

1374

CONSEQUENCES SOCIALES DE L'AVORTEMENT PROVOQUE



Regards croisés sur une pratique persistante

Restitution des résultats d'une étude réalisée dans le District de Bamako (Mali)



SOMMAIRE

NOTE MÉTHODOLOGIQUE	3
RÉSUMÉ	4
I. RADIOSCOPIE DE L'AVORTEMENT PROVOQUÉ	5
1.1. Pratique croissante aux conséquences inquiétantes	5
1.2. Le Mali dans l'oeil du cyclone	6
II. LA LÉGISLATION EN QUESTION	8
2.1. Des lois coloniales à l'orée du XXI ^{ème} siècles	8
2.2. L'implication controversée des établissements hospitaliers	9
III. ENTRE LES INTERDITS CULTURELS ET LA RÉALITÉ	11
3.1. Quand le désir d'enfant dispense de l'avortement	11
3.2. La face cachée de la grossesse non désirée	11
3.2.1. Six grossesses non désirées sur 10 finissent par un avortement	12
3.2.2. Célibataires ou abonnées avortement ?	12
3.3. Un revers nommé s-t-é-r-i-l-i-t-é	14
3.4. A la croisée des chemins	14
IV. CONTROVERSE SUR LE RÔLE DE L'ÉDUCATION	17
4.1. Cohabitation de circonstance : études élevées, avortement provoqué... ..	17
4.1.2. Trois raisons pour avorter : la liberté, le travail et les études ..	18
4.2. Heureuses celles qui communiquent avec leur maman... ..	18
V. MARGE LIMITÉE DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES	20
5.1. Moyen efficace dans la diminution de l'avortement... ..	20
5.2. ... Mais encore timide dans la pratique.	21
MOTS DE LA FIN	23
PISTES DE RÉFLEXION	24

METHODOLOGIE

La collecte des données de cette étude s'est déroulée du 26 février au 22 mai 1996, soit une durée approximative de trois mois. L'étude a débuté, dans un premier temps, par un pré-test de 999 patientes. Celles-ci ont été choisies au hasard dans des cliniques de planification familiale et de soins prénatals (Maternité de Hamdallaye, PMI-Maternité de Lafiabougou, PMI-Maternité de Djikoron, ASACO de Sébénikoro), et dans une unité de soins gynécologiques basés à l'Hôpital Gabriel Touré de Bamako.

Ensuite, le pré-test a été suivi de l'enquête elle-même portée sur 2038 patientes des trois cliniques sur les quatre présélectionnées et celles de la maternité de l'Hôpital Gabriel Touré. En effet, une clinique a été soustraite de l'enquête à grande échelle à cause de sa faible fréquentation.

L'enquête, en tant que telle, a été effectuée auprès d'un échantillon aléatoire de femmes sexuellement actives,

dès leur sortie d'une consultation médicale. Le caractère aléatoire de la sélection durant le pré-test et pendant l'enquête s'explique par le fait que l'interview de ces femmes n'a pas été réalisée dans l'ordre où elles accédaient à la consultation, mais par la sélection de celle, disponible immédiatement à la fin de l'interview de la précédente. - qu'elle suive ou non cette dernière dans l'ordre de consultation.

Pour la conduite de l'interview, une équipe comprenant trois médecins et une sage-femme a été recrutée, dont chacun était basé à plein temps dans un site de formation sanitaire pour la durée de l'étude.

Par ailleurs, il a été soigneusement tenu compte, dans la conception de cette étude, des avantages et des contraintes liés à l'interview des femmes dans un environnement médical. On a ainsi supposé que le caractère anonyme qu'offre un tel cadre encourage plus les femmes à s'exprimer librement et objective-

ment, contrairement aux enquêtes menées à domicile.

Concernant les méthodes d'analyse, les données de l'enquête sont analysées en distinguant chacune des trois populations suivantes : les femmes en consultation prénatale ; les femmes en consultation de planification familiale et les femmes en consultation gynécologique. Cette approche se justifie par le fait que ces trois populations sont différentes les unes des autres. Elles ont chacune leurs spécificités.

Dans tous les cas, une précision s'impose : les résultats de cette étude ne peuvent être généralisés à la population urbaine des femmes ayant été sexuellement actives à Bamako à la période de l'enquête. En fait ce n'est pas tant la représentativité de l'échantillonnage de cette étude qui préoccupe les auteurs que les témoignages basés sur les expériences vécues des personnes par rapport au phénomène de l'avortement provoqué.

RESUME

Faut-il risquer sa vie en optant pour l'avortement provoqué ou s'abstenir en s'exposant à la réprimande de la société ? Tel est le dilemme devant lequel nombre de femmes, en grossesse non désirée ou socialement non acceptée, ne résistent pas toujours en basculant dans la solution extrême.

Se conformer aux normes sociales ou échapper aux sanctions sociales ? L'équation pousse encore des milliers de femmes, parfois avec l'accord tacite sinon l'encouragement de leur entourage à cet « ultime recours » qui s'appelle l'avortement provoqué. En effet, parmi les femmes qui avaient contracté une grossesse non désirée, plus de 7 sur 10 en consultation gynécologique et 4 sur 10 en consultation de planification familiale avaient finalement opté pour l'avortement provoqué comme solution à leurs problèmes.

Mais au-delà se cache un fait révélateur : le sentiment de « soula-

gement » et de « libération » reste partagé par 74 % des femmes ayant connu au moins un avortement dans leur vie. Un nombre restreint d'entre elles, 30%, estiment que « l'avortement est une pratique à éviter ». Et seulement 24,5%, éprouvent des remords voire des regrets après l'avoir tenté.

Or, les dégâts causés par la pratique de l'avortement provoqué sont inestimables à tout point de vue. A titre d'exemple, une femme qui a connu l'avortement provoqué court 4 fois le risque de perdre son futur enfant que celle qui ne l'a pas pratiqué. Ce qui pose la réalité du problème de l'infécondité dont les femmes souffrent de plus en plus au Mali.

