

1317

COMITE PERMANENT INTER-ÉTATS DE LUTTE CONTRE LA SÉCHERESSE DANS LE SAHEL  
INSTITUT DU SAHEL  
PROGRAMME MAJEUR POPULATION / DÉVELOPPEMENT  
(CERPOD)



**CILSS**

**LES CONSÉQUENCES SOCIALES  
DE L'AVORTEMENT PROVOQUÉ  
À BAMAKO**

Par:

Mamadou Kani Konaté

Fatouma Sissoko

Mouhamadou Guèye

Baba Traoré

Dr. Diallo Fatimata Sambou Diabaté

RAPPORT DE RECHERCHE

Juillet 1999

Le Centre d'Études et de Recherche sur la Population pour le Développement (CERPOD) a été créé en 1988 par le CILSS (Comité permanent Inter-Etats de Lutte contre la Sécheresse dans le Sahel).

Le CERPOD remplace l'Unité Socio-Economique et de Démographie (USED) qui avait vu le jour en 1978.

Il est placé sous la tutelle de l'Institut du Sahel (INSAH) dont le siège est Bamako (Mali).

Le CILSS compte neuf Etats membres : Burkina Faso, Cap-Vert, Gambie, Guinée-Bissau, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal, Tchad.

Le CERPOD intervient également dans d'autres pays du continent.



**CERPOD**

B.P. 1530

BAMAKO

MALI

Tél : (223) 22 30 43 / 22 80 86 / 22 46 07

Fax : (223) 22 78 31

E-mail : [btraore@cerpod.insah.ml](mailto:btraore@cerpod.insah.ml)

Composition : Salif DIOP / CERPOD

Juillet 1999

Comité Permanent Inter-Etats de Lutte  
Contre la Sécheresse dans le Sahel  
CILSS  
Institut du Sahel  
INSAH  
Centre d'Etudes et de Recherche  
sur la Population pour le Développement  
CERPOD



**LES CONSEQUENCES SOCIALES  
DE L'AVORTEMENT PROVOQUE  
A BAMAKO**

Par:

Mamadou Kani Konaté  
Fatouma Sissoko  
Mouhamadou Guèye  
Baba Traoré  
Dr Diallo Fatimata Sambou Diabaté

Juillet 1999

## TABLE DES MATIERES

<b>CHAPITRE I - INTRODUCTION .....</b>	<b>7</b>
1.1. DEFINITION DE L'AVORTEMENT .....	8
1.2. SITUATION DE L'AVORTEMENT EN AFRIQUE .....	8
1.2.1. <i>Les causes de l'avortement provoqué</i> .....	10
1.2.1.1. Les causes directes de l'avortement .....	10
1.2.1.2. Les causes indirectes de l'avortement .....	13
1.2.2. <i>Les conséquences de l'avortement</i> .....	16
1.2.2.1. Les conséquences sanitaires de l'avortement .....	16
1.2.2.2. Les conséquences sociales de l'avortement .....	19
<b>CHAPITRE II – METHODOLOGIE .....</b>	<b>20</b>
2.1. POPULATIONS ENQUETEES ET COLLECTE DES DONNEES .....	20
2.2. QUESTIONNAIRES .....	21
2.3. FORMATION .....	21
2.4. METHODES D'ANALYSE .....	21
<b>CHAPITRE III – LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRA- PHIQUES DE LA POPULATION ENQUETEE .....</b>	<b>23</b>
<b>CHAPITRE IV – LES GROSSESSES NON-DESIREES .....</b>	<b>29</b>
4.1. NIVEAUX ET DIFFERENTIELLES DES GROSSESSES NON-DESIREES .....	29
4.1.1. NIVEAUX DES GROSSESSES NON-DESIREES .....	29
4.1.2. <i>Différentielles des grossesses non-désirées</i> .....	30
4.2. LES GROSSESSES NON-DESIREES SE TERMINANT PAR UN AVORTEMENT PROVOQUE .....	34
<b>CHAPITRE V – LES AVORTEMENTS PROVOQUES.....</b>	<b>38</b>
5.1. NIVEAUX ET DIFFERENTIELLES DES AVORTEMENTS PROVOQUES .....	38
5.2. LES RAISONS DE L'AVORTEMENT .....	42
<b>CHAPITRE VI – L'UTILISATION DES METHODES CONTRACEP-</b>	

<b>TIVESET L'AVORTEMENT.....</b>	<b>44</b>
6.1. L'UTILISATION DU PLANNING FAMILIAL AVANT ET APRES L'AVORTEMENT.....	44
6.2. UTILISATION ACTUELLE DE METHODE CONTRACEPTIVE MODERNE.....	46
<b>CHAPITRE VII – AVORTEMENT ET DECISION REPRODUCTIVE..</b>	<b>48</b>
7.1. LE DESIR D'AVOIR D'AUTRES ENFANTS.....	48
7.2. NOMBRE TOTAL D'ENFANTS SURVIVANTS.....	48
<b>CHAPITRE IX – LES CONDITIONS ET LES CONSEQUENCES GYNECO-OBSTETRIQUES DE L'AVORTEMENT .....</b>	<b>52</b>
8.1. LA METHODE, LE LIEU ET LA PERSONNE AYANT PRATIQUE L'AVORTEMENT.....	52
8.2. LES SUITES DE L'AVORTEMENT .....	54
8.3. LE TEMPS DE RETABLISSEMENT.....	55
<b>CHAPITRE IX – LES CONSEQUENCES SOCIALES DE L'AVORTEMENT.....</b>	<b>56</b>
9.1. OPINION ET SENTIMENT DE LA FEMME AYANT CONNU L'AVORTEMENT SUR LA PRATIQUE .....	56
9.1.1. <i>Analyse descriptive</i> .....	56
9.1.1.1. Opinion des femmes qui ont vécu le phénomène sur l'avortement.....	56
9.1.1.2. Sentiment après l'avortement des femmes qui ont vécu le phénomène.....	57
9.1.1.3. Opinion des femmes qui n'ont pas vécu le phénomène sur l'avortement.....	57
9.1.2. <i>Analyse multivariée</i> .....	59
9.1.2.1. Opinion des femmes .....	59
9.1.2.2. Le sentiment de la femme après l'avortement .....	61
9.2. LES REACTIONS SUSCITEES PAR L'AVORTEMENT CHEZ LE MARI/PARTENAIRE, DANS LA FAMILLE ET DANS L'ENTOURAGE.....	63
9.2.1. <i>La réaction du mari/partenaire</i> .....	63
9.2.1.1. Analyse descriptive.....	63
9.2.1.2. Analyse multivariée .....	64
9.2.2. <i>Les réactions des membres de la famille (Cf. tableau 9.5)</i> .....	66
9.2.3. <i>La réaction de l'entourage</i> .....	67
9.3. LES PENSEES DE L'ENTOURAGE SUR L'AVORTEMENT.....	68
9.4. LES CONSEILS REÇUS A PROPOS DE L'AVORTEMENT.....	69
9.5. LES CONSEILS DONNES A PROPOS DE L'AVORTEMENT.....	71
<b>CHAPITRE X – CONCLUSION.....</b>	<b>73</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>78</b>

## LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 3.1:** Caractéristiques socio-démographiques et économiques des populations enquêtées et des populations en âge de procréer de la commune 4 et du district de Bamako.
- Tableau 4.1:** Résultats du Modèle complet de l'analyse de régression logistique (rapports de chance) déterminant les tendances à la contraction d'une grossesse non désirée.
- Tableau 5.1:** Résultats du Modèle complet de l'analyse de régression logistique (rapports de chance) déterminant les tendances à la pratique de l'avortement provoqué.
- Tableau 5.2:** Proportion des femmes suivant les raisons de l'avortement provoqué pour chacune des trois populations étudiées.
- Tableau 6.1:** La proportion de femmes utilisant une méthode contraceptive avant et après l'avortement.
- Tableau 6.2:** Résultats du Modèle complet de l'analyse de régression logistique (rapports de chance) déterminant les tendances à l'utilisation actuelle de méthode contraceptive moderne.
- Tableau 7.1:** Proportion des femmes qui désirent avoir d'autres enfants suivant certaines caractéristiques socio-économiques pour chacune des trois populations étudiées.
- Tableau 7.2:** Répartition des femmes suivant le nombre d'enfants survivants pour chacune des trois populations étudiées
- Tableau 7.3:** Résultats du Modèle complet de l'analyse de régression logistique (rapports de chance) déterminant les tendances à avoir au moins un enfant survivant.
- Tableau 8.1:** Répartition des femmes selon la méthode, le lieu et la personne ayant pratiqué l'avortement pour chacune des trois populations étudiées
- Tableau 8.2:** Proportion des femmes suivant les suites de l'avortement pour chacune des trois populations étudiées
- Tableau 8.3:** Proportion des femmes suivant le temps de rétablissement après l'avortement pour chacune des trois populations étudiées

- Tableau 9.1:** Répartition des femmes ayant connu un avortement suivant leur opinion sur l'avortement et leur sentiment après l'avortement pour chacune des trois populations étudiées
- Tableau 9.2:** Répartition des femmes n'ayant pas connu d'avortement suivant leur opinion sur l'avortement pour chacune des trois populations étudiées
- Tableau 9.3:** Résultats du modèle complet de l'analyse de régression logistique déterminant les tendances à l'acceptation de l'avortement provoqué chez les femmes.
- Tableau 9.4:** Résultats du modèle complet de l'analyse de régression logistique déterminant les tendances au sentiment de soulagement/libération après l'avortement provoqué chez les femmes.
- Tableau 9.5:** Proportion des femmes ayant connu au moins un avortement suivant les réactions suscitées par l'avortement pour chacune des trois populations étudiées
- Tableau 9.6 :** Résultats du modèle complet de l'analyse de régression logistique déterminant les tendances à l'approbation de l'avortement provoqué chez les maris/partenaires.
- Tableau 9.6:** Proportion des femmes suivant les pensées de l'entourage sur l'avortement pour chacune des trois populations étudiées
- Tableau 9.7:** Répartition des femmes suivant les conseils reçus à propos de l'avortement pour chacune des trois populations étudiées
- Tableau 9.8:** Proportion des femmes suivant les conseils donnés à propos de l'avortement pour chacune des trois populations étudiées
- Tableau A1:** Résultats du Modèle univarié de l'analyse de régression logistique (rapports de chance) déterminant les tendances à la contraction d'une grossesse non désirée.
- Tableau A2:** Proportion des femmes ayant contracté une grossesse non-désirées selon certaines caractéristiques socio-économiques pour chacune des trois populations étudiées
- Tableau A.3:** Proportion des femmes dont la grossesse non désirée a abouti à un avortement provoqué selon des caractéristiques socio-économiques pour chacune des trois populations étudiées
- Tableau A.4:** Résultats du Modèle univarié de l'analyse de régression logistique (rapports de chance) déterminant les tendances à la pratique de l'avortement provoqué.
- Tableau A.5:** Proportion des femmes ayant fait au moins un avortement provoqué selon des caractéristiques socio-économiques pour chacune des trois populations étudiées

**Tableau A.6:** Résultats du Modèle univarié de l'analyse de régression logistique (rapports de chance) déterminant les tendances à l'utilisation actuelle de méthode contraceptive moderne.

**Tableau A7:** Résultats du modèle univarié de l'analyse de régression logistique déterminant les tendances à l'acceptation de l'avortement provoqué chez les femmes.

## LISTE DES GRAPHIQUES

- Graphique 4.1:** Résultat du modèle complet de l'analyse de régression logistique déterminant la propension à contracter une grossesse non désirée selon l'âge.
- Graphique 4.2:** Résultat du modèle complet de l'analyse de régression logistique déterminant la propension à contracter une grossesse non désirée selon le statut matrimonial.
- Graphique 4.3:** Résultat du modèle complet de l'analyse de régression logistique déterminant la propension à contracter une grossesse non désirée selon le niveau d'éducation.
- Graphique 4.4:** Proportion des femmes dont la grossesse non désirée a abouti à un avortement provoqué.
- Graphique 5.1:** Résultat du modèle complet de l'analyse de régression logistique déterminant la propension à pratiquer un avortement provoqué selon le statut matrimonial.
- Graphique 5.2:** Résultat du modèle complet de l'analyse de régression logistique déterminant la propension à pratiquer un avortement provoqué selon le niveau d'éducation.
- Graphique 5.2:** Résultat du modèle complet de l'analyse de régression logistique déterminant la propension à pratiquer un avortement provoqué selon le l'utilisation de la contraception à un moment quelconque.
- Graphique 6.1:** Proportion de femme utilisant régulièrement une méthode contraceptive moderne avant et après l'avortement.

## CHAPITRE I - INTRODUCTION

Le présent rapport présente les résultats préliminaires d'une étude sur les conséquences sociales de l'avortement provoqué conduite à Bamako, au Mali, en 1996. L'étude, exécutée par le Centre d'Etudes et de Recherche sur la Population pour le Développement (CERPOD) a été financée par l'USAID à travers le projet Promoting Population Policy for Development (PPPD). Elle traite des caractéristiques socio-démographiques et des histoires contraceptives et d'avortement d'un échantillon aléatoire de clientes de cliniques de santé de la reproduction de la Commune IV et de l'hôpital Gabriel Touré du District de Bamako.

Au Mali comme dans la plupart des pays africains, l'avortement est une pratique courante et les complications consécutives peuvent être préjudiciables pour la santé voire fatales pour la vie des femmes. Une étude faite par Binkin et al. (1984) sur les hospitalisations consécutives aux complications d'avortement au Mali estime à 13% la proportion des avortements provoqués. Parmi les femmes qui ont fait un avortement provoqué, 62% ont eu des complications graves telles que des infections, une hémorragie, une rupture de l'utérus. Cette proportion n'est que de 16% pour les femmes ayant fait un avortement spontané. Une autre étude faite par le Ministère de la Santé et The Population Council en 1993 dans les zones rurales où un projet de distribution à base communautaire de contraceptifs est mis en œuvre estime à 29% la proportion de femmes ayant eu une grossesse non désirée. Parmi elles, 19% ont tenté d'avorter et 8% ont réussi l'avortement (République du Mali, 1993).

De plus, au Mali l'avortement provoqué est illégal et n'est autorisé qu'au cas où la vie de la mère est en danger. Cette interdiction favorise la pratique clandestine de l'avortement comme le démontrent les nombreux cas de complications admis dans les hôpitaux.

Les études relatives à l'avortement au Mali sont très peu nombreuses et ne nous permettent pas de nous étendre largement sur le sujet. Dans la revue de la littérature, nous allons faire plutôt allusion aux différents aspects qui entourent l'avortement en Afrique. Pour cela, nous allons dans un premier temps donner une définition du concept. Et dans un second temps, présenter la situation de l'avortement en Afrique de manière générale.

## 1.1- DEFINITION DE L'AVORTEMENT

L'avortement désigne toute interruption de grossesse avant la 20ème semaine. Cette interruption de la grossesse peut se faire de manière spontanée (avortement spontané) ou provoquée (avortement provoqué).

Un avortement est dit spontané lorsqu'il survient indépendamment de la volonté de la femme affectée ou d'une tierce personne. Ce type d'avortement qui survient accidentellement est communément appelé fausse couche.

Un avortement provoqué se définit par une interruption de grossesse faite sur demande de la femme ou d'une tierce personne. Ce genre d'intervention peut survenir sur recommandation médicale et cela seulement lorsque la grossesse est considérée par le médecin comme à risque pour la santé de la femme. L'opération se fait alors sous contrôle médical (Konaté et al, 1996). L'avortement provoqué peut se faire aussi sur décision de la femme ou d'une tierce personne autre que le personnel médical (mari, parents, amis, etc). Il est dans ce cas appelé interruption volontaire de grossesse (IVG). C'est cet aspect du phénomène qui fait l'objet de beaucoup de controverses "aussi bien sur le plan juridique que social. Certains soutiennent l'action et reconnaissent à la femme le droit de choisir. D'autres s'y opposent et considèrent que l'avortement est un acte criminel par la mort du fœtus" (IPPF, 1994).

## 1.2 - SITUATION DE L'AVORTEMENT EN AFRIQUE

L'avortement est une pratique très ancienne dans nos sociétés et "constitue la plus ancienne méthode de contrôle de la fécondité et probablement encore l'une des plus utilisées" (IPPF, 1994). De nos jours la pratique de l'avortement provoqué est un phénomène très courant et constitue un véritable problème social et sanitaire, notamment en Afrique.

L'Alan Guttmacher Institute (1994), dans une étude sur l'avortement clandestin en Amérique latine, estime à 44 millions le nombre d'avortements provoqués par an dans le monde. Cela correspond de 20 à 32 avortements pour 100 grossesses connues (Wast, 1992). Si l'avortement provoqué est légalisé dans bon nombre de pays développés (Amérique du nord, Europe) et dans certains pays

asiatiques, il reste toujours illégal dans le reste du monde. Ainsi près de 15 millions d'avortements clandestins sont faits chaque année dans ces pays. L'Amérique latine représente plus du quart de ces avortements, soit 4 millions d'avortements par an ( Alan Guttmacher Institute, 1994); et près du quart de ces avortements provoqués est fait en Afrique (3,32 millions) (WHO, 1993). L'Afrique de l'Est est la région du continent la plus touchée par le problème de l'avortement clandestin (1,34 millions par an) et l'Afrique de l'Ouest la zone la moins touchée avec 1 million d'avortements clandestins par an.

La plupart des études faites sur l'avortement en Afrique (Rogo, 1993; Lee et Made, 1994; Lema et Thole, 1994; Coffey, 1994) sont unanimes sur la croissance rapide du phénomène durant les deux dernières décennies. Le cas du Kenya en est une illustration éloquent. Selon Aggarwall et Mati cités par Rogo (1993), le nombre d'avortement dans ce pays a connu une augmentation et se situe entre 600 et 800% au "Kenyatta national hospital" de 1983 à 1993.

Ces études faites sur l'avortement en Afrique sont réalisées en majeure partie sur la base des cas admis dans les hôpitaux. Les avortements ainsi identifiés ne constituent que la partie visible de l'iceberg. De nombreux cas de complications d'avortements provoqués ne sont pas acheminés dans les hôpitaux. Et ils sont souvent faits par des individus non qualifiés, dans des conditions malsaines avec des méthodes et instruments dangereux (introduction d'objet solide dans l'utérus, dilatation, curetage...etc). La sensibilité du problème constitue une entrave à la réalisation des enquêtes communautaires nécessaires à une meilleure évaluation de l'ampleur et du volume des cas d'avortements à risque. De ce fait, une estimation précise de la prévalence de l'avortement demeure un problème difficile. Les études et données relatives au phénomène sont donc très limitées et peu fiables (Kinoti cité par Konaté et al, 1996). Le caractère restrictif des lois sur l'avortement est aussi un facteur explicatif du problème d'estimation des avortements provoqués, dans la mesure où il favorise la pratique clandestine.

En effet, dans la plupart des pays africains, l'avortement provoqué est une pratique interdite par la loi sous peine d'amende ou d'emprisonnement. Ces lois sur l'avortement, en Afrique, sont héritées des législations coloniales et sont restées intactes pour la plupart (Rogo, 1993; IPPF, 1994). Il s'agit de la loi britannique de 1862 et de la loi française de 1920, très restrictives sur la régulation des

naissances. Ces lois interdisent l'avortement, la vente et la publicité de tout produit contraceptif dans les colonies.

En dépit de toutes ces lois, l'avortement a continué à se pratiquer et à se répandre en Afrique. Les services d'avortements clandestins sont fournis dans beaucoup de cliniques et hôpitaux privés, et les hôpitaux gouvernementaux continuent de traiter les complications consécutives à un avortement incomplet en dehors de toute restriction. "Cette ambiguïté de la loi et la divergence entre la loi et la pratique continuent d'affecter négativement la santé des femmes à travers l'accès restrictif aux services de planning familial et d'avortement" (Rogo, 1993).

Ainsi, la situation délicate des grossesses non-désirées et des avortements à risque est un problème majeur dans de nombreux pays africains. Il a le plus souvent été absent des discours des dirigeants politiques et sanitaires à cause des "susceptibilités que le sujet risque de soulever" (IPPF, 1994) et à cause de la pression sociale.

Toutefois, l'ampleur du phénomène et les différentes complications et décès consécutifs, relevés au niveau des hôpitaux, ont permis à l'opinion publique de prendre conscience du problème des avortements à risque. Le sujet est de nos jours plus qu'un sujet d'études. Il est objet de débats.

### *1.2.1 - Les causes de l'avortement provoqué*

#### *1.2.1.1 - Les causes directes de l'avortement*

L'utilisation inadéquate des méthodes contraceptives modernes, la non-disponibilité de ces méthodes, le manque d'information et de conseil sur l'utilisation des services de planning familial ainsi que les difficultés d'accès à ces services sont le plus souvent les raisons évoquées par les femmes pour expliquer une grossesse non-désirée. L'avortement semble être la seule alternative offerte à ces femmes pour satisfaire leur désir de ne pas porter la grossesse. Il apparaît alors comme une mesure servant à remédier aux défaillances contraceptives ou grossesses non-planifiées. Ainsi, Bongwele et al. (1986), dans une étude faite en milieu hospitalier dans trois villes du Zaïre, sur les déterminants et les conséquences des avortements montrent une relation causale entre l'utilisation des méthodes contraceptives et l'avortement. Parmi les femmes admises dans les hôpitaux pour complications consécutives à un avortement, près de la moitié (35 à 81%) déclarent ne connaître aucune méthode contraceptive contre seulement 19% qui utilisaient une méthode contraceptive. Des

recherches dans des hôpitaux en Ouganda et en Zambie indiquent que parmi les femmes admises pour des complications dues à un avortement, 75% des Ougandaises et plus de 55% des Zambiennes n'ont reçu aucune information sur le planning familial (Kinoti et al., 1995). Ainsi, dans la plupart des pays africains, la majorité des femmes qui avortent ne pratiquent aucune méthode contraceptive et la plupart d'entre elles disent ne connaître aucune méthode (Bongwele et al., 1986, Kinoti, 1995).

Les littératures sur l'avortement semblent s'accorder sur la nécessité des services de planning familial pour une diminution des grossesses non-désirées et par conséquent une amélioration de la santé maternelle et infantile dans les pays en développement. Cependant, l'on constate toujours un faible niveau de prévalence contraceptive dans ces pays et les méthodes contraceptives traditionnelles sont les plus utilisées. Dans les pays en développement, seulement 50% des femmes en âge de procréer utilisent une méthode contraceptive, et cela à hauteur de 11% pour l'Afrique subsaharienne. Le taux de couverture des services de planning familial et de soins maternels n'est que de 10% dans certains pays d'Afrique (OMS, 1992e).

Pour ce qui est du cas du Mali, le faible niveau d'utilisation des méthodes contraceptives est mis en évidence par l'enquête démographique et de santé réalisée en 1995-1996 (EDSM-II). Celle-ci estime à 8% la proportion de femmes utilisant une méthode contraceptive moderne. Un fait encourageant qui ressort de ce rapport est que 27.3% des femmes non-mariées et sexuellement actives utilisaient une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête.

Aussi, des différences dans l'utilisation de contraceptifs entre jeunes et adultes dans les pays en développement, apparaissent dans la revue de la littérature et semblent être liées à la non disponibilité et à l'inaccessibilité des services contraceptifs aux jeunes et particulièrement aux adolescents. En effet, dans de nombreux pays africains, les adolescents et les jeunes célibataires ne sont pas admis dans les programmes de santé génésique et dans les conversations sur ce sujet (Njau cité par Lee et Made, 1994). Une étude faite par Mpangile et al.(1993) sur les facteurs liés à l'avortement provoqué à Dar-es-salam (Tanzanie) permet de constater le manque de connaissance sur la contraception chez les jeunes. En effet, de cette étude il ressort une corrélation négative entre l'âge et le niveau de connaissance des méthodes contraceptives (modernes et traditionnelles). Les résultats montrent aussi, que 89% des jeunes de 17 ans et moins ne connaissent aucune méthode

contraceptive. La prévalence contraceptive est donc très faible chez ces jeunes et s'explique par le fait que la société tanzanienne, à l'instar des autres sociétés africaines, perçoit mal l'information contraceptive et l'éducation sexuelle des jeunes. Ces aspects sont considérés comme la délivrance d'une licence à la pratique des activités sexuelles.

