

L'AVORTEMENT EN AMÉRIQUE LATINE ET DANS LA CARAÏBE

Dans le cadre des activités d'un groupe de travail du CEPED consacré à l'étude de l'avortement provoqué dans différentes régions, Agnès Guillaume (Institut de Recherche pour le Développement) et Susana Lerner (El Colegio de Mexico) viennent de réaliser une publication intitulée « L'avortement en Amérique Latine et dans la Caraïbe : une revue de la littérature des années 1990 à 2005 ». La situation a été analysée à travers neuf chapitres, dans lesquels différents aspects de cette question sont abordés à partir de données empiriques et selon diverses analyses théoriques ou stratégies méthodologiques. L'avortement provoqué est dans cette région un champ d'étude important et largement débattu. Ses conséquences sanitaires et sociales sont importantes et essentiellement dues au cadre restrictif des législations règlementant sa pratique, mais aussi à un manque de culture préventive. Malgré une littérature abondante sur ce thème, la situation reste mal ou partiellement connue en particulier dans certains pays, une situation qui montre la nécessité de réaliser des études scientifiques rigoureuses sur ce sujet.

L'avortement en Amérique Latine et dans la Caraïbe est un sujet extrêmement important. Dans les pays où la législation est très restrictive, les avortements sont pratiqués dans des conditions à risque. Cette pratique est, évidemment, un problème de santé publique. Mais elle reflète surtout des inégalités sociales, économiques, ethniques et de genre, et apparaît comme un enjeu majeur dans l'exercice des droits sexuels et reproductifs.

Un cadre législatif restrictif

Dans toute étude sur l'avortement, l'analyse du cadre légal de son accès est indispensable. Ce cadre définit les conditions de la pratique et les conséquences de ces interruptions de grossesse. La pénalisation de l'avortement renforce les conditions de vulnérabilité sociale, en particulier les sanctions pénales qui ont de graves conséquences tant pour les femmes et leur entourage, que pour les personnes qui pratiquent ces avortements. Elle ne porte pas seulement atteinte aux droits reproductifs des femmes, mais aussi à leurs droits à la santé, à la liberté, à la sécurité et potentiellement à leurs droits à la vie. C'est une discrimination de genre puisque seules les femmes sont légalement pénalisées, jamais les hommes, auteurs de ces grossesses, et elles seules en subissent les conséquences sanitaires et sociales. Enfin, cette illégalité freine la production des connaissances et l'obtention de données fiables et représentatives.

En Amérique Latine et dans la Caraïbe, le cadre législatif de l'avortement est très restrictif. Parmi les 41 pays de cette région, en 2003, on peut distinguer des pays où l'avortement est totalement interdit, d'autres où il est autorisé à la demande et enfin un troisième groupe où il est autorisé sous certaines conditions. Ainsi, l'avortement est autorisé :

- sans restriction dans 8 pays dont 3 départements ou territoires d'outre mer français¹,

- en cas de viol dans 9 pays,
- en cas de malformations du fœtus dans 7 pays,
- pour des raisons économiques et sociales dans 2 pays,
- et pour protéger la santé physique ou mentale de la femme dans 17 pays.

Dans 27 pays, l'avortement est autorisé pour sauver la vie de la mère et il l'est pour cette unique raison dans 10 d'entre eux. Enfin, en 2003², l'avortement est totalement interdit dans 6 pays ; en 2006, la Colombie et, en 2007, l'Uruguay ont assoupli leur position en l'autorisant pour des causes plus larges, tandis que le Nicaragua l'a totalement interdit, et, au contraire, le district fédéral de Mexico, en 2007, l'a rendu légal jusqu'à 12 semaines de grossesse. Mais dans beaucoup de pays, ce droit reste plus théorique que réel du fait de l'existence de barrières d'accès aux services de santé, mais aussi de barrières culturelles, morales et légales : ainsi, par exemple, on peut citer des cas de refus du droit à l'avortement en cas de viol.