S'y ajoute que la charge des complications consécutives à l'avortement (hémorragie, fièvre, troubles d'hypertension, perforations utérines, tétanos...) repose entièrement sur les établissements hospitaliers, déjà dé-

bordés par une demande croissante. Le temps de rétablissement passé dans des hôpitaux, généralement dépourvus d'équipements adéquats, pose un autre problème de taille : celui du poids économique de l'avortement sur les patients eux-mêmes et sur les budgets dérisoires des hôpitaux de Bamako.

Pendant ce temps, l'environnement légal et social n'offre pas une grande visibilité par rapport à la prise en charge de cette pratique. Les textes réglementaires demeurent encore inadaptés et restrictifs. Alors que les établissements hospitaliers publics et le personnel paramédical sont impliqués, d'une certaine manière, dans la prise en charge de l'avortement provoqué. Quant à la société, elle affiche une attitude mitigée, difficile à cerner.

Toutes choses qui témoignent de la persistance de la pratique de l'avortement provoqué à Bamako.

I- RADIOSCOPIE DE L'AVORTEMENT PROVOQUE

Défini comme une interruption de grossesse avant la vingtaine de semaine, l'avortement n'a rien, a priori, de suspect. Mais c'est la manière dont il est survenu qui suscite des controverses et induit des conséquences déplorables.

Il peut survenir indépendamment de la volonté de la femme qui porte la grossesse. On parle alors d'avortement spontané, généralement appelé fausse couche. Ce type d'avortement est au dessus de tout soupçon, car il est accidentel.

De même, un avortement peut être provoqué, c'est-à-dire qu'il peut survenir sur recommandation médicale lorsque la grossesse est considérée à risque pour la santé de la femme porteuse. C'est donc l'Interruption volontaire de grossesse (I.V.G.) Là également la pratique ne souffre d'aucune suspicion parce que l'interruption de grossesse, dans

ce cas de figure, est effectuée sous contrôle médical.

Cependant, lorsque cette interruption résulte d'une décision de la femme porteuse ou d'une tierce personne autre qu'un personnel médical, elle porte le germe d'un litige aussi bien juridique que social. Elle est également considérée comme une I.V.G. et elle a la particularité d'être clandestine.

C'est cette pratique, controversée et risquée, qui prend des proportions inquiétantes en Afrique où ses conséquences sont préoccupantes. Le cas du district de Bamako en est une illustration éloquente.

1.1. Pratique croissante aux conséquences inquiétantes

Le constat fait par différentes études est unanime : la pratique de l'avortement provoqué connaît une croissance rapide durant les deux

dernières décennies en Afrique. Déjà reconnue comme la méthode la plus ancienne et la plus utilisée pour le contrôle de la fécondité dans nos sociétés, cette pratique courante constitue un véritable problème social et sanitaire. A titre d'exemple, pendant les dix dernières années (entre 1983 et 1993) le nombre d'avortements provoqués, enregistrés au Kenyatta National Hospital, a augmenté entre 600 et 800 % ⁽¹⁾.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes. On estime à environ 500.000 le nombre de décès annuels des femmes liés à la grossesse, dont 99% proviennent des pays en développement ⁽²⁾. Mais c'est le continent noir qui paie le plus lourd tribut. Environ 500 femmes sur 10.000 en Afrique meurent de complications associées à la grossesse, à l'accouchement ou à l'avortement provoqué contre une femme sur 10.000 en Europe. La part des dé-

⁽¹⁾ Rogo 93, ⁽²⁾ Odlin 93

cès maternels imputables à l'avortement peut atteindre 50% dans certains pays africains ⁽³⁾.

Pour comprendre ce taux élevé de mortalité maternelle lié aux avortements provoqués, il faut se reporter aux nombreuses complications obstétricales dont les femmes sont victimes. Des hémorragies, aux troubles d'hypertension, en passant par les perforations utérines et le tétanos..., les conséquences de la pratique de l'avortement provoqué sont désastreuses en Afrique.

Cependant, pour inquiétants qu'ils soient, ces chiffres sont encore loin de refléter la réalité des faits. Les cas d'avortements clandestins recensés ne représentent que la partie visible de l'iceberg. Ils sont simplement identifiés, en grande partie, sur la base de données des hôpitaux, réputées peu représentatives. Mais la partie invisible peut

receler nombre de cas d'avortements provoqués qui se pratiquent en marge des centres hospitaliers et sanitaires.

Aussi le caractère sensible et strictement illégal de l'avortement provoqué constitue une sérieuse entrave à la réalisation des enquêtes sur le sujet. Cette situation ne facilite pas une évaluation efficace et objective de l'ampleur de la pratique.

Par conséquent, il est très difficile d'obtenir des estimations précises sur la prévalence de l'avortement provoqué, notamment au Mali où la législation en vigueur, ainsi que les pressions sociales incitent à la dissimulation.

1.2. Le Mali dans l'oeil du cyclone

Une simple comparaison renseigne sur la gravité du phénomène

au Mali. La femme qui pratique l'avortement provoqué court un risque de décès plus élevé que celle qui a été victime d'avortement spontané. Le décès des femmes admises dans les hôpitaux maliens, pour complications liées à l'avortement provoqué, est de 5 fois plus élevé que celui des femmes hospitalisées pour un avortement spontané ⁽⁴⁾.

Dans les zones rurales couvertes par le Projet de Distribution à base communautaire (DBC), 2 femmes sur 3 souffrent de problèmes de santé après l'avortement. Elles sont en outre 8 sur 10 à suivre des traitements médicaux par suite de complications de l'avortement ⁽⁵⁾.

Et pour cause : les conditions dans lesquelles se pratiquent les avortements provoqués sont très dangereuses. Plus de 33% des cas se font en dehors de tout univers sa-

⁽³⁾ Rogo 93, ⁽⁴⁾ Binkin et AL 1984, ⁽⁵⁾ Rép. du Mali 1993

nitaire et loin de l'assistance médicale. Pas moins de 26% sont provoqués par la femme elle-même. Cette situation se traduit clairement dans la méthode généralement utilisée pour avorter. L'introduction d'objets solides dans l'utérus représente 31% des cas, suivie de la dilatation et du curetage avec 24%.⁽⁶⁾

Les résultats de notre étude indiquent que c'est le curetage qui demeure la pratique la plus courante à Bamako. Les trois types de populations enquêtées en ont fait usage. Ainsi, parmi les femmes ayant fait l'avortement provoqué, elles sont 61 % en consultation prénatale ; 81% en consultation de la planification familiale et 61 % en consultation gynécologique à avoir recouru au curetage.

