

Évolution du recours à l'avortement à Lomé (Togo)

Afiwa N'BOUKE, Solène LARDOUX et Anne CALVÈS

Département de démographie, Université de Montréal

Contact : afiwa.nbouke@umontreal.ca

Résumé

Cette étude estime l'ampleur du recours à l'avortement et son évolution à Lomé en combinant une méthode indirecte (résiduelle) et une méthode directe. Elle vise aussi à montrer les changements intervenus dans la fréquence des avortements et dans le calendrier du recours à l'avortement selon les générations. Enfin, elle cherche à déterminer l'utilisation qui est faite de l'avortement.

L'étude se base sur les données des enquêtes démographiques et de santé du Togo (EDST) de 1988 et de 1998, et sur celles de l'enquête sur la planification familiale et l'avortement provoqué à Lomé (EPAP) de 2002. Les résultats de l'étude montrent que la tendance générale est à la hausse dans ce contexte de clandestinité et de restriction de la loi. Le nombre d'avortements effectués par une femme est d'autant plus important que sa génération est récente, ceci s'expliquant en partie par un recours précoce à l'avortement parmi les jeunes générations. En effet, les premiers avortements se pratiquent de plus en plus tôt. De plus, une partie de la régulation des naissances est assurée à Lomé par des avortements car ces derniers sont de plus en plus utilisés afin de retarder la venue du premier enfant.

L'avortement demeurant clandestin et étant parfois suivi de complications médicales graves, ces résultats interpellent sur l'inefficacité des services de planification familiale (PF), notamment la sensibilisation et les conseils visant une (meilleure) utilisation des contraceptions et sur la nécessité de généraliser les soins post-avortements à tous les centres de santé.

Introduction

Le nombre d'avortements¹ est estimé en Afrique à environ 4,2 millions chaque année (Hord et al., 2006). La majorité de ces avortements étant pratiquée dans de mauvaises conditions et de façon illégale (Henshaw et al., 1999a), ils ont de lourdes conséquences sur la santé des femmes voire sur la mortalité maternelle (Olukoya, 2004). L'avortement clandestin constitue ainsi un problème majeur de santé publique, sexuelle et reproductive, et une cause importante de décès en Afrique. On estime en effet qu'environ 38 000 femmes décèdent des suites d'avortement chaque année en Afrique (Hord et al., 2006). À Lomé, la capitale du Togo, 12 % des décès maternels déclarés au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Tokoin ont été attribués à des avortements en 1985 (Locoh, 1993). Ce pourcentage était de 44 % chez des femmes de moins de 20 ans. Enfin, une étude réalisée par Ahossu en 1991 (cité par Vignikin et al., 2005) a révélé que 32 % des 191 cas de décès maternels dans ce même CHU ont été induits par l'avortement.

Si la baisse de la fécondité constatée à Lomé s'explique notamment par le désir d'espacer et de limiter les naissances à cause de la cherté de la vie (Urd et al., 2001) et afin de mieux s'occuper des enfants, par le recul de l'âge au mariage et par la hausse de la prévalence contraceptive moderne, pour plusieurs auteurs (Amegee et al., 2001; Locoh, 1993; Vignikin et al., 2004), l'avortement joue également un rôle dans la réduction du nombre d'enfants à Lomé. Amétépé et Béguy (2004) montrent à cet effet que 7 % des femmes utiliseraient exclusivement l'avortement comme moyen de régulation des naissances et que 25 % utiliseraient conjointement l'avortement et la contraception. Ils montrent aussi une fréquence du recours à l'avortement dans les jeunes générations malgré l'existence d'une loi restrictive sur l'avortement. La loi française de 1920 prévalait au Togo et autorisait l'avortement seulement si la vie de la femme était en danger. Une autre loi du 16 mai 1984 sur la protection de la jeune fille punit toute personne qui contribuerait à avorter une fille inscrite dans un établissement d'enseignement ou dans un centre de formation professionnelle. Toutefois, une nouvelle loi sur la santé de la reproduction a été adoptée par les parlementaires togolais et promulguée en décembre 2006, abrogeant la loi de 1920. Elle autorise l'interruption volontaire de grossesse sur prescription d'un médecin, et en cas de grossesse issue de viol, d'inceste, mettant en danger la vie et la santé de la femme, lorsqu'il existe un haut risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une affection grave. Par ailleurs, la modification des pratiques postpartum, la faible pratique contraceptive, le changement du contexte d'entrée en sexualité, en union, en vie féconde probablement à cause de la scolarisation et de l'augmentation

¹ Dans cet article, l'avortement renvoie à "l'avortement provoqué" qui résulte de manœuvres délibérées visant l'interruption d'une grossesse. Il s'oppose à l'avortement spontané ou "fausse couche" et est souvent clandestin.

des activités sexuelles pré-nuptiales (Henshaw et al., 1999a; Mensch et al., 2006) entraînent des grossesses non planifiées qui sont interrompues par des avortements. De plus, les jeunes sont particulièrement exposés au risque de grossesses non désirées notamment pré-nuptiales (Oye-Adeniran et al., 2004) pouvant entraîner un recours important à l'avortement (Amegee, 2002).

