

Conditions and consequences of induced abortions in Lomé (Togo)

Afiwa N'BOUKE¹, Solène LARDOUX¹ and Anne-Emmanuèle CALVÈS²

Introduction

La majorité des avortements étant illégale en Afrique (Henshaw *et al.*, 1999a), on estime à environ 6,2 millions le nombre d'avortements à risque et à environ 29 000 le nombre de femmes qui sont décédées suite à ces avortements en 2008 (World Health Organization, 2011). Des avortements sont parfois pratiqués dans des centres de santé privés ou publics, mais par du personnel souvent peu formé. Par ailleurs, comme il a été souligné lors de la quatrième conférence mondiale sur les femmes de Beijing en 1995, « les expériences sexuelles précoces, le manque d'informations et de services, accroissent le risque de grossesse non désirée prématurée, d'infection par le VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles, et d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions » (Nations Unies, 1996 paragraphe 93). En effet, en Afrique où la sexualité hors mariage reste encore mal vue dans de nombreuses sociétés, l'accès des jeunes célibataires aux services de santé reproductive est très limité (Silberschmidt et Rasch, 2001). Face à la stigmatisation des grossesses pré-nuptiales, hors mariage, rapprochées ou des femmes grand-mères, qui peuvent être socialement non acceptées (Ouédraogo et Pictet, 2001), les femmes avortent pour ne pas être mal perçues de leur entourage, par crainte de rejet social, pour éviter « la honte » ou un « scandale » dans leur famille (Gbétoglo et Boukpéssi, 2004; Guillaume, 2004a; Oye-Adeniran *et al.*, 2005). Ces contextes législatif et socioculturel entraînent alors le recours à des avortements clandestins, souvent avec des méthodes non médicales, qui conduisent à des conséquences sanitaires graves pouvant parfois aller jusqu'au décès.

¹ Department of demography, University of Montreal

² Department of sociology, University of Montreal

En demeurant restrictive, la loi sur l'avortement au Togo n'autorise, depuis 2007, l'interruption volontaire de grossesse que dans les cas de viol ou d'inceste, dans des situations mettant en danger la vie et la santé de la femme, et lorsqu'il existe un haut risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une affection grave. Cependant, le recul de l'âge au mariage et l'augmentation de la sexualité pré-nuptiale exposent les jeunes, qui ne sont pas « socialement supposés avoir des activités sexuelles » à cause de leur jeune âge, à un risque élevé de grossesse non désirée et d'avortement (Amegee, 2002). Le recours à l'avortement s'est accru dans la capitale togolaise avec une précocité et une plus grande fréquence au sein des jeunes générations comparativement aux anciennes. Une partie de la régulation des naissances est assurée à Lomé par des avortements car ces derniers sont de plus en plus utilisés pour retarder la venue du premier enfant et entraînent la réduction de 10 à 12 % de la fécondité potentielle (N'bouke *et al.*, 2010b). De plus, près de 30 % des grossesses sont déclarées « non désirées » et près de la moitié de ces dernières (47 %) sont volontairement interrompues par un avortement provoqué (N'bouke *et al.*, 2010a).

Il devient alors essentiel d'étudier comment ces avortements ont lieu à Lomé ainsi que les conséquences qui en découlent. D'ores et déjà, une étude, qui a ciblé les jeunes femmes âgées de 15-24 ans à Lomé en 2002 et qui a utilisé les données de l'Enquête sur la planification familiale et l'avortement provoqué (EPAP), a montré que les avortements de ces jeunes ont été majoritairement pratiqués à domicile (53 %), par des tradi-thérapeutes ou des avorteuses (42 %) et avec des méthodes non médicales (61 %) (Gbétoglo et Boukpéssi, 2004). Ainsi, 66 % des adolescentes ayant avorté, ont eu des complications sanitaires qui les ont conduites à des hospitalisations. Quels sont alors les conditions et les conséquences des avortements provoqués par les femmes âgées de 15-49 ans à Lomé? Diffèrent-elles significativement selon les caractéristiques de ces femmes ?

Un tour d'horizon des conditions et conséquences des avortements provoqués en Afrique

Les circonstances de prise de décision d'avorter, pouvant impliquer les parents et/ou le partenaire, déterminent souvent les conditions des avortements. Les parents imposent parfois l'avortement à leur fille si celle-ci est encore à leur charge et si le partenaire ne

dispose pas de moyens financiers (Henry et Fayorsey, 2002; Svanemyr et Sundby, 2007). L'homme quant à lui, paie souvent les coûts de l'avortement et appuie la décision d'avorter, selon les contextes. Calvès (2002) (Henry et Fayorsey, 2002). Dans d'autres situations, l'homme s'implique alors parfois faiblement. Une étude menée au Nigéria révèle que les femmes prennent en majorité la décision d'avorter et paient elles-mêmes leur avortement (Oye-Adeniran *et al.*, 2004a). Rossier (2006) a également montré que la décision d'avorter est souvent prise dans le contexte burkinabé par la femme, parfois avec l'appui de ses amies ou relations, pendant que le partenaire se désiste souvent du problème.

