

ENFANTS D'AUJOURD'HUI DIVERSITÉ DES CONTEXTES PLURALITÉ DES PARCOURS

*Colloque international de Dakar
(Sénégal, 10-13 décembre 2002)*



Numéro 11

**ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE
AIDELF**

L'avortement en Afrique : une pratique fréquente chez les adolescentes ?

Agnès GUILLAUME

IRD (UMRD 151) et CEPED, Nogent sur Marne, France

Introduction

Lors de la conférence du Caire en 1994 et de Bejin en 1995, la question de l'avortement a fait l'objet de débats très controversés pour des raisons éthiques, morales et religieuses relatives aux notions de droit de vie du fœtus, de l'embryon et de la personne humaine, mais un consensus s'est établi autour du fait que l'avortement « ne doit pas être pratiqué comme un moyen de régulation de la fécondité » (Nations Unies 1994). À travers les notions de droit en matière de reproduction, l'accent a été mis sur le besoin d'une « reconnaissance du droit fondamental des couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances, de disposer des informations nécessaires pour ce faire et du droit de tous à accéder à une meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction » (Nations Unies 1994). Ces droits supposent de pouvoir mener une sexualité sans risque et d'avoir accès à des programmes de santé de la reproduction accessibles aux hommes comme aux femmes sans discrimination. Bien que de nombreux pays aient, à la suite de ces conférences adopté ou redéfini leurs priorités d'intervention pour améliorer leurs santé et droits reproductifs, ces programmes ne se sont pas toujours concrétisés par des actions sur le terrain en terme d'accès à la planification familiale et l'avortement sans risque, en particulier pour les adolescents : leurs besoins restent encore ignorés ou insatisfaits dans les services compétents tant au niveau des infections sexuellement transmissibles que des grossesses non prévues.

Dans la plupart des pays africains, l'accès à l'avortement est interdit ou très restrictif. Les législations sur l'avortement sont le plus souvent des réminiscences du passé colonial : dans les pays francophones, de la loi française de 1920 relative à la « contraception et à l'avortement » et dans les pays anglophones, elles sont inspirées de la loi anglaise de 1861 relative aux « délits des personnes ». Parmi 53 pays d'Afrique, 25 n'autorisent l'avortement que si la vie de la mère est en danger et le Soudan ajoute à cette condition la possibilité d'avorter en cas de viol ou d'inceste. Le Zimbabwe l'autorise pour sauver la santé physique ou mentale de la femme et en cas de viol, d'inceste ou de malformation du fœtus. Dans 23 pays, l'avortement n'est possible que si la vie, la santé physique ou mentale sont menacées, le Cameroun en plus de ces conditions stipule que l'avortement est également possible en cas de viol ou d'inceste, et 6 autres pays ajoutent à ces possibilités le recours à l'avortement en cas de malformation du fœtus. La Zambie a libéralisé l'avortement pour des raisons économiques ou sociales ainsi qu'en cas de malformation du fœtus. Dans trois pays seulement l'avortement est pratiqué à la demande : le Cap Vert, la Tunisie et l'Afrique du Sud. Mais son accès est parfois subordonné à d'autres restrictions : à des autorisations parentales ou maritales, à des indications de santé, à l'accord de médecins, à l'accès à des structures sanitaires spécifiques et d'un délai légal de grossesse ... autant de facteurs de blocage. Ces conditions rendent difficile la pratique de l'avortement surtout en zone rurale où la couverture sanitaire est insuffisante (Gastineau 2002 ; Guttmacher et al. 1998). La loi impose dans certains cas que des praticiens donnent leur accord pour que la femme puisse avorter : par exemple en Zambie si une femme veut avorter pour des raisons de santé mentale, un psychiatre doit donner son avis (Koster-Oyekan 1998) ; en Côte d'Ivoire, en cas d'avortement pour protéger la vie de la mère, il est nécessaire d'avoir l'accord de deux médecins assermentés par la justice.

Dans ce contexte d'accès limité à l'avortement, en Afrique la question de sa pratique se pose particulièrement chez les adolescentes : nous considérerons comme adolescentes les femmes âgées de moins de 20 ans et ne prenons en compte que les avortements provoqués. Dans ce contexte, nous analyserons tout d'abord la question de la sexualité des adolescentes et leur pratique contraceptive, leur recours à l'avortement (prévalence, tendance, méthodes et motifs), ainsi que leur choix de régulation de la fécondité entre contraception et avortement. Cette étude se base sur une revue de la littérature dans différents pays, ainsi que sur les données d'une étude réalisée en Côte d'Ivoire auprès de 2 400 femmes dans 4 centres de santé de la ville d'Abidjan (Guillaume 1999).

1. Sexualité et planification familiale

Les études sur la sexualité des adolescents ont surtout mis l'accent sur les risques potentiels qu'elle présente aussi bien pour leur santé sexuelle que pour la santé de la mère et de l'enfant (Delaunay et al. 2001). Mais une attention moindre est souvent portée aux conséquences sociales et familiales qu'elle peut avoir.

Dans bon nombre de sociétés africaines, le début de l'activité sexuelle est identifié pour les jeunes filles à l'entrée en union, alors que pour les hommes ces deux périodes peuvent être dissociées. Cependant des changements se produisent, les jeunes hommes commencent plus tôt leur vie sexuelle et les femmes retardent leur entrée en vie matrimoniale, mais par contre certaines débudent leur vie sexuelle. Ainsi « une période de sexualité juvénile autonome » apparaît qui échappe au contrôle de la génération précédente et aboutit à une plus grande individualisation des comportements (Bozon et Hertrich, 2002). Les femmes en étant actives sexuellement plus tôt sont exposées au risque d'infections sexuellement transmissibles, de grossesses non prévues si elles n'ont pas accès à la prévention. Leur accès à la planification familiale est souvent difficile, les programmes s'adressent prioritairement à des femmes mariées désirant espacer leurs naissances et les personnels de santé ne sont pas toujours réceptifs et accueillants pour les adolescents (Olukoya et al., 2001) : la prescription de la contraception est dans certains centres de santé faite lors du suivi post-natal et ne concerne donc pas par définition, les jeunes femmes sans enfants. L'épidémie de sida et les programmes de prévention qui en découlent ont cependant contribué à sensibiliser les populations aux risques liés à la sexualité non protégée (IST, grossesses). L'utilisation des préservatifs a progressé dans certains pays dans un but parfois plus préventif des maladies sexuellement transmissibles que contraceptif. Mais cette utilisation n'est pas toujours facile pour les jeunes femmes : dans une étude à Dar-es-Salaam auprès d'adolescentes, les difficultés que ces jeunes femmes avaient dans la négociation de l'utilisation des préservatifs ont été mises en évidence, surtout dans le cas de relations sexuelles avec des hommes plus âgés ; elles utilisent donc l'avortement comme une méthode de contraception face aux barrières culturelles et logistiques d'accès à la contraception (Silberschmidt et Rasch, 2001).