Toutefois elles sont, dans une proportion non négligeable (entre 10 et 18 %), à avoir avorté par l'in-

troduction d'objets solides dans l'utérus et par les produits pharmaceutiques. La médecine traditionnelle, quant à elle, accueille moins de candidates à l'avortement. Entre 10% des femmes en consultation gynécologique et 21% en consultation prénatale sollicitent le service des guérisseurs.

Mais ce qui inquiète le plus c'est surtout le rôle-clef que continue de jouer l'avortement provoqué en tant que moyen d'interruption de grossesse non désirée ou socialement non accepté auprès des femmes à Bamako.

La propension à cette pratique reste très forte chez celles qui ont vécu le phénomène. Pratiquement plus de la moitié de ces femmes (54,8%) enquêtées à Bamako estiment que le recours à l'avortement est une «ultime solution». Et 7 sur 10 poussent un ouf de «soulage-

ment» et de «libération» après l'avoir pratiqué!

Cette tendance est loin d'être inversée si on la compare au pourcentage de femmes ont vécu le phénomène et qui ont exprimé des sentiments de regret. Car, près d'un quart seulement des femmes éprouvent le «remords» et 30 % perçoivent l'avortement comme une pratique à éviter.

Même si 59% des femmes n'ayant pas vécu le phénomène pensent que l'avortement est une «pratique à éviter», il n'en demeure pas moins vrai qu'elles ne sont que 7% à le «condamner» et 10% à le trouver «contraire à la religion».

Le phénomène de l'avortement est de plus en plus visible dans les hôpitaux alors que l'environnement juridique n'offre pas une grande visibilité par rapport à sa prise en charge efficace.

⁽⁶⁾ Binkin et Al. 1984

II- LA LEGISLATION EN QUESTION

Dans la plupart des pays africains, la pratique de l'avortement provoqué est interdite et soumise à une réglementation très restrictive. Héritées pour la plupart de la législation coloniale, ces lois souffrent d'une tare fondamentale, à savoir leur inadaptation au contexte actuel. Du coup, de vives polémiques s'installent autour de leur pertinence à régir efficacement la pratique de l'avortement provoqué.

2.1. Des lois coloniales à l'orée du XXI^{ème} siècle

Deux principales lois sont reconnues comme étant à la base de toutes les réglementations sur l'avortement provoqué dans les pays africains. Il s'agit notamment de la loi britannique de 1862 et de la française de 1920 jugées très res-

trictives sur la régulation des naissances. En substance, les deux lois interdisent, sous peine d'amende ou de prison, l'avortement, la vente et la publicité de tout produit contraceptif dans les colonies.

Seulement voilà. De 1862 à 1999, en passant par 1920 beaucoup d'eau a coulé sous les ponts. Beaucoup de mutations se sont opérées. Les hommes et les cultures ont également changé. Et c'est à ce niveau que l'actualité de ces lois d'origine coloniale pose un véritable problème lié à leur adaptabilité.

Ce sont des dispositions semblables qui sont en vigueur au Mali concernant la pratique de l'avortement. A la seule exception que la pratique de l'avortement y est autorisée au cas où la vie de la mère est en danger. S'agissant des produits

contraceptifs, leur usage est réglementé par la Politique nationale de population adoptée en 1991.

Une autre difficulté renvoie à leur caractère obstinément restrictif contre une pratique dont l'ampleur n'est pourtant plus à démontrer. L'exemple de la Roumanie est, à cet égard, édifiant. Le taux de mortalité dû à l'avortement provoqué a augmenté de 700% lorsque la loi sur l'avortement, jusqu'alors souple, était passée à un régime restrictif en 1966. Mais le même taux connaîtra, 23 ans plus tard, une baisse sensible de 55%, après sa libéralisation en 1989. ⁽⁷⁾

Cependant, le tout n'est pas de libéraliser la pratique pour faire infléchir sa tendance ascendante. Encore faut-il l'inscrire dans une stratégie globale de la planification fa-

⁽⁷⁾ Odlin 1993

miliaire basé sur l'accessibilité aux services et à l'information.

De cette situation, liée à l'ancienneté des lois et à leur caractère restrictif, découle également l'ambiguïté dans laquelle se trouvent les établissements hospitaliers, obligés, par la force des choses, à prendre en charge, et avec les moyens du bord, une pratique illégale et réprimée par la loi.

2.2. L'implication controversée des établissements hospitaliers

Vu la discrétion qui entoure généralement l'avortement provoqué au Mali, on s'attendait à voir le domicile jouer un rôle exclusif dans sa pratique. Or, la tendance de la pratique de l'avortement provoqué à domicile varie seulement de 17%, chez les femmes en consultation de planification familiale ayant avorté, à 25% pour celles en consultation

gynécologique. Il est à noter, tout de même, que plus de la moitié (51%) des femmes en consultation prénatale, qui avaient eu recours à l'avortement, l'ont pratiqué à domicile.

Mais, fait paradoxal : Les centres hospitaliers sont le lieu, par excellence, de l'avortement à Bamako, malgré la rigidité des lois contre cette pratique. Bien qu'interdite par les textes réglementaires, cette pratique n'en est pas moins prise en charge par les établissements hospitaliers aussi bien publics que privés.

Le constat est révélateur à Bamako et il concerne principalement les femmes qui avaient eu recours à l'avortement. Presque 8 d'entre elles sur 10 en consultation de planning familial (79%) ; 7 sur 10 en consultation gynécologique (68%) et 5 sur 10 en consultation préna-

tale (49%) reconnaissent avoir avorté ou achevé leur avortement dans les centres hospitaliers. La marge paraît énorme lorsqu'on rapporte cette tendance à celle de la pratique de l'avortement à domicile.

Cette implication des établissements hospitaliers soulève une question fondamentale. A quoi sert d'associer les hôpitaux à la prise en charge des complications consécutives à l'avortement provoqué s'ils ne sont pas dotés de moyens adéquats et conséquents ?