Compte tenu du contexte législatif très restrictif et du contexte social qui condamnent l'avortement dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, la plupart des avortements ont lieu ou débutent hors du système sanitaire, avec des méthodes non médicales³, et souvent dans des conditions sanitaires peu sécuritaires (Amegee, 2002; Mundigo, 1992; Varga, 2002). Dans un tel contexte, les prestataires de services d'avortement ne sont pas toujours bien formés à cette pratique (Oye-Adeniran *et al.*, 2004a). En effet, les femmes se font souvent avortées clandestinement auprès de praticiens non médicaux et non qualifiés, parfois avec l'aide de pharmaciens ou d'herboristes (Hord *et al.*, 2006). (Ahiadeke, 2001). (Calvès, 2002). En général, ce n'est qu'en cas d'échec ou de complications que certaines femmes se rendent dans des hôpitaux ou centres de santé pour terminer en urgence les avortements (Amegee, 2002; Guillaume, 2003; Oye-Adeniran *et al.*, 2005). (URD et DGSCN, 2001). (Rossier *et al.*, 2006).

Des avortements directement pratiqués par des professionnels de la santé semblent être également accessibles dans certaines villes africaines. (Calvès, 2002). (Amegee, 1999; Amétépé et Béguy, 2004). Toutefois, la plupart des avortements qui ont lieu ou qui se terminent finalement dans des conditions médicales, se déroulent souvent dans le secteur privé ou cliniques des villes (Guillaume, 2004a).

Les avortements clandestins entraînent assez fréquemment des complications sanitaires (Guillaume, 2000; 2009) et de nombreux décès maternels en découlent. Des études ont, en conséquence, révélé que l'avortement est une cause majeure de mortalité maternelle,

³ Sel et vinaigre, vinaigre et vin, potasse, boissons fortes, herbes, aspirine ou sédaspir et coca-cola chaud, permanganate, infusion de feuilles de plantes, introduction d'ovules de feuilles dans le vagin, etc.

particulièrement en Afrique (Olukoya, 2004; Oye-Adeniran *et al.*, 2004a). En fait, près de 14 % des décès maternels sont attribuables en Afrique à des complications découlant des avortements à risque (World Health Organization, 2011). Les adolescentes et jeunes femmes sont spécialement touchées par le phénomène. En effet, sur les 36 000 décès maternels liés aux avortements à risque, qui ont été estimés pour l'Afrique en 2003, 20 500 concernaient les moins de 25 ans (World Health Organization, 2007).

Le décès est la conséquence ultime d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions. Néanmoins, des complications d'ordre sanitaire surviennent et sont généralement : des difficultés à concevoir de nouveau, fausses couches, infertilité secondaire, hémorragie, douleurs abdominales, douleurs pelviennes chroniques, péritonite, abcès pelviens, choc septique, infections et perforation utérine (Amegee, 1999; Hord *et al.*, 2006; Oye-Adeniran *et al.*, 2005; Singh *et al.*, 2009). (Calvès, 2002).

La plupart des études antérieures qui ont porté sur les conséquences des avortements en Afrique subsaharienne, ont souvent ciblé les décès et les conséquences physiques résultant des avortements à risque. Toutefois, quelques unes, dont l'étude qualitative réalisée dans un hôpital d'une province au sud du Gabon (Hess, 2007) et l'étude qualitative réalisée dans les États de Lagos et d'Edo au Nigéria (Oye-Adeniran *et al.*, 2005), ont montré qu'une majorité de femmes a souvent des conséquences émotionnelles et psychologiques à la suite d'un avortement, telles que le regret, les remords, la culpabilité, la tristesse, le traumatisme et la « sensation d'avoir commis un crime ». Mais, certaines femmes déclarent aussi parfois ressentir un soulagement (Oye-Adeniran *et al.*, 2005).

Nous testons premièrement dans la présente étude l'hypothèse selon laquelle les hommes s'impliquent dans les circonstances de prise de décision d'avorter à Lomé. Nous vérifions si les parents y participent également. Nous évaluons par la suite si, à l'instar de Yaoundé (Calvès, 2002), certains avortements sont pratiqués directement dans des milieux cliniques à Lomé par du personnel médical. Nous examinons enfin les éventuelles conséquences, notamment, psychologiques et relationnelles des avortements chez les femmes de Lomé.

Méthodologie

Les données proviennent du volet quantitatif de l'EPAP, une enquête qui a été organisée en 2002 par l'Unité de recherche démographique (URD) de l'Université de Lomé et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ces données ont été collectées auprès d'un échantillon auto-pondéré et représentatif de la population féminine en âge de procréer à Lomé et dans ses environs. Dans un premier temps, toutes les 129 grappes de Lomé ont été retenues grâce à la cartographie existante. Dans un second temps, 3266 ménages ont été tirés proportionnellement à la taille des grappes de telle sorte que l'échantillon des ménages soit auto-pondéré à l'intérieur de chaque grappe. Enfin, toutes les 4755 femmes âgées de 15-49 ans dans les ménages sélectionnés ont été retenues pour l'enquête. L'enquête avait pour objectif d'étudier les circonstances des avortements des femmes de Lomé et les raisons qui les amènent à cette pratique (URD et OMS, 2002a).

