

Les faits sur l'avortement et la grossesse non planifiée en Afrique

INCIDENCE DE L'AVORTEMENT

- En Afrique, le nombre annuel d'avortements est passé, entre 1995 et 2003, de 5 millions à 5,6 millions. En 2003, la plupart des avortements ont été pratiqués dans les régions d'Afrique de l'Est (2,3 millions), Afrique de l'Ouest (1,5 million) et Afrique du Nord (1 million).
- Malgré l'accroissement du nombre d'avortements pratiqués, le taux d'avortement annuel est en baisse pour la période de 1995 à 2003, de 33 à 29 avortements par millier de femmes âgées de 15 à 44 ans. Cette baisse est le résultat de la hausse du nombre de femmes en âge de procréer.
- Des 5,6 millions d'avortements pratiqués en 2003, cent mille seulement l'ont été dans des conditions médicalisées,* pour la plupart en Afrique du Sud, en Tunisie et au Cap-Vert, où les lois autorisent largement l'avortement.
- Pour 2003, on estime à 39 pour mille le taux d'avortement parmi les femmes âgées de 15 à 44 ans en Afrique de l'Est, et à 26-28 pour mille en Afrique centrale et Afrique de l'Ouest. Aucune procédure pratiquée dans ces sous-régions n'est médicalisée. Le taux est de 22 pour mille en Afrique du Nord (toutes procédures non

médicalisées sauf pour un faible pourcentage en Tunisie) et de 24 pour mille en Afrique australe (dont environ cinq et 18 pour mille, respectivement, pour les procédures médicalisées ou non).[†]

LÉGALITÉ DE L'AVORTEMENT

- Selon les estimations, 92% des Africaines en âge de procréer vivent dans les pays soumis à des législations restrictives de l'avortement (soit les pays tombant dans les quatre premières catégories du tableau, page 2).¹ Même en présence de lois autorisant l'avortement pour motifs restreints, il est probable que seulement un petit nombre de femmes dans ce pays puissent assumer les démarches requises pour obtenir une procédure légale médicalisée.
- Le recours à l'avortement n'est autorisé pour aucune raison dans 14 pays d'Afrique.
- Dans neuf pays, l'avortement n'est généralement admis que pour sauver la vie de la femme. Deux de ces pays l'admettent cependant aussi en cas de viol et un l'autorise en cas d'inceste. Dix-sept autres pays autorisent l'avortement pour protéger la santé physique de la femme (ainsi que pour sauver sa vie); huit d'entre eux l'admettent aussi dans les cas de viol, sept dans les cas d'inceste et huit dans les cas de malformation fœtale.
- L'avortement est autorisé pour protéger la santé mentale de la femme (ainsi que pour sauver sa vie et protéger sa santé physique) dans neuf pays, dont tous sauf trois admettent aussi la procédure pour cause de viol, d'inceste ou de malformation fœtale.

- La Zambie autorise l'avortement pour motifs de nature socioéconomique. Le Cap-Vert, l'Afrique du Sud et la Tunisie l'admettent sans restriction de motivation, sous limites de gestation spécifiques toutefois.

- En 2005, l'Éthiopie a élargi les causes d'avortement légalement admises aux cas de viol, d'inceste et de malformation fœtale (la loi n'entérinait auparavant la procédure que pour sauver la vie de la femme ou protéger sa santé physique). La loi reconnaît désormais aussi une raison sociale plus large, autorisant la femme à interrompre une grossesse si elle n'est pas capable d'élever l'enfant à naître pour cause de statut de mineure ou d'infirmité physique ou mentale.

- Entre 1997 et 2009, le Bénin, le Tchad, la Guinée, le Mali, le Niger, le Swaziland et le Togo ont tous élargi légèrement aussi la légalité de l'avortement.