Le débat sur l'avortement dans cette région : des positions contrastées et ambiguës

Dans tous les pays, la question de l'avortement a donné lieu à un débat intense, avec des positions contradictoires entre différents acteurs et forces sociales, favorables à la dépénalisation de sa pratique ou, au contraire, d'autres militant pour son interdiction totale, qu'ils s'agissent de groupes féministes, religieux, d'acteurs dans le domaine de la santé, la politique ou la société civile.

Des féministes pour la légalisation de l'avortement

Les groupes féministes progressistes qui luttent pour la légalisation et la dépénalisation de l'avortement, réussissent parfois à freiner les initiatives légales qui tendent à restreindre

le droit à la pratique de l'avortement et à élargir les causes pour lesquelles sa pratique est autorisée. Ils revendiquent le droit des femmes au libre accès à la contraception et à l'avortement, et soulignent le fait que les femmes sont les seules propriétaires de leurs corps, et qu'elles seules doivent librement décider en ce qui le concerne. Ce débat a été posé en termes d'autonomie des femmes et de responsabilité individuelle. Ils évoquent aussi le droit à la santé et plus généralement les droits sexuels et reproductifs des femmes. Le droit à l'avortement est une question de justice sociale : obtenir un avortement illégal qui soit pratiqué dans des conditions sûres est conditionné par la capacité économique et sociale des femmes. Ces groupes se battent pour améliorer « l'empowerment » des femmes et réduire les relations de pouvoir et les inégalités de genre dans le domaine public et privé. Cette lutte s'inscrit dans le cadre du processus de citoyenneté et de démocratisation des sociétés modernes.

Des catholiques avec des opinions contradictoires

Dans la même lignée que ces groupes féministes, les « Catholiques pour le droit à décider », une organisation civile de femmes catholiques, luttent pour la dépenalisation de l'avortement, le respect et la garantie de l'exercice des droits des femmes et de la liberté de conscience des individus.

Leur position est différente de celle qui prévaut au sein de l'église catholique officielle qui se présente contre la dépenalisation de l'avortement et revendique la défense du droit du fœtus depuis le moment de la conception et la protection de la vie du non né.

D'autres acteurs aux positions parfois contrastées

D'autres acteurs ou groupes de la population expriment des positions conservatrices ambiguës, contradictoires et passives qui exercent une influence importante sur la pratique de l'avortement. Parmi les institutions et les professionnels de santé, certains sont favorables à la légalisation de l'avortement dans le but de diminuer les morbidité et mortalité maternelles. D'autres s'y opposent pour des raisons de conflits d'éthique professionnelle et de normes morales et religieuses, et évoquent l'objection de conscience pour ne pas pratiquer d'avortement.

Au niveau de l'État et des instances légales, les positions sont assez contrastées, influencées par les autres acteurs du débat (religieux, groupes féministes...). Ils jouent néanmoins un rôle crucial dans la pénalisation de l'avortement et les changements du cadre juridique. Les institutions internationales adoptent des positions assez neutres par rapport à l'avortement et se contentent de réaffirmer que les gouvernements doivent faciliter son accès dans le cadre de la loi et que les femmes victimes de complications d'avortement doivent être traitées avec humanité. Enfin, dans l'ensemble de la population, les positions sont aussi très diverses et les différentes enquêtes d'opinion montrent une méconnaissance du cadre légal de l'avortement.

Une pratique à l'ampleur mal connue

L'illégalité de l'avortement et les sanctions sociales et morales qui pèsent sur cette pratique expliquent le manque de données disponibles et fiables dans certains pays ou régions. Ces données sont issues d'enquêtes le plus souvent réalisées auprès de populations spécifiques, conduites par exemple auprès de

femmes victimes de complications d'avortement, ou proviennent de registres hospitaliers. À l'exception d'une étude menée dans les zones urbaines en Colombie, il n'existe pas d'enquête au niveau national reposant sur des échantillons représentatifs. Les résultats publiés se basent sur des données très hétérogènes en termes de collecte et d'indicateurs utilisés rendant difficile les comparaisons au niveau régional et local, et ne donnent qu'une approximation des estimations de la pratique de l'avortement dans les différents pays.