L'expérience sexuelle des adolescents est mise en évidence par de nombreux auteurs qui notent une amplification du phénomène en Afrique. Mpangile et al. (1995) montrent une implication significative des adolescents dans les activités sexuelles à Dar-es-salam où 40 à 60% des élèves sont sexuellement actifs. La conséquence est que la grossesse est la première cause d'abandon scolaire. Selon l'OMS cité par Lee et Made (1994), 28% des Africaines accouchent la première fois avant d'atteindre leur 18<sup>ème</sup> anniversaire. Mal informées sur la sexualité et exclues des programmes de santé reproductive, les adolescentes ont souvent recours à l'avortement clandestin en Afrique. Une étude faite au Kenya par Aggarwal et Matti (1980) estime que 53% des patientes admises à l'hôpital pour infection suite à un avortement sont des adolescentes. Au Nigéria, 60% des patientes traitées pour complication consécutive à un avortement sont des adolescentes (Omu, cité par Lee et Made, 1994). Les pays développés ne sont pas non plus épargnés, car des statistiques sur la fécondité des adolescentes aux Etats-unis d'Amérique par Kenshaw (1993) estiment à 97% le taux de grossesse des adolescentes au Massachusetts, mais les deux tiers de ces grossesses sont interrompues si bien que le taux de naissance n'est que de 33%.

La sexualité précoce des adolescentes et les nombreux cas d'avortements associés sont donc une réalité sociale qui doit être prise en compte dans les différents programmes et politiques en matière de santé de la reproduction. Car dans les pays où l'avortement est interdit, les adolescents ont le plus souvent recours aux avortements clandestins, faits le plus souvent à une date tardive. Les complications consécutives aux avortements clandestins sont la cause d'un grand nombre de décès chez les adolescents. Selon Mpangile et al. (1995) le tiers des victimes des avortements à risque à Dar-es-salam sont des adolescentes de 17 ans ou moins, et le quart des élèves du primaire et du secondaire.

La disponibilité et l'accessibilité aux contraceptifs modernes ne sont pas toujours des conditions suffisantes pour induire une large demande. Certaines pratiques culturelles et coutumières, ainsi que certaines caractéristiques socio-démographiques des femmes peuvent constituer un obstacle à leur

recours aux méthodes contraceptives et, par conséquent, augmenter chez ces femmes le risque de porter une grossesse non-planifiée. Elles constituent donc les causes indirectes des avortements provoqués.

#### 1.2.1.2 - Les causes indirectes de l'avortement

Il ressort de la littérature que l'avortement est une pratique courante chez les jeunes filles célibataires et sans enfants, particulièrement celles en âge scolaire (Binkin., 1984 ; Bongwele et al., 1986 ; Kinoti, 1995). Une étude faite dans un hôpital Kenyan par Aggarwall and Matti (1982) indique que 74% des femmes qui ont avorté étaient des célibataires. D'après une étude similaire faite au Mali, parmi les femmes admises à l'hôpital pour complication due à un avortement, 81,4% sont des célibataires, 40% font une école secondaire ou plus et 61% n'ont pas d'enfant (Binkin et al., 1984). Une grossesse non-désirée est le plus souvent évoquée par ces jeunes femmes pour expliquer leur avortement pour des raisons telles que: le fait de ne pas être mariée, le manque de ressources financières, la non-reconnaissance de la paternité et le fait d'être trop jeune pour porter une grossesse (Kinoti, 1995). Un enfant hors mariage étant mal perçu dans beaucoup de sociétés africaines, la large pratique de l'avortement par cette couche peut se comprendre comme le moyen de retarder les naissances jusqu'au mariage. Le souci de pallier les perturbations scolaires peut être aussi une explication du phénomène. Bien que le taux d'avortement soit assez élevé chez les jeunes filles en âge scolaire, la littérature fait aussi état d'une pratique non négligeable chez les femmes mariées. L'IPPF (1994) note qu'une étude communautaire réalisée à Lagos (Nigeria) en 1987, estimait à 34,8% la proportion de femmes mariées ayant fait un avortement. Les raisons pour lesquelles les femmes mariées ne désirent pas porter une grossesse diffèrent de celles des filles. Il ressort entre autres, la démission du mari de son devoir de soutien à la famille, le nombre élevé d'enfants, le manque de communication avec le mari, les problèmes de santé, l'adultère (Van de Walle et Maïga, 1991 ; Coffey, 1994).

La parité apparaît aussi dans les études comme une variable explicative de l'avortement chez les femmes africaines. Son incidence sur le comportement des femmes en matière d'avortement semble être déterminée par les habitudes reproductives du pays. Dans certains pays tels que le Mali, le taux d'avortement baisse avec l'augmentation du nombre d'enfants (Birkin et al., 1984), alors que des

études faites dans d'autres pays montrent une tendance contraire avec une plus grande fréquence de l'avortement chez les multipares (IPPF, 1984).

L'impact du niveau d'instruction sur l'avortement n'est pas facile à saisir en Afrique, car des différences sont observées dans la classification des niveaux scolaires et les populations étudiées (Kinoti, 1995). Certaines études mettent en évidence l'incidence d'un niveau d'instruction élevé des femmes sur leur risque de pratiquer un avortement. Selon Binkin et al. (1984) le niveau d'instruction des femmes a une influence sur la probabilité d'avorter au Mali où 55% des femmes ayant fait un avortement sont de niveau secondaire ou plus. L'incidence du niveau d'instruction sur l'avortement apparaît aussi dans des études en Zambie et au Nigeria où respectivement 75% et 85% des patientes qui ont fait un avortement ont atteint un niveau d'instruction secondaire (Chatteyce et Adetoro, cité par Kinoti et al., 1995). Une étude faite par Shapiro et Tambashe (1997) sur l'impact de l'emploi et l'éducation des femmes sur l'utilisation de contraceptif et l'avortement à Kinshasa, montre que le pourcentage de femmes ayant connu l'avortement augmente fortement avec le niveau d'instruction. Ainsi, parmi les femmes qui ont subi un avortement à Kinshasa, 4% sont sans niveau scolaire, 10% sont de niveau primaire, 18% sont de niveau secondaire et 26% sont de niveau universitaire. Shapiro et Tambashe (1997) expliquent cette relation par le fait que le niveau d'instruction des femmes est généralement associé à l'aspiration à de meilleures conditions de vie, de santé et d'éducation pour les enfants. Par conséquent, elles sont en mesure de déterminer le nombre d'enfants qu'elles désirent. Ainsi, en l'absence de méthodes contraceptives efficaces, les femmes instruites ont tendance à recourir à l'avortement pour limiter leurs enfants. Des réflexions plus poussées s'avèrent nécessaires pour expliquer le comportement des femmes instruites en matière d'avortement malgré leur plus grande conscience des dangers et risques que suscite un avortement provoqué (Konaté et al., 1996).

L'occupation des femmes étant associée positivement à leur niveau d'éducation, cette variable apparaît aussi comme un facteur déterminant dans la décision des femmes d'avorter. Car la situation dans le travail peut influencer le nombre d'enfants désiré. Shapiro et Tambashe (1997) notent un plus grand nombre de femmes ayant avorté à Kinshasa parmi celles qui travaillent dans le secteur moderne. Pour ce qui est de l'incidence sociale du revenu ou du statut social sur l'avortement, elle a fait l'objet de très peu d'études et de débats. Une étude faite là-dessus par Chanteyce cité par Kinoti et al. (1996) note que les femmes à faible revenu sont plus exposées au risque de faire un

avortement. Ainsi, 50% des femmes avortées en Zambie sont de statut socio-économique bas ou moyen. Cependant, Shapiro et Tambashe (1997) montrent plutôt une tendance inverse à Kinshasa. Ils soutiennent qu'une augmentation du revenu est un facteur propice à un accès facile aux services d'avortement coûteux. Ainsi, une défaillance contraceptive est facilement compensée par un avortement lorsque le nombre d'enfants désirés est atteint. Ce qui n'est pas le cas lorsque le revenu est faible.

L'âge au mariage des filles est aussi perçu dans la littérature comme un facteur favorable à l'avortement des jeunes. En effet, Bongwele (1986), Rogo (1993) et Luolin et al (1995) expliquent le niveau élevé de l'avortement chez les jeunes filles et les adolescentes par l'élévation du niveau d'instruction des filles dans les pays en développement qui a favorisé une augmentation de l'âge au mariage, notamment dans les milieux urbains. Cette augmentation de l'âge au mariage des filles va de pair avec une augmentation de la proportion d'adolescentes sexuellement actives, et plus exposées au risque de contracter une grossesse non-désirée avant le mariage. Lee et Made, (1994) expliquent le problème par le mariage précoce qui est encore en vigueur dans de nombreuses sociétés africaines et qui expose très tôt les adolescentes à l'activité sexuelle et aux grossesses multiples et non-désirées.

La mauvaise réputation sociale liée à une naissance illégitime et à la naissance d'un enfant de père inconnu, et le statut social de la femme jouent un rôle majeur dans la décision de faire un avortement dans les sociétés africaines (Coffey, 1994). La littérature permet de se rendre compte de la place prédominante des contraintes sociales dans l'appréciation de la grossesse chez les femmes africaines.

D'autres variables telles que le niveau d'urbanisation élevé, le statut de non-migrant, sont citées dans la littérature comme pouvant exposer les femmes à une plus grande pratique de l'avortement, mais ne font pas l'objet d'études approfondies.

## 1.2.2 - Les conséquences de l'avortement provoqué

### 1.2.2.1 - Les conséquences sanitaires de l'avortement

L'avortement provoqué tient une place relativement importante dans le système sanitaire, et les complications qui en découlent, occupent une grande part des budgets des services hospitaliers.

On enregistre environ 500.000 décès annuels de femmes liés à la grossesse, et 99% de ces décès surviennent dans les pays en développement (Odlind, 1993 ; Lema et Thole, 1994). Il existe donc une disparité entre les différentes régions du monde. Selon RoCHAT cité par Banque Mondiale (1993) et Rogo (1993), en Afrique 500 femmes sur 10.000 meurent des complications associées à la grossesse, l'accouchement ou l'avortement contre une (1) femme sur 10.000 en Europe.

Une large majorité de ces décès maternels est due à l'avortement provoqué. Ce dernier est à l'origine de 100.000 à 200.000 décès maternels par an (Kwast, 1992 ; Odlind, 1993 ; Coffey, 1994). Les décès maternels imputables à l'avortement peuvent atteindre jusqu'à 50% des décès maternels dans certains pays (Kwast, 1992; IPPF, 1994). Selon Binkin et al. (1984) au Mali, le décès de femmes admises dans les hôpitaux pour des complications consécutives à un avortement provoqué est près de 5 fois plus élevé que celui des femmes admises pour un avortement spontané ; car les avortements provoqués sont faits dans de mauvaises conditions. Les adolescentes et les femmes issues de milieux pauvres en sont les premières victimes. Au Nigéria, les adolescentes ont un taux de mortalité maternelle 7 fois plus élevé que les femmes de 20-24 ans (Tinker and al., 1993).

En plus de la mortalité maternelle, les avortements provoqués sont associés à un risque élevé de morbidité chez les femmes. En effet, de nombreuses complications obstétricales sont diagnostiquées auprès des femmes qui pratiquent des avortements provoqués. On peut citer entre autres les hémorragies, les infections, les troubles d'hypertension, les perforations utérines, la stérilité, le tétanos, l'irrégularité de la menstruation, les troubles psychologiques...etc. Ainsi, au Mali, deux tiers des femmes des zones rurales couvertes par le projet de DBC qui ont avorté, déclarent souffrir des problèmes de santé suite à un avortement provoqué, et 80% parmi elles déclarent suivre des traitements médicaux par suite des complications de l'avortement (République du Mali and the Population Council, 1993). Ces différents troubles de santé peuvent avoir des impacts négatifs sur les activités des femmes, leur bien-être et leur épanouissement économique et social.

La littérature permet aussi de se rendre compte du poids économique des avortements provoqués sur les patientes et les budgets hospitaliers. En effet, les retombées budgétaires de l'avortement provoqué semblent énormes lorsqu'on tient compte du temps d'hospitalisation et des médicaments administrés. Les patientes ayant pratiqué un avortement provoqué restent plus longtemps en traitement dans les hôpitaux. Elles ont un besoin en médicaments plus grand. Des études faites au Nigeria montrent des durées d'hospitalisation des femmes avortées qui peuvent varier de 9 ou 11 jours (Omu et al. Cité par Kinoti et al., 1995) à 26,4 jours (Konje et al, cités par Kinoti et al., 1995). Aggarwal and Mati (1982) montrent un temps d'hospitalisation moins long au Kenya qu'au Nigeria, avec un séjour de 98 heures pour les avortements provoqués et un séjour de 32 heures pour les avortements spontanés. Le développement des techniques d'avortement modernes (aspiration) utilisées au Kenya peut expliquer cette différence de temps d'hospitalisation. Selon Tinker, A. and al. (1993), l'adoption de la technique d'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) a permis un raccourcissement de la durée de séjours, l'obtention de meilleurs résultats et la réduction des coûts de 23 à 60%, au Kenyatta national hospital (Kenya). Des études faites au Mali et au Kenya indiquent que les patientes qui ont des complications consécutives à un avortement provoqué ont des complications plus graves, demandent plus d'opérations chirurgicales et d'antibiotiques et séjournent plus longtemps à l'hôpital que celles qui ont une complication due à un avortement spontané ( Aggarwal and Mati, 1982 ; Binkin et al., 1984). Odland (1993) note que l'avortement à risque occupe 50% du budget des services hospitaliers en Egypte, 42% des consultations urgentes et 27% des transfusions en Amérique Latine.

Les raisons évoquées par les chercheurs pour expliquer les problèmes de santé liés à l'avortement sont: les conditions malsaines de l'avortement résultant des restrictions législatives sur l'avortement, le manque de gestion post-abortum et l'attitude négative des médecins.

En effet, les risques élevés de mortalité et de morbidité associés aux avortements sont le plus souvent imputables aux conditions malsaines et dangereuses dans lesquelles les pratiques sont faites. L'avortement est pratiqué clandestinement dans la plupart des pays africains par des individus qui n'ont aucune qualification médicale. Les instruments et méthodes utilisés pour l'opération sont rudimentaires et très dangereux. Si nous prenons le cas du Mali, la méthode d'avortement la plus commune est l'introduction d'objets solides dans l'utérus (31%), suivie de la

dilatation et du curetage (24%). De plus 33% de ces avortements sont faits par un praticant non médical, 26% des cas sont faits par les femmes elles-mêmes et 20% par des infirmiers ou sages femmes (Binkin et al., 1984).

La pratique de l'avortement clandestin et les risques élevés de mortalité et de morbidité qui en découlent sont la conséquence des restrictions législatives sur l'avortement. Ainsi, la diminution des taux de mortalité et de morbidité relative à l'avortement, passe nécessairement par une libéralisation de la pratique de l'avortement. L'exemple de la Roumanie cité par Odland, 1993, est édifiante à cet égard. Le taux de mortalité due à l'avortement provoqué a augmenté de 700% quand la loi sur l'avortement est devenue plus restrictive en 1966. Il a ensuite baissé de 55% après la légalisation de l'avortement provoqué en 1989 (Odland, 1993). Cependant, la légalisation de l'avortement n'est pas une condition suffisante pour diminuer la mortalité et la morbidité relatives à l'avortement. Elle doit être associée à une plus grande information sur le planning familial et à une plus grande disponibilité et une meilleure approche (projet de planning familial basé sur la distribution communautaire de base des produits contraceptifs) (Tinker and al., 1993 ; Luolin et al., 1995).

Le taux élevé de mortalité et morbidité relatives à l'avortement en Afrique est aussi attribué à la mauvaise gestion des avortements provoqués. Car dans bon nombre d'hôpitaux africains, il n'y a pas de traitement approprié des complications qui surviennent après des avortements clandestins. Les équipements sont presque inexistantes et les avortements incomplets sont traités par des méthodes moins sûres et peu efficaces telles que le curetage (Tinker and al., 1993 ; Kinoti, 1995). Les services de planning familial et de conseil post-abortum sont inexistantes (Tinker, A. and al., 1993 ; The Population Council, 1993 ; IPPF, 1994 ). Des études faites au Mali et au Kenya montrent que les patientes qui se soignent pour un avortement incomplet ne reçoivent pas d'information sur le planning familial (Van de Wall et Maïga, 1991 ; The Population Council, 1993).

L'attitude négative des prestataires de soins à l'égard des patientes admises dans les hôpitaux pour avortement incomplet est aussi à l'origine de beaucoup de soins de mauvaise qualité (The Population Council, 1993 ; IPPF, 1994). Ainsi, les femmes s'éclipsent après le traitement. Ce qui rend difficile le conseil post-abortum. D'où la nécessité d'une plus grande formation et sensibilisation des prestataires de soins à l'importance des soins post-abortum.

### 1.2.2.2 - Les conséquences sociales de l'avortement

Les impacts sociaux de l'avortement ne ressortent nulle part dans la littérature qui fait plutôt allusion aux causes et conséquences sanitaires de celui-ci. Cependant, la peur de la sanction sociale apparaît dans la plupart des recherches comme l'une des principales raisons qui pousse les femmes à ne pas vouloir de leur grossesse, notamment les jeunes filles. Il s'avère donc nécessaire d'explorer les différentes relations pouvant exister entre cette variable et l'avortement.

## CHAPITRE II – METHODOLOGIE

### 2.1 - POPULATIONS ENQUETEES ET COLLECTE DES DONNEES

La collecte des données a eu lieu du 26 février au 22 mai 1996, soit approximativement trois mois. L'étude a débuté avec un pré-test de 999 patientes choisies au hasard dans des cliniques de planification familiale et de soins prénatals (Maternité de Hamdallaye, PMI-Maternité de Lafiabougou, PMI-Maternité de Djikoroni, ASACO de Sébénikoro), et dans une unité de soins gynécologiques basée à l'hôpital Gabriel Touré à Bamako. Le pré-test a été suivi d'une enquête auprès de 2038 patientes de trois des quatre cliniques et de la maternité de l'hôpital Gabriel Touré (une clinique a été soustraite de l'enquête à grande échelle en raison de son faible nombre de clientes). L'enquête a été effectuée auprès d'un échantillon aléatoire de femmes sexuellement actives, à leur sortie d'une consultation médicale. Le caractère aléatoire de la sélection durant le pré-test et pendant l'enquête proprement dite a été assuré en interviewant les femmes, non pas dans l'ordre où elles accédaient à la consultation, mais en sélectionnant la suivante immédiatement disponible à la fin de l'interview d'une précédente (qu'elle suive ou non cette dernière dans l'ordre de consultation). Les intervieweurs comprenaient trois médecins dont une femme et une sage-femme, dont chacun était basé à plein temps dans un site de formation sanitaire pour la durée de l'étude.

Les avantages et contraintes de l'interview des femmes dans un environnement de clinique ont été soigneusement analysés durant la conception de l'étude. Il a été supposé que le caractère anonyme du cadre d'une formation sanitaire encourage les femmes à dire plus la vérité dans leurs réponses, contrairement aux enquêtes menées à domicile. Du fait que la présente étude interviewe les clientes citadines de planification familiale et de soins pré-natals et que la prévalence de la contraception moderne en milieu urbain au Mali est de 5% environ et étant donné que moins de trois quarts des femmes en milieu urbain au Mali reçoivent des soins pré-natals (Traoré et al., 1989), ses résultats ne peuvent être généralisés à la population urbaine des femmes ayant été sexuellement actives à Bamako. Malgré cet handicap, il a été estimé que le désir d'obtenir des déclarations complètes des histoires personnelles d'avortement devait avoir la préséance sur le désir d'avoir une population d'étude représentative, et ainsi fut adopté le cadre de la formation sanitaire pour l'étude.

## 2.2 – QUESTIONNAIRES

La démarche qui a conduit à la conception du questionnaire a été relativement classique. Elle a commencé par la prise en compte des questions issues d'un l'atelier de " brainstorming " organisé en 1995. Cet atelier avait identifié l'avortement comme le problème de santé reproductive crucial du moment. Les interrogations découlant de l'exercice ont été traduites dans un premier questionnaire. Celui-ci a été testé auprès d'un échantillon de 999 femmes choisies au hasard dans des cliniques de planification familiale et de soins prénatals, et dans une unité de soins gynécologiques basée dans un hôpital de Bamako.

La version finale issue de cet exercice comprend les quatre sections suivantes :

La section 1 aborde les caractéristiques socio-démographiques en seize questions;

La section 2 traite des antécédents gynéco-obstétriques en vingt-six questions;

La section 3 est consacrée à l'avortement provoqué chez les femmes ayant au moins une expérience en la matière. Elle comporte cinquante neuf questions ;

La section 4 s'intéresse aux femmes n'ayant pas fait d'avortement provoqué. Elle comprend vingt questions.

Au total, ce sont cent vingt et une questions qui ont permis de saisir les problèmes de l'avortement provoqué dans la Commune IV du district de Bamako et à l'hôpital Gabriel Touré.

## 2.3 – FORMATION

Compte tenu du caractère sensible du sujet de l'étude, le choix des enquêteurs a porté sur une sage femme, un médecin, et deux étudiants en médecine. La formation fut un processus interactif dans lequel l'équipe entière a plutôt échangé sur les connaissances et les techniques aussi bien médicales que d'enquêtes. Cette dynamique est à l'origine de la relative facilité avec laquelle les opérations de collecte ont été conduites.

## 2.4 - METHODES D'ANALYSE

Les données de l'enquête sont analysées en distinguant chacune des trois populations :

- Les femmes en consultation prénatale (CPN) ;
- Les femmes en consultation de planification familiale (PF) ;
- Les femmes en consultation gynécologique (GYNECO).

La justification de cette approche est que ces trois populations sont très différentes les unes des autres, comme cela ressort des conclusions de l'analyse des caractéristiques socio-démographiques faite au chapitre 3. Chacune des trois populations est bien spécifique et leur ensemble ne correspond à rien de facilement interprétable.

### **Les variables dépendantes**

La réflexion théorique a conduit à 7 variables dépendantes : les grossesses non-désirées, les grossesses non-désirées se terminant par un avortement, les femmes ayant connu un avortement, les femmes ayant utilisé la PF avant l'avortement, les femmes ayant utilisé la PF après l'avortement, les femmes utilisant la PF au moment de l'enquête.

### **Les variables indépendantes**

La liste des variables indépendantes est la suivante :

- l'âge au moment de l'enquête
- le statut matrimonial
- le niveau d'instruction

Pour certaines variables dépendantes, la communication de l'enquêtée avec son entourage sur un thème tel que les règles a été utilisée.

Les analyses se feront essentiellement en croisant les variables indépendantes et les variables dépendantes et en utilisant la régression logistique pour les variables dépendantes.

### **CHAPITRE III - LES CARACTERISTIQUES SOCIO- DEMOGRAPHIQUES POPULATIONS ENQUETEES**

Les caractéristiques socio-démographiques des populations enquêtées et des populations en âge de procréer de la commune 4 et du district de Bamako figurent au tableau 3.1. Une analyse de ce dernier met en évidence les faits suivants :

#### **- La commune de résidence :**

La répartition des femmes selon leur commune de résidence montre une différence entre les femmes en consultation gynécologique et les autres. En effet, on observe une très forte concentration des femmes en consultation prénatale et de PF dans la Commune 4 du District de Bamako. Les proportions sont respectivement de 96.8% et 95.5%. Quant aux femmes en consultation gynécologique, elles proviennent un peu de toutes les communes du District. Cependant, les plus fortes proportions proviennent des communes situées sur la rive gauche du fleuve Niger (communes 1,2,3 et 4). La proximité de ces communes de l'hôpital peut être une explication à cela, car l'hôpital Gabriel Touré est situé dans la Commune 3.

