

Les faits sur l'avortement en Afrique

INCIDENCE DE L'AVORTEMENT

- En Afrique, le nombre annuel d'avortements provoqués est passé, entre 2003 et 2008, de 5,6 millions à 6,4 millions. En 2008, l'Afrique de l'Est a enregistré le plus grand nombre d'avortements (2,5 millions), suivie de l'Afrique de l'Ouest (1,8 million), de l'Afrique du Nord et centrale (0,9 million) et de l'Afrique australe (0,2 million). La hausse du nombre d'avortements s'explique largement par celle du nombre de femmes en âge de procréer.
- Des 6,4 millions d'avortements pratiqués en 2008, 3% seulement l'ont été dans des conditions médicalisées*.
- Malgré l'accroissement du nombre d'avortements pratiqués, le taux d'avortement annuel est resté pratiquement inchangé entre 2003 et 2008, à 29 pour mille femmes âgées de 15 à 44 ans.
- En 2008, on estime à 38 pour mille le taux d'avortement parmi les femmes âgées de 15 à 44 ans en Afrique de l'Est, 36 pour mille en Afrique centrale et à 28 pour mille en Afrique de l'Ouest. Presque aucune des procédures pratiquées dans ces sous-régions n'est médicalisée. Le taux est de 18 pour mille en Afrique du Nord, toutes procédures non médicalisées, sauf pour un petit nombre en Tunisie.
- Le taux sous-régional le plus bas d'Afrique est celui de l'Afrique australe (15 pour mille), où 58% des procédures ne sont pas

médicalisées. Le plus grand pays de cette sous-région, l'Afrique du Sud, est doté d'une législation libérale de l'avortement.

- Treize pour cent de la totalité des grossesses survenues en Afrique ont abouti sur l'avortement en 2008.

PRESTATAIRES D'AVORTEMENTS CLANDESTINS

- D'après les enquêtes menées auprès de professionnels de la santé informés sur la question, 23% des femmes qui cherchent à se faire avorter en Ouganda s'adresseraient aux prestataires traditionnels employant pour beaucoup des techniques non dénuées de risques, tandis que 56% feraient appel à un médecin ou à un personnel infirmier, dont l'approche est

généralement moins risquée. Certaines femmes tentent d'interrompre elles-mêmes leur grossesse selon des méthodes particulièrement dangereuses (15%) et d'autres encore se procurent des remèdes abortifs auprès d'un pharmacien ou d'autres vendeurs (7%).

- L'avortement non médicalisé est plus courant encore dans d'autres pays, comme au Burkina Faso, où les données obtenues de professionnels de la santé informés sur la question indiquent que 42% des femmes font appel aux services de prestataires traditionnels tandis que 23% interrompent elles-mêmes leur grossesse.
- Le Nigeria présente d'importantes différences d'accès à l'avortement médicalisé selon le sous-groupe. En 2002 notamment, une

Légalité de l'avortement

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

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

*Dans ce rapport, l'avortement est qualifié de médicalisé ou non selon les définitions ordinaires de l'Organisation mondiale de la Santé. L'avortement non médicalisé ou clandestin se définit comme une procédure destinée à interrompre une grossesse non planifiée, pratiquée par une personne qui ne possède pas les compétences nécessaires et/ou dans un cadre ne répondant pas aux normes médicales minimales.

*Cette catégorie comprend les pays dotés de lois faisant simplement référence à des indications « de santé » ou « thérapeutiques », qui peuvent être interprétées plus largement que la santé physique. *M.B.*: Certains pays autorisent aussi l'avortement en cas de (a) viol, (b) inceste, (c) malformation fœtale ou (d) autres motifs. Certains limitent l'accès à l'avortement en exigeant le consentement d'une (e) autorité parentale ou du (f) conjoint. Les pays qui admettent l'avortement pour motifs de nature socioéconomique ou sans restriction de motivation le soumettent cependant à des limites de gestation (1er trimestre généralement) ; l'avortement peut être admis au-delà de cette période, mais dans certaines conditions prescrites seulement.

enquête nationale auprès des ménages a révélé que près de six femmes non pauvres sur 10 qui s'étaient fait avorter avaient obtenu une procédure chirurgicale, par rapport à trois femmes pauvres sur 10 seulement.