La question de l'utilisation de la contraception se pose chez ces adolescentes. Certaines enquêtes démographiques et de santé en Afrique fournissent des données sur l'utilisation de la contraception chez ces adolescentes non mariées et sexuellement actives¹ (tableau 1) : cette prévalence varie fortement entre les pays en terme de niveau et de méthodes utilisées. Dans deux pays (le Mozambique et le Niger) cette prévalence est faible (<7%) et ces femmes utilisent surtout les méthodes modernes. Au Tchad, en Tanzanie et à Madagascar, elle se situe entre 14 et 18% : dans ces deux premiers pays celle des méthodes modernes est plus forte que celle des méthodes naturelles (10-12% vs 5-2%). Dans cinq pays, cette prévalence se situe entre 25 et 35%, en RCA les méthodes naturelles sont les plus pratiquées, et les femmes qui utilisent les méthodes modernes recourent essentiellement au préservatif. Au Kenya et au Sénégal, la prévalence est de 30 et 34%, les femmes utilisent plus les méthodes modernes que naturelles et surtout le préservatif au Sénégal (88% des méthodes modernes utilisées). Dans les dix pays restant la

¹ Dans certains pays, les Enquêtes Démographiques et de Santé n'ont concerné que les femmes en union.

prévalence est supérieure à 42% et elle atteint plus de 72% au Cameroun : dans 6 de ces pays les méthodes modernes sont plus utilisées et dans 4 ce sont les méthodes naturelles : le préservatif est fréquemment utilisé dans 5 pays (80% des méthodes modernes utilisées).

Quant aux méthodes modernes, les comportements contraceptifs de ces adolescentes reposent essentiellement sur le préservatif : dans 10 pays il représente plus des deux tiers des méthodes modernes utilisées. Sa forte prévalence s'explique par l'impact des campagnes de prévention du sida, et son utilisation a pour objectif la prévention des infections sexuellement transmissibles. Mais son efficacité n'est pas forcément garantie, surtout s'il n'est pas utilisé systématiquement. Une difficulté dans l'utilisation de cette méthode masculine est qu'elle nécessite l'accord du partenaire.

Les méthodes médicalisées (pilule, DIU, injection) sont peu pratiquées par ces femmes, sauf en Namibie, en Éthiopie et au Rwanda : ces méthodes nécessitent une prescription médicale et leur coût est parfois élevé, ces deux éléments sont un facteur de blocage dans leur utilisation. La question de l'efficacité des méthodes naturelles se pose pour ces jeunes femmes, à cause de ces difficultés de négociations avec leur partenaire mais aussi de la méconnaissance de leur période féconde, qui rend aléatoire la pratique de la continence périodique : les données des Enquêtes Démographiques et de Santé pour 25 pays africains montrent que seulement entre 5% et environ 1/3 des femmes de 15 à 49 ans seulement connaissent de façon précise leur période féconde.

La pratique contraceptive des adolescentes repose donc essentiellement sur le préservatif dont l'utilisation pour ces femmes n'est pas facile à négocier, et sur des méthodes peu efficaces : dans ce contexte, quel rôle va jouer l'avortement dans la régulation de la fécondité ? Sa pratique est-elle fréquente chez les adolescentes, par quelles méthodes interrompent-elles ces grossesses ?

TABLEAU 1 : PRÉVALENCE CONTRACEPTIVE CHEZ LES ADOLESCENTES (15-19 ANS) NON MARIÉES ET SEXUELLEMENT ACTIVES DANS DIFFÉRENTS PAYS AFRICAINS DANS LES ANNÉES 1990-2000

	Méthodes						Parmi l'ensemble des méthodes		Parmi les méthodes modernes	
	Toutes	moderne	condom	pilule	injection	naturelle	% moderne	% naturelle	% médicalisée	% condom
Bénin 1996	47,2	12,6	8,7	3,9	0,0	34,6	26,7	73,3	0,5	69,0
Burkina Faso 1998/99	42,5	37,3	36,0	0,7	0,5	4,2	87,8	9,9	0,4	96,5
Cameroun 1998	72,6	19,7	17,6	1,6	0,5	49,2	27,1	67,8	0,4	89,3
Comores 1996	42,3	30,8	30,8	0,0	0,0	11,5	72,8	27,2	0,0	100,0
Cote d'Ivoire 1998/99	54,1	25,3	19,3	3,9	2,1	27,5	46,8	50,8	1,5	76,3
Éthiopie 2000	45,7	44,5	19,1	21,0	4,4	1,2	97,4	2,6	11,3	42,9
Guinée 1999	42,4	20,1	17,9	2,2	0,0	14,4	47,4	34,0	0,4	89,1
Kenya 1998	30,4	20,4	11,3	6,9	2,2	9,9	67,1	32,6	1,9	55,4
Madagascar 1997	18	5,5	2,7	1,7	1,1	12,3	30,6	68,3	0,2	49,1
Mali 1995/1996	28,8	15,7	7,3	8,3	0,0	11,3	54,5	39,2	1,3	46,5
Mozambique 1997	7	5	1,7	1,4	0,7	2	71,4	28,6	0,2	34,0
Namibie 1992	29	26,9	1,9	7,7	16,7	1,3	92,8	4,5	6,7	7,1
Niger 1998	1,8	1,8	0,0	1,8	0,0	0	100,0	0,0	0,0	0,0
Nigeria 1999	46,6	23	15,1	6,9	1,0	17,5	49,4	37,6	1,8	65,7
RCA 1994/95	25,2	10,1	9,4	0,7	0,0	15,1	40,1	59,9	0,1	93,1
Rwanda 1992	51	39,6	14,1	14,1	11,4	11,4	77,6	22,4	10,1	35,6
Sénégal 1997	34,5	32,7	28,8	0,0	2,2	1,8	94,8	5,2	1,3	88,1
Tanzanie 1996	14,2	12	4,4	5,6	2,0	1,9	84,5	13,4	0,9	36,7
Tchad 1996/97	14,2	9,5	7,9	1,6	0,0	4,6	66,9	32,4	0,2	83,2
Togo 1998	56,2	25,3	22,4	1,7	0,9	30,4	45,0	54,1	0,7	88,5

Méthodes modernes: Condom, pilule, DIU, injection, implant, stérilisation masculine et féminine (pas de cas chez les adolescents) et les spermicides - méthodes naturelles: abstinence périodique, retrait - toutes méthodes = méthodes modernes + naturelles + populaires (indigénat, gris gris...) - méthodes médicalisées = pilule + DIU + injection + implants

Source: enquêtes DHS : demandes spécifiques sur le site <http://www.measuredhs.com/>

2. Prévalence de l'avortement chez les jeunes: niveaux et tendances

L'avortement étant illégal dans une majorité de pays africains, les données sur ce sujet sont rares. Elles reposent essentiellement sur des études ponctuelles² (enquêtes auprès de consultants, d'étudiants...), ainsi que sur des études hospitalières sur les complications de ces avortements où les morbidité et mortalité maternelles consécutives à ces avortements sont analysées : mais dans certaines de ces études les fausses-couches et avortements provoqués ne sont pas dissociés, des ajustements s'avèrent nécessaires pour mesurer la part de ces avortements provoqués. Ces études ne donnent qu'une vision partielle de l'ampleur de l'avortement car elles ne sont pas représentatives de la population : les résultats sont très souvent sous-estimés et présentent une hypothèse basse de l'ampleur de ce phénomène. De plus, les données publiées ne permettent pas toujours de mettre en évidence le comportement des adolescents.