Cependant, le recours à l'avortement demeure un phénomène difficile à quantifier. La mesure de son ampleur constitue un enjeu puisque les données sur les avortements sont inexistantes pour plusieurs pays du monde (United Nations, 2007). Guillaume (2004a, p.78) affirme à cet effet qu'"en Afrique, plusieurs auteurs ont souligné l'évolution du recours à l'avortement, sans toujours pouvoir mesurer l'étendue de ce phénomène". Au Togo comme dans de nombreux pays africains, les statistiques sanitaires et hospitalières ne sont pas des sources d'information viables sur le recours à l'avortement car peu d'avortements se pratiquent dans le système officiel de santé. Ces données sont incomplètes et souffrent d'imperfections car la bonne tenue des registres n'est pas toujours assurée et les avortements sont souvent clandestins. Concernant les données d'enquêtes, huit méthodes² (six indirectes et deux directes) permettent d'estimer l'ampleur des avortements (Dalla Zuanna, 2002; Guillaume, 2004b; Rossier, 2003). Pour les méthodes directes notamment les enquêtes auprès des femmes sur leurs avortements (Amétépé et al., 2004; Bankole et al., 1999; Calvès, 2002 ; Desgrees Du Lou et al., 1999; Gbétoglo et al., 2004; Guillaume, 2003; Guillaume et al., 2002; Vignikin et al., 2004), les conditions de l'enquête et la façon de poser les questions influencent la qualité des données (Guillaume, 2004b; Hewett et al., 2004; Lara et al., 2006; Lara et al., 2004; Mensch et al., 2008; Rossier, 2003; Zamudio et al., 1999). Les enquêtes en face-à-face sont ainsi confrontées à une sous déclaration à cause de la sensibilité du sujet et de la possibilité qu'un avortement soit déclaré spontané (Jones et al., 2007; Rossier et al., 2007).

Compte tenu des limites des méthodes d'estimation des taux d'avortement pouvant sous-estimer ou surestimer les pratiques, Rossier (2003) suggère de confronter différentes méthodes afin de mieux comprendre les conditions dans lesquelles chaque méthode peut être adaptée. Par conséquent, nous combinons dans cette étude, une méthode indirecte et l'estimation directe auprès des femmes afin de mieux estimer l'ampleur du recours à l'avortement. La méthode indirecte qui sera utilisée est la méthode résiduelle (Bongaarts, 1982; Foreit et al., 1992; Johnston et al., 1996) basée sur le modèle de fécondité de Bongaarts. Bien que présentant des limites, elle

² Les six méthodes indirectes sont : les estimations d'experts, les statistiques sur les complications, les statistiques sur la mortalité maternelle, la méthode résiduelle, la méthode des confidentes et les enquêtes auprès des praticiens des avortements. Les deux méthodes directes sont : les enquêtes rétrospectives et prospectives.

peut être adaptée aux pays où l'avortement est illégal ou quasi-légal, et dans une perspective comparative en supposant que les biais sont constants dans le temps et l'espace.

En se basant sur les données des enquêtes démographiques et de santé du Togo (EDST) de 1988 et de 1998, et sur celles de l'enquête sur la planification familiale et l'avortement provoqué à Lomé (EPAP) de 2002, l'objectif de cet article est donc d'étudier l'évolution du recours à l'avortement à Lomé. L'étude analyse également les changements intervenus dans la fréquence et dans le calendrier du recours à l'avortement selon les générations. Elle vise enfin à déterminer l'utilisation (retarder l'entrée en vie féconde, espacer ou limiter les naissances) qui est faite de l'avortement.

Recours à l'avortement en Afrique Subsaharienne et son évolution

L'avortement constitue un moyen de réguler la fécondité et de mettre fin aux grossesses non voulues. Généralement, les femmes avortent en Afrique pour espacer les naissances ou éviter des enfants supplémentaires (Agi, 2006; Bankole et al., 1998; Hess, 2007; Urd et al., 2001) à cause de l'aspiration à une famille restreinte (Bankole et al., 1999), de la cherté de la vie, de la détérioration des conditions de vie (Antoine et al., 2005; Locoh, 2003). Toutefois, les femmes appartenant à des générations récentes avortent plus en début de vie féconde comparées à celles des générations anciennes (Desgrees Du Lou et al., 1999). Ces utilisations de l'avortement conduisent à une réduction du nombre d'enfants.

