

# De l'avortement non sécurisé à sécurisé en Afrique subsaharienne

des progrès lents mais constants

Rendu possible grâce à



Royaume des Pays-Bas

# De l'avortement non sécurisé à sécurisé en Afrique subsaharienne

des progrès lents mais constants

Akinrinola Bankole

Lisa Remez

Onikepe Owolabi

Jesse Philbin

Patrice Williams





# Remerciements

Ce rapport a été rédigé par Akinrinola Bankole, Lisa Remez, Onikepe Owolabi, Jesse Philbin et Patrice Williams—tous de Guttmacher Institute. Il a été édité par Michael Klitsch et Haley Ball. Les figures et tableaux ont été conçus par Michael Moran, également de Guttmacher Institute.

Les auteurs remercient leurs collègues Adesegun Fatusi et Susheela Singh pour leurs précieux commentaires et points de vue tout au long du projet. Ils remercient également les membres du personnel actuels et anciens de Guttmacher pour avoir révisé une version antérieure de ce rapport: Ann Biddlecom, Alanna Galati, Elena Garofalo, Naomi Lince-Deroche, Colette Rose et Sophia Sadinsky. Ils remercient aussi Jonathan Bearak pour son assistance et ses conseils concernant les données relatives à l'avortement et aux grossesses non désirées et Suzette Audam pour l'analyse des données. Leurs sincères remerciements vont à Patrick G. Ilboudo pour le soin apporté à la lecture de la version française du rapport.

Les auteurs expriment également leur gratitude aux collègues d'autres organisations qui ont fourni des informations au fil du projet. En particulier, merci à Tamara Feters (Ipas) ; Antonella Lavelanet (Organisation mondiale de la Santé) ; Vladimira Kantorová (Division de la population de l'ONU) ; et Katherine Mayall, Susan Wnukowska-Mtonga et Margaret Harpin, toutes du Center for Reproductive Rights.

Les suggestions et conseils des réviseurs suivants ont aussi été appréciés: Akanni Akinyemi (Obafemi Awolowo University, Nigéria), Janie Benson (consultante indépendante, États-Unis), Tsungai Chipato (University of Zimbabwe), Ernestina Coast (London School of Economics), Kate Gilles (Population Reference Bureau, États-Unis), Charlotte Hord Smith (consultante indépendante, États-Unis), Chimaraoke Izugbara (International Center for Research on Women, États-Unis), Patrick G. Ilboudo (Agence de Médecine Préventive, Burkina Faso), Nyovani Madise (African Institute for Development Policy, Malawi), Charles Ngwena (University of Pretoria, Afrique du Sud) et Yohannes Wado (African Population and Health Research Center, Kenya).

Ce rapport a bénéficié d'une subvention du ministère néerlandais des Affaires étrangères ainsi que du soutien financier du gouvernement britannique via UK Aid. Les opinions exprimées sont celles des auteurs. Elles ne reflètent pas nécessairement les positions ou les politiques des bailleurs de fonds. Guttmacher Institute tient à exprimer sa profonde gratitude pour le financement sans restriction dont il bénéficie de la part de nombreux particuliers et fondations—notamment les importantes contributions de la William and Flora Hewlett Foundation et de la David and Lucile Packard Foundation—, qui sous-tendent tous les travaux de l'Institute.

Indication de source suggérée : Bankole A et al., *De l'avortement non sécurisé à sécurisé en Afrique subsaharienne: des progrès lents mais constants*, New York: Guttmacher Institute, 2020, <https://www.guttmacher.org/fr/report/from-unsafe-to-safe-abortion-in-saharan-africa>.

doi:10.1363/2020.32446

# Table des matières

<b>Résumé exécutif</b>	4
<b>1 Introduction</b>	6
<b>2 Légalité de l'avortement</b>	9
<b>3 Incidence et tendances de l'avortement</b>	18
<b>4 Pratique de l'avortement et conséquences de l'avortement non sécurisé</b>	23
<b>5 Grossesses non planifiées, cause sous-jacente de l'avortement</b>	32
<b>6 Conclusions et recommandations</b>	38
<b>Annexe: Données et méthodes</b>	43
<b>Références</b>	50

# Résumé exécutif

*En 2019, 92% des femmes en âge de procréer de la région vivaient dans les 43 pays dotés de lois fortement ou modérément restrictives.*

Ce rapport sur l'avortement provoqué en Afrique subsaharienne offre un aperçu de la légalité de l'avortement et décrit la fréquence et la sécurité de la pratique des avortements dans les 48 pays de la région. Le contexte sous-jacent de l'avortement, à savoir la grossesse non désirée et ses causes, y est également examiné. Les principales conclusions du rapport sont résumées ci-dessous :

## Légalité de l'avortement

- La légalité de l'avortement en Afrique subsaharienne s'inscrit le long d'un continuum, allant de l'interdiction absolue à l'autorisation sans restriction de motivation. En 2019, 92% des femmes en âge de procréer de la région vivaient dans les 43 pays dotés de lois fortement ou modérément restrictives (c'est-à-dire allant de l'interdiction totale de l'avortement à son autorisation pour sauver la vie d'une femme ou préserver sa santé).
- Le Protocole de Maputo de 2003 de l'Union africaine, seul instrument d'affirmation des droits humains formulé de manière prescriptive sur les critères d'admission à l'avortement, a probablement contribué, ces 20 dernières années, à l'élargissement des bases légales de l'avortement dans 21 pays.
- Depuis l'adoption du Protocole, sept pays ont réformé leurs lois pour respecter (et dépasser pour un pays) les bases légales pour l'avortement sécurisées préconisées par l'Union africaine, consistant à autoriser l'avortement lorsque la vie ou la santé physique ou mentale de la femme est menacée, ainsi que dans les cas de viol, d'inceste et de malformation fœtale grave.

## Incidence de l'avortement

- Sur la période 2015–2019, on estime que 33 avortements ont eu lieu chaque année pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, avec peu de variation entre les quatre sous-régions d'Afrique subsaharienne. Les taux globaux et

sous-régionaux ont été relativement stables au cours des 25 dernières années.

- Cependant, étant donné la forte croissance démographique en Afrique subsaharienne, un taux d'avortement constant signifie un nombre croissant d'avortements chaque année. Le nombre annuel d'avortements a presque doublé entre 1995–1999 et 2015–2019, passant de 4,3 millions à 8,0 millions.
- Les taux d'avortement sont généralement plus élevés dans les villes les plus peuplées par rapport aux pays dans son ensemble. De plus, les adolescentes sexuellement actives ont des taux d'avortement beaucoup plus élevés que toutes les femmes en âge de procréer.
- Partout dans le monde, les données indiquent que la restriction de l'avortement n'a aucun effet sur sa fréquence: le taux d'avortement reste identique, à 40 pour 1 000 femmes, que l'avortement soit interdit ou largement permis par la loi.

## Sécurité de l'avortement

- L'avortement présente plus de risques en Afrique subsaharienne que dans toute autre région du monde. Entre 2010 et 2014, 77% des avortements pratiqués dans la région étaient dans des conditions dangereuses, par rapport à une moyenne mondiale de 45%. L'incidence des avortements à risque qui en résulte— 6,2 millions par an — est lourde de conséquences pour les femmes et les familles de la région.
- Les avortements dangereux comprennent les avortements « moins sûrs » (pratiqués par une personne non qualifiée ou selon une méthode non recommandée) et « les moins sûrs » (pratiqués par une personne non qualifiée selon une méthode non recommandée). Sur la totalité des avortements pratiqués dans la région, presque la moitié tombe dans la catégorie des avortements les moins sûrs; cette proportion est la plus élevée en Afrique centrale, soit 69%.

- En 2019, l'Afrique subsaharienne présentait le taux de létalité par avortement le plus élevé de toutes les régions du monde, à 185 décès pour 100 000 avortements, pour un total de 15 000 décès évitables chaque année. Les efforts continus d'amélioration de la sécurité de l'avortement et d'élargissement de l'accès à des soins après avortement de qualité ont probablement contribué à une baisse de deux cinquièmes de ce taux depuis 2000, date à laquelle environ 315 femmes sont décédées pour 100 000 avortements.

### **Pratique de l'avortement et soins après avortement**

- Plusieurs pays ayant élargi les bases légales de l'avortement ont adopté des directives calquées sur les normes médicales internationales et proposent désormais des interventions sûres en établissements de soins. Toutefois, dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, les restrictions légales et la stigmatisation obligent toujours les femmes à subir des avortements clandestins dans des conditions où la sécurité ne peut être garantie.
- Le recours grandissant au misoprostol seul pour provoquer l'avortement rend probablement les avortements clandestins plus sûrs. Ce scénario a été documenté en Amérique latine, région dotée de lois sur l'avortement particulièrement restrictives où l'utilisation du misoprostol s'est généralisée depuis plusieurs décennies.
- Une autre stratégie susceptible d'améliorer les résultats dans les pays à ressources limitées consiste à déléguer les soins après avortement au personnel de niveau intermédiaire, comme les infirmières et les sages-femmes, qui sont beaucoup plus nombreux que les médecins. Les soins après avortement sont toujours légaux et le personnel médical a un devoir éthique de les dispenser.
- La transition de la méthode de soins après avortement particulièrement invasive et coûteuse qu'est la dilatation et le curetage vers le misoprostol et l'aspiration intra-utérine — toutes deux conformes aux directives internationales — est encore loin d'être une réalité.

### **Grossesse non planifiée et avortement**

- Presque tous les avortements résultent de grossesses non planifiées (celles voulues plus tard et celles non désirées du tout). De toutes les régions du monde, l'Afrique subsaharienne présente le taux de grossesses non planifiées le plus élevé, à 91 pour 1 000 femmes. Ceci s'explique principalement par le fait que la région a le taux le plus

élevé de grossesses, à 218 pour 1 000. Le pourcentage de grossesses non planifiées est en fait le plus faible en Afrique subsaharienne, à 42%.

- Confrontées à une grossesse non planifiée, 37% des femmes, selon les estimations, l'interrompent. Cette proportion a augmenté statistiquement au cours des trois dernières décennies, ce qui pourrait affecter sérieusement le bien-être des femmes qui n'ont pas aisément accès à l'avortement sécurisé. Au niveau régional, la stigmatisation sociale reste un obstacle persistant; au niveau national, les entraves peuvent inclure des lois très restrictives ou une mise en œuvre inadéquate des lois libérales.
- Le désir de familles moins nombreuses grandit, mais il ne peut se concrétiser que si les femmes ont accès à la contraception moderne pour limiter et espacer leurs grossesses. À défaut, beaucoup d'entre elles se retrouvent face à une grossesse non planifiée, qu'elles choisissent alors d'interrompre par un avortement. Un grand nombre de ces avortements sera clandestin, et donc probablement dangereux, à moins que la forte stigmatisation associée à l'avortement — reflétée dans les lois restrictives de la région — ne soit endiguée.

La voie vers l'avortement légal et plus sûr est claire: il faut réduire la stigmatisation et élargir l'accès légal. Ce ne sont cependant là que les premières étapes. La réforme doit s'accompagner d'une volonté politique et d'une pleine application de la loi, de sorte que toutes les femmes — indépendamment de leur incapacité à payer ou crainte de la stigmatisation — puissent chercher et obtenir un avortement légal, dans les conditions optimales de sécurité.

Dans les pays dont les lois admettent peu ou guère l'avortement, atténuer les préjudices de l'avortement à risque devient la priorité. La diminution des décès liés à l'avortement démontre les bienfaits de l'élargissement de l'accès aux soins après avortement et de leur qualité. Le recours accru au misoprostol pour provoquer l'avortement sauve probablement aussi des vies. L'avortement clandestin peut être rendu plus sûr grâce à des initiatives de réduction des risques qui ont fait leurs preuves ailleurs, comme la diffusion d'information exacte sur l'emploi du misoprostol. Dans tous les pays d'Afrique subsaharienne, l'expansion de la contraception moderne contribuera grandement à réduire les grossesses non désirées et les avortements à risque qui en résultent.

*Dans les pays dont les lois admettent peu ou guère l'avortement, atténuer les préjudices de l'avortement à risque devient la priorité.*

# 1 Introduction

De nombreux pays parmi les 48 de l'Afrique subsaharienne sont en pleine métamorphose sociétale. Des progrès sont enregistrés sur de nombreux fronts<sup>1</sup>, y compris l'amélioration du niveau de vie, la stabilité politique, la connectivité à internet et l'éducation. Parallèlement à l'envol des économies du sous-continent, les attentes sur l'amélioration de la santé des femmes grandissent elles aussi. Cependant, l'une des principales causes de la mauvaise santé des femmes est la prévalence toujours élevée de l'avortement à risque dans la région. De toutes les régions du monde, l'Afrique subsaharienne présente la plus grande proportion d'avortements classée comme les moins sûrs (c'est-à-dire pratiqués par un prestataire non qualifié selon une méthode non recommandée)<sup>2</sup>. Ces avortements présentent une plus forte probabilité d'être incomplets ou de conduire à des complications médicales, pouvant nécessiter un traitement médical immédiat. Pourtant, ce risque pour la santé et la survie des femmes de tous âges est largement évitable.

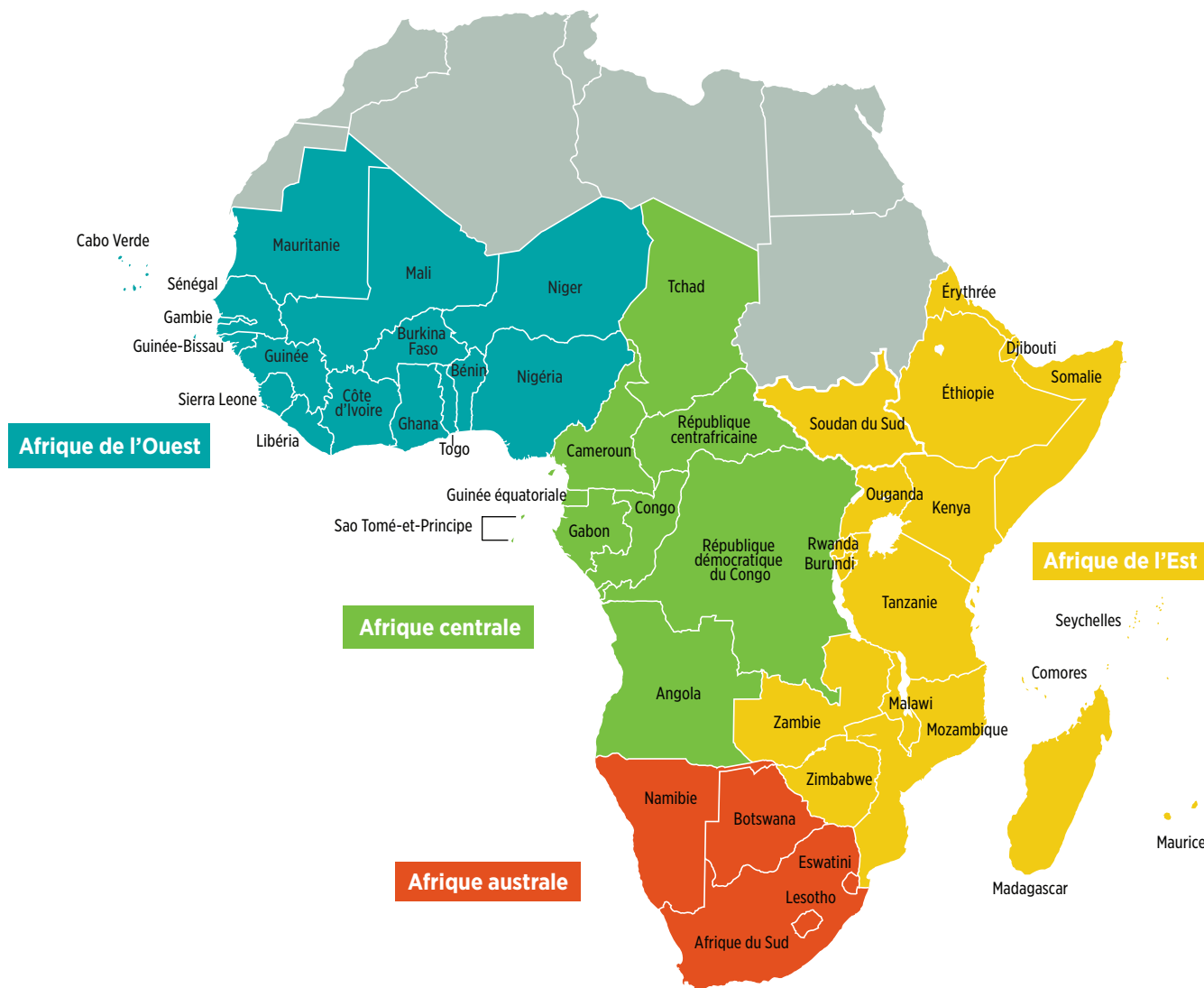
Il n'existe aucune raison médicale pour laquelle l'avortement devrait être dangereux. Pratiqué selon les normes internationales reconnues, l'avortement entraîne rarement des complications<sup>3</sup>. Il ne devient dangereux que lorsque l'inaccessibilité à des services sûrs — souvent, mais pas toujours sous l'effet de restrictions légales —, conduit les femmes à interrompre une grossesse dans des conditions qui présentent un risque pour leur santé. La plupart des pays d'Afrique subsaharienne qui limitent strictement l'avortement ont des codes pénaux datant de l'époque coloniale<sup>4</sup>. Ceci dit, même dans les quelques pays de la région qui autorisent l'avortement pour des motifs généraux, l'accès à des services sûrs et légaux est souvent limité, pour diverses raisons. Les principales raisons incluent la mauvaise application de la loi, la stigmatisation religieuse et sociale, et le manque de ressources de soins de santé et de personnel qualifié.

La sécurité de l'avortement est étroitement liée à l'étendue de sa légalité<sup>5,6</sup>. Son incidence, en revanche, ne l'est pas. Par exemple, le taux d'avortement mondial est identique — 40 avortements par an pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans — dans les contextes où l'avortement est largement autorisé par la loi et dans ceux où il est interdit<sup>7</sup>. En comparaison, la prévalence des avortements les moins sûrs augmente considérablement quand la loi est restrictive: moins de 1% des avortements dans les pays avec les lois les moins restrictives tombent dans la catégorie des avortements les moins sûrs, contre 31% dans les pays avec les lois les plus restrictives<sup>5</sup>. Les pays d'Afrique subsaharienne sont régis, en grande majorité, par des lois restrictives, ce qui explique la charge disproportionnée de l'avortement à risque qui pèse sur la région. Alors que 45% des avortements survenus dans le monde en 2010–2014 étaient estimés à risque, cette proportion atteignait 77% en Afrique subsaharienne<sup>2</sup>.

Quand les femmes ne peuvent pas obtenir ouvertement et légalement un avortement, elles se résignent au type d'avortement qui leur est accessible. Les services informels auxquels elles recourent alors conduisent souvent à des complications et à un besoin immédiat de soins dans des formations sanitaires. Si elles n'obtiennent pas ou ne reçoivent pas de soins appropriés à temps, elles courent le risque d'avoir des complications ou de mourir, tous deux évitables. Parmi toutes les femmes du monde, celles d'Afrique subsaharienne sont les plus susceptibles de mourir d'un avortement: en 2019, la région présentait le taux de létalité par avortement le plus élevé de toutes les régions du monde<sup>8</sup>. Faute de mobilisation et d'action pour prévenir les décès maternels évitables dus aux avortements à risque, les gouvernements d'Afrique subsaharienne auront du mal à atteindre la cible de l'Objectif de développement durable de l'ONU (Objectif 3) de réduire le ratio de mortalité maternelle à moins de 70 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes à l'horizon 2030<sup>9</sup>. Au



**1.1 Répartition des pays d'Afrique subsaharienne par sous-régions**



NB: Les pays sont classés par sous-région suivant la répartition de la Division de la statistique de l'ONU. Source: référence 13.

moment de la rédaction de ce rapport, l'impact exact de la COVID-19 sur la santé reproductive reste inconnu, mais il est susceptible de compliquer encore davantage la réalisation de cet objectif.

Tous les pays d'Afrique subsaharienne sont membres de l'Union africaine<sup>a</sup>. Le Protocole de cette organisation des droits des femmes, à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique, est le principal instrument juridique de protection des droits des femmes en Afrique. C'est aussi le premier document officiel sur les droits humains à reconnaître l'avortement, sous certaines conditions comme un

droit humain des femmes<sup>10</sup>. Connu sous le nom de Protocole de Maputo, le texte stipule en son Article 14(2)c que pour protéger la santé et les droits reproductifs des femmes, l'avortement sécurisé doit être autorisé lorsque la poursuite de la grossesse met en danger la vie de la femme, lorsque sa santé physique ou mentale est menacée, lorsque la grossesse résulte d'une agression sexuelle, d'un viol ou d'un acte d'inceste et lorsque le fœtus présente une malformation grave<sup>11</sup> (Encadré 1.1, page 8).

Ce rapport répond en partie à l'appel du Plan d'action de Maputo pour réduire l'incidence des avortements à risque pour « compiler et diffuser

a) Ce rapport concerne les 48 pays d'Afrique subsaharienne seulement car les facteurs contextuels qui sous-tendent et expliquent l'avortement non médicalisé diffèrent considérablement dans les six pays d'Afrique du Nord.

## 1.1 Extraits de l'Article 14 du Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples relatif aux Droits de la Femme en Afrique

### Article 14:

#### Droit à la santé et au contrôle des fonctions de reproduction

1. Les États assurent le respect et la promotion des droits de la femme à la santé, y compris la santé sexuelle et reproductive...
2. Les États prennent toutes les mesures appropriées pour:
  - c) protéger les droits reproductifs des femmes, particulièrement en autorisant l'avortement médicalisé, en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus.

Source: référence 11.

des données sur l'ampleur et les conséquences de l'avortement à risque »<sup>12</sup>. Ces données sont difficiles à obtenir tant les femmes qui cherchent à avorter et les prestataires d'avortement sont naturellement réticents à divulguer des informations sur une intervention généralement condamnée par la loi et fortement stigmatisée. Pour combler ce manque important de données, les chercheurs innovent continuellement pour mieux mesurer les comportements délibérément cachés. Nous utilisons quelques-unes des méthodes ainsi développées (voir l'annexe Données et méthodes, page 43) pour présenter l'information la plus actuelle sur la fréquence du recours des femmes d'Afrique subsaharienne à l'avortement et la mesure dans laquelle celui-ci conduit à la nécessité et à l'obtention de soins après avortement.

#### Structure du rapport

Ce premier rapport global sur l'avortement en Afrique subsaharienne présente un aperçu de la sécurité et des conséquences de l'avortement dans la région. Il décrit aussi comment l'avortement s'inscrit dans le contexte plus large des préférences de fécondité et des grossesses non désirées dans la région. Son objectif est de synthétiser ce que l'on sait de la question et de fournir une base factuelle

pour améliorer les services et les politiques de santé dans toute la région. Nous présentons les données pour la région dans son ensemble et pour chacune de ses quatre sous-régions<sup>b</sup>: Afrique australe (cinq pays), Afrique centrale (neuf pays), Afrique de l'Est (18 pays) et Afrique de l'Ouest (16 pays ; Figure 1.1, page 7)<sup>13</sup>. Ces données sont les plus récentes disponibles sur les niveaux et les tendances de l'avortement dans ces sous-régions, ainsi que sur leurs divers contextes juridiques, la nature des pratiques et prestations de l'avortement et les facteurs contribuant aux grossesses non désirées.

Le chapitre 2 organise les pays selon le statut juridique de l'avortement qui influence directement la sécurité de l'intervention. La législation en vigueur fournit généralement un indicateur utile pour savoir si les femmes ont accès à l'avortement sûr et légal ou si elles sont contraintes de recourir à l'avortement clandestin, beaucoup plus susceptible de présenter des risques. Le chapitre 3 présente les estimations de l'incidence de l'avortement pour la région et pour chaque sous-région et décrit les tendances de l'incidence au cours des dernières décennies. Ce chapitre couvre également les données disponibles pour les pays où des études d'incidence nationale ont été effectuées.

Le chapitre 4 décrit la pratique actuelle de l'avortement et détaille les conséquences de l'avortement à risque. Ces conséquences sont appréhendées à travers le recours aux soins après avortement que le chapitre décrit également. Le chapitre 5 fournit des informations sur les liens entre les préférences de fécondité et la contraception dont l'utilisation est susceptible de réduire de façon drastique l'incidence des grossesses non désirées. Plus précisément, ce chapitre examine les variations régionales et sous-régionales de l'utilisation de la contraception moderne et des besoins non satisfaits en matière de contraception moderne. Le chapitre 6 résume les principales conclusions du rapport et propose des recommandations et approches pour lutter contre les avortements à risque afin d'améliorer la santé des femmes dans toute la région.

b) Comme défini par la Division de statistique de l'ONU<sup>13</sup>.

## 2 Légalité de l'avortement

La sécurité de l'avortement dépend, en partie, de la mesure dans laquelle il est autorisé par la loi. Dans les contextes particulièrement restrictifs, le manque général de services d'avortement officiels, ainsi que le désir d'éviter tout jugement et arrestation, poussent les femmes à rechercher des services clandestins, rarement conformes aux meilleures pratiques. De plus, comme on l'observe souvent dans l'application des lois qui régissent les comportements humains, l'écart entre les dispositions de la loi et la réalité de leur application est souvent énorme.

Ce fossé peut se manifester dans un sens ou dans l'autre : d'une part, des lois fortement restrictives sur l'avortement peuvent être appliquées de façon minimale; d'autre part, des barrières peuvent entraver l'accès à l'avortement sécurisé dans les pays aux lois largement libérales. Il nous est impossible de couvrir les différences entre le texte de la loi et son application dans les 48 pays. De ce fait, nous sommes limités à l'information facilement accessible — la lettre de la loi — et son interprétation littérale.

Une grande partie de l'Afrique subsaharienne suit un paradigme commun dans lequel le code pénal ou criminel régit les circonstances (le cas échéant) dans lesquelles l'avortement est permis par la loi<sup>14</sup>. Dans les pays où l'interdiction est absolue, les codes stipulent les sanctions applicables en cas de recours à l'avortement ou de prestation. Dans presque tous les autres pays qui criminalisent l'avortement, le code pénal énonce les conditions légales de sa pratique au titre d'exceptions aux circonstances sinon punissables. Cependant, depuis 2019, un pays d'Afrique subsaharienne, la Zambie, autorise l'avortement pour n'importe quel motif sanitaire ou socio-économique<sup>15</sup> et quatre autres (Afrique du Sud<sup>16</sup>, Cabo Verde<sup>17</sup>, Guinée-Bissau<sup>18</sup> et Sao Tomé-et-Principe<sup>19</sup>) l'ont dépenalisé, l'autorisant sans restriction de motivation, avec des exigences procédurales.

Par ailleurs, les instruments juridiques ayant force de loi nationale — comme les Constitutions, les décisions judiciaires, les codes sanitaires et les lois sur la santé reproductive — peuvent contenir des dispositions relatives à l'avortement. Des sources complémentaires de critères, telles que des directives ministérielles ou des codes d'éthique médicale, peuvent aussi guider l'application de la loi. Il arrive même parfois qu'elles la contredisent. Le cas échéant, les lois prévaudront toujours sur les directrices ou les codes d'éthique dans l'établissement des critères juridiques. Nous présentons ici un aperçu de la légalité de l'avortement dès 2019 pour les 48 pays d'Afrique subsaharienne. Nous décrivons les changements juridiques notables survenus depuis 2000 et discutons de quelques stratégies qui ont — ou n'ont pas — marché dans l'induction de changements.

### Bases légales de l'avortement à partir de 2019

Nous classons les lois sur l'avortement suivant une échelle largement utilisée de six catégories mutuellement exclusives (voir l'annexe Données et méthodes), le long d'un continuum, allant des plus restrictives aux moins restrictives<sup>20</sup>. Les lois qui interdisent totalement l'avortement entrent dans la première catégorie. Au-delà de la deuxième catégorie, où l'avortement est admis pour sauver la vie de la femme, chaque catégorie suivante inclut les motifs des catégories précédentes et ajoute un autre motif juridique jusqu'à la sixième catégorie, pour laquelle l'avortement est autorisé sans restriction de motivation. Pour simplifier les choses, nous avons réduit ces six catégories en trois grands groupes de pays suivant la nature de leur législation sur l'avortement: les pays soumis à des lois fortement restrictives (catégories 1 et 2), ceux dotés de lois modérément restrictives (catégories 3 et 4) et ceux répondant à des lois largement libérales (catégories 5 et 6).

*Depuis le début du millénaire, 21 pays d'Afrique subsaharienne ont réformé leur code pénal ou adopté des lois qui élargissent les bases légales de l'avortement.*

## 2.1 Répartition des pays d'Afrique subsaharienne selon la sous-région et les lois qui encadrent l'avortement

Continuum de légalité	Afrique australe (N=5)	Afrique centrale (N=9)	Afrique de l'Est (N=18)	Afrique de l'Ouest (N=16)
<b>LOIS FORTEMENT RESTRICTIVES</b>				
<b>Catégorie 1</b> Aucune raison		Angola Rép. du Congo	Madagascar	Mauritanie Sénégal Sierra Leone
<b>Catégorie 2</b> Pour sauver la vie de la femme		Gabon (V,I,F)*	Malawi Ouganda Somalie Soudan du Sud Tanzanie	Côte d'Ivoire (V) Gambie (F) Mali (V,I) Nigéria
<b>LOIS MODÉRÉMENT RESTRICTIVES</b>				
<b>Catégorie 3</b> Pour sauver la vie de la femme et préserver sa santé (sans mention explicite de la santé mentale)	Lesotho (V,I,F)	Cameroun (V) Guinée équatoriale †,‡ Rép. centrafricaine (V,I,F)*	Burundi Comores Djibouti Éthiopie (V,I,F)** Kenya Zimbabwe (V,I,F)	Bénin (V,I,F)* Burkina Faso (V,I,F) Guinée (V,I,F)* Niger (F) Togo (V,I,F)
<b>Catégorie 4</b> Pour sauver la vie de la femme et préserver sa santé (avec mention explicite de la santé mentale)	Botswana (V,I,F) Eswatini (V,I,F) Namibie (V,I,F)	RDC (V,I,F) Tchad (V,I,F)	Érythrée (V,I)* Maurice (V,I,F)‡ Mozambique (V,I,F)* Rwanda (V,I,F)* Seychelles (V,I,F)	Ghana (V,I,F) Libéria (V,I,F)
<b>LOIS LARGEMENT LIBÉRALES</b>				
<b>Catégorie 5</b> Pour sauver la vie de la femme et préserver sa santé (physique et/ou mentale) et pour des raisons socio-économiques			Zambie (F)	
<b>Catégorie 6</b> Aucune restriction quant à la raison (dans les limites légales de la période gestationnelle et des autres conditions légales)	Afrique du Sud§	Sao Tomé-et-Principe§		Cabo Verde§ Guinée-Bissau**

### Raisons additionnelles les plus courantes:

V=viol

I=inceste

F=malformation fœtale grave

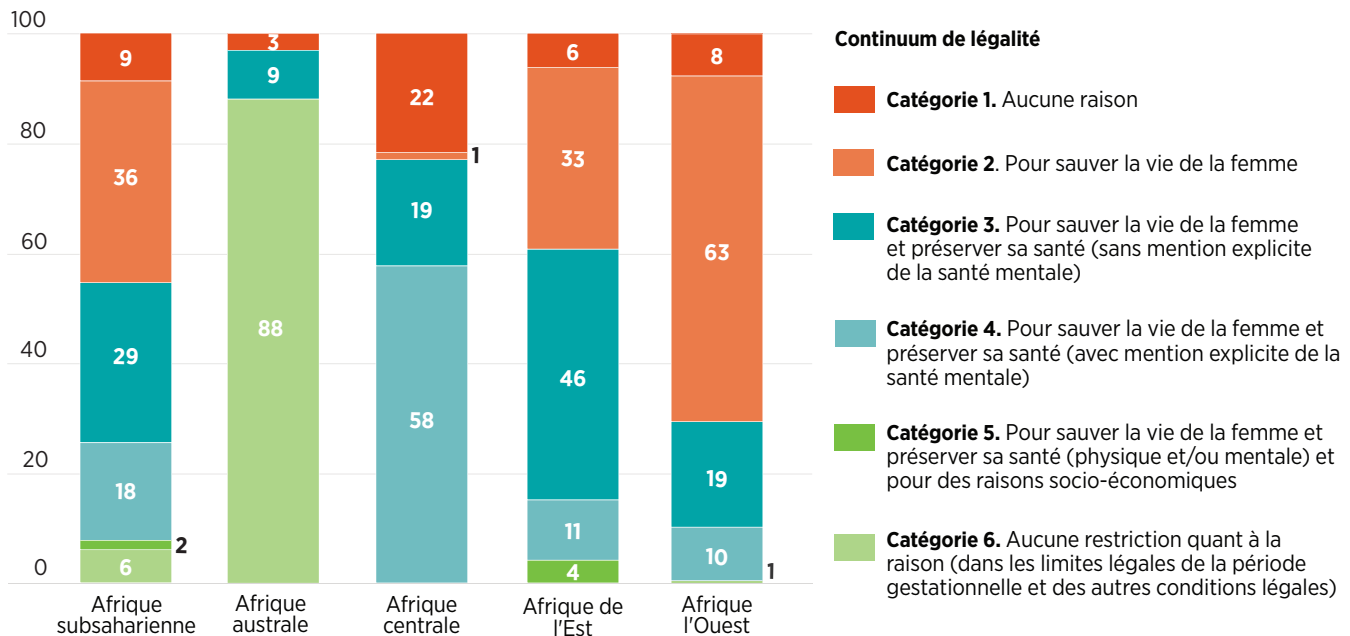
\*Les mineures sont éligibles. †Autorisation maritale requise. ‡Autorisation/notification parentale requise. §Âge gestationnel limité à 12 semaines pour les avortements sur demande.