Le profil des femmes qui recourent à l'avortement varie selon les conditions de son accès (législation et restriction), le développement et les conditions d'accès aux programmes de planification familiale. Il dépend également des conditions de vie de ces femmes et de leur autonomie décisionnelle et financière.

Une étude menée dans le sud du Cameroun auprès de 113 femmes qui ont eu un avortement montre que près de 50% étaient des adolescentes (Leke, 1998) : plus de la moitié de ces jeunes femmes étaient célibataires et 21% étaient nullipares. Une autre étude sur la santé reproductive des adolescentes dans deux villes camerounaises confirme cette forte prévalence de l'avortement chez les adolescentes puisque parmi les femmes qui ont eu au moins une grossesse, 9% de celles âgées de 12 à 17 ans et 20% de celles de 18 à 22 ans ont déclaré un avortement, 19% parmi celles encore scolarisées et seulement 16% parmi celles qui ne sont plus scolarisées (Meekers et Calves, 1997).

Au Gabon, 15% des femmes ont avorté au moins une fois, cette proportion est faible chez les femmes de moins de 20 ans (4%) (Barrère, 2001), mais si l'on analyse l'âge des femmes à leur premier avortement, il apparaît qu'il se produit dans 44% des cas à moins de 20 ans³. En Centrafrique, 7% des adolescentes ont déclaré avoir eu une grossesse non désirée et parmi ces femmes, 14% ont interrompu cette grossesse et 17,9% ont tenté de le faire (Ndamobissi, Mboup et Nguélébé, 1995).

Au Togo, lors d'une enquête sur la Famille, les Migrations et l'Urbanisation, les femmes ont été interrogées sur leur pratique de l'avortement : au moment du dernier avortement 53% des femmes avaient moins de 25 ans et un quart de ces femmes ont mentionné avoir avorté pour pouvoir poursuivre leurs études. Une autre étude menée dans ce pays auprès d'un échantillon d'environ 1800 femmes scolarisées montre que parmi celles âgées de 15 à 19 ans 13% ont eu au moins un avortement : elles ont eu en moyenne 1,21 avortements (Amegee, 1999).

Au Nigeria, une étude menée auprès de 800 élèves (de 12 à 19 ans) à Port Harcourt a montré que 78% de ces femmes étaient sexuellement actives et qu'elles ont interrompu 89% de leurs grossesses par un avortement (Okpani et Okpani, 2000). En Ouganda, 17% des adolescentes ont eu au moins un avortement (Agyei et Epema, 1992).

En Côte d'Ivoire, une étude dans la région d'Aboisso (sud-est) auprès de femmes de 15 à 49 ans montre que « le premier avortement survient précocement dans le cycle de vie sexuelle et reproductive. Parmi les femmes qui ont pratiqué un avortement 25% avaient moins de 17 ans et 50% avaient moins de 20 ans (ces âges correspondent aux premier et deuxième quartiles) » (Anoh, 2001). Parmi ces femmes, 47% n'avaient pas d'enfant au moment de cet avortement ce qui confirme la fréquence des avortements chez les adolescentes puisque l'âge moyen en la

² Cette question de l'avortement a été étudiée dans les dernières Enquêtes Démographiques et de Santé au Gabon, dans les enquêtes CDC au Cap Vert.

³ Nos propres calculs.

maternité est situé entre 18 et 19 ans. Dans le centre-nord du pays, lors d'une étude sur la santé maternelle auprès de 2286 femmes en âge fécond, 9% des femmes de moins de 20 ans ont déclaré avoir eu au cours de leur vie au moins un avortement (Zanou et al., 1999). À Abidjan, un tiers des femmes interrogées dans les centres de santé en 1998 déclarent avoir eu au moins un avortement et elles sont 20% chez les femmes de moins de 20 ans. Ces adolescentes retardent par ces interruptions de grossesses leur entrée en parentalité. En effet, parmi celles qui n'ont pas de naissances vivantes, 17% ont eu un avortement et 4% deux avortements ou plus : 22% de ces adolescentes qui n'ont eu qu'une seule grossesse l'ont interrompue par un avortement, 13 % ont terminé leurs deux grossesses par un avortement. Si l'on analyse l'histoire génésique de ces femmes, on constate que 2,7% des femmes avaient moins de 15 ans et 30,2% entre 15 et 19 ans quand cette grossesse s'est terminée par une naissance vivante, mais 6,5% de ces femmes avaient moins de 15 ans et 42,2% entre 15 et 19 ans quand elle a été interrompue par un avortement. L'avortement est donc une pratique fréquente chez ces adolescentes et qui intervient précocement dans leur vie reproductive. Le poids de l'avortement dans la fécondité s'est accentué récemment (tableau 2). Les taux d'avortement sont en augmentation, ainsi que le part de l'avortement dans la fécondité : 71 avortements se produisent pour 100 naissances chez les femmes de moins de 20 ans dans les cinq dernières années précédant l'enquête, alors qu'ils n'étaient que 45% dans les 5-10 ans précédant l'enquête et de 35% dans les 10-15 ans avant l'enquête (Guillaume, à paraître). Ces tendances confirment le constat fait par Desgrées du Loué et al. (1999) qui avait également mis en évidence cette évolution du recours à l'avortement particulièrement dans les jeunes générations et chez les jeunes femmes.

TABLEAU 2 : TAUX DE FÉCONDITÉ, D'AVORTEMENT ET PROPORTION D'AVORTEMENTS POUR 100 NAISSANCES CHEZ LES ADOLESCENTES À ABIDJAN AU COURS DES PÉRIODES PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE (P. 1000)

Période avant l'enquête	Taux de fécondité	Taux d'avortement	% avortement/naissances
0-4 ans	125	89	71
5-9 ans	114	51	45
10-14 ans	135	47	35

Source : enquête FSU98 - Guillaume, à paraître

Au vu de ces résultats, l'importance de l'avortement chez les adolescentes apparaît, bien que ces données soient certainement sous-estimées et ne donnent qu'un niveau minimum de la prévalence de cette pratique. Elles soulignent l'importance de l'avortement comme moyen de différer le début de la vie reproductive. Par quels moyens ces femmes avortent-elles ?