La différence de lieu de résidence entre les femmes en consultation gynécologique et celles en consultation prénatale et de PF s'explique par la différence du lieu de déroulement de l'enquête. Car les femmes en consultation prénatale et celles en consultation de PF ont été interviewées dans les maternités de la Commune 4. Tandis que pour les femmes en consultation gynécologique, l'enquête s'est déroulée à l'hôpital Gabriel Touré. Ainsi, l'hôpital Gabriel Touré qui est un centre hospitalier national est plus doté de compétences et d'équipements adéquats, ce qui lui permet d'attirer une clientèle plus hétérogène que les maternités communales.

Le tableau 3.1 permet de voir aussi que la répartition des femmes en consultation gynécologique selon leur commune de résidence est celle qui est assez représentative de l'ensemble du District. Car les données du recensement général sur la population et l'habitat de 1987 montrent une répartition assez proche des femmes dans les communes de Bamako.

### **- L'âge:**

La population enquêtée dans le cadre de cette étude est relativement jeune. Dans les trois populations étudiées, près des trois quarts des femmes n'ont pas plus de 29 ans. C'est dans les consultations prénatales que l'on observe la plus forte proportion de femmes de 15-19 ans (30% contre 24.1% pour les consultations gynécologiques et 22% pour les consultations de PF). Les pourcentages des femmes âgées de 35 ans et plus sont très faibles dans les trois populations étudiées comparativement à ce qui est observé pour la Commune 4 et le District de Bamako : entre 7.5 et 13% contre 22.6 % pour le District de Bamako et 22.9% pour la Commune 4.

### **- L'état matrimonial**

Les femmes en consultation de PF (60.9%) et surtout celles en consultation prénatale (79.7%) sont en majorité des mariées. Chez les femmes en consultation gynécologique, ce sont les célibataires (50.3%) qui l'emportent. Les répartitions selon le statut matrimonial des femmes du District et de la Commune 4 sont beaucoup plus proches de celle des femmes en consultation de PF.

### **- Le régime matrimonial**

Les polygames ne sont pas rares dans les trois populations étudiées. Elles sont néanmoins plus nombreuses parmi les femmes en consultation gynécologique (40.3% contre 33.8% pour les femmes en consultation prénatale et 28.1% pour les femmes en consultation de PF) à cause notamment de problèmes de stérilité. Leur niveau d'instruction plus élevé permet de penser que leur stérilité, qu'elle soit primaire ou secondaire, peut s'expliquer par les corrélations qui existent entre l'avortement et leur niveau d'instruction d'une part, et d'autre part entre leur niveau d'instruction et leur entrée plus ou moins tardive en union de type polygamique.

### **- L'état d'excision**

La répartition des femmes selon l'état d'excision montre l'ampleur de cette pratique à Bamako. Une proportion élevée de femmes excisées se constate dans toutes les trois populations étudiées. Cette proportion est de 97.6% chez les femmes en consultation prénatale, 95.3% chez les femmes en consultation de PF et 88.4% chez celles en consultation gynécologique.

### **- Le niveau d'instruction**

Le constat qui se dégage de cette analyse est le faible niveau d'instruction qui caractérise la population enquêtée. Cependant, les trois populations enquêtées sont assez différentes lorsque l'on tient compte du niveau d'instruction. Ainsi, les consultations prénatales présentent les plus fortes proportions de femmes sans niveau d'instruction ou de niveau d'instruction non formel (59.5%). Les femmes de niveau secondaire y sont très peu nombreuses (6.1% contre 34.4% de niveau primaire). Dans les consultations de PF, la proportion de femmes de niveau primaire l'emporte sur les autres (47.3%), mais la proportion de femmes sans niveau d'instruction formel est aussi élevée (37.1% contre 15.6% chez celles de niveau secondaire). Les consultations gynécologiques se caractérisent par une proportion de femmes de niveau secondaire relativement élevée (36.9%) même si la proportion de femmes sans niveau d'instruction est plus élevée (39.9% contre 23.2% de niveau primaire).

La distribution des femmes en fonction de leur niveau d'instruction dans le district de Bamako et celle des femmes dans la commune 4 du district sont semblables et dégagent les mêmes tendances que celles observées chez les femmes en consultation prénatale.

### **- L'activité exercée**

L'activité de ménagère (tableau 3.1) apparaît comme celle qui occupe un plus grand nombre de femmes à Bamako. Elle est exercée par 61.3% des femmes en consultation prénatale, 37.9% des femmes en consultation de PF et 35.3% des femmes en consultation gynécologique. La proportion élevée de ménagères chez les femmes en consultation prénatale peut s'expliquer par l'effectif élevé de femmes sans niveau d'instruction en leur sein. La fréquentation scolaire semble aussi occuper une bonne fraction des femmes en consultation gynécologique, avec une proportion de 32.2% contre 13.0% chez les femmes en consultation de PF et 4.8% chez celles en consultation prénatale. Ce qui confirme l'influence de la fréquentation scolaire sur l'effectif élevé de célibataires dans les consultations gynécologiques. Une autre activité qui occupe une proportion assez élevée des femmes est le commerce. Cette activité est beaucoup plus exercée par les femmes en consultation de PF (31.6%) et celles en consultation prénatale (20.0%). Chez les femmes en consultation gynécologique, la proportion de commerçantes est plus faible, soit 13.6%.

Celles qui sont fonctionnaires, employées, aides ménagères ou qui exercent d'autres types d'activités sont faiblement représentées dans l'échantillon.

### **Le statut de résidence**

L'analyse selon le statut de résidence (tableau 3.1) montre une prédominance de propriétaires chez les femmes en consultation prénatale (39.3%) et celles en consultation de PF (43.8%). La proportion de locataires est aussi élevée dans les deux populations (33.5% en consultation prénatale et 35.0% en consultation de PF). Ce sont les femmes vivant dans la cour familiale (respectivement 19.6% et 13.6%) et celles hébergées (respectivement 7.6% et 7.7%) qui sont moins nombreuses. Les consultations gynécologiques se caractérisent par une proportion relativement élevée de femmes vivant dans une cour familiale (37.7%). Les propriétaires (23.7%) et les hébergées (23.5%) sont aussi nombreux chez les femmes en consultation gynécologique. Les locataires constituent une proportion moins élevée de la population (15%). La proportion élevée d'hébergées et de femmes vivant dans la cour familiale parmi les femmes en consultation gynécologique peut être liée à l'effectif élevé de scolaires au sein de cette population.

### **Le nombre de grossesses**

La répartition des femmes en fonction du nombre de grossesses contractées permet de constater :

- Une plus grande proportion de femmes n'ayant jamais contracté de grossesse parmi les femmes en consultation gynécologique (27.7%). Ce qui peut expliquer leur visite en service gynécologique. Chez les femmes en consultation de PF la proportion de femmes n'ayant pas contracté de grossesse est plus faible (12.0%) et cette proportion est presque nulle chez celles en consultation prénatale (0.5%).

- Des proportions élevées de femmes ayant contracté 1 et 2 grossesses dans les trois populations. Les proportions sont plus faibles chez celles qui ont eu 2 grossesses, et elles diminuent au fur et à mesure que le nombre de grossesses augmente ; cela jusqu'à 5 grossesses. A partir de 6 grossesses et plus les proportions connaissent une croissance et sont près de 2 fois plus élevées que le niveau observé chez les femmes ayant contracté 5 grossesses. La proportion de femmes ayant contracté 6

grossesses et plus est plus élevée chez les femmes en consultation de PF (16.5%) et celles en consultation prénatale (15.1%). Chez les femmes en consultation gynécologique elle est de 10%.

#### **- Le nombre d'enfants vivants**

La population étudiée se distingue par une proportion élevée de femmes n'ayant pas d'enfants vivants. Les femmes en consultation gynécologique sont les plus affectées par ce phénomène (54.8%). Elles sont suivies des femmes en consultation prénatale (34%) et celles en consultation de PF (20.4%). Les consultations prénatales comptent le plus de femmes ayant 1 enfant (22.7% contre 21.4% dans les consultation de PF et 17.8% dans les consultation gynécologiques). C'est dans les consultations de PF que l'on observe une proportion élevée de femmes ayant 2 enfants ou plus. Ensuite viennent les femmes en consultation prénatale, mais la différence n'est pas grande entre les proportions, dans les deux sous-populations.

De cet examen rapide des caractéristiques socio-démographiques des trois populations étudiées, il apparaît qu'aucune de celles-ci ne peut être considérée comme étant représentative de l'ensemble des femmes de la Commune 4 ou du District de Bamako. Toutefois les femmes en consultation prénatale seraient les plus proches de cette représentativité parmi les trois populations. Cela se comprend dans la mesure où la fécondité est encore élevée dans tous les groupes socio-économiques même si des différentiels non négligeables se font jour.

Les femmes en consultation de PF se recrutent surtout parmi les femmes jeunes non encore mariées qui ne veulent pas avoir d'enfant en dehors du mariage et parmi celles plus âgées qui ont un nombre élevé d'enfants. Les femmes en consultation gynécologique, d'après l'analyse des caractéristiques socio-démographiques, constituent en partie celles qui veulent avoir un enfant mais ont des difficultés pour réaliser ce vœu.

**Tableau 3.1 : Caractéristiques socio-démographiques et économiques des populations enquêtées et des populations en âge de procréer de la commune 4 et du district de Bamako**

Caractéristiques socio-démographiques	Consultation prénatale	Consultation P.F.	Consultation gynécol.	Total	RGPH 1987 Bamako	RGPH 1987 commune 4
<b>Commune de résidence</b>						
Commune 1	0.8	1.0	25.5	10.3	18.7	
Commune 2	0.5	1.4	18.9	7.8	17.0	
Commune 3	0.7	0.6	16.3	6.6	15.3	
Commune 4	96.8	95.5	17.1	66.0	20.8	
Commune 5	0.8	1.2	11.9	5.2	16.1	
Commune 6	0.4	0.4	10.1	4.1	12.1	
Hors du district	0.0	0.0	0.1	0.0		
<b>Age</b>						
15-19	30.0	22.0	24.1	25.8	26.3	25.9
20-24	24.3	25.0	32.3	27.5	20.5	20.2
25-29	24.4	25.9	19.5	22.9	17.8	17.8
30-34	13.9	15.5	11.0	13.2	12.8	13.1
35-49	7.5	11.6	13.0	10.6	22.6	22.9
<b>Etat matrimonial</b>						
Cel/Fiancée	19.9	36.5	50.3	35.7	33.0	33.6
Mariée	79.7	60.9	45.3	61.9	62.8	61.9
Sep./Div./Veuve	0.4	2.6	4.4	2.5	3.1	3.6
ND					1.1	0.9
<b>Régime matrimonial</b>						
Monogamie	66.2	71.9	59.3	65.6		
polygamie	33.8	28.1	40.7	34.4		
Total	600	310	356	1266		
<b>Etat d'excision</b>						
Non excisée	2.4	4.7	11.6	6.5		
Excisée	97.6	95.3	88.4	93.5		
<b>Niveau d'éducation</b>						
Aucun/Non formel	59.5	37.1	39.9	46.4	52.5	54.6
Primaire	34.4	47.3	23.2	33.2	31.3	33.7
Secondaire et +	6.1	15.6	36.9	20.4	8.4	8.1
ND					6.8	3.6
<b>Activité exercée</b>						
Commerçante	20.0	31.6	13.6	20.5		
Employée	1.6	1.8	7.7	4.0		
Fonctionnaire	1.7	3.7	2.7	2.6		
Ménagère	61.3	37.9	35.3	45.5		
Scolaire	4.8	13.0	32.2	17.3		
Aide ménagère	0.7	1.4	2.4	1.5		
Autres	9.9	10.6	6.0	8.6		
<b>Etat de résidence</b>						
Propriétaire	39.3	43.8	23.7	34.5		
Locataire	33.5	35.0	15.0	26.8		
Hébergée	7.6	7.7	23.5	13.7		
Cour familiale	19.6	13.6	37.7	25.0		
<b>Nombre de grossesse</b>						
0	0.5	12.0	27.7	13.8		
1	25.9	24.2	26.7	25.8		
2	20.8	17.1	16.8	18.4		
3	18.5	12.2	8.9	13.2		
4	11.2	10.4	4.9	8.6		
5	8.0	7.7	5.0	6.8		
6+	15.1	16.5	10.0	13.5		
<b>Nombre d'enfants vivants</b>						
0	34.0	20.4	54.8	38.6	34.2	33.7
1	24.4	21.6	16.6	20.7	14.4	14.7
2	15.1	17.1	11.3	14.1	11.6	11.5
3	12.1	14.7	5.0	10.1	9.3	9.4
4	7.9	8.3	4.2	6.6	7.6	7.8
5	2.9	6.3	2.4	3.6	6.1	6.1
6+	3.6	11.6	5.6	6.4	12.0	12.5
ND					4.7	4.4
<b>Effectif total</b>	<b>750</b>	<b>509</b>	<b>779</b>	<b>2038</b>	<b>161407</b>	<b>33624</b>

## CHAPITRE IV - LES GROSSESSES NON-DESIREES

Les grossesses non-désirées sont le plus souvent citées dans la littérature comme l'une des principales raisons qui poussent les femmes à avorter. On parle de grossesse non-désirée lorsque la conception survient alors que la femme ne la souhaite pas. Ce concept tel que défini peut ne pas être assez explicite, car la question porte sur toute la période procréative de la femme. De ce fait, une grossesse non-désirée qui abouti à une naissance a été de facto acceptée. Elle a pu être déclarée comme une grossesse désirée au moment de l'enquête. Ce genre de déclaration peut aboutir à une sous-estimation des grossesses non-désirées. En revanche, pour des considérations d'ordre social ou économique, une grossesse désirée peut par la suite ne pas être acceptée par la femme ou son entourage. D'où la nécessité de distinguer la notion de grossesse non-désirée de celle de grossesse socialement non-acceptée. L'un des objectifs spécifiques de cette étude est d'identifier les causes de l'avortement provoqué. Le présent chapitre met en évidence les caractéristiques socio-démographiques liées aux grossesses non-désirées ainsi que les relations entre celles-ci et l'avortement au Mali. Cet exercice permet d'appréhender le problème de grossesses non-désirées et partant certaines variables liées à l'avortement, malgré les limites de la définition du concept.

### 4.1 - NIVEAUX ET DIFFERENTIELS DES GROSSESSES NON-DESIREES

#### 4.1.1 - Niveaux des grossesses non-désirées

Le niveau des grossesses non-désirées est relativement élevé dans le district de Bamako. Ce niveau est plus élevé chez les femmes en consultation gynécologique (27.6%) et celles en consultation de planning familial (26.0%) que chez les femmes en consultation prénatale (17.5%) (voir tableau A2, annexe). Cette différence de niveau des grossesses non-désirées entre les deux sous-populations et la population de femmes en consultation prénatale n'est pas surprenante dans la mesure où il existe un effet de sélection dans les deux premiers cas. Les femmes en consultation de PF et celles en consultation gynécologique sont celles qui comptent le plus de célibataires, de femmes instruites (plus de la moitié des femmes ont un niveau d'instruction primaire et plus) et de scolaires. Etant donné que les femmes instruites se marient à un âge relativement plus élevé, elles sont plus longtemps exposées aux rapports sexuels avant le mariage. Ce qui augmente leur risque de contracter une grossesse hors mariage qui peut ne pas être désirée, vu le contexte social malien. De plus, le niveau d'instruction est un élément favorable dans l'appréciation du désir de porter une grossesse ou non.

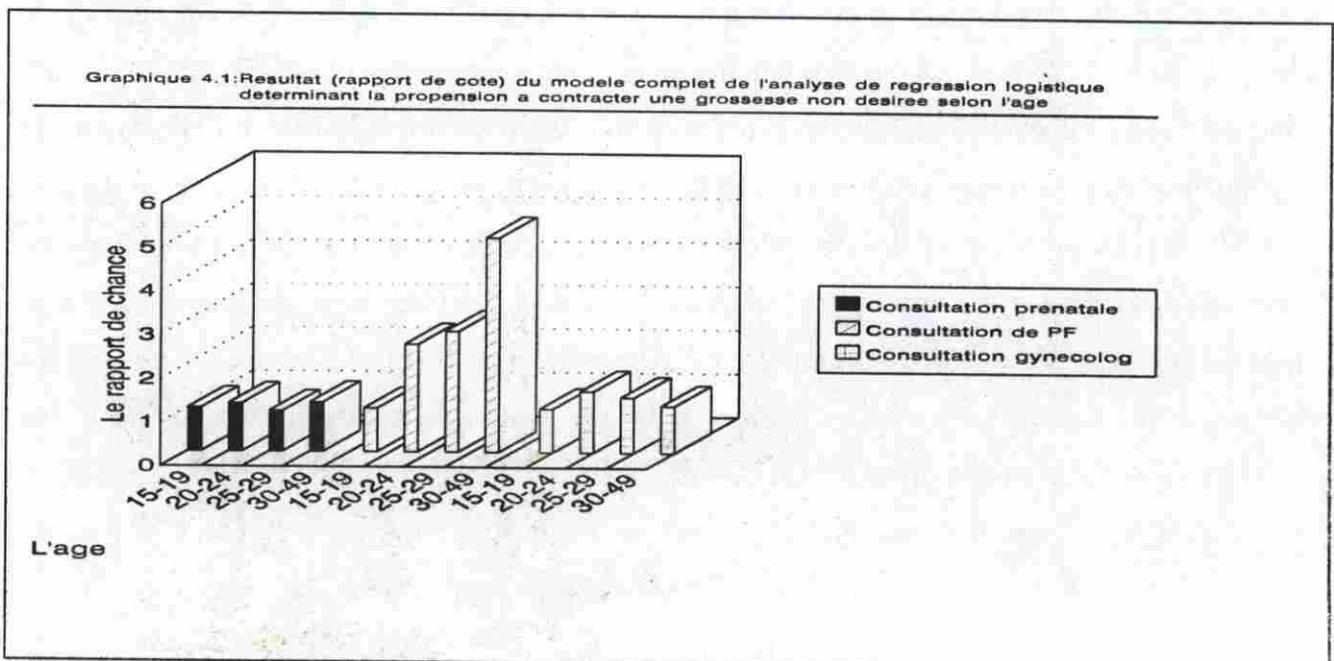
Il est possible d'avoir parmi les femmes en consultation de PF celles qui ont eu à porter des grossesses qui n'étaient pas désirées au sein même du mariage. Parmi elles, il peut y avoir certaines qui ont un nombre élevé d'enfants vivants dont les derniers peuvent n'avoir pas été désirés. Ceci pourrait être la raison pour laquelle ces femmes utilisent la contraception.

#### 4.1.2 - Différentiels des grossesses non-désirées

Pour mieux comprendre les différentiels des grossesses non-désirées à Bamako, nous allons essayer de voir la relation entre certaines caractéristiques socio-économiques des femmes et le niveau du phénomène.

##### - l'âge

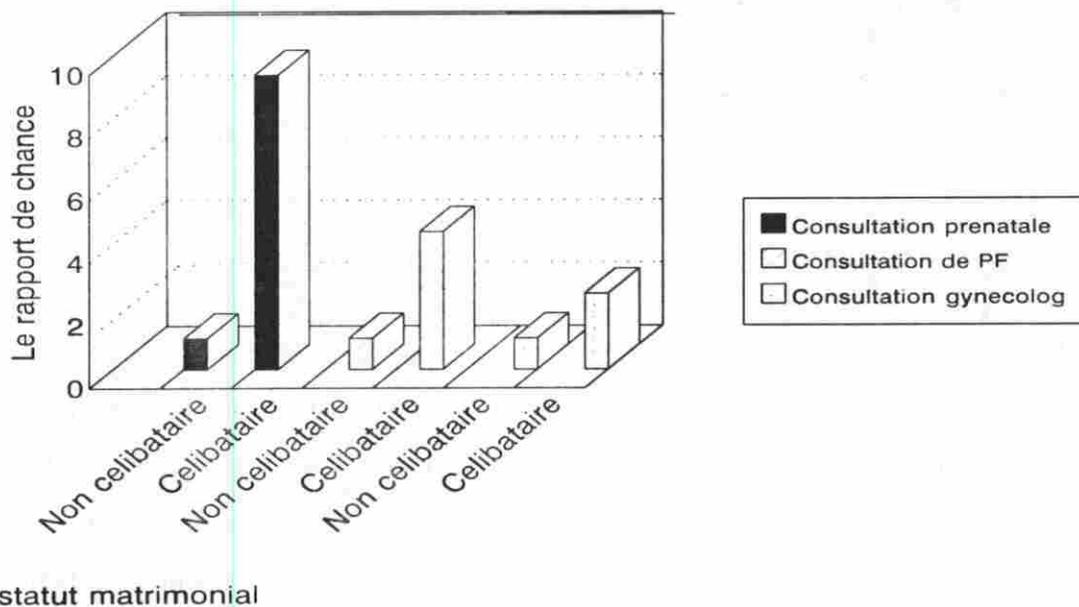
L'effet de l'âge sur la contraction des grossesses non-désirées n'apparaît que chez les femmes en consultation de PF (Conf. Tableau 4.1 et graphique 4.1). Chez ces dernières, le fait de contracter une grossesse non-désirée est associé de manière significative à l'augmentation de l'âge. Les coefficients obtenus vont du simple dans le plus jeune groupe d'âge à près du quintuple dans le plus vieux. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que plus la femme est âgée, plus elle aura des enfants dont certains ne seront pas désirés. Elle peut s'expliquer aussi par une plus grande maîtrise des pratiques contraceptives chez les plus jeunes (plus instruites). Chez les femmes en consultation prénatale et chez celles en consultation gynécologique, il ne se dégage aucune tendance nette et la relation n'est pas significative.



### - Le statut matrimonial

Le statut matrimonial apparaît comme un facteur déterminant dans la contraction des grossesses non-désirées. Le fait d'être célibataire prédispose à une plus grande contraction de grossesses non-désirées; et cela, quel que soit le motif de la consultation médicale. Ce sont surtout les célibataires en consultation prénatale qui présentent une plus forte tendance (9.39) suivies de celles en consultation de PF (4.39) et enfin de celles en consultation gynécologique (2.41) (Conf. Tableau 4.1 et Graphique 4.2).

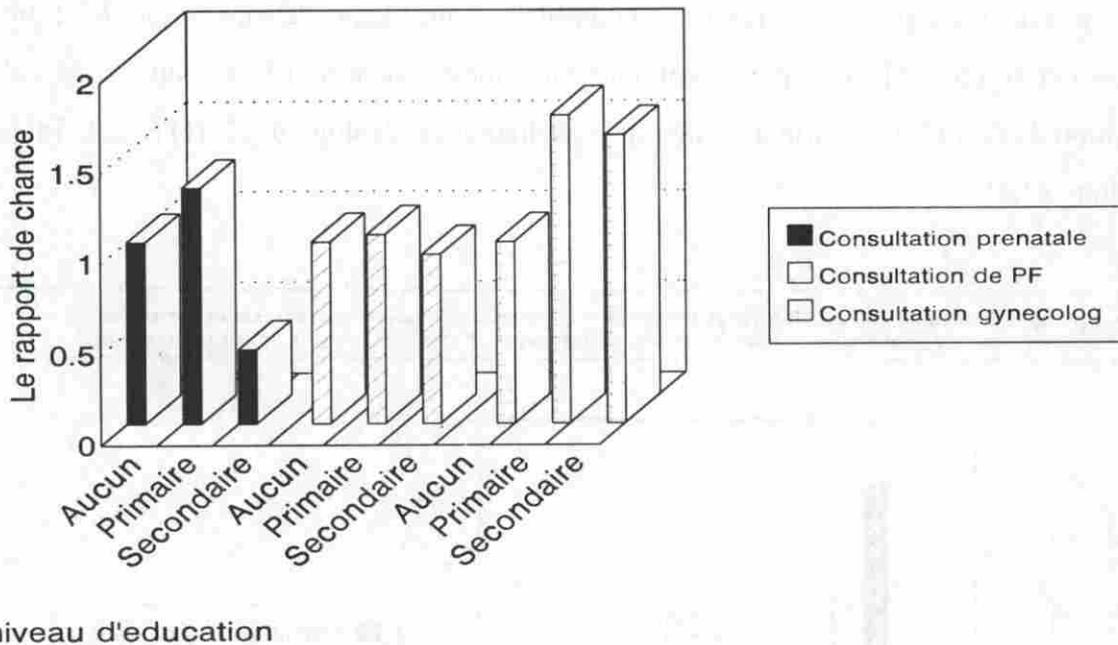
Graphique 4.2: Résultat (rapport de cote) du modèle complet de l'analyse de régression logistique déterminant la propension à contracter une grossesse non désirée selon le statut matrimonial



### - Le niveau d'instruction

La relation entre le niveau d'instruction des femmes et la contraction de grossesses non-désirées diffère suivant les trois types de consultations. Le fait d'avoir un niveau d'instruction est un facteur positivement lié à la contraction d'une grossesse non-désirée chez les femmes en consultation gynécologique. Cependant l'augmentation du niveau d'instruction n'induit pas une augmentation du risque encouru (Conf. Tableau 4.1 et Graphique 4.3). La différence de niveau d'instruction n'induit pas un comportement différentiel en matière de contraction de grossesses non-désirée chez les femmes en consultation de PF. Chez les femmes en consultation prénatale, seul le niveau secondaire et plus influence le phénomène. Il conduit à une diminution de plus de la moitié de la propension à contracter une grossesse non-désirée par rapport aux femmes sans instruction.