En Amérique Latine et dans la Caraïbe, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)³ estime que 3 700 000 avortements à risque se produisent chaque année et c'est là que l'on observe le taux (nombre d'avortements à risque pour 1000 femmes de 15 à 44 ans) et le ratio (nombre d'avortements à risque pour 100 naissances vivantes) les plus élevés d'avortements à risque : le taux étant de 29 avortements pour 1000 femmes de 15 à 44 ans et le ratio de presque un avortement pour 3 naissances vivantes vers l'an 2000. Le taux d'avortement varie de 34 pour 1000 femmes en Amérique du Sud, à 21 pour 1000 femmes en Amérique centrale et à 12 pour 1000 femmes dans la Caraïbe. L'ensemble de la région a connu une forte baisse des niveaux de sa fécondité au cours des dernières décennies ; le ratio d'avortement au début des années 2000 varie entre 15 avortements pour 100 naissances vivantes dans la Caraïbe à plus du double en Amérique du Sud (39 avortements pour 100 naissances), cette dernière sous-région étant aussi celle qui enregistre les taux de fécondité les plus bas et l'usage le plus répandu de contraceptifs. L'Amérique centrale, pour sa part, occupe une place intermédiaire, avec 20 avortements pour 100 naissances vivantes, et représente la troisième sous-région du monde avec la plus grande proportion d'avortements.

Indicateur des niveaux d'avortement autour des années 2000 (WHO, 2004)

	Nombre annuel d'avortement à risque en milliers	Ratio d'avortement à risque pour 100 naissances vivantes	Taux d'avortement à risque pour 1000 femmes de 15 à 44 ans
Pays développés	500	4	2
Pays en développement	18 500	15	16
<i>Amérique Latine et la Caraïbe</i>	3 700	32	29
Caraïbe	100	15	12
Amérique centrale	700	20	21
Amérique du Sud	2 900	39	34
<i>Afrique</i>	4 200	14	24
<i>Asie</i>	10 500	14	13
<i>Europe</i>	500	7	3

Une situation très hétérogène selon les pays

Dans certains pays, les estimations du niveau de l'avortement sont parfois incertaines, et l'on observe des situations paradigmatiques qui requièrent des études approfondies et scientifiquement plus rigoureuses.

Des pays où l'avortement est légal

Une situation contrastée apparaît entre Cuba où l'avortement à la demande de la femme est légal et où il est pratiqué dans les hôpitaux par des médecins bien formés, et d'autres pays avec des niveaux distincts de restrictions légales et une pratique généralement clandestine. Dans ce pays, en 1990, on enregistrait 54,5 avortements pour 1000 femmes en âge de procréer, soit environ 44 avortements pour 100 grossesses ; en 1993, le taux d'avortement a diminué : il est estimé à 26,6 pour 1000 femmes, et selon Álvarez, en 2004, il était, dans ce pays, de 20,9 pour 1000 femmes de 12 à 49 ans et le ratio de 34,4 avortements pour 100 grossesses. D'autres estimations donnent des chiffres bien supérieurs. Une étude d'Álvarez *et al.* (1999) signale que plus de 140 000 interruptions de grossesse ont lieu tous les ans à Cuba, chiffre qui s'élève à 186 658 en 1990, avec un ratio de 80 avortements pour 100 naissances vivantes et un taux d'avortement de 59,4 pour 1000 femmes en âge reproductif, et pour 1996 des chiffres également bien supérieurs, avec un taux de 78 pour 1000 femmes et un ratio qui s'élève à 58,6 avortements pour 100 grossesses. Ces différences d'estimations sont dues en grande partie à la pratique de la régulation menstruelle⁴, parfois non incluse dans ces données et non considérée comme un avortement, une pratique qui peut, selon les auteurs, représenter jusqu'à 60 % des avortements.