3. Des méthodes d'avortement à risques

Depuis des générations les femmes ont eu recours à l'avortement pour réguler leur fécondité en utilisant toute une gamme de méthodes abortives (McLaren, 1990 ; The Alan Guttmacher Institute, 1999). En Afrique où l'avortement est illégal, il est généralement fait par curetage souvent par des personnels de santé non qualifiés, parfois sans anesthésie et dans des conditions d'hygiène et de sécurité insuffisantes. Dans la pharmacopée traditionnelle, des plantes sont réputées pour leurs propriétés abortives, prises en infusion ou lavement ou sous forme d'ovules. À ces méthodes s'ajoutent des produits qui, s'ils ne sont pas réellement abortifs laissent des séquelles importantes : des produits chimiques (détergent, bleu à linge, eau de Javel...), des produits acides, ou alcoolisés (vin, vinaigre, alcool blanc, citron...) mais aussi l'excès de sucre, de coca-cola... Certains produits pharmaceutiques sont aussi connus pour avoir des propriétés abortives, il s'agit essentiellement de médicaments déconseillés en cas de grossesses et qui sont utilisés en surdosage : les antipaludéens tels la nivaquine, la quinine, des

hormones (comme le crinex, le synergon), l'aspirine ou le paracétamol, les antibiotiques... plusieurs de ces produits sont souvent mélangés. L'insertion d'objet dans le vagin est une méthode également très répandue : tiges de plantes, objets contondants, verre pilé... À toutes ces méthodes s'ajoutent des massages ou manipulations de l'utérus, des efforts physiques violents... Ces méthodes ont souvent des conséquences néfastes sur la santé des femmes, se traduisant par des complications post-abortum ou même le décès de la femme.

Au Gabon, environ un tiers des adolescentes ont avorté avec une méthode médicalisée (curetage, dilatation ou aspiration). Les autres méthodes sont des méthodes à base de plantes (16%), des sondes végétales (5%) et des comprimés (16%) ou des injections (16%), il s'agit dans les deux cas de produits pharmaceutiques utilisés en surdosage. Plus de la moitié des avortements sont faits au domicile de la femme et dans près de deux tiers des cas, aucun personnel médical n'a assisté la femme lors de son avortement. Ces méthodes présentent donc des risques pour la santé des femmes, les méthodes les moins risquées comme le curetage sont chères (dans 3/4 des cas sont coût est supérieur à 50 000 FCFA⁴), donc peu abordables pour des adolescentes.

À Dar es Salaam, les jeunes femmes qui ont eu recours à l'avortement l'ont fait faire dans 22% des cas par un « médecin », dans 65% des cas par un personnel de santé et dans 13% des cas par un tradipraticien : dans 48% des cas ces avortements sont faits à plus de 10 semaines (Mpangile, Leshabari et Kihwele, 1999).

Lors de l'enquête menée dans les centres de santé d'Abidjan, la moitié des adolescentes (51%) ont déclaré avoir avorté par une intervention chirurgicale, avec des médicaments (non prévus pour cet effet : nivaquine, crinex, synergon...) (10%), ou en recourant à des méthodes traditionnelles avec des lavements (26%), des ovules végétales (14%), une sonde (1,1%), des tisanes (6%) : certaines de ces méthodes pouvant être utilisées conjointement. Le coût de ces avortements dépend du type de méthode utilisé, l'intervention chirurgicale coûte dans la majorité des cas entre 25 000 et 50 000 FCFA. Pour les autres méthodes, la procédure a été gratuite pour un quart des femmes et a coûté moins de 5 000 FCFA pour la moitié des femmes et n'excède pas 25 000 FCFA pour les autres.

L'avortement coûte cher pour les femmes, en particulier pour les adolescentes qui n'ont pas de ressources propres pour y faire face. Elles ont souvent des difficultés à trouver les fonds nécessaires pour financer ces interruptions de grossesses et avortent à des durées de grossesses tardives qui les exposent à des procédures à risque (The Alan Guttmacher Institute, 1999) : dans des entretiens réalisés à Abidjan, il a été précisé que le coût de l'avortement en milieu « médicalisé » dépend de la durée de grossesse : plus cette durée est avancée et plus le coût est élevé. Nombre de ces méthodes abortives provoquent des complications plus ou moins graves : dans de nombreux services de gynécologie et obstétriques des hôpitaux, l'avortement est la principale cause d'admission et représente une lourde charge pour ces services.

3.1 Les complications des avortements

Les études sur les complications d'avortements sont disponibles dans des zones où il existe de structures sanitaires capables de les prendre en charge, essentiellement les hôpitaux des grandes villes. Les complications les plus fréquentes des avortements faits dans de mauvaises conditions sont des lésions des organes génitaux, des douleurs pelviennes chroniques, des infections, des hémorragies, des hystérectomies, des problèmes d'incontinence, de stérilité et parfois le décès de la femme (Anderson, 1998 ; Strickler, Heimburger et Rodriguez, 2001). Quel est le profil de ces femmes victimes de complications ?

Une étude au Nigeria menée auprès de 500 femmes admises pour des complications à l'hôpital montre que 59% des ces femmes étaient des adolescentes et avaient une faible

⁴ 1 € = 655 FCFA

prévalence contraceptive (Ezechi, Fasubaa et Dare, 1999). En 1993, dans trois capitales des trois continents, Nairobi, Lima et Manille, une étude menée, auprès d'environ 600 femmes hospitalisées pour des complications d'avortements montre quelques similitudes et divergences de profil de ces femmes (Ankomah et al., 1997) : à Nairobi, elles ont en majorité moins de 25 ans (91%), sont célibataires (84%) et nullipares (77%), et par l'avortement diffèrent leur entrée en vie féconde ; à Lima et Manille, il s'agit de femmes en union de plus de 25 ans et qui ont au moins un enfant. Dans les trois villes, elles ont en majorité un niveau d'instruction élevé. L'avortement n'a pas un caractère exceptionnel puisqu'à Nairobi bien que les femmes interrogées soient beaucoup plus jeunes, 26% d'entre elles avaient déjà un antécédent d'avortement.

En 1991, dans 5 services de gynécologie et obstétrique de la ville d'Addis Abeba, une étude sur les cas d'admission d'avortements (spontanés et provoqués) montre qu'il s'agissait dans 57% des cas d'avortements provoqués qui concernaient essentiellement des femmes de moins de 25 ans (Tadesse et al., 2001) ; un tiers de ces avortements avaient été provoqués par des antibiotiques (l'ampicilline) en surdosage, certaines femmes avaient pratiqué l'insertion de tubes ou cathéters en plastique (46%) ou de tiges métalliques (22% des cas) ; cet avortement avait été soit auto-pratiqué par la femme (28%) ou fait par un assistant de santé (35%) et dans près d'un quart des cas par du personnel non médical.

En Tanzanie, dans un hôpital de Dar es Salaam, 31% parmi 300 femmes admises pour des avortements ont eu un avortement provoqué illégal : plus de la moitié de ces femmes ont moins de 20 ans (Justesen, Kapiga et Van Asten, 1992).