Le recours à l'avortement connaît une hausse en début de transition de la fécondité puis baisse à travers le temps (Bongaarts, 1997; Rossier, 2005). La majorité des villes africaines connaissant une baisse plus ou moins rapide de la fécondité, les taux d'avortement peuvent y être élevés. De multiples changements socio-économiques tels que l'avancée du modernisme, de l'urbanisation, de la scolarisation et de l'autonomie des femmes, la crise sociopolitique et économique, qui sont prononcés dans les villes africaines conduisent à une moindre demande d'enfants et à la modification des comportements sociodémographiques (Antoine et al., 2005; Locoh, 1993; Rossier et al., 2006). La modernisation s'accompagne d'un désir d'avoir une descendance restreinte et de qualité (changement de la valeur de l'enfant), et d'un développement de l'individualisme (Vignikin et al., 2005) qui peuvent augmenter le recours à l'avortement puisque ces changements ne s'inscrivent pas encore dans un contexte de forte prévalence contraceptive. De plus, l'existence de stigmatisation vis-à-vis des grossesses pré-nuptiales, hors mariages ou rapprochées (Amegee, 2002; Ouedraogo et al., 2001) conduit les femmes à se tourner vers

l'avortement (Akin, 1999; Bulut et al., 1999) pour ne pas être mal perçue de leur entourage, pour éviter la honte ou un scandale dans leur famille et par crainte de rejet social (Gbétoglo et al., 2004; Guillaume, 2004a; Guillaume et al., 2007; Oye-Adeniran et al., 2005). Enfin, l'importance du rôle du partenaire dans les décisions reproductives (Akin, 1999; Mundigo, 2006) spécialement son refus d'utilisation des contraceptions (Westoff et al., 2000) augmente les risques de grossesses non voulues car elle rend difficile la négociation sur l'adoption d'une contraception (Turki et al., 2002) et l'accès aux contraceptions (Locoh, 1993).

L'augmentation des avortements se manifeste par une pratique plus fréquente et plus précoce selon les générations (Guillaume, 2000). En effet, les jeunes femmes ayant un accès limité aux services de santé reproductive, sexuelle, maternelle et infantile pour des raisons socioculturelles (Amegee, 2002) notamment la réprobation sociale de la sexualité hors union (Silberschmidt et al., 2001), sont exposées à un risque élevé de grossesses non voulues et d'avortements à risque (Calvès, 2002 ; Guillaume, 2004a). De plus, les grossesses pré-nuptiales souvent traitées de "honteuses" en Afrique de l'ouest (Rossier et al., 2006), sont avortées car elles sont non planifiées et les adolescentes ne sont pas mariées, ni prêtes à assumer le rôle de mère (Powell-Griner et al., 1987). Face aux facteurs sociaux (normes et valeurs), individuels (scolarité, maternité, vie professionnelle) et autres qui pèsent sur les jeunes, l'avortement s'avère être la réponse la plus probable aux grossesses pré-nuptiales non prévues (Turki et al., 2002). Ces avortements souvent pratiqués à domicile, par des tradithérapeutes ou avorteuses et avec des méthodes non médicales³ (Gbétoglo et al., 2004), entraînent, des fausses couches, des grossesses extra-utérines, des naissances prématurées, de faibles poids à la naissance des enfants, des infertilités, des hémorragies, des douleurs abdominales, des infections, des perforations utérines ou des décès (Amegee, 2002; Amétépé et al., 2004; Hord et al., 2006).

Au Togo, le recours à l'avortement est considéré (officiellement et socialement) comme un "acte criminel" (Kouwou, 1999). Toutefois, bien que peu de données soient disponibles pour étudier l'avortement à Lomé, plusieurs études suggèrent que le recours à l'avortement serait de plus en plus fréquent surtout chez les jeunes et en début de vie féconde (Amétépé et al., 2004; Locoh, 1993; 1994). Ainsi, l'enquête sur la planification familiale et l'avortement provoqué effectuée à Lomé en 2002 a révélé que 39 % des femmes âgées de 15-24 ans et 33 % des femmes de 15 à 49 ans ayant été enceintes au moins une fois ont déjà eu recours à l'avortement (Amétépé et al., 2004; Gbétoglo et al., 2004). Ces prévalences suggèrent une plus grande fréquence du recours à