En revanche, Puerto Rico, où il existe une législation non restrictive et un système d'information plutôt fiable, présente un taux d'avortement beaucoup plus bas : 22,7 pour 1000 femmes dans la période 1991-1992.

Ces deux pays enregistrent de bas niveaux de fécondité, mais des pratiques contraceptives très différentes : à Cuba, les méthodes contraceptives sont peu diversifiées, le dispositif intra-utérin (DIU), une méthode très utilisée, est de mauvaise qualité et sa disponibilité reste irrégulière ; à Puerto Rico, la prévalence de l'utilisation des contraceptifs modernes est élevée et l'accès de la population aux services de santé de qualité est généralisé. En 2003, aux Antilles françaises où l'avortement est légal, le taux a été estimé à 41,5 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans en Guadeloupe, à 22,9 en Martinique et à 37,1 en Guyane française.

Des pays où la législation est restrictive ou l'avortement totalement interdit

Pour les autres pays d'Amérique Latine, aux législations qui vont de l'interdiction totale à la possibilité d'avorter sous certaines conditions, les niveaux d'avortement sont variables. Henshaw (1999), à partir des données de registres hospitaliers, estime que ce sont les femmes péruviennes qui ont les plus grandes probabilités d'avorter, 56 pour 1000 femmes entre 15 et 49 ans, suivies des femmes chiliennes (50 pour 1000) et des femmes de la République dominicaine (47 pour 1000). Les estimations pour les femmes brésiliennes, colombiennes et mexicaines sont similaires, mais plus basses que celles précédemment citées (respectivement 30, 26 et 25 pour 1000).

Le Chili où l'avortement est totalement interdit, fait partie des pays où les niveaux d'avortement sont les plus élevés de la région, avec un taux compris entre 45 et 50 pour 1000 femmes et un peu plus de 3 avortements pour 10 grossesses : « la situation chilienne sur le plan de la fécondité est paradoxale : l'avortement y est interdit, l'usage des contraceptifs élevé et les méthodes modernes disponibles et accessibles. Cependant, on

constate un nombre élevé d'avortements qui correspond au nombre de grossesses imprévues ou non désirées » (Den Draak, 1998, cité par Bay *et al.*, 2004).

En Colombie, en 1992, le taux d'avortement est de 25 pour 1000 et le ratio d'avortement de 12,4 pour 100 grossesses dans les zones urbaines (Zamudio, 1994). Au Guatemala, d'après Singh en 2003, le taux d'avortement serait de 20 pour 1000 femmes et le ratio de 12 avortements pour 100 grossesses. En Uruguay, selon Sanseviero (2003), ce ratio s'élève à 38,5 pour 100 grossesses, c'est-à-dire que 4 conceptions sur 10 se terminent par un avortement.

Les conséquences sanitaires et sociales

Tout comme les niveaux de l'avortement, ses conséquences sont, elles aussi, très difficiles à mesurer et ne représentent souvent que la « partie émergée de l'iceberg ». Ces conséquences sont de nature différente.

Au niveau sanitaire, les lois restrictives mettent en danger la vie de la femme, puisque les avortements à risque ont pour conséquence une forte morbidité et mortalité maternelles en raison des mauvaises conditions dans lesquelles ils sont pratiqués. Ces conséquences, en termes de morbidité comme de mortalité, sont souvent mal déclarées ou niées : déclaration des avortements provoqués en fausses couches, causes imprécises ou classées sous d'autres rubriques dans les registres hospitaliers (hémorragies, septicémie) au lieu d'être classés comme avortement...

En 1994, l'OMS estime que 10 à 50 % des avortements à risque requièrent des soins médicaux à cause des complications qui affectent particulièrement les jeunes femmes et les femmes des couches sociales défavorisées. En effet, ces femmes ont recours à des avortements clandestins à risque, contrairement à celles des classes sociales aisées qui ont les moyens de financer un avortement illégal sans risque. Cette illégalité favorise l'existence d'un « marché clandestin » très onéreux, contribuant à la paupérisation des femmes et de leurs familles et génère une pratique discriminatoire et d'injustice sociale envers les femmes. Elles sont le plus souvent victimes de complications graves car elles ont eu recours à des personnels peu qualifiés et/ou à des méthodes dangereuses et n'ont pas accès à des traitements de qualité en cas de complications. Elles ne bénéficient pas de garantie de confidentialité et peuvent même être dénoncées par les personnels de santé dans les pays où cette pratique est fortement sanctionnée.