\*\*Aucune limite d'âge gestationnel spécifiée pour les avortements sur demande. NB: De nombreuses lois définissant les bases légales de l'avortement sont indépendantes de la catégorisation d'un pays sur le continuum de légalité. Les plus courantes sont celles qui permettent l'avortement en cas de viol, d'inceste ou de malformation fœtale grave; elles sont indiquées ici pour les quatre catégories pour lesquelles ces raisons supplémentaires s'appliquent logiquement. RDC = République démocratique du Congo. Sources: références 20-23.



## 2.1 La grande majorité des femmes en âge de procréer vivent là où les lois encadrant l'avortement sont fortement ou modérément restrictives.

% de femmes âgées de 15 à 49 ans



NB: Les pays des catégories 1 et 2 ont des lois sur l'avortement fortement restrictives; ceux des catégories 3 et 4 des lois modérément restrictives; et ceux des catégories 5 et 6 des lois largement libérales. Sources: références 20-24.

Au regard des variations énormes dans la taille des populations entre les 48 pays, nous répartissons à la fois les pays de la région mais aussi le nombre de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) entre ces six catégories mutuellement exclusives. Beaucoup de pays autorisent d'autres motivations de l'avortement qui ne contribuent pas à leur catégorisation le long du continuum défini. Les plus courantes sont le viol, l'inceste et la malformation fœtale grave. Les pays classés dans les catégories 2, 3, 4 et 5 peuvent explicitement autoriser l'avortement pour un ou plusieurs de ces trois motifs spécifiques.

En ce qui concerne les six catégories du continuum de légalité, sur les 48 pays de la région, 16 (soit 33%) sont soumis à des lois fortement restrictives de l'avortement (Tableau 2.1, page 10)<sup>20-23</sup>. Six de ces pays interdisent complètement l'avortement (catégorie 1) et 10 l'autorisent lorsque la vie de la femme est en danger (catégorie 2). Vingt-sept autres pays (soit 56% des pays d'Afrique subsaharienne) ont des lois modérément restrictives — 15 autorisent l'avortement lorsque la poursuite de la grossesse met en danger la santé générale de la femme (sans mention explicite de la santé mentale; catégorie 3) et 12 l'admettent aussi lorsque sa santé

mentale, explicitement dite, serait compromise (catégorie 4; voir l'annexe Données et méthodes pour une description complète de ces deux catégories de santé). Enfin, cinq pays (10%) autorisent l'avortement pour divers motifs juridiques : un pour des raisons de survie, de santé et socio-économiques ; et quatre sans restriction de motivation aucune, dans des limites d'âge gestationnel spécifiées qui correspondent souvent à des motifs juridiques spécifiques.

Parmi les 255 millions de femmes en âge de procréer qui vivent en Afrique subsaharienne<sup>24</sup>, 45% vivent là où les lois sont fortement restrictives, 47% là où les lois sont modérément restrictives et 8% là où l'avortement est largement légal (Figure 2.1)<sup>20-23</sup>. Un total de 92% vivant là où les lois sont fortement ou modérément restrictives représente, en partie, un vestige du colonialisme, même si chacune des anciennes puissances coloniales a pleinement dépénalisé l'avortement<sup>20</sup>. Ainsi, quelques pays d'Afrique subsaharienne ont encore — ou ont récemment réformés — des codes pénaux datant du 19<sup>e</sup> siècle. Par exemple, la Sierra Leone est l'une des nombreuses anciennes colonies britanniques à avoir hérité de la loi anglaise de 1861 sur les

infractions contre la personne (*Offences Against the Person Act*)<sup>25</sup> mais elle demeure la seule où ce code est toujours en vigueur.

Les différences énormes dans la taille des populations entre les 48 pays de la région (de seulement 23 000 femmes en âge de procréer aux Seychelles à 46 millions au Nigéria<sup>24</sup>) signifient que les pays les plus peuplés exercent une influence démesurée dans leur sous-région. Ainsi, 71% des femmes âgées de 15 à 49 ans en Afrique de l'Ouest vivent là où les lois sont fortement restrictives parce que le Nigéria, dans la catégorie 2, abrite la majeure partie de la population totale de cette sous-région. De même, 77% des femmes d'Afrique centrale vivent là où l'avortement est modérément restreint car la populaire République démocratique du Congo (RDC) appartient à la catégorie 4. Enfin, l'Afrique australe présente la distribution la plus inégale en termes de légalité : étant donné que la population relativement peu nombreuse de cette sous-région est largement dominée par l'Afrique du Sud, une très grande majorité des femmes en âge de procréer (88%) vit là où l'avortement est largement légal. L'Afrique du Sud et, par extension, la sous-région de l'Afrique australe se distinguent en effet au niveau de plusieurs mesures de santé sexuelle et reproductive: à ce propos, le Tableau 1 en annexe, page 48, présente les divers indicateurs disponibles pour l'Afrique du Sud et 36 autres pays.

Comme indiqué plus haut, les pays peuvent autoriser l'avortement pour différentes raisons qui, sans affecter leur catégorisation sur le continuum de légalité, peuvent néanmoins élargir considérablement l'accès à l'avortement légal dans des contextes autrement fortement ou modérément restrictifs. Les trois raisons les plus courantes, déjà mentionnées, figurent aussi spécifiquement à l'Article 14 du Protocole de Maputo: le viol, l'inceste et la malformation fœtale grave<sup>11</sup>. Ces motifs supplémentaires ne s'appliquent qu'aux pays des catégories 2 à 5. Ils ne concernent ni les pays soumis à une interdiction absolue, ni ceux qui autorisent déjà l'avortement sans restriction de motivation. Sur les 38 pays des catégories 2 à 5, 20 (53%) admettent l'avortement pour les trois raisons supplémentaires les plus courantes. Quelque 90 millions de femmes en âge de procréer vivent dans ces 20 pays. Tous les pays d'Afrique australe et la moitié de ceux d'Afrique de l'Ouest admettent aussi l'avortement pour ces trois raisons additionnelles.

L'accès effectif à un avortement sécurisé pour l'une de ces trois raisons n'est cependant nullement garanti. Par exemple, dans le cas de grossesses résultant d'un viol, plusieurs pays imposent de lourdes charges de preuve, telle une attestation d'un magistrat (au Zimbabwe<sup>26</sup>) ou l'exigence que le ministère public atteste de la matérialité des faits (au Cameroun<sup>27</sup> et au Burkina Faso<sup>28</sup>). On notera aussi que l'Afrique centrale et l'Afrique australe se caractérisent, à l'échelle de toutes les sous-régions du monde, par la plus forte prévalence de violence sexuelle<sup>c</sup> perpétrée par une personne autre qu'un partenaire (21% et 17%, respectivement, par rapport à une moyenne mondiale de 7%)<sup>29</sup>. Cela sans compter que le viol tient souvent lieu d'arme de guerre dans les longs conflits civils de plusieurs pays de la région<sup>30-32</sup>.

Presque tous les pays d'Afrique subsaharienne associent les motifs juridiques spécifiques d'autorisation de l'avortement à des limites d'âge gestationnel. Par exemple, au Mozambique (catégorie 4), l'avortement nécessaire pour assurer la survie ou la santé de la femme est autorisé jusqu'à la 12<sup>e</sup> semaine de la grossesse; cette limite est prolongée à la 16<sup>e</sup> semaine pour les grossesses résultant d'un acte de viol ou d'inceste, et à la 24<sup>e</sup> semaine en cas de malformation fœtale grave<sup>21</sup>. En Afrique du Sud (catégorie 6), une femme ne doit pas invoquer de raison particulière pour obtenir un avortement durant les 12 premières semaines de grossesse; elle peut se faire avorter jusqu'à 20 semaines pour raison de santé ou motivation socio-économique, et au-delà de 20 semaines, si la poursuite de la grossesse menace sa vie ou si le fœtus présente de graves malformations<sup>16</sup>.

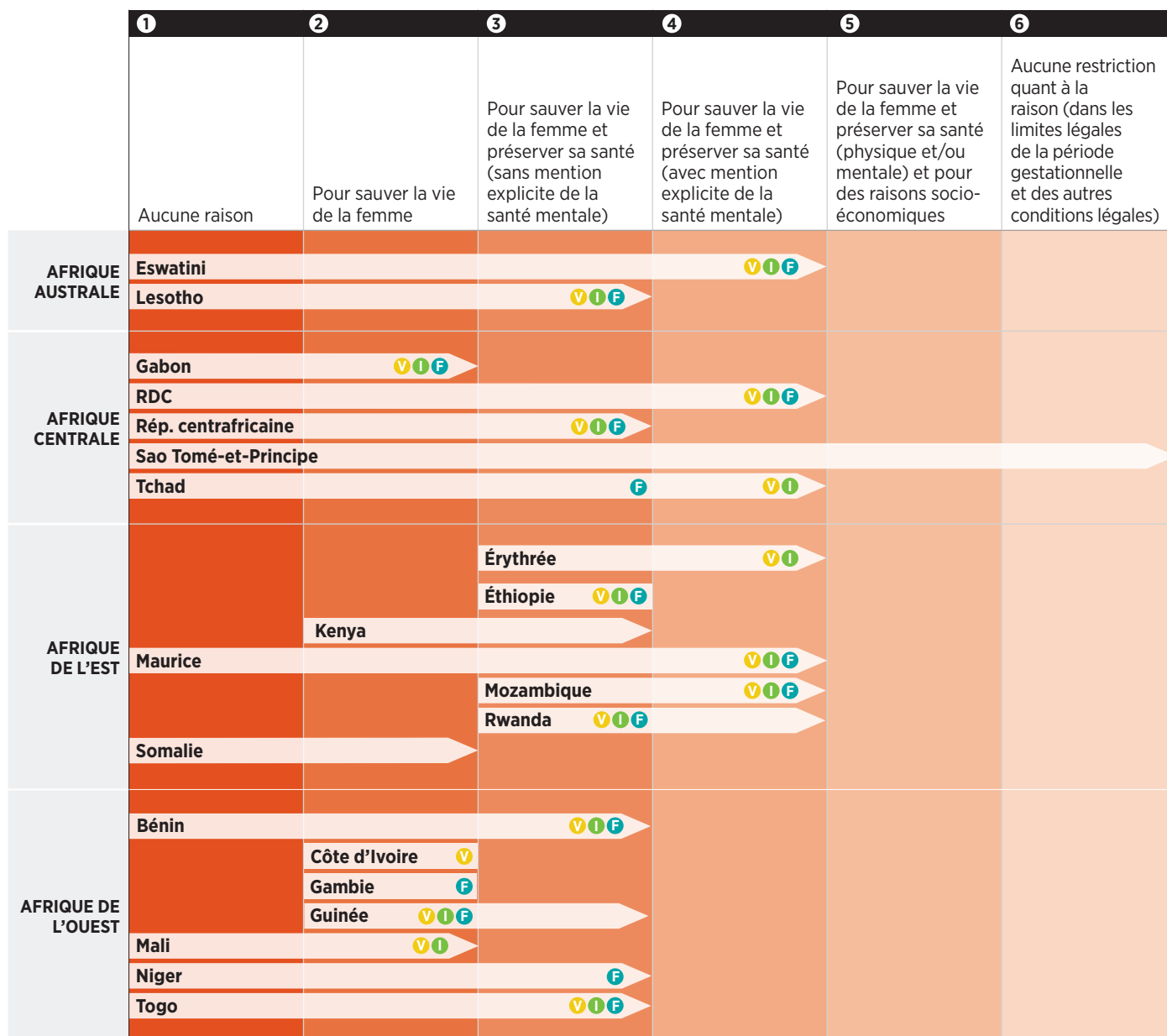
### Réforme juridique récente

Depuis le début du millénaire, 21 pays d'Afrique subsaharienne ont réformé leur code pénal ou adopté des lois qui élargissent les bases légales de l'avortement (Figure 2.2, page 13). Ce total comprend 14 pays ayant à la fois changé de catégorie et commencé à autoriser l'avortement pour cause de viol, d'inceste ou d'anomalie fœtale grave ; quatre ayant simplement changé de catégorie ; et trois, qui n'ont pas changé de catégorie mais ont adopté une raison supplémentaire. Notamment, 13 pays ont renoncé à l'interdiction absolue depuis 2000. Sept pays — Eswatini, Maurice, Mozambique, RDC, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe et Tchad — ont changé pour se conformer au moins aux motifs énoncés à l'Article 14 du Protocole de Maputo : ils se classent ainsi dans la catégorie 4 (ou supérieure)

c) La violence sexuelle perpétrée par une personne autre qu'un partenaire se mesure comme la proportion des femmes âgées de 15 ans et plus qui ont été forcées par une personne autre que leur mari ou partenaire d'accomplir un acte sexuel quelconque. Les pays ayant fourni des données dans la présente étude sont la RDC en Afrique centrale, et la Namibie et l'Afrique du Sud en Afrique australe.

**2.2** Au total, 21 pays d'Afrique subsaharienne ont élargi les bases légales de l'avortement entre 2000 et 2019.

**Continuum de légalité**



**Raisons additionnelles les plus courantes**

- V viol
- I inceste
- F malformation fœtale grave

NB: Beaucoup de lois définissant les bases légales de l'avortement sont indépendantes de la catégorisation d'un pays sur le continuum de légalité. Les plus courantes sont celles qui permettent l'avortement en cas de viol, d'inceste ou de malformation fœtale grave; elles sont indiquées ici pour les quatre catégories dans lesquelles ces raisons supplémentaires s'appliquent logiquement. Les symboles de ces motifs supplémentaires sont placés au-dessus de manière à correspondre à la catégorie du pays sur le continuum au moment où le motif supplémentaire a été adopté. RDC=République démocratique du Congo. Sources: références 20 et 226 pour la majorité des pays. Pour les pays dont la réforme était plus récente—c-à-d après la période couverte par référence 226, nous avons consulté les lois nationales, disponibles auprès des auteurs.

*L'impact de l'Article 14 du Protocole de Maputo adopté en 2003 par l'Union africaine ne saurait être surestimé.*

et reconnaissent les trois motifs additionnels de viol, inceste et malformation fœtale grave. La réforme du code pénal de Sao Tomé-et-Principe en 2012 a amené le pays d'une extrémité à l'autre du continuum de légalité<sup>19</sup>, un acte que seul le Népal a également accompli dans le monde<sup>6</sup>.

### **Le processus lent et complexe de réforme juridique**

S'ils ont emprunté des chemins très différents sur la voie de la réforme, les pays partagent tous un trait commun : les efforts d'élargissement des critères d'admission de l'avortement sont ardues et se caractérisent par un progrès graduel semé d'embûches et de revers. Un plaidoyer qui engage et unit une vaste coalition d'acteurs nationaux représentant les perspectives juridiques, médicales et d'affirmation des droits est souvent indispensable pour influencer les politiciens à réformer les lois nationales.

L'Afrique du Sud illustre bien la façon dont la constitution d'une coalition, conjuguée à la saisie d'un moment historique, a conduit à la dépénalisation. En 1996, le Congrès national africain, à la tête de la transition du pays vers la démocratie après l'apartheid, a souligné l'impact inégal de l'avortement à risque sur les Sud-Africaines noires dans sa pression pour une réforme juridique<sup>33</sup>. En général, le plaidoyer par de hauts responsables politiques ou dignitaires nationaux peut aussi aider à surmonter les difficultés inhérentes à la réforme des lois sur l'avortement. Par exemple, la nation insulaire de Maurice, en Afrique de l'Est, a réformé sa législation en 2012 grâce, en partie, au soutien d'un membre mauricien du comité de suivi du traité des Nations Unies, chargé d'assurer le respect de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes<sup>34,35</sup>.

### *Législations nationales*

Les sanctions applicables et les circonstances dans lesquelles l'avortement est punissable ou non sont le plus souvent stipulées dans les codes pénaux. Plusieurs pays d'Afrique subsaharienne définissent aussi les bases juridiques de l'avortement dans les lois nationales sur la santé reproductive. Celles-ci suivent généralement un même modèle. La rédaction et l'adoption de ces lois sont vraisemblablement le produit d'un effort international d'harmonisation des politiques et services de santé reproductive sous l'égide de conventions et d'accords internationaux<sup>36</sup>. Onze pays d'Afrique subsaharienne ont adopté des lois sur la santé reproductive; neuf d'entre eux spécifient les raisons d'avortement légalement admises<sup>d</sup> (les

deux pays faisant exception sont le Sénégal<sup>37</sup> et Madagascar<sup>38</sup>). Quelques-unes de ces lois reconnaissent — ou reconnaissaient au moment de leur adoption — plus de raisons légales à l'avortement que celles stipulées dans les codes pénaux.

Plusieurs pays font référence à l'avortement dans les lois destinées à renforcer les droits des femmes et lutter contre l'inégalité de genre. Par exemple, la Gambie a adopté sa première loi sur les femmes en 2010. Cette loi promet de protéger les « droits de santé reproductive » des femmes en autorisant l'avortement lorsque la poursuite de la grossesse menace la vie de la femme ou lorsque le fœtus présente une malformation grave, en couvrant le coût de l'intervention si la femme n'est pas en mesure de le faire<sup>39</sup>.

Les amendements constitutionnels offrent aussi, au niveau national, une voie d'accès à la réforme. Le Kenya et la Somalie présentent deux exemples de changement réalisé dans le cadre d'un ensemble de réformes constitutionnelles. Ainsi, la réforme constitutionnelle kenyane de 2010, soumise à un référendum populaire, stipule l'autorisation de l'avortement quand un traitement d'urgence est nécessaire ou lorsque la vie ou la santé de la femme est en danger, ou dans les cas admis par tout autre texte de loi écrite<sup>40</sup>. En 2012, la nouvelle Constitution de la Somalie autorisait pour sa part l'avortement dans les cas de nécessité, en particulier pour sauver la vie de la femme enceinte<sup>41</sup>.

### *Traités et protocoles internationaux*

L'impact de l'Article 14 du Protocole de Maputo adopté en 2003 par l'Union africaine ne saurait être surestimé. En octobre 2019, 39 pays d'Afrique subsaharienne avaient ratifié le Protocole<sup>42</sup>. Sur les neuf pays restants de la région, un ne l'a pas signé (Botswana) et huit l'ont signé mais pas ratifié<sup>e</sup>. Le Protocole sur les droits des femmes contient de nombreuses dispositions positives en faveur de l'autonomisation des femmes, appelant les États membres à affirmer les droits des femmes sur le plan du mariage, de la fécondité et de la contraception, des pratiques traditionnelles néfastes et de la prévention du VIH et de la violence sexuelle, entre autres<sup>11</sup>. L'Union africaine est la première organisation continentale à définir des conditions légales de l'avortement dans une charte de droits. Selon les observations générales de l'Union concernant l'Article 14, pour veiller à ce que les avortements légaux préconisés dans le Protocole soient largement accessibles, les pays doivent fournir les infrastructures nécessaires à l'offre de services sûrs

d) Bénin, Burkina Faso, Guinée, Guinée-Bissau, Mali, Niger, République centrafricaine, Tchad et Togo.

e) Burundi, Érythrée, Madagascar, Niger, République centrafricaine, Somalie, Soudan du Sud et Tchad.



et établir des mécanismes de diffusion de l'information relative à leur disponibilité<sup>10</sup>.

La réforme de 2018 adoptée en RDC est le dernier exemple en date de l'influence de l'Article 14 dans l'opérationnalisation du changement. Ce pays, qui représente près de la moitié de la population de la sous-région d'Afrique centrale<sup>24</sup>, a introduit des dispositions de l'Article 14 dans le droit national en publiant le protocole et en invoquant un article de la constitution qui élève les traités internationaux au-dessus du droit national<sup>43</sup>. Toujours en 2018, une circulaire émise par le président de la Cour constitutionnelle stipule l'obligation pour les établissements de santé d'assurer en toute sécurité des prestations d'avortement dans les circonstances établies par le Protocole de Maputo. Les autorités pénales ou judiciaires ne peuvent du reste poursuivre ni les femmes, ni les prestataires concernés<sup>44</sup>.

Le Rwanda fournit un autre exemple notable: ce pays a dû commencer par lever sa réserve au Protocole avant d'ajouter le viol, l'inceste et la malformation fœtale grave comme motifs juridiques de l'avortement en 2012<sup>45,46</sup>. Sept ans plus tard, le ministère de la Santé a émis un « Arrêté Ministériel » sur les conditions de l'avortement sécurisé, affirmant dans son préambule, l'applicabilité de la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Dans sa Constitution, l'OMS définit la santé comme un « état de complet bien-être physique, mental et social<sup>47</sup> ». Aussi le Rwanda observe-t-il désormais toutes les conditions établies à l'Article 14<sup>23</sup>.

### Élargir l'interprétation des lois existantes

Plutôt que d'élargir l'accès par le biais de la loi, plusieurs pays soumis à des lois relativement restrictives ont appliqué la loi de manière extensive en publiant et appliquant des directives médicales inspirées de la publication de l'OMS, *l'Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (Encadré 2.1, page 17). Ces directives énoncent les meilleures pratiques internationalement reconnues en matière de prestation de l'avortement sécurisé<sup>3</sup>. Le recours de l'Éthiopie à l'interprétation large d'une législation restrictive est intéressant à cet égard. L'approche du Ghana l'est aussi: ce pays d'Afrique de l'Ouest a actualisé ses normes et ses protocoles en 2012, pour préciser qu'aucune preuve n'est requise pour obtenir un avortement légal en cas de viol ou lorsque la santé mentale de la femme est menacée<sup>48</sup>. L'absence de preuve est également spécifiée dans l'orientation de l'Union africaine en cas de crime de viol<sup>10</sup>.

### Obstacles à l'accès à l'avortement légal

La réforme n'aboutit parfois qu'après plusieurs décennies de tentatives infructueuses. Le Malawi et la Sierra Leone offrent deux exemples de pays actuellement engagés sur un long processus de mobilisation du plaidoyer national, de l'influence internationale, des preuves de préjudice à la santé publique et de la volonté politique de réaliser une réforme juridique. En juillet 2015, la commission de réforme du droit du Malawi a proposé au Parlement malawite la *Termination of Pregnancy Bill*. Point culminant de nombreuses années d'effort de la part de nombreux intervenants, cette loi aurait élargi les exceptions admises de manière à aligner pleinement la loi malawite sur le Protocole de Maputo<sup>49</sup>. Le projet de loi a cependant été bloqué et n'a pas encore été débattu au Parlement. De même, en Sierra Leone, la *Safe Abortion Act*, qui aurait permis l'avortement sans restriction de motivation, a été votée par le parlement à deux reprises (en 2015 et en 2016)<sup>50</sup>. Le président alors en fonction s'y était opposé et l'interdiction absolue datant de l'époque victorienne reste en vigueur<sup>25</sup>.

La réforme législative à elle seule est loin de garantir que les femmes bénéficieront des interventions sûres auxquelles elles ont légalement droit. L'application d'une loi importe bien plus que son texte. Beaucoup d'obstacles entravent, en dépit de nouvelles lois, le changement des comportements enracinés. La méconnaissance de la nouvelle loi par le public, les prestataires de soins de santé et les fonctionnaires fait souvent obstacle à son application. L'expérience zambienne montre notamment que, faute de campagnes d'information du public et de visibilité des nouveaux services admis, des décennies peuvent s'écouler avant que toutes les personnes intéressées en prennent connaissance<sup>51</sup>. Par exemple, en 2014, dans trois provinces de Zambie, 16% seulement des femmes étaient au courant des critères de légalité de l'avortement applicables depuis 1972<sup>52</sup>. En 2005, la recherche a révélé qu'une méconnaissance généralisée de la loi en Afrique du Sud contribuait considérablement à la forte proportion d'avortements obtenus en dehors des établissements de santé, alors que près de 10 ans s'étaient écoulés depuis la dépénalisation<sup>53</sup>. Au Ghana, 11% seulement des femmes en âge de procréer qui avaient entendu parler de l'avortement savaient dans quelles conditions il était légal dans le pays en 2017<sup>54</sup>, par rapport à 4% à peine en 2007<sup>55</sup>.

Les lois qui exigent l'autorisation de plusieurs médecins peuvent bloquer l'accès des femmes

*La réforme n'aboutit parfois qu'après plusieurs décennies de tentatives infructueuses.*

à l'avortement sans risque dans les contextes où de profondes pénuries de médecins rendent ces conditions peu pratiques ou effectivement impossibles. C'est le cas de toute l'Afrique subsaharienne<sup>56</sup>. Une bonne majorité (60%) des femmes d'Afrique subsaharienne vivent en milieu rural<sup>57</sup>, où les professionnels de santé de tous types sont rares. La loi zambienne relativement libérale, par exemple, exige l'autorisation de trois médecins — dont un spécialiste — pour permettre un avortement légal non urgent<sup>15</sup>. Ce critère reste en vigueur<sup>58</sup> alors même que le pays comptait moins de 12 médecins pour 10 000 habitants en 2018<sup>56</sup>. Cette triple autorisation a pour effet de retarder les soins accordés aux femmes. Beaucoup ne tentent même pas de l'obtenir, et d'autres essaient, abandonnent et finissent par avoir un avortement potentiellement dangereux<sup>59</sup>. Le retard dans l'induction de l'avortement peut entraîner une augmentation du risque de complications et des coûts, ainsi qu'une plus grande difficulté à trouver un prestataire, puisque peu de spécialistes sont formés pour pratiquer un avortement tardif. De plus, les très longs délais peuvent forcer les femmes au-delà de la limite gestationnelle légale, à mener à terme une naissance non voulue.

Étant donné la pénurie générale de professionnels de santé qualifiés, les mesures qui raréfient davantage leur disponibilité sont particulièrement préjudiciables. Ainsi, l'objection de conscience, qui donne au prestataire le droit de refuser la prestation d'avortement pour des raisons morales ou religieuses, doit être mise en balance avec le droit

des femmes à recevoir un service légal. Lorsque l'objection n'est pas réglementée, le risque d'abus peut réduire les ressources de personnel disponible pour la prestation d'un service légal. En Afrique du Sud, par exemple, la loi précise que seule la personne qui pratiquerait effectivement l'avortement a le droit de s'en désister. Les unités sanitaires du secteur public doivent souvent embaucher un personnel infirmier privé pour remplacer le personnel auxiliaire qui refuse illégalement de participer à un avortement<sup>60</sup>.

Les organisations non gouvernementales (ONG) d'affiliation religieuse constituent une source importante de soins dans de nombreux endroits. Elles sont cependant beaucoup plus susceptibles que les autres structures de santé de refuser de fournir des avortements légaux. Dans le nord du Ghana<sup>61</sup>, l'objection de conscience des ONG confessionnelles suscite une véritable hétérogénéité de disponibilité, en fonction du type d'établissement à proximité desquelles les femmes vivent et dont les services leur sont économiquement abordables. Les données de Zambie démontrent que les prestataires qui refusent de pratiquer l'avortement peuvent fonder leur décision de référer une femme vers un prestataire disposé à le faire — comme prescrit par la loi — sur une évaluation subjective de sa demande d'avortement légal<sup>62</sup>. Ces références obligatoires sont souvent si mal formulées ou ambiguës qu'elles finissent par être inutiles, transformant la garantie légale qu'un collègue doit pratiquer l'avortement en une promesse vide.

## 2.1 Élargir l'accès à l'avortement : exemples de trois pays

Bien que les lois qui régissent l'avortement en Afrique subsaharienne soient généralement restrictives, la région présente quelques exemples notables de progrès vers un accès plus large à l'avortement sécurisé. Plusieurs pays interprètent largement leurs lois, ou ont publié des directives complètes sur l'avortement sécurisé, dans le souci de préserver la santé des femmes. La situation de trois pays est décrite ci-dessous, représentant chacun un niveau distinct de restriction légale mais qui ont amélioré la sécurité de l'avortement.

### Éthiopie — catégorie 3

#### (plus les trois raisons supplémentaires les plus courantes)

L'Éthiopie se distingue pour avoir réformé son code pénal de manière à permettre les allégations de viol ou d'inceste comme motif suffisant pour demander un avortement légal. De plus, ses directives techniques et procédurales pour les services d'avortement sans risque (*Technical and Procedural Guidelines for Safe Abortion Services*), d'abord publiées en 2006<sup>63</sup> et mises à jour en 2013<sup>64</sup>, définissent des directives factuelles de procédure et de conseil pour la prestation de l'avortement et des soins après avortement. Ces directives stipulent que pour éviter des avortements à répétition, des services de contraception et des conseils doivent être fournis en tant qu'élément essentiel des deux types de soins.

Du côté des prestataires, les directives éthiopiennes autorisent la formation du personnel infirmier et des sages-femmes à pratiquer les avortements au premier trimestre par aspiration intra-utérine et selon le protocole médicamenteux combiné. En conséquence, la proportion des interventions pratiquées par ces prestataires de niveau intermédiaire a considérablement augmenté entre 2008 et 2014, passant de 48% à 83%<sup>65</sup>. Les directives précisent en outre que les mineures admises à obtenir un avortement en vertu de leur âge n'ont pas à présenter de preuves. Du fait de l'engagement ferme du ministère de la Santé à améliorer l'accès à tous les services médicaux, y compris l'avortement, le nombre de centres de santé publics a augmenté de 250% entre 2008 et 2014<sup>66</sup>. L'impact global de ces réformes se trouvent dans une tendance vers des interventions plus sûres a vraisemblablement contribué à la baisse des admissions obstétriques pour complications d'avortement à risque, qui sont passées de 47% de l'ensemble des admissions en 2008 à 39% en 2014.

### Ghana — catégorie 4

#### (plus les trois raisons supplémentaires les plus courantes)

Au Ghana, l'élargissement de la base légale d'admission de l'avortement s'est produit relativement tôt, par amendement du code pénal en 1985<sup>67</sup>. La troisième édition de ses normes et directives (*Comprehensive Abortion Care Services Standards and Protocols*) datant de 2012, a élargi de manière importante l'accès à des services sûrs en évitant l'exigence d'une évaluation psychiatrique des femmes dont la grossesse pourrait menacer leur santé mentale<sup>48</sup>. Ces directives affirment aussi que les prestataires ne peuvent pas imposer leurs croyances et leurs valeurs aux patientes. Elles

renforcent la notion de soins « complets » de l'avortement, comprenant tous les aspects de l'avortement sécurisé et l'apport compatissant de conseils aux femmes qui obtiennent un avortement légal ou des soins après avortement<sup>11</sup>.

Les directives mises à jour du Ghana privilégient aussi l'utilisation de l'association thérapeutique (mifépristone plus misoprostol) qui est plus efficace que le misoprostol seul. Des données représentatives au niveau national indiquent qu'en 2017, un cinquième des avortements récents avaient été pratiqués selon cette approche combinée<sup>54</sup>. Les données récentes de l'hôpital universitaire Komfo Anokye suggèrent que les améliorations de la sécurité se reflètent sur la gravité des complications traitées, avec une baisse de 80% à 90% des admissions en soins après avortement pour cause d'avortement septique entre 2010<sup>68</sup> et 2019<sup>69</sup>.

### Zambie — catégorie 5

#### (plus la raison supplémentaire de malformation fœtale grave)

La Zambie, seul pays d'Afrique subsaharienne compris dans la catégorie 5, autorise légalement l'avortement pour toutes raisons de survie, de santé ou de nature socio-économique. Malgré son entrée en vigueur en 1972<sup>15</sup>, cette loi est généralement restée purement théorique et n'a pas garanti un accès généralisé. La prévalence toujours élevée de l'avortement à risque en dépit d'une législation pourtant libérale<sup>70</sup> montre la difficulté de surmonter la stigmatisation qui empêche les femmes de rechercher ouvertement un avortement légal —voire d'en parler seulement<sup>52,59,71</sup>. Les directives (*Standards and Guidelines for Comprehensive Abortion Care*) adoptées en 2017, contiennent de nombreux éléments positifs<sup>58</sup>. Reconnaisant la pénurie de personnel de santé de haut niveau, ces directives élargissent l'autorisation de la prestation de l'avortement aux prestataires de niveau intermédiaire. Ces directives divergent de la norme en affirmant que les femmes doivent être informées de la gamme de méthodes abortives qui leur sont accessibles et que le conseil doit être empathique, respectueux et dénué de jugement.

Les prestataires zambiens ne peuvent pas invoquer l'objection de conscience en cas d'urgence. S'ils choisissent de le faire dans des circonstances normales, ils doivent référer « respectueusement » la femme vers un prestataire disposé à pratiquer un avortement légal. Les directives prescrivent en outre la prise de précautions pour assurer la confidentialité des femmes et la présence des intérêts des mineures sur ceux de leurs parents ou tuteurs. Les femmes ne peuvent cependant bénéficier de ces règles si elles ne sont pas informées des conditions dans lesquelles elles peuvent obtenir un avortement: quarante ans après la réforme juridique, seule une petite minorité de femmes connaissent les détails de la loi du pays sur l'avortement<sup>51</sup>. Il s'en dégage que la stigmatisation empêche une communication franche et généralisée des conditions légales de l'avortement.