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

l'avortement chez les jeunes comparativement à l'ensemble de la population féminine en âge de procréer. Une étude effectuée en 2000 a révélé que 28 % des femmes âgées de 15-49 ans, résidant à Lomé et ayant été enceintes au moins une fois ont déjà eu recours à l'avortement (Urd et al., 2001). En 1998, 24 % des 1009 femmes âgées de 15-47 ans étant venues en consultation dans trois centres de planification familiale (PF) à Lomé et 27 % des 516 femmes âgées de 15-49 ans ayant consulté dans deux centres de PF en 1995 déclaraient avoir déjà eu recours à l'avortement (Amegee, 1999). Bien que fournissant des indications sur la prévalence du recours à l'avortement dans la capitale togolaise, ces statistiques ne permettent pas d'établir l'évolution des pratiques d'avortement car les sources et les groupes d'âge ciblés diffèrent d'une enquête à l'autre. De plus, les taux d'avortement et le nombre moyen d'avortements par femme qui tiennent compte de la durée d'exposition au risque d'avorter semblent être des indicateurs plus appropriés que les pourcentages de femmes ayant déjà avorté (Rossier, 2004).

Dans un tel contexte, trois hypothèses seront testées dans cette étude. La première suppose que le recours à l'avortement s'est accru à Lomé, toutes générations confondues. La deuxième hypothèse stipule que les jeunes générations ont plus fréquemment recours à l'avortement que les plus anciennes, au même âge. Cette hausse du recours à l'avortement selon les générations traduit un recours précoce et/ou un intervalle entre avortements plus réduit au sein des jeunes générations. L'avortement intervenant à différents moments de la vie des femmes, nous testerons comme troisième hypothèse s'il est utilisé afin de retarder, d'espacer ou de limiter les naissances.

Données, variables et méthodes

Sources de données

Trois sources de données sont considérées dans cette étude : les Enquêtes Démographiques et de Santé du Togo (EDST) de 1988 et de 1998, et l'Enquête sur la Planification familiale et l'Avortement Provoqué à Lomé de 2002. Deux EDS ont été menées au Togo, la première a eu lieu de juin à novembre 1988 et la seconde, de février à mai 1998. Des informations sur la fécondité, l'histoire matrimoniale et contraceptive, et les comportements postpartum sont collectées par le biais des questionnaires individuels auprès de femmes âgées de 15-49 ans. Ainsi, 750 femmes ont été enquêtées à Lomé en 1988 pendant que 1417 femmes l'ont été en 1998⁴. Ces sources n'incluent pas des données sur l'avortement, mais elles permettront d'estimer de façon indirecte l'ampleur et l'évolution du recours à l'avortement car elles peuvent être comparées.

⁴ La principale limite qui touche à l'utilisation du sous-échantillon de Lomé est sa non représentativité, car la représentativité de l'échantillon a été plutôt assurée au niveau national.

L'Enquête sur la Planification familiale et l'Avortement Provoqué à Lomé (EPAP) est une enquête rétrospective qui a été organisée conjointement par l'Unité de Recherche Démographique (URD) de l'Université de Lomé et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle a pour objectif général de mesurer l'impact de l'avortement sur les niveaux de fécondité enregistrés à Lomé, d'étudier les conditions et les circonstances du recours à l'avortement, ainsi que les raisons qui poussent les femmes à avorter (Urd et al., 2002a). Compte tenu du caractère délicat du thème abordé par l'enquête, les enquêteurs ont été formés à introduire l'enquête, à établir le contact et un rapport de confiance avec l'enquêtée, à l'interviewer seule, à mettre l'accent sur le caractère confidentiel de ses réponses et à être neutre pendant l'interview (Urd et al., 2002b). Comparativement à d'autres sources qui étudient seulement les femmes mariées (Henshaw et al., 1999a, 1999b) ou des femmes fréquentant des centres sanitaires (Guillaume, 2003), l'EPAP a ciblé aussi bien les femmes qui ont déjà avorté et celles qui n'ont jamais avorté au sein de la population générale féminine. Elle comprend 2 volets, le volet quantitatif et le volet qualitatif. Seul le volet quantitatif sera utilisé dans cette étude.

Ce volet a été réalisé de juillet à août 2002 à Lomé et dans sa banlieue auprès d'un échantillon auto-pondéré et représentatif de 4755 femmes âgées de 15-49 ans. L'enquête permet d'obtenir les caractéristiques sociodémographiques des femmes, la connaissance et pratique contraceptive au moment de l'enquête. L'historique de toutes les grossesses des femmes et leurs issues, ainsi que les conditions des récents avortements sont collectées. Nous disposons donc du nombre d'avortements effectués par femme ainsi que les rangs et les dates des avortements.