Les deux premiers modules du questionnaire administré aux femmes ciblent leurs caractéristiques sociodémographiques à l'enquête. Le troisième porte sur l'historique complet des grossesses des enquêtées ainsi que leurs issues. Le dernier module renseigne sur le premier et/ou le dernier avortement des enquêtées qui ont déjà avorté. Précisément, les circonstances de la prise de décision sont cernées grâce aux questions « *qui a principalement payé les frais de l'avortement ?* » et « *qui vous a soutenu (moralement et psychologiquement) le plus dans votre décision d'avorter ?* ». Bien que le mari et le partenaire aient été codés sous une même catégorie, suggérant une stabilité de la relation, il n'a pas été clairement spécifié si la catégorie « auteur de la grossesse » renvoyait ou non à un partenaire occasionnel. De plus, il n'est pas certain que les femmes aient eu une même compréhension de la distinction à faire. Nous avons, par conséquent, préféré regrouper tous les hommes ensemble.

Les conditions sont abordées à travers les questions « *qu'avez-vous fait principalement pour interrompre cette grossesse ?* » ; « *où a eu lieu cet avortement ?* » ; et « *qui a procédé à l'intervention ?* ». Quant aux conséquences sanitaires, il a été demandé aux femmes « *quelles complications d'ordre sanitaire avez-vous eues à la suite de cet avortement ?* ». La question est à choix multiples et les réponses possibles étaient : aucune complication,

hémorragies, infections, absence de règles, maux de (bas) ventre, maux de reins, bouchée d'une ou des trompes, stérilité, fièvre ou autre.

Les questions « *quel effet direct cet avortement a-t-il eu sur votre vie ?* » et « *qu'avez-vous ressenti après cet avortement ?* » permettent enfin de cerner d'autres types de conséquences des avortements. Toutefois, la formulation de cette dernière question, dont les éventuelles réponses étaient : regret/remords, culpabilité, soulagement, indifférence, inquiétude/peur, ou autre, a pu susciter ou aggraver chez la femme une certaine « honte ». La femme n'a pas clairement spécifié non plus par rapport à quoi elle avait eu le regret ou remords ; est-ce à cause de l'avortement lui-même, de la situation l'ayant menée à l'avortement ou à cause des conséquences. Il pourrait alors en découler une surestimation des sentiments négatifs.

Une autre limite de ces données est l'auto-sélection des enquêtées puisque les femmes décédées des suites de complications d'avortement n'en font pas partie. Ce qui pourrait sous-estimer la fréquence de certaines complications. Dans le même temps, il pourrait y avoir une surestimation des conséquences si les femmes, principalement celles qui n'ont pas eu des conséquences après leur avortement, ont su bien le dissimuler.

Plusieurs détails étant collectés uniquement sur les plus récents avortements des femmes, seuls 1047, des 1569 avortements qui ont été déclarés au sein de l'échantillon, sont retenus dans les analyses. Les conditions, y compris les circonstances décisionnelles et sanitaires, ainsi que les conséquences du dernier avortement des femmes sont alors analysées de façon exploratoire. Parmi les facteurs associés au recours à l'avortement, figurent le statut matrimonial, niveau d'instruction, nombre d'avortements précédents et l'âge à la grossesse (N'bouke *et al.*, 2010a). Par conséquent, des tests de Chi-deux sont réalisés afin de tester d'éventuelles différences selon l'âge, le statut matrimonial ou le niveau d'instruction au moment de la grossesse qui a conduit à l'avortement, de même que le rang de l'avortement.

Résultats

1. Paiement des frais liés à l'avortement et soutien obtenu par la femme dans la décision d'avorter

Tableau 5.1 : Répartition en % des derniers avortements selon l'identité de la personne qui a payé les frais ou qui a soutenu la femme dans la décision d'avorter, et selon l'âge, le statut matrimonial, le niveau d'instruction à la grossesse ou le rang de l'avortement