Graphique 4.3: Resultat (rapport de cote) du modele complet de l'analyse de regression logistique determinant la propension a contracter une grossesse non desiree selon le niveau d'education



#### - La communication

La variable "ne communique avec personne" est celle qui joue partout dans les trois populations. Et, il existe une différence entre les deux premières sous-populations et la dernière. Comme l'on peut s'en apercevoir dans le tableau 4.1, dans les deux premières sous-populations, le manque de communication apparaît comme le seul facteur entraînant un comportement significativement différent de celui des femmes communiquant avec leur mère. La tendance qui se dégage est que le fait de ne communiquer avec personne entraîne une diminution de la prédisposition à contracter une grossesse non-désirée. Le coefficient est de 0.28 chez les femmes en consultation prénatale et 0.36 chez celles en consultation de PF.

Pour ce qui est du cas des femmes en consultation gynécologique, on note un effet positif et significatif de la non-communication sur la contraction de grossesse non-désirée. D'autres types de communications tels que celle avec une amie/copine et celle avec la sœur ont aussi un impact positif sur la contraction d'une grossesse non-désirée. On note que le risque est d'autant plus élevé que le niveau de communication est meilleur (Cf Tableau 4.1). Ainsi le rapport de chance est de 1.48 pour la communication *avec personne*, il est de 1.66 pour la communication *avec une amie/copine* et de

1.91 pour la communication *avec une sœur*. Ce qui met en évidence les avantages que procure la communication *avec la mère* au sein de cette sous-population dans la diminution des contractions des grossesses non-désirées.

Ainsi, l'on peut retenir de ces résultats que la communication avec d'autres personnes ne semble pas avoir d'impact significatif sur la contraction des grossesses non-désirées chez les femmes en consultation prénatale et celles en consultation de PF. Aussi, les informations à partir des cours de sciences naturelles et d'éducation à la vie familiale ne sont pas associées à une différence significative de comportement dans la contraction de grossesses non-désirées dans la population enquêtée. Ce dernier peut s'expliquer par une influence de l'environnement social sur l'instruction, car cet aspect de l'éducation n'est pas très souvent pris en compte dans les analyses démographiques.

Cependant, à ce niveau d'analyse, on n'est pas en mesure d'expliquer tout à fait les différentes tendances qui se dégagent dans les trois sous-populations. Il est à noter que le niveau de communication est un "proxi" de la confession après les premières règles. Si bien que la variable n'est pas tout à fait parfaite car le niveau de communication peut changer entre les premières règles et le moment de l'enquête.

#### **- L'utilisation du Planning familial à un moment quelconque**

Les femmes en consultation de PF ne sont pas concernées par l'étude de cette variable, pour des raisons de contrôle de l'effet de sélection qui s'effectue à leur niveau. Ainsi, l'hypothèse d'un faible niveau des grossesses non-désirées chez les femmes utilisant une méthode contraceptive moderne à un moment quelconque ne se confirme que chez les femmes en consultation gynécologique. Comme nous pouvons le constater dans le tableau 4.1, l'utilisation de PF à un moment quelconque entraîne chez ces dernières une réduction du risque de 30%. Mais le seuil de signification est faible (10%).

Chez les femmes en consultation prénatale, l'utilisation de PF à un moment quelconque n'induit pas un comportement significativement différent de celui des femmes qui n'ont jamais pratiqué une méthode contraceptive moderne.

**Tableau 4.1: Résultats du Modèle complet de l'analyse de régression logistique (rapports de chance) déterminant les tendances à la contraction d'une grossesse non désirée.**

Variable	Catégories	CONSULTATION PRENATALE	CONSULTATION DE PF	CONSULTATION GYNECOLOGIQUE
<b>Âge</b>				
(15-19 ans)	20-24	1.10	2.46***	1.41
	25-29	0.93	2.76***	1.27
	30-49	1.13	4.91***	1.08
<b>Statut matrimonial</b>				
(non célibataire)	célibataire	9.39***	4.39***	2.41***
<b>Niveau d'éducation</b>				
(aucun)	primaire	1.30	1.04	1.79**
	secondaire et plus	0.41*	0.93	1.59**
<b>communication</b> (1ere règle)				
(mère)	personne	0.28***	0.36***	1.48*
	soeur	1.04	0.56	1.91**
	amie/copine	1.00	1.56	1.66*
	cours sces nat/ed.vie fam	2.14	1.13	1.12
	autres	1.06	0.48	1.37
<b>Utilisation de PF a un moment quelconque</b>				
(non)	oui	1.33		0.72*
<b>Effectif total</b>		750	509	779

Seuil de signification: \*=10%, \*\*=5% et \*\*\*=1%

Note: - la modalité entre parenthèses est la catégorie de référence

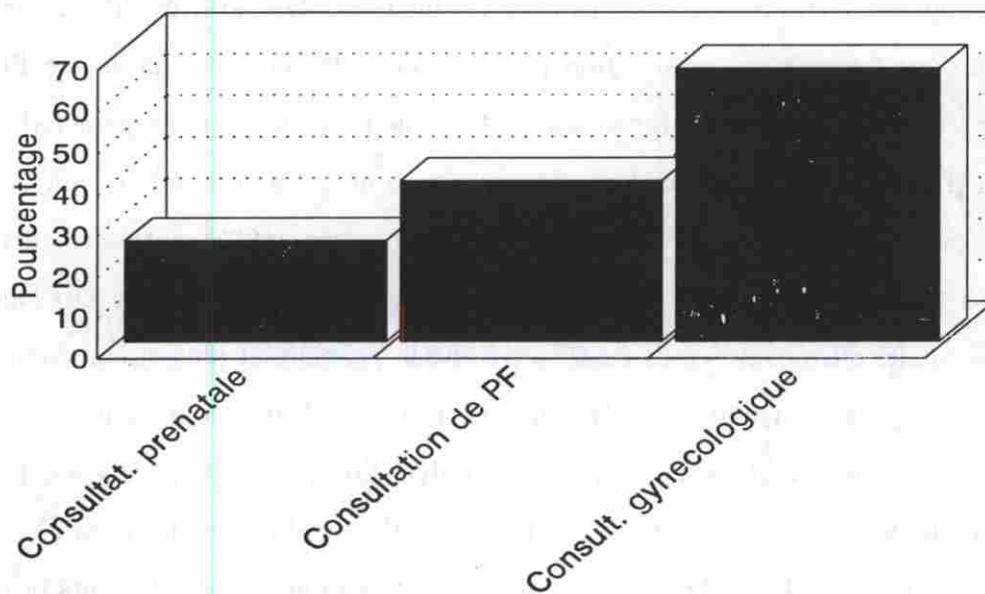
- pour le modèle des consultantes de PF, l'utilisation de la PF n'a pas été prise en compte dans la mesure où la quasi-totalité de ces femmes utilisaient une méthode contraceptive au moment de l'enquête.

#### 4.2 - LES GROSSESSES NON-DESIREES SE TERMINANT PAR UN AVORTEMENT PROVOQUE

Le tableau A.3 (Annexe) et le graphique 4.4 montrent la relation entre les grossesses non-désirées et l'avortement. Le premier constat qui s'y dégage est la forte relation entre les grossesses non-désirées et l'avortement chez les femmes en consultation gynécologique. Chez ces dernières, 66.2% des femmes qui ont contracté une grossesse non-désirée, ont fait un avortement par la suite. Chez les femmes en consultation prénatale et celles en consultation de PF, le niveau des avortements consécutifs à une grossesse non-désirée est aussi élevé mais il est plus faible que celui constaté chez les femmes en consultation gynécologique, soit respectivement 24.6% et 39.1%.

Il ressort aussi du tableau A.3, que les femmes en consultation gynécologique déclarent l'effectif le plus élevé de grossesses non-désirées, soit 147 cas sur 232. Elles sont suivies des femmes en consultation de PF. Ainsi, la contraction de grossesse non-désirée et leur issue peut expliquer partiellement le type de consultation effectué par les femmes. En effet, la consultation des femmes en service gynécologique peut être associée au traitement des complications consécutives au taux élevé d'avortements liés aux grossesses non-désirées dans cette sous-population.

Graphique 4.4: Proportion des femmes dont la grossesse non désirée a abouti à un avortement provoqué



Le type de consultation

#### - L'âge

Les résultats du tableau A.3 montrent un risque plus élevé d'avortement chez les jeunes femmes (15-19 ans) en consultation de PF et celles en consultation gynécologique qui ont contracté une grossesse non-désirée. Les proportions respectives sont de 52,2% et 70%. Dans les consultations prénatales, ce sont les femmes âgées de 25-29 ans qui présentent le taux le plus élevé de grossesses non-désirées ayant abouti à un avortement provoqué (45.5%). Cependant, il ne se dégage aucune tendance nette en fonction de l'âge dans les trois sous-populations.

### **- Le statut matrimonial**

L'impact du statut matrimonial sur l'avortement chez les femmes qui ont contracté une grossesse non-désirée diffère dans les trois sous-populations. En effet, le statut matrimonial ne semble pas induire une différence dans la pratique des avortements consécutifs à une grossesse non-désirée, chez les femmes en consultation gynécologique. Car les proportions sont presque les mêmes (65.3% pour les célibataires/fiancées et 66.7% pour les mariées). Cependant, chez les femmes en consultation prénatale, le fait d'être mariée (32.2%) semble être un facteur plus lié au phénomène que le célibat ou les fiançailles (19.2%) (Conf. Tableau A.3, annexe). En revanche, chez les femmes en consultation de PF, la plus forte proportion de grossesses non-désirées ayant abouti à un avortement provoqué se retrouve chez les célibataires/fiancées (47.1%). Ces différences dans les proportions chez les femmes en consultation prénatale et celles en consultation de PF peuvent s'expliquer par l'influence du niveau d'instruction et de l'activité, qui sont des caractéristiques très souvent liées à l'âge, et par conséquent au statut matrimonial. Car les femmes en consultation prénatale sont pour la plupart non-éduquées et des ménagères (60% sont sans aucun niveau d'instruction, 61% sont des ménagères et 5% sont des scolaires.). Quant aux femmes en consultation prénatale, elles sont à près de 63% de niveau primaire et plus et comptent moins de ménagères (38%) et plus de scolaires (13%) (conf. Tableau 3.1). L'instruction étant un facteur très souvent associé à la jeunesse et par conséquent au célibat, l'on peut s'attendre à une plus grande proportion d'avortements chez les célibataires en consultation de PF dans la mesure où le niveau d'instruction et l'activité scolaire élevés dans cette sous-population sont des facteurs propices à de meilleurs accès à l'information sur la pratique de l'avortement.

### **- Le niveau d'instruction**

Le niveau d'instruction joue différemment sur la pratique de l'avortement consécutif à une grossesse non-désirée dans les trois sous-populations. En effet, le niveau d'instruction apparaît dans le tableau A.3 (Annexe) comme une variable positivement corrélée avec la pratique de l'avortement consécutif à une grossesse non-désirée, chez les femmes en consultation de PF. Chez les femmes en consultation prénatale il n'induit presque pas de différence dans le comportement abortif des femmes de niveau primaire (22.4%) et celles qui n'ont aucun niveau d'instruction (23.5%). Le problème d'effectif statistiquement significatif au niveau des femmes de niveau secondaire et plus ne nous permet cependant pas, de dégager une tendance nette dans cette sous-population. Quant aux femmes en consultation gynécologique, la plus forte proportion de grossesses non-désirées ayant

abouti à un avortement se trouve chez les femmes de niveau secondaire et plus (74.5%), suivies des femmes sans niveau d'instruction (63.8%) et des femmes de niveau primaire (53.4%).

## CHAPITRE V - LES AVORTEMENTS PROVOQUES

### 5.1 - NIVEAUX ET DIFFERENTIELS DES AVORTEMENTS PROVOQUES.

Le niveau des avortements provoqués sans être relativement élevé n'est pas négligeable dans les trois types de population. C'est dans les consultations gynécologiques que l'on note le niveau le plus élevé (20.4%) et dans les consultations prénatales le niveau le plus faible (5.1%) (Conf. Tableau A.5 en annexe).

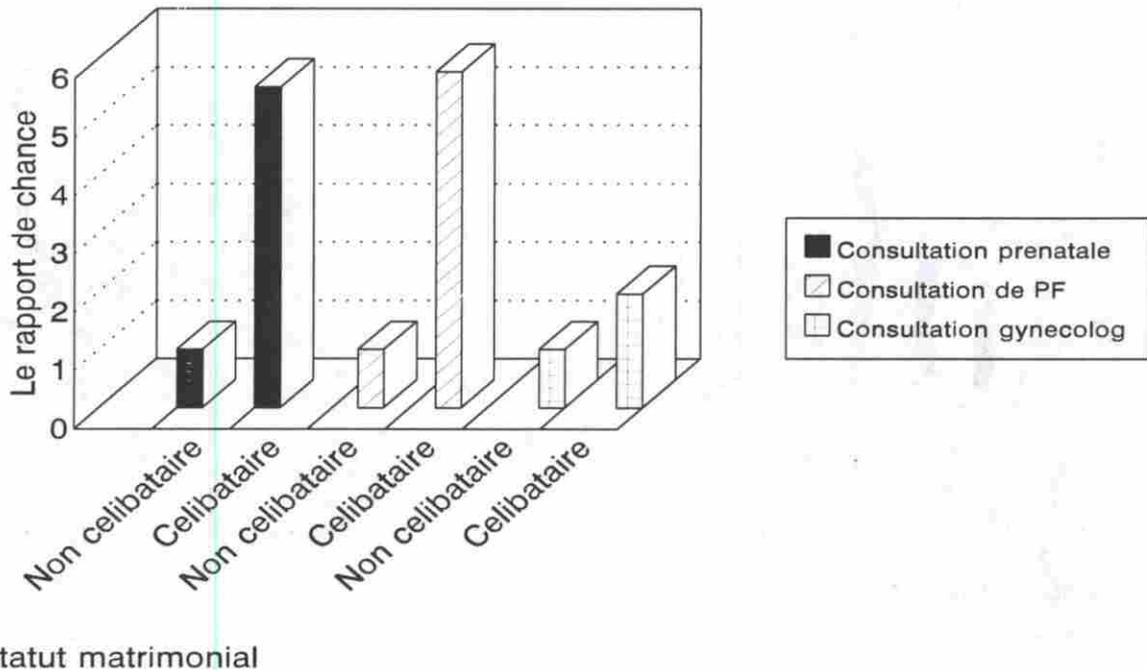
#### **- L'âge**

Les résultats figurent au tableau 5.1. Ces derniers montrent un impact positif de l'âge sur la pratique de l'avortement chez les femmes en consultation de PF sauf pour le groupe d'âge 20-24 ans. Dans les deux autres types de consultation, la tendance n'est pas nette et l'âge conduit à un comportement abortif significativement différent uniquement chez les femmes de 25-29 ans en consultation prénatale. Chez ces dernières, la tendance à l'avortement est de 2.79 fois plus élevé que chez les femmes âgées de 15-19 ans.

#### **- Le statut matrimonial**

Le statut matrimonial apparaît dans le tableau 5.1 comme un facteur différentiel de la pratique de l'avortement provoqué. Le célibat est fortement associé à la pratique de l'avortement provoqué, et ce surtout chez les femmes en consultation prénatale et celles en consultation de PF (Conf. Graphique 5.1). Le fait d'être célibataire pousse les femmes en consultation prénatale à une pratique de l'avortement 5.5 fois plus élevée que les non célibataires. Ce coefficient est de 5.76 chez les femmes en consultation de PF et de 1.95 chez celles en consultation gynécologique. Et les trois coefficients sont fortement significatifs à 1%.

Graphique 5.1: Résultat (rapport de cote) du modèle complet de l'analyse de régression logistique déterminant la propension à pratiquer un avortement provoqué selon le statut matrimonial

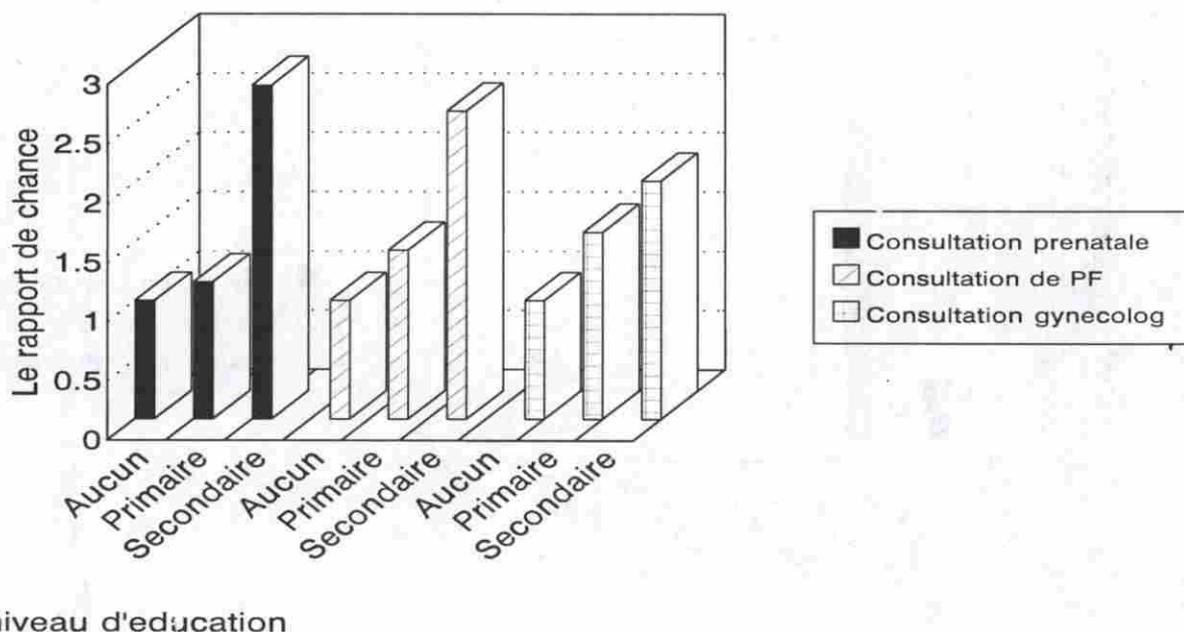


#### - Le niveau d'instruction

L'influence du niveau d'instruction élevé sur la pratique de l'avortement apparaît dans cette étude. Il ressort du tableau 5.1 et du graphique 5.2 qu'une augmentation du niveau d'instruction des femmes entraîne une augmentation de la tendance à la pratique de l'avortement provoqué, dans les trois types de population étudiés. Cependant, à l'exception des femmes en consultation gynécologique le niveau d'instruction primaire des femmes ne les pousse pas à un comportement en matière de pratique abortive significativement différent de celui des femmes sans niveau d'instruction (Conf. Tableau 5.1).

L'impact positif et significatif du niveau d'instruction secondaire et plus sur la pratique de l'avortement provoqué n'est pas surprenant car les longues études chez les femmes sont des facteurs favorables à l'augmentation de leur âge au mariage et par conséquent à leur plus grande exposition à des activités sexuelles hors mariage. De ce fait la contraction d'une grossesse inacceptée peut facilement aboutir à un avortement provoqué, car le niveau d'instruction élevé des femmes leur permet d'accéder plus facilement aux informations relatives à la pratique de l'avortement.

Graphique 5.2: Résultat (rapport de cote) du modèle complet de l'analyse de régression logistique déterminant la propension à pratiquer un avortement provoqué selon le niveau d'éducation



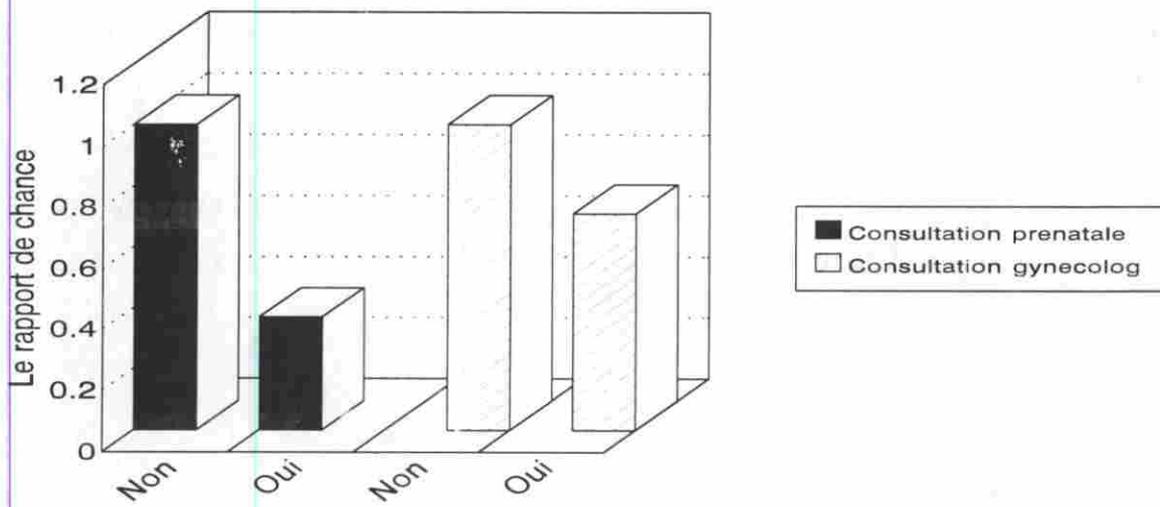
#### **- La communication**

Le tableau 5.1 montre un faible impact du niveau de communication des femmes sur la pratique de l'avortement dans ces populations. Cette variable ne joue que chez les femmes en consultation de PF où la confession à une amie/copine, sur la survenue des premières règles, entraîne une augmentation significative de la pratique de l'avortement comparativement à la confession de la femme à sa mère. Le coefficient de corrélation est 2.67 fois plus élevé que celui des femmes se confiant à leur mère.

#### **- L'utilisation d'une méthode de contraception à un moment quelconque**

Telle qu'il apparaît dans la littérature, la baisse de la pratique de l'avortement provoqué suite à l'utilisation de méthodes contraceptives modernes se confirme dans cette étude de cas de Bamako. L'utilisation de la contraception à un moment quelconque par les femmes induit une baisse significative de la pratique de l'avortement provoqué. Ce résultat se note surtout chez les femmes en consultation prénatale (conf. Tableau 5.1 et graphique 5.3). Chez ces dernières, la pratique de la contraception à un moment quelconque fait baisser de 0.37 fois la tendance à la pratique de l'avortement. Chez les femmes en consultation gynécologique, la propension à la pratique de l'avortement baisse de 0.71 fois avec l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne.

Graphique 5.3: Résultat du modèle complet de l'analyse de régression logistique déterminant la propension à pratiquer un avortement provoqué selon l'utilisation de PF à un moment quelconque



L'utilisation de PF a un moment quelconque

Tableau 5.1 : Résultats du Modèle complet de l'analyse de régression logistique (rapports de chance) déterminant les tendances à la pratique de l'avortement provoqué.