# 3

## Incidence et tendances de l'avortement

*Les données révèlent clairement une incohérence entre les bases légales de l'avortement et les besoins des femmes.*

La mesure précise de l'incidence de l'avortement provoqué pose de sérieux défis (à l'image de tout comportement délibérément caché). Au cours des 10 dernières années, les chercheurs ont développé diverses méthodologies pour améliorer l'estimation de l'incidence de l'avortement à l'échelle des pays et villes. De plus, des approches de modélisation statistique récentes ont produit de nouvelles estimations actualisées à l'échelle mondiale, régionale et sous-régionale (voir l'annexe Données et méthodes)<sup>6</sup>. Ce chapitre résume les données les plus récentes disponibles sur l'incidence de l'avortement en Afrique subsaharienne.

### Incidence et tendances actuelles de l'avortement

En 2015–2019, les estimations chiffrèrent à huit millions le nombre d'avortements survenant chaque année en Afrique subsaharienne<sup>7</sup>. Du fait que les deux pays les plus peuplés de la région (Éthiopie et Nigéria) se trouvent en Afrique de l'Est pour l'un et en Afrique de l'Ouest pour l'autre, ces deux sous-régions comptent le plus grand nombre d'avortements annuels — 3,5 millions et 2,7 millions, respectivement (Tableau 2 en annexe, page 49). Le total se traduit par un taux annuel pour l'Afrique subsaharienne de 33 avortements pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, soit un taux largement inférieur à celui observé en Asie (45), à peu près égal à celui de l'Amérique latine et des Caraïbes (32) et beaucoup plus élevé que ceux d'Europe (20) et d'Amérique du Nord (12)<sup>72</sup>.

À l'échelle mondiale, le taux d'avortement annuel est resté essentiellement inchangé entre 1990–1994 et 2015–2019, où il était estimé à 39–40 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans<sup>7</sup>. Il en va de même pour l'Afrique subsaharienne sur cette longue période: en dépit d'une hausse initiale observée entre 1990–1994 et 1995–1999, le taux régional d'avortement est resté pratiquement le même ces 25 dernières années (à 31–33 pour 1 000 femmes; Figure 3.1, page 19, et le Tableau supplémentaire en ligne, voir page 49).

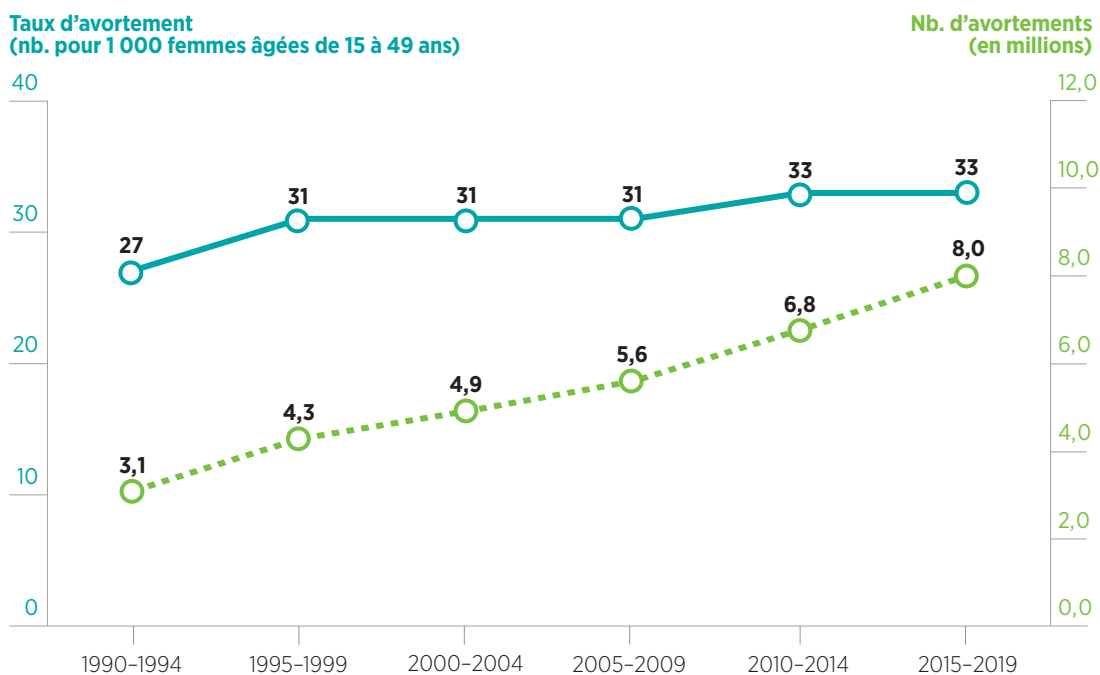
Cette stabilité apparente des taux ne signifie pas nécessairement une stabilité des nombres d'avortements. La persistance d'une fécondité élevée dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne<sup>73</sup>, combinée à une mortalité infantile en baisse<sup>74</sup>, fait que cette région a le taux de croissance démographique le plus élevé. Quand les taux d'avortement demeurent stables et que la population augmente, le nombre absolu d'avortements augmente également. En fait, le nombre absolu d'avortements par an à presque doublé en Afrique subsaharienne entre 1995–1999 et 2015–2019, passant de 4,3 millions à 8,0 millions<sup>7</sup>. La sous-région ayant l'augmentation la plus faible est l'Afrique australe, également caractérisée par le taux de croissance démographique le plus faible<sup>75</sup>.

Globalement, les taux d'avortement en Afrique subsaharienne varient peu selon la sous-région (30–35 pour 1 000 femmes). L'Afrique centrale et l'Afrique australe partagent pratiquement le même taux (30–32 pour 1 000), même si la très grande majorité des femmes âgées de 15 à 49 ans en Afrique australe (88%) vit là où l'avortement est légal sur demande (sans restriction de raison) contre moins de 1% des femmes en Afrique centrale. (En Afrique centrale, l'avortement n'est généralement légal qu'à Sao Tomé-et-Principe<sup>19</sup>, où vivent seulement 52 000 femmes en âge de procréer<sup>24</sup>.) Ce constat confirme l'observation mondiale que l'incidence de l'avortement n'est généralement pas liée à la légalité<sup>7</sup>.

Cependant, les taux sous-régionaux masquent de grandes variations d'incidence au niveau des pays. Des études utilisant la même méthodologie d'estimation indirecte, la méthode d'estimation de l'incidence de l'avortement par les complications (AICM), ont été menées entre 2008 et 2016 dans sept pays d'Afrique de l'Est et trois pays d'Afrique de l'Ouest. Les données les plus récentes de l'AICM montrent des taux d'avortement annuels allant de 16 à 17 avortements pour 1 000 femmes au Sénégal et au Zimbabwe et un maximum de 48 pour 1 000 au Kenya<sup>6,76</sup>. Entre ces deux groupes, le



**3.1** Le nombre annuel d'avortements a presque doublé entre 1995–1999 et 2015–2019 du fait de la croissance démographique en Afrique subsaharienne, alors même que le taux annuel d'avortement est resté assez stable.



Source: référence 7.

Burkina Faso, l'Éthiopie et le Rwanda avec des taux entre 23 et 28 pour 1 000 ; et le Malawi, le Nigéria, l'Ouganda et la Tanzanie avec des taux entre 33 et 39 pour 1 000<sup>6</sup>. Pour le Ghana, des données non comparables issues d'une méthodologie distincte combinant plusieurs approches ont révélé un taux de 44 avortements pour 1 000 femmes en âge de procréer en 2017<sup>77</sup>.

### Incidence de l'avortement suivant les caractéristiques des femmes

Parce que la maternité avant le mariage est fortement stigmatisée dans toute l'Afrique subsaharienne, de nombreuses femmes célibataires qui tombent enceintes veulent probablement éviter de mener à terme une grossesse non désirée. Comme la plupart des femmes de la région finissent par se marier<sup>f</sup> (celles d'Afrique australe étant l'exception notable<sup>78</sup>), les femmes encore célibataires sont généralement jeunes. Les taux d'avortement sont habituellement les plus faibles aux deux extrêmes de la plage reproductive (soit dans la tranche de 15 à 19 ans et dans celle de 45 à 49 ans). Ils atteignent leurs plus hauts niveaux chez les femmes entre le milieu et la fin de la vingtaine<sup>6</sup>. Cela dit, comme de nombreuses adolescentes (définies pour

l'ensemble de cette analyse comme celles âgées de 15 à 19 ans) n'ont pas encore eu de relations sexuelles, découvrir le véritable niveau de l'avortement chez ces plus jeunes femmes exige de limiter les données à celles qui sont à risque de grossesse — soit les adolescentes sexuellement actives (définies comme celles qui ont eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois).

Les taux d'avortement des adolescentes sexuellement actives en Afrique subsaharienne sont largement supérieurs à ceux de l'ensemble des femmes en âge de procréer. Ces taux, disponibles pour quelques pays seulement, varient entre 75–76 avortements pour 1 000 au Burkina Faso<sup>79</sup> et en Ouganda<sup>80</sup> et 123 pour 1 000 au Kenya<sup>81</sup>. Pour comprendre la mesure dans laquelle les taux d'avortement basés sur la totalité des adolescentes sous-estiment le niveau véritable de l'avortement dans cette tranche d'âge, le retrait des adolescentes non encore sexuellement actives des données produit un taux d'avortement près de trois fois supérieur en Ouganda (de 28 à 76 pour 1 000)<sup>80</sup> et près de cinq fois plus élevé en Éthiopie (de 20 à 91 pour 1 000; Encadré 3.1, page 20)<sup>82</sup>.

f) Dans ce rapport, le terme « mariage » désigne les unions informelles (consensuelles) aussi bien que celles formelles (officielles).

### 3.1 Adolescentes subsahariennes et avortement

Dans tout le sous-continent, l'écart entre l'âge du premier rapport sexuel des femmes et l'âge du mariage s'élargit<sup>83</sup>. Durant cette période d'activité sexuelle pré-nuptiale, les adolescentes peuvent courir un risque accru de grossesse non désirée. Parmi les adolescentes confrontées à une grossesse non planifiée<sup>84</sup>—voir chapitre 5 pour la définition de ce terme—beaucoup cherchent à se faire avorter, généralement dans la clandestinité en raison des contextes juridiques principalement restrictifs de la région<sup>20</sup>. Presque la moitié, 46%, de toutes les grossesses chez les adolescentes en Afrique subsaharienne ne sont pas planifiées<sup>84</sup>, et 46% de ces grossesses non planifiées, se terminent par un avortement<sup>84</sup>, quand bien même 90% des pays d'Afrique subsaharienne ont des lois restrictives sur l'avortement.

Dans huit pays de la région — Bénin, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Guinée, Mozambique, Rwanda et République centrafricaine —, la législation nationale (décrets ministériels et codes pénaux et de l'enfance, notamment) permet aux mineures de se faire avorter (Tableau 2.1, page 10)<sup>22,23,85-90</sup>. Cette autorisation est à peine mentionnée dans la littérature académique sur l'avortement; elle n'est probablement guère connue et son application est sans doute rare. Très peu de pays disposent de données sur les taux d'avortement parmi les seules adolescentes exposées au risque d'une grossesse. Ces données limitées montrent que les adolescentes sexuellement actives ont les taux d'avortement les plus élevés de toutes les femmes en âge de procréer<sup>79-82</sup>.

La très grande majorité des grossesses non planifiées qui surviennent parmi les adolescentes d'Afrique subsaharienne (86%) survient parmi les 6,5 millions qui ont des besoins non satisfaits de contraception moderne<sup>84</sup>. Ces femmes sont celles exposées au risque d'une grossesse (parce que mariées ou célibataires mais sexuellement actives), qui ne désirent pas avoir d'enfant durant les deux prochaines années mais qui n'utilisent aucune méthode ou utilisent une méthode traditionnelle. Lorsque les adolescentes sexuellement actives sont considérées séparément suivant leur

situation matrimoniale, les niveaux des besoins non satisfaits de contraception moderne sont presque toujours plus élevés chez les célibataires<sup>91</sup>. Dans les pays où l'utilisation des méthodes traditionnelles est relativement courante (5% au moins), l'utilisation est beaucoup plus élevée chez les adolescentes célibataires sexuellement actives que chez les adolescentes mariées.

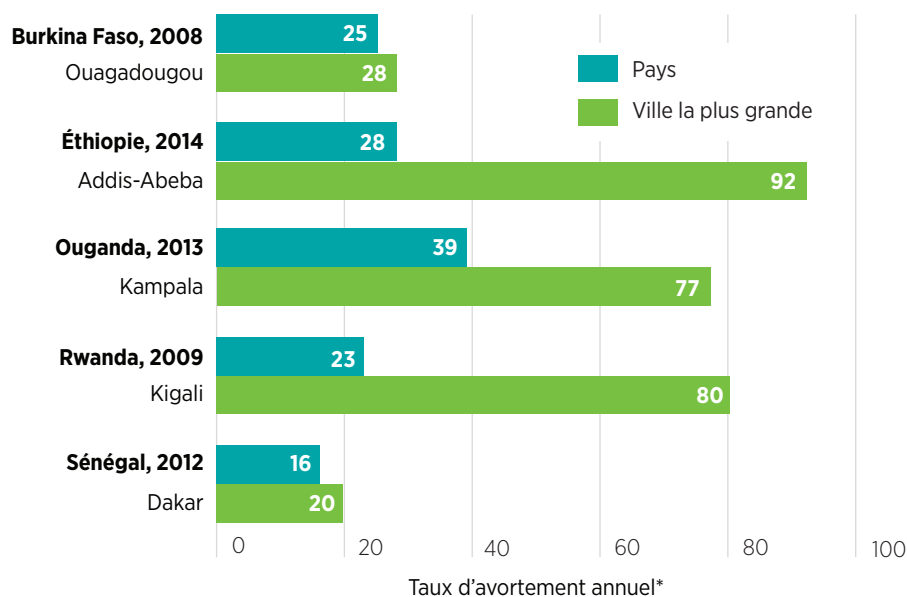
La contraception moderne n'est pas financièrement accessible à de nombreuses adolescentes, qui du reste, hésitent parfois à recourir aux services de contraception de peur d'être jugées par les prestataires pour avoir eu des relations sexuelles avant le mariage<sup>92,93</sup>. Ainsi, certaines adolescentes invoquent le fait de ne pas être mariées comme raison de ne pas pratiquer la contraception; beaucoup mentionnent également des préoccupations concernant les effets secondaires, les rapports sexuels peu fréquents et l'opposition de leur entourage à leur utilisation des contraceptifs<sup>94</sup>.

L'avortement entraîne généralement des coûts sociaux et sanitaires bien plus élevés pour les adolescentes que pour les femmes plus âgées. Par exemple, la forte stigmatisation de l'avortement, qui peut nuire aux perspectives de mariage<sup>95,96</sup>, fait que de nombreuses adolescentes célibataires enceintes se sentent forcées de recourir à l'avortement clandestin, dans des conditions potentiellement dangereuses<sup>97-100</sup>. Les adolescentes reconnaissent généralement qu'elles sont enceintes à un stade plus avancé que les femmes plus âgées, et prennent plus de temps pour décider de se faire avorter et pour obtenir l'argent nécessaire pour payer l'intervention<sup>101,102</sup>. Tous ces facteurs peuvent repousser l'avortement des adolescentes et ainsi accroître (par rapport aux femmes plus âgées) la nécessité de soins après avortement<sup>103-107</sup>. Les complications des avortements d'adolescentes prises en charge ont tendance à être plus graves que celles des femmes plus âgées et les raisons qui poussent les adolescentes à retarder l'avortement — c'est-à-dire leur hésitation face au risque d'être reconnues — expliquent aussi les retards dans la recherche de soins après avortement viraux<sup>107-112</sup>.

Les données qui précèdent concernent les adolescentes sexuellement actives dans ces pays, quel que soit leur lieu de résidence. Pourtant, la résidence urbaine ou rurale peut être associée à plusieurs facteurs importants qui influencent les niveaux de grossesses non désirées et les décisions des femmes de tous âges de les interrompre. Bien que l'utilisation plus élevée de la contraception moderne par les femmes urbaines signifie qu'elles ont des taux de grossesses non désirées plus faibles que les femmes rurales, les femmes urbaines peuvent être beaucoup plus motivées que les femmes rurales à recourir à l'avortement pour mettre fin

à une grossesse non désirée<sup>113</sup>. D'autant plus, les services et prestataires de l'avortement tendent à se concentrer dans les zones urbaines. En outre, les femmes plus instruites et plus riches s'installent souvent dans les zones urbaines. Ces femmes préfèrent généralement une famille peu nombreuse<sup>114</sup> et peuvent compter sur plus de ressources pour concrétiser ces préférences. De plus, les femmes urbaines participent généralement dans la prise des décisions en matière de santé reproductive et leurs niveaux d'autonomisation plus élevés sont également associés aux préférences d'avoir moins d'enfants<sup>115</sup>.

### 3.2 Les taux d'avortement varient grandement, mais les taux dans les grandes villes sont généralement supérieurs aux taux nationaux.



\*Nombre d'avortements pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Sources: références 79, 116, 117, 224 et Prada E et al., Incidence of induced abortion in Uganda, 2013: new estimates since 2003, *PLOS ONE*, 2016, 11(11):e0165812, doi:10.1371/journal.pone.0165812.

Les taux d'avortement dans les grandes villes sont en effet plus élevés que les taux nationaux (Figure 3.2). En Éthiopie, par exemple, le taux national est de 28 et celui de la plus grande ville et capitale du pays, Addis-Abeba, de 92<sup>116</sup>. La différence est beaucoup moins grande au Sénégal, où le taux national est de 16 contre un taux de 20 à Dakar<sup>117</sup>. En RDC, les données ne sont disponibles que pour la capitale, Kinshasa, dont le taux de 56 (non illustré) se situe à peu près dans la moyenne des cinq pays pour lesquels des données sont disponibles pour leurs grandes villes<sup>118</sup>.

#### Qui se fait avorter et pourquoi

L'information limitée dont on dispose de la part des femmes qui révèlent s'être fait avorter ou qui recherchent des soins après avortement (par opposition à celles qui recherchent des soins pour une fausse couche) montre que l'Afrique subsaharienne suit un schéma général: les femmes qui cherchent à se faire avorter sont principalement jeunes, célibataires, encore scolarisées, pas encore mères, vivant en zones urbaines, et comparées à d'autres femmes, mieux instruites et plus riches. Ainsi, dans le nord du Ghana, la proportion des femmes qui s'est faite avorter est deux fois plus élevée en milieu urbain qu'en zone rurale<sup>119</sup>. De même, une étude réalisée à l'échelle nationale en Côte d'Ivoire en 2007 a révélé

que les femmes plus riches et résidant en zones urbaines recouraient plus fréquemment à l'avortement que celles plus pauvres et rurales<sup>120</sup>.

Les femmes ont des raisons diverses — et souvent multiples — de chercher à obtenir un avortement. Une étude menée en 2016 sur des patientes en soins après avortement à Kinshasa a révélé que les deux principales raisons invoquées par les femmes avaient trait à la stigmatisation: 42% ont dit souhaiter un avortement car elles n'étaient pas mariées (ce qui vient confirmer que l'avortement serait fréquent parmi les femmes non mariées, dont les perspectives de mariage en souffriraient si cela se savait<sup>95-97,121</sup>), et 23%, vouloir protéger l'honneur familial<sup>122</sup>. Viennent ensuite les pressions financières. De même, le célibat était l'une des deux raisons principales (avec le désir de poursuivre ses études) données par les femmes qui ont été prises en charge après un avortement à risque dans trois hôpitaux tchadiens en 2015–2016<sup>123</sup>.

Malgré le manque d'information sur les raisons de l'avortement en fonction de l'âge des femmes, de nombreuses raisons énumérées ci-dessus reflètent la situation des femmes dans leur cycle de vie. Selon les données d'enquêtes nationales représentatives menées au Gabon, au Ghana et en République

du Congo, la raison principale de l'avortement invoquée par de nombreuses femmes était liée au fait qu'elles étaient jeunes: elles n'étaient pas prêtes à devenir mères ou désiraient différer leur maternité, voulaient poursuivre leurs études ou craignaient la réaction négative de leurs parents<sup>124</sup>. Le sentiment de n'être pas prête ou d'être trop jeune pour fonder une famille est une raison souvent invoquée dans les études à petite échelle de femmes en quête de traitement de complications au Ghana<sup>125,126</sup>. Relativement peu de femmes ont invoqué comme raison principale de l'avortement le désir de limiter la taille de leur famille —3% à 5% seulement au Gabon<sup>127</sup>, au Ghana<sup>128</sup> et en République du Congo<sup>129</sup>. Ce résultat est conforme à l'hypothèse selon laquelle le désir des femmes plus âgées d'éviter des naissances supplémentaires ne suffit pas à les motiver à se faire avorter.

Les données sur les tendances nationalement représentatives du Ghana, où l'avortement est largement accessible en dépit d'une législation modérément restrictive (Encadré 2.1, page 17), montrent qu'environ un tiers des femmes en 2007 et 2017 a donné des raisons pour avoir avorté qui étaient associées au fait qu'elles commençaient à peine leur vie adulte<sup>54,55</sup>. Les données révèlent clairement une incohérence entre les bases légales de l'avortement<sup>67</sup> et les besoins des femmes: 4% à 7% seulement des femmes ghanéennes ont déclaré avoir subi un avortement parce que leur santé physique ou mentale était menacée ou parce que le fœtus qu'elles portaient présentait une malformation grave.

# 4

## Pratique de l'avortement et conséquences de l'avortement non sécurisé

L'avortement légal conforme aux normes cliniques recommandées aboutit rarement sur un avortement incomplet ou sur des complications médicales<sup>130,131</sup>. Un avortement au premier trimestre pratiqué par un prestataire qualifié selon une méthode recommandée est beaucoup plus sûr qu'une grossesse menée à terme: selon les seules données disponibles, le risque de mourir de complications d'un avortement légal au premier trimestre aux États-Unis représente à peine 7% de celui associé à l'accouchement<sup>132</sup>. Pourtant, en Afrique subsaharienne, de nombreux avortements ont encore des conséquences évitables sur la santé des femmes. Cette situation appelle sur action urgente puisque le moyen d'éviter ces résultats indus est clair.

Parmi les facteurs qui déterminent le niveau de préjudice causé par l'avortement à risque on compte le fait que la femme ait provoqué l'avortement elle-même selon une méthode dangereuse et le fait qu'elle se soit adressée à un prestataire non qualifié (utilisant souvent des méthodes non recommandées). Ces deux aspects sont liés étroitement au désir de garder le secret et aux autres facteurs primordiaux de coût et de disponibilité<sup>5</sup>.

### Pratique de l'avortement dans la région

#### *Éventail de méthodes en général*

Comme toutes leurs homologues, les femmes d'Afrique subsaharienne recourent à une vaste gamme de méthodes abortives sûres ou dangereuses. Il peut s'agir de méthodes efficaces conformes aux normes internationales les plus strictes ou de méthodes traditionnelles, souvent sans effet autre que nuisible. Il devrait être possible de décrire les méthodes utilisées, pour le moins dans les quelques pays qui autorisent largement l'avortement ou qui interprètent leur législation de manière extensive. Tel n'est cependant pas le cas, car même les pays où l'avortement est légal publient rarement ce type de données. Selon les données d'études menées en Éthiopie et en

Zambie, environ deux tiers des avortements sont effectués en utilisant le protocole thérapeutique à combinaison médicamenteuse et un tiers par aspiration manuelle intra-utérine (AMIU)<sup>133,134</sup>. L'Afrique du Sud, seul pays de taille importante en Afrique subsaharienne à autoriser l'avortement sans restriction quant à la raison, ne collecte de données que sur le nombre d'avortements pratiqués, sans préciser les méthodes utilisées<sup>135</sup>.

Les méthodes utilisées clandestinement sont encore moins connues. Une grande partie de l'information disponible sur les méthodes utilisées par les femmes provient des dossiers de soins après avortement, eux-mêmes souvent incomplets et de moindre qualité. (Ces dossiers peuvent être vagues à dessein, pour protéger les femmes du risque de poursuites judiciaires.) Par définition, les dossiers de soins après avortement ne reflètent pas les femmes dont l'avortement sécurisé n'a pas donné lieu à un besoin de soins supplémentaires, pas plus que celles qui en auraient besoin mais ne les obtiennent pas, y compris celles qui meurent avant d'accéder à un centre de soins<sup>33</sup>.

Les femmes elles-mêmes ignorent souvent quels médicaments ou concoctions elles ont pris ou comment le prestataire a procédé, et elles ne peuvent généralement décrire que vaguement le processus<sup>136</sup>. Les méthodes peu coûteuses et facilement accessibles échouent le plus souvent. Ainsi de nombreuses femmes s'y reprennent à plusieurs reprises — à commencer par des remèdes maison, par désir d'intimité, pour chercher finalement des soins en structure lorsque ces méthodes initiales échouent<sup>102,136</sup>. En effet, de nombreuses études font référence à la « dernière méthode utilisée » pour désigner la méthode qui a réellement fonctionné. La recherche de prestataires et l'atteinte du résultat d'une méthode essayée prennent du temps, de sorte que les tentatives multiples peuvent repousser l'avortement à un âge gestationnel plus avancé. Ces avortements tardifs sont plus risqués et moins

*En Afrique subsaharienne, de nombreux avortements ont encore des conséquences évitables sur la santé des femmes.*



de prestataires formés peuvent les pratiquer au-delà de certaines limites légales<sup>137</sup>.

Le degré auquel les partenaires masculins sont impliqués dans ces décisions souvent difficiles sur la méthode à utiliser est à peine connu. Les études sur l'implication masculine — un facteur largement variable suivant la nature de la relation du couple — reposent sur des mesures tellement différentes que les résultats ne peuvent en être résumés de manière fiable<sup>138,139</sup>. Il est connu que les hommes offrent souvent une assistance financière, peut-être utile à l'accès à un avortement plus sûr<sup>140,141</sup>. Un soutien émotionnel positif favorise aussi la prise d'une décision rapide du ménage concernant un traitement approprié, en temps utile, en cas de complications<sup>141</sup>. Les hommes ne sont cependant pas toujours impliqués dans le parcours de l'avortement de leur partenaire, pas plus qu'ils ne le soutiennent d'ailleurs nécessairement. Parmi les facteurs qui réduisent généralement la participation ou le soutien des hommes, on dénombre le déni de responsabilité de la grossesse, la suspicion d'infidélité ou la décision de la femme de ne pas informer son partenaire de la grossesse ou de la décision d'avorter, de peur qu'il ne la soutienne pas<sup>139</sup>.

Une fois la décision prise, la femme se fait souvent avorter en secret, informant le moins de personnes possible. Éviter les canaux formels en recourant à des remèdes populaires et traditionnels peut garantir la confidentialité recherchée. Ces méthodes couvrent une gamme de remèdes populaires mélangés à des produits et substances commerciaux (Encadré 4.1). Globalement, les méthodes d'avortement inefficaces peuvent être réparties en cinq grandes catégories: substances caustiques; remèdes à base de plantes; produits pharmaceutiques ou autres considérés à tort comme abortifs ou capables de provoquer un avortement s'ils sont pris à doses élevées; objets pointus; et effort physique intense.

D'après les données d'une enquête nationale menée auprès des ménages de la Côte d'Ivoire en 2007, les femmes avaient le plus souvent déclaré avoir utilisé des décoctions à base de plantes pour interrompre une grossesse (50%); 39% avaient reçu une dilatation et curetage (D&C) et 11%, des injections des substances inconnues<sup>120</sup>. Une autre étude d'envergure nationale réalisée en Côte d'Ivoire en 2018 indiquait qu'environ 42% des femmes qui avaient interrompu une grossesse avaient eu recours à des remèdes traditionnels.

#### ENCADRÉ

### 4.1 Méthodes abortives traditionnelles utilisées en Afrique subsaharienne

#### SUBSTANCES À INGÉRER / INTRODUIRE DANS LE VAGIN

##### Plantes/infusions

- Aloe vera<sup>142</sup> / cendres de haricots brûlés<sup>142</sup> / feuilles de manioc<sup>136</sup> / ail<sup>136</sup> / courge<sup>142</sup> / miel<sup>123</sup> / racine de tilleul<sup>136</sup> / graines de manguiers<sup>136</sup> / Plectranthus (fleur)<sup>136</sup> / cataplasme de feuilles de papayer<sup>121</sup> / racine de henné bouillie<sup>136</sup> / feuilles de sisal<sup>143</sup>

##### Produits non pharmaceutiques achetés, généralement consommés en grandes quantités

- Produits à base d'ammoniaque<sup>136,144</sup> / bicarbonate de soude<sup>142</sup> / bière<sup>102</sup> (ex. Guinness Foreign Extra Stout<sup>68</sup>) / bouillon de bœuf<sup>142</sup> / toniques sanguins<sup>68</sup> / eau-de-vie<sup>144</sup> / craie (moulue)<sup>136</sup> / Coca-Cola<sup>102</sup> / Cube Maggi (bouillon concentré)<sup>145</sup> / poison pour poisson<sup>143</sup> / Nescafé<sup>102,146</sup> / paille d'acier mélangée avec de l'Oro-Crush (sirop concentré à diluer pour une boisson non alcoolisée)<sup>144</sup> / dentifrice<sup>142</sup>

##### Combinaisons de substances achetées et de plantes

- Écorce macérée dans de l'alcool<sup>68</sup> / jus de citron sur suppositoire vaginal<sup>143</sup> / plantes imprégnées

d'alcool<sup>68</sup> / thé noir fort et chloroquine (antipaludéen)<sup>136</sup>

#### PRODUITS PHARMACEUTIQUES

##### En vente libre, généralement en grandes quantités

- Aspirine<sup>142</sup> / Cafémol (caféine plus paracétamol)<sup>59</sup> / acide folique<sup>145</sup> / laxatifs (huile de ricin et sel d'Epsom)<sup>144</sup> / paracétamol<sup>142</sup> / permanganate de potassium (nettoyant de plaie)<sup>123</sup> / antidote de morsure de serpent<sup>142</sup>

##### Antibiotiques<sup>142,143</sup>

##### Antipaludéens<sup>123,143</sup>

##### Vermifuges<sup>121,145</sup>

##### Vasodilatateurs<sup>145</sup>

##### Utérotoniques<sup>68</sup>

##### Contraception hormonale<sup>68,102</sup>

#### OBJETS À INTRODUIRE DANS LE COL DE L'UTÉRUS

- Branches de manioc<sup>143</sup> / tiges ou fils de métal<sup>142</sup> / ciseaux<sup>142</sup> / racines d'arbre<sup>142</sup>

Le misoprostol, qui commençait alors tout juste à être utilisé, n'était mentionné que par 4% des femmes<sup>147</sup>. Au Ghana, la proportion des avortements provoqués par le misoprostol a plus que triplé entre 2007 et 2017 (de 5% à 18%). En 2017, un autre cinquième était provoqué selon le protocole médicamenteux combiné, qui n'était pas encore suffisamment disponible dans le pays pour être couvert par le questionnaire de 2007<sup>54,55</sup>. L'enquête ghanéenne plus récente révèle aussi l'abandon progressif de la méthode de D&C, de 40% des femmes qui ont avorté à 24% en l'espace d'une décennie.

#### *Avortement médicamenteux — misoprostol seul, le plus souvent*

De fait, l'avortement médicamenteux a transformé, partout dans le monde, le paysage de la santé reproductive. Parmi les nombreux avantages de la méthode, le plus important peut-être pour l'Afrique subsaharienne est qu'elle est beaucoup plus sûre que la technique chirurgicale invasive encore pratiquée (mais plus recommandée) de la D&C. Le protocole combiné de mifépristone (qui interrompt la grossesse) suivie de misoprostol (qui provoque les contractions utérines) est significativement plus efficace que le misoprostol seul<sup>9148</sup>. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande ce protocole combiné et conseille l'utilisation du misoprostol seul lorsque la mifépristone n'est pas disponible<sup>149</sup>. La mifépristone coûte beaucoup plus cher que le misoprostol et est uniquement indiquée pour interrompre la grossesse, alors que le misoprostol est autorisé dans plusieurs indications. La mifépristone n'est par conséquent généralement pas disponible dans toutes les régions d'Afrique subsaharienne où les lois sur l'avortement sont fortement ou modérément restrictives<sup>150</sup>. En conséquence « l'avortement médicamenteux », dans cette région, désigne-t-il en grande majorité le recours au misoprostol seul.

Le misoprostol était initialement commercialisé comme médicament anti-ulcéreux (il s'agit aussi d'un ingrédient actif dans les médicaments contre l'arthrite que certaines femmes utilisent à des fins abortives<sup>151</sup>). Il sert aussi au traitement de l'avortement incomplet<sup>152</sup> et de l'hémorragie du postpartum<sup>153</sup>. Selon toute vraisemblance, le misoprostol a fait son apparition dans la région vers 2005, lors de son ajout à la liste de médicaments essentiels de l'OMS, une source sur laquelle de nombreux pays d'Afrique subsaharienne s'appuient dans l'élaboration de leurs listes nationales de médicaments essentiels<sup>154</sup>.

L'introduction du misoprostol comme méthode abortive pourrait bien coïncider avec un pic initial de femmes cherchant à obtenir des soins médicaux dans les établissements de santé. Ces soins ne sont cependant souvent pas nécessaires, parce que l'application correcte de la méthode provoque des saignements abondants, auxquels les femmes ne s'attendent pas et qu'elles peuvent juger alarmants<sup>6</sup>. En plus, les pharmaciens et autres prestataires leur conseillent peut-être d'obtenir des soins dans les établissements de santé au premier signe de saignement. Telle était souvent la situation observée en Amérique latine, première région où le misoprostol seul était largement utilisé pour provoquer l'avortement<sup>155</sup>.