	Âge (en années)			Statut matrimonial		Niveau d'instruction		Rang de l'avortement			Ensemble	
	< 20	20-24	25 et +	Pas en union	En union	Aucun	Primaire	Secondaire ou +	1 ^{er}	2 ^{ème}		3 ^{ème} ou +
% d'avortements qui n'ont engendré aucun frais (Effectif)	52,6 (174)	50,3 (189)	52,1 (177)	52,9 (338)	49,5 (202)	42,7 (73)	53,1 (231)	53,5 (236)	54,6 (375)	44,2 (114)	50 (51)	51,6 (540)
Frais liés à l'avortement, payés par :										**		
Mari/partenaire/auteur de la grossesse	87,3	85,5	84,1	87,7	82,5	79,6	86,8	87,3	89,1	82,6	72,5	85,6
Enquêtée elle-même	5,7	11,8	10,4	7,3	12,6	11,2	10,3	7,8	6,1	13,9	17,7	9,5
Autres (mère, sœur/frère, autre parent, ami(e), père de la femme ou autres)	7,0	2,7	5,5	5,0	4,9	9,2	2,9	4,9	4,8	3,5	9,8	4,9
Total %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
(Effectif)	(157)	(187)	(163)	(301)	(206)	(98)	(204)	(205)	(312)	(144)	(51)	(507)
Femme soutenue dans la décision d'avorter par :				*						*		
Mari/partenaire/auteur de la grossesse	40,5	40,4	48,2	41,6	45,2	42,7	44,8	41,3	44,8	40,3	37,2	43,0
Un(e) ami(e)	27,2	27,1	19,7	26,9	21,3	21,1	24,8	26,1	23,9	26,0	27,5	24,7
Un autre parent	21,5	18,9	19,4	21,1	17,9	19,9	18,2	21,5	21,1	16,7	19,6	19,9
Personne	6,3	8,8	9,1	6,3	11,0	12,3	8,7	5,9	5,8	12,8	11,8	8,1
Autres (père, mère, sœur/frère de la femme ou autres)	4,5	4,8	3,5	4,1	4,7	4,1	3,5	5,2	4,4	4,3	3,9	4,3
Total %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Effectif	331	376	340	639	408	171	435	441	687	258	102	1047

Source : EPAP, URD-OMS, 2002

Niveaux de significativité des tests de Chi-deux (** 1 % ; * 5 %)

2. Conditions des avortements

Tableau 5.2 : Répartition (%) des avortements les plus récents selon le lieu l'avortement, la personne ayant procédé à l'avortement ou la méthode utilisée, et selon l'âge des femmes ou le rang de l'avortement

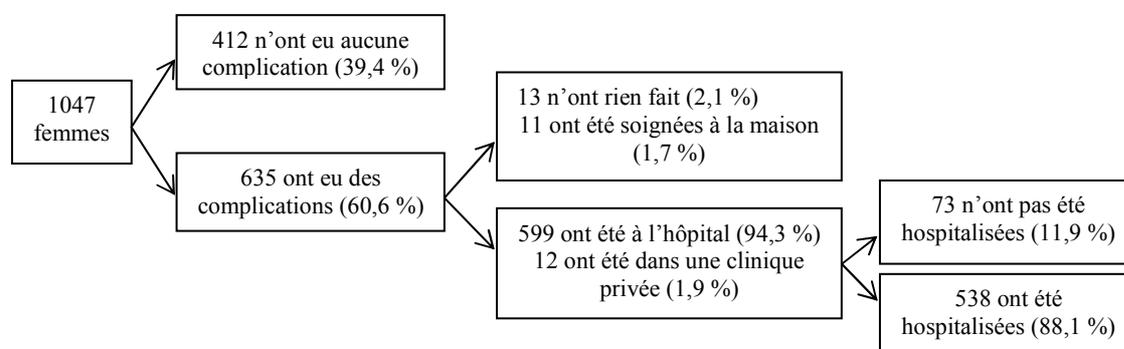
	Âge à la grossesse (en années)			Rang de l'avortement			Ensemble
	< 20	20-24	25 et +	1 ^{er}	2 ^{ème}	3 ^{ème} ou +	
Lieu de l'avortement	<i>Test de Chi-deux : p=0,707</i>			<i>Test de Chi-deux : p=0,081</i>			
Hôpital ou centre de soins public	2,4	2,1	3,2	2,0	3,1	4,9	2,6
Hôpital ou centre de soins privé	37,2	38,6	35,3	35,7	38,8	42,2	37,1
À la maison	36,6	37,0	34,1	36,5	38,4	25,5	35,9
Chez le tradi-thérapeute ou autres lieux	23,9	22,3	27,4	25,8	19,8	27,5	24,5
Personne ayant procédé à l'avortement	<i>Test de Chi-deux : p=0,082</i>			<i>Test de Chi-deux : p=0,001</i>			
Médecin	14,8	17,3	12,4	13,7	15,1	22,6	14,9
Personnel médical	24,2	24,5	25,0	23,9	25,9	25,5	24,6
Femme avorteuse	35,4	35,4	37,7	38,1	35,7	23,5	36,1
Mari/partenaire	18,4	16,8	19,7	19,1	16,3	17,6	18,2
Femme elle-même	4,2	5,3	1,8	2,8	6,6	3,9	3,8
Tradi-thérapeute ou autres	3,0	0,8	3,5	2,4	0,4	6,9	2,4
Méthode ayant provoqué l'avortement	<i>Test de Chi-deux : p=0,872</i>			<i>Test de Chi-deux : p=0,005</i>			
Intervention gynécologique en une seule tentative	24,5	22,6	20,3	23,1	21,7	19,6	22,5
Intervention gynécologique en 2 ^{ème} tentative	21,5	20,0	25,3	18,2	31,0	26,5	22,2
Prise orale de médicaments	18,7	17,3	17,7	18,9	15,1	17,7	17,9
Méthodes à base de plantes	15,1	15,4	14,4	16,3	11,6	14,7	15,0
Injections	10,3	13,3	11,2	12,4	10,9	8,8	11,7
Insertion d'objet (tige de plante)	7,0	8,8	8,8	9,2	5,8	7,8	8,2
Autres (produits manufacturés ou chimiques, méthodes physiques ou autres)	3,0	2,7	2,4	1,9	3,9	4,9	2,7
Total	100	100	100	100	100	100	100
Effectif	331	376	340	687	258	102	1047

Source : EPAP, URD-OMS, 2002

Aucun des tests sur les différences selon le statut matrimonial ou le niveau d'instruction n'était significatif au seuil de 9 %.