En effet, le taux élevé de mortalité et de morbidité relatif à l'avortement est attribué à la mauvaise gestion des avortements provoqués en Afrique. Car dans nombre d'hôpitaux africains, il n'y a pas de traitement approprié des complications liées à cette pratique. Les équipements sont presque inexistants. Les avortements dits incomplets sont

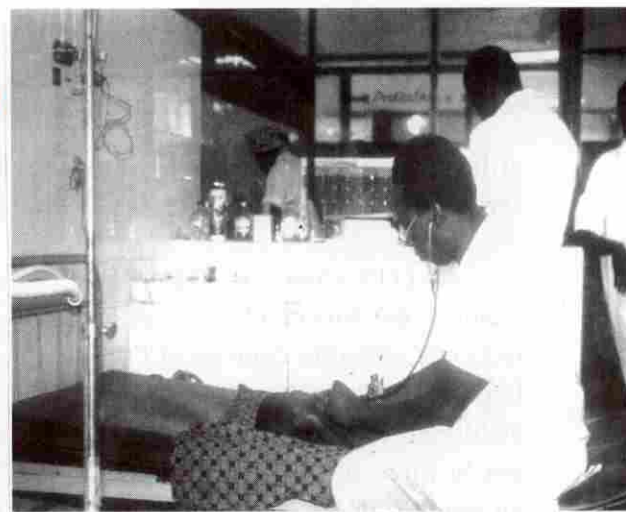
Cette situation témoigne, à suffisance, de maigres ressources budgétaires dont disposent généralement les hôpitaux en Afrique ; alors qu'ils sont appelés à prendre en charge l'avortement provoqué dont le poids économique est énorme en termes de temps d'hospitalisation et de coût de traitement.

Des études faites au Mali révèlent que les patientes victimes de complications d'avortement provoqués demandent plus d'opérations chirurgicales et d'antibiotiques, et séjournent plus longtemps à l'hôpital que celles d'avortement spontané. Le temps de rétablissement après l'avortement est relativement court dans le district de Bamako, mais il peut varier d'une à deux voire trois semaines selon les cas.

Au Nigeria, le temps d'hospitalisation peut aller de 9 à 26 jours⁽⁸⁾.

C'est au Kenya que le séjour est court, variant de 98 heures pour l'avortement provoqué à 32 heures pour l'avortement spontané, parce que les techniques modernes de prise en charge des avortements incomplets sont plus développées⁽⁹⁾. L'utilisation de la technique d'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) a ainsi 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.

Outre les établissements hospitaliers, le personnel médical se révèle de grands acteurs qui aident à pratiquer la plupart des avortements provoqués, effectués par les femmes à Bamako. Pour preuve : médecins, sages femmes et infirmiers sont à l'origine de 77% de cas d'avortements par des femmes, ayant eu recours à cette pratique,



enquêtées lors des consultations prénatales, 94,8% lors des consultations de planification familiale et 88% lors des consultations gynécologiques. Ces chiffres ne prennent en compte que l'avortement pratiqué pendant la période d'observation de la présente étude.

De manière générale, il est établi que 20% des sages femmes et infirmiers sont impliqués dans la pratique de l'avortement provoqué au Mali.

Le cor
médical et
établissemen
hospitaliers
trouve
également
centre d
controverse
qui entoure
la pratique
l'avortement
provoqué da
le District
Bamako

⁽⁸⁾ Rinoti et Al. 1995, ⁽⁹⁾ Aggarwal and Mati, 1982

III- ENTRE LES INTERDITS CULTURELS ET LA REALITE

Comment expliquer la persistance de l'avortement provoqué alors que sa pratique est frappée du sceau du tabou et de l'interdit culturel ? Quel apport retenir de la pression sociale, qui ne cesse de s'exercer sur cette pratique, et que cache-t-elle en définitive ?

La réponse à ces questions révèle un constat. Celui notamment de l'attitude mitigée affichée par l'environnement social à l'égard de la grossesse non désirée, ou encore socialement non acceptée. En effet, il ressort de cette étude que la pratique de l'avortement provoqué est étroitement liée à l'acceptation ou non de la grossesse par l'entourage social immédiat.

Concrètement, la légitimité et la place de l'enfant dans la société semblent déterminer toutes les

options qui sous-tendent la pratique de l'avortement provoqué.

3.1. Quand le désir d'enfant dispense de l'avortement

Avoir un ou d'autres enfants. Ainsi se résume la raison la plus partagée par les femmes pour se détourner de la pratique de l'avortement provoqué. Celles qui ont déjà connu l'avortement provoqué et qui manifestent le désir d'avoir d'autres enfants sont plus de 9 sur 10 en consultation de la planification familiale, 95 % en consultation prénatale et 90 % en consultation gynécologique.

Cette proportion est légèrement élevée si on la compare à celle des femmes qui n'ont pas connu d'avortement. Chez ces dernières, 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 la planification familiale avec 78,4%.

Mais le désir le plus fort d'enfant est surtout visible chez les femmes célibataires ayant avorté. Elles sont 93,7% en consultation gynécologique et 94,9% en consultation de la planification familiale à manifester ce désir.

Ce désir d'enfant fortement exprimé par les femmes illustre, à suffisance, le désarroi dans lequel celles-ci se trouvent face aux conséquences inattendues de l'avortement provoqué. Cet état d'esprit reflète également l'ambiguïté qui entoure l'appréciation de cette pratique par la société.

3.2. La face cachée de la grossesse non désirée

On parle souvent de l'avortement comme étant la conséquence des grossesses non désirées. Mais est-ce que cette manière d'expliquer ce phénomène traduit-elle vraiment la réalité. Ne faut-il pas aller au-delà pour mieux cerner les paramètres qui expliquent la grossesse non désirée, lorsqu'on sait que les pressions exercées par nos sociétés semblent articuler deux choses à la fois : elles affichent d'une part une tendance pronataliste et d'autre part elles n'hésitent pas à sanctionner sévèrement certaines violations des normes sociales, notamment les grossesses prénuptiales.

On parle de grossesse non désirée lorsque la conception survient contre la volonté de la femme porteuse. Le plus souvent, la volonté de la femme porteuse est fortement

déterminée par l'opinion de son entourage. Dès lors, il importe de distinguer grossesse non désirée et grossesse socialement non acceptée. En réalité, c'est l'implication de ces deux paramètres qui justifie la pratique de l'avortement provoqué.