PRESTATAIRES D'AVORTEMENTS CLANDESTINS

- D'après les enquêtes menées auprès de professionnels de la santé informés sur la question, 23% des femmes qui cherchent à se faire avorter en Ouganda s'adresseraient aux prestataires traditionnels employant pour beaucoup des techniques non dénuées de risques, tandis que 56% feraient appel à un médecin ou à un personnel infirmier, dont l'approche est généralement moins risquée. Certaines femmes tentent d'interrompre elles-mêmes leur grossesse selon des méthodes particulièrement dangereuses (15%) et d'autres encore se procurent des remèdes

Dans ce rapport, l'avortement est qualifié de médicalisé ou non selon les définitions ordinaires de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS définit l'avortement non médicalisé comme une procédure destinée à interrompre une grossesse non planifiée, pratiquée par « des gens qui n'ont pas les compétences nécessaires et/ou dans un cadre ne répondant pas aux normes médicales minimales ».

[†]La somme des taux d'avortement médicalisé ou non diffère du taux total car les taux sont arrondis.

Légalité de l'avortement

Les pays d'Afrique se répartissent en six catégories, selon les motifs d'avortement légalement admis

Motif	Pays
Interdiction totale ou absence d'exception légale explicite pour sauver la vie de la femme	Angola, République centrafricaine, Congo (Brazzaville), République Démocratique du Congo, Égypte, Guinée-Bissau, Lesotho, Madagascar, Mauritanie, Maurice, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Somalie
Pour sauver la vie de la femme	Côte d'Ivoire, Kenya, Libye (e), Malawi (f), Mali (a,b), Nigeria, Soudan (a), Tanzanie, Ouganda
Pour protéger la santé physique (et pour sauver la vie de la femme).	Bénin (a,b,c), Burkina Faso (a,b,c), Burundi, Cameroun (a), Tchad (c), Comores, Djibouti, Guinée équatoriale (e,f), Érythrée (a,b), Éthiopie (a,b,c,d), Guinée (a,b,c), Maroc (f), Mozambique, Niger (c), Rwanda, Togo (a,b,c), Zimbabwe (a,b,c).
Pour protéger la santé mentale (outre tous autres motifs ci-dessus)	Algérie, Botswana (a,b,c), Gambie, Ghana (a,b,c), Libéria (a,b,c), Namibie (a,b,c), Seychelles (a,b,c), Sierra Leone, Swaziland (a,b,c).
Motifs socioéconomiques (outre tous autres motifs ci-dessus)	Zambie (c).
Aucune restriction de motivation.	Cap-Vert, Afrique du Sud, Tunisie.

N.B. Certains pays autorisent aussi l'avortement en cas de (a) viol, (b) inceste, (c) malformation fœtale ou (d) autres motifs. Certains limitent l'accès à l'avortement en exigeant le consentement d'une (e) autorité parentale ou du (f) conjoint. Les pays qui admettent l'avortement pour motifs de nature socioéconomique ou sans restriction de motivation le soumettent cependant à des limites de gestation (1^{er} trimestre généralement); l'avortement peut être admis au-delà de cette période, mais dans certaines conditions prescrites seulement.

abortifs auprès d'un pharmacien ou d'autres vendeurs (7%).

- Dans les milieux urbains ougandais, toutefois, les femmes sont beaucoup plus susceptibles que leurs homologues des milieux ruraux de faire appel aux services d'un médecin (42% vs 16%). Les études menées au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire présentent des résultats similaires.

- Au Nigeria, le recours à des professionnels de la santé qualifiés est courant pour l'avortement. En 2002, une enquête nationale auprès des ménages a révélé que près de six femmes non pauvres sur 10 qui s'étaient fait avorter avaient obtenu un avortement chirurgical, par rapport à trois femmes pauvres sur 10 seulement.

- À l'inverse, les femmes pauvres et celles des milieux ruraux sont plus susceptibles que celles plus riches et des milieux urbains de recourir aux

méthodes non médicalisées et aux prestataires non qualifiés.

- Au Cameroun, au Ghana, en Ouganda et en Zambie, les femmes invoquent la crainte de répercussions légales, l'opprobre social, le coût élevé de la procédure et le manque d'accès à des prestataires qualifiés comme obstacles importants à l'avortement médicalisé.