3. Conséquences physiques des avortements

Schéma 5.1 : Répartition des femmes selon les conséquences sanitaires de leur plus récent avortement



Source : EPAP, URD-OMS, 2002

4. Conséquences psychologiques et relationnelles des avortements

Tableau 5.3 : Répartition (%) des avortements les plus récents selon les conséquences psychologiques ou relationnelles de l'avortement, et selon l'âge à la grossesse ou le rang de l'avortement

	Âge à la grossesse (en années)			Rang de l'avortement			Ensemble
	< 20	20-24	25 et +	1 ^{er}	2 ^{ème}	3 ^{ème} ou +	
Conséquences psychologiques	<i>Test de Chi-deux : p=0,200</i>			<i>Test de Chi-deux : p=0,000</i>			
Regrets/remords	78,3	80,3	75,0	80,5	74,0	70,6	77,9
Culpabilité	2,4	3,7	3,8	1,6	5,4	9,8	3,3
Inquiétude/peur/autre	6,3	2,7	4,4	4,5	3,5	5,9	4,4
Indifférence	9,1	9,3	13,2	10,3	11,6	8,8	10,5
Soulagement	3,9	4,0	3,5	3,1	5,4	4,9	3,8
Conséquences relationnelles	<i>Test de Chi-deux : p=0,062</i>			<i>Test de Chi-deux : p=0,000</i>			
Brouille entre la femme et (l'un de) ses parents	75,2	74,5	71,5	80,8	57,4	67,7	73,7
Brouille entre les parents de la femme	8,8	7,7	10,3	9,5	9,3	3,9	8,9
Aucun effet	8,8	10,4	11,5	4,8	22,5	15,7	10,2
Consolidation des liens entre conjoints / mariage	2,7	4,3	5,9	3,1	6,2	7,8	4,3
Autres ^a	4,5	3,2	0,9	1,9	4,7	4,9	2,9
Total	100	100	100	100	100	100	100
Effectif	331	376	340	687	258	102	1047

Source : EPAP, URD-OMS, 2002

Les tests de différences de sentiment selon le statut matrimonial ou le niveau d'instruction n'étaient pas significatifs au seuil de 5 %.

^a ne communique plus, dispute avec conjoint ou partenaire, séparation/divorce, poursuite des études/apprentissage, autres.

Discussion et conclusion

À partir du plus récent avortement des femmes, l'étude visait à analyser les conditions et les conséquences sanitaires et psychologiques des avortements. Une originalité de ce travail est d'avoir pu examiner l'importance du rôle, non seulement des femmes elles-mêmes, mais aussi des hommes et des parents dans les circonstances de prise de la décision d'avorter à Lomé. L'analyse a fait émerger plusieurs résultats intéressants.

Nous avons pu confirmer que les hommes (générateur, mari ou partenaire) s'impliquent fortement dans diverses circonstances de la prise de décision d'avorter. D'après nos résultats, ils paient les coûts dans la majorité des cas (85,6 %), principalement lors des avortements de rang 1 ou 2. En revanche, les femmes elles-mêmes s'acquittent souvent des frais en cas d'avortement répété. Si les hommes sont fort impliqués financièrement, la décision revient majoritairement à la femme. En effet, les hommes appuient la décision d'avorter en soutenant moralement et psychologiquement les femmes dans seulement 43 % des cas, surtout quand ils sont mariés. Ces résultats vont dans le même sens que ceux d'une étude menée auprès de jeunes tanzaniens en milieu rural ; une majorité de ces jeunes s'oppose à l'avortement et le trouve « inacceptable » si l'auteur de la grossesse ne consent pas à l'acte (Plummer *et al.*, 2008). Ils confortent aussi les

résultats d'une étude menée à Yaoundé qui montrait que si le rôle des partenaires dans la décision d'avorter était limité, leur implication financière était primordiale (Calvès, 2002). Par ailleurs, plusieurs avortements ont lieu à Lomé sans le soutien de l'homme, mais plutôt avec celui des ami(e)s (25 %) et des parents autres que la famille proche (20 %). Ils s'impliqueraient quand le couple n'est pas marié, probablement en cas de désaccord entre l'homme et la femme ou si l'homme nie être l'auteur de la grossesse.