La principale limite des données de l'EPAP est liée à la sensibilité du sujet de l'avortement et à la méthodologie en "face-à-face" utilisée lors de l'enquête. Il se peut que les femmes déclarent certains avortements comme étant spontanés (Rossier, 2004), et qu'elles sous-déclarent le nombre de leurs avortements compte tenu du statut légal restreint de l'avortement, et du fait que l'avortement est un acte socialement mal vu en Afrique (Guillaume, 2005). De plus, l'historique des grossesses étant rétrospectif, certains détails ou dates peuvent être oubliés (Desgrees Du Lou et al., 1999; Pallikadavath et al., 2006).

Indicateurs

Pour estimer l'ampleur du recours à l'avortement à Lomé et en voir l'évolution, nous calculons indirectement et directement des *taux annuels* qui représentent le nombre annuel d'avortements

pour 1000 femmes de 15-44 ans, et des *indices synthétiques d'avortement* qui correspondent au nombre moyen d'avortements qu'aurait une femme au cours de sa vie féconde aux taux actuels par âge. Pour l'analyse par génération, nous comparons le *pourcentage de femmes à âge égal qui ont eu un premier avortement* et le *nombre moyen d'avortements à différents âges*, pour les générations de femmes âgées de 15-19 ans, 20-24 ans, 25-29 ans, 30-34 ans, 35-39 ans, 40-44 ans et 45-49 ans au moment de l'enquête. Le *pourcentage de femmes ayant avorté leurs premières grossesses* et le *pourcentage de femmes qui ont avorté après des naissances vivantes* seront utilisés dans une analyse de séquence afin d'établir l'utilisation qui est faite de l'avortement.

Méthodes et variables

Estimation indirecte des taux et indices synthétiques d'avortement

Nous appliquons la méthode résiduelle aux données des EDST afin de dresser l'évolution des taux annuels et des indices synthétiques d'avortement entre 1988 et 1998. Cette méthode est basée sur le modèle des variables intermédiaires de la fécondité (Bongaarts, 1982; Bongaarts et al., 1983; Johnston, 1999; Johnston et al., 1996; Rossier, 2003). D'après ce modèle, sept variables dont trois mineures, sont considérées comme intermédiaires dans l'influence des variables socio-économiques, culturelles et biologiques sur la fécondité. Le modèle de fécondité s'écrit :

$$ISF = TF \times C_m \times C_c \times C_a \times C_i$$

avec ISF = indice synthétique de fécondité

TF = taux de fécondité biologique, niveau maximal supposé à 15,3 enfants/femme

C_m , C_c , C_a et C_i sont respectivement l'indice du mariage, l'indice de la contraception, l'indice de l'avortement provoqué et l'indice d'insusceptibilité postpartum. Ces indices mesurent les effets réducteurs des principaux déterminants proches sur la fécondité potentielle. Ils représentent les naissances qui peuvent être évitées au cours de la vie féconde d'une femme par le recul d'entrée en union, par l'utilisation de la contraception, de l'avortement et par des comportements postpartum. Les éléments du modèle peuvent être calculés avec des formules se trouvant dans le tableau 1 en annexes, à l'exception du C_a qui sera déduit des autres indices de façon résiduelle :

$$C_a = \frac{ISF}{(TF \times C_m \times C_c \times C_i)}.$$

Les déterminants mineurs que sont la fécondabilité, la mortalité intra-utérine et la stérilité ne sont pas pris en compte car ils ne semblent pas affecter significativement l'estimation résiduelle de l'avortement (Johnston, 1999). Une fois que l'indice C_a est calculé, *l'indice synthétique d'avortement* (ISA) est obtenu à l'aide de l'expression :

$$ISA = \left[\left(\frac{ISF}{C_a} \right) - ISF \right] / 0,4 \times (1 + \mu)$$

μ étant la prévalence contraceptive (Johnston, 1999; Rossier, 2003). Enfin, le *taux annuel d'avortement* est estimé à partir de la formule :

$$\text{Taux (pour 1000 femmes)} = 1000 \times \frac{ISA}{30}$$

30 représentant la durée moyenne en années d'une vie féconde (entre 15 et 44 ans).

Cette méthode présente des limites car elle est sensible à d'éventuelles erreurs dans les données avec lesquelles les indices c_m , c_c et c_i sont calculés. Elle est également sensible à la valeur 15,3 enfants/femme (Johnston, 1999). Si c_a est biaisé, l'indice synthétique et le taux annuel seront aussi biaisés. Toutefois, l'estimation indirecte est adaptée à des comparaisons entre groupes ou d'une année à l'autre (Rossier, 2003).