Variable	Catégories	CONSULTATION PRENATALE	CONSULTATION DE PF	CONSULTATION GYNECOLOGIQUE
<b>Âge</b>				
(15-19 ans)		1.43	1.28	1.37
20-24		2.79**	2.29*	1.22
	25-29	2.09	2.93*	0.99
	30-49			
<b>Statut matrimonial</b>				
(non célibataire)		5.50***	5.76***	1.95***
	célibataire			
<b>Niveau d'éducation</b>				
(aucun)		1.16	1.43	1.58*
	primaire	2.82*	2.60**	2.01***
	secondaire et plus			
<b>communication (1ere règle)</b>				
(mère)		1.01	1.03	1.37
	personne	1.48	1.19	1.35
	soeur	0.84	2.67*	1.31
	amie/copine	1.90	2.40	0.96
	cours sces nat/éd.vie fam	1.37	0.27	1.00
	autres			
<b>Utilisation de PF a un moment quelconque</b>				
(non)		0.37**		0.71*
	oui			
<b>Effectif total</b>		750	509	779

Seuil de signification: \*=10%, \*\*=5% et \*\*\*=1%

Note: la modalité entre parenthèses est la catégorie de référence

## 5.2 - LES RAISONS DE L'AVORTEMENT

Les raisons qui poussent les femmes à avorter peuvent être très liées les unes aux autres. Par exemple la pression familiale peut se justifier par le fait que la femme ne soit pas mariée ou que la femme fréquente encore l'école. Les raisons de l'avortement dans le District de Bamako figurent au tableau 5.2. La lecture qui se fait des résultats issus de ce dernier est que l'avortement à Bamako s'explique principalement par le célibat, le fait de ne pas désirer un enfant, la contrainte scolaire et la pression familiale.

En effet, le célibat apparaît de loin comme étant le premier facteur lié à l'avortement, avec une proportion de 64.1% chez les femmes en consultation prénatale, 50% chez les femmes en consultation de PF et 37.8% chez les femmes en consultation gynécologique. Pour ce qui est des autres raisons de l'avortement, le poids dans les proportions diffère selon le type de consultation effectué. Ainsi, dans les consultations prénatales, on note 30.8% des femmes qui avortent sous la pression familiale, 18% des avortements sont liés au manque de désir d'enfant et 15.4% des avortements sont liés à la contrainte scolaire (15.4%). Dans les consultations de PF, la pression familiale vient aussi en second lieu pour expliquer l'avortement chez les femmes (44.8%). Elle est suivie de la contrainte scolaire (37.2%) et du désir de ne pas avoir d'enfant (15.5%). Les femmes en consultation gynécologique, se caractérisent par une forte proportion de femmes qui avortent pour des raisons liées à la contrainte scolaire (37.2%) , à la pression sociale (35.4%) et au désir de ne pas enfanter (20.1%).

D'autres raisons telles que la rupture avec le partenaire et le fait que le père de l'enfant soit inconnu apparaissent chez les femmes en consultation gynécologique comme des facteurs non négligeables avec des proportions respectives de 14.6% et 12.2%.

**Tableau 5.2: Proportion des femmes suivant les raisons de l'avortement provoqué pour chacune des trois populations étudiées**

<b>LES RAISONS DE L'AVORTEMENT</b>	<b>CONSULTATION PRENATALE</b>	<b>CONSULTATION DE PF</b>	<b>CONSULTATION GYNECOLOGIQUE</b>
Santé précaire	2.6	1.7	4.3
Célibataire	64.1	50.0	37.8
Divorcée	0.0	0.0	1.8
Viol	0.0	0.0	6.1
Rupture avec partenaire	7.7	1.7	14.6
Voulait pas d'enfant	18	15.5	20.1
Contrainte Scolaire	15.4	22.4	37.2
Contrainte Professionnelle	0.0	5.2	3.7
Contrainte Pécuniaire	0.0	1.7	4.3
Indication Médicale	2.6	3.5	4.3
Père inconnu	0.0	1.7	12.2
Pression familiale	30.8	44.8	35.4
Autres raisons	7.7	19	4.9
<b>Effectif total des avortements</b>	<b>39</b>	<b>58</b>	<b>164</b>

*NB. Le total dépasse 100 parce que deux ou plusieurs raisons peuvent être données pour un même avortement*

## CHAPITRE VI - L'UTILISATION DES METHODES CONTRACEPTIVES ET L'AVORTEMENT

### 6.1 - L'UTILISATION D'UNE METHODE CONTRACEPTIVE AVANT ET APRES L'AVORTEMENT

Les méthodes contraceptives modernes ne sont pas régulièrement utilisées au sein de la population féminine Bamakoise ayant connu un avortement. La plupart des grossesses chez ces dernières s'expliquent par les arrêts dans l'utilisation de la contraception (60.75%) (Conf. Tableau 6.1). Cependant, les échecs dans la pratique des méthodes contraceptives modernes jouent aussi dans la contraction de grossesse chez ces femmes, avec une proportion de 39.3%. Et ce surtout chez les femmes en consultation gynécologique; soit une proportion de 45.0% contre 55.0% pour les arrêts de la méthode. La question que l'on peut se poser à ce niveau est quelles sont les raisons qui expliquent ces échecs dans l'utilisation des méthodes contraceptives modernes: surtout lorsqu'on sait que la pilule, réputée être l'une des méthodes les plus efficaces, est celle qui est la plus utilisée au sein de cette population (plus de 60%).

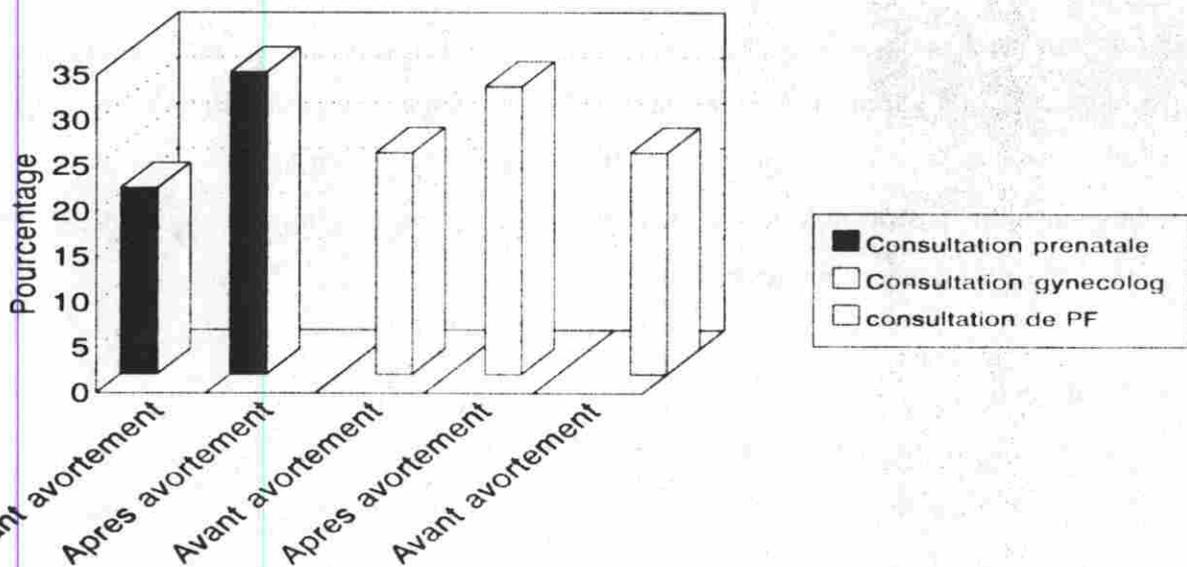
En effet, dans les trois sous-population étudiée, plus de 70% des femmes enquêtées affirment ne pas avoir utilisé régulièrement une méthode contraceptive moderne avant l'avortement (Conf. Tableau 6.1). L'utilisation régulière de méthodes contraceptives modernes avant l'avortement est estimée à 20.5% chez les femmes en consultation prénatale, 22.4% chez les femmes en consultation de PF et 24.4% chez les femmes en consultation gynécologique (Conf. Tableau 6.1 et Graphique 6.1). Ces proportions connaissent un accroissement non négligeable après l'avortement, même si la prévalence contraceptive reste toujours faible. Cet accroissement de la prévalence contraceptive après l'avortement est beaucoup plus prononcé chez les femmes en consultation prénatale avec une proportion de 33.3% contre 20.5% avant l'avortement. Chez les femmes en consultation gynécologique la proportion est de 31.7% après l'avortement. Ainsi, si l'utilisation de la contraception apparaît comme étant un élément clé dans la diminution de la pratique de l'avortement provoqué à Bamako (Conf. Chapitre V), il ressort de ces résultats que l'expérience abortive peut aussi avoir une incidence sur l'utilisation régulière de méthode de contraception. Une analyse plus approfondie nous aurait beaucoup plus éclairé sur la situation, car d'autres caractéristiques des femmes qui avortent peuvent influencer leur comportement contraceptif. Ainsi,

une analyse multivariée sur l'utilisation actuelle de la contraception, dans le second point de ce chapitre, semble nécessaire pour une meilleure compréhension du phénomène.

Tableau 6.1: La proportion de femmes utilisant une méthode contraceptive avant et après l'avortement

UTILISATION DE METHODE CONTRACEPTIVE	CONSULTATION PRENATALE	CONSULTATION DE PF	CONSULTATION GYNECOL.	TOTAL
Utilisation régulière de méthode contraceptive avant l'avortement	20.5	22.4	24.4	23.4
Échec de la méthode	-	-	45.0	39.3
Arrêt de la méthode	-	-	55.0	60.7
Utilisation de méthode contraceptive après l'avortement	33.3	91.4	31.7	45.2
Effectif total des femmes ayant avorté	39	58	164	261

Graphique 6.1: Proportion de femmes utilisant régulièrement une méthode contraceptive moderne avant et après l'avortement



periode d'utilisation reguliere de methode contraceptive moderne par rapport a l'avortement

## 6.2 - UTILISATION ACTUELLE DE METHODE CONTRACEPTIVE MODERNE

Dans le souci de pallier l'effet de sélection qui se produit au niveau de la pratique actuelle de la contraception chez des femmes en consultation prénatale et celles en consultation de PF nous avons, dans le cadre de cette analyse relative à la détermination des caractéristiques liées à l'utilisation de la contraception, considéré uniquement le cas des femmes en consultation gynécologique. Les résultats figurent au tableau 6.2.

### **- L'âge et le statut matrimonial**

Il ressort du tableau 6.2 que l'utilisation actuelle de méthode contraceptive moderne chez les femmes en consultation gynécologique n'est liée ni à l'âge, ni au statut matrimonial. L'âge ainsi que le statut matrimonial ne conduisent pas ces femmes à un comportement contraceptif significativement différent.

### **- Le niveau d'instruction**

L'influence du niveau d'instruction sur l'utilisation actuelle de la contraception apparaît dans le tableau 6.2. La tendance qui se dégage est que le niveau d'instruction est une variable associée positivement à la pratique de la contraception, chez les femmes en consultation gynécologique. Ainsi, les femmes qui ont un niveau d'instruction primaire pratiquent la contraception 3 fois plus que celles qui n'ont pas de niveau d'instruction. Celles qui ont un *niveau secondaire et plus* la pratiquent 4 fois plus que les femmes non instruites.

### **- La communication**

Cette variable joue de manière significative dans la pratique de la contraception uniquement chez les femmes qui ne communiquent avec personne et celles qui s'informent sur les menstruations à travers les cours de sciences naturelles et d'éducation à la vie familiale. Ces deux caractéristiques ont une influence négative sur la pratique de la contraception comparativement aux femmes qui se confient à leur mère. Ceci démontre l'avantage que procure la communication avec la mère dans la pratique de la contraception.



## CHAPITRE VII - AVORTEMENT ET DECISION REPRODUCTIVE

### 7.1 - LE DESIR D'AVOIR D'AUTRES ENFANTS

Le désir d'avoir d'autres enfants est très fort au sein de la population féminine enquêtée. Cependant, ce désir est beaucoup plus fort chez les femmes ayant connu un avortement que chez celles qui ne l'ont pas connu (Conf. Tableau 7.1). Chez les femmes ayant connu un avortement, le plus grand désir d'enfant est exprimé par celles qui sont en consultation de PF (96.6%), suivies des femmes en consultation prénatale (94.9%) et de celles en consultation gynécologique (90.2%). Chez les femmes qui n'ont pas connu d'avortement, la plus forte proportion s'observe chez celles qui sont en consultation prénatale et gynécologique (respectivement 86.9% et 86.4%) et la plus faible proportion chez celles qui sont en consultation de PF (78.4%).

Ces résultats peuvent être dus à des complications de l'avortement entraînant une stérilité qui empêche certaines femmes d'avoir le nombre d'enfants désirés.

Tableau 7.1: Proportion des femmes qui désirent avoir d'autres enfants suivant certaines caractéristiques socio-économiques pour chacune des trois populations étudiées

VARIABLES SOCIO-ECONOMIQUES	CONSULTATION PRENATALE	CONSULTATION DE PF	CONSULTATION GYNECOLOGIQUE	TOTAL
Les femmes ayant connu au moins un avortement	94.9	96.6	90.2	93.9
Les femmes n'ayant pas connu d'avortement	86.9	78.4	86.4	83.9
Effectif total des femmes	750	509	779	2038

### 7.2 - NOMBRE TOTAL D'ENFANTS SURVIVANTS

Les répartitions des femmes selon le nombre d'enfants survivants obtenues dans le Tableau 7.2 sont très différentes. A titre d'exemple, le pourcentage de femmes sans aucun enfant survivant varie pour les six sous-populations du tableau entre 15.9% pour les femmes en consultation de PF qui n'ont pas connu d'avortement et 61.6% pour celles en consultation gynécologique qui ont connu au moins un avortement. Les niveaux observés dans le Tableau 3.1 pour l'ensemble des femmes de la Commune 4 et du District de Bamako se situent autour de 34%.

Une autre observation qui ressort du Tableau est que la proportion des femmes sans enfant survivant est toujours plus élevée chez celles qui ont connu un avortement. L'écart est beaucoup plus important chez les femmes en consultation de PF : 56,9% pour celles qui ont eu un avortement, contre 15,9% pour les autres. De ce résultat on serait tenté de conclure qu'une des conséquences de l'avortement dans ces trois populations est l'augmentation du niveau de la stérilité. Toutefois, en raison des différences relevées dans les profils socio-démographiques nous avons estimé nécessaire de faire quelques régressions logistiques avec comme variable dépendante le fait d'avoir ou non au moins un enfant survivant. La variable dépendante est le fait d'avoir ou non connu l'avortement et les variables de contrôle sont l'éducation, le statut matrimonial et l'âge.

Les résultats de ces régressions figurent dans le Tableau 7.3. La variable indépendante n'a un effet significatif que pour les femmes en consultation de PF. Elle est significative pour le seuil de 1%. Certains de ces résultats sont inattendus. Pour la première population, c'est à dire celle des consultations prénatales, il est logique que ces femmes, qu'elles aient ou non avorté, soient toutes des femmes non stériles. Parmi elles, on ne devrait pas avoir une proportion de femmes sans enfant survivant différente lorsqu'on contrôle pour les variables importantes. Cela ressort d'ailleurs très clairement des résultats. Le rapport de chance est très proche de 1 (1,07) et n'est pas du tout significatif.

En revanche pour les femmes en consultation gynécologique, on se serait attendu à une différence importante et significative, ce qui n'est pas le cas. Il est probable qu'avec les caractéristiques économiques relativement favorables de celles-ci et le fait qu'elles soient suivies par un gynécologue, les amène à prendre en charge d'une manière plus saine et relativement efficace les complications d'un avortement provoqué.

La différence très significative relevée pour les femmes en consultation de PF est également assez surprenante. Avec le contrôle du statut matrimonial on ne s'attendrait pas à ce que les femmes n'ayant eu aucun enfant survivant pratiquent la contraception. Toutefois, Dans la politique de Santé familiale et Communautaire au Mali, les activités de PF incluent le traitement de la stérilité. Une hypothèse explicative serait que parmi les femmes ayant été enquêtées lors des consultations de PF,

il se trouve un certain nombre qui soit venu pour obtenir des prestations de type gynécologique, et particulièrement pour remédier à des problèmes de stérilité.

Ce sont 5.7% parmi les femmes en consultation de PF qui n'utilisaient pas de méthode contraceptive au moment de l'enquête. Nous avons introduit parmi les variables de contrôle, l'utilisation actuelle de la contraception, mais les résultats (qui ne figurent pas dans le tableau analysé) ne changent pas pour autant. Des recherches complémentaires sont nécessaires pour apporter des explications à ces interrogations.

**Tableau 7.2: Répartition des femmes suivant le nombre d'enfants survivants pour chacune des trois populations étudiées**

NOMBRE D'ENFANTS SURVIVANTS	CONSULTATION PRENATALE	CONSULTATION DE PF	CONSULTATION GYNECOLOGIQUE	TOTAL
<b>Chez les femmes qui ont connu au moins un avortement</b>				
0	43.6	56.9	61.6	54.0
1	41.0	13.8	18.3	24.4
2	0.0	17.2	10.4	9.2
3	10.3	5.2	5.5	7.0
4	5.1	3.5	1.8	3.5
5	0.0	1.7	1.2	1.0
6+	0.0	1.7	1.2	1.0
<b>Effectif total</b>	<b>39</b>	<b>58</b>	<b>164</b>	<b>261</b>
<b>Chez les femmes qui n'ont pas connu d'avortement</b>				
0	33.6	15.9	52.3	33.9
1	23.4	22.7	16.1	20.7
2	15.8	17.0	11.5	14.8
3	12.3	15.9	4.8	11.0
4	8.0	8.8	5.3	7.4
5	3.0	6.8	3.0	4.3
6+	3.9	13.0	7.0	8.0
<b>Effectif total</b>	<b>726</b>	<b>454</b>	<b>641</b>	<b>1821</b>
<b>Ensemble des femmes</b>				
0	34.1	20.5	54.2	38.5
1	24.3	21.7	16.5	20.7
2	15.1	17.0	11.3	14.1
3	12.2	14.7	5.0	10.0
4	7.8	8.2	4.6	6.7
5	2.9	6.3	2.6	3.6
6+	3.7	11.7	5.8	6.5
<b>Effectif total</b>	<b>765</b>	<b>512</b>	<b>805</b>	<b>2082</b>

**Tableau 7.3 : Résultats du Modèle complet de l'analyse de régression logistique (rapports de chance) déterminant les tendances à avoir au moins un enfant survivant.**

Variable	Catégories	CONSULTATION PRENATALE	CONSULTATION DE PF	CONSULTATION GYNECOLOGIQUE
<b>Avortement</b> (non)	oui	1.07	0.13***	1.30
<b>Âge</b> (15-19 ans)	20-24	9.01***	2.39**	3.42***
	25-29	23.97***	4.39***	7.19***
	30-49	69.82***	3.91*	1.55***
<b>Niveau d'éducation</b> (aucun)	primaire	1.17	1.51	1.27
	secondaire et plus	0.23***	0.41*	0.48***
<b>Statut matrimonial</b> (célibataire)	fiancée	4.07***	5.50***	1.82**
	déjà mariée	12.29***	54.14***	4.38***
<b>Effectif total</b>		750	509	779

Seuil de signification: \*=10%, \*\*=5% et \*\*\*=1%

Note: la modalité entre parenthèses est la catégorie de référence

## CHAPITRE VIII - LES CONDITIONS ET LES CONSEQUENCES GYNECO-OBSTETRIQUES DE L'AVORTEMENT

### 8.1 - LA METHODE, LE LIEU ET LA PERSONNE AYANT PRATIQUE L'AVORTEMENT

#### **- La méthode utilisée pour avorter**

La méthode d'avortement la plus courante à Bamako semble être le curetage. Au sein des trois populations enquêtées ayant connu un avortement, le curetage est utilisé par 61.5% des femmes en consultation prénatale, 81.0% des femmes en consultation de PF et 61.0% des femmes en consultation gynécologique pour avorter. La méthode est beaucoup plus pratiquée par les femmes en consultation de PF que les autres (Conf. Tableau 8.1). D'autres méthodes d'avortement sont utilisées en proportions non négligeables dans les trois populations. Ainsi, bon nombre de femmes en consultation prénatale font recours à la médecine traditionnelle (20.5%) et aux produits pharmaceutiques (15.4%) pour avorter. Chez les femmes en consultation de PF, c'est l'avortement par produit pharmaceutique (10.3%) et introduction d'objet (6.9%). Quant aux femmes en consultation gynécologique, elles utilisent *l'introduction d'objet* comme méthode abortive dans une proportion de 18.3%, ainsi que la médecine traditionnelle (9.8%) et les produits pharmaceutiques (9.2%).

Ces méthodes d'avortement couramment utilisées à Bamako, sont archaïques et dangereuses. Elles peuvent avoir des impacts négatifs sur le bien-être physique, social et économique de la femme. Car l'utilisation des techniques d'avortement améliorées (la technique d'aspiration) ressort très souvent dans la littérature comme un facteur favorable à la diminution des risques sanitaires et économiques liés à l'avortement (Tinker and al., 1993).

#### **- Le lieu de l'avortement**

Certes, l'avortement demeure toujours une pratique réprimée par les textes législatifs maliens. Cependant, à l'instar de ce qui se passe dans les autres pays où la pratique est interdite, il ressort du tableau 8.1 que la plupart des avortements faits à Bamako sont pratiqués dans un centre hospitalier. Cette information est surtout rapportée par les femmes en consultation de PF (79.3%) et celles en consultation gynécologique (67.7%). Chez les femmes en consultation prénatale, la proportion de femmes qui avortent dans les centres hospitaliers est aussi élevée (48.7%) même si la proportion des femmes qui avortent à domicile l'emporte légèrement (51.3%). L'avortement à domicile est une

pratique non négligeable chez les femmes en consultation de PF (17.2%) et celles en consultation gynécologique (25.0%). Pour ce qui est de la pratique de l'avortement chez le guérisseur, elle est faite uniquement par les femmes en consultation gynécologique, et la proportion est assez faible (7.3%). Quant à la pratique de l'avortement en d'autres lieux, elle ne concerne qu'une faible proportion des femmes en consultation de PF (3.5%).

#### - La personne ayant pratiqué l'avortement

Le personnel médical apparaît dans cette étude comme étant les acteurs qui effectuent la plupart des avortements pratiqués par les femmes à Bamako. La part du personnel médical dans les avortements faits à Bamako durant la période d'observation est de 76.9% chez les femmes en consultation prénatale, 94.8% chez les femmes en consultation de PF et 87.8% chez celles en consultation gynécologique. Ces résultats nous amènent encore une fois à réfléchir sur les problèmes de la libéralisation de l'avortement et de la gestion des avortements. Car la formation du personnel médical et la dotation des centres hospitaliers en équipements adéquats (notamment pour la technique d'aspiration) apparaissent de plus en plus comme des conditions nécessaires à la réduction de la mortalité et de la morbidité consécutive à un avortement.