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

- L'Organisation mondiale de la Santé estime qu'en Afrique, en 2008, 14% des décès maternels (29.000) ont été le résultat d'un avortement non médicalisé¹.

- Environ 1,7 million de femmes sont hospitalisées chaque année dans la région pour le traitement des complications d'un avortement non médicalisé².

- Les complications les plus fréquentes de l'avortement non médicalisé sont l'avortement incomplet, la perte excessive de sang et l'infection. Les complications moins fréquentes mais extrêmement graves sont le choc septique, la perforation des organes internes et l'inflammation du péritoine.

- En Afrique du Sud, où la loi sur l'avortement s'est libéralisée en 1997, le nombre annuel de décès liés à la procédure s'est réduit de 91% entre 1994 et 1998-2001.

- Parce qu'elles tendent à recourir aux méthodes les moins sûres et aux prestataires non qualifiés, les femmes pauvres et des milieux ruraux sont particulièrement vulnérables aux conséquences de santé graves. Au Nigeria, les femmes qui font appel aux guérisseurs traditionnels ou qui provoquent elles-mêmes leur avortement forment le groupe associé à la plus haute incidence de complications (36%).

- Au Nigeria, 25% des femmes qui ont subi un avortement déclarent avoir souffert de complications modérées à

graves ; un tiers seulement de ces femmes obtiennent cependant des soins.

- En Ouganda, sur la totalité des femmes atteintes de complications requérant traitement, on estime que 45% ne bénéficient d'aucune attention médicale en établissement spécialisé. Cette proportion est plus élevée encore parmi les femmes pauvres³.

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

- Les services post-avortement sont de très mauvaise qualité en Afrique subsaharienne. Les lacunes se traduisent communément par un accès inadéquat aux services, de longs délais de traitement, un manque de personnel sanitaire qualifié et de fournitures médicales, l'application de procédures inappropriées, des attitudes moralisatrices chez le personnel clinique et hospitalier, et un coût élevé pour les patientes.

LÉGALITÉ DE L'AVORTEMENT

- En 2008, selon les estimations, 92% des Africaines en âge de procréer vivaient dans les pays soumis à des législations restrictives de l'avortement. Même en présence de lois autorisant l'avortement pour motifs restreints, il est probable que seulement un petit nombre de femmes dans ce pays puissent assumer les démarches requises pour obtenir une procédure légale médicalisée.

- L'avortement n'est autorisé pour aucune raison dans 14 pays d'Afrique.

- Quatre pays d'Afrique sont dotés de lois relativement libé-

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

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

RECOMMANDATIONS

- Étant donné que la pratique contraceptive représente le moyen le plus sûr de prévenir les grossesses non planifiées et de réduire la nécessité de l'avortement, des programmes et politiques aptes à améliorer les connaissances des femmes comme des hommes, leur accès aux services et leur pratique de la contraception doivent être établis et renforcés.

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

- Afin de réduire le nombre de procédures clandestines, les motifs d'avortement légaux doivent être élargis dans la région et l'accès à des services médicalisés doit être amélioré lorsque les conditions légales sont remplies.

- Une législation libérale de l'avortement ne garantit pas nécessairement l'approche

médicalisée de la procédure. Des directives de prestation doivent être rédigées et disséminées, les prestataires doivent être formés et les gouvernements doivent s'engager à assurer l'accès à des pratiques médicalisées sous les auspices de la loi.

Sauf indication contraire, l'information présentée dans ce document est extraite de Sedgh G et al., Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008, Lancet, 2012 (à paraître), et de Singh S et al., Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress, New York: Guttmacher Institute, 2009.

RÉFÉRENCES

1. Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*, sixth ed., Geneva: WHO, 2011.
2. Singh S, Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries, *Lancet*, 2006, 368(9550):1887-1892.
3. Singh S et al., *Unintended Pregnancy and Induced Abortion in Uganda: Causes and Consequences*, New York: Guttmacher Institute, 2006.



Advancing sexual and reproductive health worldwide through research, policy analysis and public education

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

Washington DC
1301 Connecticut Ave. NW, Suite 700
Washington, DC 20036
Tel: 202.296.4012
policyinfo@guttmacher.org

www.guttmacher.org