Les variables nécessaires au calcul indirect des taux et indices synthétiques d'avortements sont : les taux de fécondité par groupe d'âge au moment des naissances, la proportion de femmes ayant déjà été mariées par groupe d'âge, la prévalence contraceptive par méthode au sein des femmes sexuellement actives (ayant eu au moins un rapport sexuel au cours du mois précédant l'enquête), les taux d'efficacité des méthodes et la durée moyenne d'insusceptibilité postpartum (état d'abstinence ou d'aménorrhée au moment de l'enquête). Ces variables exceptés les taux d'efficacité des méthodes contraceptives, peuvent être obtenues avec les données des EDST.

Tableau 2 : Taux d'efficacité par méthode contraceptive

Méthodes	Taux
Contraception orale (pilule)	0,82
Injections	0,96
Norplant	0,99
Stérilisation féminine	0,99
Vasectomie	1
DIU	0,90
Préservatif masculin	0,6
Méthodes vaginales (Spermicides)	0,80
Abstinence périodique	0,50
Retrait	0,38
Autres	0,1

Source : Johnston, 1996

Pour pallier l'absence des taux d'efficacité, Bongaarts a proposé une table de valeurs standards pour les pays en développement qui distingue trois méthodes modernes (pilule, stérilet et stérilisation) des autres (Bongaarts, 1982). Jolly et ses collègues (1996) ont utilisé une table améliorée qui isole en plus des trois méthodes précédentes, les autres méthodes modernes des

méthodes traditionnelles. Nous retenons les taux standards (tableau 2) utilisés dans une étude portant sur des pays africains qui sont plus détaillés selon les méthodes (Johnston et al., 1996).

Estimation directe des taux et indices synthétiques d'avortement

Une fois l'évolution établie entre 1988 et 1998 de façon indirecte, nous calculons directement le taux annuel, les taux d'avortement par âge et l'indice synthétique d'avortement avec les données de l'EPAP de 2002. Ces indicateurs transversaux sont calculés pour les périodes quinquennales 0-4 ans, 5-9 ans et 10-14 ans précédant l'enquête qui correspondent respectivement aux périodes 1997-2002, 1992-1997 et 1987-1992. Les taux annuels sont obtenus en rapportant le nombre d'avortements au cours de la période considérée sur le nombre de femmes-années âgées de 15-44 ans (15-39 ans ou 15-34 ans) multiplié par 1000, le tout divisé par 5. Le même principe est utilisé pour les taux par groupe d'âge. Enfin, l'indice synthétique d'avortement est calculé en faisant la somme des taux d'avortement par groupe d'âge, divisé par 1000 et multiplié par 5.

Changements dans le recours à l'avortement, selon les générations

Puisque les indicateurs du moment sont sensibles et peuvent être biaisés par la structure par âge (Mensch et al., 2006), il est avantageux d'utiliser des indicateurs longitudinaux. Nous menons donc des analyses par génération en supposant que les dates des avortements sont correctes et qu'il n'y a pas eu de sélection particulière de la mortalité et de la migration au sein des générations. Afin d'observer les changements dans le calendrier du premier avortement, les générations 15-19 ans, 20-24 ans, 25-29 ans, 30-34 ans, 35-39 ans, 40-44 ans et 45-49 ans seront considérées. En se basant sur les données de l'EPAP, l'analyse de survie⁵ qui tient compte de la population réellement à risque de connaître un événement et de la durée d'exposition au risque (Singer et al., 2003 p. 322-324) nous permet d'obtenir le pourcentage de femmes qui ont déjà avorté à 15, 20, 25, 30 et 35 ans⁶. L'analyse porte sur la survenue du premier avortement (événement), et les femmes à risque d'avoir un premier avortement sont celles qui ont été enceintes au moins une fois. Les femmes n'ayant pas connu un premier avortement au moment de l'enquête sont dites tronquées dans les analyses. Puisque moins de 50 % des femmes à risque dans les générations ont eu recours à un premier avortement, il ne sera pas possible de calculer l'âge médian au premier avortement.

⁵ Nous utilisons précisément la méthode d'estimation actuarielle qui suppose que les événements ont lieu uniformément dans des intervalles de temps fixés (temps discret).

⁶ Dans notre échantillon, 95 % des avortements ont eu lieu avant 35 ans.

En se basant toujours sur les données de l'EPAP, nous calculons par la suite les nombres moyens d'avortements atteints à 15, 20, 25, 30 et 35 ans pour toutes les générations, en rapportant les nombres d'avortements ayant eu lieu au sein d'une génération donnée de femmes avant ces âges sur les effectifs de la génération.