**Tableau 8.1: Répartition des femmes selon la méthode le lieu et la personne ayant pratiqué l'avortement pour chacune des trois populations étudiées**

METHODE/LIEU/PERSONNE AYANT PRATIQUE L'AVORTEMENT	CONSULTATION PRENATALE	CONSULTATION DE PF	CONSULTATION GYNECOLOGIQUE	TOTAL
<b>Méthode</b>				
Curetage	61.5	81.0	61.0	65.5
Introduction d'objet	2.6	6.9	18.3	13.4
Produit pharmaceutique	15.4	10.3	9.2	10.3
Médecine traditionnelle	20.5	0.0	9.8	9.2
Autres	0.0	1.7	1.8	1.5
Effectif	39	58	164	261
<b>Lieu de l'avortement</b>				
Domicile	51.3	17.2	25.0	27.2
Centre hospitalier	48.7	79.3	67.7	67.4
Chez le guérisseur	0.0	0.0	7.3	4.6
Autres	0.0	3.5	0.0	0.8
Effectif	39	58	164	261
<b>Personne ayant pratiqué l'avortement</b>				
Personnel médical	76.9	94.8	87.8	87.7
Guérisseur	15.4	0.0	9.8	8.4
Ami	0.0	1.7	1.2	1.2
Moi même	7.7	0.0	1.2	1.9
Autre	0.0	3.5	0.0	0.8
Effectif	39	58	164	261

## 8.2 - LES SUITES DE L'AVORTEMENT

L'impact négatif de l'avortement sur la santé des femmes apparaît aussi dans cette étude. Les résultats du tableau 8.2, relatifs aux conséquences sanitaires de l'avortement, montrent des suites d'avortement graves pour une proportion assez élevée de la population enquêtée. Ce qui confirme l'hypothèse d'un risque élevé de morbidité lié à l'avortement. Les complications consécutives à l'avortement chez les femmes en consultation prénatale sont, le plus souvent, l'hémorragie (23.1%) et la fièvre (23.1%). La douleur est aussi citée par 15.3% des femmes. Chez les femmes en consultation de PF les douleurs (24.1%) et les hémorragies (24.1%) occupent la première place. Elles sont suivies de la fièvre (12.1%). Les complications consécutives à un avortement chez les femmes en consultation gynécologique se traduisent le plus souvent par des douleurs (43.9%). L'hémorragie (37.2%) et la fièvre (30.5%) sont aussi déclarées par une forte proportion de femmes en consultation gynécologique comme des complications qui ont fait suite à leur avortement.

Cependant, l'on note des proportions relativement élevées de femmes dont l'avortement n'a pas été suivi de complication sanitaire chez celles en consultation prénatale (51.3%) et de PF (65.5%). Alors que cette proportion n'est que de 29.3% chez celles en consultation gynécologique. Ce résultat peut signifier que la visite des femmes en service gynécologique est motivée par le traitement des complications consécutives à l'avortement.

Tableau 8.2: Proportion des femmes suivant les suites de l'avortement pour chacune des trois populations étudiées

SUITES DE L'AVORTEMENT	CONSULTATION PRENATALE	CONSULTATION DE PF	CONSULTATION GYNECOLOGIQUE	TOTAL
Suites de l'avortement				
Rien	51.3	65.5	29.3	40.6
Fièvre	23.1	12.1	30.5	25.3
Douleur	15.4	24.1	43.9	35.3
Hémorragies	23.1	24.1	37.2	32.2
Effectif total	39	58	164	261

### 8.3 - LE TEMPS DE RETABLISSEMENT

Le temps de rétablissement après l'avortement est relativement court, dans le district de Bamako (Conf. Tableau 8.3). Au sein de la population étudiée en consultation prénatale ainsi que celle en consultation de PF, le temps de rétablissement après l'avortement est d'une semaine ou moins, pour une forte proportion de femmes. Cet intervalle est valable pour 84.7% des femmes en consultation prénatale et 89.7% des femmes en consultation de PF. Pour ce qui est du cas des consultations en service gynécologique, la proportion de femmes qui se rétablissent en une semaine ou moins est aussi élevée (65.9%), mais est plus faible par rapport à celle des deux autres sous populations. C'est aussi parmi les femmes en consultation gynécologique que l'on observe des proportions élevées de femmes qui ont un temps de rétablissement beaucoup plus long (deux semaines ou trois semaines et plus) (respectivement 11.6% et 9.2%). De plus, les femmes dont les complications consécutives à l'avortement durent toujours sont présentes en proportion plus élevée dans les consultations gynécologiques (9.8%). D'où le lien entre les consultations gynécologiques et les graves complications liées à un avortement. Ces longs séjours à l'hôpital mettent aussi en relief le poids économique de l'avortement sur les patients et sur le budget des hôpitaux de Bamako.

**Tableau 8.3: Proportion des femmes suivant le temps de rétablissement après l'avortement pour chacune des trois populations étudiées**

TEMPS DE RETABLISSEMENT	CONSULTATION PRENATALE	CONSULTATION DE PF	CONSULTATION GYNECOLOGIQUE	TOTAL
Moins d'une semaine	66.7	62.1	35.4	46.0
1 semaine	18.0	27.6	30.5	28.0
2 semaines	5.1	1.7	11.6	8.4
3 semaines et plus	5.1	6.9	9.2	8.1
NSP	2.6	0.0	3.7	2.7
Durent toujours	2.6	1.7	9.8	6.9
<b>Effectif total</b>	<b>39</b>	<b>58</b>	<b>164</b>	<b>261</b>

## CHAPITRE IX - LES CONSEQUENCES SOCIALES DE L'AVORTEMENT

Comme souligné dans la revue de la littérature, "les impacts sociaux de l'avortement ne ressortent nulle part dans la littérature consultée. Celle-ci fait plutôt allusion aux causes et conséquences sanitaires de l'avortement. Cependant, la sanction sociale apparaît dans la plupart des recherches comme l'une des principales raisons qui pousse les femmes à ne pas vouloir de leur grossesse, notamment les jeunes filles". La revue de la littérature concluait qu'il s'avère donc nécessaire d'explorer les différentes relations qui peuvent exister entre cette variable et l'avortement".

### 9.1 - OPINION ET SENTIMENT DE LA FEMME AYANT CONNU L'AVORTEMENT SUR LA PRATIQUE DE L'AVORTEMENT

#### 9.1.1 - Analyse descriptive

##### 9.1.1.1- Opinion des femmes qui ont vécu le phénomène sur l'avortement

L'un des objectifs de l'étude sur les considérations sociales de l'avortement était de recueillir les opinions et sentiments des femmes qui, à un moment quelconque de leur vie, avaient eu à interrompre une ou plusieurs grossesses. Les opinions exprimées présentent dans une proportion de 54,8% le recours à l'avortement comme l'ultime solution. Lorsque ce résultat est examiné suivant les sous-populations couvertes par l'étude, le constat auquel on aboutit est que ce sont surtout les femmes enquêtées lors des consultations gynécologiques (62,8%) et lors des consultations de planification familiale (46,6%), qui ont le plus fortement exprimé cette opinion (tableau 9.1). Un résultat général à souligner est l'opinion selon laquelle *l'avortement est une pratique à éviter*. Dans la sous-population des femmes ayant pratiqué un avortement, ce sont près de 30% (29,5% exactement) qui le conseillent.

Le commentaire qui peut être fait sur ces opinions exprimées est que l'information première qui a conduit à la présente étude est confirmée. En effet, il avait été constaté que 60% des femmes qui venaient en consultation gynécologique à la maternité de Hamdallaye en Commune IV du District de Bamako en 1995-1996, venaient pour des raisons de complications issues des suites d'avortement.

### 9.1.1.2 - Sentiment après l'avortement des femmes qui ont vécu le phénomène

Dans les résultats du tableau 9.1, deux grands types de sentiments dominant dans l'épisode post avortement. De par le sentiment le plus partagé par les femmes ayant connu au moins un avortement dans leur vie, cette pratique apparaît comme une solution à un problème crucial. Les femmes interrogées font état à 74,3% d'un *soulagement* et/ou d'une *libération* après avoir fait un avortement. A peu près un quart (24,5%) des femmes qui ont vécu cet événement témoignent de sentiments de *remords* voire de *regret*.

Quelque condamnable qu'il soit, en l'absence de contraception moderne correctement pratiquée, et/ou en présence d'état, de facteurs d'exposition à l'activité sexuelle, l'avortement demeure la solution aux grossesses non-désirées dans la commune IV du district de Bamako et chez les clientes de l'hôpital Gabriel Touré, issues des autres parties de la capitale malienne. En outre, le sentiment de libération que sa pratique procure par rapport à la crainte de la dévalorisation ou de la sanction sociale, peut et doit être perçue également comme le début d'ennuis potentiels sur le plan gynécologique. Ces ennuis peuvent être par la suite des facteurs qui compromettent la vie reproductive, compte tenu des risques de stérilité.

### 9.1.1.3 - Opinion des femmes qui n'ont pas vécu le phénomène sur l'avortement

Dans la commune IV du district de Bamako et parmi les clientes de l'hôpital Gabriel Touré, les femmes qui n'ont pas connu d'avortement ont des opinions plutôt mesurées sur sa pratique (conf. tableau 9.2). Près de 59% des femmes pensent que c'est une pratique à éviter. En terme de désaveu, 6,8% des femmes de cette catégorie trouvent que c'est une pratique condamnable; alors que 10,3% d'entre elles indiquent qu'il est *contraire à la religion*. Ce pourcentage de contre-indication de la religion lorsqu'il est mis en rapport avec l'opinion exprimée par les femmes ayant connu l'avortement (3,1%), est trois fois plus élevé. A travers ces proportions se mesure le fossé qui sépare le vécu de ces deux sous-populations de femmes.

**Tableau 9.1: Répartition des femmes ayant connu un avortement suivant leur opinion sur l'avortement et leur sentiment après l'avortement pour chacune de trois populations étudiées**

OPINION/SENTIMENT	CONSULTATION PRENATALE	CONSULTAT DE PF	CONSULTATION GYNECOLOGIQ.	TOTAL
<b>Opinion sur l'avortement</b>				
Pratique à éviter	35.9	31.0	27.4	29.5
quand pas autre chose	33.3	46.6	62.8	54.8
Pratique condamnable	2.6	3.5	4.3	3.8
Avec le PF on ne le fait pas	12.8	15.5	1.2	6.1
Contraire à la religion	7.7	0.0	3.1	3.1
Autres	7.7	3.5	1.2	2.7
<b>Sentiment après l'avortement</b>				
Remords	12.8	8.6	7.3	8.4
Regret	7.7	10.3	20.1	16.1
Soulagement	59.0	56.9	43.9	49.0
Libération	18.0	22.4	28.1	25.3
Autres	2.6	1.7	0.6	1.2
<b>Effectif total</b>	39	58	164	261

**Tableau 9.2: Répartition des femmes n'ayant pas connu d'avortement suivant leur opinion sur l'avortement pour chacune de trois populations étudiées**

OPINION SUR L'AVORTEMENT	CONSULTATION PRENATALE	CONSULTATION DE PF	CONSULTATION GYNECOLOGIQUE	TOTAL
Pratique à éviter	67.2	58.6	49.6	58.9
quand pas autre chose	9.5	11.5	20.8	14.0
Pratique condamnable	6.5	7.3	6.9	6.8
Avec le PF on ne le fait pas	3.9	17.0	1.6	6.3
Contraire à la religion	8.3	2.0	18.6	10.3
Pratique des personnes légères	0.3	0.2	0.5	0.3
Autres	4.4	3.5	2.2	3.4
<b>Effectif total</b>	726	454	641	1821

### 9.1.2- Analyse multivariée

#### 9.1.2.1 - Opinion des femmes

Les problèmes de petits effectifs chez les femmes ayant connu l'avortement font que l'étude de cas chez ces dernières se fait sans distinction du type de population. Les résultats issus de l'analyse des trois types de population permettent d'isoler quatre aspects importants.

- Un fort désir d'enfant au sein de la sous-population des femmes célibataires ayant avorté, et qui se sont rendues soit en consultation gynécologique (93.7%), ou de PF (94.9%) (tableau 7.1).
- Une acceptation plus grande de l'avortement chez les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus, n'ayant pas avorté (rapport de chance: 4.04 significatif à 1%) (tableau 9.3).
- Une influence du statut matrimonial sur l'opinion par rapport à l'avortement uniquement chez les femmes n'ayant pas connu d'avortement s'étant rendu en consultation prénatale. Dans cette catégorie, ce sont surtout les femmes célibataires en consultation prénatale qui accepte 2 fois plus l'avortement que les femmes non célibataires, lorsqu'on contrôle pour les trois autres variables socio-démographiques que sont l'âge, le niveau d'instruction et le degré de communication.(Tableau 9.3).
- Un coefficient d'acceptation élevé de l'avortement est enregistré à travers la communication, chez les femmes n'ayant pas connu d'avortement et qui *n'échangent avec personne*. Le niveau d'acceptation est de 6.13 pour celles qui se sont rendu en consultation prénatale et de 23.79 pour celles ayant été en consultation de PF. Ce sont uniquement les femmes qui s'informent à travers soit les cours de sciences naturelles, soit les cours d'éducation à la vie familiale, qui acceptent plus l'avortement, et cela à un seuil de 3.03, significatif à 1% (tableau 9.3).

A partir des différentes analyses sur l'opinion des femmes sur l'avortement (Cf. tableau 9.1, 9.2, 9.3), les variables socio-démographiques retenues dans le modèle univarié (tableau A.7) ou complet n'influencent pas de manière significative l'opinion des femmes qui ont connu un avortement sur le phénomène. Seul le niveau d'instruction primaire et les sources d'information ayant traits à l'EMP/EVF entraînent une plus grande acceptation de la pratique de l'avortement.

Aussi bien dans le modèle univarié que dans le modèle complet pour les femmes n'ayant pas connu d'avortement, seul l'âge n'induit pas un comportement différentiel assez significatif quant à l'acceptation de la pratique de l'avortement.

Cependant, les résultats des simulations à partir du statut matrimonial font correspondre à une grande acceptation de la pratique de l'avortement par les femmes n'ayant pas connu le phénomène, une acceptation plus faible du dit phénomène par celles l'ayant vécu (Cf tableau 9.1, 9.2).

Deux hypothèses explicatives peuvent être émises sur ces résultats.

La première est que l'avortement loin d'être la recherche de solution uniquement à une grossesse non-désirée, peut en plus être le moyen de rester conforme aux normes sociales qui régissent la procréation; ou encore la manifestation de soumission à une coercition sociale.

La seconde est que la faible acceptation de l'avortement par les femmes ayant vécu l'événement ou qui se présentent en consultation de PF ou gynécologique, peut être associée à un désir d'enfant. Le même résultat, examiné sous un angle différent, amène à relativiser l'hypothèse selon laquelle les femmes célibataires acceptent mieux l'avortement que les non-célibataires parce que leur grossesse est non-désirée. Il serait probablement plus pertinent de parler de grossesse socialement non-acceptée (GSNA) plutôt que de grossesse non-désirée.

Tableau 9.3 : Résultats du modèle complet de l'analyse de régression logistique déterminant les tendances à l'acceptation de l'avortement provoqué chez les femmes.

Femme n'ayant pas connu d'avortement/Femme ayant connu un avortement		FEMME N'AYANT PAS CONNU D'AVORTEMENT				FEMME AYANT CONNU UN AVORTEMENT
		CONSULTAT PRENATALE	CONSULTAT DE PF	CONSULTATION GYNECOLOGIQ.	ENSEMBLE	ENSEMBLE
<b>Age</b> (15-19ans)	Catégories					
	20-24	1.15	0.89	1.31	1.14	0.86
	25-29	1.48	0.70	1.41	1.08	0.87
	30-49	1.15	0.33**	0.76	0.63**	0.89
<b>Statut matrimonial</b> (non célibataire)	célibataire	2.37***	1.17	1.17	1.57***	0.90
<b>Niveau d'éducation</b> (aucun)	primaire	2.74***	2.25***	2.50***	2.87***	2.41**
	secondaire et plus	1.52	2.09	7.28***	4.04***	1.04
<b>communication</b> (1 <sup>er</sup> regle) (mère)	personne	6.13***	23.79***	1.02	5.99***	1.39
	sœur	1.49	2.46	2.15**	1.84**	0.97
	amie/copine	3.48***	4.13**	1.54	2.50***	0.78
	cours sces nat/ed.vie fam	4.03**	10.03***	3.03***	4.65***	3.94**
	autres	0.67	1.14	0.73	0.74	0.46
<b>Effectif total</b>		679	437	602	1718	251

Seuil de signification: \*=10%, \*\*=5% et \*\*\*=1%

Note: la modalité entre parenthèses est la catégorie de référence

#### 9.1.2.2 - Le sentiment de la femme après l'avortement

Ce sentiment est examiné suivant les couples de catégories *soulagée/libérée* ou *remords/regrets* dans des régressions logistiques univariée et multivariée. Il est à noter cependant que ici les régressions ne sont pas faites suivant les types de consultation, pour des raisons d'effectifs statistiquement non significatifs.

Selon les résultats, aucun effet significatif de l'âge ou du niveau d'instruction n'est noté sur les sentiments des femmes après un avortement (conf. tableau 9.4). En outre, on enregistre un coefficient de soulagement/libération moins élevé chez les femmes célibataires après un avortement que chez les non-célibataires, et ce dans les deux types de régression (univariée et multivariée). Quant au niveau de communication, seules les femmes qui communiquent avec leur sœur, ont tendance à adopter un comportement différentiel de celles qui communiquent avec leur mère.

La lecture que l'on peut avoir du soulagement mitigé des femmes célibataires après un avortement, est celle d'un désir enfoui d'enfant (après avoir conçu) incompatible avec des normes de comportements sociaux jugées correctes, quant aux conditions dans lesquelles doit être donné la vie à un enfant.

La communication sur la survenue des premières règles est plus habituelle avec les sœurs. Les résultats laissent apparaître cependant, que la communication avec la mère procure plus de soulagement ou de libération, en d'autres termes de satisfaction que celle avec la sœur.

**Tableau 9.4 : Résultats du modèle complet de l'analyse de régression logistique déterminant les tendances au sentiment de soulagement/libération après l'avortement provoqué chez les femmes.**

Variable	Catégories	analyse univariée (ensemble)	analyse multivariée (ensemble)
<b>Age</b> (15-19 ans)			
	20-24	1.19	1.20
	25-29	1.43	0.83
	30-49	1.50	0.50
<b>Statut matrimonial</b> (non célibataire)			
	célibataire	0.41***	0.31**
<b>Niveau d'éducation</b> (aucun)			
	primaire	1.07	1.09
	secondaire et plus	0.83	0.89
<b>communication</b> (mère)			
	personne	0.55	0.51
	soeur	0.42*	0.44*
	amie/copine	0.90	0.85
	cours sces nat/ed.vie fam	0.68	0.75
	autres	0.51	0.56
<b>Effectif total</b>		255	255

Seuil de signification: \*=10%, \*\*=5% et \*\*\*=1%

Note: la modalité entre parenthèses est la catégorie de référence

## 9.2 - LES REACTIONS SUSCITEES PAR L'AVORTEMENT CHEZ LE MARI, LA FAMILLE ET L'ENTOURAGE

### 9.2.1 - La réaction du mari/partenaire

#### 9.2.1.1 - Analyse descriptive

Les réactions des *maris/partenaires* rapportées par les femmes sont des plus positives, quel que soit le type de consultation au cours duquel les enquêtées ont été interrogées (conf. tableau 9.5). Les femmes interrogées lors des consultations prénatales qui ont un antécédent d'avortement indiquent à 79,8% que leurs maris ont soit accepté, soit apprécié l'acte. Un taux de 8,5% de désapprobation est enregistré quant aux réactions des maris. Par ailleurs diverses réactions dont la nature n'a pas été précisée sont évaluées à 10,1%. Les ruptures consécutives à l'acte comme réaction du mari se chiffrent à 1,9%.

Selon les résultats ci-dessus, l'avortement semble un phénomène relativement mieux accepté et géré au sein du couple. A quoi est-ce qu'il faut attribuer cette acceptation? Ces résultats dénotent d'une réalité. Celle de l'existence dans le contexte du couple, de grossesses non-désirées.

**Tableau 9.5: Proportion des femmes ayant connu au moins un avortement suivant les réactions suscitées par l'avortement pour chacune des trois populations étudiées**

REACTIONS SUSCITEES PAR L'AVORTEMENT	CONSULTATION PRENATALE	CONSULTATION DE PF	CONSULTATION GYNECOLOGIQUE	TOTAL
<b>Réaction du mari</b>				
A accepté	73.5	56.5	74.2	68.07
A apprécié	14.7	23.9	3.1	9.6
A désapprouvé	2.9	15.2	7.0	8.2
A entraîné une rupture	0.0	2.2	2.3	1.9
Autres réactions	8.8	2.2	13.3	10.1
Effectif	34	46	128	208
<b>Réaction des membres de la famille</b>				
Ont accepté	-	77.8	33.3	46.8
Ont apprécié	-	7.4	0.0	2.1
Ont désapprouvé	-	7.4	26.3	21.3
Ont rompu	-	0.0	12.3	8.5
Autres réactions	-	7.4	28.1	21.3
Effectif	10	27	57	94
<b>Réaction de l'entourage</b>				
Ont accepté	-	-	12.5	15.2
Ont apprécié	-	-	5.0	4.4
Ont désapprouvé	-	-	22.0	23.9
Ont rompu	-	-	15.0	13.0
Autres réactions	-	-	45.0	43.5
<b>Effectif total</b>	5	1	40	46

### 9.2.1.2 - Analyse multivariée

Selon les résultats du tableau 9.6, relatif à l'analyse multivariée de la réaction du mari/partenaire après l'avortement, il n'y a aucun effet de l'âge dans la réaction du partenaire ou du mari après que la femme ait avorté. Selon le statut matrimonial, un effet significatif est noté dans la réaction des partenaires des femmes célibataires dans le modèle complet. Quant au niveau d'instruction, la désapprobation est inversement corrélée au niveau secondaire et plus. Le niveau d'instruction primaire des femmes enquêtées ne conditionne pas leurs partenaires ou maris à un comportement significativement différent de celui des partenaires ou maris des non instruites.

Les résultats ci-dessus peuvent signifier deux choses. La réaction de désapprobation des partenaires des femmes célibataires peut traduire un désir d'enfant non-partagé. L'absence de pression sociale pour la préservation d'une image de marque, et peut être l'utilisation d'une grossesse comme moyen de rétention de la femme dans la relation, peuvent justifier la désapprobation des partenaires masculins (Cf également tableau 9.5 dans lequel on note que les cas de rupture sont peu nombreux).

A un niveau élevé d'instruction de la femme correspond une plus grande approbation de l'avortement chez le partenaire ou le mari. Ce résultat suggère qu'il existe une communication sur la question au sein du couple. Il peut également être supposé qu'à un niveau d'éducation moyen ou supérieur, correspond une aspiration /nécessité de contrôle de la fécondité (Binkin et al, 1984; Chatteyce et Adetoro, cités par Kinoti et al, 1996; Shapiro et Tambashe, 1997). Ces derniers expliquent cette relation par le fait que le niveau d'éducation des femmes est généralement associé à l'aspiration à de meilleures conditions de vie, de santé et d'éducation pour les enfants. Ainsi, en l'absence de méthodes contraceptives efficaces ou de pratiques défailtantes, les femmes instruites ont tendance à s'orienter vers l'avortement pour limiter le nombre de leurs enfants.

En référence au phénomène des "sugar dadies" (Mpangile et al., 1993) et à l'hypothèse selon laquelle les jeunes filles/femmes sexuellement actives de façon précoce, utilisent moins les moyens contraceptifs modernes, on s'attendait à noter un effet de l'âge des partenaires sur l'approbation de l'avortement. Cependant, les résultats auxquels l'étude a abouti, ne permettent pas de documenter ces aspects.

Un aspect méthodologique sur lequel l'attention doit être attirée est celui de l'effectif réduit des cas de désapprobation/rupture. Cette limite incite à considérer ces résultats avec prudence, en attendant de pouvoir les étayer sur un échantillon plus large.

**Tableau 9.6 :** Résultats du modèle complet de l'analyse de régression logistique déterminant les tendances à l'approbation de l'avortement provoqué chez les maris/partenaires

Variable Catégories		analyse univariée (ensemble)	analyse multivariée (ensemble)
<b>Age</b> (15-19 ans)	20-24	0.36	0.40
	25-29	1.18	1.74
	30-49	0.53	1.06
<b>Statut matrimonial</b> (non célibataire)			
	célibataire	1.80	3.48*
<b>Niveau d'éducation</b> (aucun)			
	primaire	1.37	1.25
	secondaire et plus	0.32*	0.28*
<b>Effectif total</b>		185	185

Seuil de signification: \*=10%, \*\*=5% et \*\*\*=1%

Note: la modalité entre parenthèses est la catégorie de référence

### 9.2.2 - Les réactions des membres de la famille (Cf. Tableau 9.5)

Les réactions des membres de la famille ont été surtout mesurées au sein de la sous population des femmes ayant eu déjà un avortement. Il est à noter que pour les femmes ayant été enquêtées lors des consultations prénatales, la mesure de ces réactions suivant les catégories appropriées a abouti à des petits effectifs qui ne sont pas statistiquement significatifs. Ce sous groupe est donc exclu des analyses faites ci-dessous.