Ces complications peuvent affecter à long terme la santé des femmes ou leur fertilité, mais aussi provoquer leur décès. L'OMS estime que, dans cette région, 17 % des décès maternels sont dus à des avortements à risque : une proportion qui varie de 19 % en Amérique du Sud, à 13 % dans la Caraïbe et 11 % en Amérique centrale, bien que certaines enquêtes montrent d'importantes différences qui oscillent entre 8 % et 50 % des décès pour cette cause selon les pays.

Ces avortements à risque représentent une charge importante pour les services de santé : il s'agit d'un coût financier mais aussi d'une charge de travail supplémentaire pour le personnel. Ces coûts peuvent cependant être largement réduits par la mise en place de programmes de prise en charge post-avortement, comme cela a été montré dans de nombreux pays (Bolivie, Uruguay, Pérou, Mexique...), programmes qui améliorent le traitement des complications et développent la contraception

post-avortement. Ces avortements représentent également un coût important pour les budgets des femmes et des familles : un coût pour la réalisation de cet acte et la prise en charge de ses complications. Les méthodes les moins chères sont souvent les plus à risque et lourdes de complications.

Ce recours à l'avortement à risque a également des répercussions sur la vie des femmes et de leurs familles : les femmes craignent d'être dénoncées et emprisonnées à cause de cette pratique illégale ; et si elles décèdent des suites d'un avortement, c'est toute la famille qui est affectée.

Les conséquences psychologiques de ces avortements à risque ainsi que celles du refus du droit à l'avortement sont insuffisamment connues. Des cas de refus d'avortement suite à un viol sont décrits dans la littérature, mais les conséquences psychologiques et sociales pour ces enfants non désirés sont peu étudiées.

Des femmes de différents profils recourent à l'avortement...

L'intensité du recours à l'avortement varie selon certains facteurs économiques et démographiques, en fonction de l'appartenance sociale, ethnique et culturelle des femmes, et le milieu de résidence urbain ou rural. En Amérique Latine et dans la Caraïbe, selon l'OMS, la plus grande incidence de l'avortement se situe dans la population jeune. Le taux d'avortement est de 20 pour 1000 chez les adolescentes de 15-19 ans, et autour de 40 pour 1000 chez les femmes entre 20 et 29 ans. Par contre, on observe une diminution marquée de ce taux parmi les femmes de plus de 40 ans, avec un taux de 14 pour 1000, diminution due principalement à l'utilisation de la contraception et particulièrement de la stérilisation féminine dont la prévalence est très importante dans cette région.

Les adolescentes en particulier sont confrontées à des avortements à risque essentiellement en raison de leur décision tardive d'avorter : à cause de la mauvaise connaissance qu'elles ont de leur propre corps, elles prennent insuffisamment conscience des risques liés aux relations sexuelles sans protection. De plus, elles doivent parfois affronter le manque de soutien de leur partenaire, particulièrement dans les situations de relations occasionnelles, non stables ou sans projet de mariage. Elles doivent aussi faire face aux difficultés pour trouver une personne qualifiée pour pratiquer l'avortement et au manque de ressources financières pour couvrir les frais, dont les coûts sont particulièrement élevés pour un avortement sans risque.

On observe également des profils différents de la pratique de l'avortement selon l'état matrimonial des femmes. Elle est plus fréquente parmi les femmes mariées ou en union libre en Colombie et au Pérou, et chez les célibataires à Cuba et au Brésil. De même, on constate des différences importantes selon l'éducation des femmes, avec une incidence plus haute pour les femmes d'un niveau scolaire élevé, mais une plus grande incidence des complications d'avortement dans les populations de faible niveau de scolarité.

