

L'avortement en Afrique



Incidence et tendances

- Durant la période de 2010 à 2014, le nombre d'avortements provoqués chaque année en Afrique est estimé à 8,2 millions, en hausse par rapport aux 4,6 millions annuels pratiqués de 1990 à 1994, en raison principalement de l'augmentation du nombre de femmes en âge de procréer.
- Le taux d'avortement annuel, estimé à 34 interventions pour 1 000 femmes en âge de procréer (15 à 44 ans), demeure à peu près constant sur cette même période.
- Le taux d'avortement est d'environ 26 pour 1 000 parmi les femmes mariées et 36 pour 1 000 parmi les célibataires.
- Estimée à 15% en 2010–2014, la proportion des grossesses annuelles qui aboutissent sur un avortement n'a guère changé depuis 1990–1994.
- Le taux d'avortement annuel varie légèrement selon les régions, de 38 pour 1 000 femmes en âge de procréer

en Afrique du Nord à 31 pour 1 000 en Afrique de l'Ouest. En Afrique de l'Est, centrale et australe, les taux sont proches de la moyenne régionale de 34 pour 1 000.

Légalité de l'avortement

- En 2015, selon les estimations, 90% des Africaines en âge de procréer vivaient dans des pays soumis à des législations restrictives de l'avortement (soit les pays inclus dans les quatre premières catégories décrites au Tableau 2). Même dans les pays où la loi autorise l'avortement dans des circonstances limitées, peu de femmes sont aptes à assumer les démarches requises pour obtenir un avortement légal médicalisé.
- L'avortement n'est autorisé pour aucune raison dans 11 sur 54 pays d'Afrique.
- Cinq pays d'Afrique sont dotés de lois relativement libérales sur l'avortement: la Zambie l'autorise pour raisons de la vie et santé de la femme et de nature

socioéconomique, et l'Afrique du Sud, le Cap-Vert, le Mozambique et la Tunisie l'admettent sans restriction de motivation, sous limites de gestation spécifiques.

L'avortement non médicalisé et ses conséquences

- Bien que l'avortement provoqué soit médicalement sécurisé quand il est pratiqué conformément aux directives recommandées, beaucoup de femmes subissent des interventions non médicalisées susceptibles de compromettre leur bien-être.
- Dans les contextes où l'avortement est limité, les femmes recourent souvent à des interventions clandestines à risque, pratiquées par des personnes qui ne possèdent pas les compétences nécessaires et/ou dans un cadre qui ne répond pas aux normes médicales minimales.
- Presque tous les décès imputables à l'avortement dans le monde surviennent dans les pays en développement, principalement en Afrique. Dans les plus pauvres, les femmes ont le moins accès aux services de contraception et disposent du moins de ressources pour acquitter le prix d'interventions sans risques.

- En 2014, au moins 9% des décès maternels (ou 16 000 décès) en Afrique résultèrent de l'avortement non médicalisé.
- Environ 1,6 million de femmes sont traitées chaque année dans la région pour cause de complications d'un avortement non médicalisé.
- Les complications les plus fréquentes sont l'avortement incomplet, saignements excessifs et l'infection.

TABLEAU 1: NOMBRES ET TAUX

Estimations régionales et sous-régionales de l'avortement provoqué, Afrique, 1990–1994 et 2010–2014

Région et sous région	Nbre d'avortements (en millions)		Taux d'avortement*		% des grossesses qui aboutissent sur avortement 2010–2014
	1990–1994	2010–2014	1990–1994	2010–2014	
Afrique	4,6	8,2[†]	33	34	15
Afrique de l'Est	1,4	2,7 [†]	33	34	14
Afrique centrale	0,5	1,0 [†]	32	35	13
Afrique du Nord	1,3	1,9 [†]	41	38	23
Afrique australe	0,3	0,5	32	34	24
Afrique de l'Ouest	1,1	2,1 [†]	28	31	12

*Nombre d'avortements pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans. [†]La différence entre 1990–1994 et 2010–2014 est statistiquement significative.

TABLEAU 2: LÉGALITÉ DE L'AVORTEMENT EN AFRIQUE, 2016

Les pays d'Afrique se répartissent en six catégories, selon les indications légales d'avortement.

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

*Cette catégorie comprend les pays avec des lois faisant simplement référence à des indications « de santé » ou « thérapeutiques », qui peuvent être interprétées plus largement que la santé physique. N.B.: Certains pays autorisent aussi l'avortement en cas de (a) viol, (b) inceste, (c) malformation fœtale ou (d) autres indications. Certains limitent l'accès à l'avortement en exigeant le consentement d'une (e) autorité parentale ou du (f) conjoint. Les pays qui admettent l'avortement pour indications de nature socioéconomique ou sans restriction de motivation le soumettent à des limites de gestation (1er trimestre généralement); l'avortement peut être admis au-delà de cette période, mais dans certaines conditions prescrites seulement. SOURCE: Center for Reproductive Rights (CRR), The World's Abortion Laws 2016, New York: CRR, 2016, carte des pays, <http://worldabortionlaws.com/map/>.

Beaucoup de femmes atteintes de complications ne reçoivent pas le traitement dont elles ont besoin et souffrent de séquelles durables telles que douleurs chroniques, inflammation de l'appareil génital et stérilité.

- L'avortement non médicalisé peut s'accompagner de conséquences néfastes au-delà de ses effets directs sur la santé de la femme. Ses complications peuvent par exemple réduire la productivité des femmes, alourdir la charge économique qui pèse déjà sur les familles pauvres et infliger de lourdes charges financières à des systèmes publics de santé déjà en détresse.
- La mesure du recours au misoprostol, avec ou sans mifépristone, pour provoquer un avortement non chirurgical en Afrique

n'est pas connue. La vente de misoprostol est en hausse dans certains pays d'Afrique depuis quelques années.

Recommandations

- La plupart des femmes qui se font avorter le font suite à une grossesse non planifiée. Étant donné que la pratique contraceptive représente le moyen le plus sûr de prévenir les grossesses parmi les couples sexuellement actifs, des programmes et politiques aptes à améliorer les connaissances des femmes et des hommes, leur accès aux services et leur pratique de la contraception sont essentiels à la réduction de la nécessité de l'avortement.
- Pour réduire les hauts niveaux de morbidité et de mortalité qui résultent de l'avortement non médicalisé, la prestation de

soins après avortement doit être améliorée et étendue.

- Afin de réduire le nombre d'interventions clandestines, l'admission légale de l'avortement doit être élargie dans la région et l'accès à des services médicalisés doit être amélioré lorsque les conditions légales sont remplies.
- Une législation libérale de l'avortement ne garantit pas nécessairement l'approche médicalisée de la procédure. Des directives de prestation doivent être rédigées et diffusées, les prestataires doivent être formés et les gouvernements s'engagés à assurer l'accès à des pratiques médicalisées sous les auspices de la loi.

SOURCES

Les données présentées dans cette fiche d'information sont pour la plupart extraites de Sedgh G et al., *Abortion incidence between 1990 and 2014 : global, regional, and subregional levels and trends*, Lancet, 2016, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30380-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30380-4/abstract). Toutes les autres sources apparaissent dans la version complètement annotée disponible sur <https://guttmacher.org/fr/fact-sheet/avortement-en-afrique>.

Ce document a bénéficié de subventions du gouvernement du Royaume-Uni, de l'agence norvégienne de coopération pour le développement, et du ministère néerlandais des Affaires étrangères. Les observations et les conclusions exprimées ne reflètent pas nécessairement les positions ou les politiques des donateurs.



Une bonne politique de santé reproductive commence par une recherche fiable

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

www.guttmacher.org