

L'avortement en Afrique



Incidence et tendances

- Le nombre d'avortements provoqués chaque année en Afrique est estimé à 8,2 millions au cours de la période 2010–2014, en hausse par rapport aux 4,6 millions estimés annuellement en 1990–1994, en raison principalement de la croissance de la population de femmes en âge de procréer.
- Le taux annuel d'avortement pour la région, estimé à 34 pour 1 000 femmes en âge de procréer (15 à 44 ans), est resté plus ou moins stable entre 1990–1994 et 2010–2014.
- Le taux d'avortement régional est d'environ 26 pour 1 000 femmes mariées et 36 pour 1 000 femmes célibataires.
- Au cours de la période 2010–2014, le taux d'avortement annuel varie légèrement par sous-région, de 31 pour 1 000 femmes en âge de procréer en Afrique de l'Ouest à 38 pour 1 000 en Afrique du Nord. En Afrique de l'Est, centrale et australe, les taux sont proches de la moyenne régionale de 34 pour 1 000.

- La proportion de toutes les grossesses qui se terminent chaque année par un avortement en Afrique, estimée à 15% en 2010–2014, n'a guère changé depuis 1990–1994.
- Cette proportion varie entre 12% en Afrique de l'Ouest et 24% en Afrique australe; en Afrique centrale, de l'Est et du Nord, les proportions sont, respectivement, de 13%, 14% et 23%.

Légalité de l'avortement

- Selon les estimations, 93% des Africaines en âge de procréer vivent dans des pays soumis à des législations de l'avortement restrictives (soit les pays tombant dans les quatre premières catégories décrites au Tableau 2). Même dans les pays où la loi autorise l'avortement dans quelques circonstances, rares sont les femmes aptes à obtenir une intervention sécurisée et légale.
- L'avortement n'est autorisé pour aucune raison dans 10 pays des 54 pays d'Afrique.

- Quatre pays d'Afrique sont dotés de lois sur l'avortement relativement libérales: la Zambie l'autorise pour raisons de santé et de nature socioéconomique, tandis que l'Afrique du Sud, le Cabo Verde et la Tunisie l'admettent sans restriction de motivation, sous limites de gestation.

Avortement non médicalisé et conséquences

- L'avortement provoqué est *sécurisé* quand il est pratiqué par des personnes compétentes, avec des méthodes recommandées par l'OMS; il est *moins sécurisé* lorsque l'un de ces critères seulement est respecté; et il est *nullement sécurisé* quand aucun des deux n'est rempli. Beaucoup d'Africaines subissent des interventions non médicalisées (moins sécurisées ou nullement sécurisées), qui compromettent leur bien-être.
- Durant la période 2010–2014, environ un avortement sur quatre, en moyenne, était sécurisé en Afrique. Pour le reste, la majorité tombait dans la catégorie d'avortements nullement sécurisés.
- En 2012, près de sept femmes pour 1 000 en âge de procréer en Afrique ont été traitées pour cause de complications d'un avortement non médicalisé. En tout, environ 1,6 million de femmes de la région sont traitées chaque année pour ce type de complications.
- L'Afrique est la région du monde où a lieu le plus grand nombre annuel de décès liés à l'avortement. En 2014, au moins 9% de la mortalité maternelle (ou 16 000 décès) en Afrique étaient imputable à l'avortement non médicalisé.

TABLEAU 1: TAUX ET POURCENTAGES

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

Afrique et sous-régions	Taux d'avortement*		% de toutes les grossesses terminées par un avortement 2010–2014
	1990–1994	2010–2014	
Afrique	33	34	15
Afrique de l'Est	32	34	14
Afrique centrale	32	35	13
Afrique du Nord	41	38	23
Afrique australe	32	34	24
Afrique de l'Ouest	28	31	12

* Avortements pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans. NB: Aucune des différences entre 1990–1994 et 2010–2014 n'est statistiquement significative.