...et pour des raisons différentes

Les limites de l'information ne permettent pas d'obtenir un panorama précis des causes ou des raisons du recours à l'avortement et encore moins de les comparer entre pays. La tendance dans la conception des enquêtes est de considérer la raison du recours à l'avortement comme répondant à une

logique individuelle et à une cause unique, alors qu'il s'agit d'un processus de décision complexe qui implique différents acteurs sociaux et répond à une causalité multiple.

Le recours à l'avortement s'explique souvent par des échecs de contraception, fréquents en particulier avec les méthodes naturelles et le préservatif, ou dus à une utilisation incorrecte de méthodes hormonales (utilisation irrégulière, incorrecte, oubli...). Il peut répondre à l'absence d'une pratique contraceptive quand une sexualité irrégulière ne justifie pas une prévention, ou en cas de sexualité imposée, ou non prévue ; à des barrières bureaucratiques ou des difficultés pratiques d'accès aux centres de santé ; ou encore au refus de certains hommes de recourir à la contraception eux-mêmes ou pour leur partenaire par crainte d'effets secondaires.

Le recours à l'avortement répond également à des raisons économiques et sociales. Il peut s'agir de difficultés matérielles pour assumer la responsabilité d'une naissance ou de ses possibles conséquences sur l'emploi de la femme, sa scolarité ou plus largement sur ses projets de vie. Il peut s'expliquer par des conditions de vie précaires des femmes et un manque de soutien tant au niveau du couple que de la famille ou plus largement de l'État. On observe aussi la crainte du rejet social ou de la stigmatisation à cause d'une grossesse hors mariage. Le problème des relations de couple instables ou incertaines est aussi une raison souvent déclarée. Certaines raisons dépendent également des comportements : les oublis, la négligence, l'utilisation incorrecte de méthodes, le sens de responsabilité et de l'absence de programmes préventifs.

Une cause pour laquelle l'avortement est autorisé dans certains pays est le viol. La violence, les abus sexuels et la sexualité non consentie sont fréquents et affectent particulièrement les jeunes femmes. Mais il s'agit d'une raison d'avorter rarement déclarée dans les enquêtes.

Quels sont les autres acteurs importants dans le recours à l'avortement ?

Les études sur l'avortement sont essentiellement centrées sur les femmes, et peu de recherches sont consacrées au rôle des hommes dans la santé de la reproduction en général et dans la décision de l'avortement en particulier. Leur intervention est pourtant notable dans la sphère privée comme publique puisqu'ils jouent un rôle capital en tant que partenaires, conjoints, pères ou frères, mais aussi comme législateurs, médecins ou religieux. Dans la littérature latino-américaine, ils sont désignés comme étant « los otros significativos », c'est-à-dire comme « les autres acteurs significatifs » ce qui atteste de leur importance dans ces domaines.

En tant que partenaires, leur rôle, dans l'avortement comme dans la pratique contraceptive, dépend largement des liens affectifs entretenus avec la femme et du type de relation (formelle ou non), ainsi que des expériences antérieures et du moment de leur cycle de vie. La participation et la responsabilité des hommes seront plus fortes dans les relations formelles ou avec des liens affectifs forts ; à l'inverse, on observe une absence ou une plus grande distance et un appui limité de leur part dans les relations parallèles, occasionnelles ou sans lien affectif. L'imaginaire socialement construit et exprimé par les hommes consiste à considérer la sexualité comme un domaine masculin et la reproduction et sa prévention comme un domaine féminin, la prévention des grossesses incombant aux femmes. Il faut souligner, qu'à l'exception du

préservatif, le développement technologique des méthodes de contraception s'est centré presque exclusivement sur les méthodes féminines, limitant ainsi l'implication des hommes dans cette prévention.

Considérations finales

L'avortement en Amérique Latine et dans la Caraïbe reste une pratique soumise à de nombreuses restrictions et son interdiction oblige à la réalisation d'avortements clandestins et à haut risque.