À Illorin, au Nigeria, parmi les 144 femmes hospitalisées pour des complications d'avortements provoqués 53% avaient moins de 20 ans ; la plupart de ces avortements avaient été faits par du personnel non médical dans de mauvaises conditions d'hygiène ; 24% ont avorté à 12 semaines de grossesses ou moins et 29% à plus de douze semaines avec tous les risques inhérents à ces avortements tardifs (Anate, O. Awoyemi et Oyawoye, 1995). À Abidjan, une étude auprès de femmes admises au CHU pour des complications d'avortements montre que 35% de ces femmes avaient moins de 20 ans et 53% entre 20 et 30 ans (Goyaux et al., 1999). Ces femmes ont eu des complications graves : des signes de péritonite dus à l'utilisation d'une méthode intra-utérine, des troubles neurologiques liés à l'ingestion d'infusion à base de plantes.

Dans trois pays (Bénin, Sénégal, Cameroun), une étude sur les complications de fausses-couches et d'avortements provoqués, réalisée dans différents hôpitaux montre qu'au Bénin dans 68% des cas il s'agit de complications d'avortements provoqués, au Cameroun dans 38% des cas et au Sénégal dans 27% des cas (Goyaux et al., 2001). Ces femmes admises pour des avortements provoqués sont dans l'ensemble jeunes : au Bénin 19% ont moins de 20 ans 29% au Cameroun et 17% au Sénégal. Les complications de ces avortements sont dues à des avortements auto-pratiqués dans 40% des cas, 51 % fait avec l'assistance de personnels de santé et pour les autres de celle de tradipraticiens.

Au Kenya, l'avortement est un problème important puisque 35% des admissions au service de gynéco-obstétrique de l'hôpital en 1996-97 sont dues à des complications d'avortements, 18% de ces femmes ont moins de 20 ans (Solo et al., 1999). Au Gabon, 21% des femmes de moins de 20 ans ont déclaré avoir eu des complications après l'avortement (Barrère, 2001) : ces jeunes femmes ont avorté à des durées tardives de grossesse : dans 7% des cas l'avortement est intervenu à 5 mois de grossesse ou plus et dans 61% entre 2 et 4 mois de grossesse et avec des méthodes plus à risque.

La morbidité consécutive aux avortements est élevée et ce risque de complications est particulièrement fort chez ces femmes jeunes, qui recourent fréquemment à des méthodes traditionnelles ou à des médicaments utilisés en surdosage. Pourquoi malgré ces risques pour leur santé, les femmes avortent-elles ?

4. Pour quelles raisons les adolescentes recourent-elles à l'avortement ?

Les motifs d'avortements ne sont pas toujours explicités de façon claire dans la littérature, en particulier chez les adolescentes⁵. Pour ces femmes, l'avortement est la réponse à une grossesse non prévue ou socialement peu acceptable. Dans un article sur l'avortement à risque chez les adolescentes dans les pays en développement, Oluka et al. (2001) mentionnent neuf raisons expliquant ce recours à l'avortement :

- l'école, c'est-à-dire la crainte de l'expulsion de l'école ou d'un abandon scolaire à cause de cette grossesse,
- des raisons économiques, si la jeune femme n'a pas de ressources propres et doit être aidée par un adulte,
- une condamnation sociale d'une grossesse prénuptiale,
- une relation non stable avec le partenaire,
- un échec de contraception dû à l'inefficacité de la méthode ou à une utilisation incorrecte,
- une grossesse résultant d'un viol ou d'un inceste,
- être déjà mère d'un enfant en bas âge,
- ne pas aimer le père de l'enfant,
- ou avoir été forcée à avorter par les parents ou le partenaire (Olukoya et al. 2001).

Si certaines de ces raisons peuvent être mentionnées chez des femmes plus âgées, la hiérarchie et la fréquence dans l'importance de ces raisons ne sont pas les mêmes : pour les femmes plus âgées, l'avortement peut répondre à un besoin d'espacement des naissances et d'arrêt de la constitution de la descendance tandis que les adolescentes, par l'avortement, diffèrent leur entrée en parentalité : la fréquence des premières grossesses interrompues par un avortement en atteste, comme l'ont montré les études en Côte d'Ivoire.

4.1 La grossesse, un risque d'exclusion scolaire

Dans certains pays, les jeunes filles scolarisées sont exclues du système scolaire en cas de grossesse, bien que les législations se soient assouplies. Mais ces femmes scolarisées préfèrent interrompre cette grossesse qui compromettrait le bon déroulement de leurs études. Elles n'ont souvent pas les moyens économiques ni l'environnement familial adéquat pour assumer seule la charge d'un enfant parfois mal accepté par les parents.

Cette pratique de l'avortement chez les jeunes femmes scolarisées est très fréquente; ainsi en Afrique sub-saharienne, Zabin et Kiragu (1998) déclarent au sujet de l'avortement chez les adolescentes que dans beaucoup de pays africains la majorité des femmes qui avortent sont des adolescentes qui veulent continuer leurs études ou leur travail et attendent, pour avoir un enfant, de pouvoir l'assumer économiquement. Au Nigeria, une enquête en 1986 auprès de femmes de 14 à 25 ans révèle que près de la moitié des étudiantes ont une grossesse qui s'est terminée par un avortement (Nichols et al., 1986), au Bénin en 1988, 80% des étudiantes enquêtées dans le cadre d'études supérieures ont eu au moins un avortement et en Ouganda 79% des femmes admises à l'hôpital pour des avortements étaient encore scolarisées (Avodagbe, 1988, Mirembe, 1994, cités par (Zabin et Kiragu 1998)). Dans l'étude menée par Bankole et al. (1998), plus de la moitié des femmes au Kenya, entre 30 et 40% en Zambie et au Nigeria et 13% au Bénin justifient leur avortement par des raisons scolaires ou des difficultés pour poursuivre leur activité économique : bien que l'âge des femmes qui déclarent avoir avorté pour ce motif ne soit pas spécifié, il concerne certainement un grand nombre

⁵ L'article de Bankole et al., 1998 fournit une très bonne synthèse sur ce thème dans quelques pays mais ne présente pas de données détaillées selon l'âge des femmes (pour les pays africains).

d'adolescentes. À Bamako, pour Konate et al. (1999), lors de l'étude menée auprès de consultantes, les « contraintes scolaires » font partie des trois principales raisons justifiant l'avortement. Au Togo, la scolarisation est mentionnée par près d'un tiers des femmes de moins de 20 ans comme motif d'avortement et par 19% des femmes de 20-24 ans (URD 2001).

En Côte d'Ivoire, la question de la poursuite des études fait partie des principaux motifs d'avortement : à Abidjan, parmi les jeunes femmes enquêtées dans les centres de santé, 20% déclarent avoir avorté pour cette raison : 90% de ces femmes sont d'un niveau scolaire du deuxième cycle du secondaire ou du supérieur.