La nature clandestine du misoprostol peut s'accompagner du risque de vente de comprimés frelatés, périmés ou autrement inefficaces par des acteurs peu scrupuleux. Des échantillons du médicament obtenus dans 15 pays, dont deux d'Afrique subsaharienne (Kenya et Nigéria), ont révélé que 40% contenaient moins de misoprostol qu'indiqué sur l'étiquette<sup>156</sup>. De même, une analyse récente de la composition de médicaments obtenus dans différents points de vente au Nigéria a indiqué qu'un tiers des comprimés de misoprostol examinés manquaient d'ingrédient actif pour être efficaces<sup>157</sup>. En outre, les comprimés sont normalement protégés par une plaquette alvéolée et scellée, en aluminium. Si cet emballage est abîmé, l'exposition à la chaleur et à l'humidité dégrade rapidement le principe actif du misoprostol, réduisant d'autant l'efficacité de la méthode pour provoquer un avortement sans risque durant le premier trimestre<sup>158</sup>.

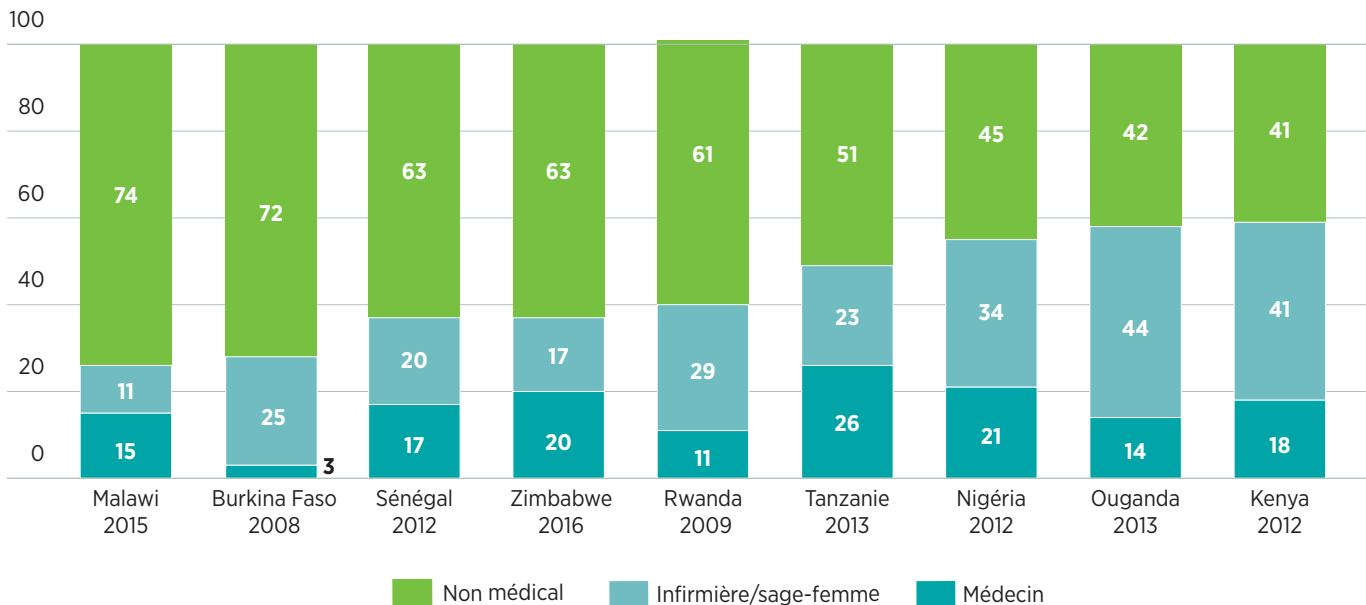
L'utilisation du misoprostol se répand clairement et le médicament est aujourd'hui largement disponible dans les villes de plusieurs pays, dont le Ghana<sup>159</sup>, le Nigéria<sup>160</sup> et la Tanzanie<sup>161</sup>. Il n'existe cependant guère d'information nationale représentative quant à l'endroit où les femmes se procurent le misoprostol et à la façon dont elles apprennent, à l'utiliser correctement. Il semblerait que les femmes — ou leur partenaire, ami(e) ou un membre de la famille — achètent du misoprostol sans ordonnance en pharmacie ou auprès d'une source informelle. L'accessibilité des femmes aux pharmacies et leurs prix raisonnables, en font souvent la source privilégiée pour les médicaments, même pour l'ensemble des soins de santé<sup>162</sup>.

Les résultats de la recherche sur l'utilisation du misoprostol varient largement, donnant à penser que les pays en sont à différents stades de

g) L'expression « avortement médicamenteux » désigne ici les deux schémas, combiné et à base de misoprostol seul. Bien que le terme « médical » soit aussi utilisé, son sens multiple en médecine peut prêter à confusion. Le terme « avortement médical » servait aussi à désigner l'avortement « sécurisé » avant l'avènement de l'avortement médicamenteux.

#### 4.1 Dans six des neuf pays disposant de données nationales, il est estimé que la majorité des avortements est réalisée par un personnel non médical.

% d'avortements par type de prestataire



NB: Le personnel non médical inclut les pharmaciens, les prestataires traditionnels et les femmes elles-mêmes. Le personnel médical inclut les infirmiers, sages-femmes et médecins. Source: référence 165.

l'introduction du médicament: au Kenya en 2013, environ un quart des pharmacies visitées ont proposé de vendre du misoprostol à des clientes fictives<sup>h</sup> et 3% leur ont proposé la mifépristone et le misoprostol<sup>163</sup>. En Zambie, en 2009, 46% des employés de pharmacie renseignaient les femmes sur les canaux d'obtention du misoprostol ou le leur vendaient, pour passer à 66% seulement deux ans plus tard<sup>164</sup>. Bien qu'il s'agisse là d'une hausse notable, l'information reste précaire quant à la qualité des instructions données aux femmes. L'expérience de l'Amérique latine suggère qu'il peut s'écouler des années avant que les informations sur le moment, la posologie et les voies d'administration optimaux du misoprostol se propagent<sup>155</sup>. D'ici là, les femmes non informées peuvent courir le risque d'un avortement incomplet ou de complications d'une méthode généralement sûre et efficace<sup>3</sup>.

Pour beaucoup de méthodes abortives — bien que pas toutes —, le prestataire fournit la méthode à la femme ou effectue lui-même l'avortement. Cela dit, les données relatives aux méthodes utilisées par chaque type de prestataire font défaut. Les estimations des professionnels de la santé concernant les méthodes utilisées sont disponibles pour neuf

pays seulement. De plus, l'utilisation du misoprostol n'était pas encore répandue dans la plupart des pays de l'étude au moment de la collecte des données. En 2009–2016, les professionnels de la santé estimaient que, dans huit des neuf pays disposant de données, des non-cliniciens (prestataires traditionnels, pharmaciens et les femmes elles-mêmes) pratiquaient plus d'avortements que des prestataires de niveau intermédiaire (infirmiers et sages-femmes) ou des médecins. Ainsi, la proportion des avortements impliquant des non-cliniciens allait de 41–45% au Kenya, au Nigéria et en Ouganda, à 72–74% au Burkina Faso et au Malawi (Figure 4.1)<sup>165</sup>.

#### Le continuum de la sécurité

Au milieu des années 2010, l'OMS a réagi au recours grandissant du misoprostol pour l'avortement clandestin en passant d'une classification binaire de la sécurité de l'avortement (sûr et non sûr, ou sécurisé et non sécurisé) à une approche reposant davantage sur un continuum<sup>166,167</sup>. La nouvelle classification divise l'avortement en trois catégories mutuellement exclusives: les interventions sécurisées sont celles dont un prestataire qualifié utilise une méthode recommandée par l'OMS suivant l'âge gestationnel; celles moins sûres ne

h) Dans les contextes restrictifs, la vente de misoprostol ne peut souvent être étudiée qu'au travers des « clientes fictives ».

satisfont qu'à un de ces critères ; et celles les moins sûres ne répondent à aucun des deux<sup>5</sup>.

Selon l'OMS, en 2010–2014, quelque trois quarts (77%) des avortements pratiqués en Afrique subsaharienne étaient non sécurisés (somme des avortements moins sûrs et les moins sûrs)<sup>2</sup>. En appliquant cette proportion à la moyenne annuelle d'avortements entre 2015 et 2019<sup>7</sup>, on trouve 6,2 millions de femmes confrontées chaque année aux conséquences sanitaires possibles des avortements à risque — conséquences qui seraient évitées si les conditions préconisées par l'OMS étaient suivies. Environ la moitié (49%) des avortements en Afrique subsaharienne sont considérés comme « les moins sûrs » (Tableau 2 en annexe, page 49)<sup>2</sup>. Les niveaux d'avortements les moins sûrs sont largement inférieurs dans les autres régions : ils sont indétectables en Europe et en Amérique du Nord, et atteignent 8% en Asie et 17% en Amérique latine<sup>5</sup>.

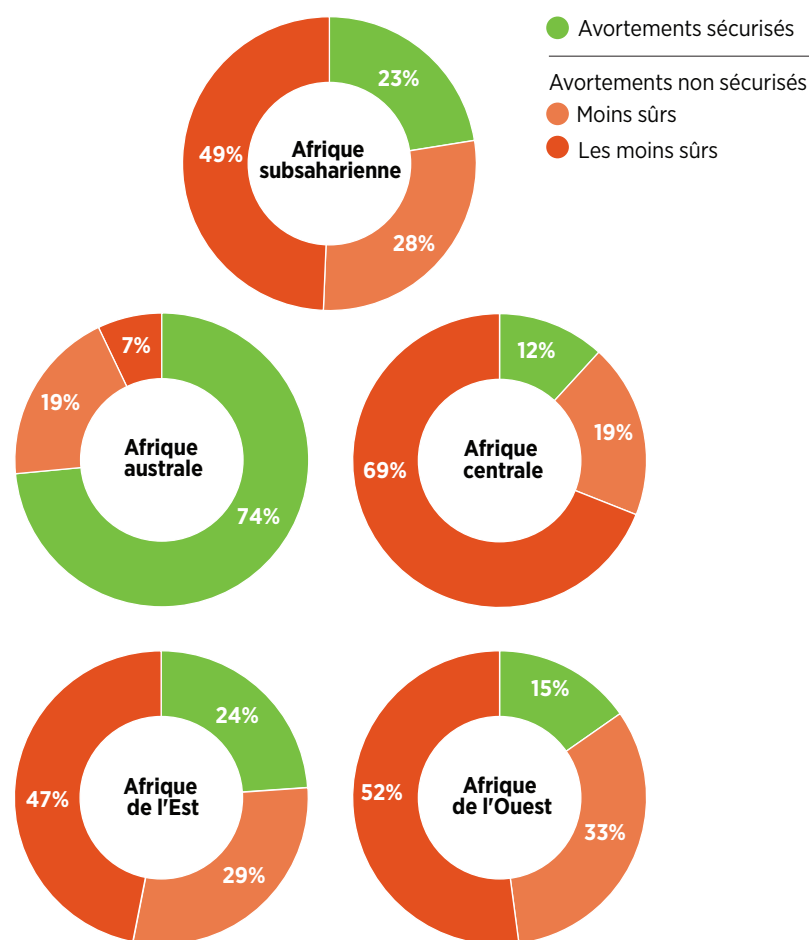
Partout dans le monde, les régions plus riches ont tendance à avoir des lois sur l'avortement plus libérales, et donc les avortements y sont plus sûrs. Ainsi, les avortements les moins sûrs représentent une légère majorité des avortements pratiqués dans les pays à faibles revenus (54%), par rapport à moins de 1% dans les pays à revenus élevés<sup>5</sup>. Cela dit, la presque absence de pays à revenu élevé<sup>i</sup> en Afrique subsaharienne rend impossible tout test de l'association habituelle entre la richesse nationale et la loi sur l'avortement, et partant sa sécurité. Par sous-région, la prévalence des avortements les moins sûrs est la plus élevée en Afrique centrale, à 69% (Figure 4.2). À l'autre extrême, en Afrique australe, 7% seulement des avortements sont considérés comme les moins sûrs. Il n'y a là rien de surprenant, quand on sait que l'Afrique du Sud, où l'avortement est dépénalisé depuis 1996, représente près de 90% de la population de la sous-région d'Afrique australe.

### Traitement requis après avortement

En Afrique subsaharienne, comme dans les autres régions du monde, les lois restrictives sur l'avortement n'empêchent pas les femmes de se faire avorter. Ces lois rendent plutôt l'avortement plus dangereux, conduisant à la nécessité de soins urgents. L'avortement incomplet est la raison la plus courante de ces soins<sup>3</sup>. Le taux d'avortement incomplet varie selon la méthode spécifique utilisée et l'âge gestationnel au moment de l'intervention. Les femmes dont l'avortement est incomplet risquent de développer des complications médicales graves, parfois même mortelles.

FIGURE

## 4.2 L'Afrique australe, où l'avortement est largement légalisé, est la seule sous-région où les avortements sécurisés sont supérieurs aux avortements non sécurisés.



NB: Les avortements sécurisés sont ceux pratiqués selon une méthode recommandée par l'OMS selon l'âge gestationnel par un prestataire qualifié. Les avortements moins sûrs ne répondent qu'à l'un de ces critères et les avortements les moins sûrs ne répondent à aucun de ces critères. Sources: références 2 et 5.

Ces complications nécessitent une attention immédiate ; en plus, une grande partie de la mortalité associée à l'avortement à risque peut être imputée à des soins après avortement tardifs<sup>168</sup> (ou insuffisants). En 2012, environ 1,3 million de femmes ont reçu un traitement à la suite d'un avortement provoqué en Afrique subsaharienne, pour un taux annuel de 6,7 cas traités pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans<sup>169</sup>. Parmi les 10 pays de la région pour lesquels ces taux ont pu être estimés, les taux de traitement annuels variaient de 3–4 cas pour 1 000 femmes en Éthiopie et à Maurice, à 12–13 pour 1 000 au Kenya et en Ouganda.

Selon des études d'incidence indirectes menées dans 10 pays dotés de lois restrictives, sur la

i) Les Seychelles, en Afrique de l'Est, sont la seule nation à revenu élevé, mais elles représentent moins de 0,001% des femmes en âge de procréer de la région<sup>24</sup>.

totalité des avortements pratiqués, quelque 44% requièrent des soins en établissement de santé pour terminer l'intervention ou traiter les complications médicales (Figure 4.3, page 29)<sup>165</sup>. Plus les femmes sont défavorisées, plus cette proportion augmente, passant de 27% parmi les femmes urbaines non pauvres à 52% parmi celles rurales pauvres. Au total, quelque 43% des femmes qui ont besoin d'un traitement ne l'obtiennent pas, et ce fardeau de souffrances évitables pour la plupart pèse de manière disproportionnée sur les femmes les plus défavorisées. La moitié des femmes rurales pauvres n'obtiennent pas les soins requis à la suite d'un avortement, alors qu'un cinquième seulement de leurs homologues urbaines non pauvres se retrouvent dans cette situation.

Concernant l'auto-administration potentiellement sûre et efficace du misoprostol, de nombreuses femmes ne sont pas correctement informées quant à son emploi ou mode d'action<sup>170</sup>. Indénombrables sont les femmes qui recherchent des soins en présence de saignements abondants, quand il s'agit de signes normaux d'un avortement provoqué au misoprostol. Selon les résultats d'une étude menée à Kinshasa, 5% des femmes recherchant des soins après avortement (provoqué ou spontané) n'avaient pas besoin de traitement<sup>111</sup>; toutes ces femmes avaient utilisé le misoprostol et ont quitté l'hôpital en bonne santé en l'espace de moins de 24 heures<sup>118</sup>. La collecte continue de données sur la gravité des complications rencontrées dans la région révèle cependant l'apparition d'une tendance à l'auto-administration éclairée et efficace du misoprostol dans quelques pays.

#### *Gravité des complications*

La gravité des complications est étroitement liée à la méthode abortive utilisée et à l'âge gestationnel au moment de l'avortement. Les dossiers de soins après avortement (concernant un traitement reçu après un avortement provoqué ou une fausse couche) montrent un fardeau substantiel de complications médicales graves de l'avortement provoqué dans des conditions non sécurisées: dans cinq pays la proportion des complications jugées graves<sup>k</sup> va de 20% en Ouganda à 37% au Kenya<sup>172</sup>.

Selon des données enregistrées en 2016 à Kinshasa, parmi les patientes en soins après avortement qui avaient besoin d'un traitement (abstraction faite de celles qui avaient pris du misoprostol et ne requéraient aucun traitement), 17% des complications liées à l'avortement étaient graves<sup>111</sup>. Les complications plus graves font non seulement

encourir des coûts personnels et de santé plus importants aux femmes et aux familles, mais elles imposent aussi des charges financières plus lourdes aux systèmes nationaux de santé: au Malawi, en 2009, le coût du traitement des complications graves mais ne requérant pas de réparation chirurgicale importante était par exemple cinq fois supérieur à celui du traitement d'une simple complication<sup>173</sup>. De même, en Sierra Leone, en 2011, le coût du traitement des complications graves représentait en moyenne près de huit fois celui d'une simple complication<sup>174</sup>.

Les retards dans l'obtention de soins peuvent exacerber la gravité des complications. Or beaucoup de femmes reportent les soins après avortement dans l'espoir que le problème se résolve de lui-même. Les autres raisons coïncident avec celles pour lesquelles beaucoup de femmes retardent leur avortement en premier lieu: le désir de ne pas être reconnue ou subir de discrimination, le besoin de temps pour trouver l'argent requis ou organiser le transport, et la peur d'être arrêtée<sup>103</sup>. Cette crainte est d'ailleurs bien fondée, car la plupart des femmes arrêtées pour avoir avorté le sont sur dénonciation par le personnel médical (qui exige parfois des dessous-de-table ou refuse même de leur accorder les soins demandés)<sup>175-177</sup>. La peur d'être humiliée, et peut-être arrêtée, joue aussi un rôle dans la décision de recourir plutôt aux soins de guérisseurs traditionnels<sup>178</sup> ou d'y renoncer complètement<sup>179</sup>.

Des retards de traitement peuvent également survenir une fois qu'une femme demande des soins. Les centres de santé locaux ne disposent souvent pas de personnel qualifié ou de l'équipement nécessaire, ce qui nécessite des références vers des établissements de niveau supérieur, et ces transferts de patientes prennent souvent beaucoup de temps. Au Kenya en 2012, le fait de ne pas recevoir de soins dans les six premières heures suivant l'apparition des symptômes a doublé la probabilité que les complications soient modérées ou sévères (par opposition à légères)<sup>109</sup>. Au Gabon, il était notoire que les prestataires faisaient attendre les femmes qui avaient interrompu une grossesse plus longtemps que les autres, aggravant peut-être leur état de santé<sup>180</sup>.

Le moment de l'avortement au cours de la grossesse y contribue également, car les complications graves sont nettement plus susceptibles de se produire après un avortement du deuxième trimestre qu'avec les avortements précoces<sup>109</sup>. Par exemple, des données de 2016 sur les complications de l'avortement et de la fausse couche à Kinshasa

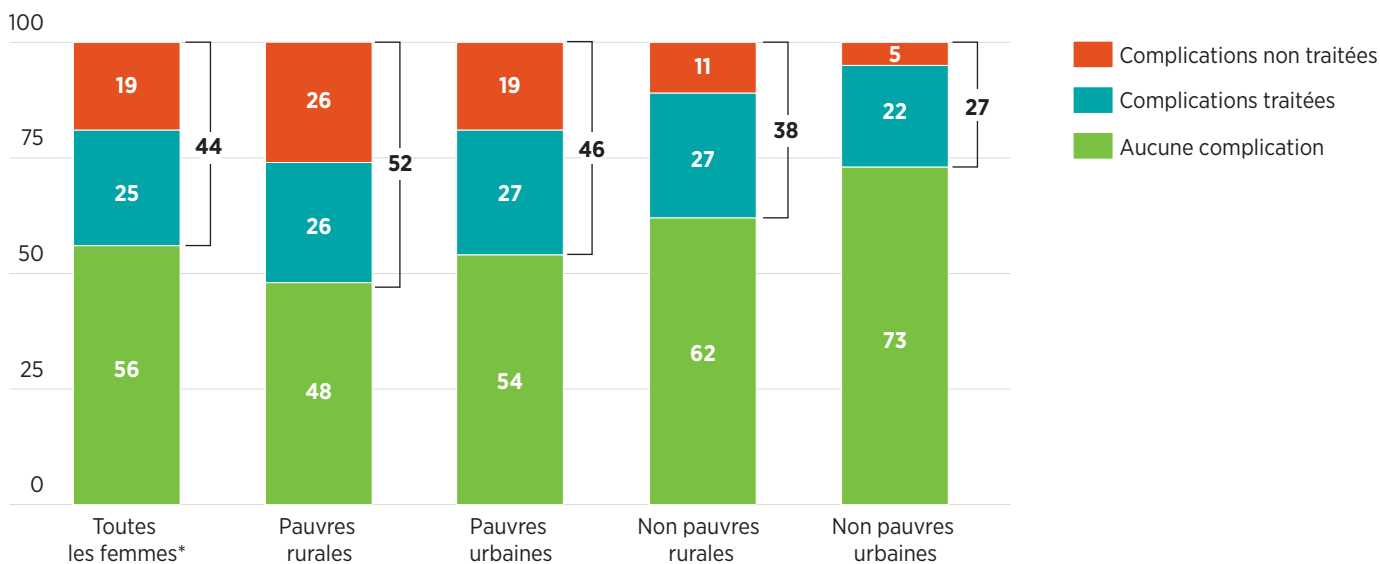
j) Les soins après avortement incluent nécessairement les femmes qui ont besoin d'un traitement pour cause d'avortement provoqué ou spontané. Les symptômes de complications de fausse couche ou d'avortement provoqué sont similaires (surtout lorsque l'approche est médicamenteuse), de sorte que les femmes cherchent, et on le comprend, à éviter l'opprobre ou la réprobation en déclarant avoir subi une fausse couche plutôt qu'un avortement provoqué<sup>171</sup>. Si quelques études relatives aux soins après avortement sont en mesure d'estimer et de faire abstraction des femmes dont l'avortement a été spontané, beaucoup ne le font pas (ou n'en ont pas la capacité). Aussi les fausses couches avec complications sont-elles souvent jointes aux avortements provoqués dans les données relatives aux soins après avortement.

k) En Éthiopie, au Kenya, au Malawi et au Zimbabwe, les cas graves répondent à l'un ou plusieurs des diagnostics suivants: abcès pelvien, perforation utérine, péritonite, septicémie (et choc septique), besoin d'intervention chirurgicale et cause inconnue aboutissant sur le décès de la femme. Pour le cinquième pays (Ouganda), les complications graves font référence à un ou plusieurs des trois derniers critères cités, plus l'obtention d'une transfusion sanguine.



### 4.3 Les femmes pauvres des zones rurales courent de plus grands risques car il est estimé que plus de la moitié de leurs avortements nécessite un traitement.

% d'avortements selon complications



\*La distribution pour l'ensemble des femmes est calculée comme moyenne pondérée des quatre sous-groupes. NB: Les données proviennent des 10 pays suivants: Burkina Faso, Éthiopie, Kenya, Malawi, Nigéria, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Tanzanie et Zimbabwe. Sources: référence 165; et tableaux spéciaux des données de l'Enquête auprès des professionnels de santé en 2014 en Éthiopie.

indiquent que les complications graves (par opposition à des complications légères ou moyennes) étaient près de quatre fois plus susceptibles de se produire chez les femmes dont la grossesse avait été interrompue au-delà du premier trimestre, par rapport aux interruptions survenues durant le premier trimestre<sup>111</sup>. La même tendance a été observée au Malawi et au Zimbabwe (mais dans une moindre mesure): les femmes recherchant des soins survenant au-delà du premier trimestre avaient 30% plus de chances de présenter des complications de plus en plus graves, par rapport à celles dont la grossesse avait été interrompue durant les 12 premières semaines<sup>108,110</sup>. Comme mentionné précédemment, les fausses couches compliquées sont comprises dans ces données — et les patientes sont souvent admises pour cause de fausse couche dans les contextes où l'avortement n'est pas largement admis par la loi<sup>181</sup>. Partant, les données sous-estiment la gravité des complications de l'avortement provoqué seul.

#### Mortalité imputable à l'avortement

Si les complications sont traitées trop tard ou pas du tout, les avortements provoqués non sécurisés peuvent entraîner la mort. Beaucoup d'études menées en Afrique subsaharienne présentent le

pourcentage de femmes décédées après avoir été admises dans des établissements de santé pour des complications liées à l'avortement. Cependant, ces valeurs fluctuent considérablement, à la fois dans le temps et entre les pays. Le taux annuel de létalité de l'avortement, soit le nombre de décès maternels pour 100 000 avortements, offre une mesure plus utile et comparable. Cette valeur comprend aussi les décès de femmes n'ayant jamais reçu de traitement. (Voir l'annexe Données et méthodes pour le calcul des taux de létalité.)

En 2019, l'Afrique subsaharienne présentait le taux annuel de létalité le plus élevé de toutes les régions du monde, à environ 185 décès maternels pour 100 000 avortements<sup>8</sup>. Les taux dans les autres régions abritant des pays à revenu faible ou intermédiaire, comme l'Asie et l'Amérique latine et les Caraïbes, s'élevaient à 14 et 16 décès seulement pour 100 000 avortements, respectivement. Le taux de l'Afrique subsaharienne se traduit chaque année par près de 15 000 décès évitables et prématurés<sup>84</sup>. On rencontre le taux de létalité le plus élevé (presque 260 décès pour 100 000 avortements) dans la sous-région de l'Afrique centrale, suivie de près par l'Afrique de l'Ouest (environ 225 pour 100 000). Moins de femmes meurent de

l'avortement (près de 160 pour 100 000) en Afrique de l'Est. Le taux de létalité le plus faible se trouve en Afrique australe, seule sous-région où l'avortement légal prédomine (environ 30 décès pour 100 000 avortements par an).

Les données sur les tendances sont encourageantes: de 2000 à 2019, à mesure que la qualité et la couverture des soins après avortement se sont améliorées et que l'utilisation clandestine du misoprostol a probablement augmenté, moins de femmes sont mortes des conséquences graves d'un avortement à risque. Au niveau régional, le taux de létalité s'est réduit d'environ deux cinquièmes, de 315 à 185 pour 100 000, marquant un progrès net vers la diminution de ces morts inutiles (Tableau supplémentaire en ligne, voir page 49).

Dans la mesure où la légalité de l'avortement est corrélée à la sécurité, la baisse en pourcentage depuis 2000 des taux de létalité a été la plus importante dans la seule sous-région où un pays de grande taille a élargi l'accès à l'avortement durant cette période. Ainsi, le taux s'est réduit de 53% en Afrique de l'Est, vraisemblablement sous l'effet de l'amélioration de l'accès à des services d'avortement sécurisé en Éthiopie, qui représente plus d'un quart de la population de la sous-région<sup>24</sup>. Selon une étude qui a compilé des données sur la mortalité provenant de plusieurs sources, la proportion estimée de décès maternels liés à l'avortement provoqué dans ce pays est en effet passée de 31% en 1980–1999 à 10% en 2000–2012<sup>182</sup>.

#### *Qualité et méthodes de soins après avortement*

Le traitement de l'avortement incomplet (qui représente la grande majorité des cas de soins après avortement) implique une procédure similaire à celle pratiquée dans la prestation de services d'avortement légal. Les normes cliniques fondées sur des données factuelles de l'OMS pour le traitement des avortements incomplets au premier trimestre<sup>3,131,183</sup>, recommandent l'aspiration intra-utérine<sup>l</sup> ou le misoprostol. Le recours au misoprostol dans les soins après avortement présente de multiples avantages interconnectés dans les contextes à faibles ressources tels que l'Afrique subsaharienne: le médicament peut être acheté à bas prix et est facile à conserver; il ne requiert pas de formations ni d'équipements élaborés; le personnel abondant de niveau intermédiaire peut l'administrer et il peut être disponible au niveau des soins primaires dans les milieux ruraux isolés<sup>152</sup>. Les résultats d'initiatives pour introduire le misoprostol

dans les soins après avortement<sup>152,184,185</sup> et ceux d'entretiens avec des patientes traitées au misoprostol après un avortement révèlent d'ailleurs de hauts niveaux de satisfaction pour cette méthode jugée sûre et naturelle<sup>186</sup>.

Cependant, la transition vers l'abandon de l'utilisation de la D&C (une méthode chirurgicale invasive non recommandée par l'OMS) est loin d'être accomplie. Le recours à la D&C pour traiter les femmes ayant besoin de soins après un avortement ou une fausse couche était encore assez répandu en 2016, au Zimbabwe (63% des cas)<sup>108</sup> et à Kinshasa (49%)<sup>111</sup>. En 2011, cette méthode était toujours utilisée dans le traitement d'une grande majorité (85%) des femmes en soins après avortement en Sierra Leone<sup>174</sup>.

Plusieurs raisons peuvent expliquer la prédominance de la D&C dans les soins après avortement dans certains pays. Parmi ceux-ci, il y a un approvisionnement insuffisant en produits de misoprostol et en kits d'aspiration intra-utérine. Le matériel d'AMIU obtenu des donateurs, s'use avec le temps et n'est pas remplacé, et peu d'établissements de santé sont à même de stériliser leur équipement<sup>112,187–189</sup>. Une autre raison probable de l'utilisation continue des D&C est que les médecins, qui ont été formés à la méthode de D&C et qui occupent disproportionnellement les hauts postes de décision, sont souvent réticents à l'idée de confier les soins après avortement à un personnel subalterne, quand bien même il serait formé à des modalités plus sûres<sup>188</sup>.

Le cas du Malawi démontre le danger de s'éloigner des pratiques recommandées lorsque les programmes de formation et d'équipement des prestataires s'avèrent insoutenables quand le financement se tarit. Selon une étude à petite échelle menée dans trois hôpitaux publics du Malawi, l'AMIU a été utilisée dans plus de la moitié des cas de soins après avortement du premier trimestre en 2010, pour retomber à un quart en 2011 puis à un dixième en 2012<sup>189</sup>. Cette baisse a été compensée par le recours accru à la D&C, utilisée dans 90% des cas de soins après avortement du premier trimestre en 2012.

La capacité d'assurer des soins après avortement complets de bonne qualité dépend non seulement de la disponibilité de personnel formé, mais aussi de celle de fournitures et équipements médicaux nécessaires pour effectuer les gestes essentiels des soins après avortement, souvent appelés «fonctions capitales». Environ un quart des

l) Bien que l'aspiration intra-utérine puisse être manuelle ou électrique — les deux modalités d'équipement sont également sûres et efficaces —, la variante manuelle est principalement référencée ici car il s'agit très largement du mode auquel les prestataires de la région sont formés et qu'ils utilisent.

hôpitaux de référence d'Ouganda et de Namibie et un tiers de ceux du Kenya, du Rwanda et du Sénégal, en disposaient pour la prestation de soins d'avortement complets en 2007–2015<sup>190</sup>. Au Zimbabwe, en 2016, 100% des établissements de niveau tertiaire qui fournissent les soins pointus en milieu urbain avaient enregistré des ruptures de stock de misoprostol — méthode présentant le meilleur rapport coût-efficacité dans le traitement de l'avortement incomplet — et, sur l'ensemble des établissements de santé de tous les niveaux, 49% manquaient de kits fonctionnels d'AMIU<sup>76</sup>. Ce manque d'équipement et de produits explique vraisemblablement l'utilisation du forceps et des doigts pour l'évacuation utérine à Kinshasa (27% des cas de soins après avortement)<sup>111</sup>, au Kenya (19%)<sup>109</sup> et au Zimbabwe (12%)<sup>108</sup>.

La discussion sur la contraception et sa fourniture dans le cadre des soins après avortement, représentent un maillon essentiel de la chaîne de prévention des grossesses non désirées et d'autres avortements non sécurisés. Les données des hôpitaux publics en Afrique du Sud, en Éthiopie, au Ghana, au Nigéria et en Zambie pour la période 2011–2013 documentent l'adoption d'une méthode contraceptive de 42% (en Afrique du Sud) à 86% (en Éthiopie) des patientes ayant eu recours à l'avortement légal et aux soins après avortement<sup>191</sup>. Au Kenya, les jeunes femmes étaient nettement moins susceptibles que leurs aînées de quitter leur source de soins avec une méthode contraceptive<sup>192</sup>.

Selon la plupart des études sur les soins de contraception après avortement, y compris les projets pilotes, les femmes quittent généralement leur source de soins après avortement avec l'injectable<sup>193</sup>. Il s'agit en effet de la méthode la plus fréquemment utilisée dans la région et la prédominance d'une seule méthode est unique parmi les régions du monde en développement. Cette prédominance donne à croire, peut-être, que la gamme complète de méthodes contraceptives n'est pas toujours proposée aux femmes d'Afrique subsaharienne<sup>194</sup>.

### **Impact des coûts des soins après avortement**

Là où l'avortement est légal, assurer la disponibilité des services sûrs et abordables est non seulement indispensable à la santé et au bien-être des femmes, mais aussi gage d'un bon rapport coût-efficacité. Dès 2019, chaque année, on dépense environ 228 millions de dollars américains pour le traitement des complications des avortements à risque<sup>84</sup>.