Finalement, trois conditions peuvent être retenues pour expliquer l'attitude éventuelle de l'environnement social face à une grossesse. Il y a en premier lieu la volonté de concevoir un enfant qui doit se manifester aussi bien chez la femme que chez son partenaire. Mais cela ne suffit pas, il faudrait également que la légitimité de l'enfant soit reconnue dans l'entourage immédiat, notamment le cercle familial. Dans tous les cas, un troisième élément demeure décisif : le contexte social et économique doit d'abord être favorable à cet événement.

A défaut d'obéir à toutes ces conditions, des milliers de femmes en grossesse finissent par un avortement, pour des raisons liées soit à leur statut matrimonial soit à leur âge.

3.2.1. Six grossesses non désirées sur 10 finissent par un avortement

Le graphique suivant montre la relation très étroite qui existe entre les grossesses non désirées et l'avortement. Il s'y dégage surtout un rapport édifiant entre les grossesses non désirées et l'avortement chez les femmes en consultation gynécologique. Elles sont près de 7 sur 10 à avoir terminé leur grossesse non désirée par un avortement. Par contre chez les femmes en consultation prénatale et de la planification familiale, le rapport est relativement moins élevé. Le taux est respectivement de 24,% et 39,%.

3.2.2. Célibataires ou abonnées avortement

La grossesse non désirée est généralement évoquée par les jeunes femmes pour expliquer l'avortement provoqué. De même le fait d'être célibataire sexuellement actif prédispose à une plus grande contraction de grossesses non désirées.

Une étude faite dans un hôpital kenyan indique que 74% des femmes, ayant pratiqué un avortement, sont des célibataires¹⁰. Au Mali, la tendance est encore plus importante puisque, parmi les femmes admises à l'hôpital pour des complications due à un avortement, 81% sont des célibataires.

De manière spécifique, le célibat apparaît, dans la présente étude, comme étant de loin le premier facteur lié à l'avortement avec une proportion de 64% chez les

femmes en consultation prénatale, 50% chez les femmes en consultation de la planification familiale et 38% chez les femmes en consultation gynécologique.

Comparativement aux mariées, le fait d'être célibataire pousse les femmes enquêtées 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 enquêtées en consultation de la planification familiale et de 1,95 chez celles en consultation gynécologique. Ces différents niveaux font des célibataires les abonnées présentes de l'avortement provoqué.

Le facteur célibat peut aussi expliquer en partie le risque d'avortement lié à l'âge. La proportion de risque chez la tranche d'âge de 15 à 19 ans varie de 52% à 70% selon que les femmes ont été enquêtées lors des consultations des planifi-

cation familiale ou gynécologique. En consultation prénatale, ce sont les femmes âgées de 25 à 29 ans qui présentent le taux le plus élevé de grossesse non désirée ayant abouti à un avortement provoqué. Il est en effet de 45,5%.

L'une des grandes révélations de cette étude aura été de déterminer l'incidence de l'éducation dans la pratique de l'avortement chez les femmes instruites. C'est établi - et bien d'autres études l'avaient démontré antérieurement - que la propension à cette pratique est plus ou moins forte selon le niveau d'instruction des femmes. Mais comment expliquer une telle tendance ?

Il semble en effet se manifester chez les femmes instruites une préoccupation importante : par ner l'incidence de l'éducation dans la pratique de l'avortement chez les femmes instruites. C'est établi - et

⁽¹⁰⁾ Aggarwal and Mati, 1982

3.3. Un revers nommé s-t-é-r-i-l-i-t-é

L'une des conséquences de l'avortement demeure incontestablement l'augmentation du niveau de la stérilité au sein de ces trois populations. Il est démontré que les complications liées à l'avortement provoqué sont à l'origine de la stérilité qui empêche certaines femmes d'avoir le nombre d'enfants désirés. En témoigne le pourcentage des femmes sans aucun enfant survivant qui augmente ou diminue selon qu'elles aient pratiqué l'avortement provoqué ou pas.

A titre comparatif, la proportion des femmes sans enfants survivant est toujours plus élevée chez celles qui ont connu un avortement provoqué : parmi les femmes enquêtées en consultation gynécologique, elle varie de 61 % chez celle

ayant pratiqué l'avortement provoqué à 52 % chez celles qui ne l'ont pas fait. De même, parmi celles en consultation prénatale, un écart de 10 % a été observé entre celles ayant pratiqué l'avortement provoqué (43,6 %) et celles qui ne l'ont pas connu (33 %).

Mais la marge la plus grande a été notée chez les femmes en consultation de la planification familiale. Elle est de 57% contre seulement 16% pour celles qui n'ont pas connu l'avortement provoqué.

3.4. A la croisée des chemins

Autant les femmes - aussi bien celles qui ont connu au moins un avortement que celles qui ne l'ont pas fait - sont désemparées autant leur entourage, notamment la famille et les partenaires, adopte une attitude divergente sur la pratique.

De ce constat se dégage un autre : la pratique de l'avortement provoqué est loin de faire l'unanimité lorsqu'elle ne laisse pas simplement indécis et perplexe l'entourage social. Concrètement, on peut classer en trois catégories les opinions ou sentiments affichés autour de la pratique de l'avortement provoqué :

a) Il y a tout d'abord l'approbation presque totale des maris ou partenaires rapportée par les femmes, ayant pratiqué au moins un avortement, interrogées lors des différents types de consultation. A titre d'exemple, seulement 1,9% des cas de ruptures consécutives à la pratique de l'avortement a été recensé comme réaction du mari ou partenaire. A en croire les femmes ayant connu au moins un avortement, lors des consultations prénatales, 79,8% des maris ont accepté l'acte. Mieux, ils sont seulement

8,5% à le désapprouver. Les analyses révèlent que ce consensus apparent des partenaires ou maris autour de la pratique de l'avortement provoqué peut être lié à la communication qui s'installe de plus en plus au sein des couples.

b) Contrairement aux partenaires ou maris, les membres de la famille des femmes ayant pratiqué l'avortement affichent une attitude mitigée. Des femmes en consultation de la planification familiale à celles enquêtées lors des consultations gynécologiques les opinions des familles ne sont pas les mêmes.