CONSÉQUENCES DE L'AVORTEMENT NON MÉDICALISÉ SUR LA SANTÉ DES FEMMES

- L'Organisation mondiale de la Santé estime qu'en Afrique, un décès maternel sur sept est le résultat d'un avortement non médicalisé.²

- Environ 1,7 million de femmes sont hospitalisées chaque année dans la région pour le traitement des complications d'un avortement non médicalisé.³

- Les complications les plus fréquentes de l'avortement non médicalisé sont l'avortement incomplet, l'infection et la

perte excessive de sang. Les complications moins fréquentes mais très graves sont le choc septique et le trauma aux organes génitaux et autres.

- Selon de récentes études, près de trois patientes post-avortement sur 10 présentent, au Kenya, de graves complications. En Afrique du Sud, la proportion de patientes atteintes de complications graves a baissé considérablement après la libéralisation de la loi sur l'avortement en 1996.

- Parce qu'elles tendent à recourir aux méthodes les moins sûres et aux prestataires non qualifiés, les femmes pauvres et des milieux ruraux sont les plus vulnérables aux conséquences de santé graves.

- Cela dit, même les avortements pratiqués par des médecins ou par un personnel infirmier peuvent présenter de sérieux risques de complications lorsqu'ils sont réalisés dans des

conditions clandestines. Au Nigeria, où la majorité des avortements sont pratiqués dans des cliniques et hôpitaux, l'enquête de 2002 a révélé qu'une femme sur quatre qui subissent un curetage ou une aspiration manuelle intra-utérine—toutes deux techniques d'avortement parfaitement sûres lorsque pratiquées dans des conditions adéquates—souffre de complications.

- Les experts estiment qu'en Ouganda, 50% des femmes qui se font avorter clandestinement finissent par souffrir de complications requérant traitement. Ces complications semblent plus courantes parmi les femmes pauvres (55% vs 38% chez les femmes plus riches).

- Selon l'étude nigériane, 25% des femmes ayant subi une forme quelconque d'avortement déclarent avoir souffert de complications modérées à graves; un tiers seulement de ces femmes ont cependant cherché à se faire soigner.

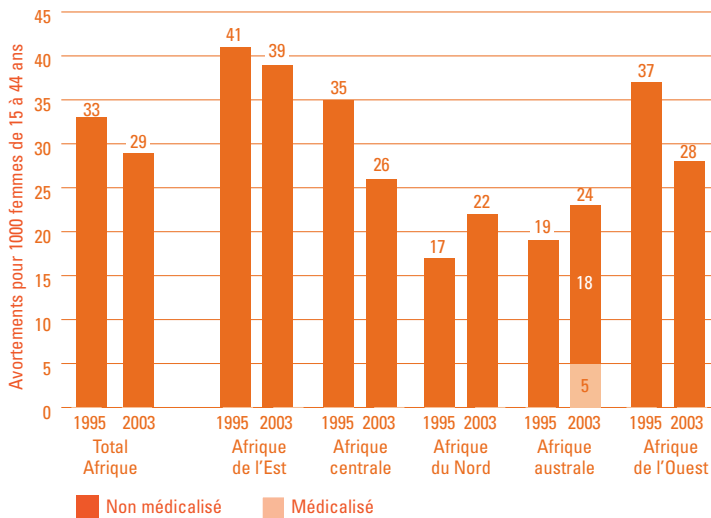
- En Ouganda, sur la totalité des femmes atteintes de complications requérant traitement, on estime que 45% ne bénéficient d'aucune attention médicale en établissement spécialisé. Cette proportion est plus élevée encore parmi les femmes pauvres.⁴

- Beaucoup de femmes dont les complications ne sont pas traitées souffrent de séquelles durables telles qu'anémie, douleurs chroniques, inflammation chronique de l'appareil génital et stérilité.

- Les services post-avortement sont de très mauvaise qualité

Taux d'avortement en Afrique

Les taux estimés en 2003 sont les plus élevés en Afrique de l'Est.