Mais, contrairement aux résultats de l'étude réalisée en Afrique du Sud (Varga, 2002), où des jeunes et adolescents zulu interrogés ont indiqué que « des parents poussent leurs filles à des avortements à risque afin de maintenir la dignité de la famille et d'éviter un blâme publique », la présente étude montre que les parents de la femme la soutiennent peu dans la décision d'avorter et en assument rarement les coûts. L'intervention des parents pourrait s'expliquer, dans les rares cas, par leurs projets pour leur enfant comme la poursuite des études ou d'un apprentissage, par leur opposition à la relation du couple, par le fait que la fille ne soit pas mariée surtout si les parents sont influents dans leur communauté, par le fait que la fille et le bébé pourraient être à leur charge, et enfin, par la honte qu'un éventuel inceste pourrait entraîner en créant un scandale au sein de la famille (Gbétoglo et Boukpéssi, 2004; Henry et Fayorsey, 2002; Svanemyr et Sundby, 2007). Enfin, la femme est parfois laissée seule dans ce processus, car les frais ont été payés par les femmes elles-mêmes dans 9,5 % des cas d'avortements et environ 8 % des femmes n'ont eu aucun soutien moral lors de la prise de décision.

Au vu de cette participation des hommes à la prise de la décision d'avorter, il serait utile de les inciter à prendre leur responsabilité en cas de grossesse et de les encourager à discuter de l'adoption de contraception avec leur partenaire pour éviter les grossesses qui pourraient être stigmatisées. En particulier, ils pourraient être impliqués dans les conseils post-avortement. Une étude, menée auprès d'hommes ayant accompagné leur partenaire dans un hôpital de Dar es Salam (Tanzanie) à la suite d'un avortement incomplet, a ainsi montré que la plupart de ces hommes avaient déclaré être favorables à l'utilisation de contraception et à leur implication dans les programmes visant la contraception post-avortement (Rasch et Lyaruu, 2005). Les parents pourraient aussi être sensibilisés sur les dangers des avortements à risque afin de ne pas les susciter chez leurs enfants, même dans de rares cas, mais plutôt de renforcer leur éducation sexuelle.

En outre, les résultats montrent que la plupart des avortements étaient clandestins à Lomé puisque plus de 60 % des avortements ont eu lieu à domicile ou chez des tradi-thérapeutes. Plusieurs femmes ont aussi avorté grâce à des prises orales de médicaments (18 %), des méthodes à base de plantes (15 %) et des injections (12 %) ; des méthodes qu'auraient probablement utilisées des femmes avorteuses (36 %), le mari/partenaire (18 %), ou les femmes elles-mêmes (4 %) pour procéder à l'avortement. Toutefois, le fait que le partenaire procède à l'avortement semble révéler qu'il va plus loin qu'une implication financière ou qu'un simple appui à la décision. On se demande alors s'il a provoqué ou non l'avortement à l'insu de la femme. D'après les analyses, les avortements de rang 1 se pratiquent généralement dans des conditions plus risquées que les avortements répétés. Ce qui s'explique sans doute par le fait que les femmes choisissent un environnement moins risqué après qu'elles aient eu des complications en avortant pour la première fois. Elles ont aussi pu découvrir à la suite de leur premier avortement, l'existence de réseaux d'avortement faisant intervenir le système de santé.

Cependant, l'étude certifie qu'à Lomé (Amegee, 1999), tout comme dans d'autres villes africaines (Calvès, 2002; Guillaume, 2003), les méthodes médicales d'avortement semblent être très utilisées, même si plusieurs femmes les utilisent uniquement après l'échec des méthodes non médicales utilisées lors d'une première tentative. En effet, presque 40 % des avortements ont été pratiqués par un personnel médical ou en milieux cliniques (notamment des centres de santé privés). Le personnel médical justifie peut-être parfois ces avortements par le fait que la loi autorise un avortement lorsque que la grossesse met en danger la vie de la femme, même si ce n'est pas le cas. Presque 45 % des avortements ont été provoqués par curetage ou aspiration, mais près de la moitié d'entre ces derniers (22 %) était des avortements incomplets car ils avaient été tentés au préalable par des méthodes non médicales. À Lomé, où plusieurs cliniques privées et cabinets médicaux sont installés sans avoir toujours l'autorisation nécessaire (Amegee, 1999), les professionnels de la santé semblent ainsi être des prestataires de services d'avortement en même temps que prestataires de soins post-avortement en prenant souvent en charge les complications d'avortements incomplets. Amegee (1999) s'est d'ailleurs confronté, dans le cadre de son étude, au silence dans certains cabinets médicaux de Lomé ; soulevant l'idée d'une certaine clandestinité de leurs pratiques.