La question de l'avortement chez les adolescentes pour des motifs scolaires est préoccupante. Il est surprenant de constater que le recours à l'avortement est plus fréquent chez les femmes instruites malgré les risques inhérents à cette pratique et la forte prévalence contraceptive chez ces femmes : mais ces femmes éduquées sont inscrites dans une stratégie de maîtrise de leur fécondité et utilisent la contraception ou l'avortement si nécessaire.

4.2 Une grossesse socialement mal acceptée ?

Bien d'autres raisons justifient le recours à l'avortement. Bankole et al. (1998) dans leur étude sur l'avortement ont montré que 20% des femmes (tous âges confondus) au Kenya et 22% au Bénin ont interrompu leur grossesse car « elles étaient trop jeunes », ou quelqu'un « désapprouve cette grossesse » : ce qui signifie un besoin de retarder l'entrée en vie reproductive.

Au Gabon, un tiers des adolescentes déclarent avoir interrompu leur grossesse pour des raisons économiques, 23% des femmes pour pouvoir poursuivre leurs études, 17% car elles se trouvaient trop jeunes pour avoir un enfant et 16% par crainte des parents. À Abidjan, 38% des adolescentes déclarent avoir avorté par « crainte de leurs parents », 14% à la demande des parents, 6% pour éviter un scandale et 10% par manque de moyens, à la demande du partenaire (14%) ou parce qu'elles n'étaient pas mariées (6%).

Ces différents motifs d'avortement renvoient à la question de l'acceptabilité sociale et familiale des grossesses (illégitimes) des adolescentes mais aussi à la reconnaissance de leur sexualité : ce droit à la sexualité ne leur est pas reconnu, leur accès à la planification familiale souvent limité et elles n'ont d'autres alternatives que de recourir à l'avortement pour faire face à cette grossesse non prévue.

5. Avortement et contraception: un choix réel ?

L'avortement et la contraception participent à la régulation de la fécondité en Afrique, mais l'articulation et le choix entre ces deux pratiques est complexe.

L'avortement est utilisé à la place de la contraception par les adolescentes qui n'ont pas accès à la planification familiale soit par manque de services disponibles ou parce qu'elles ont des difficultés pour y accéder comme au Kenya par exemple (Ankomah et al., 1997). Cette situation se retrouve également en Asie puisqu'en Chine, la société désapprouve les relations sexuelles prémaritales et une stigmatisation sociale pèse sur ces femmes, l'accès à la contraception ne leur est pas autorisé et l'avortement est leur seule « option contraceptive » (*contraceptive option*) (Lin et al. 1999).

L'avortement peut intervenir suite à un échec de contraception consécutif à une mauvaise utilisation de la méthode ou à son inefficacité. Mais parfois les femmes sont réticentes à l'utilisation de la contraception et préfèrent avorter malgré les risques inhérents à ces avortements clandestins. Au Nigeria, la contraception est perçue comme ayant des effets secondaires et des risques sur la fécondité à venir alors que l'avortement ne semble pas présenter ces risques (Otoide, Oronsaye et Fryday Okonofua, 2001). De plus, la contraception est considérée comme contraignante car elle doit être utilisée sur une longue période de temps,

à la différence de l'avortement. Un des avantages que les femmes citent pour l'avortement comparativement à la contraception est qu'il permet à la femme de prouver sa fertilité, alors que des craintes existent souvent par rapport aux contraceptifs qui rendraient stérile.

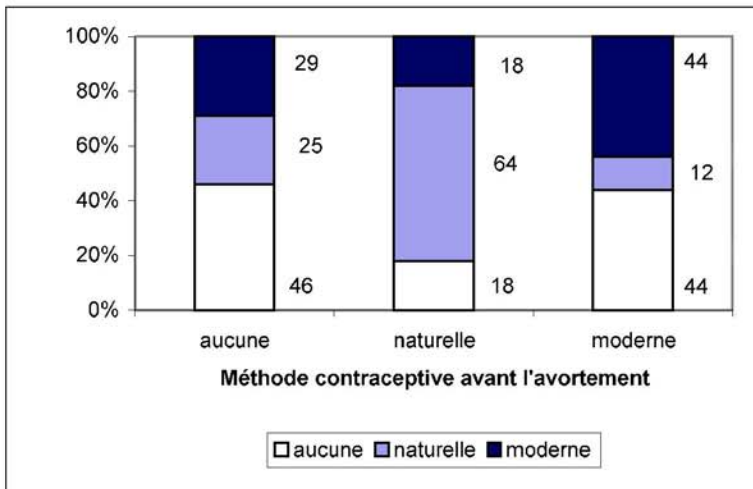
Les femmes recourent également à l'avortement en cas de grossesses non prévues car elles ne se croyaient pas exposées à cette grossesse (par méconnaissance de leur période féconde notamment) ou ont eu des relations sexuelles non prévues.

Quelle était la pratique contraceptive de ces adolescentes au moment de leur avortement ? Au sud du Cameroun, près de la moitié des femmes n'utilisaient pas de contraception au moment de cette grossesse non prévue, environ un tiers utilisait une méthode naturelle et 9% allaitaient encore leur précédent enfant (Leke, 1998).

Lors de l'étude à Abidjan, les femmes ont été interrogées sur leur pratique contraceptive avant et après leur dernier avortement : la majorité des adolescentes (60%) n'ont pas utilisé la contraception avant leur avortement, 23% de ces jeunes femmes ont avorté à cause de l'échec d'une méthode moderne de contraception et 17% de celui d'une méthode naturelle. Après l'avortement, on assiste à une progression dans l'utilisation de la contraception (figure 1) : parmi ces adolescentes qui n'utilisaient pas de contraception avant l'avortement 46% ne changent pas de comportement, mais 25% utilisent une méthode naturelle et 29% une méthode moderne. Près de deux tiers (64%) des adolescentes qui utilisaient une méthode naturelle avant l'avortement continuent ce type de méthode malgré son échec, tandis qu'elles sont aussi nombreuses (18%) à abandonner toute contraception qu'à adopter une méthode moderne. Parmi les utilisatrices de méthodes modernes avant l'avortement, une proportion équivalente d'adolescentes (44%) continue ce type de méthodes et arrête toute contraception tandis que 12% changent de contraception au profit d'une méthode naturelle.

Si l'expérience d'un avortement amène des changements dans la prévention des grossesses, elle ne suscite pas une forte utilisation des méthodes modernes : ce constat pose la question du counselling post-abortum qui est fait à ces femmes et de leur accès réel à la planification familiale. Comme les avortements sont parfois auto-pratiqués ou faits par des personnels peu qualifiés, les femmes ne bénéficient pas de conseils après leur avortement, rares sont les cas où une contraception leur est prescrite après. Une prise en charge de ces femmes est nécessaire pour éviter ces pratiques d'avortements à répétition et à risque.