Compte tenu des proportions d'avortements à risque et de la taille relative des populations en âge de procréer dans les sous-régions, l'Afrique de l'Est et l'Afrique de l'Ouest représentent l'essentiel de ce montant (88 et 87 millions de dollars, respectivement); suivies de l'Afrique centrale (43 millions) et de l'Afrique australe (10 millions). L'ampleur des coûts du traitement de chaque pays varie vraisemblablement en fonction de l'incidence des avortements à risque, de la taille de la population, et des protocoles visant à maximiser l'utilisation de praticiens de niveau intermédiaire et à décentraliser les soins vers les établissements de premier niveau.

Ces coûts à l'échelle nationale ne reflètent cependant pas les coûts assumés par les femmes individuelles. Les femmes qui ne peuvent se permettre que les avortements les moins chers — et donc souvent à risque — finissent par assumer les coûts de soins après avortement les plus élevés. Les coûts plus élevés (parfois illicites)<sup>59</sup> des avortements légaux, par rapport aux avortements clandestins, perpétuent aussi les avortements à risque dans les contextes largement légaux: la plupart des femmes et des couples n'ont simplement pas les moyens de couvrir les dépenses inattendues d'un avortement<sup>171</sup>. En dehors de ces coûts directs de soins, les femmes paient sur d'autres plans: en Ouganda, trois quarts des femmes traitées pour un avortement à risque ont mentionné une perte de productivité et un tiers, une détérioration de leur situation économique<sup>195</sup>.

Les études montrent systématiquement que le traitement des complications de l'avortement à risque coûte beaucoup plus cher que de payer pour un avortement sans risque au départ. En Sierra Leone, où l'avortement est strictement interdit, les coûts encourus par le système de santé pour traiter un avortement à risque sont deux fois plus élevés que ceux d'une intervention sûre<sup>174</sup>; en Zambie, une étude similaire montre que le traitement des complications est 2,5 fois plus onéreux<sup>133</sup>. De plus, au Burkina Faso, les coûts des soins après avortement de deux hôpitaux de référence représentent 7,3 fois les coûts des services d'avortement sécurisé<sup>196</sup>. Globalement, la méthode d'avortement en établissement de santé présentant le meilleur rapport coût-efficacité dans un pays donné dépend des coûts spécifiques de son système médical et des niveaux de financement. En fin de compte, l'élargissement de l'accès à des prestations d'avortement sécurisé, *quelle que soit la méthode*, sauve toujours des vies et réduit toujours les coûts par rapport aux avortements clandestins à risque<sup>197</sup>.

*Si les complications sont traitées trop tard ou pas du tout, les avortements provoqués non sécurisés peuvent entraîner la mort.*

# 5

## Grossesses non planifiées, cause sous-jacente de l'avortement

*Les femmes interrompent aujourd'hui une proportion significativement plus élevée de grossesses non planifiées qu'il y a 30 ans.*

Jusqu'à présent, nous avons utilisé un langage général tel que « grossesses non désirées » pour décrire les grossesses qui se terminent souvent par des avortements. Dans ce chapitre, qui présente des données détaillées sur la planification de la fécondité, nous passons au langage utilisé lors de la collecte des données. Les questionnaires se sont penchés sur la planification de la fécondité, et nous révèlent le nombre des naissances (et des grossesses) récentes qui étaient planifiées (voulues au moment) et celui de celles qui n'étaient pas planifiées. Les grossesses non planifiées comprennent celles qui étaient voulues plus tard (inopportunes) plus celles qui étaient non désirées.

L'avortement concerne, dans une écrasante majorité, les grossesses qui surviennent sans être planifiées. Il est probable que seule une très petite proportion soit interrompue pour des raisons médicales ou en raison de changements imprévus dans la relation du couple ou sa situation financière. Pour limiter le nombre de leurs enfants à deux ou trois et maintenir l'espacement minimum de 33 mois médicalement recommandé entre les naissances<sup>m</sup> 198, les femmes et les couples devraient être protégés contre les grossesses non planifiées pendant la majeure partie de leur vie reproductive<sup>199</sup>.

Bien que le nombre idéal d'enfants soit actuellement plus grand en Afrique subsaharienne que dans toute autre région du monde<sup>200</sup>, il a commencé à décliner dans toutes les sous-régions à l'exception de l'Afrique centrale, où quatre<sup>n</sup> des cinq pays disposant de données n'indiquent aucune évolution véritable au fil du temps<sup>114</sup>. Selon des données récentes de deux pays où l'idéal d'enfants est le plus élevé, au Tchad et au Niger, un changement générationnel paraît évident : au Tchad, les femmes âgées de 45 à 49 ans estiment le nombre idéal d'enfants par famille à environ neuf, tandis que les femmes de 15 à 19 ans l'estiment à environ sept<sup>201</sup>; au Niger, ces deux nombres sont d'environ 11 et un peu plus de huit enfants, respectivement<sup>202</sup>.

### Incidence de la grossesse

Comme on pourrait s'y attendre compte tenu de leurs préférences pour les familles nombreuses, les femmes d'Afrique subsaharienne ont le taux de grossesse le plus élevé de toutes les régions du monde: chaque année, 218 femmes sur 1 000 tombent enceintes (Tableau 2 en annexe), contre 129 pour 1 000 en Asie, 110 en Amérique latine, 75 en Europe et 77 en Amérique du Nord<sup>72</sup>. Ce taux de grossesse particulièrement élevé dans la région fait que celui des grossesses non planifiées l'est aussi, même si la région présente aussi la plus faible proportion de grossesses non planifiées du monde : le taux de grossesse non planifiée est d'environ 91 par an pour 1 000 femmes en Afrique subsaharienne (Figure 5.1, page 33).

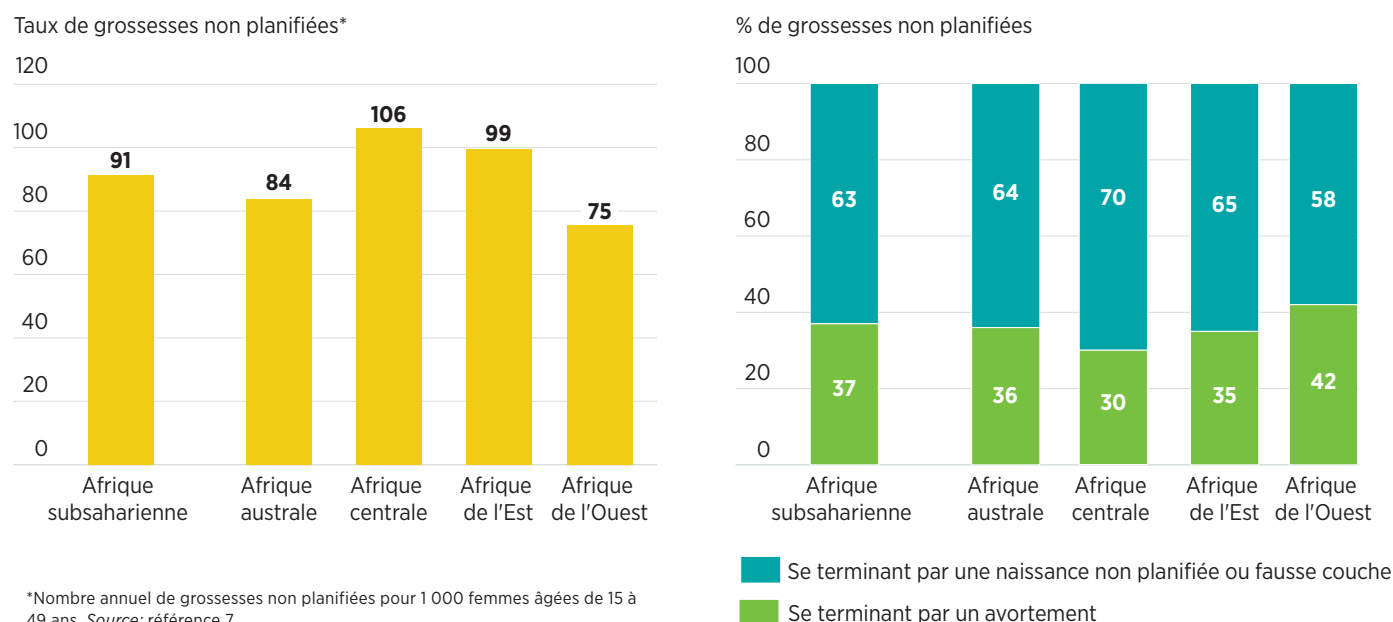
Selon les résultats des enquêtes, les grossesses non planifiées comprennent toutes celles survenant à un moment inopportun (désirées, mais plus tard) et celles qui ne sont pas du tout désirées (la femme ne voulait plus d'enfants). En termes de proportion, 42% des grossesses qui surviennent chaque année en Afrique subsaharienne sont non planifiées<sup>7</sup>. Par sous-région, les taux de grossesses non planifiées se répartissent en deux grands groupes: l'Afrique de l'Est et l'Afrique centrale partagent des taux relativement élevés (99 et 106 pour 1 000, respectivement), tandis que l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique australe présentent des taux moindres (75 et 84 pour 1 000, respectivement).

Ces taux légèrement inférieurs en Afrique de l'Ouest et australe masquent d'importantes différences dans les facteurs qui contribuent aux grossesses non planifiées: par rapport aux femmes d'Afrique de l'Ouest, celles d'Afrique australe présentent un taux annuel de grossesse largement inférieur (130 contre 230 pour 1 000) mais elles sont beaucoup plus susceptibles de connaître une grossesse non planifiée (65% des grossesses sont non planifiées en Afrique australe, contre 33% en Afrique de l'Ouest).

m) Cet intervalle d'espacement est obtenu par addition des neuf mois de grossesse à la recommandation de l'Organisation mondiale de la Santé de respecter un délai d'au moins 24 mois après un accouchement avant de tenter une nouvelle conception<sup>198</sup>.

n) République du Congo, RDC, Gabon et Tchad.

## 5.1 Le taux de grossesses non planifiées est le plus élevé en Afrique centrale mais leur pourcentage aboutissant à un avortement est le plus faible.



Une fois confrontées à une grossesse non planifiée, ce que font les femmes reflète leur motivation — et leur capacité — à en terminer avec cette grossesse par un avortement, par opposition à la mener à une naissance non planifiée. Globalement, 37% des grossesses non planifiées se sont terminées par un avortement dans la région en 2015–2019 (Figure 5.1)<sup>7</sup>. La proportion est la plus faible parmi les femmes d'Afrique centrale (30%), laissant entendre que ces femmes sont les plus susceptibles d'avoir des *naissances* non planifiées. La proportion de grossesses non planifiées se terminant par un avortement est légèrement supérieure parmi les femmes d'Afrique de l'Est et parmi celles d'Afrique australe (35% et 36%, respectivement). Les femmes d'Afrique de l'Ouest résolvent la plus grande proportion de grossesses non planifiées par l'avortement (42%), ce qui suggère que l'exposition aux risques d'avortement non sécurisé pourrait être supérieure dans cette sous-région que dans d'autres, d'autant plus qu'aucun pays d'Afrique de l'Ouest n'autorise largement l'avortement<sup>20</sup>.

Dans les quatre sous-régions — et, en fait, dans le monde entier —, les femmes interrompent aujourd'hui une proportion significativement plus élevée de grossesses non planifiées qu'il y a 30 ans. Entre 1990–1994 et 2010–2015, la proportion des grossesses non planifiées résolues par un

avortement a augmenté de 41% en Afrique subsaharienne. Par sous-région ces pourcentages d'augmentation étaient de 26% en Afrique centrale, de 44% en Afrique de l'Est et de l'Ouest et de 72% en Afrique australe (Tableau 2 en annexe et Tableau supplémentaire en ligne, page 49).

### Pratique de la contraception moderne

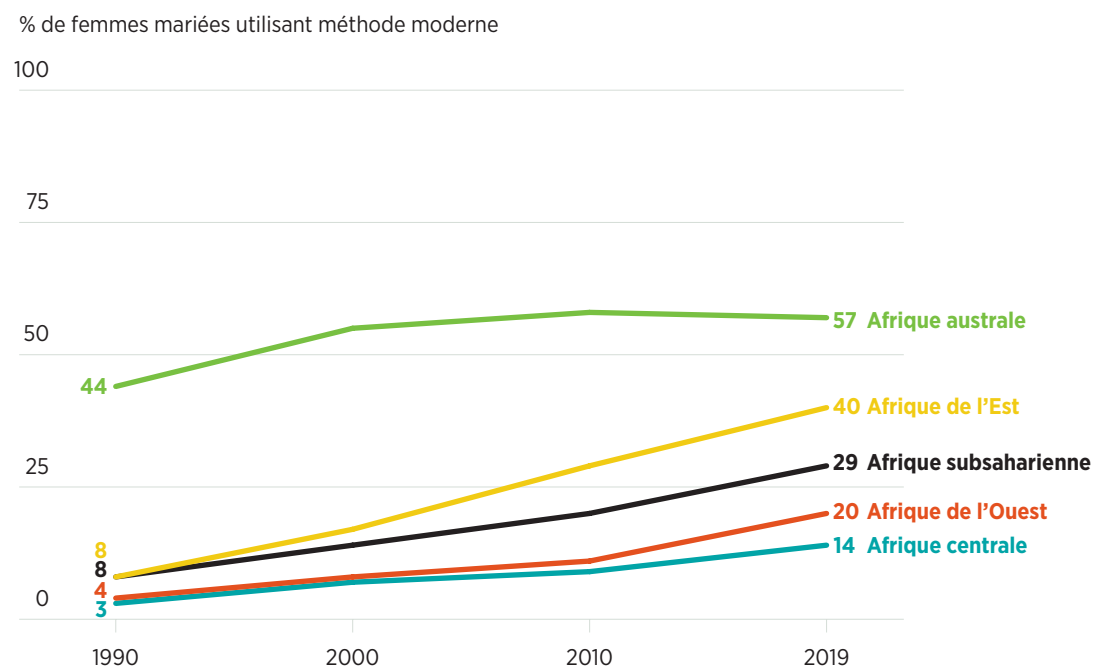
L'utilité de contraceptifs modernes dans la prévention des grossesses non planifiées n'est plus à démontrer. Bien que toutes les méthodes présentent un certain taux d'échec, les méthodes modernes échouent significativement moins souvent que les approches traditionnelles<sup>203</sup>. (Voir les définitions de la contraception moderne et traditionnelle dans l'annexe Données et méthodes.) En 2019, une moyenne de 29% des femmes mariées en Afrique subsaharienne utilisaient une méthode de contraception moderne<sup>204</sup> (Figure 5.2, page 34). La prévalence va de 14% et 20% en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest à 57% en Afrique australe. Les niveaux d'utilisation des méthodes traditionnelles sont généralement faibles, à 4% pour la région, mais l'Afrique centrale a le taux le plus élevé d'utilisation des méthodes traditionnelles, à 10%<sup>o</sup>. Les femmes mariées d'Afrique centrale courent par conséquent un risque plus élevé de grossesse non planifiée à raison d'un échec de la contraception que les femmes mariées dans les trois autres sous-régions.

o) L'utilisation des méthodes traditionnelles chez les femmes mariées est insignifiante (0,5%) en Afrique australe et atteint 3–4% en Afrique de l'Est et de l'Ouest<sup>204</sup>.



FIGURE

## 5.2 L'utilisation des méthodes modernes par les femmes mariées est en augmentation dans toute l'Afrique subsaharienne.



NB: Les méthodes modernes sont la stérilisation féminine et masculine, la contraception orale, les DIU, les préservatifs masculins et féminins, les injectables, les implants, les méthodes barrières vaginales, la contraception d'urgence et la méthode de l'aménorrhée lactationnelle.  
Source: référence 204.

Des données nationales relativement récentes (2007 à fin 2018) sur l'utilisation des méthodes modernes par les femmes célibataires sexuellement actives sont disponibles pour 37 pays (Tableau 1 en annexe). Ces femmes — particulièrement exposées au risque d'une grossesse non planifiée, partant d'un avortement non sécurisé — ont tendance à utiliser une méthode moderne de contraception plus que leurs homologues mariées<sup>205</sup>. Cette tendance se confirme dans une très grande majorité des pays disposant de données (32 sur les 37). L'utilisation de la contraception moderne par les femmes célibataires sexuellement actives est de deux à trois fois supérieure à celle des femmes mariées dans 16 de ces pays, et cinq fois supérieure dans deux pays. Le désir d'éviter une grossesse est tel parmi les femmes célibataires sexuellement actives que ce niveau d'utilisation de la contraception moderne ne suffit toujours pas à éviter des taux élevés de besoins non satisfaits en matière de contraception (voir plus bas).

Les femmes mariées d'Afrique subsaharienne sont aujourd'hui beaucoup plus aptes à prévenir une grossesse non planifiée qu'elles ne l'étaient dans un

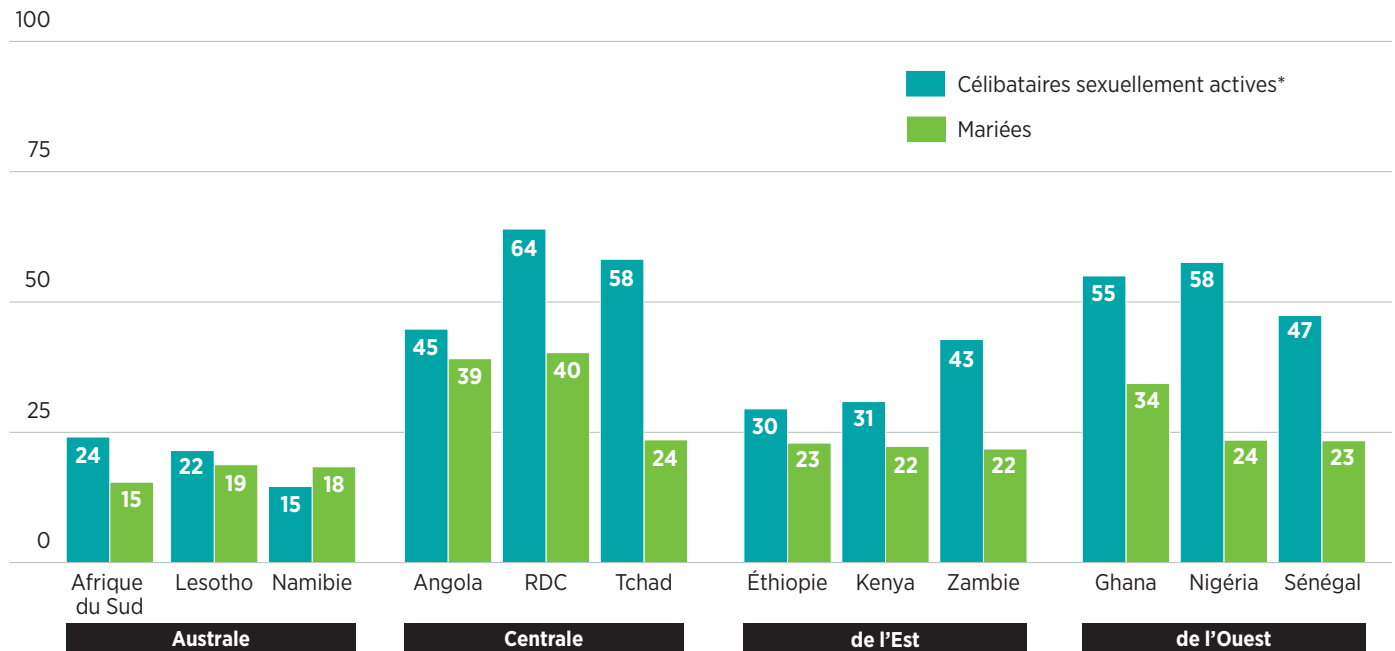
passé récent: la proportion de celles qui utilisent une méthode moderne a plus que triplé entre 1990 et 2019<sup>204</sup>, passant de 8% à 29% (Figure 5.2). Dans la sous-région la plus peuplée de la région (l'Afrique de l'Est), la hausse est particulièrement importante: la prévalence des méthodes modernes y a été multipliée par cinq depuis 1990. Les augmentations ont été plus modestes en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest, les deux sous-régions où l'utilisation actuelle est la plus faible. La valeur pour l'Afrique australe est aberrante, partant d'un point de départ largement supérieur en 1990 pour atteindre un plateau à 54–58% en 2000.

### Besoins non satisfaits de contraception moderne

Malgré la hausse de l'utilisation de la contraception décrite ci-dessus, le rythme d'adoption des méthodes modernes en Afrique subsaharienne ne suit pas la demande grandissante. Le besoin non satisfait de contraception moderne désigne, entre toutes les femmes, la proportion qui désirent éviter une grossesse pendant au moins deux ans mais qui n'utilisent pas de méthode contraceptive moderne (c'est-à-dire celles qui utilisent une méthode

### 5.3 Dans toutes les sous-régions, les besoins non satisfaits en matière de contraception moderne sont presque toujours plus élevés chez les femmes célibataires sexuellement actives que chez les femmes mariées.

% de femmes avec des besoins non satisfaits de contraception moderne



\*Celles qui ont eu des rapports sexuels au cours des quatre dernières semaines. NB: Les pays de la sélection ne sont pas nécessairement représentatifs de leur sous-région. Les besoins non satisfaits en matière de contraception moderne désignent la proportion de femmes qui ne désirent pas avoir d'enfant pendant au moins deux ans mais qui ne pratiquent pas la contraception ou qui utilisent une méthode traditionnelle. Les méthodes modernes sont la stérilisation féminine et masculine, la contraception orale, les DIU, les préservatifs masculins et féminins, les injectables, les implants, les méthodes de barrières vaginales, la contraception d'urgence et la méthode de l'aménorrhée lactationnelle. Les méthodes traditionnelles sont le retrait, l'abstinence périodique (rythme) et les méthodes folkloriques. RDC=République démocratique du Congo. Source: référence 91.

traditionnelle ou n'utilisent aucune méthode du tout). Il estime la mesure dans laquelle les femmes sont capables d'agir sur leurs préférences pour éviter une grossesse<sup>p</sup>. En Afrique subsaharienne, 89% des grossesses non planifiées concernent les femmes ayant des besoins non satisfaits. Les 11% restants surviennent chez des femmes dont la méthode moderne a échoué<sup>84</sup>.

Globalement, un peu plus d'un quart (27%) des femmes mariées d'Afrique subsaharienne ont des besoins non satisfaits de contraception moderne et, comme les femmes de la région désirent encore des familles relativement nombreuses, la majorité des besoins non satisfaits concerne les méthodes d'espacement des naissances plutôt que de limitation<sup>204</sup>. Avec un niveau des besoins non satisfaits en matière de contraception moderne de 15%, l'Afrique australe fait exception du fait qu'une très grande proportion de femmes mariées utilise la contraception moderne et ce, depuis 2000. L'Afrique de l'Est se distingue par l'ampleur du

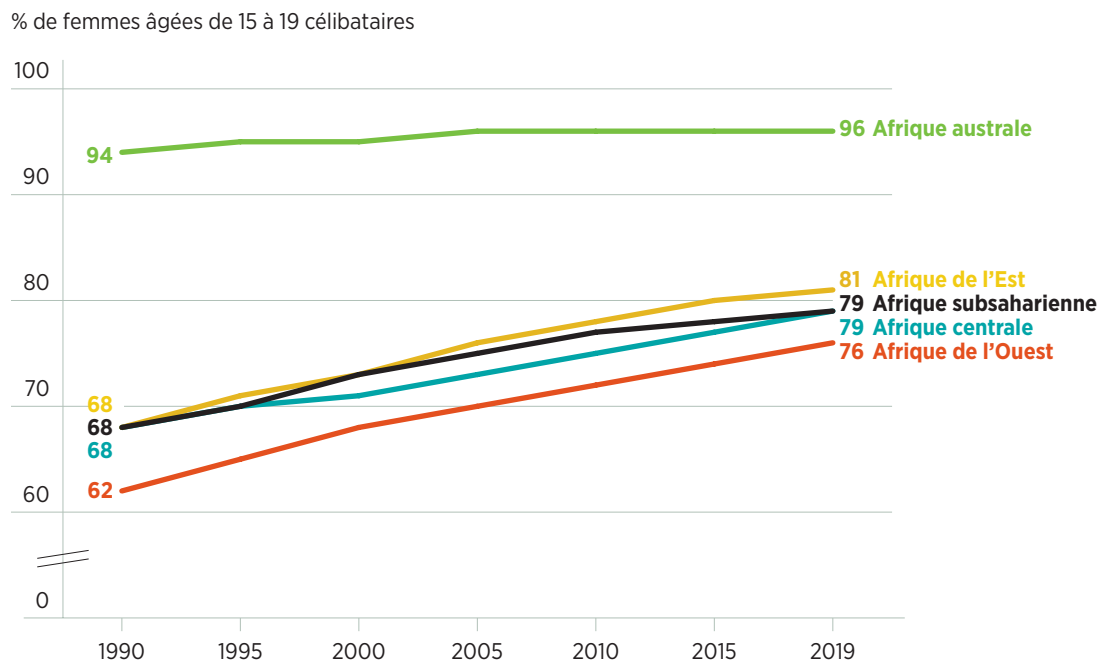
progrès réalisé: les besoins non satisfaits de contraception moderne y ont diminué de près d'un tiers depuis 2000. En revanche, on n'observe pratiquement aucun changement depuis 2000 parmi les femmes mariées d'Afrique centrale, la sous-région où les besoins non satisfaits sont les plus élevés.

Les femmes célibataires sexuellement actives d'Afrique subsaharienne ont des niveaux plus élevés d'utilisation de méthodes modernes que les femmes mariées, mais leur désir d'éviter une grossesse excède toujours leur capacité à le concrétiser. Par exemple, dans un tiers des 36 pays disposant de données, environ la moitié ou plus des femmes célibataires sexuellement actives (48–64%) n'utilisent pas de méthode moderne alors qu'elles ne désirent pas concevoir (Tableau 1 en annexe)<sup>91</sup>. Qui plus est, les besoins non satisfaits de contraception moderne sont presque toujours plus grands parmi ces femmes que parmi celles mariées, une tendance observée dans les quatre sous-régions (voir la Figure 5.3 pour des exemples non représentatifs

p) On pourrait penser que toutes les femmes classées comme ayant des besoins non satisfaits voudraient utiliser la contraception, mais ce n'est peut-être pas le cas. Certaines y sont en fait opposées, mais il n'est pas possible de les quantifier. La mesure dans laquelle le risque d'une grossesse non planifiée, et des questions qui y sont associés, entre en jeu dans leur décision de ne pas pratiquer de méthode est également inconnue.

FIGURE

### 5.4 La proportion des femmes de 15 à 19 ans célibataires a fortement augmenté en Afrique subsaharienne et dans chacune des sous-régions, à l'exception de l'Afrique australe.



Source: référence 212.

de trois pays de chaque sous-région). Cette situation rend les femmes célibataires sexuellement actives extrêmement vulnérables aux grossesses non planifiées, et donc à l'avortement à risque, étant donné le coût social élevé de la maternité hors mariage en Afrique subsaharienne.

Les niveaux actuels de besoins non satisfaits ne montrent pas l'arrêt récent de l'utilisation d'une méthode moderne. En fait, beaucoup de femmes arrêtent une méthode sans la remplacer par une autre, se rendant ainsi vulnérables à une grossesse non planifiée. Les taux d'abandon des méthodes de courte durée sont relativement élevés en Afrique subsaharienne. Pour différentes raisons, sur l'ensemble des méthodes modernes, près de la moitié (47%) des utilisateurs des méthodes modernes dans la région utilisent l'injectable<sup>194</sup>. La région est unique dans son recours disproportionné à une seule méthode. Dans les autres régions du monde, l'éventail de méthodes est constitué d'une gamme beaucoup plus large de méthodes modernes de courte et de longue durée d'action.

L'utilisation de la contraception d'urgence, qui permet d'éviter la grossesse après un rapport sexuel

non protégé, est souvent un épisode unique et n'est donc pas reflétée avec précision dans l'utilisation générale de la contraception. La disponibilité et l'utilisation de cette méthode devraient être plus répandues dans une région qui a des taux de violence sexuelle très élevés<sup>206</sup> et où 52% des femmes vivent dans les contextes où il n'y a pas d'exception légale pour interrompre les grossesses résultant d'un viol<sup>20,24</sup>. La contraception d'urgence fait partie du Dispositif minimum d'urgence (DMU) des Nations Unies pour les victimes de viol<sup>207</sup> et devrait être la première approche thérapeutique offerte aux victimes si pas plus de cinq jours se sont écoulés depuis l'agression<sup>31</sup>. (Bien que huit pays d'Afrique subsaharienne<sup>q</sup> prévoient la fourniture de la contraception d'urgence dans leurs protocoles de prise en charge après un viol<sup>206</sup>, aucune étude n'a documenté la fréquence à laquelle ces protocoles sont suivis.) Le DMU à l'intention de couvrir aussi les situations d'urgence humanitaire qui déracinent les communautés et perturbent les normes de soins<sup>208</sup>. La RDC<sup>209</sup> et la Somalie<sup>210</sup> ont été particulièrement affectées à ce titre, et les femmes déplacées du fait d'un conflit restent très vulnérables au risque d'une grossesse non planifiée et donc à l'avortement à risque.

q) Afrique du Sud, Botswana, Éthiopie, Kenya, Malawi, Rwanda, Tanzanie et Zambie.

### Quelles sont les femmes concernées par les grossesses non planifiées

Les attentes culturelles de longue date qui veulent que la maternité ne se produise qu'au sein du mariage font que la grande majorité des grossesses de femmes célibataires en Afrique subsaharienne est vraisemblablement non planifiée. Les données pour étayer cette supposition font cependant défaut, car les grossesses hors mariage sont largement sous-déclarées<sup>179,211</sup>. Comme la plupart des femmes d'Afrique subsaharienne sont mariées dès l'âge de 20 ans (à l'exception notable de celles d'Afrique australe)<sup>212</sup>, les jeunes femmes non encore mariées représentent la majorité des grossesses non maritales. Face à la certitude de l'opprobre, ces femmes recourent souvent à l'avortement comme seule possibilité d'éviter une réaction sévère (voire violente) de la famille et de la communauté<sup>99,213,214</sup>.

Des changements économiques et sociaux positifs poussent les adolescentes de la région à reporter de plus en plus le mariage, c'est-à-dire lorsqu'elles ont le pouvoir de le faire. De nombreuses femmes n'ayant pas atteint l'âge de la majorité légale n'ont toujours pas leur mot à dire dans cette décision et sont mariées par leurs parents. Le mariage avant l'âge de 18 ans reste relativement fréquent en Afrique subsaharienne, en particulier en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest. Selon des données d'enquête de 2010–2016, quelque 40% des femmes de 20 à 24 ans s'étaient mariées avant l'âge de 18 ans dans les sous-régions d'Afrique centrale et de l'Ouest combinées, où la prévalence du mariage d'enfants reste la plus élevée et le progrès vers son abolition, le plus lent<sup>215</sup>.

Le report du mariage coïncide souvent avec le désir grandissant de poursuivre les études et d'être mieux préparée à participer à la vie active. Par exemple, la proportion des jeunes femmes scolarisées au niveau secondaire dans la région a presque doublé entre 1998 et 2017 (bien que cette proportion soit encore relativement faible, à environ un tiers)<sup>216</sup>. Les signes de cette tendance au mariage plus tardif se révèlent clairement dans la proportion grandissante des adolescentes non mariées<sup>r</sup>, passée de 68% en 1990 à 79% en 2019 (Figure 5.4, page 36).

L'augmentation de l'âge au premier mariage peut prolonger la période de risque de grossesse hors mariage, et donc le risque d'avortement dangereux si les jeunes femmes vivent là où l'accès à l'avortement légal est restreint. La durée de l'exposition — c'est-à-dire le temps entre le moment où la femme

a des relations sexuelles pour la première fois et son premier mariage — est très variable<sup>217</sup>. Le premier rapport sexuel et le premier mariage coïncident quasiment dans plusieurs pays (aux Comores, en Érythrée, au Niger et au Tchad, par exemple; Tableau 1 en annexe). En revanche, l'écart entre le premier rapport sexuel et le premier mariage — et donc la période de risque particulièrement élevée de grossesse non planifiée — est passé de 3,5 à 5,0 ans dans cinq pays (Angola, Côte d'Ivoire, Gabon, Ghana et République du Congo).

r) Le faible nombre d'adolescentes séparées, veuves ou divorcées est inclus dans cette proportion globale de 15 à 19 ans actuellement célibataires.

## 6 Conclusions et recommandations

*La restriction légale [de l'avortement] ne l'élimine pas, pas plus qu'elle ne le raréfie.*

L'Afrique subsaharienne a fait de grands progrès dans la lutte contre l'avortement à risque depuis 2000. Au moment de la rédaction de ce rapport, il n'est pas encore établi si (et dans quelle mesure) le nouveau coronavirus a annihilé les progrès récents. Idéalement, l'extension des bases juridiques dans 21 pays de la région rendra l'avortement plus sûr et plus accessible, du moins selon la lettre de la loi. La réforme de lois qui réglementent un acte particulièrement stigmatisé prend du temps et peut nécessiter des années d'action stratégique multidisciplinaire pour mettre en lumière les conséquences et les coûts de santé publique de l'avortement à risque.

L'inclusion de l'avortement dans le Protocole de l'Union africaine sur les droits des femmes, dit de Maputo, a probablement favorisé l'accélération du processus. Soixante-et-un millions de femmes d'Afrique subsaharienne vivent aujourd'hui dans des pays où l'avortement est autorisé pour au moins toutes les raisons légales prescrites à l'Article 14 du Protocole de Maputo<sup>11,20-24</sup>. L'application de ce document régional conçu pour sauver des vies et protéger les droits des Africaines peut avoir un impact profond<sup>4</sup>.