N.B.: Sous-régions définies selon la classification de l'ONU. La somme des taux d'avortement médicalisé et non médicalisé n'est pas nécessairement égale au total car les taux sont arrondis.

en Afrique subsaharienne, en raison surtout des faibles allocations budgétaires de l'État aux soins de santé en général. Les lacunes se traduisent communément par un accès inadéquat aux services, de longs délais de traitement, un manque de personnel sanitaire qualifié et de fournitures médicales, l'application de procédures inappropriées, des attitudes moralisatrices chez le personnel clinique et hospitalier et un coût élevé pour la patiente.

- Ces facteurs découragent vraisemblablement certaines femmes, en particulier celles pauvres ou jeunes et non mariées, de chercher à obtenir le traitement nécessaire.

*Les femmes sont considérées présenter un besoin de contraception non satisfait si elles sont mariées ou célibataires et sexuellement actives et qu'elles courent le risque de se retrouver enceintes, qu'elles ne désirent pas avoir d'enfant dans l'immédiat ou à long terme, et qu'elles ne pratiquent aucune méthode contraceptive.

GROSSESSES NON PLANIFIÉES ET PRATIQUE CONTRACEPTIVE

- Le taux de grossesse en Afrique s'est réduit, de 262 par millier de femmes âgées de 15 à 44 ans en 1995 à 222 pour mille en 2008. Ce déclin s'explique presque entièrement par la baisse du taux de grossesses planifiées.

- Quant au très haut taux de grossesses non planifiées en 1995 (92 pour mille), il ne présente qu'une légère baisse en 2008, passant à 86 pour mille.

- Le taux de grossesses non planifiées est beaucoup plus élevé en Afrique de l'Est (118 pour mille femmes en âge de procréer) et centrale (94 pour mille) que dans les trois autres sous-régions (Afrique du Nord, australe et occidentale), où il varie entre 56 et 83 pour mille.

- Environ un tiers des grossesses non planifiées aboutissent en Afrique sur l'avortement. La

proportion est moindre en Afrique centrale (environ un quart) et supérieure en Afrique du Nord (environ la moitié).

- En moyenne, la pratique contraceptive des femmes mariées âgées de 15 à 44 est passée de 17% à 28% entre 1990 et 2003, soit une hausse de 53%. Compte tenu même de cette hausse, pourtant, les niveaux de pratique contraceptive actuels restent très faibles.

- La baisse du taux de grossesses planifiées entre 1995 et 2008 (de 170 à 136) s'explique en partie par l'accroissement de la pratique contraceptive, bien que d'autres facteurs y aient vraisemblablement contribué, notamment la hausse de l'âge du mariage et l'avance du VIH/sida.

- Beaucoup d'Africaines qui désirent différer leur prochaine maternité d'au moins deux ans

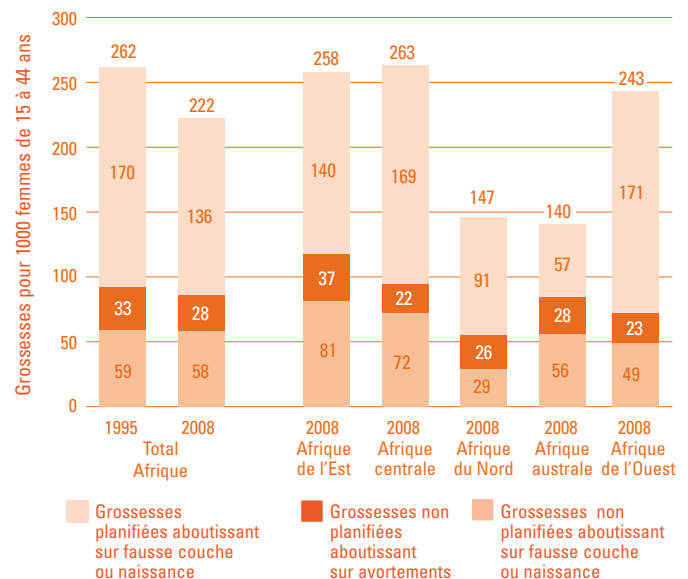
ou qui ne désirent plus avoir d'enfants ne pratiquent pourtant aucune méthode contraceptive. Selon les estimations, 22% des femmes en âge de procréer présentaient un besoin de contraception non satisfait en 2002-2007, soit une faible amélioration seulement par rapport aux 24% du milieu des années 1990.*