Dans l'ensemble, les avortements ont entraîné des complications dans plus de 60 % des cas et une hospitalisation de la majorité des femmes. Toutefois, ces complications ne découlent pas uniquement des avortements qui ont eu lieu hors du système de la santé. Elles ne dévoilent que

partiellement le caractère risqué et clandestin du phénomène puisqu'une partie des avortements pratiqués en milieu clinique a servi à terminer des tentatives risquées. Reflétant la forte stigmatisation entourant l'avortement au Togo, la plupart des avortements (78 %) ont entraîné des regrets ou des remords, principalement les premiers avortements. Par contre, les femmes qui avaient avorté plus d'une fois ont souvent tendance, soit à se culpabiliser, soit à être soulagées. Ces sentiments auraient pu être simultanés. Une étude récente, menée auprès de 75 patientes faisant un suivi dans un hôpital de Lomé après un avortement, a ainsi révélé la présence des sentiments de soulagement en même temps que de craintes après l'avortement (Dassa *et al.*, 2009). Enfin, presque 74 % des avortements ont entraîné des problèmes entre les femmes et leurs parents. Néanmoins, ce sont principalement les premiers avortements ou ceux réalisés par les jeunes qui ont entraîné le plus souvent des effets négatifs sur la vie de la femme. Il serait alors envisageable de renforcer la sensibilisation de la population sur les dangers et les conséquences fréquents des avortements à risque. Ce renforcement est d'autant plus nécessaire que l'accueil des femmes à la suite de complications d'avortement est difficile, notamment au CHU de Lomé-Tokoin (Amegee, 1999).

Enfin, la présente étude a permis de décrire la participation de plusieurs acteurs du processus d'avortement à l'acte, tels que la femme elle-même, le partenaire, d'autres membres de la famille, le personnel médical et d'autres prestataires de services d'avortement. Toutefois, elle pourrait être davantage enrichie par des données hospitalières et celles des cliniques privées sur les complications d'avortement. Elle pourrait aussi être approfondie grâce à des informations issues d'entretiens individuels semi-dirigés auprès des femmes qui ont eu recours à au moins un avortement, auprès de leur partenaire et auprès de leurs parents, afin de mieux comprendre les circonstances de la prise de décision et du recours à l'avortement.

Références bibliographiques

- AHIADEKE, C. 2001. "Incidence of induced abortion in southern Ghana." *International Family Planning Perspectives* 27:96-101 & 108.
- AMEGEE, Kodjopatapa. 1999. "Le recours à l'avortement provoqué au Togo : mesure et facteurs du phénomène." *Démographie : droit, sciences sociales et politiques, sciences économiques et de gestion, l'Université Montesquieu-Bordeaux IV*.
- AMEGEE, L. Kodjopatapa. 2002. "Recours à l'avortement provoqué en milieu scolaire au Togo : mesure et facteurs du phénomène." Pp. 297-320 in *Santé de la reproduction en Afrique*, vol. 366p, edited by A. Guillaume, A. Desgrees du Loû, B. Zanou, and N. g. Koffi. Abidjan, Côte d'Ivoire: ENSEA, FNUAP, IRD.

- AMÉTÉPÉ, Fofó and Donatien BÉGUY. 2004. "Utilisation de la contraception moderne et recours à l'avortement provoqué : deux mécanismes concurrents de régulation des naissances?" Pp. 23 in *Santé de la reproduction au Nord et au Sud : de la connaissance à l'action*. Chaire Quételet, Louvain-la-Neuve.
- CALVÈS, Anne-Emmanuèle. 2002. "Abortion risk and abortion decision making among youth in urban Cameroon." *Studies in Family Planning* 33:249-260.
- DASSA, Simliwa Kolou, Lonozou KPANAKE, Rose WELBECK, and René Gualbert AHYI. 2009. "Représentation et vécu de l'interruption volontaire de grossesse chez les femmes à Lomé (Togo)." *Perspectives Psy* 48:326-332.
- GBÉTOGLO, Kodjo Dodji and Bassanté BOUKPÉSSI. 2004. "L'avortement provoqué chez les adolescentes à Lomé : Conditions de recours et motifs." Pp. 30 in *Santé de la reproduction au Nord et au Sud : de la connaissance à l'action*. Chaire Quételet, Louvain-la-Neuve.
- GUILLAUME, A. 2000. "L'avortement en Afrique : mode de contrôle des naissances et problème de santé publique." *La Chronique du CEPED* 4.
- GUILLAUME, Agnès. 2003. "Le rôle de l'avortement dans la transition de la fécondité à Abidjan au cours des années 1990." *Population* 58:741-771.
- . 2004. "Fréquence et conditions du recours à l'avortement." Pp. 73 – 94 in *Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique*, vol. 163p., edited by A. Guillaume and M. Khat: Les collections du CEPED.
- . 2009. "L'Avortement provoqué en Afrique : Un problème mal connu, lourd de conséquences." Pp. 357-381 in *Chaire Quetelet 2004 : Santé de la reproduction au Nord et au Sud. De la connaissance à l'action*, vol. 504, edited by C. G. E. a. l. c. d. G. M.-S. e. al. Louvain la Neuve: Les Presses Universitaires de Louvain.
- HENRY, Rebecca and Clara FAYORSEY. 2002. "Coping with Pregnancy: Experiences of Adolescents in Ga Mashi, Accra." ORC Macro., Calverton, Maryland, USA.
- HENSHAW, Stanley K., Susheela SINGH, and Taylor HAAS. 1999. "The Incidence of Abortion Worldwide." *International Family Planning Perspectives* 25:S30-S38.
- HORD, Charlotte E., Janie BENSON, Jennifer L. POTTS, and Deborah L. BILLINGS. 2006. "Unsafe abortion in Africa: an overview and recommendations for action." Pp. 115-149 in *Preventing Unsafe Abortion and its Consequences: Priorities for Research and Action*, vol. 243p., edited by I. K. WARRINER and I. H. SHAH. New York: Guttmacher Institute.
- MUNDIGO, Axel I. 1992. "Mortality and morbidity due to induced abortion." Pp. 201-223 in *Measurement of maternal and child mortality, morbidity and health care: interdisciplinary approaches*, vol. 427 p, edited by J. T. Boerma. Belgium: Derouaux Ordina Editions.
- N'BOUKE, Afiwa, Anne-Emmanuèle CALVÈS, and Solène LARDOUX. 2010a. "Facteurs associés au recours à l'avortement à Lomé (Togo) : analyse d'une séquence d'étapes menant à l'avortement." Pp. 24 in *Article 2 de la thèse intitulée Recours à l'avortement provoqué à Lomé (Togo) : évolution, facteurs associés et perceptions*: Université de Montréal.
- . 2010b. "Recours à l'avortement à Lomé (Togo) : son évolution et son rôle dans la réduction de la fécondité potentielle." Pp. 21 in *Article 1 de la thèse intitulée Recours à l'avortement provoqué à Lomé (Togo) : évolution, facteurs associés et perceptions*: Université de Montréal.
- NATIONS UNIES. 1996. "Rapport de la Quatrième Conférence Mondiale sur les Femmes. Beijing, 4-15 septembre 1995." Nations Unies.
- OLUKOYA, Peju. 2004. "Reducing Maternal Mortality from Unsafe Abortion among Adolescents in Africa." *African Journal of Reproductive Health* 8:57-62.

