Journal 326(7382): 225.
- Moreau C, Bajos N, Bouyer J and COCON group. 2004. De la confusion de langage à l'oubli : la sous déclaration des IVG dans une enquête en population générale. Population : 4-5.
- Mosaase, M. L. and P. Tlebere (1994). "The case of Lesotho."
- 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.
- Mpangile, G., M. Leshabari, et al., 1999. Induced Abortion in Dar es Salaam, Tanzania: The Plight of Adolescents. In Abortion in the developing world. A I Mundigo and C. Indriso. New Delhi, World Health Organization : 387-405.
- Mundigo, A. I. and I. H. Shah (1999). Policy Impact of Abortion Research. Abortion in the developing world. A. Mundigo and C. Indriso. New Delhi, World Health Organization: 477-488.
- Nations Unies (1994). Rapport de la Conférence Internationale sur la population et le développement. Le Caire, Nations Unies
- Ojwang, S. B. and B. Omuga (1991). "Contraceptive use among women admitted with abortion in Nairobi." East African Medical Journal 68(3): 197-203.
- Okonofua, F. E., C. Odimegwu, et al. (1996). "Women's experiences of unwanted pregnancy and induced abortion in Nigeria. Summary report."
- Okpani, A. and J. Okpani, 2000. "Sexual activity and contraceptive use among female adolescents-a report from Port Harcourt, Nigeria." African Journal of Reproductive Health 4(1) : 40-48.
- Olukoya A A, Kaya A, Ferguson B J, AbouZahr C, 2001. Unsafe abortion in adolescents. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 75 : 137-147.
- Oodit, G. and U. Bhowon (1999). The use of induced abortion in Mauritius: an alternative to fertility regulation or an emergency procedure? Abortion in the developing world. A. I. Mundigo and C. Indriso. New Delhi, WHO: 151-66.
- Otoide, V. O., F. Oronsaye, et al., 2001. "Why Nigerian Adolescents seek abortion rather than contraception: evidence from focus-group discussion." International Family Planning Perspectives, 27(2) : 77-81.
- Ramalefo, C. and I. M. Modisaotsile, 1994. "The state of unsafe abortion in Botswana: evidence from proxy indicators. Draft."
- Renne, E. P. (1997). "Changing patterns of child-spacing and abortion in a northern Nigerian town."

- Rogo, K. O. (1993). "Induced abortion in Sub-Saharan Africa." *East African Medical Journal* 70(6): 386-95.
- Rossier C., 2003 - Estimating induced abortion rates: a review *Studies in Family Planning.*, 34(2.), p. 87-102
- Shapiro, D. and B. O. Tamashe (1994). "The impact of women's employment and education on contraceptive use and abortion in Kinshasa, Zaire." *Studies in Family Planning* 25(2): 96-110
- Silberschmidt, M. and V. Rasch, 2001. "Adolescent girls, illegal abortion and "sugar-dadies" in Dar es Salaam: vulnerable victims and active social agents." *Social Science and Medicine* 52, : 1815-1826.
- Singh S. et Deidre W., 1994, Estimated levels of Induced Abortion in six latin American Countries. *International Family Planning Perspectives*, 20(1), p. 4-13
- Singh, S., J. V. Cabigon, et al. (1997). "Estimating the level of Abortion in the Philippines and Bangladesh." *International Family Planning Perspectives* 23(3): 100-107
- Songane, F. F. and S. Bergstrom (2002). "Quality of registration of maternal deaths in Mozambique: a community-based study in rural and urban areas." *Social Science & Medicine* 54(1): 23-31.
- Tadesse, E., G. Yoseph A., et al., 2001. "Illegal abortion in Addis Ababa, Ethiopia." *East African medical journal* 78(1), : 25-29.
- Temba, P. and A. Nkya (1994). "In dark corners: illegal abortion in Tanzania." 21-32, 177-8
- The Alan Guttmacher Institute, 1999. *Sharing responsibility women society and abortion worldwide*. New York,
- The Alan Guttmacher Institute,: 66 p.
- United Nations, Population Division, 2001-2002 : *Abortion Policies. A global review -vol I : Afghanistan to France (183 p.), vol II : Gabon to Norway (209 p), vol III : Oman to Zimbabwe, (241 p)* New York.
- URD (Unité de Recherche Démographique), 2001. *Avortement au Togo. Famille, migration et urbanisation au Togo. Résultats de l'enquête quantitative*. Lomé, Togo, URD, DGSCN: 13.
- 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
- Webb, D. (2000). "Attitudes to "Kaponya Mafumo": the terminators of pregnancy in urban Zambia." *Health Policy and Planning* 15(2): 186-93.
- World Health Organisation, 2004, *Unsafe abortion. Global and regional estimates of unsafe abortion and associated mortality in 2000*. (Aahman E; Shah I), Geneva, Fourth edition, 82 p.
- Zabin L S, Kiragu K, 1998. The health consequences of adolescent sexual and fertility behavior in Sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning*, 29(2) : 210-232.
- Yoseph S , 1993, *A survey of illegal abortion in Addis Ababa, Ethiopia*.
- Zamudio L.; Rubiano N.; Wartenberg L., 1999, *The Incidence and Social and Demographic Characteristics of abortion in Colombia*. In A.I. Mundigo et C. Indriso (Eds.), *Abortion in the developing world*, New Delhi: World Health Organization : 407-446.

Zanou, B., A. Desgrées du Loû, et al. (1999). Etude démographique et de santé maternelle dans la sous-préfecture de Niakaramandougou (Centre-Nord). Abidjan (CI), ENSEA