Sa pratique, ses conditions d'accès et ses conséquences posent un problème de santé publique en termes de morbidité et mortalité maternelles dues aux avortements à risque. Pour les systèmes de santé, les coûts de prise en charge des complications de ces avortements sont considérables. Mais le recours à l'avortement révèle aussi de nombreuses inégalités : sociales, économiques, ethniques, de genre et intergénérationnelles. En effet, les femmes sont les plus affectées par ses conséquences dans leurs corps et elles en subissent les complications ; mais elles le sont également par les conséquences pénales qui ne concernent jamais les auteurs des grossesses. Enfin, des inégalités flagrantes sont observées car les femmes des classes sociales défavorisées doivent recourir au marché clandestin. De la même façon, les jeunes femmes dans des situations économiques précaires ont un accès limité à la planification familiale et aux réseaux leur permettant d'accéder à des procédures sûres ; elles s'exposent ainsi à des avortements à risque. Cet accès limité est un obstacle à l'exercice des droits sexuels et reproductifs et plus largement des droits des femmes.

Cette question de l'avortement est un sujet insuffisamment documenté dans la plupart des pays d'Amérique Latine et de la Caraïbe à cause des sanctions légales et sociales qui pèsent sur cet acte. Il est pourtant indispensable de disposer d'une connaissance plus précise et scientifiquement rigoureuse sur ce thème pour définir les politiques de santé, réviser et modifier les lois, et sensibiliser les différents acteurs sociaux aux conséquences sanitaires et sociales négatives d'un cadre juridique qui pénalise l'avortement.

¹ Bardades, Cuba, Guadeloupe, Martinique et Saint-Martin (Antilles françaises), Guyane française, Guyane et Puerto Rico.

² Chili, Salvador, Honduras, République dominicaine, Sin Marteen, Colombie.

³ Les références bibliographiques citées dans ce texte sont consultables dans la publication mentionnée ci-après.

⁴ Cette pratique désigne l'évacuation utérine précoce à la suite d'un retard de règles, souvent même sans attendre le résultat d'un test de grossesse.

Agnès GUILLAUME

Démographe à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), CEPED UMR 196 Université Paris DESCARTES-INED-IRD, France.

agnes.guillaume@ird.fr

Susana LERNER

Professeur, Chercheur à El Colegio de Mexico, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales, Mexico.

slerner@colmex.mx

Publications

Série « Les Numériques du CEPED »

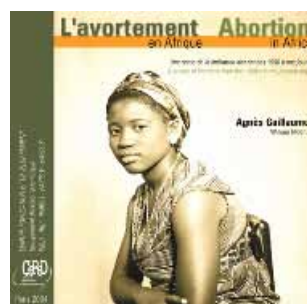
Cette chronique fait référence à la publication d'Agnès Guillaume et de Susana Lerner « L'avortement en Amérique Latine et dans la Caraïbe : une revue de la littérature des années 1990 à 2005 » (Paris – Mexico, 2007) qui vient de paraître dans la collection Les Numériques du CEPED, en trois langues : espagnol, français et anglais. Elle contient, en plus d'un texte en neuf chapitres, une bibliographie inter-active (interrogeable par mots clés) qui inclut environ 2 800 références. Elle est également disponible sur le site internet du CEPED

www.cephed.org/cdrom/avortement_ameriquelatine_2007



« L'avortement en Afrique : une révision de la littérature de 1990 à nos jours », en français et en anglais – Agnès Guillaume, est composé de six chapitres et d'une base de données comprenant 600 références de 1990 à 2003. Il est disponible sur CD-Rom et sur le site internet du CEPED

http://www.cephed.org/article.php?id_article=28



Une base de données actualisées de 1990 à 2005 comprenant 1000 références, en français et en anglais – Agnès Guillaume, est également disponible sur CD-Rom et sur le site internet du CEPED

<http://www.cephed.org/cdrom/avortement1990-2005/>