TABLEAU 2: LÉGALITÉ DE L'AVORTEMENT EN AFRIQUE, 2017

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

Motif	Pays
Interdiction totale (sans exception légale explicite)	Angola, Congo (Brazzaville), Congo (Kinshasa), Égypte, Gabon, Guinée-Bissau, Madagascar, Mauritanie, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal
Pour sauver la vie de la femme	Côte d'Ivoire, Libye, Malawi, Mali (a,b), Nigéria, Ouganda, Somalie, Soudan (a), Soudan du Sud, Tanzanie
Pour sauver la vie de la femme/protéger sa santé physique*	Bénin (a,b,c), Burkina Faso (a,b,c), Burundi, Cameroun (a), Comores, Djibouti, Éthiopie (a,b,c), Guinée (a,b,c), Guinée équatoriale (d,e), Kenya, Lesotho (a,b,c), Maroc (e), Niger (c), République centrafricaine (a,b,c), Rwanda (a,b,c), Tchad (c), Togo (a,b,c), Zimbabwe (a,b,c)
Pour sauver la vie de la femme/protéger sa santé physique ou mentale	Algérie, Botswana (a,b,c), Érythrée (a,b), Gambie, Ghana (a,b,c), Libéria (a,b,c), Maurice (a,b,c,d), Mozambique (a,b,c), Namibie (a,b,c), Seychelles (a,b,c), Sierra Leone, Swaziland (a,b,c)
Pour sauver la vie de la femme/protéger sa santé physique ou mentale/raisons socio-économiques	Zambie (c)
Aucune restriction de motivation	Afrique du Sud, Cabo Verde, Tunisie

* Cette catégorie comprend les pays dotés de lois faisant simplement référence à des indications «de santé» ou «thérapeutiques», qui peuvent être interprétées plus largement que la santé physique. NB: Certains pays autorisent aussi l'avortement en cas de (a) viol, (b) inceste ou (c) anomalie fœtale. Certains limitent l'accès à l'avortement en exigeant le consentement d'une (d) autorité parentale ou du (e) conjoint. Les pays qui admettent l'avortement sans restriction de motivation le soumettent à des limites de gestation (1er trimestre généralement); pour l'avortement légal visé aux catégories 2 à 5, les limites de gestation diffèrent selon les motivations prescrites.

- Les complications les plus fréquentes de l'avortement non médicalisé sont l'avortement incomplet, la perte excessive de sang et l'infection.

- Les femmes les plus pauvres et avec très peu de ressources sont les plus vulnérables aux complications de l'avortement non médicalisé.

- L'avortement non médicalisé peut s'accompagner de conséquences néfastes au-delà de ses effets immédiats sur la santé individuelle de la femme. Le traitement des complications alourdit la charge économique qui pèse déjà sur les familles pauvres et inflige des coûts financiers excessifs aux systèmes de santé déjà en détresse.

- La mesure du recours au misoprostol pour provoquer l'avortement en Afrique est inconnue; la vente

du produit est cependant en hausse dans certains pays du continent depuis quelques années.

Grossesse non planifiée et besoins non satisfaits

- En 2017, quelque 58 millions d'Africaines en âge de procréer présentent des besoins non satisfaits de contraception moderne, en ce qu'elles désirent éviter une grossesse mais ne pratiquent pas la contraception ou recourent aux méthodes traditionnelles, moins efficaces que les approches modernes.

- La plupart des femmes qui se font avorter cherchent à résoudre une grossesse non planifiée. En 2010–2014, le taux annuel de grossesses non planifiées sur l'ensemble de l'Afrique s'élevait à 89 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans; en Afrique de l'Est, il est de 112 pour 1 000.

- On estime à 21,6 millions le nombre de grossesses non planifiées qui surviennent chaque année en Afrique. Près de quatre de ces grossesses sur 10 (38%) se terminent par un avortement.

Recommandations

- Pour réduire les grossesses non planifiées — et les avortements ou naissances non planifiées qui s'ensuivent souvent, il faut mettre en œuvre des programmes et des politiques aptes à améliorer les connaissances contraceptives (entre femmes et hommes), l'accès aux services contraceptifs et la pratique contraceptive.

- La prestation et la qualité des soins après avortement doivent être améliorées et étendues pour réduire la morbidité et la mortalité qui résultent de l'avortement non médicalisé.

- Les critères légaux doivent

être élargis dans la région et l'accès à des services médicalisés amélioré pour réduire le nombre d'interventions clandestines et les conséquences préjudiciables qui en résultent souvent.

- Une législation libérale ne garantit pas, à elle seule, la sécurité médicale de l'avortement. Des directives de prestation doivent être adoptées et diffusées, les prestataires doivent être formés, et les gouvernements doivent s'engager à garantir l'accès à des pratiques sécurisées.

SOURCES

Les données présentées dans cette fiche d'information sont pour la plupart extraites de Singh S et al., *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*, New York: Guttmacher Institute, 2018. Toutes les autres sources apparaissent dans la version complètement annotée disponible sur <https://www.guttmacher.org/fr/fact-sheet/avortement-afrique>.



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