En effet, si 85,2% des femmes enquêtées lors des consultations du planning familial affirment que leur avortement a été accepté par les membres de leur famille, il n'en demeure pas moins que 66,7% des femmes interviewées lors des con-

sultations gynécologiques déclarent avoir subi des réactions négatives suite à leur expériences abortive. Qui plus est, alors qu'on ne note aucun cas de rupture familiale liée à l'avortement chez les premières, elles sont 12,3% des femmes interrogées lors des consultations gynécologiques à se plaindre d'avoir rompu avec leur famille. Néanmoins, le tiers de celles-ci témoigne de l'acceptation de leur avortement par leur famille.

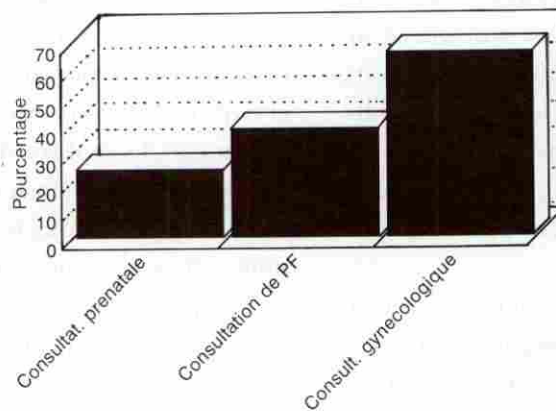
c) Par ailleurs, à mesure que le cercle s'agrandisse de la famille à l'entourage, en passant par les maris ou les partenaires, les réactions deviennent de plus en plus négatives. Il est ainsi établi, à travers 22 % de femmes en consultation gynécologique, que l'entourage désapprouve la pratique de l'avortement provoqué. Aussi 15% de ces femmes rapportent-elles des cas de

rupture lié au phénomène ; et elles sont 45% à faire état d'autres réactions négatives affichées par leur entourage. C'est donc le sentiment de rejet qui prédomine auprès de l'entourage puisque selon ces témoignages, elles ne sont que 17,5% de femmes à faire cas de l'acceptation de la pratique de l'avortement par leur entourage.

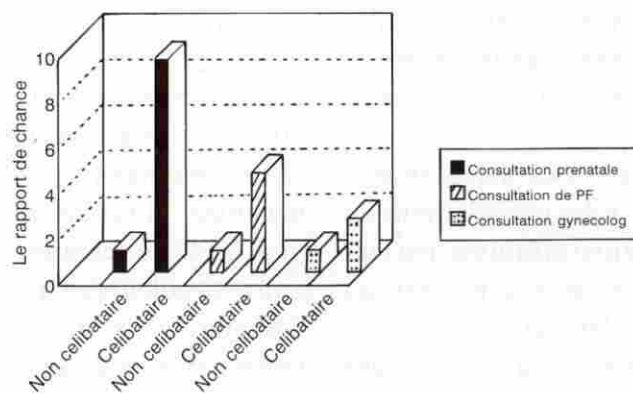
Ainsi donc, à mesure que l'on s'éloigne de l'épicentre du cercle concentrique des relations familiales/sociales, on constate que la périphérie, qui est la moins directement concernée, a une attitude beaucoup plus négative vis-à-vis de l'acte de tiers.

Elle exerce ainsi une police sociale relativement stricte, dont l'attitude et le jugement est probablement le fondement des considérations sociales qui affectent la question de l'avortement.

Graphique 1: Proportion des femmes dont la grossesse non désirée a abouti à un avortement provoqué.



Graphique 2: Propension à contracter une grossesse non désirée selon le statut matrimonial.



IV- CONTROVERSE SUR LE ROLE DE L'EDUCATION

L'une des grandes révélations de cette étude aura été de déterminer l'incidence de l'éducation dans la pratique de l'avortement chez les femmes instruites. C'est établi-et bien d'autres études l'avaient démontré antérieurement -que la propension à cette pratique est plus ou moins forte selon le niveau d'instruction des femmes. Mais comment expliquer une telle tendance?

Il semble en effet se manifester chez les femmes instruites une préoccupation importante : par souci de se préserver de certaines contraintes inhérentes à la grossesse non désirée, synonymes également du blocage dans les études, la pratique de l'avortement provoqué intervient alors comme une alternative. A travers elle, les femmes instruites visent un objectif : la possibilité de poursuivre les études.

4.1. Cohabitation de circonstance : études élevées, avortement provoqué

L'analyse profonde de la corrélation qui existe entre l'instruction et la pratique de l'avortement provoqué a permis de mieux cerner une réalité. En effet, dans le milieu des femmes instruites l'avortement provoqué est un recours lorsque la poursuite normale des études est mise à rude épreuve par le fait d'une grossesse non désirée. Dès lors, il peut même paraître comme une stratégie.

En effet, des études antérieures avaient déjà démontré que le niveau d'instruction des femmes a une influence sur la probabilité d'avorter au Mali où elles sont 55% de femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus à pratiquer

l'avortement provoqué. La même tendance a été également observée dans d'autres pays. L'incidence du niveau d'instruction sur l'avortement apparaît ainsi dans des études en Zambie et au Nigéria. Respectivement 75% et 85% des patientes qui pratiquent l'avortement dans ces deux pays ont atteint un niveau d'instruction secondaire. Au Zaïre, le pourcentage des femmes ayant connu l'avortement augmente fortement avec le niveau d'instruction : 4% chez celles sans niveau d'instruction ; 10% chez celles de niveau primaire ; 18% de niveau secondaire ; et 26 % sont de niveau universitaire.

La présente étude confirme cette tendance à Bamako en démontrant dans le graphique suivant (voire page 19) que le souci des études plus poussées -

observé dans les trois types de populations enquêtées - accroît en même temps leur propension à la pratique de l'avortement provoqué.

4.1.2. Trois raisons pour avorter : la liberté, le travail et les études

A un niveau d'éducation moyen ou supérieur des femmes correspond une aspiration à de meilleures conditions de vie, de santé et d'éducation pour les enfants. Telle est l'une des raisons fondamentales qui explique le penchant des femmes instruites à l'avortement. Concrètement, les différentes analyses s'accordent pour dire que les femmes instruites sont en quête de liberté pour s'occuper de leurs activités, notamment le travail et la scolarité. Cette situation leur impose une régulation stricte de leur fécondité.