En revanche, c'est dans la catégorie des femmes ayant été enquêtées lors des consultations de P.F qu'une mesure plus parlante des réactions des membres de la famille a pu être effectuée. En effet, parmi les femmes enquêtées lors des consultations de P.F, près de 85.2% d'entre elles affirment que leur avortement a été soit accepté ou apprécié par les membres de leur famille. Il est à noter qu'aucun avortement n'a conduit à une rupture avec la famille.

Les problèmes liés à un avortement ont été notés chez les femmes qui ont été enquêtées lors des consultations gynécologiques. Parmi ces femmes, 26.3% rapportent que leur avortement a été désapprouvé par la famille, tandis que 12.3% ont rompu avec leur famille. Aussi, d'autres réactions négatives de la famille ont été signalées par 28.1% des femmes. Ce sont au total 66.7% des femmes interrogées lors des consultations gynécologiques qui ont subi des réactions négatives de leur famille suite à leur expérience abortive. Néanmoins, le tiers (33.3%) de ce sous groupe de femme témoigne d'une acceptation de leur avortement par leur famille.

### *9.2.3 - Les réactions de l'entourage*

La mesure des réactions de l'entourage n'est commenté que pour les femmes enquêtées lors des consultations gynécologiques. Pour les deux autres types de consultation (prénatale et de P.F), les effectifs ayant fourni des informations relatives à la réaction de l'entourage sont relativement petits et ne peuvent donner lieu à interprétation.

Tel qu'il a été constaté pour la famille, le sous-groupe des femmes en consultation gynécologique évoque une réaction négative de l'entourage à leur pratique de l'avortement à concurrence de 22% pour la désapprobation, 15% pour la rupture et 45% pour d'autres réactions négatives. L'entourage de ces femmes n'accepte ou n'apprécie qu'à concurrence de 17.5% leur pratique de l'avortement.

De manière générale, on note que le mari ou le partenaire des femmes ayant été enquêtées lors des consultations gynécologiques semblent mieux accepter la pratique de l'avortement par celles-ci, que leur famille et/ou leur entourage. Cette attitude du mari ou partenaire peut être mise sur le compte d'une meilleure communication au sein du couple à propos de la décision reproductive.

## 9.3 - LES PENSEES DE L'ENTOURAGE SUR L'AVORTEMENT

Tableau 9.6: Proportion des femmes suivant les pensées de l'entourage sur l'avortement pour chacune des trois populations étudiées

PENSEES DE L'ENTOURAGE SUR L'AVORTEMENT	CONSULTATION PRENATALE	CONSULTAT. DE PF	CONSULTAT. GYNECOLOG	TOTAL
<b>Pour les femmes ayant avorté</b>				
Pratique à éviter	25.6	41.4	35.4	35.3
quand pas autre chose	2.6	0.0	7.9	5.4
Pratique condamnable	28.2	29.3	15.2	20.3
Avec le PF on ne le fait pas	0.0	3.5	0.0	0.8
Contraire à la religion	38.5	17.2	24.4	24.9
Pratique des personnes légères	0.0	1.7	1.2	1.2
Autres	5.1	6.9	15.9	12.3
<b>Effectif</b>	39	58	164	261
<b>Pour les femmes n'ayant pas avorté</b>				
Pratique à éviter	56.3	45.2	43.2	48.9
quand pas autre chose	0.3	0.2	2.5	1.0
Pratique condamnable	15.7	30.4	6.1	16.0
Avec le PF on ne le fait pas	0.1	0.9	0.2	0.3
Contraire à la religion	22.7	12.8	28.2	22.2
Pratique des personnes légères	0.8	1.8	0.2	0.8
Autres	4.0	8.8	19.7	10.7
<b>Effectif</b>	726	454	641	1821

Les résultats précédemment examinés font ressortir des attitudes plutôt négatives de l'entourage par rapport à l'avortement. L'analyse des pensées de l'entourage sur l'avortement, rapportées aussi bien par les femmes qui ont connu un avortement que par celles qui n'ont pas vécu l'événement, ne laisse pas voir une différence fondamentale dans l'appréciation du phénomène. Cependant, la perception du phénomène en tant que *pratique à éviter*, *condamnable* et *contre la religion* (35.3%, 20.3%, 24.9) chez les femmes qui ont connu un avortement l'emporte sur celles positive ou compréhensive telles que " *quand il n'y a pas autre chose* " ou " *avec la P.F on ne le fait pas* ". Cette observation est valable pour les femmes enquêtées lors des trois types de consultation.

En ce qui concerne les femmes n'ayant pas pratiqué d'avortement la tendance reste la même sauf que la modalité " *pratiques à éviter* " détient la proportion la plus élevée dans les trois sous-populations soumises à l'enquête. Les modalités à connotation favorable ou compréhensive sont en proportions très infimes ( " *quand pas autre chose* ", 1% au total; " *Avec la P.F on ne le fait pas* ", 0,3% au total).

A travers ces résultats comme ceux qui précèdent quant à l'attitude de l'entourage, il ressort un jugement sévère, voire une intolérance de l'avortement. Socialement apprécié, celui-ci apparaît comme un acte qui va à contre-courant des pratiques procréatives admises.

#### 9.4 - LES CONSEILS REÇUS A PROPOS DE L'AVORTEMENT

Les sous chapitres 10.4 et 10.5 sur les conseils tentent de mettre en lumière deux aspects. Le premier répond à la question générale est-ce que les avis reçus ont aidé à gérer une situation de grossesse non-désirée. Le second cherche à savoir si l'expérience vécue ou témoignée a servi à guider la gestion d'une situation de grossesse non-désirée. Cependant, l'attention doit être attirée sur la faiblesse des effectifs dans le cadre des analyses qui suivent.

**Tableau 9.7: Répartition des femmes suivant les conseils reçus à propos de l'avortement pour chacune des trois populations étudiées**

CONSEILS RECUS A PROPOS DE L'AVORTEMENT	CONSULTATION PRENATALE	CONSULTAT DE PF	CONSULTAT. GYNECOLOG	TOTALE
<b>Pour les femmes ayant avorté</b>				
Faire PF éviter avortement	40.0	73.1	28.6	42.1
Laisser évoluer la grossesse	32.0	7.7	32.1	26.2
Avorter grossesse non désirée	20.0	15.4	17.9	17.8
Eviter rapport sexuel précoce	0.0	0.0	8.9	4.7
Prendre avis médical	0.0	0.0	7.1	3.7
Ne pas avoir plusieurs partenaires	0.0	0.0	1.8	0.9
Autres	8.0	3.9	3.6	4.7
<b>Effectif</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>56</b>	<b>107</b>
<b>Pour les femmes n'ayant pas avorté</b>				
Faire PF éviter avortement	37.1	61.4	31.8	41.8
Laisser évoluer la grossesse	44.4	23.8	31.8	34.7
Avorter grossesse non désirée	9.9	5.0	6.4	7.4
Eviter rapport sexuel précoce	4.0	0.0	4.8	3.2
Prendre avis médical	0.7	0.0	2.4	1.1
Ne pas avoir plusieurs partenaires	0.7	1.0	2.4	1.3
Autres	3.3	8.9	20.6	10.6
<b>Effectif</b>	<b>151</b>	<b>101</b>	<b>126</b>	<b>378</b>

Trois catégories de réponses dominent les conseils reçus à la fois pour les femmes ayant avorté comme pour celles n'ayant pas vécu l'événement. Il s'agit des modalités suivantes : “ *faire la P.F pour éviter l'avortement* ”, “ *Laisser évoluer la grossesse* ”, “ *Avorter la grossesse non-désirée* ”. Cependant, selon le type de consultation à travers lequel ces femmes ont été enquêtées, trois cas de figure apparaissent dans la hiérarchisation des conseils reçus par les femmes ayant connu un avortement.

Dans la sous population des femmes en consultation prénatale, le conseil dominant est de faire la P.F pour éviter un avortement (40%). Viennent ensuite le conseil de laisser évoluer la grossesse (32%) et enfin celui d'avorter les grossesses non-désirées (20%).

En ce qui concerne les femmes en consultation de P.F, les conseils relatifs à la pratique de la P.F sont dominants à 73.1%. Ils sont suivis par celui de faire avorter la grossesse non désirée à 15.4% et en dernier ressort celui de laisser évoluer la grossesse à 7.7%. Le profil que dégage les femmes en consultation de P.F est celui de personnes déterminées qui, à défaut de pouvoir éviter une grossesse, penchent pour son interruption.

Une question que soulèvent les conseils reçus par les femmes en consultation gynécologique est celle de savoir pourquoi dans leurs réponses la prédominance revient à la modalité “ *laisser évoluer la grossesse* ” (32.1% contre 28.6% pour “ *faire la P.F pour éviter l'avortement* ” et 17.9% pour “ *avorter en cas de grossesse non-désirée* ”).

Les trois modalités de réponses qui prédominent chez les femmes ayant connu un avortement, sont celles qui occupent les mêmes niveaux chez les femmes n'ayant pas connu l'événement. Cependant, les effectifs sont relativement plus importants pour cette catégorie de femmes. Par ailleurs, les modalités “ *faire la P.F pour éviter un avortement* ” et “ *laisser évoluer la grossesse* ” sont celles qui regroupent l'essentiel des conseils reçus.

Pour les femmes en consultation prénatale, le conseil prédominant est celui de “ *laisser évoluer la grossesse* ” avec une proportion de 44.4% contre 37.1% pour celui de “ *faire la P.F pour éviter l'avortement* ”

En revanche, chez les femmes en consultation de P.F, le conseil de “ *pratiquer la P.F pour éviter l’avortement* ” l’emporte avec 61.4% des réponses, contre 23.8% pour celui de “ *laisser évoluer la grossesse* ”. Le constat est donc qu’il y a une corrélation positive entre le type de conseil reçu et le type de consultation. La faiblesse des effectifs n’a pas permis à ce niveau de faire des analyses de régression qui auraient pu faire ressortir davantage les corrélations.

Un niveau égal de conseils a été reçu pour les deux premières modalités (“ *faire la P.F pour éviter l’avortement (31.8%)*” et “ *laisser évoluer la grossesse (31.8%)*”). Cependant, d’autres types de conseils reçus apparaissent en proportion relativement élevée (20.6%). L’état actuel des données ne permet pas de désagréger le contenu de cette modalité “ *Autres* ”.

### 9.5 - LES CONSEILS DONNES A PROPOS DE L’AVORTEMENT

**Tableau 9.8: Proportion des femmes suivant les conseils donnés à propos de l’avortement pour chacune des trois populations étudiées**

CONSEILS DONNES A PROPOS DE L’AVORTEMENT	CONSULTATION PRENATALE	CONSULTATION DE PF	CONSULTATION GYNECOLOG	TOTAL
<b>Pour les femmes ayant avorté</b>				
Faire PF éviter avortement	57.1	80.6	25.0	49.5
Laisser évoluer la grossesse	19.1	11.1	38.5	25.7
Avorter grossesse non désirée	14.3	2.8	13.5	10.1
Eviter rapport sexuel précoce	0.0	0.0	13.5	6.4
Prendre avis médical	0.0	0.0	3.9	1.8
Ne pas avoir plusieurs partenaires	9.5	0.0	5.8	4.6
Autres	0.0	5.6	0.0	1.8
<b>Effectif</b>	<b>21</b>	<b>36</b>	<b>52</b>	<b>109</b>
<b>Pour les femmes n’ayant pas avorté</b>				
Faire PF éviter avortement	31.0	64.7	18.1	36.5
Laisser évoluer la grossesse	58.0	34.3	51.8	49.2
Avorter grossesse non désirée	0.7	0.0	5.3	2.0
Eviter rapport sexuel précoce	8.4	0.5	5.8	5.3
Prendre avis médical	0.0	0.0	3.1	1.0
Ne pas avoir plusieurs partenaires	0.0	0.0	4.9	1.6
Autres	1.8	0.5	11.1	4.4
<b>Effectif</b>	<b>274</b>	<b>201</b>	<b>226</b>	<b>701</b>

Le résultat le plus tranchant pour les conseils donnés quant à la pratique de l'avortement est celui de la concordance entre le profil des femmes selon qu'elles aient vécu l'événement ou non et les conseils qu'elles prodiguent. Celle-ci se traduit par une proportion totale de 10.1% chez les femmes ayant avorté pour le conseil " *avorter une grossesse non-désirée* " et 2.0% chez les femmes n'ayant pas fait d'avortement. Il est cependant à noter que dans le sous-groupe de femmes ayant déjà avorté, celles enquêtées lors des consultations de PF semblent avoir trouvé une solution à leur problème. Celles-ci en effet non seulement conseillent à 80.6% de " *faire la P.F pour éviter l'avortement* ", mais en même temps, elles ne conseillent l'avortement des grossesses non-désirées que dans une proportion de 2.8%. En ce qui concerne les femmes n'ayant pas avorté enquêtées lors des consultations de P.F, elles ne conseillent même pas la pratique de l'avortement comme solution à une grossesse non-désirée. En revanche, elles conseillent à 64.7% la pratique de la P.F pour éviter une grossesse non-désirée. Quant aux femmes en consultation prénatale et gynécologique de ce même sous-groupe, elles suggèrent de laisser évoluer la grossesse dans leur grande majorité (respectivement à 58% et 51.8%).

## CHAPITRE X – CONCLUSION

Dans les recommandations de la conférence mondiale sur la population tenue en 1984 à Mexico figure un passage qui invite instamment les gouvernements à prendre des mesures appropriées pour aider les femmes à éviter l'avortement, qui en aucun cas ne doit être encouragé comme méthode de planification familiale et, dans toute la mesure du possible, à traiter avec humanité les femmes qui ont eu recours à l'avortement et leur fournir des services de conseils.

Sur 190 pays au sujet desquels la banque de données (Nations Unies) sur les politiques en matière de population a des informations concernant l'avortement, 173 autorisent l'avortement lorsqu'il s'agit de sauver la vie de la mère et 41 pour convenance personnelle. Aucun gouvernement n'a semble-t-il, jamais eu recours à l'avortement obligatoire pour atteindre ses objectifs démographiques.

L'avortement a été une des questions les plus brûlantes de la dernière décennie. Il est autorisé plus facilement si c'est pour sauver la vie de la femme, mais autorisé plus difficilement, particulièrement dans les pays en développement, s'il est demandé pour d'autres raisons. La multiplication des débats alimentés par l'irrationalité et aggravés par l'absence de données et d'analyses pertinentes n'a pas favorisé une meilleure compréhension de la complexité de cette question et, en conséquence, l'adoption d'attitudes saines. En guise d'illustration<sup>1</sup>, en 1993, sur 100 pays en développement, 91 autoriseraient l'avortement pour sauver la vie de la mère, 52 pour préserver la santé physique de la mère, 35 pour préserver sa santé mentale, 26 pays l'autoriseraient en cas de viol ou d'inceste et seulement 6 pour convenance personnelle.

Certains éléments acceptables semblent se dégager et se sont manifestés au cours du long débat qui eut lieu au cours des préparatifs de la Conférence internationale sur la population et le développement durable (CIPD) et de la conférence elle-même (Caire 1994). Il semble que les éléments généralement acceptés soient les suivants :

---

<sup>1</sup> Examen et évaluation du Plan d'Action mondial sur la population, Rapport 1994 (Nations Unies)  
*Les Conséquences sociales de l'avortement provoqué à Bamako*

- a) Le recours à l'avortement est dû soit au manque d'éducation sexuelle et d'accès aux méthodes de planification familiale, soit à un échec des méthodes, soit à d'autres causes ;
- b) Il convient de réduire la fréquence des avortements et, le mieux pour cela est de prévenir ;
- c) Le meilleur moyen d'empêcher les avortements est de développer le sens de la paternité et de la maternité et, d'améliorer l'éducation sexuelle ainsi que l'accès à des méthodes sûres et fiables de planification familiale.

Deux hypothèses explicatives peuvent être émises sur les résultats de l'étude des conséquences sociales de l'avortement à Bamako :

La première est que l'avortement loin d'être la recherche de solution uniquement à une grossesse non-désirée, peut en plus être le moyen de rester conforme aux normes sociales qui régissent la procréation, ou encore la manifestation de soumission à une coercition sociale.

La seconde est que la faible acceptation de l'avortement par les femmes ayant vécu l'évènement ou qui se présentent en consultation de PF ou gynécologique, peut être associée à un désir d'enfant. Le même résultat, examiné sous un angle différent, amène à relativiser l'hypothèse selon laquelle les femmes célibataires acceptent mieux l'avortement que les non-célibataires parce que leur grossesse est socialement non-acceptée.

Selon les résultats, aucun effet significatif de l'âge ou du niveau d'instruction n'est noté sur les sentiments des femmes après un avortement. En outre, on enregistre un coefficient de soulagement/libération moins élevé chez les femmes célibataires après un avortement que chez les non-célibataires.

Quant au niveau de communication, seules les femmes qui communiquent avec leur sœur, ont tendance à adopter un comportement différent de celles qui communiquent avec leur mère.

La lecture que l'on peut avoir du soulagement mitigé des femmes célibataires après un avortement, est celle d'un désir enfoui d'enfant (après avoir conçu) incompatible avec des normes de comportements sociaux jugées correctes quant aux conditions dans lesquelles doit être donnée la vie.

Selon le statut matrimonial, un effet significatif est noté dans la réaction des partenaires des femmes célibataires. Quant au niveau d'instruction, la désapprobation est inversement corrélée au niveau secondaire et plus. Le niveau d'instruction primaire des femmes enquêtées ne conditionne pas leurs partenaires ou maris à un comportement significativement différent de celui des partenaires ou maris des non-instruites

A un niveau élevé d'instruction de la femme correspond une plus grande approbation de l'avortement chez le partenaire ou le mari. Ce résultat suggère qu'il existe une communication sur la question au sein du couple.

Dans le sous-groupe de femmes enquêtées lors des consultations de P.F, près de 85.2% d'entre elles affirment que leur avortement a été soit accepté ou apprécié par les membres de leur famille. Il est à noter qu'aucun avortement n'a conduit à une rupture avec la famille.

En revanche, des problèmes liés à un avortement ont été notés chez les femmes enquêtées lors des consultations gynécologiques. Parmi ces femmes, 26.3% rapportent que leur avortement a été désapprouvé par la famille, tandis que 12.3% ont rompu avec leur famille. D'autres réactions négatives de la famille ont été signalées par 28.1% des femmes.

D'une manière générale, on note que les maris ou les partenaires des femmes ayant été enquêtées lors des consultations gynécologiques semblent mieux accepter la pratique de l'avortement, que leur famille et/ou leur entourage. Cette attitude du mari ou partenaire peut être mise sur le compte d'une meilleure communication au sein du couple à propos de la décision reproductive

Les résultats font ressortir des attitudes plutôt négatives de l'entourage par rapport à l'avortement. L'analyse des pensées de l'entourage sur l'avortement, rapportées aussi bien par les femmes qui ont connu un avortement que par celles qui n'ont pas vécu l'événement, ne laisse pas voir une différence fondamentale dans l'appréciation du phénomène.

A travers ces résultats, il ressort un jugement sévère, voire une intolérance de l'avortement. Socialement apprécié, celui-ci apparaît comme un acte qui va à contre-courant des pratiques de procréation admises.

Concernant les conseils reçus ou donnés au sujet de l'avortement par les femmes ayant avorté ou par celles n'ayant pas vécu l'évènement, les réponses dominantes sont les suivantes : " *faire la PF pour éviter l'avortement* ", " *Laisser évoluer la grossesse* ", " *Avorter la grossesse non désirée* ". Les modalités " *faire la P.F pour éviter un avortement* " et " *laisser évoluer la grossesse* " sont celles qui regroupent l'essentiel des conseils.

Si au plan mondial il est accepté que le meilleur moyen d'empêcher les avortements est de développer le sens de la paternité et de la maternité et, d'améliorer l'éducation sexuelle ainsi que l'accès à des méthodes sûres et fiables de planification familiale, au niveau du Sahel, le Programme d'Action en matière de Population et Développement Durable adopté à Ouagadougou en 1997 par les Ministres en charge des questions de population, préconise parmi les objectifs en matière de santé de la reproduction, planification familiale et soins de santé sexuelle :

- a) Réduire les grossesses non-désirées, la stérilité et l'infécondité involontaire, les avortements clandestins et faits dans de mauvaises conditions et, les grossesses à haut risque, en mettant à la disposition de tous ceux qui en ont besoin et souhaitent y avoir recours, des services de santé de la reproduction, de planification familiale et de soins de santé sexuelle de bonne qualité, d'un coût abordable, facilement accessibles et acceptables.
- b) Promouvoir la communication parents-enfants, adultes-adolescents sur les questions liées à la santé sexuelle et de la reproduction et rendre accessibles les informations et services en matière de la santé sexuelle et reproductive en faveur des adolescents.

Parmi les mesures préconisées dans le même domaine, les Etats du CILSS s'engagent :

- a) à intégrer l'éducation en matière de population et à la vie familiale dans les programmes de formation formelle et informelle ;
- b) à prendre des mesures pour accroître de 15% par an le pourcentage des accouchements en milieu contrôlé et assisté ;

- c) à prendre des mesures pour rendre inutile le recours à l'avortement clandestin fait dans de mauvaises conditions en menant des programmes de planification familiale vigoureux en post-partum et post-abortum ;
- d) à prendre des mesures pour sensibiliser les décideurs, les familles et les jeunes par tous les moyens de communication coutumiers/modernes et traditionnels en continuant à soutenir les efforts d'IEC pour promouvoir la procréation responsable ;
- e) à protéger les enfants contre l'exploitation sexuelle, les abus sexuels, le viol, le harcèlement sexuel et toute autre forme de violence.

## BIBLIOGRAPHIE

AGGARWAL, V.P and MATI, J.K.G Epidemiology of induced abortion in Nairobi, Kenya. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of Eastern and Central Africa*, 1982.

Alan Guttmacher Institute (AGI). *Clandestine abortion: A Latin American reality*. New York, AGI, 1994. 28 p.

Al-Hibri, A.; Maguire, D.; Martin, J.B. *The Religious Consultation on Population, Reproductive Health and Ethics*, Washington, D.C.(US) Religious and ethical perspectives on population issues.- Washington, DC: The Religious Consultation on Population, Reproductive Health and Ethics (US), 1993 .- 24p.

Ba, Odette F. ISFRA, Bamako. *Projet "Fécondité et comportements psycho-sociologiques des adolescents en milieu urbain au Mali, vol.2.- Bamako: ISFRA (ML), 1990 .- 46p., tabl.*

Balchin, C. *Lorsque le silence tue. Inquiétudes féminines: Textes sur la santé de la Reproduction*. Population Reference Bureau. July, 1994.

Barrot, Jacques, Ministère du travail et des affaires sociales. *Vingt cinquième rapport sur la situation démographique de la France.- Paris, 1996 .- 78p.*

Binkin, N. J.; . Burton N. N; Touré A. H., Traoré M. L. and Rochat R. W. *Women Hospitalized for Abortion Complications in Mali. International Family Planning Perspectives. Vol. 10, No. 1, March, 1984.*

Black, Maggie. Population Council, New-York (US). *Planification de la famille: un élément essentiel de la santé de la famille.- New-York: Population Council (US), 1987 .- 44p.*

Coffey, P. *The Psychosocial Determinants of Induced Abortion Among a Rural Population in Southern Togo*. Paper presented at the Annual Meeting of the National Committee for International Health, Washington D.C., June, 1994.

Demographic Data for Development, Columbia (US) Population policy brief : Burkina Faso.- Columbia: Institute for Resource Development Inc. (US), 1987 .- 14p.

Demographic Data for Development, Columbia (US) Population policy brief : Cape Verde.- Columbia: Institute for Resource Development Inc. (US), 1987 .- 9p.