- OUÉDRAOGO, Christine and Gabriel PICTET. 2001. "La pilule est-elle une alternative à l'avortement en milieu rural africain ?" Unité d'Enseignement et de Recherche en Démographie (UERD) de l'université de Ouagadougou, Ouagadougou.
- OYE-ADENIRAN, Boniface A., Isaac F. ADEWOLE, Augustine V. UMOH, Oluwafunmilayo R. FAPOHUNDA, and Ngozi IWERE. 2004. "Characteristics of abortion care seekers in South-Western Nigeria." *African Journal of Reproductive Health* 8:81-91.
- OYE-ADENIRAN, Boniface A., Isaac F. ADEWOLE, Augustine V. UMOH, Ngozi IWERE, and Abidoye GBADEGESIN. 2005. "Induced abortion in Nigeria: Findings from focus group discussion." *African Journal of Reproductive Health* 9:133-141.
- PLUMMER, Mary L., Joyce WAMOYI, Kija NYALALI, Gerry MSHANA, Zachayo S. SHIGONGO, David A. ROSS, and Daniel WIGHT. 2008. "Aborting and suspending pregnancy in rural Tanzania: An ethnography of young people's beliefs and practices." *Studies in Family Planning* 39:281-292.
- RASCH, Vibeke and Mathias A. LYARUU. 2005. "Unsafe abortion in Tanzania and the need for involving men in postabortion contraceptive counseling." *Studies in Family Planning* 36:301-310.
- ROSSIER, Clémentine. 2006. "L'avortement : un secret connu de tous ? Accès aux services d'avortement et implication du réseau social au Burkina Faso " *Sociétés contemporaines* 61:41-64.
- ROSSIER, Clémentine, George GUIELLA, Abdoulaye OUEDRAOGO, and Blandine THIEBA. 2006. "Estimating clandestine abortion with the confidants method - results from Ouagadougou, Burkina Faso." *Social Science & Medicine* 62:254-266.
- SILBERSCHMIDT, Margrethe and Vibeke RASCH. 2001. "Adolescent girls, illegal abortions and "sugar-daddies" in Dares Salaam: vulnerable victims and active social agents." *Social Science & Medicine* 52:1815-1826.
- SINGH, Susheela, Deirdre WULF, Rubina HUSSAIN, Akinrinola BANKOLE, and Gilda SEDGH. 2009. "Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress." Guttmacher Institute, New York.
- SVANEMYR, Joar and Johanne SUNDBY. 2007. "The social context of induced abortions among young couples in Côte d'Ivoire." *African Journal of Reproductive Health* 11:13-23.
- URD and DGSCN. 2001. "Avortement au Togo - Famille, migrations et urbanisation au Togo. Fascicule 2 : Résultats de l'enquête quantitative." Unité de Recherche Démographique/Université du Bénin ; Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale, Lomé.
- URD and OMS. 2002. "Enquête sur la Planification Familiale et l'Avortement Provoqué à Lomé (EPAP, 2002)." Pp. 31 in *Manuel d'instructions aux agents enquêteurs*. Lomé: Unité de Recherche Démographique/Université du Bénin.
- VARGA, Christine A. 2002. "Pregnancy termination among South African Adolescents." *Studies in Family Planning* 33:283-298.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2007. *Unsafe abortion : Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*. Geneva: World Health Organization.
- . 2011. *Unsafe abortion : Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*. Geneva: World Health Organization.