Ainsi, en l'absence de méthodes contraceptives efficaces ou encore à cause de certaines défaillances observées dans les services de la planification familiale, cette quête de liberté débouche généralement sur la pratique de l'avortement provoqué comme moyen d'espacement, de report de la première naissance ou de limitation du nombre d'enfants. La situation dans le travail peut influencer le nombre d'enfants désirés et par la même occasion la propension à la pratique de l'avortement.

De même le mariage tardif lié à la scolarité justifie-t-il largement la pratique de l'avortement provoqué chez les jeunes filles et les adolescentes. 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 contrac-

ter une grossesse hors mariage ; donc non désirée, qui finit souvent par un avortement.

4.2. Heureuses celles qui communiquent avec leur maman

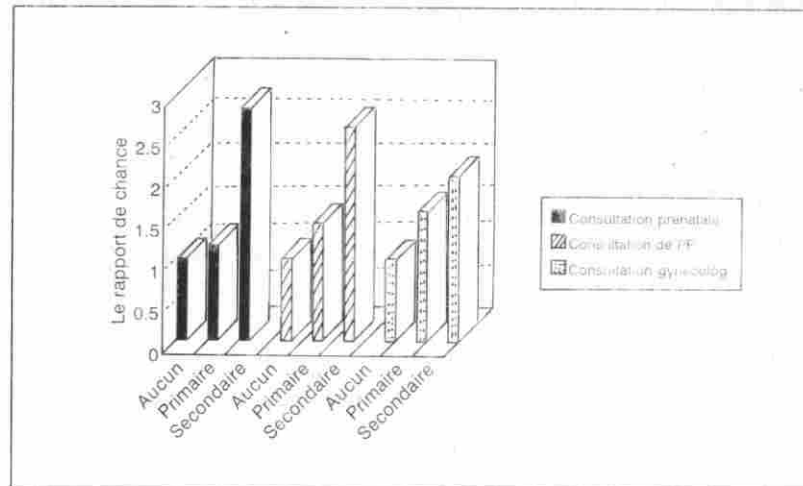
Le manque de communication induit moins la pratique de l'avortement provoqué dans la population enquêtée. La tendance qui se dégage est que le fait de ne communiquer avec personne entraîne chez les femmes une prédisposition mesurée à contracter la grossesse non désirée.

Dans les faits, il a été vérifié, parmi les femmes enquêtées en consultation gynécologique, que le rapport de chance est de 1,48 pour celles qui ne communiquent avec personne sur leur sexualité ; il est de 1,66 lorsqu'elles communiquent avec une amie ou copine ; et il atteint 1,91 en cas d'échange avec une

soeur. Cela peut s'expliquer par le fait que la communication sur la survenue des premières règles est plus habituelles avec les soeurs.

Par contre, une nette diminution de contractions de grossesses non désirées a été constatée auprès de celles qui communiquent avec la mère. Cette exception met en évidence les avantages que procure la communication entre la fille et sa maman.

En définitive, ces résultats laissent apparaître par là que la communication avec la mère procure plus de soulagement ou de libération, en d'autres termes de satisfaction, que celle avec les soeurs.



Graphique 3 :
Propension à
pratiquer un
avortement
provoqué selon le
niveau
d'éducation.



**2. Le dialogue
avec les mamans
freinent
considérablement
la propension à
la pratique de
l'avortement
chez celles qui
s'ouvrent et se
confient.**

V- MARGE LIMITEE DES METHODES CONTRACEPTIVES

Toutes les études abondent dans le même sens : les méthodes contraceptives modernes sont un facteur de baisse de la pratique de l'avortement provoqué. En effet, lorsqu'elles sont utilisées de manière régulière, ces méthodes peuvent aider à éviter la grossesse non désirée, qui est à l'origine de la plupart des avortements provoqués.

Malheureusement, l'utilisation inadéquate des méthodes contraceptives modernes, leur non disponibilité, l'insuffisance d'information et de conseil fournis par les services de planification familiale dans nos pays, ainsi que les difficultés d'accès à ces services, sont le plus souvent évoqués par les femmes pour expliquer les cas de grossesses non désirées.

Les statistiques de l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.), datées de 1992, ont révélé que dans les pays en développement, seule-

ment 50% des femmes en âge de procréer utilisent une méthode contraceptive et moins de 11% le font en Afrique sub-saharienne, où le taux de couverture des services de planification familiale et de soins maternels se limite autour de 10% dans certains pays.

Une étude faite sur les déterminants et les conséquences des avortements, dans trois villes au Zaïre, a montré clairement l'incidence de l'utilisation des méthodes contraceptives moderne sur l'avortement. Les résultats établissent que parmi les femmes admises dans les hôpitaux pour complications consécutives à un avortement, près de la moitié (35 à 81%) déclarent ignorer toute méthode contraceptive contre seulement 19% qui les utilisent. Une tendance similaire a été observée dans des hôpitaux en Ouganda et en Zambie. Parmi les femmes hospitalisées pour des mê-

mes complications, 75% des ougandaises et plus de 55% des zambien-nes, n'ont reçu aucune information sur la planification familiale.

C'est dire donc que dans la plupart des pays africains, la plupart des femmes qui avortent ne pratiquent aucune méthode contraceptive quand elles ne l'ignorent pas simplement. Et le Mali n'est pas en reste.

5.1. Moyen efficace dans la diminution de l'avortement...

La baisse de la pratique de l'avortement provoqué suite à l'utilisation de méthodes contraceptives se confirme à Bamako. L'utilisation de la contraception à un moment quelconque par les femmes induit une baisse significative de la pratique de l'avortement provoqué. Ces résultats apparaissent plus visibles chez la sous population enquêtée.

Chez les femmes en consultation prénatale, 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. Concrètement, elle entraîne une réduction du risque de 30%.