Demographic Data for Development, Columbia (US) Population policy brief : The Gambia.- Columbia: Institute for Resource Development Inc. (US), 1987 .- 14p.

Demographic Data for Development, Columbia (US) Population policy brief : Guinea Bissau.- Columbia: Institute for Resource Development Inc. (US), 1987 .- 9p.

Demographic Data for Development, Columbia (US) Population policy brief : Mauritania.- Columbia: Institute for Resource Development Inc. (US), 1987 .- 11p.

- Demographic Data for Development, Columbia (US) Population policy brief : Senegal.- Columbia: Institute for Resource Development Inc. (US), 1987 .- 16p.
- Demographic Data for Development, Columbia (US) Population policy brief : Chad.- Columbia: Institute for Ressource Development Inc. (US), 1987 .- 12p.
- Donaldson, Peter J.; Tsui, Amy ong, PRB, Washington (US). The international family planning movement.- Washington: Population Reference Bureau (US), 1990 .- 47p. (population bulletin, vol.45, N0.3
- Fédération Internationale des Sociétés de la Croix Rouge et du Croissant-Rouge, Genève (CH). La santé sexuelle : manuel de formation.- Genève: Fédération Internationale des Sociétés de la Croix Rouge et du Croissant-Rouge (CH), 1992 .- 155p.
- Gage, A.J.; Njogu, W. The Population Council, New York (US). Gender inequalities and demographic behaviour: Ghana/Kenya.- New York: The Population Council (US), 1994 .- 84p., tabl., fig.
- Hatcher, Robert A.; Guest, Felicia; Stewart, Felicia. Contraceptive technology 1984-1985.- New York: Irvington Publishers (US), 1984 .- 304p., tabl., fig.
- Huntington, D. B.; Mensch and Toubia N. A. New Approach to Eliciting Information about Induced Abortion. *Studies in Family Planning*. Vol. 24, No. 2, March/April, 1993.
- Ilinigumugabo, Dr. Aloys. Centre d'Etude de la Famille Africaine. Psycho-Social and health consequences of adolescent pregnancies among out of school adolescent girls in four rural communities in Kenya: CEFA, 1995 .- 101p., Tabl. (CAFS Research report; 2).
- IPPF. Les avortements à risque et la planification familiale post-abortum en Afrique. Proceedings of the Conférence sur les avortements à risque et la planification post-abortum en Afrique, Grand Baie, Mauritius, 24-28 March, 1994.
- Kinoti, S. N., L. Gaffikin, J. Benson and L. A. Nicholson. *Monograph on Complications of Unsafe Abortion in Africa*. Reproductive Health Research Program of Commonwealth Regional Health Community Secretariat for East, Central and Southern Africa. 1995.
- Konaté, M.K., Kolars, C., Diallo, F.S.D. The social consequences of induce abortion in Bamako, Mali. A paper presented at the 1996 Annual Meeting of the Population Association of America, May 8-11, New Orleans, Louisiana.
- Konaté, M.K.; Dr Diallo, F.S.D. CERPOD, Bamako (ML) Plan triennal du CERPOD 1995-1997 : Projet d'étude exploratoire sur les considérations sociales de l'avortement dans la commune IV du district de Bamako.- Bamako: CERPOD (ML), 1995 .- p.m.
- Kwast E. B. Abortion : its contribution to maternal mortality. *Midwifery* (1992) 8, p.8-11
- Leridon, Henri; Toulemon, Laurent CEPED, Paris (FR). La régulation des naissances se généralise.- Paris: CEPED (FR), 1996 .- 19p., tabl.(Les Dossiers du CEPED; 41)

McIntosh, C.A.; Finkle, J.L. The Cairo conference on Population and Development : A new paradigm? In: *Population and Development Review* 21, N0 2; 1995, p.223-261

Measham, Anthony R.; Rochat, Roger W. Population Council, New-York (US). Slowing the stork: better health for women through family planning: Technical background paper prepared for the international conference on better health for women and children through family planning, Nairobi, Kenya october 1987.- New-York: Population Council (US), 1987 .- 27p., tabl.

Mundigo, A. L. Health and Social Aspects of Induced Abortion: An Overview of Research Needs. In: International Population Conference, Montreal 1993, 24 August - 1st September. Volume 2, [compiled by] International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP). Liege, Belgium, IUSSP, 1993.

Odlind, V. Induced Abortion - A Short Overview of a Worldwide Maternal Health Problem. *News on Health Care in Developing Countries*. Vol. 7, January, 1993.

Office National de la Famille et de la Population, Tunis (TN) La planification familiale en Tunisie : fondements, résultats, perspectives.- Tunis: Office National de la Famille et de la Population (TN), 1995 .- 20p., fig., cartes

OMS. Maternité sans risque: Prise en charge clinique des complications de l'avortement. Guide pratique.- Genève: Division de la santé reproductive (CH), 1997 .- 81p.

OMS. Le dossier mère enfant: Guide pour une maternité sans risque.- Genève: OMS (CH), 1996 89p., tabl., graph.(Maternité sans risque)

Population Action International, Washington (US). Accès élargi à l'avortement sans danger : Questions fondamentales de politique de générale, pochette d'information de politique de démographique No 8.- Washington: PAI (US), 1993.

Population Council, New York(US). Women's experiences of unwanted pregnancy and induced abortion in Nigeria.- New York: Population Council (US), 1996 .- 31p., tabl., graph.(Critical issues in Rep. Health).

Population Council, Nairobi (KE) Unsafe abortion in Kenya: findings from eight studies edited by Khama Rogo with ann Leonard and Esther Muia.- Nairobi: Population Council (KE), 1996 .- 42p., tabl., graph.

Population Council, New-York (US). Conférence internationale sur la contribution de la planification familiale à l'amélioration de la santé des femmes et des enfants: Documents essentiels.- New-York: Population Council (US), 1987 .- 47p.

Population Reference Bureau, Washington (US). Inquiétudes féminines: Textes sur la Santé de la reproduction.- Washington: PRB (US), 1994 .- 32p.,ill.

Reproductive health Matters, Londres (GB). Pregnancy, birth control, STDS and AIDS: promoting Safer sex.- Londres: Reproductive Health matters (GB), 1995 .- 153p., tabl; photos (Reproductive Health Matt.,5).

Republic of Mali, Ministry of Health, Social Solidarity and the Aged, and the Population Council. May, 1993. *Preliminary Results of Questions Relating to Abortion in the Mali CBD Project KAP Survey: Interim Report.*

Richard, J.; Farah, Abdul-Aziz; Preston, Samuel H. The Department of Demography, The Australian National University, Canberra (AU). Demographic transition in metropolitan Sudan.- Camberre: The Australian National University (UA), 1982.- 197p., tabl.(Changind african family project ; 9).

Rogo, K. O. Induced Abortion in Sub-Saharan Africa. *East African Medical Journal*. Vol. 70, No. 6. June 1993.

Royal Norwegian Ministry of Foreign Affairs, Oslo (NO) National Report on Population : International Conference on Population and Development 1994.- Oslo: Royal Norwegian Ministry of Foreign Affairs (NO), 1994.- 40 P., fig.

Samara, Renee; Buckner, Bates; Tsui, Amy Understanding how family planning programs work: findings from five years of evaluation research.- Chapel Hill: Evaluation Project (US), 1996.- 72p., tabl., graph.

Scribner, S. Banque Mondiale, Washington, DC (US). Policies affecting fertility and contraceptive use : an assessment of twelve sub-saharan countries.- Washington, D.C.: Banque Mondiale (US), 1995.- 82p., tabl.(World Bank Discussions papers; 259)

Shapiro, D. and Tambashe B. O. The Impact of Women's Employment and Education on Contraceptive Use and Abortion in Kinshasa, Zaire. *Studies in Family Planning*. Vol. 25, No. 2, March/April 1994.

Tinker, A. and al. Making motherhood safe. Washington, D.C., World Bank, 1993. (World Bank Discussion Papers no 202) 158p.

Traoré, B.; Konaté, M.K. and C. Stanton,. C. Enquête Démographique et de Santé du Mali. Centre d'Etudes et de Recherche sur la Population pour le Développement and the IRD/Westinghouse. Columbie, Maryland, 1989.

UIESP, Liège (BE). Congrès International de la population : Florence, 5-12 juin 1985, vol.2.- Liège: UIESP (BE), 1985.- 456p., tabl., fig.

Union Nationale des Femmes du Mali, Bamako. Rapport final du séminaire national à caractère sous-régional sur l'excision, l'avortement, les filles-mères, et l'infanticide tenu à Bamako du 21 au 25 janvier 1985.- Bamako: UNFM (ML), 1985.- 132p.

United Nations, New York(US). Population and women.- New York: United Nations (US), 1996.- 435p., tabl., graph.

United Nations, New York (US). Reproductive Rights and Reproductive Health : A concise report.- New York: United Nations (US), 1996.- 46p., tabl., fig.

United Nations. Abortion policies. A global review. Vol.III, Oman to Zimbabwe.- New York: Department for Economic and social information and policy analysis. Population division (US), 1995 .- 235p.

United Nations. World Abortion policies 1994.- New York: Department for Economic and social information and policy analysis. Population division (US), 1994

United Nations. Politiques Nationales en matière d'avortement, 1994. Tableau de données.- New York: Department for Economic and social information and policy analysis. Population division (US), 1994

United Nations, Department of International Economic and Social Affairs, New York(US). Population and Human Rights : proceedings of the Expert Group meeting on population and Human Rights, Geneva, 3-6 april 1989.- New York: United Nations (US), 1990 .- 230p., tabl., fig.

United Nations, New York (US). Adolescent Reproductive Behaviour : Vol.1, Evidence from Developed Countries.- New York: United Nations (US), 1988 .- 178p., tabl., fig.(Population Studies)

World Bank. Prévenir la mort tragique de la mère: Rapport sur la Conférence internationale sur la maternité sans risques. Nairobi, Kenya. 1987.

World Health Organization.. "The Global Burden of Disease." Included in *Le Rapport sur le développement dans le monde 1993* (unpublished). Geneva.

## **ANNEXES**

**Tableau A1 : Résultats du Modèle univarié de l'analyse de régression logistique (rapports de chance) déterminant les tendances à la contraction d'une grossesse non désirée.**

Variable Catégories		CONSULTATION PRENATALE	CONSULTATION DE PF	CONSULTATION GYNECOLOGIQUE	ENSEMBLE
<b>Âge</b> (15-19 ans)	20-24	0.70	1.65*	1.12	1.10
	25-29	0.40***	1.19	0.74	0.67***
	30-49	0.37***	1.47	0.44***	0.61***
<b>Statut matrimonial</b> (non célibataire)	célibataire	8.06***	2.43***	2.83***	3.82***
<b>Niveau d'éducation</b> (aucun)	primaire	1.63**	1.09	1.99***	1.58***
	secondaire et plus	1.20	1.85**	2.35***	2.31***
<b>communication</b> (1ere règle) (mère)	personne	0.40***	0.33***	1.48*	0.71**
	soeur	1.63*	0.67	2.57***	1.61***
	amie/copine	1.09	1.57	2.11***	1.58***
	cours sces nat/ed.vie fam	1.87	1.26	1.82**	1.74***
	autres	0.99	0.47*	1.48	0.98
<b>Utilisation de PF à un moment quelconque</b> (non)	oui	1.34		0.95	1.17
<b>Effectif total</b>		750	509	779	2038

Seuil de signification: \*=10%, \*\*=5% et \*\*\*=1%

Note: la modalité entre parenthèses est la catégorie de référence

**Tableau A2 : Proportion des femmes ayant contracté une grossesse non-désirées selon certaines caractéristiques socio-économiques pour chacune des trois populations étudiées**

VARIABLES SOCIO-ECONOMIQUES	CONSULTATION PRENATALE	CONSULTATION DE PF	CONSULTATION GYNECOLOGIQUE	TOTAL
Âge				
15-19	25.3	20.5	31.9	25.9
20-24	19.2	29.9	34.5	27.9
25-29	12.0	23.5	25.7	20.4
30-49	11.3	27.5	17.1	18.6
50-54	-	-	-	-
NSP	-	-	-	45.9
Statut matrimonial				
Célibataires/Fiancées	48.3	37.2	37.7	41.1
Mariées	9.7	18.0	17.8	15.2
Sep./Div./Veuves	-	-	16.7	45.7
Niveau d'éducation				
Aucun/non formel	14.9	23.7	18.1	18.9
Primaire	22.1	24.4	31.0	25.8
Secondaire et plus	17.0	36.3	35.7	29.7
Activité exercée				
Commerçantes	24.2	31.9	38.5	31.5
Employées	-	-	41.0	38.7
Fonctionnaires	-	-	30.4	19.7
Ménagères	9.6	15.5	13.4	12.8
Scolaires	33.3	34.8	33.9	34.0
Aide ménagère	-	-	-	17.9
Autres	44.0	37.0	40.4	40.5
Age au premier mariage				
*10-14	11.6	8.0	15.6	11.7
*15-19	7.4	14.9	14.2	12.2
*20-24	19.3	35.1	23.3	25.9
*25-35	14.8	14.3	27.6	18.9
*NSP	10.7	-	-	19.0
Nombre de grossesses				
0	-	0.0	1.4	0.5
1	24.4	35.5	51.4	37.1
2	20.5	35.6	42.1	32.7
3	21.3	22.2	32.4	25.3
4	9.3	22.6	26.2	19.4
5	11.7	25.6	17.5	18.3
6+	6.9	25.9	15.1	16.0
Total	17.5	26.0	27.6	23.5
Effectif des grossesses non-désirées	134	133	222	489
Effectif total de la population	765	512	805	2082

**Tableau A.3 : Proportion des femmes dont la grossesse non désirée a abouti à un avortement provoqué selon des caractéristiques socio-économiques pour chacune des trois populations étudiées**

VARIABLES SOCIO-ECONOMIQUES	CONSULTATION PRENATALE	CONSULTATION DE PF	CONSULTATION GYNECOLOGIQUE	TOTAL
Age				
15-19	21.1	52.2	70.0	47.7
20-24	20.0	36.8	65.5	40.8
25-29	45.5	38.7	66.7	50.3
30-49	-	31.6	62.5	38.8
50-54	-	-	-	-
NSP	-	-	-	-
Statut matrimonial				
Célibataires/Fiancées	19.2	47.1	65.3	43.9
Mariées	32.2	28.6	66.7	42.5
Sep./Div./Veuves	-	-	-	-
Niveau d'éducation				
Aucun/Non formel	23.5	24.4	63.8	37.3
Primaire	22.4	39.0	53.4	38.3
Secondaire et plus	-	62.1	74.5	62.2
Activité exercée				
Commerçantes	35.1	30.8	76.2	47.4
Employées	-	-	52.0	55.1
Fonctionnaires	-	-	-	-
Ménagères	22.2	23.3	48.7	31.4
Scolaires	-	69.6	73.3	53.2
Aide ménagère	-	-	-	-
Autres	9.1	40.0	-	37.4
Âge au premier mariage				
10-14	-	-	-	-
15-19	16.7	31.0	0.0	15.9
20-24	-	33.3	4.2	25.0
25-35	-	-	-	-
NSP	-	-	-	-
Nombre de grossesses				
0	-	-	-	-
1	6.3	54.5	67.0	42.6
2	39.4	32.3	62.5	44.7
3	33.3	-	87.0	61.5
4	-	-	-	41.8
5	-	-	-	35.2
6+	-	1.6	-	28.3
Total	24.6	31.1	66.2	47.4
Effectif des avortements provoqués suite à une grossesses non-désirées	33	52	147	232
Effectif total des grossesses non-désirées	134	133	222	489

Tableau A.4 : Résultats du Modèle univarié de l'analyse de régression logistique (rapports de chance déterminant les tendances à la pratique de l'avortement provoqué.

Variable Catégories	CONSULTATION PRENATALE	CONSULTATION DE PF	CONSULTATION GYNECOLOGIQUE
<b>Age</b>			
(15-19 ans) 20-24	0.92	1.10	1.13
25-29	1.14	0.98	0.75
30-49	0.81	0.73	0.45***
<b>Statut matrimonial</b> (non célibataire)			
célibataire	4.25***	3.98***	2.54***
<b>Niveau d'éducation</b> (aucun)			
primaire	1.34	1.69	1.66**
secondaire et plus	4.24***	4.64***	2.58***
<b>communication (1ere règle)</b> (mère)			
personne	0.93	0.73	1.39
soeur	1.87	1.41	1.84**
amie/copine	0.68	2.58**	1.70*
cours sces nat/ed.vie fam	2.19	3.41**	1.67*
autres	1.20	0.22	1.10
<b>Utilisation de PF a un moment quelconque</b> (non)			
oui	0.49*		0.92
<b>Effectif total</b>	750	509	779

Seuil de signification: \*=10%, \*\*=5% et \*\*\*=1%

Note: la modalité entre parenthèses est la catégorie de référence

**Tableau A.5: Proportion des femmes ayant fait au moins un avortement provoqué selon des caractéristiques socio-économiques pour chacune des trois populations étudiées**

VARIABLES SOCIO-ECONOMIQUES	CONSULTATION PRENATALE	CONSULTATION DE PF	CONSULTATION GYNECOLOGIQUE	TOTAL
Age				
15-19	5.3	11.6	23.9	13.6
20-24	4.9	12.6	26.2	14.6
25-29	6.0	11.4	19.1	12.2
30-49	4.4	8.7	12.3	8.5
50-54	-	-	-	-
NSP	-	-	-	24.0
Statut matrimonial				
Célibataires/Fiancées	12.6	20.7	27.9	20.4
Mariées	3.3	5.1	12.9	7.1
Sep./Div./Veuves	-	-	13.9	12.3
Niveau d'éducation				
Aucun/Non formel	4.0	6.8	12.8	7.9
Primaire	5.3	10.3	20.3	12.0
Secondaire et plus	14.9	25.0	28.6	22.8
Activité exercée				
Commerçantes	8.5	11.7	33.9	18.0
Employées	-	-	27.9	26.9
Fonctionnaires	-	15.8	21.7	12.5
Ménagères	2.5	3.6	7.2	4.5
Scolaires	13.9	28.8	26.4	23.0
Aide ménagère	-	-	-	17.9
Autres	4.0	14.8	27.7	15.5
Age au premier mariage				
10-14	5.8	0.0	6.3	4.0
15-19	1.5	4.6	9.7	5.3
20-24	7.2	11.7	21.4	13.4
25-35	7.4	4.8	17.2	9.8
NSP	7.1	-	-	6.3
Nombre de grossesses				
0	-	1.6	0.9	0.8
1	2.0	21.8	37.3	20.4
2	9.9	13.8	30.8	18.2
3	8.5	14.3	33.8	18.9
4	3.5	7.5	14.3	8.4
5	3.3	5.1	15.0	7.8
6+	1.7	3.5	7.0	4.1
Total	5.1	11.3	20.4	12.5
Effectif des avortements provoqués	39	58	164	261
<b>Effectif total</b>	<b>765</b>	<b>512</b>	<b>805</b>	<b>2082</b>

**Tableau A.6 : Résultats du Modèle univarié de l'analyse de régression logistique (rapports de chance) déterminant les tendances à l'utilisation actuelle de méthode contraceptive moderne.**

Variable Catégories	CONSULTATION GYNECOLOGIQUE
<b>Âge</b> (15-19 ans)	
20-24	1.00
25-29	0.67
30-49	0.43***
<b>Statut matrimonial</b> (non célibataire)	
célibataire	2.43***
<b>Niveau d'éducation</b> (aucun)	
primaire	3.38***
secondaire et plus	5.24***
<b>communication</b> (1ere règle) (mère)	
personne	0.42***
soeur	0.93
amie/copine	1.50
cours sces nat/ed.vie fam	1.09
autres	1.04
<b>Avoir déjà fait un avortement provoqué</b> (non)	
oui	1.53**
<b>Effectif total</b>	779

Seuil de signification: \*=10%, \*\*=5% et \*\*\*=1%

Note: la modalité entre parenthèses est la catégorie de référence

**Tableau A7: Résultats du modèle univarié de l'analyse de régression logistique déterminant les tendances à l'acceptation de l'avortement provoqué chez les femmes.**

Femme n'ayant pas connu d'avortement/Femme ayant connu un avortement		FEMME N'AYANT PAS CONNU D'AVORTEMENT				FEMME AYANT CONNU UN AVORTEMENT
		CONSULTAT. PRENATALE	CONSULTAT. DE PF	CONSULTATION GYNECOLOGIQ.	ENSEMBLE	ENSEMBLE
<b>Age</b> (15-19 ans)						
	20-24	0.97	0.81	1.00	1.02	0.86
	25-29	0.94	0.63	0.68	0.79	1.01
	30-49	0.71	0.30***	0.26***	0.41***	1.05
<b>Statut matrimonial</b> (non célibataire)						
	célibataire	2.25***	1.42	3.79***	2.55***	0.88
<b>Niveau d'éducation</b> (aucun)						
	primaire	3.63***	2.39***	3.30***	3.41***	2.26**
	secondaire et plus	1.65	0.93	12.50***	5.14***	1.30
<b>communication</b> (1ere regle) (mère)						
	personne	6.88***	20.44***	0.98	5.43***	1.44
	soeur	1.97	2.50	3.37***	2.43***	0.87
	amie/copine	3.76***	4.62***	2.84***	3.23***	0.91
	cours sces nat/ed.vie fam	5.25***	10.92***	7.67***	9.49***	3.17**
	autres	0.76	0.95	0.90	0.77	0.50
<b>Effectif total</b>		679	437	602	1781	251

Seuil de signification: \*=10%, \*\*=5% et \*\*\*=1%

Note: la modalité entre parenthèses est la catégorie de référence

# LES PUBLICATIONS DU CERPOD

. **Les résultats de la recherche  
démographique au Sahel et en Afrique**

. **Les Actes de rencontres importantes  
(colloques, séminaires,...) sur la population**

Plusieurs séries :



Etudes et Travaux



Working Papers



Rapports de Recherche



Rapports de Synthèse



CERPOD  
B.P. 1530  
BAMAKO  
MALI

Tél : (223) 22 30 43 / 22 80 86 / 22 46 07

Fax : (223) 22 78 31

E-mail : btraore@cerpod.insah.ml



Actes

# **PUBLICATIONS DU CERPOD**

## **Dernières parutions**

### **SERIE WORKING PAPER**

no 21 - Migrations masculines de travail et famille en Afrique Sub-Saharienne:  
Le cas des familles rurales restées dans la région de départ.

**Florence WAITZENEGGER**

no 22 - Population et Développement en Mauritanie : De la nécessité d'une  
politique de population **Sadio TRAORE et Amadou BA**

no 23 - Using GIS for population and Health related activities in Africa  
**Christine Kolars, MPH**

no 24 - Propriétaires ou hébergés ? A propos des difficultés à saisir.  
Le statut résidentiel à Bamako

**(Chantal RONDEAU,  
Mamadou Kani KONATE,  
Richard MARCOUX**

### **SERIE ETUDES ET TRAVAUX**

no 13 - Population et Planification du Développement au Sénégal 1961-1993  
**Hamdou-Rabby WANE**

no 14 - Migrations et Urbanisation dans le Sahel (MUSAH)  
**Sadio TRAORE**

no 15 - Réseau Migrations et Urbanisation en Afrique de l'Ouest  
(REMUAO)  
**Sadio TRAORE et Philippe BOCQUIER**

### **POP SAHEL**

no 26 - Le processus d'Urbanisation au Sahel

no 27 - Dynamique contraceptive : Quelles réponses à l'avortement provoqué?

### **RAPPORTS DE RECHERCHE**

Vol 1 no 8 MUSAH : Migrations, Urbanisation et Développement au Tchad

Vol 1 no 9 REMUAO : Synthèse sur la collecte des données

### **RAPPORT D'ACTIVITES 1998**

*Pour toute information s'adresser à :*

**M. le Directeur du CERPOD**

**B.P. 1530**

**BAMAKO**

**MALI**

**Tél : (223) 22 30 43 / 22 80 86 / 22 46 07**

**Fax : (223) 22 78 31**

**E-mail : btraore@cerpod.insah.ml**