Séquence des issues des grossesses

Dans cette partie de l'analyse qui vise à révéler l'utilisation qui est faite de l'avortement, nous menons une analyse de séquence⁷ des issues des grossesses à partir des données de l'EPAP. La séquence est définie comme la liste ordonnée d'éléments (Brzinsky-Fay et al., 2006), l'élément est représenté dans cette étude par l'issue d'une grossesse. Une femme ayant eu 4 grossesses peut avoir une séquence : F N A N (fausse couche, naissance, avortement et naissance). L'analyse fournit la fréquence des séquences (pourcentage de femmes dont les grossesses ont ces séquences) ainsi que des graphiques appelés « tapis » (sequence index plots) qui représentent chaque séquence par une ligne ayant des couleurs différentes selon les issues des grossesses. On obtient ainsi le pourcentage de femmes qui ont commencé leur vie féconde par un avortement et le pourcentage de femmes qui ont avorté après des naissances.

Afin de vérifier si l'avortement est utilisé de la même manière par les femmes de différentes générations, nous comparons les tapis obtenus pour les générations de femmes âgées de 15-19 ans, 20-24 ans, 25-29 ans, 30-34 ans, 35-39 ans, 40-44 ans et 45-49 ans.

Résultats et discussions

Caractéristiques des enquêtées

Parmi les femmes enquêtées lors de l'EPAP, 3230 (68 %) ont été enceintes au moins une fois et 32,4 % de ces dernières ont déclaré avoir déjà avorté. Nous recensons un total de 10 646 grossesses dont 1569 (15 %) ont abouti à un avortement. La plupart des derniers avortements des femmes se sont déroulés dans des centres de santé privés et à la maison, avec l'assistance de personnel médical (mais pas toujours des médecins), de femme avorteuse et du mari ou partenaire. Presque 45 % de ces avortements ont été effectués à l'aide d'une intervention gynécologique (curetage ou aspiration) probablement à cause des avortements incomplets qui arrivent dans les centres de santé. À cet effet, plus de 60% des femmes ont déclaré avoir eu des complications après leur avortement le plus récent, ces complications ayant entraîné dans 80% des cas, des hospitalisations accompagnées d'opérations.

⁷ L'analyse des séquences est souvent utilisée en biologie, et de plus en plus en sciences sociales.

Des taux et indices synthétiques d'avortement à la hausse

Estimation indirecte des taux et des indices synthétiques d'avortement

Le tableau 3 présente des estimations indirectes de l'ampleur du recours à l'avortement obtenues à partir des données des EDST. Comme le montre le tableau, l'indice synthétique d'avortement augmente entre 1988 et 1998. En effet, les femmes âgées de 15-44 ans auraient en moyenne 0,37 avortements au cours de leur vie en 1988, contre 1,87 en 1998. Bien que les données des EDST et celles de l'EPAP ne soient pas comparables, l'indice obtenu pour 1998 est proche de celui qui est calculé indirectement avec les données de l'EPAP-2002 soit 1,7 avortements par femme.

Tableau 3 : Indicateurs d'avortement estimés indirectement à partir de la méthode résiduelle

Indices et taux	Lomé-1988	Lomé-1998
Indice de mariage C_m	0,65	0,57
Indice de contraception C_c	0,75	0,76
Indice d'insusceptibilité postpartum C_i	0,61	0,59
Taux de fécondité biologique TF (par femme)	15,3	15,3
Indice synthétique de fécondité ISF (par femme)	4,4	2,9
Indice de l'avortement provoqué C_a	0,95	0,74
Indice synthétique d'avortement ISA (par femme)	0,37	1,87
Taux annuel d'avortement (en ‰)	12,22	62,17

Sources : EDST-1988, EDST-1998

Les taux annuels d'avortement présentés dans la dernière ligne du tableau 3 vont également dans le même sens. Ils passent de 12,2 ‰ à 62,2 ‰ entre 1988 et 1998. L'estimation indirecte révèle ainsi une forte augmentation du recours à l'avortement entre 1988 et 1998 à Lomé. C'est peut être la raison pour laquelle la baisse de la fécondité a été aussi très importante au cours de cette période, passant de 4,4 à 2,9 enfants par femme.