FIGURE 1 : MÉTHODE CONTRACEPTIVE UTILISÉE APRÈS L'AVORTEMENT EN FONCTION DE LA MÉTHODE UTILISÉE AVANT L'AVORTEMENT CHEZ LES ADOLESCENTES (ENQUÊTES FSU - ABIDJAN 1998)



Conclusion

L'état de la situation relative à l'avortement et à la contraception chez les adolescentes montre un besoin pour ces femmes de réguler leur fécondité, besoin satisfait dans certains cas avec des avortements à risque pour la santé des femmes. Souvent exclues de la population-cible des programmes de planification familiale, les adolescentes n'ont souvent que ce moyen pour éviter une grossesse non prévue ou non désirée. L'accès à la contraception reste limité pour ces adolescentes et quand elles la pratiquent, les méthodes utilisées sont peu efficaces. Dans certains pays, la contraception repose essentiellement sur les méthodes naturelles dont l'efficacité est douteuse, ces femmes ayant souvent une mauvaise connaissance de leur période féconde. Leur utilisation des méthodes modernes est essentiellement basée sur le préservatif: les méthodes médicalisées, la pilule, le stérilet ou les implants sont peu utilisées. L'utilisation du préservatif est plus facile pour elles car avec les campagnes de lutte contre le sida, les préservatifs sont disponibles dans les centres de santé mais aussi dans des commerces (boutiques, supermarchés...), et à un coût assez abordable. Ils présentent l'avantage d'une utilisation ponctuelle, ce qui est plus facile pour ces jeunes femmes qui ont parfois une sexualité régulière et ne ressentent pas le besoin d'une contraception régulière. Mais par contre ces femmes sont dépendantes de leur partenaire pour leur utilisation, et la négociation de leur utilisation n'est pas toujours évidente comme cela a été noté dans différentes études.

Les quelques études sur l'avortement montrent l'importance de cette pratique chez les adolescentes, pratique qui est certainement très sous-estimée dans les enquêtes, mais les études des complications d'avortement confirment l'importance de sa pratique particulièrement chez les adolescentes. Ces avortements sont faits dans de mauvaises conditions d'hygiène et de sécurité car ils sont clandestins, et parce que les ressources économiques limitées de ces adolescentes ne leur permettent pas d'accéder à des procédures médicalisées qui présentent plus de garanties sanitaires. Elles avortent souvent à des durées tardives qui les exposent également à des risques de complications. Les restrictions dans l'accès à l'avortement, que ce soit des normes sociales, religieuses ou des dispositions légales, n'empêchent pas cette pratique de l'avortement. Par contre, pour les contourner les femmes recherchent diverses solutions à travers leurs réseaux sociaux, familiaux..., solutions qui présentent parfois des risques pour leur santé comme l'attestent les nombreuses complications voire les décès consécutifs à ces avortements.

La situation relative à l'avortement et à la contraception présente quelques traits communs avec certains pays d'Europe de l'Est où l'accès à la contraception moderne est resté pendant longtemps limité : ces méthodes n'étaient pas distribuées dans les pays et les femmes régulaient leur fécondité avec des méthodes naturelles de contraception ou en recourant à l'avortement, une pratique très répandue (Bajos N., Guillaume A., 2002).

Un meilleur accès à la planification familiale pour les adolescentes permettrait de limiter le recours à l'avortement, mais la disponibilité de ces méthodes n'est pas suffisante. Il est nécessaire d'offrir à ces jeunes hommes et femmes une éducation sexuelle qui leur permette une meilleure gestion de leur sexualité, d'éviter les grossesses non prévues et de contracter des infections sexuellement transmissibles. Cette éducation va aussi leur donner plus de pouvoir dans la négociation de leurs relations sexuelles et de l'utilisation de méthodes préventives. L'accès des adolescents aux programmes de planification familiale doit être amélioré ainsi que l'attention qui leur est portée. Beaucoup de fausses rumeurs circulent sur les effets secondaires des méthodes de contraception et elles sont un facteur de blocage dans leur utilisation : le *counselling* relatif à la contraception doit être plus approfondi pour éviter ces réticences dans l'utilisation de la contraception et trouver les méthodes les mieux adaptées.

Deux méthodes offrent des opportunités particulièrement intéressantes pour ces adolescentes : le RU486 et la contraception d'urgence, qui est en train d'être mise sur le marché en Afrique. Cette méthode présente une alternative intéressante pour ces adolescentes dans la

prévention des grossesses non prévues et pour éviter les avortements à risque, et devrait permettre aux femmes une plus grande autonomisation et une gestion « à posteriori » des risques de grossesses.

L'amélioration de l'accès à la contraception est indispensable, mais il convient également d'assouplir les législations sur l'avortement pour éviter les pratiques d'avortement à risque : ces deux éléments participent du respect des droits reproductifs tels qu'ils ont été définis et adoptés par de nombreux pays lors des conférences du Caire et de Bejin.

BIBLIOGRAPHIE

- AGYEI W.K et E.J. EPEMA. 1992. « Sexual behavior and contraceptive use among 15-24 years old in Uganda. » *Inter Family Planning Perspectives* 18(1), pp.13-17.
- AMEGEE LK. 2002. « Recours à l'avortement provoqué en milieu scolaire au Togo : mesure et facteurs du phénomène. » In « *Santé de la Reproduction en Afrique* », Guillaume A., Desgrées du Loû A., Zanou B., Koffi N. (éds), ENSEA, FNUAP, IRD, Abidjan, Côte d'Ivoire, pp. 297-322.
- ANATE M., O. AWOYEMI et O. OYAWOYE. 1995. « Induced abortion in Illorin, Nigeria. » *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 49, pp. 197-198.
- ANDERSON D. 1998. « Abortion, women's health and fertility. » Liège : IUSSP, 21 p.
- ANKOMAH A., C. ALOO-OBUNGA, M. CHU, et A. MANLAGNIT. 1997. « Unsafe abortion : method used and characteristics of patients attending hospitals in Nairobi, Lima and Manila. » *Health Carefor Women International* 18, pp.43-53.
- ANOAH A. 2001. « Émergence de la planification familiale en Côte d'Ivoire. » Doctorat de démographie, Université Paris X.
- BAJOS N., GUILLAUME A., 2002 « Reproductive health : Contraceptive practices and use of abortion among adolescents and young adults in Europe », European Population Committee (CAHP), Strasbourg, 63 p. + graph.
- BANKOLE A., S. SINGH et al. (1998). « Reasons Why Women Have induced Abortion : Evidence from 27 countries. » *Inter Family Planning Perspec* 24 (3) : 117-127&152.
- BARRÈRE M. 2001. « Avortement. » in *Enquête Démographique et de Santé Gabon 2000*, édité par F. DGSEE, ORC Macro. Calverton, Maryland, USA. pp. 86-98.
- BOZON M. et V. HERTRICH. 2002. « Sexualité préconjugale et rapports de genre en Afrique et en Amérique Latine : une comparaison à partir de 20 enquêtes EDS. », Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 16 p.
- DELAUNAY V., ENEL C., E. LAGARDE, A. DIALLO, C. BECKER et G. PISON. 2001. « Sexualité des adolescents : tendances récentes en milieu rural sénégalais. » *Les dossiers de CEPED* n° 65, 34 p.
- EZECHIO. C., O. B. FASUBAA et F. O. DARE. 1999. « Contraceptive promotion and utilization : solution to problem of illegally induced abortion in countries with restrictive abortion law. » *Nig. Qt. Hosp. Med.* 9 (2 avril-june 1999), pp. 167-168.
- GASTINEAU B. 2002. « Légalisation de l'avortement et planification familiale : l'expérience tunisienne. » In « *Santé de la Reproduction en Afrique* », Guillaume A., Desgrées du Loû A., Zanou B., Koffi N. (éds), ENSEA, FNUAP, IRD, Abidjan, Côte d'Ivoire, pp. 243-265.