Il importe de souligner que la légalité n'est pas synonyme de disponibilité ou d'accès. La plupart des 15 pays en conformité avec le Protocole de Maputo (ceux classés, pour le moins, dans la catégorie 4 et qui autorisent l'avortement en cas de viol, d'inceste et de malformation fœtale grave) doivent encore en améliorer l'application et rendre les services d'avortement légal et sûr pleinement accessibles à toutes les femmes qui en ont besoin. Bien que l'élargissement des motifs pour se conformer au protocole soit un pas en avant indéniable, il sert au mieux de base sur laquelle s'appuyer pour des progrès ultérieurs. Les « certaines conditions » de l'avortement prévues à l'Article 14 ne reflètent pas nécessairement les motifs réels pour lesquels la grande majorité des femmes cherchent à se faire avorter.

Les données collectées au fil des décennies démontrent que les femmes se font avorter indépendamment des motivations légales<sup>6</sup>. Le plus souvent, cela implique le recours à l'avortement clandestin, dans des conditions qui ne respectent pas toujours les normes cliniques requises. Selon les estimations régionales les plus récentes, couvrant la période 2010–2014, l'Afrique subsaharienne a de loin la plus forte proportion d'avortements jugés les moins sûrs (car pratiqués selon une méthode non recommandée par un prestataire non qualifié). Chaque année, près de la moitié des avortements tombe dans la catégorie « la moins sûre »<sup>2</sup>. La proportion d'avortements les moins sûrs en Afrique centrale est la plus élevée de l'Afrique subsaharienne — et du monde — atteignant 69%.

Ce qui précède n'est pas surprenant, étant donné le lien direct entre légalité et sécurité<sup>5</sup>. Plus de neuf femmes sur 10 en âge de procréer dans la région (92%) vivent dans des pays où l'avortement est fortement ou modérément restreint. Même parmi le 8% des femmes d'Afrique subsaharienne qui vivent là où l'avortement est largement légal, la force de la stigmatisation et le manque généralisé de connaissances sur les critères juridiques signifient que de nombreuses femmes recherchent encore des services clandestins. Pour la plupart des femmes vivant là où l'avortement est légalement restreint, celles qui sont économiquement aisées et vivent dans les zones urbaines sont beaucoup plus susceptibles que les femmes rurales moins privilégiées de connaître et de pouvoir se permettre des services clandestins sûrs<sup>165</sup>.

Les femmes pauvres n'ont généralement accès qu'aux prestataires non qualifiés ou à l'avortement auto-provoqué selon des méthodes potentiellement dangereuses. Cette situation définit le contexte actuel dans lequel les femmes interrompent de plus en plus les grossesses non planifiées par l'avortement — 26% de ces grossesses en Afrique subsaharienne se sont terminées par un



avortement en 1990–1994, mais 37% l'ont été en 2015–2019<sup>7</sup>. Sauf évolution de la légalité, ou la sécurité de l'avortement clandestin s'améliore, la santé d'un nombre croissant de femmes sera menacée par des avortements à risque.

Des données récentes sur la fréquence de l'avortement en Afrique subsaharienne confirment que sa restriction légale ne l'élimine pas, pas plus qu'elle ne le raréfie. En 2015–2019, le taux d'avortements annuel pour 1 000 femmes en âge de procréer était estimé à 33, virtuellement inchangé depuis 1995–1999. Même avec des taux inchangés, le nombre réel d'avortements continuera d'augmenter, pour la simple raison que le nombre de femmes en âge de procréer en Afrique subsaharienne continue de croître. Par conséquent, chaque année, plus de femmes auront besoin de soins après avortement, dont la qualité et la portée sont déjà médiocres dans de nombreux pays.

Les soins après avortement font partie des soins obstétricaux d'urgence. Ne pas pouvoir les obtenir, ou les obtenir trop tard, peut transformer la morbidité en mortalité: en 2019, les décès liés à un avortement à risque représentaient 7% de la mortalité maternelle en Afrique subsaharienne<sup>84</sup>, où le ratio de mortalité maternelle est le plus élevé de toutes les régions du monde, à 542 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes<sup>218</sup>. Les gouvernements d'Afrique subsaharienne qui se sont engagés à atteindre la cible de l'Objectif de développement durable des Nations Unies relative à la réduction de la mortalité maternelle à 70 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes à l'horizon 2030<sup>9</sup> peuvent progresser vers cet objectif en rendant l'avortement plus sûr.

Presque tous les préjudices causés par l'avortement à risque sont évitables. L'élimination de l'avortement à risque commence par l'élargissement de la disponibilité de la contraception, et donc de son utilisation, afin d'éviter les grossesses non planifiées à la base de la grande majorité des avortements provoqués. Alors que le taux de grossesses non planifiées a considérablement baissé en Afrique subsaharienne au cours des trois dernières décennies, ce taux reste de loin le plus élevé de toutes les régions du monde— principalement parce que, généralement, les taux de grossesses sont les plus élevés en Afrique subsaharienne<sup>7</sup>. Le moyen le plus direct de poursuivre la baisse des grossesses non planifiées, et entraîner par la même occasion celle des avortements à risque, consiste à accroître l'utilisation de la contraception moderne chez

les femmes qui disent ne pas désirer concevoir dans un avenir proche. Un peu plus du quart des femmes mariées déclarent vouloir éviter une grossesse mais n'utilisent pas de méthode moderne.

Comment les gouvernements d'Afrique subsaharienne peuvent-ils améliorer la situation actuelle et aider les femmes et les couples à éviter, à la fois, les grossesses non planifiées et les avortements à risque qui en résultent souvent? Les recommandations qui suivent s'inscrivent dans trois grands domaines qui se renforcent mutuellement: lois et politiques; services et conseils; et information, éducation et formation. Quelques recommandations de recherche future sont également proposées (Encadré 6.1).

### Lois et politiques

- Pour profiter au mieux de l'élan de la réforme récente, l'élargissement des bases légales entrepris dans plusieurs pays doit se poursuivre (ou, dans les contextes où il s'est arrêté, doit être repris). Le lien factuel entre l'élargissement des bases légales et la plus grande sécurité de l'avortement doit être largement disséminé, pour gagner le soutien ferme des associations médicales professionnelles, des ministères de la Santé et de groupes communautaires largement représentatifs.
- La légalité seule ne suffit pas à assurer la disponibilité et l'accessibilité de services d'avortement de qualité. Il est aussi essentiel que les

#### ENCADRÉ

### 6.1 Recommandations de recherche

Des études sur les sujets suivants sont nécessaires de toute urgence:

- La mesure précise de l'incidence de l'avortement, un acte délibérément tu et sous-déclaré
- La qualité des soins des avortements provoqués et les obstacles à l'obtention des avortements légaux
- La qualité et l'accessibilité des soins après avortement
- Les pratiques des avortements clandestins et les conséquences sociales, sanitaires et économiques des avortements à risque
- L'utilisation du misoprostol y compris les endroits où les femmes l'obtiennent; les informations reçues par les femmes sur son utilisation; et son impact sur la morbidité et la mortalité
- La stigmatisation de l'avortement et ses conséquences, y compris la normalisation des mesures de la stigmatisation, et le développement et l'étude de stratégies de réduction de la stigmatisation
- Les inégalités dans la fourniture de services de contraception et des stratégies aptes à les éliminer

*Tant que persisteront les restrictions légales et la stigmatisation, le danger posé par l'avortement à risque subsistera.*

gouvernements adoptent des politiques et des orientations d'accompagnement qui facilitent la pleine application de la loi sans obstacles administratifs majeurs. Les pays de la région disposent désormais de nombreux modèles de mise en application, parmi lesquels choisir celui qui leur convient.

- Les gouvernements doivent lever les obstacles les plus nuisibles aux services légaux, comme les exigences d'autorisation de l'avortement par plusieurs médecins et la limitation de sa pratique aux seuls médecins. Une solution de bon sens à la pénurie et au coût des médecins de haut niveau serait de réviser les lois pour permettre la pratique de l'avortement par l'ensemble des professionnels de santé<sup>183</sup>. Les prestataires qui revendiquent l'objection de conscience sans proposer l'orientation légalement requise vers un prestataire consentant peuvent aussi affecter la disponibilité. La prévention de ces abus doit être assurée, pour que les femmes aient toujours accès à un service légal.
- L'Afrique subsaharienne est semblable à d'autres régions restrictives en ce qui concerne l'énoncé, principalement dans les codes pénaux nationaux, des circonstances dans lesquelles l'avortement n'est pas punissable. Elle est cependant unique en ce qu'elle appartient à une organisation régionale, l'Union africaine, qui a produit un protocole relatif aux droits des femmes reconnaissant les motivations légales de l'avortement. La pleine conformité au Protocole de Maputo représente une norme internationale minimale à laquelle tous les pays de la région doivent adhérer — et les neuf pays qui ne l'ont pas encore fait doivent ratifier le Protocole.

### **Services et conseils**

#### *Soins d'avortement sécurisé*

- Les pays d'Afrique subsaharienne doivent suivre de près les recommandations de l'OMS concernant l'élargissement de l'accès par délégation des tâches. Étant donnée la sérieuse pénurie de médecins dans la région, il faut que les professionnels de niveau intermédiaire plus nombreux fassent plus d'interventions<sup>183</sup>.
- Si la loi nationale autorise l'avortement, des services légaux doivent être assurés dans la mesure la plus large possible. L'élaboration, la diffusion et la mise en œuvre de directives nationales conformes aux dernières recommandations de l'OMS garantiraient que les avortements légaux bénéficient de normes de sécurité fondées sur des données probantes<sup>3</sup>.

- La fourniture des prestations de service d'avortement sécurisé dans le cadre autorisé par la loi est toujours beaucoup moins coûteuse que de traiter les femmes qui se présentent pour des soins par suite d'avortements à risque. Les services sûrs doivent inclure des conseils complets et une contraception post-avortement pour aider les femmes à éviter une autre grossesse non planifiée.
- Tous les professionnels de santé qui pratiquent l'avortement doivent être formés aux techniques recommandées par l'OMS et la méthode de la D&C doit être abandonnée sans délai<sup>183</sup>. Cette méthode invasive et coûteuse doit être totalement remplacée par l'avortement médicamenteux ou par l'aspiration intra-utérine<sup>3</sup>.
- Le recours à l'avortement médicamenteux — selon le schéma d'association de mifépristone et de misoprostol lorsqu'il est disponible, ou de misoprostol seul dans le cas contraire — est aussi sûr que l'aspiration intra-utérine durant le premier trimestre<sup>3,149</sup>. Il convient d'en élargir l'utilisation, en ce qu'il présente l'avantage accru d'être souvent préféré par les prestataires (qui en apprécient l'approche moins invasive que l'avortement chirurgical) aussi bien que par les femmes (qui en valorisent le caractère privé et le processus naturel).
- Dans les pays où la loi oblige la plupart des avortements à être clandestins, les gouvernements et les ONG doivent envisager les stratégies de réduction du préjudice en donnant des informations sur le misoprostol qui ont fonctionné dans d'autres parties du monde avec des lois restrictives sur l'avortement. Les pays pourraient par exemple suivre les exemples observés en Amérique latine pour faire circuler des informations sur l'usage correct du misoprostol<sup>219</sup>. Ces stratégies doivent être adaptées en fonction de la technologie — les plateformes de téléphonie mobile, par exemple — la plus propice dans le contexte de l'Afrique subsaharienne.

#### *Soins après avortement*

- Tant que persisteront les restrictions légales et la stigmatisation, le danger posé par l'avortement à risque subsistera et des soins après avortement devront être assurés pour faire face à ses conséquences. Comme pour les avortements sécurisés, les soins après avortement devraient suivre les directives actualisées de l'OMS sur la façon de gérer les avortements incomplets et les complications médicales des avortements à risque.

- Contrairement aux services de l'avortement provoqué, les soins après avortement sont toujours légaux et, selon la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique, la déontologie médicale en exige la prestation<sup>168</sup>. Les lois qui obligent les prestataires à signaler à la police les avortements ne répondant pas aux critères légaux violent clairement cette obligation professionnelle, ainsi que le droit des patientes à la confidentialité et devraient par conséquent être rayés des codes.
- Il n'est plus à démontrer que les infirmiers et les sages-femmes sont capables d'assurer des soins après avortement parfaitement acceptables et de qualité<sup>183</sup>. Leur formation et leur autorisation à les fournir s'accompagneraient de nombreux avantages. Ces professionnels sont beaucoup plus nombreux dans la région que les médecins et sont beaucoup plus souvent dans des établissements de soins primaires, qui sont accessibles aux femmes rurales.
- Il convient de ne traiter l'avortement incomplet qu'au misoprostol ou par aspiration intra-utérine. Les ministères de la Santé doivent assurer la disponibilité régulière de ces produits et méthodes. Tout recours à la méthode de D&C dans les soins après avortement, encore fréquent dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, doit être abandonné.
- Les taux d'avortement particulièrement élevés chez les adolescentes sexuellement actives dans les quelques pays disposant de données suggèrent que ces femmes supportent une charge disproportionnée d'avortements à risque. Or la stigmatisation même qui entrave l'accès des adolescentes à la contraception empêche aussi leur accès et utilisation de soins après avortement. Le besoin de services après avortement déstigmatisés et favorables aux jeunes est par conséquent crucial à l'élimination de la peur d'être jugées expliquant l'hésitation des adolescentes à recourir à ces soins vitaux essentiels<sup>103,109,179</sup>.
- Les services de contraception et les conseils doivent être intégrés aux soins après avortement, de sorte que les femmes puissent quitter les sites de soins dotés d'une solution efficace à la prévention d'une autre grossesse non planifiée.

#### *Services contraceptifs*

- Améliorer la capacité des femmes à éviter les grossesses qu'elles ne désirent pas contribuera largement à la baisse des avortements à risque auxquelles ces grossesses donnent souvent lieu.

Les besoins non satisfaits de contraception moderne sont presque toujours plus grands parmi les femmes célibataires sexuellement actives que parmi celles mariées. Les services de contraception accessibles et financièrement abordables doivent être dénués de jugement, pour que celles qui en ont besoin n'hésitent pas à les obtenir.

- Actuellement, la plus grosse partie des besoins non satisfaits de contraception moderne en Afrique subsaharienne concerne les femmes qui désirent espacer leurs naissances<sup>84</sup>. À mesure que s'ancreront dans la région les préférences de familles moins nombreuses, le besoin évoluera vers les méthodes de limitation des naissances. Pour satisfaire au besoin actuel et futur, les programmes nationaux de planification familiale doivent proposer aux femmes et couples une gamme de méthodes qui répondent aux deux types de demande.
- Les femmes d'Afrique subsaharienne utilisent de manière disproportionnée une seule méthode contraceptive, l'injectable. Il importe d'informer suffisamment les femmes et les couples et de leur donner accès à la gamme complète de méthodes efficaces, afin de maximiser leurs options. Actuellement, le recours aux méthodes réversibles à action prolongée, qui offrent une protection efficace à long terme, est très faible en Afrique subsaharienne. Il existe là un très grand potentiel pour accroître leur offre, en particulier sur les sites de soins après avortement<sup>220</sup>.
- L'amélioration de l'accès rapide à la contraception d'urgence est cruciale, en particulier dans le contexte du viol puisque sur les 38 pays répertoriés dans les quatre catégories intermédiaires du continuum de légalité, 14 n'autorisent pas spécifiquement l'avortement pour les grossesses résultant d'un viol.

#### **Information, éducation et formation**

- La réforme de la loi serait vaine faute d'une communication généralisée des nouveaux critères au grand public, aux professionnels médicaux, aux cercles juridiques et aux responsables chargés de l'exécution de la loi. L'avortement est un sujet tellement stigmatisé que la réticence à en parler publiquement est au moins une des raisons pour lesquelles les femmes restent largement ignorantes des critères juridiques applicables. De meilleures campagnes d'information du public sont nécessaires pour informer plus largement toutes les parties de leurs droits et de leurs responsabilités.

*La réforme de la loi serait vaine faute d'une communication généralisée des nouveaux critères.*

- La stigmatisation liée à l'avortement pousse de nombreuses femmes à compromettre leur santé en se faisant avorter en dehors des voies médicales officielles. Cette stigmatisation concerne à la fois les femmes qui se font avorter et celles qui demandent des soins après avortement, ainsi que les professionnels de santé impliqués. Fournir à ces professionnels une clarification des valeurs et une formation à la sensibilité représente un point de départ important pour traiter toutes les patientes sans jugement et avec dignité. Une telle formation aide également les professionnels de santé à se défendre eux même contre la stigmatisation associée à la fourniture de services d'avortement.
- Une éducation sexuelle complète à l'école est essentielle pour sensibiliser les adolescentes et les jeunes à la prévention des grossesses non désirées. Il est tout aussi important d'en informer en plus les jeunes déscolarisés. Les taux d'avortement extrêmement élevés dans la population adolescente sexuellement active ne peuvent baisser que si les jeunes sont capables de négocier des rapports sexuels protégés et d'obtenir et utiliser correctement la contraception.
- En Afrique subsaharienne, les complications d'avortement les plus graves — ainsi que de nombreux décès liés à l'avortement — sont souvent dues à des avortements effectués au-delà du premier trimestre de la grossesse. Ainsi les ministères de la Santé doivent-ils prévoir et assurer une formation aux méthodes d'avortement sûres durant le deuxième trimestre, et élargir les ressources en personnel apte à offrir ce service et à sauver plus de vies.

#### **Passage de l'avortement non sécurisé à l'avortement sécurisé**

Il est possible d'accélérer le rythme des progrès pour garantir que toutes les femmes d'Afrique subsaharienne aient accès aux services de santé sexuelle et reproductive dont elles ont besoin. Pour ce faire, il faudra intensifier la fourniture de la contraception, des soins d'avortements sécurisés et des soins après avortement. Une collaboration soutenue de toutes les parties prenantes sera nécessaire pour étendre les critères juridiques au moins aux motifs du Protocole de Maputo de l'Union africaine. Comme l'affirme l'Observation générale de l'Union africaine sur l'Article 14: « ... le Protocole de Maputo est le tout premier traité à reconnaître l'avortement, dans certaines conditions, comme un droit humain des femmes, dont elles devraient jouir, sans restrictions ni crainte de poursuites

judiciaires<sup>10</sup> ». L'élargissement des critères légaux en vue de l'alignement sur ce protocole exige la contribution de tous les secteurs de la société.

L'Afrique subsaharienne a réalisé de grands progrès sur la discussion franche et ouverte de l'avortement à risque, un sujet qui, il y a 20 ans, était rarement abordé dans le discours public. Les acteurs locaux et internationaux ont introduit des méthodes d'avortement moins dangereuses et plus efficaces, formé divers prestataires aux méthodes plus sûres de l'avortement et aux soins après avortement, amélioré la qualité et la couverture de ces soins et élargi les critères légaux de l'avortement pour en améliorer la sécurité, réduisant ainsi le nombre de femmes ayant besoin de soins après avortement. Il est probable que la tendance naissante du désir de familles moins nombreuses et d'un meilleur contrôle d'un espacement sain des naissances se poursuivra. Mais sans un accès aux *moyens* d'avoir moins d'enfants et de mieux espacer leur naissance, le recours à l'avortement est susceptible d'augmenter à court terme.

L'élargissement de la portée de la contraception moderne et des services après avortement à la totalité des femmes qui en ont besoin est crucial. L'Afrique subsaharienne dans son ensemble ne pourra qu'en bénéficier. La capacité des femmes à limiter leurs grossesses à celles qu'elles désirent améliorera la santé des femmes et de leurs nourrissons, la condition féminine (grâce à de meilleures perspectives de scolarisation et d'emploi souvent rendues possibles quand la maternité est différée) et aussi le bien-être financier général des familles et des systèmes nationaux de santé. Les conséquences de l'inaction dans la prévention de l'avortement à risque sont graves. Il est non seulement possible mais impératif de multiplier les efforts pour faire progresser la région vers la pleine protection et l'amélioration de la santé reproductive des femmes.

# Annexe: Données et méthodes

## Estimations de l'incidence des grossesses non planifiées et des avortements

Les estimations dérivées d'un modèle bayésien complet de séries chronologiques hiérarchiques par le Guttmacher Institute et l'Organisation mondiale de la Santé sont utilisées<sup>7</sup>. Le cadre théorique du modèle examine comment la distribution des femmes en âge de procréer — et leurs comportements en matière de contraception, leurs préférences de fécondité et leur situation matrimoniale — contribuent à l'incidence des grossesses non planifiées et des avortements.

Le modèle applique essentiellement la technique résiduelle d'estimation de l'avortement dans laquelle les déterminants immédiats les plus « connaissables » de l'équation de fécondité sont réarrangés pour produire le déterminant immédiat « le moins connaissable »<sup>221</sup>. Le modèle utilise toutes les données disponibles sur les besoins et l'utilisation de la contraception en fonction de la situation matrimoniale, ainsi que sur les grossesses non planifiées et l'avortement chez toutes les femmes, pour produire des estimations pour les 48 pays d'Afrique subsaharienne. Il génère des résultats aux niveaux régional et sous-régionaux pour 1990–1994 à 2015–2019<sup>97</sup>.

Les quatre principaux déterminants immédiats (qui définissent ensemble la fécondité totale possible) sont le mariage (dans la mesure où il affecte l'exposition à la grossesse), la contraception, l'avortement et l'incapacité de concevoir postpartum<sup>221</sup>. Dans le modèle mondial complet, les données qui ont été entrées pour les 195 pays et territoires couvrent une période de 29 ans (de 1990 à 2019). Elles comprennent les nombres de femmes en âge de procréer et les niveaux d'utilisation de la contraception et les besoins non satisfaits répartis en fonction de la situation matrimoniale (ainsi que la combinaison de méthodes de contraception chez les femmes mariées). Ces données proviennent de diverses sources. Les chiffres relatifs à la contraception,

à la situation matrimoniale et à la population proviennent de la Division de la Population des Nations Unies<sup>24,204,212</sup>.

Le nombre total de grossesses est la somme des naissances, des avortements et des fausses couches. Les données relatives aux nombres de naissances viennent de la Division de la Population des Nations Unies. Les données sur l'incidence de l'avortement proviennent de statistiques officielles (principalement celles des pays où l'avortement est largement légal) et — pour les pays ayant des lois restrictives ou pour lesquels les statistiques officielles sont incomplètes — d'études nationales spécifiques et d'enquêtes nationales représentatives des femmes. Les nombres de fausses couches proviennent d'études cliniques qui ont utilisé des analyses de tables de survie dans lesquelles les fausses couches représentent environ 20% des naissances plus 10% des avortements<sup>222</sup>.

Les naissances (et grossesses) sont réparties entre celles planifiées et non planifiées. Les estimations des proportions de naissances non planifiées proviennent des déclarations faites par les femmes concernant la planification des naissances récentes dans le cadre du programme des Enquêtes démographiques et de santé (EDS) ou d'autres enquêtes similaires. Dans ces enquêtes, une naissance est considérée non planifiée si elle est voulue mais intervenue au moins deux ans plus tôt (c'est-à-dire qu'elle est « inopportune ») ou si elle n'était pas désirée du tout (« non désirée »).

Le modèle bayésien actuel permet l'échange d'informations entre périodes et zones géographiques, l'inférence statistique, et le calcul d'intervalles de crédibilité pour toutes les valeurs estimées. Il permet aussi d'estimer les tendances en fonction de la même base de données, selon la même méthodologie, et sur toutes les périodes.

s) Un modèle hiérarchique bayésien antérieur avait fourni l'incidence de l'avortement de 1990–1994 à 2010–2014 inclus. Les estimations de 1990–1994 à 2015–2019 rapportées ici remplacent complètement les estimations obtenues selon une modélisation différente, publiées en 2016 et 2018.



Le modèle présente certaines limites. La variabilité de la quantité et de la qualité des données sous-jacentes est reflétée dans les intervalles de crédibilité qui accompagnent chaque résultat. De plus amples informations sur les limites de cette approche sont décrites ailleurs<sup>7</sup>. Dans les pays de la région, les parties prenantes semblent toujours préférer les études nationales aux estimations fondées sur les modèles. Cependant, la tenue de registres précis sur l'avortement est encore très rare, même dans les quatre pays d'Afrique subsaharienne qui ont dépénalisé l'avortement. Du reste, malgré les récentes approches de recherche innovantes qui ont amélioré la précision des estimations nationales de l'avortement, la modélisation bayésienne semble toujours produire les estimations régionales et sous-régionales les plus précises, étant donné l'incertitude inévitable de ces données.

#### *Données et estimations nationales de l'avortement*

Des estimations de l'incidence de l'avortement sont présentées dans ce rapport pour plusieurs pays. Elles reposent sur une approche d'estimation indirecte, selon la méthode d'évaluation de l'incidence de l'avortement en fonction des complications traitées<sup>223</sup>. Cette méthode utilise les seules données empiriques disponibles sur l'avortement dans de nombreux pays soumis à des lois restrictives: le nombre de femmes qui obtiennent des soins dans les établissements de santé pour cause de complications, collectées dans le cadre d'une enquête nationale représentative auprès des établissements de santé.

La méthodologie s'appuie sur ces données mesurables pour estimer le nombre total d'avortements au cours d'une année donnée en interrogeant des experts rompus sur les questions de l'avortement dans le pays dans le cadre de l'enquête auprès des professionnels de santé. Une série de questions leur est posée pour permettre l'estimation de la proportion de tous les avortements par le canal de ceux qui ont causé des complications et sont répertoriés par les établissements de santé. Cette approche indirecte fournit une estimation approximative de l'incidence de l'avortement et a été décrite et évaluée ailleurs<sup>223</sup>.

Nous avons obtenu des données sur les caractéristiques des femmes qui ont eu un avortement, telles que leur âge, leur situation matrimoniale et comment et pourquoi elles ont eu un avortement, à partir d'enquêtes nationales représentatives et à petite échelle. Étant donné la rareté de

l'information décrivant l'avortement dans ces pays pour la plupart légalement restrictifs, la grande majorité des données limitées dont nous disposons sur les méthodes et les prestataires de l'avortement ont dû provenir d'enquêtes non représentatives auprès de femmes qui ont développé des complications et se sont présentées pour des soins après avortement. Ces enquêtes, en particulier les enquêtes représentatives et prospectives sur la morbidité au niveau national, fournissent des informations sur les types et la gravité des complications que subissent les femmes.

Ces sources ne sont pas exemptes de biais. L'avortement est largement sous-déclaré en général et les enquêtes auprès des femmes recevant des soins après avortement en particulier souffrent de fausses déclarations, puisque de nombreuses femmes font état, et on le comprend, de complications de fausse couche et non d'avortement provoqué (les symptômes des deux pouvant être indissociables). De plus, les informations fournies par les femmes sur les méthodes d'avortement utilisées ne sont pas souvent fiables. Par exemple, elles peuvent recevoir un comprimé sans savoir de quoi il s'agit ou comment l'utiliser, posant un problème particulièrement difficile à résoudre quand on sait que l'utilisation du misoprostol a augmenté dans la région, surtout dans les villes<sup>159-161</sup>.

De plus, lorsque les estimations nationales sont produites par région ou lieu de résidence, l'approche peut surestimer l'incidence de l'avortement relative aux endroits où les femmes *se rendent* — en particulier les zones métropolitaines. Les femmes se déplacent et se rendent souvent dans les villes en quête, à la fois, de services d'avortement et après avortement plus accessibles, de meilleure qualité et susceptibles d'offrir l'anonymat. Comme il n'est pas facile, ni même possible, de déterminer d'où viennent ces femmes, elles sont par nécessité présumées résidentes de ces zones métropolitaines (généralement les capitales), ce qui surestime la véritable incidence de l'avortement dans les zones métropolitaines<sup>224</sup>.

#### **Sécurité de l'avortement**

La classification de l'OMS établit trois catégories de sécurité de l'avortement: sécurisé, moins sûr et le moins sûr<sup>5</sup>. Le total d'avortements non sécurisés est la somme des avortements moins sûrs et les moins sûrs. Un avortement est qualifié de sécurisé s'il satisfait à deux critères généraux: il a été provoqué 1) selon une méthode recommandée par l'OMS à l'âge gestationnel recommandé et 2) par une



personne dûment formée. Les avortements moins sûrs ne répondent qu'à un de ces critères et ceux les moins sûrs, ni à l'un ni à l'autre.

Un autre modèle hiérarchique bayésien répartit le nombre annuel d'avortements en fonction de leur sécurité pour la période 2010–2014<sup>5</sup>. Ses prédicteurs de sécurité sont la disponibilité de méthodes d'avortement sécurisé, de prestataires qualifiés et de structures équipées pour fournir un avortement sécurisé. Ont été aussi considérés la force de la stigmatisation de l'avortement (qui peut influencer les niveaux d'autonomie et d'action des femmes), la volonté des prestataires à pratiquer des avortements et la qualité générale des services de santé et de l'infrastructure sanitaire.

*Covariables du modèle de sécurité:* Les prédicteurs théoriques pour un pays donné étaient représentés dans le modèle par : le nombre d'années d'enregistrement de la mifépristone, la proportion de la population urbaine, et le score du pays sur l'indice des inégalités de genre (mesure composée des indicateurs de la santé reproductive, d'autonomisation et du statut économique des femmes)<sup>225</sup>. Le statut d'enregistrement du misoprostol pour toute indication dans le pays a aussi été ajouté comme covariable.

*Données d'entrée:* Toutes les données sur les méthodes utilisées, les types de prestataires et les lieux de prestation de l'avortement ont été recherchées systématiquement. Elles provenaient des statistiques nationales, des EDS et autres enquêtes du genre, ainsi que d'autres études nationales et infranationales. Au total, les données de 182 pays et territoires ont été analysées. Les années 2010–2014 ont d'abord été considérées comme bornes; toutefois, en l'absence de données plus récentes, les informations des années 2008–2009 ont été utilisées. Les données au niveau national ont été considérées optimales, mais celles de niveau infranational suffisamment fiables ont été aussi utilisées.

### Lois nationales de l'avortement

Le statut juridique actuel dans les 48 pays de la région repose largement sur les informations rassemblées par le *Center for Reproductive Rights* (CRR)<sup>20</sup>. Ont été aussi ajoutés à cette base les codes pénaux et des décrets nationaux de trois pays<sup>†</sup>. Les informations sur les changements au fil du temps proviennent principalement des aperçus de la réforme juridique de 1994 à 2014<sup>226</sup> et de 2008 à 2019<sup>227</sup>. Le nombre et les proportions de femmes

en âge de procréer à répartir dans les six catégories de légalité proviennent des données démographiques nationales de 2019 obtenues de la Division de la Population des Nations Unies<sup>24</sup>.

Nous utilisons six catégories de légalité, alors que le CRR se limite à cinq car il n'a qu'une seule catégorie de santé, reflétant la définition holistique de la santé donnée par l'OMS. Cependant, nous avons besoin de catégories distinctes pour la santé générale (physique) et pour la santé mentale, afin de mesurer les progrès vers le respect des motifs d'avortement sans risque du Protocole de Maputo de l'Union africaine, qui mentionne explicitement la santé mentale<sup>u</sup>. La définition d'une catégorie explicitement associée à la santé mentale nous a en outre permis de documenter l'évolution des bases légales de la santé physique à la santé physique et mentale (survenue dans trois pays).

### Mortalité de l'avortement

Nous avons calculé les taux de létalité régionaux et sous-régionaux de l'avortement en 2000 et en 2019 selon l'approche *Adding It Up*<sup>228</sup>. Pour les estimations de 2019, nous avons d'abord obtenu le nombre de décès maternels nationaux par pays pour l'année 2017. Cela impliquait de calculer le ratio de mortalité maternelle — c'est-à-dire le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Ce calcul a été obtenu en utilisant le nombre non arrondi de décès maternels provenant de la base de données des estimations conjointes de la mortalité maternelle en 2017 faites par cinq organismes internationaux<sup>218</sup> et le nombre de naissances de la Division de la Population des Nations Unies<sup>24</sup>. Ce ratio a ensuite été appliqué au nombre de naissances en 2019 pour estimer le nombre de décès maternels en 2019.

Nous avons ensuite estimé le nombre de décès au niveau des pays causés par les complications de l'avortement. Nous avons commencé par les estimations de cause de décès en 2017 dans les 48 pays de la région, obtenues de l'*Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME). Les décès maternels tardifs (survenus au moins 42 jours après la fin de la grossesse) ont été exclus par souci de conformité avec la définition de l'OMS de la mortalité maternelle. Les estimations de l'IHME combinent les décès imputables aux avortements provoqués et aux fausses couches<sup>229</sup>; pour calculer les décès dus uniquement aux avortements, nous avons supprimé les décès liés aux fausses couches sur la base du taux d'un décès maternel pour 100 000 fausses couches à 14–27 semaines de grossesse<sup>230</sup>. En

t) Les trois pays classés différemment dans les catégories par rapport à celles du CRR sont l'Éthiopie, le Mozambique et le Rwanda. Ainsi, notre classement des pays et les calculs du nombre de femmes en âge de procréer figurant dans les catégories diffèrent légèrement de ceux du CRR.

u) L'Article 14(2)c du Protocole de Maputo est l'instrument de l'Union africaine sur les droits humains obligeant les États membres à légaliser l'avortement lorsque la vie de la femme enceinte est en danger, pour protéger sa santé physique ou mentale et en cas de viol, d'inceste et de malformation fœtale grave.

appliquant cette proportion finale des décès dus à l'avortement au nombre de décès maternels survenus en 2019 (d'après les estimations du Groupe interinstitutionnel pour l'estimation de la mortalité maternelle), nous avons obtenu le nombre de décès imputables à l'avortement dans chaque pays de la région.