Cette efficacité avérée des méthodes contraceptives modernes, comme moyen de diminution de l'avortement, cache mal cependant leur taux d'utilisation en Afrique sub-saharienne de manière générale, et au Mali en particulier où elles peinent encore à entrer dans les pratiques quotidiennes des femmes en âge de procréer.

5.2. ... Mais encore timide dans la pratique

Au Mali, le faible niveau d'utilisation des méthodes contraceptives avait déjà été mise en évidence par l'Enquête démographique et de santé de 1995-1996 (EDSM-II). On estime à seulement 8% la proportion des femmes qui utilisent une méthode contraceptive moderne. Et dans le district de Bamako, la plupart des grossesses non désirées s'expliquent par la non utilisation de la contraception par les femmes en âge de procréer.

De même, 39,3% des grossesses sont imputables aux échecs de la pratique des méthodes contraceptives modernes. Chez les femmes en consultation gynécologique où on enregistre 45% des cas de grossesses non désirées, on évalue les cas d'arrêts de la méthode contraceptive à 55%.

Parmi les femmes ayant pratiqué l'avortement, 23,4% ont utilisé la contraception. Pis, 60% ont purement et simplement arrêté la méthode avant la grossesse qui s'est terminée par un avortement.

Toutefois il y a une note d'espoir. Ces faibles proportions d'utilisation des méthodes contraceptives connaissent un accroissement important après l'avortement, même si leur prévalence demeure toujours limitée. En effet, après l'avortement, la proportion d'utilisation des méthodes contraceptives modernes connaît une hausse non négligeable auprès des femmes en consultation prénatale et gynécologique.

Elle est respectivement de 33,3% contre 20,5% et 31,7% contre 24,4%. Ainsi, l'expérience abortive peut-elle aussi avoir une incidence sur l'utilisation régulière des méthodes de contraception.

De même un détail encourageant a-t-il été rapporté selon lequel 27,3% des femmes non mariées et sexuellement actives utilisaient une méthode contraceptive au moment de l'enquête. Ce qui augure de l'intérêt que les femmes manifestent de plus en plus pour l'utilisation des méthodes contraceptives modernes à Bamako.

L'espoir se dessine de plus en plus : la proportion des femmes qui ont recours aux méthodes contraceptives, après la pratique de l'avortement, connaît une nette croissance. Et le sourire renaît.



MOTS DE LA FIN

Finalement l'avortement aura été une des questions la plus brûlante de la dernière décennie. Son autorisation est sujette à controverse partout. Si sa pratique est généralement autorisée pour sauver la vie de la femme en grossesse, il reste que dans les pays en développement une telle souplesse passe difficilement lorsque la même pratique est invoquée pour d'autres raisons. Aussi tout le débat qui entoure ce phénomène se heurte-t-il au manque criard de données et d'analyses pertinentes, de sorte qu'il ne favorise pas une meilleure compréhension de la complexité de cette question et, en conséquence, l'adoption d'attitudes saines.

Pour s'en convaincre : en 1993, sur 100 pays en développement, 91 autoriseraient l'avortement pour sauver la vie de la mère ; 52 pour préserver sa santé physique ; 35 pour préserver sa santé mentale ;

26 pays l'autoriseraient en cas de viol ou d'inceste ; et seulement 6 pour convenance personnelle. Quoi qu'il en soit, la pratique de l'avortement provoqué est marquée par une constante : aucun gouvernement n'a jamais eu recours à elle pour atteindre ses objectifs démographiques.

Cependant, une lisibilité du phénomène s'est imposée lors de longs débats qui eurent 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). A savoir que :

1) 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 ;

2) Il convient de réduire la fréquence des avortements, et le mieux pour cela est de les prévenir ;

3) 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.

En définitive, deux hypothèses peuvent être émises pour expliquer les résultats de l'étude sur les conséquences sociales de l'avortement à Bamako.

La première est que l'avortement, loin d'être la recherche de la 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 la 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 la planification familiale ou gynécologique peut être associée à un désir d'enfant. Le même résultat, examiné sous un angle différent, amène à considérer l'hypothèse selon laquelle les femmes célibataires acceptent mieux l'avortement que les non-célibataires non seulement parce que leur grossesse est non désirée, mais parce qu'elle est socialement non acceptée.


PISTES DE REFLEXION

Cette partie permettra de tirer les principaux enseignements de la réalité de la pratique de l'avortement. Il s'agit notamment de dégager les idées forces qui peuvent éventuellement aider à mieux appréhender les contours du phénomène. L'intérêt recherché c'est de parvenir à ouvrir des pistes de réflexion dans le but d'interpeller les décideurs ou tous les acteurs préoccupés par cette pratique.

 **Quelle législation pour l'avortement provoqué ?**

 **Quel est le niveau actuel d'acceptation de la pratique d'avortement dans nos sociétés ?**

 **Comment expliquer la propension des femmes instruites à l'avortement provoqué alors même qu'elles sont sensées avoir acquis une grande conscience des dangers et risques inhérents à cette pratique ?**

 **Quelles sont les raisons qui expliquent le faible taux d'utilisation et les échecs dans l'utilisation des méthodes contraceptives modernes ?**

EQUIPE DE RÉALISATION

Rédaction

Edmond Bagdé DINGAMHOUDOU
Mamadou Kani KONATÉ
Mouhamadou GUEYE
Gary ENGELBERG
Fatouma SISSOKO
Baba TRAORÉ

Maquette et montage PAO

Salif DIOP assisté de
Edmond B. DINGAMHOUDOU

Photos

CERPOD

Impression

Nouvelle Imprimerie Bamakoise (NIB)

© CERPOD - JUILLET 1999

La publication de cette brochure a été rendue possible grâce à l'appui financier du projet du Soutien à l'Analyse et à la Recherche en Afrique (SARA) de Academy for Educational development (AED).

Le Centre d'Etudes et de Recherche sur la Population pour le Développement (CERPOD) a été créé en 1998 par le Comité permanent Inter-Etats de lutte contre la Sécheresse dans le Sahel (CILSS).

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

A la restructuration du CILSS en 1994, le CERPOD est devenu un Programme Majeur Population et Développement basé à l'Institut du Sahel à Bamako.

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

(223) 22 80 86

(223) 22 46 07

Fax : (223) 22 78 31

E-mail : btra.@cerpod. insah. ml