- GOYAUX N., E. ALIHONOU, F. DIADHIOU, R. LEKE et P. THONNEAU. 2001. « Complications of induced abortion and miscarriage in three african countries : a hospital-base study among WHO collaborating centers. » *Acta obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 80, pp. 568-573.
- GOYAUX N., F. YACE-SOUMAH, C. WELFFENS-EKRA et P. THONNEAU. 1999. « Abortion complications in Abidjan (Ivory Coast). » *Contraception* Aug, 60(2), pp. 107-109.
- GUILLAUME A. 1999. « Planification familiale et pratique de l'avortement: une étude dans quatre FSU-Com d'Abidjan. Rapport d'enquête. », Abidjan : ENSEA-IRD, 59 p.
- GUILLAUME A.. À paraître. « L'avortement comme déterminant de la transition de la fécondité à Abidjan ? », *Population* 24 p. ?
- GUTTMACHER S., F. KAPADIA, J. T. W. NAUDE et H. D. PINHO. 1998. « Abortion reform in South Africa : A case study of the 1996 choice on termination of pregnancy act. » *Inter Family Planning Pers* 24(4), pp. 191-194.
- JUSTESEN A., S. H. KAPIGA et H. VAN ASTEN. 1992. « Abortion in Hospital setting : hidden realities in Dar es Salaam Tanzania. » *Studies in Family Planning* 23 (3), pp. 325-3329.
- KONATE M. K., F. SISSOKO et al. (1999). Les conséquences sociales de l'avortement provoqué à Bamako. Bamako, CILS S, INSAH, CERPOD : 91.
- KOSTER-OYEKAN W. 1998. « Why resort to illegal abortion in Zambia ? Findings of a community-based study in western province. » *Soc. Sei. Med.* 46 (10), pp. 1303-1312.
- LEKE R. J. 1998. « Les adolescents et l'avortement. » in *Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique*, édité par B. Kuate-Defo. Montréal : Ediconseil Inc , pp. 297-306.
- LIN L., W. SHI-ZHONG, C. Xiao-Qing et L. MIN-XIANG. 1999. « Induced abortion among unmarried women in Sichuan Province, China : A survey. » in *Abortion in the developing world*, édité par Axel I Mundigo et C. Indriso. New Delhi : WHO, pp. 337-345.
- MCLAREN A. 1990. A history of contraception. From antiquity to the present day. USA : Blackwell Oxford UK and Cambridge.
- MEEKERS D. et A. CALVES. 1997. « Gender differentials in adolescent sexual activity and reproductive health risks in Cameroon. » in *Working paper n° 4*. Washington : PSI Research division, 50 p.
- MPANGILE G., M. LESHABARI et D. KIHWELE. 1999. « Induced Abortion in Dar es Salaam, Tanzania : The Plight of Adolescents. » in *Abortion in the developing world*, édité par Axel I Mundigo et C. Indriso. New Delhi : World Health Organization, pp. 387-405.
- NATIONS UNIES. 1994. « Rapport de la Conférence Internationale sur la population et le développement. » Le Caire : Nations Unies.
- NDAMOBISSI R., G. MBOUP et E. O. NGUÉLÉBÉ. 1995. « Enquête Démographique et de Santé République Centrafricaine 1994-95. » Bangui-Calverton : Direction des Statistiques Démographiques et Sociales, Division des Statistiques et des études économiques, Ministère de l'économie, du plan et de la Coopération Internationale, Macro International Inc.
- NICHOLS D., E. T. WOODS, D. S. GATES et SHERMAN J. 1986. « Sexual behaviour, contraceptive practice, and reproductive health among Nigerian adolescent. » *Studies in Family Planning* 17 (2), pp. 100-106.
- OKPANI A. et J. OKPANI 2000. « Sexual activity and contraceptive use among female adolescents - a report from Port Harcourt, Nigeria. » *African Journal of Reproductive Health* 4(1), pp. 40-48.
- OLUKOYA A. A., A. KAYA, B. J. FERGUSON et C. ABOUZAHR. 2001. « Unsafe abortion in adolescent. » *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75, pp.137-147.

- OTOIDE V. O., F. ORONSAYE et F. OKONOFUA. 2001. « Why Nigerian Adolescents seek abortion rather than contraception:evidence from focus-group discussion. » *Inter Family Planning Perspec* 27 (2), pp. 77-81.
- SILBERSCHMIDT M. et V. RASCH. 2001. « Adolescent girls, illegal abortion ans "sugar-dadies" in Dar es Salaam : vulnerable victims and active social agents. » *Soc Sei Med* 52, pp.1815-1826.
- SOLO J., D. BILLINGS, C. ALOO-OBUNGA, A. OMINDE et M. MAKUMI. 1999. « Creating Linkages Between Incomplete abortion treatment and family planning services in Kenya. » *Studies in Family Planning* 30 (n° 1), pp. 17-26.
- STRICKLER J., A. HEIMBURGER et K. RODRIGUEZ. 2001. « Clandestine abortion in Latin America : a clinic profile. » *Inter Family Planning Pers* 27 (1), pp.34-36.
- TADESSE E., G. YOSEPH A., E. MULETTA, D. POGHARIAN, K. KETSELLA et Z. HAWAZ. 2001. « Illegal abortion in Addis Ababa, Ethiopia. » *East African medical journal* 78 (1), pp. 25-29.
- THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. 1999. « Sharing responsibility women society and abortion worldwide. », New York : The Alan Guttmacher Institute, 66 p.
- URD. 2001. « Avortement au Togo. » in *Enquête Ménage et Famille*. Lomé, Togo : UERD, 13 p.
- ZABIN L. et K. KIRAGU. 1998. « The health consequences of adolescent sexual and fertility behavior in Sub-Saharan Africa. » *Studies in Family Planning* 29 (2), pp. 210-232.
- ZANOU B., A. DESGREES DU LOÛ, A. GUILLAUME, K. N'GUESSAN et *al.*, 1999. « Étude démographique et de santé maternelle dans la sous-préfecture de Niakaramandougou (Centre-Nord). » Abidjan, ENSEA, FNUAP, 123 p.