Enfin, nous avons additionné les chiffres propres à chaque pays pour produire les totaux régionaux et sous-régionaux, qui ont servi de numérateurs dans le calcul des taux de létalité de l'avortement. Le dénominateur est le nombre d'avortements en 2019, obtenu à partir de la moyenne annualisée pour 2015–2019 du modèle hiérarchique bayésien, multiplié par 100 000<sup>72</sup>. Les estimations des taux de létalité de l'avortement pour l'année de référence 2000 ont été obtenues selon un processus similaire.

### **Morbidité imputable à l'avortement à risque**

*Taux de traitement des complications de l'avortement.*

Une étude a utilisé des données nationalement représentatives de 26 pays en développement, dont 10 d'Afrique subsaharienne, pour estimer les taux régionaux et sous-régionaux de traitement des complications de l'avortement à risque en 2012<sup>169</sup>. Les estimations nationales reposent sur les données d'études publiées de pays sur les soins après avortement et sur celles des systèmes de santé nationaux.

*Estimations des avortements avec complications nécessitant des soins médicaux.* Nous avons utilisé des informations sur la probabilité de nécessiter et d'obtenir des soins pour cause de complications d'un avortement issues de l'enquête auprès des professionnels de santé, l'une des deux enquêtes utilisées dans la méthode d'estimation de l'incidence de l'avortement par les complications. Les professionnels de santé et autres participants à l'enquête sont sélectionnés en fonction de leur expertise et de leur connaissance de l'avortement dans leur pays. Il s'agit de prestataires médicaux (personnel infirmier, sages-femmes et médecins) et d'autres experts ayant des perspectives éclairées (décideurs politiques, chercheurs, acteurs de plaidoyer et spécialistes des services et programmes de santé publique). Les résultats des enquêtes auprès des professionnels de santé de 10 pays<sup>v</sup> sont présentés ici; ces enquêtes ont été menées entre 2008 et 2016.

Les professionnels qui ont pris part à l'enquête ont été interrogés sur leurs perceptions de l'offre d'avortement —les types de prestataires et

les méthodes utilisées, le risque d'avortement incomplet et de complications médicales associé à chaque type de prestataire, la probabilité que les femmes obtiennent un traitement dans un établissement si des complications surviennent, et les coûts de l'avortement et du traitement.

Étant donné que les pratiques et les résultats de l'avortement varient considérablement en fonction du niveau de pauvreté et du lieu de résidence, les répondants à l'enquête auprès des professionnels de santé ont fourni des informations séparément pour chacun des quatre grands sous-groupes. Ces groupes incluent: les femmes urbaines pauvres, les femmes rurales pauvres, les femmes urbaines non pauvres et les femmes rurales non pauvres. La pauvreté était définie ici comme le fait de vivre dans un ménage dont le revenu est inférieur à la moyenne nationale (par exemple, en termes de salaire minimum, dans les pays où ce concept est généralement reconnu); comme éprouvant des difficultés à payer les produits de première nécessité; ou comme ayant un faible niveau de scolarité. La moyenne des réponses a été établie pour produire un profil approximatif de chacun des quatre sous-groupes et les moyennes ont été pondérées selon la taille de la population de chaque sous-groupe pour produire les moyennes du pays dans son ensemble. Ce total national a ensuite servi à créer le multiplicateur pour gonfler les cas traités et produire le nombre total d'avortements survenant dans le pays.

### **Indicateurs de santé sexuelle et reproductive**

Les enquêtes EDS nationalement représentatives de la santé sexuelle et reproductive des femmes sont les principales sources de données. Les indices synthétiques de fécondité, les niveaux d'utilisation de la contraception et les besoins non satisfaits ainsi que les données relatives à la planification des naissances et l'activité sexuelle la plus récente proviennent de la dernière enquête en date de chaque pays dans laquelle la majorité de ces indicateurs était disponible. L'enquête la plus ancienne remonte à 2007 et nous nous sommes efforcés d'actualiser les enquêtes nationales à mesure que de nouvelles données étaient disponibles. Pour les tendances temporelles de l'utilisation de la contraception moderne, nous nous sommes appuyés sur des données pluriannuelles provenant des estimations fondées sur des modèles des Nations Unies, qui reposent elles-mêmes sur les données d'EDS et autres enquêtes du genre.

v) Burkina Faso, Éthiopie, Kenya, Malawi, Nigéria, Ouganda, Rwanda, Sénégal, Tanzanie et Zimbabwe.

Dans ce rapport, nous classons comme méthodes modernes de contraception la stérilisation féminine et masculine, la contraception orale, la contraception d'urgence, les DIU, les injectables, les implants, les préservatifs féminins et masculins, les diaphragmes, les mousses ou gels contraceptifs, la méthode de l'aménorrhée lactationnelle, la méthode des jours fixes, les capes cervicales et les éponges contraceptives. L'abstinence périodique (méthodes du rythme et du calendrier), le retrait et les méthodes populaires sont qualifiées de méthodes traditionnelles. Les femmes qui présentent un besoin non satisfait de contraception moderne sont celles, âgées de 15 à 49 ans, capables de concevoir mais qui désirent éviter une grossesse et n'utilisent pas de méthode moderne. Les grossesses non planifiées comprennent celles voulues mais plus tard, et celles non désirées du tout.

Nous avons dû utiliser deux définitions de l'activité sexuelle actuelle pour les femmes célibataires. Pour les estimations des besoins non satisfaits de contraception moderne parmi les femmes célibataires sexuellement actives, nous définissons l'activité sexuelle comme le fait d'avoir eu des rapports sexuels durant les quatre semaines précédant l'enquête. Pour pouvoir calculer les taux d'avortement parmi les adolescentes sexuellement actives, nous avons cependant élargi cette période aux 12 mois précédant l'enquête, afin de garantir une taille d'échantillon suffisamment large pour l'analyse.

Pays et année	Indice synthétique de fécondité (naissances par femme*)	Indice synthétique de fécondité désirée (naissances par femme†)	% de naissances récentes non planifiées‡	% de femmes (15–49 ans) utilisant une méthode de contraception moderne§		% de femmes (15–49 ans) ayant des besoins non satisfaits de contraception moderne**,§		Âge médian au premier rapport sexuel	Âge médian au premier mariage
				Mariées	Sexuellement actives, célibataires††	Mariées	Sexuellement actives, célibataires††		
<b>AFRIQUE AUSTRALE</b>									
Afrique du Sud, 2016	2,6	2,0	55	54	64	15	24	18,0	31,1
Eswatini, 2006–2007	3,8	2,1	67	48	63	28	30	18,2	25,6
Lesotho, 2014	3,3	2,3	52	60	72	19	22	18,5	21,0
Namibie, 2013	3,6	2,9	53	55	78	18	15	19,2	30,4
<b>AFRICA CENTRALE</b>									
Angola, 2015–2016	6,2	5,2	35	13	27	39	45	16,7	20,4
Cameroun, 2018	4,8	4,3	21	15	43	27	38	17,3	20,6
Congo, 2011–2012	5,1	4,8	31	20	43	43	43	16,3	19,7
Gabon, 2012	4,1	3,4	41	19	45	38	39	17,1	22,1
Guinée équatoriale, 2011	5,1	4,4	30	10	17	37	nd	16,4	21,2
RDC, 2013–2014	6,6	5,7	32	8	21	40	64	17,0	19,3
Sao Tomé-et-Principe, 2008–2009	4,9	3,3	53	34	46	42	39	17,8	19,2
Tchad, 2014–2015	6,4	6,1	13	5	19	24	58	16,5	16,4
<b>AFRIQUE DE L'EST</b>									
Burundi, 2016–2017	5,5	3,6	34	23	34	35	38	19,6	20,2
Comores, 2012	4,3	3,8	33	14	32	38	58	21,1	21,1
Éthiopie, 2016	4,6	3,6	25	35	55	23	30	18,6	19,0
Kenya, 2014	3,9	3,0	38	53	61	22	31	18,1	20,5
Madagascar, 2008–2009	4,8	4,2	13	29	29	29	51	17,1	18,2
Malawi, 2015–2016	4,4	3,4	43	58	43	20	41	17,4	18,6
Mozambique, 2011	5,9	5,2	16	11	30	24	41	16,1	18,1
Ouganda, 2016	5,4	4,3	44	35	47	33	35	17,6	19,4
Rwanda, 2014–2015	4,2	3,1	38	48	35	25	48	21,5	22,8
Tanzanie, 2015–2016	5,2	4,5	34	32	46	29	33	17,5	19,7
Zambie, 2018	4,7	4,0	38	48	43	22	43	16,9	19,8
Zimbabwe, 2015	4,0	3,6	35	66	66	11	21	18,6	19,5
<b>AFRIQUE DE L'OUEST</b>									
Bénin, 2017–2018	5,7	4,9	26	12	24	35	56	17,4	19,8
Burkina Faso, 2010	6,0	5,4	9	15	59	26	33	17,5	17,9
Côte d'Ivoire, 2011–2012	5,0	4,5	27	12	30	33	53	16,9	20,5
Gambie, 2013	5,6	4,9	15	8	42	26	43	19,3	19,6
Ghana, 2014	4,2	3,6	33	22	32	34	55	18,6	22,4
Guinée, 2018	4,8	4,3	16	11	51	22	37	16,8	18,5
Libéria, 2013	4,7	4,2	32	19	35	32	49	16,2	19,9
Mali, 2018	6,3	5,5	16	16	35	25	52	16,8	17,7
Niger, 2012	7,6	7,4	10	12	40	18	52	16,2	16,0
Nigéria, 2018	5,3	4,8	11	12	28	24	58	17,4	19,0
Sénégal, 2017	4,6	4,0	22	26	46	23	47	20,0	20,5
Sierra Leone, 2013	4,9	4,5	14	16	56	26	30	16,6	18,2
Togo, 2013–2014	4,8	4,1	29	17	38	36	44	18,1	20,2

Voir page suivante pour les notes.

TABLEAU 2 ANNEXE

**Estimations des indicateurs pour les avortements, les grossesses et les naissances pour toute l'Afrique subsaharienne et ses quatre sous-régions**

	Afrique subsaharienne	Afrique australe	Afrique centrale	Afrique de l'Est	Afrique de l'Ouest
	2019	2019	2019	2019	2019
<b>Femmes</b>					
Nb. âgées 15–49	255 257 744	18 056 938	39 858 490	106 014 503	91 327 813
% par sous-région	100	7	16	42	36
	2015–2019 (IC)	2015–2019 (IC)	2015–2019 (IC)	2015–2019 (IC)	2015–2019 (IC)
<b>Avortements</b>					
Nb. (en millions)	8,0 (7,0, 9,2)	0,5 (0,3, 1,0)	1,2 (0,8, 1,7)	3,5 (3,0, 4,0)	2,7 (2,2, 3,4)
Taux*	33 (29, 38)	30 (15, 58)	32 (21, 46)	35 (30, 40)	32 (25, 39)
<b>Grossesses</b>					
Nb. (en millions)	52,5 (51,2, 53,9)	2,3 (2,0, 2,8)	9,4 (8,8, 10,0)	20,9 (20,3, 21,5)	19,8 (19,1, 20,7)
Taux*	218 (212, 223)	130 (113, 159)	250 (237, 266)	209 (203, 216)	230 (221, 240)
% non planifiées	42 (40, 43)	65 (59, 72)	43 (39, 46)	47 (45, 49)	33 (30, 35)
<b>Grossesses non planifiées</b>					
Nb. (en millions)	21,9 (20,7, 23,3)	1,5 (1,2, 2,0)	4,0 (3,5, 4,6)	9,9 (9,3, 10,5)	6,5 (5,8, 7,2)
Taux*	91 (86, 96)	84 (68, 113)	106 (93, 122)	99 (93, 106)	75 (67, 83)
% aboutissant sur avortement	37 (34, 40)	36 (22, 51)	30 (23, 38)	35 (32, 39)	42 (37, 48)
<b>Naissances non planifiées</b>					
Nb. (en millions)	10,9 (10,4, 11,4)	0,8 (0,7, 0,8)	2,2 (2,0, 2,4)	5,0 (4,7, 5,4)	2,9 (2,6, 3,2)
Taux*	45 (43, 47)	43 (39, 47)	59 (53, 65)	51 (48, 54)	33 (30, 37)
% de naissances non planifiées	30 (29, 31)	53 (49, 57)	33 (30, 36)	36 (34, 38)	21 (19, 23)
	2019	2019	2019	2019	2019
<b>Taux de létalité par avortement†</b>	185	29	259	157	224
	2010–2014	2010–2014 (IC)	2010–2014 (IC)	2010–2014 (IC)	2010–2014 (IC)
<b>% d'avortements par sécurité‡</b>					
Sécurisés	23	74 (28, 93)	12 (6, 30)	24 (17, 33)	15 (10, 24)
Moins sûrs	28	19 (2, 62)	19 (7, 41)	29 (20, 38)	33 (24, 43)
Les moins sûrs	49	7 (3, 11)	69 (38, 81)	47 (37, 55)	52 (40, 60)
<b>Total</b>	100	100	100	100	100

\*Nombre pour 1 000 femmes âgées 15–49. †Nombre de décès maternels pour 100 000 avortements. ‡Les avortements sécurisés sont ceux pour lesquels un prestataire qualifié utilise une méthode recommandée par l'Organisation mondiale de la Santé suivant l'âge gestationnel; ceux moins sûrs ne satisfont qu'à un de ces critères; et ceux les moins sûrs ne répondent à aucun des deux. NB: IC = intervalles de crédibilité (pas disponibles pour la distribution par sécurité de l'Afrique subsaharienne entière). Sources: références 2, 5, 7, 8 et 24.

**Voir Tableau supplémentaire en ligne pour les données d'années additionnelles:**

<https://www.guttmacher.org/fr/report/from-unsafe-to-safe-abortion-in-subsaharan-africa>.

**Notes au Tableau 1 en annexe, page 48.**

\*Nombre de naissances par femme, en supposant que les taux de fécondité par âge des trois dernières années restent identiques tout au long de sa vie. †Nombre de naissances par femme si celles dépassant le nombre idéal déclaré étaient évitées. ‡Somme des naissances survenues à un moment inopportun (désirées, mais plus tard) et des celles non désirées (pas désirées du tout) durant les trois dernières années. §Les méthodes modernes de contraception comprennent la stérilisation féminine et masculine, la pilule, le DIU, la contraception injectable, la contraception d'urgence, l'implant, le préservatif masculin et féminin, la méthode de l'aménorrhée lactationnelle, le diaphragme, les spermicides et la méthode des jours fixes. \*\*Proportion des femmes capables de concevoir qui ne désirent pas de grossesse durant les deux prochaines années mais qui ne pratiquent aucune méthode contraceptive moderne. ††A eu des rapports sexuels durant le dernier mois écoulé. NB: Pour assurer l'utilité des données et la comparabilité, les âges médians sont calculés sur la base de la première tranche d'âge dans laquelle 50% des femmes avaient vécu les deux événements, premier rapport sexuel et premier mariage. Quatre tranches d'âge de base ont ainsi servi à calculer les médianes pour les 37 pays repris dans ce tableau. Ces tranches d'âge et pays sont: **20 à 24 ans** — Bénin, Burkina Faso, Congo, Éthiopie, Guinée, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, RDC, Sao Tomé-et-Principe, Sierra Leone, Tanzanie, Tchad et Zimbabwe; **25 à 29 ans** — Angola, Burundi, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée équatoriale, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Rwanda, Sénégal, Togo et Zambie; **30 à 34 ans** — Eswatini; et **35 à 39 ans** — Afrique du Sud et Namibie. nd = non disponible. RDC=République démographique du Congo. Sources: tableaux spéciaux des ensembles des données, sauf le Cameroun, 2018, et la Guinée équatoriale, 2011. Pour ces deux pays, nous avons consulté les rapports d'enquêtes publiés; dans ces cas, l'état de planification fait référence aux naissances survenues durant les cinq dernières années, y compris les grossesses en cours.

# Références

1. Beegle K et al., *Poverty in a Rising Africa*, Washington, DC: Banque mondiale, 2016, doi:10.1596/978-1-4648-0723-7.
2. Tableaux spéciaux des données de Ganatra B et al., Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model, *Lancet*, 2017, 390(10110):2372–2381, doi:10.1016/S0140-6736(17)31794-4.
3. Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Avortement sécurisé: Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, deuxième édition, 2013, [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78413/9789242548433\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78413/9789242548433_fre.pdf?sequence=1).
4. Ngwena CG, State obligations to implement African abortion laws: employing human rights in a changing legal landscape, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2012, 119(2):198–202, doi:10.1016/j.ijgo.2012.08.001.
5. Ganatra B et al., Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model, *Lancet*, 2017, 390(10110):2372–2381, doi:10.1016/S0140-6736(17)31794-4.
6. Singh S et al., *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*, New York: Guttmacher Institute, 2018, <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>.
7. Bearak J et al., Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019, *Lancet Global Health*, 2020, 8(9):E1152–E1161, doi:10.1016/S2214-109X(20)30315-6.
8. Tableaux spéciaux des taux de létalité par avortement sur la base de: proportion de décès maternels liés à l'avortement de Global Health Data Exchange (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>); nombre des décès maternels de l'OMS; et nombre des avortements des modèles bayésiens.
9. Nations Unies (ONU), Objectifs de développement durable, sans date, <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/>.
10. Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, *Observations Générales N° 2 sur l'Article 14.1 (a), (b), (c) et (f) et Article 14. 2 (a) et (c) du Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples relatif aux Droits de la Femme en Afrique*, Luanda, Angola: Union africaine, 2014, [https://www.achpr.org/fr\\_legalinstruments/detail?id=13](https://www.achpr.org/fr_legalinstruments/detail?id=13).
11. Union africaine, Le Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples relatif aux Droits de la Femme en Afrique (Protocole de Maputo), 11 juillet, 2003, [https://www.un.org/en/africa/osaa/pdf/au/protocol\\_rights\\_women\\_africa\\_2003.pdf](https://www.un.org/en/africa/osaa/pdf/au/protocol_rights_women_africa_2003.pdf).
12. Commission de l'Union africaine, *Le plan d'Action sur la Santé de les droits sexuelles et de reproduction (Plan d'action de Maputo)*, 2006, <http://carmma.org/resource/maputo-plan-action-mpoa-operationalization-sexual-and-reproductive-health-and-rights-srhr>.
13. ONU, Division de la statistique, Methodology: standard country or area codes for statistical use, countries or areas/ geographical regions, 2019, <https://unstats.un.org/unsd/methodology/m49/>.
14. Ngwena CG, Protocol to the African Charter on the Rights of Women: implications for access to abortion at the regional level, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2010, 110(2):163–166, doi:10.1016/j.ijgo.2010.04.013.
15. Republic of Zambia, Termination of Pregnancy Act, Chapter 304 of the Laws of Zambia, 1972, No. Act 26 of 1972, amended by Act No. 3 of 1994.
16. República de Cabo Verde, Lei de Interrupção Voluntária de Gravidez, Lei no. 9/III/86, 5 février, 1987.
17. República da Guiné-Bissau, Conselho de Estado, Decreto lei no 4/93, Código Penal, *Boletim Oficial*, 1993, (41), <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/02-Guinea-Bissau-Penal-Code-1993.pdf>.
18. Assembleia Nacional, São Tomé e Príncipe Código Penal, Lei 6/2012, 5 juillet, 2012, <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/01-Sao-Tome-and-Principe-Penal-Code-2012.pdf>.
19. Parliament of the Republic of South Africa, Choice on Termination of Pregnancy Act, Law No. 92, 1996.
20. Center for Reproductive Rights (CRR), The world's abortion laws, sans date, <http://reproductiverights.org/worldabortionlaws>.
21. Assembleia da República de Moçambique, Lei da Revisão do Código Penal, Lei n.o 35/2014, 31 de décembre, 2014, <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/01-Mozambique-Penal-Code-2013.pdf>.
22. Federal Democratic Republic of Ethiopia, Criminal Code, Law No. 414/2004.
23. Ministère de la Santé [Rwanda], Arrêté ministériel N°002/moh/2019 déterminant les conditions devant être remplies pour qu'un médecin pratique l'avortement, 8 d'avril, 2019, <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/10-Rwanda-Order-on-abortion-MoH-2019.pdf>.
24. ONU, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, *World Population Prospects, the 2019 Revision*, 2020, <https://esa.un.org/unpd/wpp/>.
25. Statute Law of England and Ireland, Offenses Against the Person Act, 24 and 25 Victoriae, Cap. 100, 6 août, 1861.
26. Parliament of Zimbabwe, Termination of Pregnancy Act, Act 22 (Orig. Act 29/1977), 2001, <https://www.refworld.org/docid/4c46c4de2.html>.



27. Parlement de Cameroun, Loi portant le Code Pénal, 2017/007, 12 juillet, 2016, <https://www.droit-afrique.com/uploads/Cameroun-Code-2016-penal1.pdf>.
28. Assemblée Nationale, Burkina Faso, Loi portant le Code Pénal, 31 mai, 2018, <https://lavoixdujuristebf.files.wordpress.com/2018/11/code-pc3a9nal-nouveau.pdf>.
29. García-Moreno C et al., *Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence*, Genève: OMS, 2013, <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>.
30. Palmer JJ et Storeng KT, Building the nation's body: the contested role of abortion and family planning in post-war South Sudan, *Social Science & Medicine*, 2016, 168:84–92, doi:10.1016/j.socscimed.2016.09.011.
31. OMS, *Guidelines for Medico-Legal Care for Victims of Sexual Violence*, 2003, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42788/924154628X.pdf;jsessionid=2B6A91114211BA5238C107B4F4ACBD2D?sequence=1>.
32. Scott J et al., Respondent-driven sampling to assess mental health outcomes, stigma and acceptance among women raising children born from sexual violence-related pregnancies in eastern Democratic Republic of Congo, *BMJ Open*, 2015, 5(e007057), doi:10.1136/bmjopen-2014-007057.
33. Hodes R, The culture of illegal abortion in South Africa, *Journal of Southern African Studies*, 2016, 42(1):79–93, doi:10.1080/03057070.2016.1133086.
34. Mahadew RA, Mauritius decriminalizes abortion in certain circumstances—lessons from the Travaux préparatoires, *Statute Law Review*, 2015, 36(2):160–174, doi:10.1093/slr/hmv005.
35. Martin M, Discours de bienvenue au CEDAW, Maurice, présenté au Quatre Bornes, Maurice, 11 septembre, 2012.
36. Maiga M, Bref aperçu sur la loi sur la santé de la reproduction en Afrique de l'Ouest et du Centre, présentation à la Rencontre Régionale, Afrique Francophone, Advance Family Planning, Burkina Faso, 14 mars, 2014, <https://www.advancefamilyplanning.org/sites/default/files/2017-09/LA%20LOI%20SR%20avec%20Exemple.pdf>.
37. République du Sénégal, Loi relative à la Santé de la Reproduction, Loi n° 2005-18, 5 août, 2005, <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2018/05/Loi-n%C2%B0-2005-18-du-5-Aou%C2%82t-2005-Relative-a%CC%80-la-Sante%CC%81-de-la-Reproduction-Se%CC%81ne%CC%81gal.pdf>.
38. République de Madagascar, Loi fixant les règles générales régissant la Santé de la Reproduction et la Planification Familiale, Loi n° 2017-043, 13 décembre, 2017, [http://genderlinks.org.za/wp-content/uploads/2019/04/Sexual-Education\\_Madagascar\\_Adolscnt-SRHR\\_2017.pdf](http://genderlinks.org.za/wp-content/uploads/2019/04/Sexual-Education_Madagascar_Adolscnt-SRHR_2017.pdf).
39. Republic of The Gambia, Office of the Vice President and Ministry for Women's Affairs, Women's Act, 2010.
40. Republic of Kenya, Constitution of Kenya, 2010.
41. Federal Republic of Somalia, Provisional Constitution, Aug. 1, 2012.
42. Union africaine, Liste des pays qui ont signé, ratifié/adhéré au Protocole à la charte Africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique, 16 octobre, 2019, <https://au.int/sites/default/files/treaties/37077-sl-PROTOCOL%20TO%20THE%20AFRICAN%20CHARTER%20ON%20HUMAN%20AND%20PEOPLE%27S%20RIGHTS%20ON%20THE%20RIGHTS%20OF%20WOMEN%20IN%20AFRICA.pdf>.
43. Cabinet du Président de la République démocratique du Congo, Protocole à la charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits de la femme en Afrique, *Journal Officiel de la République démocratique du Congo*, 59 année, Numéro spécial, 14 mars, 2018.
44. Cabinet du Président de la République démocratique du Congo, Circulaire relative à la Mise en exécution des dispositions de l'Article 14 du Protocole à la charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique, *Journal Officiel de la République démocratique du Congo*, 59 année, Numéro spécial, 5 juin, 2018.
45. Loi Organique portant code pénal, N° 01/2012/OL, 02/05/2012, *Journal Officiel de la République du Rwanda*, numéro spéciale, 2012, [https://sherloc.unodc.org/res/cld/document/rwa/1999/penal-code-of-rwanda\\_html/Penal\\_Code\\_of\\_Rwanda.pdf](https://sherloc.unodc.org/res/cld/document/rwa/1999/penal-code-of-rwanda_html/Penal_Code_of_Rwanda.pdf).
46. Hodogluligil N et al., Making abortion safer in Rwanda: operationalization of the penal code of 2012 to expand legal exemptions and challenges, *African Journal of Reproductive Health*, 2017, 21(1):82–92, doi:10.29063/ajrh2017/v21i1.7.
47. OMS, Constitution of the World Health Organization, 7 avril, 1948, [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).
48. Ghana Health Service (GHS), *Prevention and Management of Unsafe Abortion: Comprehensive Abortion Care Services Standards and Protocols*, third ed., 2012, <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/02-Ghana-Comprehensive-Abortion-Care-Services-Standards-and-Protocols-Ghana-Health-Service-2012.pdf>.
49. Daire J, Kloster MO et Storeng KT, Political priority for abortion law reform in Malawi: transnational and national influences, *Health and Human Rights Journal*, 2018, 20(1):225–236, <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC6039725&blobtype=pdf>.
50. Berer M, Abortion law and policy around the world: in search of decriminalization, *Health and Human Rights Journal*, 2017, 19(1):13–27, PMID:PMC5473035.
51. Fetters T et al., Moving from legality to reality: how medical abortion methods were introduced with implementation science in Zambia, *Reproductive Health*, 2017, 14(26), doi:10.1186/s12978-017-0289-2.
52. Cresswell JA et al., Women's knowledge and attitudes surrounding abortion in Zambia: a cross-sectional survey across three provinces, *BMJ Open*, 2016, 6(3):e010076, doi:10.1136/bmjopen-2015-010076.
53. Jewkes RK et al., Why are women still aborting outside designated facilities in metropolitan South Africa? *BJOG*, 2005, 112(9):1236–1242, doi:10.1111/j.1471-0528.2005.00697.x.
54. Ghana Statistical Service (GSS), GHS et ICF, *Ghana Maternal Health Survey 2017*, 2018, <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR340/FR340.pdf>.
55. GSS, GHS et Macro International, *Ghana Maternal Health Survey 2007*, 2009, <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR227/FR227.pdf>.
56. OMS, Observatoire de la santé mondiale: health workforce, medical doctors, 2019, [https://apps.who.int/gho/data/node.main.HWFRP\\_0020?lang=fr](https://apps.who.int/gho/data/node.main.HWFRP_0020?lang=fr).
57. Banque mondiale, Rural population (% of total population): Sub-Saharan Africa, 2018, <https://data.worldbank.org/indicator/SP.RUR.TOTL.ZS?locations=ZG&view=chart>.
58. Ministry of Health, *Standards and Guidelines for Comprehensive Abortion Care in Zambia, Lusaka, Zambia: Government of the Republic of Zambia*, 2017, <https://>

- abortion-policies.srhr.org/documents/countries/11-Zambia-Standards-and-Guidelines-for-Comprehensive-Abortion-Care-2017.pdf#page=38.
- 59.** Coast E et Murray SF, "These things are dangerous": understanding induced abortion trajectories in urban Zambia, *Social Science & Medicine*, 2016, 153:201–209, doi:10.1016/j.socscimed.2016.02.025.
- 60.** Harries J et al., Conscientious objection and its impact on abortion service provision in South Africa: a qualitative study, *Reproductive Health*, 2014, 11(16), doi:10.1186/1742-4755-11-16.
- 61.** Awoonor-Williams JK et al., Prevalence of conscientious objection to legal abortion among clinicians in northern Ghana, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2018, 140(1):31–36, doi:10.1002/ijgo.12328.
- 62.** Freeman E et Coast E, Conscientious objection to abortion: Zambian healthcare practitioners' beliefs and practices, *Social Science & Medicine*, 2019, 221:106–114, doi:10.1016/j.socscimed.2018.12.018.
- 63.** Family Health Department, *Technical and Procedural Guidelines for Safe Abortion Services in Ethiopia*, Addis Ababa, Ethiopia: Federal Democratic Republic of Ethiopia, 2006.
- 64.** Federal Ministry of Health, *Technical and Procedural Guidelines for Safe Abortion Services in Ethiopia*, second ed., Addis Ababa, Ethiopia: Federal Democratic Republic of Ethiopia, 2013, <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/03-Ethiopia-Technical-and-procedural-guidelines-for-safe-abortion-services-2014.pdf>.
- 65.** Gebrehiwot Y et al., Changes in morbidity and abortion care in Ethiopia after legal reform: national results from 2008 and 2014, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2016, 42(3):121–130, doi:10.1363/42e1916.
- 66.** Dibaba Y et al., A decade of progress providing safe abortion services in Ethiopia: results of national assessments in 2008 and 2014, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2017, 17(76), doi:10.1186/s12884-017-1266-z.
- 67.** Republic of Ghana, Criminal Code (Amendment), Law 102, 1985.
- 68.** Damalie FJMK et al., Severe morbidities associated with induced abortions among misoprostol users and non-users in a tertiary public hospital in Ghana, *BMC Women's Health*, 2014, 14(90), doi:10.1186/1472-6874-14-90.
- 69.** Otupiri E, Kwame Nkrumah University of Science and Technology, Kumasi, Ghana, communication individuelle, 20 novembre, 2019.
- 70.** Owolabi OO et al., Incidence of abortion-related near-miss complications in Zambia: cross-sectional study in Central, Copperbelt and Lusaka Provinces, *Contraception*, 2017, 95(2):167–174, doi:10.1016/j.contraception.2016.08.014.
- 71.** Geary CW et al., Attitudes toward abortion in Zambia, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2012, 118:S148–S151, doi:10.1016/S0020-7292(12)60014-9.
- 72.** Tableaux spéciaux des données de Bearak JM et al., Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019, *Lancet Global Health*, 2020, 8(9):E1152–E1161, doi:[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6).
- 73.** Singh S, Bankole A et Darroch JE, The impact of contraceptive use and abortion on fertility in sub-Saharan Africa: estimates for 2003–2014, *Population and Development Review*, 2017, 43(Suppl. 1):141–165, doi:10.1111/padr.12027.
- 74.** Shelton JD, Taking exception. Reduced mortality leads to population growth: an inconvenient truth, *Global Health: Science and Practice*, 2014, 2(2):135–138, doi:10.9745/GHSP-D-14-00062.
- 75.** Tabutin D et Schoumaker B, La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000. Synthèse des changements et bilan, *Population*, 2004, 59(3–4):519–621, [https://www.persee.fr/doc/pop\\_0032-4663\\_2004\\_num\\_59\\_3\\_7531](https://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_2004_num_59_3_7531).
- 76.** Sully EA et al., Abortion in Zimbabwe: a national study of the incidence of induced abortion, unintended pregnancy and post-abortion care in 2016, *PLOS ONE*, 2018, 13(10):e0205239, doi:10.1371/journal.pone.0205239.
- 77.** Keogh SC et al., Estimating the incidence of abortion: a comparison of five approaches in Ghana, *BMJ Global Health*, 2020, 5(4):e002129, doi:10.1136/bmjgh-2019-002129.
- 78.** Garenne M, A century of nuptiality decline in South Africa: a longitudinal analysis of census data, *African Population Studies*, 2016, 30(2):2403–2414, doi:10.11564/30-2-846.
- 79.** Tableaux spéciaux des données de l'application en 2008 au Burkina Faso de la Méthode d'estimation de l'incidence de l'avortement par les complications, et de l'Enquête à base communautaire.
- 80.** Sully EA et al., Estimating abortion incidence among adolescents and differences in postabortion care by age: a cross-sectional study of postabortion care patients in Uganda, *Contraception*, 2018, 98(6):510–516, doi:10.1016/j.contraception.2018.07.135.
- 81.** Tableaux spéciaux des données de l'application en 2012 au Kenya de la Méthode d'estimation de l'incidence de l'avortement par les complications, et de l'Enquête prospective de la morbidité.
- 82.** Sully E et al., Playing it safe: legal and clandestine abortions among adolescents in Ethiopia, *Journal of Adolescent Health*, 2018, 62(6):729–736, doi:10.1016/j.jadohealth.2017.12.015.
- 83.** Bongaarts J, Mensch BS et Blanc AK, Trends in the age at reproductive transitions in the developing world: the role of education, *Population Studies*, 2017, 71(2):139–154, doi:10.1080/00324728.2017.1291986.
- 84.** Sully E et al., *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019—Appendix Tables*, New York: Guttmacher Institute, 2020, <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019>.
- 85.** Assemblée Nationale du Bénin, Code de l'enfant en République du Bénin, Loi n° 2015-08, 23 janvier, 2015.
- 86.** Assemblée Nationale de la République centrafricaine, Loi N°10.001 du 06 janvier 2010 portant Code pénal centrafricaine, *Journal Officiel de la République Centrafricaine*, 2010, Édition Spéciale.
- 87.** Government of Eritrea, Penal Code of the State of Eritrea, 2015.
- 88.** Assemblée Nationale et Sénat de Gabon, Loi n°042/2018 du 05 juillet 2019 portant Code pénal, *Journal Officiel de la République Gabonaise*, 2019, No. 27, Bis Spécial.
- 89.** Assemblée Nationale de la République de Guinée, Code pénal de la République de Guinée, Loi N° 98/036, Dec. 31, 1998.
- 90.** Ministério da Saúde, Diploma Ministerial, No. 60/2017, *Boletim da República, Publicação Oficial da República de Moçambique*, 2017, I SÉRIE(Número 147):1111–1141.
- 91.** Programme Enquêtes Démographiques et de Santé

(EDS), STATcompiler, Utilisation de la contraception traditionnelle, et besoins non satisfaits de contraception, femmes mariées et femmes célibataires sexuellement actives, adolescentes et femmes âgées de 15 à 49 ans, pays d'Afrique subsaharienne avec des données, 2007–2018, <https://www.statcompiler.com/en/>.