- Le besoin non satisfait atteint des niveaux plus élevés encore parmi les jeunes célibataires sexuellement actives. Dans la plupart des pays de la région, 25 à 60% des femmes célibataires sexuellement actives de 15 à 24 ans ne pratiquaient aucune méthode contraceptive en 2002-2007.

- À la question de savoir pourquoi elles ne pratiquent pas la contraception, les femmes sexuellement actives qui déclarent ne pas désirer de grossesse répondent couramment avoir

Taux de grossesse en Afrique

Le taux de grossesses planifiées a baissé en Afrique entre 1995 et 2008. Il varie largement, par sous-région, en 2008.



N.B.: Les taux ne sont pas nécessairement égaux au total car ils sont arrondis.

des rapports peu fréquents—laissant entendre un manque de compréhension de leur risque de grossesse non planifiée.

- Autre réponse courante, ces femmes se disent inquiètes quant aux risques de santé réels et perçus associés à la contraception moderne, laissant entendre un besoin de services de conseil adéquats concernant les effets secondaires des différentes méthodes et le changement de méthode.

- Environ une Africaine sur cinq présentant un besoin non satisfait invoque son opposition personnelle ou celle de sa famille, des dirigeants de la communauté ou d'autres institutions, comme raison d'absence contraceptive.

RECOMMANDATIONS

- Des programmes et politiques aptes à améliorer les connaissances des femmes comme des hommes, leur accès aux services et leur pratique de la contraception doivent être établis ou renforcés. La pratique contraceptive représente en effet le moyen le plus sûr de prévenir les grossesses non planifiées, et

d'éviter donc la nécessité de l'avortement.

- Pour réduire les hauts niveaux de morbidité et de mortalité qui résultent de l'avortement non médicalisé, l'assurance de soins après avortement doit être améliorée et étendue.

- Les motifs d'avortement légaux doivent être élargis dans la région et l'accès doit être assuré dans les limites permises par les législations existantes, afin de réduire les nombres de procédures clandestines et non médicalisées.

- Pour faire face aux taux de morbidité et de mortalité de l'avortement non médicalisé disproportionnés parmi les femmes pauvres et des milieux ruraux, l'accès à la planification familiale et aux soins après avortement doit être assuré de manière plus équitable.

*Sauf indication contraire, l'information présentée dans ce document est extraite de Singh S et al., *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*, New York: Guttmacher Institute, 2009.*

RÉFÉRENCES

1. Tableau annexe 1 appliqué aux données de Division de la population de l'ONU, Développement économique et social, World Population Prospects: The 2008 Revision Population Database, 2009, <<http://esa.un.org/unpp>>, site consulté le 18 mai 2009.

2. Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003*, fifth ed., Geneva: WHO, 2007.

3. Singh S, Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries, *Lancet*, 2006, 368(9550):1887–1892.

4. Singh S et al., *Unintended Pregnancy and Induced Abortion in Uganda: Causes and Consequences*, New York: Guttmacher Institute, 2006.



Association sans but lucratif vouée à la promotion de la santé sexuelle et reproductive partout dans le monde, à travers la recherche, l'analyse des politiques et la sensibilisation du public.

New York

125 Maiden Lane
New York, NY, USA 10038
Tel: 212.248.1111 Fax: 212.248.1951
info@guttmacher.org

Washington D.C.

1301 Connecticut Avenue, N.W., Suite 700
Washington, DC, USA 20036
Tel: 202.296.4012, Fax: 202.223.5756
policyinfo@guttmacher.org

www.guttmacher.org