**92.** Hall KS et al., Bad girl and unmet family planning need among Sub-Saharan African adolescents: the role of sexual and reproductive health stigma, *Qualitative Research in Medicine & Healthcare*, 2018, 2(1):55–64, doi:10.4081/qrmh.2018.7062.

**93.** Francis E et Gabriel VC, Barriers limiting youth access to reproductive health services by primary health care facilities in Nigeria, *Universal Journal of Public Health*, 2019, 7(1):36–43, doi:10.13189/ujph.2019.070105.

**94.** Sedgh G, Ashford LS et Hussain R, *Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women's Reasons for Not Using a Method*, New York: Guttmacher Institute, 2016, [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries-report.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries-report.pdf).

**95.** Yegon EK et al., Understanding abortion-related stigma and incidence of unsafe abortion: experiences from community members in Machakos and Trans Nzoia counties Kenya, *Pan African Medical Journal*, 2016, 24(258), doi:10.11604/pamj.2016.24.258.7567.

**96.** Appiah-Agyekum N, Abortions in Ghana: experiences of university students, *Health Science Journal*, 2014, 8(4):531–540.

**97.** Lupwana K, *Les avortements clandestins et à risque des adolescentes par l'automédication dans les périphéries de Kinshasa: facteurs de vulnérabilité*, Department of International Law, University of Johannesburg, sans date.

**98.** Bell SO et al., Inequities in the incidence and safety of abortion in Nigeria, *BMJ Global Health*, 2020, 5:e001814, doi:10.1136/bmjgh-2019-001814.

**99.** Paluku L et al., Knowledge and attitude of schoolgirls about illegal abortions in Goma, Democratic Republic of Congo, *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 2010, 2(1), doi:10.4102/phcfm.v2i1.78.

**100.** Casey SE et al., "You must first save her life": community perceptions towards induced abortion and post-abortion care in North and South Kivu, Democratic Republic of the Congo, *Sexual and Reproductive Health Matters*, 2019, 27(1):106–117, doi:10.1080/09688080.2019.1571309.

**101.** Boah M, Bordotsiah S et Kuurdong S, Predictors of unsafe induced abortion among women in Ghana, *Journal of Pregnancy*, 2019, doi:10.1155/2019/9253650.

**102.** Baxerres C et al., Abortion in two francophone African countries: a study of whether women have begun to use misoprostol in Benin and Burkina Faso, *Contraception*, 2018, 97(2):130–136, doi:10.1016/j.contraception.2017.10.011.

**103.** Mutua MM et al., Factors associated with delays in seeking post abortion care among women in Kenya, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2015, 15(241), doi:10.1186/s12884-015-0660-7.

**104.** Abiodun O et al., Complications of unsafe abortion in South West Nigeria: a review of 96 cases, *African Journal of Medicine and Medical Sciences*, 42(1):111–115.

**105.** Ishoso D, Tshetu AK et Coppieters Y, Analysis of induced abortion-related complications in women admitted to the Kinshasa reference general hospital: a tertiary health facility, Democratic Republic of the Congo, *Reproductive Health*, 2018, 15(123), doi:10.1186/s12978-018-0563-y.

**106.** Ishoso DK et al., Analysis of induced abortion-related

complications in women admitted to referral health facilities in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo, *PLOS ONE*, 2018, 13(8):e0203186, doi:10.1371/journal.pone.0203186.

**107.** Ushie BA et al., Timing of abortion among adolescent and young women presenting for post-abortion care in Kenya: a cross-sectional analysis of nationally-representative data, *BMC Women's Health*, 2018, 18(41), doi:10.1186/s12905-018-0521-4.

**108.** Madziyire MG et al., Severity and management of postabortion complications among women in Zimbabwe, 2016: a cross-sectional study, *BMJ Open*, 2018, 8(2):e019658, doi:10.1136/bmjopen-2017-019658.

**109.** Ziraba AK et al., Unsafe abortion in Kenya: a cross-sectional study of abortion complication severity and associated factors, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2015, 15(34), doi:10.1186/s12884-015-0459-6.

**110.** Kalilani-Phiri L et al., The severity of abortion complications in Malawi, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2015, 128(2):160–164, doi:10.1016/j.ijgo.2014.08.022.

**111.** Bankole A et al., Gravité et prise en charge des complications affectant les patientes après avortement traitées dans les établissements de santé de Kinshasa, *Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique*, numéro spécial de 2018, pp. 49–57, <https://doi.org/10.1363/FR04918>.

**112.** Payne C et al., Why women are dying from unsafe abortion: narratives of Ghanaian abortion providers, *African Journal of Reproductive Health*, 2013, 17(2):118–128, PMID: 24069757.

**113.** Chae S et al., Characteristics of women obtaining induced abortions in selected low- and middle-income countries, *PLOS ONE*, 2017, 12(3):e0172976, doi:10.1371/journal.pone.0172976.

**114.** Programme EDS, STATcompiler, Taux de fécondité désirée et nombre idéal d'enfants, selon lieu de résidence, niveau d'instruction et quintile de bien-être économique, pays d'Afrique subsaharienne avec des données, 2007–2018, <https://www.statcompiler.com/en/>.

**115.** Atake E-H et Gnakou Ali P, Women's empowerment and fertility preferences in high fertility countries in Sub-Saharan Africa, *BMC Women's Health*, 2019, 19(54), doi:10.1186/s12905-019-0747-9.

**116.** Moore AM et al., The estimated incidence of induced abortion in Ethiopia, 2014: changes in the provision of services since 2008, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2016, 42(3):111–120, doi:10.1363/42e1816.

**117.** Tableaux spéciaux des données de Sedgh G et al., Estimations de l'incidence de l'avortement provoqué et conséquences de l'avortement non médicalisé au Sénégal, *Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique*, numéro spécial de 2015, pp. 35–44, doi:10.1363/FR03515.

**118.** Chae S et al., The incidence of induced abortion in Kinshasa, Democratic Republic of Congo, 2016, *PLOS ONE*, 2017, 12(10):e0184389, doi:10.1371/journal.pone.0184389.

**119.** Ganle JK et al., Disparities in abortion experience and access to safe abortion services in Ghana: evidence from a retrospective survey, *African Journal of Reproductive Health*, 2016, 20(2):43–52, doi:10.29063/ajrh2016/v20i2.5.

**120.** Béné Bi Vroh J et al., Épidémiologie des avortements provoqués en Côte d'Ivoire, *Santé Publique*, 2012, 24(Hors Série):67–76, doi:10.3917/spub.120.0067.



- 121.** Médecins du Monde, *Les déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées et des avortements, Ville de Kinshasa, République démocratique du Congo*, 2015, <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2015/11/30/les-determinants-socioculturels-et-communautaires-des-grossesses-non-desirees-et-des-avortements>.
- 122.** Lince-Deroche N et al., *Grossesses non planifiées et avortements à Kinshasa (République démocratique du Congo): Défis et progrès*, New York: Guttmacher Institute, 2019, <https://www.guttmacher.org/fr/report/unintended-pregnancy-abortion-kinshasa-drc>.
- 123.** Foumsou L et al., Problematic of clandestine induced abortions in three maternity hospitals of Chad, *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2017, 7(9):937–943, doi:10.4236/ojog.2017.79094.
- 124.** Chae S et al., Reasons why women have induced abortions: a synthesis of findings from 14 countries, *Contraception*, 2017, 96(4):233–241, doi:10.1016/j.contraception.2017.06.014.
- 125.** Konney TO et al., Attitude of women with abortion-related complications toward provision of safe abortion services in Ghana, *Journal of Women's Health*, 2009, 18(11):1863–1866, doi:10.1089/jwh.2008.1190.
- 126.** Mote CV et al., Factors associated with induced abortion among women in Hohoe, Ghana, *African Journal of Reproductive Health*, 2010, 14(4):110–116.
- 127.** Direction Générale de la Statistique (DGS) et ICF International, *Enquête Démographique et de Santé du Gabon 2012*, 2013, <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR276/FR276.pdf>.
- 128.** Tableaux spéciaux, des raisons principales des femmes pour chercher un avortement, voir référence 54.
- 129.** Centre Nationale de la Statistique et des Études Économiques et ICF International, *Enquête Démographique et de Santé du Congo 2011–2012*, 2013, <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR267/FR267.pdf>.
- 130.** National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, *The Safety and Quality of Abortion Care in the United States*, Washington, DC: National Academies Press, 2018, doi:10.17226/24950.
- 131.** OMS, *Clinical Practice Handbook for Safe Abortion*, 2014, [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97415/9789241548717\\_eng.pdf;jsessionid=E22B-5FA7DA0BD8216309B956A9BE2996?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97415/9789241548717_eng.pdf;jsessionid=E22B-5FA7DA0BD8216309B956A9BE2996?sequence=1).
- 132.** Raymond EG et Grimes DA, The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States, *Obstetrics and Gynecology*, 2012, 119(2 pt. 1):215–219, doi:10.1097/AOG.0b013e31823fe923.
- 133.** Parmar D et al., Cost of abortions in Zambia: a comparison of safe abortion and post abortion care, *Global Public Health*, 2017, 12(2):236–249, doi:10.1080/17441692.2015.1123747.
- 134.** Tableaux spéciaux des données de l'application en 2014 en Éthiopie de l'Enquête prospective de la morbidité.
- 135.** Lince-Deroche N et al., Doing more for less: identifying opportunities to expand public sector access to safe abortion in South Africa through budget impact analysis, *Contraception*, 2018, 97(2):167–176, doi:10.1016/j.contraception.2017.07.165.
- 136.** Norris A et al., Abortion experiences among Zanzibari women: a chain-referral sampling study, *Reproductive Health*, 2016, 13(23), doi:10.1186/s12978-016-0129-9.
- 137.** Harris LH et Grossman D, Confronting the challenge of unsafe second-trimester abortion, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2011, 115(1):77–79, doi:10.1016/j.ijgo.2011.05.018.
- 138.** Altshuler AL et al., Male partners' involvement in abortion care: a mixed-methods systematic review: men's roles in clinical abortion care, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2016, 48(4):209–219, doi:10.1363/psrh.12000.
- 139.** Schwandt HM et al., Pathways to unsafe abortion in Ghana: the role of male partners, women and health care providers, *Contraception*, 2013, 88(4):509–517, doi:10.1016/j.contraception.2013.03.010.
- 140.** Freeman E, Coast E et Murray S, Men's roles in women's abortion trajectories in urban Zambia, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2017, 43(2):89–98, doi:10.1363/43e4017.
- 141.** Moore AM, Jagwe-Wadda G et Bankole A, Men's attitudes about abortion in Uganda, *Journal of Biosocial Science*, 2011, 43(1):31–45, doi:10.1017/S0021932010000507.
- 142.** Marlow HM et al., Women's perceptions about abortion in their communities: perspectives from western Kenya, *Reproductive Health Matters*, 2014, 22(43):149–158, doi:10.1016/S0968-8080(14)43758-3.
- 143.** Jackson E et al., A strategic assessment of unsafe abortion in Malawi, *Reproductive Health Matters*, 2011, 19(37):133–143.
- 144.** Gerdtts C et al., Women's experiences seeking informal sector abortion services in Cape Town, South Africa: a descriptive study, *BMC Women's Health*, 2017, 17(95), doi:10.1186/s12905-017-0443-6.
- 145.** AdMinFem, Les ados et grossesses non désirées au Congo, *Si jeunesse savait: pour que la choix de jeunesse compte*, 2015, <http://mwasi.com/conference-debat-sur-la-problematique-des-grossesses-non-desirees-chez-les-adolescents-et-jeunes-en-rd-congo>.
- 146.** Médecins du Monde, *Les déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées et des avortements, District de Djibo, Burkina Faso*, 2015.
- 147.** PMA 2020, *Enquête PMA2020 sur l'avortement: Côte d'Ivoire, Résultats clés, juillet-août 2018*, [https://www.pma2020.org/sites/default/files/Cote%20d%E2%80%99Ivoire\\_AbortionModule\\_Brief\\_FR\\_012019.pdf](https://www.pma2020.org/sites/default/files/Cote%20d%E2%80%99Ivoire_AbortionModule_Brief_FR_012019.pdf).
- 148.** OMS, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. Evidence Summaries and Grade Tables*, 2012, No. WHO/RHR/12.10, [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75840/WHO\\_RHR\\_12.10\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75840/WHO_RHR_12.10_eng.pdf?sequence=1).
- 149.** OMS, *Utilisation des médicaments dans le cadre d'un avortement*, 2019, <https://www.who.int/reproductive-health/publications/medical-management-abortion/fr/>.
- 150.** Raymond EG, Harrison MS et Weaver MA, Efficacy of misoprostol alone for first-trimester medical abortion: a systematic review, *Obstetrics & Gynecology*, 2019, 133(1):137–147, doi:10.1097/AOG.0000000000003017.
- 151.** Appiah-Agyekum NN, Medical abortions among university students in Ghana: implications for reproductive health education and management, *International Journal of Women's Health*, 2018, 10:515–522, doi:10.2147/IJWH.S160297.
- 152.** Dah T et al., Introducing misoprostol for the treatment of incomplete abortion in Nigeria, *African Journal of Reproductive Health*, 2011, 15(4):42–50.

- 153.** Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO), *Misoprostol-seul: posologies recommandées*, 2017, sans date, <https://www.figo.org/sites/default/files/2020-06/FIGO%20Dosage%20Chart%20-%20FRENCH.pdf>.
- 154.** Okonofua F, Misoprostol et la Santé de la Femme en Afrique, éditorial, *Revue Africaine de Santé de la Reproduction*, 2005, 9(1):10–13, <https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/4955/1/rh05002.pdf>.
- 155.** Zamberlin N, Romero M et Ramos S, Latin American women's experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted, *Reproductive Health*, 2012, 9:34, doi:10.1186/1742-4755-9-34.
- 156.** Hall P et Tagontong N, Quality of misoprostol products, *WHO Drug Information*, 2016, 30(1):35–39, [https://www.who.int/medicines/publications/druginformation/WHO\\_DI\\_30-1\\_Quality.pdf?ua=1](https://www.who.int/medicines/publications/druginformation/WHO_DI_30-1_Quality.pdf?ua=1).
- 157.** Anyakora C et al., Quality medicines in maternal health: results of oxytocin, misoprostol, magnesium sulfate and calcium gluconate quality audits, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2018, 18(44), doi:10.1186/s12884-018-1671-y.
- 158.** Berard V et al., Instability of misoprostol tablets stored outside the blister: a potential serious concern for clinical outcome in medical abortion, *PLOS ONE*, 2014, 9(12):e112401, doi:10.1371/journal.pone.0112401.
- 159.** Rominski SD, Lori JR et Morhe ES, "My friend who bought it for me, she has had an abortion before." The influence of Ghanaian women's social networks in determining the pathway to induced abortion, *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2017, 43(3):216–221, doi:10.1136/jfprhc-2016-101502.
- 160.** Bello FA et al., Trends in misoprostol use and abortion complications: a cross-sectional study from nine referral hospitals in Nigeria, *PLOS ONE*, 2018, 13(12):e0209415, doi:10.1371/journal.pone.0209415.
- 161.** Solheim IH et al., Beyond the law: misoprostol and medical abortion in Dar es Salaam, Tanzania, *Social Science & Medicine*, 2020, 245:112676, doi:10.1016/j.socscimed.2019.112676.
- 162.** Footman K et al., Medical abortion provision by pharmacies and drug sellers in low- and middle-income countries: a systematic review, *Studies in Family Planning*, 2018, 49(1):57–70, doi:10.1111/sifp.12049.
- 163.** Reiss K et al., Pharmacy workers' knowledge and provision of medication for termination of pregnancy in Kenya, *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2016, 42(3):208–212, doi:10.1136/jfprhc-2013-100821.
- 164.** Hendrickson C et al., Client-pharmacy worker interactions regarding medical abortion in Zambia in 2009 and 2011, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2016, 132(2):214–218, doi:10.1016/j.ijgo.2015.07.008.
- 165.** Tableaux spéciaux des données des Enquêtes auprès des professionnels de la santé: Burkina Faso (2008), Kenya (2012), Malawi (2015), Nigéria (2012), Ouganda (2013), Rwanda (2009), Sénégal (2012), Tanzanie (2013) et Zimbabwe (2016).
- 166.** Ganatra B et al., From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion, *Bulletin of the World Health Organization*, 2014, 92(3):155, <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.136333>.
- 167.** Sedgh G et al., Insights from an expert group meeting on the definition and measurement of unsafe abortion, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2016, 134(1):104–106, doi:10.1016/j.ijgo.2015.11.017.
- 168.** FIGO Ethical and Professional Aspects of Human Reproduction and Women's Health Committee, FIGO committee statement: ethical responsibilities in post-abortion care, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2019, 146(3):269–270, doi:10.1002/ijgo.12899.
- 169.** Singh S et Maddow-Zimet I, Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries, *BJOG*, 2016, 123(9):1489–1498, doi:10.1111/1471-0528.13552.
- 170.** Pourette D et al., Complications with use of misoprostol for abortion in Madagascar: between ease of access and lack of information, *Contraception*, 2018, 97(2):116–121, doi:10.1016/j.contraception.2017.12.005.
- 171.** Moore AM et al., Comparing women's financial costs of induced abortion at a facility vs. seeking treatment for complications from unsafe abortion in Zambia, *Reproductive Health Matters*, 2018, 26(52):138–150, doi:10.1080/09688080.2018.1522195.
- 172.** Tableaux spéciaux des données des Enquêtes prospectives de la morbidité: Éthiopie (2008), Kenya (2012), Malawi (2009), Ouganda (2013) et Zimbabwe (2016).
- 173.** Benson J et al., Costs of postabortion care in public sector health facilities in Malawi: a cross-sectional survey, *BMC Health Services Research*, 2015, 15(562), doi:10.1186/s12913-015-1216-2.
- 174.** Paul M et al., Unsafe abortion in Sierra Leone: an examination of costs and burden of treatment on health-care resources, *Journal of Women's Health Care*, 2015, 4(2):228, doi:10.4172/2167-0420.1000228.
- 175.** Rehnström Loi U et al., Health care providers' perceptions of and attitudes towards induced abortions in sub-Saharan Africa and Southeast Asia: a systematic literature review of qualitative and quantitative data, *BMC Public Health*, 2015, 15(139), doi:10.1186/s12889-015-1502-2.
- 176.** Chiweshe M et Macleod C, "If you choose to abort, you have acted as an instrument of Satan": Zimbabwean health service providers' negative constructions of women presenting for post abortion care, *International Journal of Behavioral Medicine*, 2017, 24(6):856–863, doi:10.1007/s12529-017-9694-8.
- 177.** Storeng KT et Ouattara F, The politics of unsafe abortion in Burkina Faso: the interface of local norms and global public health practice, *Global Public Health*, 2014, 9(8):946–959, doi:10.1080/17441692.2014.937828.
- 178.** Kumar A, Hessini L et Mitchell EMH, Conceptualising abortion stigma, *Culture, Health & Sexuality*, 2009, 11(6):625–639, doi:10.1080/13691050902842741.
- 179.** Levandowski B et al., Investigating social consequences of unwanted pregnancy and unsafe abortion in Malawi: the role of stigma, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2012, 118(Suppl. 2):S167–S171, doi:10.1016/S0020-7292(12)60017-4.
- 180.** Mayi-Tsonga S et al., Delay in the provision of adequate care to women who died from abortion-related complications in the principal maternity hospital of Gabon, *Reproductive Health Matters*, 2009, 17(34):65–70, doi:10.1016/S0968-8080(09)34465-1.
- 181.** Melese T et al., Management of post abortion complications in Botswana—the need for a standardized approach, *PLOS ONE*, 2018, 13(2):e0192438, doi:10.1371/journal.pone.0192438.
- 182.** Berhan Y et Berhan A, Causes of maternal mortality in Ethiopia: a significant decline in abortion related death, *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 2014, Special Issue, pp. 17–28, doi:10.4314/ejhs.v24i0.35.

- 183.** OMS, *Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement*, 2015, [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204495/9789242549263\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204495/9789242549263_fre.pdf?sequence=1).
- 184.** Makenzius M et al., Post-abortion care with misoprostol—equally effective, safe and accepted when administered by midwives compared to physicians: a randomised controlled equivalence trial in a low-resource setting in Kenya, *BMJ Open*, 2017, 7(10):e016157, doi:10.1136/bmjopen-2017-016157.
- 185.** Gaye A et al., Decentralizing postabortion care in Senegal with misoprostol for incomplete abortion, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2014, 126(3):223–226, doi:10.1016/j.ijgo.2014.03.028.
- 186.** Maternowska MC et al., Perceptions of misoprostol among providers and women seeking post-abortion care in Zimbabwe, *Reproductive Health Matters*, 2014, 22(Suppl. 44):16–25, doi:10.1016/S0968-8080(14)43792-3.
- 187.** Mayi-Tsonga S et al., The contribution of research results to dramatic improvements in post-abortion care: Centre Hospitalier de Libreville, Gabon, *Reproductive Health Matters*, 2012, 20(40):16–21, doi:10.1016/S0968-8080(12)40670-X.
- 188.** Cook S, de Kok B et Odland ML, “It’s a very complicated issue here”: understanding the limited and declining use of manual vacuum aspiration for postabortion care in Malawi: a qualitative study, *Health Policy and Planning*, 2017, 32(3):305–313, doi:10.1093/heapol/czw128.
- 189.** Odland ML et al., Decrease in use of manual vacuum aspiration in postabortion care in Malawi: a cross-sectional study from three public hospitals, 2008–2012, *PLOS ONE*, 2014, 9(6):e100728, doi:10.1371/journal.pone.0100728.
- 190.** Owolabi OO, Biddlecom A et Whitehead HS, Health systems’ capacity to provide post-abortion care: a multicountry analysis using signal functions, *Lancet Global Health*, 2019, 7:e110–e118, doi:10.1016/S2214-109X(18)30404-2.
- 191.** Benson J et al., What contraception do women use after abortion? An analysis of 319,385 cases from eight countries, *Global Public Health*, 2018, 13(1):35–50, doi:10.1080/17441692.2016.1174280.
- 192.** Evens E et al., Post-abortion care services for youth and adult clients in Kenya: a comparison of services, client satisfaction and provider attitudes, *Journal of Biosocial Science*, 2014, 46:1–15, doi:10.1017/S0021932013000230.
- 193.** Prata N et al., *Comprehensive Abortion Care Pilot Project in Tigray, Ethiopia: Final Report*, Tigray, Ethiopia: Tigray Regional Health Bureau, Ventura Strategies Innovations and Bixby Center, 2011, [http://bixby.berkeley.edu/wp-content/uploads/2015/03/TRHB\\_VSI\\_Bixby-Ethiopia-CAC-Pilot-Final-Report-2011-05F.pdf](http://bixby.berkeley.edu/wp-content/uploads/2015/03/TRHB_VSI_Bixby-Ethiopia-CAC-Pilot-Final-Report-2011-05F.pdf).
- 194.** Tsui AO, Brown W et Li Q, Contraceptive practice in sub-Saharan Africa, *Population and Development Review*, 2017, 43(Suppl 1):166–191, doi:10.1111/padr.12051.
- 195.** Sundaram A et al., Documenting the individual- and household-level cost of unsafe abortion in Uganda, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2013, 39(4):174–184, doi:10.1363/3917413.
- 196.** Ilboudo PGC et al., Estimating the costs for the treatment of abortion complications in two public referral hospitals: a cross-sectional study in Ouagadougou, Burkina Faso, *BMC Health Services Research*, 2016, 16(559), doi:10.1186/s12913-016-1822-7.
- 197.** Hu D et al., Cost-effectiveness analysis of unsafe abortion and alternative first-trimester pregnancy termination strategies in Nigeria and Ghana, *African Journal of Reproductive Health*, 2010, 14(2):85–103.
- 198.** OMS, *Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing*, 2005, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69855>.
- 199.** The Alan Guttmacher Institute (AGI), *Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide*, 1999, <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/sharing.pdf>.
- 200.** Bongaarts J, Africa’s unique fertility transition, *Population and Development Review*, 2017, 43(S1):39–58, doi:10.1111/j.1728-4457.2016.00164.x.
- 201.** Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques, Ministère de la Santé Publique et ICF International, *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples au Tchad, 2014–2015*, 2016, <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR317/FR317.pdf>.
- 202.** Institut National de la Statistique et ICF International, *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger, 2012*, 2013, <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR277/FR277.pdf>.
- 203.** Trussell J et Aiken ARA, Contraceptive efficacy, dans: Hatcher R et al., eds., *Contraceptive Technology*, 21e ed., New York: Ayer Company Publishers, 2018, pp. 829–839.
- 204.** ONU, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, *Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2020*, 2020, [https://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp\\_model.asp](https://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp_model.asp).
- 205.** Programme EDS, STATcompiler, Utilisation de la contraception moderne, femmes mariées et femmes célibataires sexuellement actives, pays d’Afrique subsaharienne avec des données, 2007–2018, <https://www.statcompiler.com/en/>.
- 206.** Thompson J, Undie C et Askew I, Access to emergency contraception and safe abortion services for survivors of rape: a review of policies, programmes and country experiences in sub-Saharan Africa, *Step-Up Research Report*, Nairobi, Kenya: Population Council, 2014, [https://www.svri.org/sites/default/files/attachments/2016-07-15/2014STEPUP\\_EC-SA\\_Report.pdf](https://www.svri.org/sites/default/files/attachments/2016-07-15/2014STEPUP_EC-SA_Report.pdf).
- 207.** Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crisis Situations, *Manual: Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations*, cinquième ed., New York: Fonds des Nations unies pour la population, 2011, [https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/RH%20kits%20manual\\_EN\\_0.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/RH%20kits%20manual_EN_0.pdf).
- 208.** Barot S, In a state of crisis: meeting the sexual and reproductive health needs of women in humanitarian situations, *Guttmacher Policy Review*, 2017, 20:24–30, <https://www.guttmacher.org/gpr/2017/02/state-crisis-meeting-sexual-and-reproductive-health-needs-women-humanitarian-situations>.
- 209.** Kisindja RM et al., Family planning knowledge and use among women in camps for internally displaced people in the Democratic Republic of the Congo, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2017, 138(3):256–260, doi:10.1002/ijgo.12220.
- 210.** Chukwumalu K et al., Uptake of postabortion care services and acceptance of postabortion contraception in Puntland, Somalia, *Reproductive Health Matters*, 2017, 25(51):48–57, doi:10.1080/09688080.2017.1402670.
- 211.** Jayaweera RT et al., Women’s experiences with unplanned pregnancy and abortion in Kenya: a qualitative study, *PLOS ONE*, 2018, 13(1):e0191412, doi:10.1371/journal.pone.0191412.



- 212.** ONU, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, *Estimates and Projections of Women of Reproductive Age Who Are Married or in a Union: 2020 Revision*, 2020, [https://www.un.org/en/development/desa/population/theme/marriage-unions/marriage\\_estimates.asp](https://www.un.org/en/development/desa/population/theme/marriage-unions/marriage_estimates.asp).
- 213.** Bonnen KI, Tuijje DN et Rasch V, Determinants of first and second trimester induced abortion—results from a cross-sectional study taken place 7 years after abortion law revisions in Ethiopia, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2014, 14(416), doi:10.1186/s12884-014-0416-9.
- 214.** Esia-Donkoh K et al., Who cares? Pre and post abortion experiences among young females in Cape Coast metropolis, Ghana, *African Journal of Reproductive Health*, 2015, 19(2):43–51, doi:http://www.jstor.org/stable/24877769.
- 215.** Fonds des Nations unies pour l'enfance, *Child Marriage: Latest Trends and Future Prospects*, 2018, <https://data.unicef.org/resources/child-marriage-latest-trends-and-future-prospects/>.
- 216.** Banque mondiale, Secondary school enrollment, female (% net), Sub-Saharan Africa, <https://data.worldbank.org/indicator/SE.SEC.NENR.FE?locations=ZG>.
- 217.** Programme EDS, STATcompiler, Âge médian au premier rapport sexuel et au premier mariage, pays d'Afrique subsaharienne avec des données, 2007–2018, <https://www.statcompiler.com/en/>.
- 218.** OMS et al., *Évolution de la mortalité maternelle 2000 à 2017 : estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du groupe de la banque mondiale et de la division de la population des Nations Unies: résumé d'orientation*, 2019, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332962/WHO-RHR-19.23-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 219.** Pan American Health Organization, *Changing Relationships in the Health Care Context: The Uruguayan Model for Reducing the Risk and Harm of Unsafe Abortion*, 2012, <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Publication-EN-BP-Uruguay-2012.pdf>.
- 220.** Benson J et al., Improving health worker performance of abortion services: an assessment of post-training support to providers in India, Nepal and Nigeria, *Reproductive Health*, 2017, 14(154), doi:10.1186/s12978-017-0416-0.
- 221.** Bart Johnson H et Westoff C, Examples of model-based approaches to estimating abortion, dans: Singh S, Remez L et Tartaglione A, eds., *Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity: A Review*, New York: Guttmacher Institute; et Paris: Union internationale pour l'étude scientifique de la population, 2010, pp. 49–61, [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/abortion-methodologies.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/abortion-methodologies.pdf).
- 222.** Bongaarts J et Potter R, *Fertility, Biology, and Behavior: An Analysis of the Proximate Determinants*, New York: Academic Press, 1983.
- 223.** Singh S et al., Estimating abortion incidence: assessment of a widely used indirect method, *Population Research and Policy Review*, 2019, 38:429–458, doi:10.1007/s11113-019-09517-2.
- 224.** Tableaux spéciaux des données de Basinga P et al., Abortion incidence and postabortion care in Rwanda, *Studies in Family Planning*, 2012, 43(1):11–20, doi:10.1111/j.1728-4465.2012.00298.x.
- 225.** Programme des Nations Unies pour le développement, Gender Inequality Index (GII): Human Development Reports, sans date, <http://hdr.undp.org/en/content/gender-inequality-index-gii>.
- 226.** CRR, Abortion worldwide: 20 years of reform, *Briefing Paper*, 2014, [https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/20Years\\_Reform\\_Report.pdf](https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/20Years_Reform_Report.pdf).
- 227.** Remez L, Mayall K et Singh S, Global developments in laws on induced abortion: 2008–2019, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2020, 46(Suppl.1):53–65, <https://doi.org/10.1363/46e0920>.
- 228.** Riley T et al., *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health*, 2019; Methodology Report, New York: Guttmacher Institute, 2020, <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019-methodology>.
- 229.** Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Global Burden of Disease Study 2017 results, 2018, <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
- 230.** Áhman E et Shah IH, New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2011, 115(2):121–126, doi:10.1016/j.ijgo.2011.05.027.

*De l'avortement non sécurisé à sécurisé en Afrique subsaharienne: des progrès lents mais constants* est disponible en ligne. Pour télécharger, visitez <https://www.guttmacher.org/fr/report/from-unsafe-to-safe-abortion-in-subsaharan-africa>.

©2020 Guttmacher Institute, société 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.

Tous droits, y compris de traduction dans d'autres langues, réservés en vertu de la Convention universelle sur le droit d'auteur, de la Convention de Berne pour la protection des œuvres littéraires et artistiques et des Conventions inter- et panaméricaines sur le droit d'auteur (Mexico et Buenos Aires). Des dérogations peuvent être accordées pour les droits de traduction de l'information contenue dans ce rapport.

ISBN: 978-1-934387-24-5

Indication de source suggérée: Bankole A et al., *De l'avortement non sécurisé à sécurisé en Afrique subsaharienne: des progrès lents mais constants*, New York: Guttmacher Institute, 2020, <https://www.guttmacher.org/fr/report/from-unsafe-to-safe-abortion-in-subsaharan-africa>. DOI: 10.1363/2020.32446

Guttmacher Institute  
125 Maiden Lane  
New York, NY 10038  
Téléphone: +1-212-248-1111  
Fax: +1-212-248-1951  
[info@guttmacher.org](mailto:info@guttmacher.org)  
**[www.guttmacher.org](http://www.guttmacher.org)**