Estimation directe des taux et des indices synthétiques d'avortement, par période de 5 ans

Le tableau 4 présente les taux annuels, les taux par âge et les indices synthétiques d'avortement de 1987 à 2002. Selon l'estimation directe menée à partir des données de l'EPAP, le taux annuel d'avortement s'élève à 25,9 ‰ chez les femmes âgées de 15-44 ans au cours de la période 1997-2002 (tableau 4). Ce résultat est proche du taux d'avortement moyen estimé pour l'Afrique en 2003, soit 29 pour mille femmes âgées de 15-44 ans (Agi et al., 2007). Cependant, ce taux correspond à presque la moitié du taux obtenu de façon indirecte en 2002, et presque le tiers de l'estimation indirecte de 1998. Johnston (1999) a également trouvé dans l'étude portant sur le Matlab au Bangladesh, des indices synthétiques d'avortement qui sont 2 à 4 fois plus élevés dans les estimations indirectes avec les données de l'EDS du Matlab de 1994 que dans l'estimation directe avec les données de l'AFS (Abortion frequency survey) au Matlab de 1996-97. Ces différences seraient principalement liées aux limites de la méthode résiduelle. Cette méthode

devrait fournir théoriquement des résultats exacts, mais une mauvaise mesure de l'un des déterminants proches entraînerait une mauvaise estimation de l'avortement (Johnston, 1999). Une autre explication pourrait être une sous-déclaration des avortements dans l'estimation directe à cause de la sensibilité du sujet et de la méthodologie en face-à-face utilisée pour l'enquête. Les enquêtes auto-administrées et les enquêtes avec la technique de réponses aléatoires fournissent des prévalences des comportements sensibles (avortements ou comportement sexuel des adolescents) plus élevées comparativement aux prévalences obtenues dans des enquêtes en face-à-face (Hewett et al., 2004; Jones et al., 2007; Lara et al., 2004; Mensch et al., 2008). Tout comme dans le cas des indices synthétiques d'avortement, l'estimation indirecte fournit en général des taux annuels d'avortement pour mille femmes qui sont plus élevés que ceux obtenus avec l'estimation directe.

Concernant l'évolution du recours à l'avortement à Lomé, les résultats montrent une légère augmentation puisque le taux chez les femmes âgées de 15-39 ans passe de 26,4 ‰ au cours de la période 1992-1997 à 27,7 ‰ au cours de la période 1997-2002. Nous obtenons également des taux annuels de 25,3 ‰, 28,1 ‰ et 29,6 ‰ chez les femmes âgées de 15-34 ans respectivement pour les périodes 1987-1992, 1992-1997 et 1997-2002. Les taux annuels sont donc en augmentation au cours des 3 périodes quinquennales précédant l'enquête (tableau 4).

Tableau 4 : Taux annuel d'avortement, taux d'avortement par groupe d'âge (en ‰) et indice synthétique d'avortement (par femme) selon la période et le groupe d'âge considérés

Groupe d'âge à l'avortement (en années)	1987-1992	1992-1997	1997-2002
Taux annuel d'avortement (pour 1000 femmes-années)			
15-34	25,3	28,1	29,6
15-39	----	26,4	27,7
15-44	----	----	25,9
Taux d'avortement par âge (pour 1000 femmes-années)			
15-19	24	25	28
20-24	33	42	44
25-29	22	25	26
30-34	19	15	16
35-39	23	10	15
40-44	----	4	5
45-49	----	----	0
Indice synthétique d'avortement (par femme)			
15-34	0,49	0,53	0,57
15-39	0,60	0,59	0,64
15-44	----	0,61	0,66

Source : EPAP, URD-OMS, 2002

Note : Les taux à 45-49 ans, à 40-44 ans et à 35-39 ans respectivement pour les périodes 0-4 ans, 5-9 ans et 10-14 ans avant l'enquête peuvent être légèrement biaisés du fait de données incomplètes pour ces groupes d'âges.

Taux = $1000 * (\text{nombre d'avortements du groupe d'âge}) / (5 * \text{population moyenne du groupe d'âge})$

Indice synthétique = $5 * \text{somme des taux par groupe d'âge} / 1000$

La tendance à la hausse observée à partir des taux annuels se confirme dans l'évolution de l'indice synthétique d'avortement au cours des 3 périodes quinquennales (tableau 4). En effet, le nombre moyen d'avortements au cours de la vie féconde de la femme serait de 0,66 chez les femmes de 15-44 ans au cours de la période 1997-2002, alors qu'il n'était que de 0,61 au cours de la période 1992-1997. En observant l'évolution de l'indice chez les femmes âgées de 15-39 ans à Lomé sur les 15 ans avant l'enquête, nous remarquons une quasi-stagnation (de 0,60 à 0,59) suivie d'une hausse (de 0,59 à 0,64). En revanche, nous observons une augmentation linéaire du nombre moyen d'avortement auprès des femmes âgées de 15-34 ans au cours des trois périodes.

La hausse du recours à l'avortement cache une variabilité des taux par groupe d'âge (tableau 4). En effet, le groupe d'âge 20-24 ans connaît les taux les plus élevés. Les femmes plus âgées sous-déclarent peut être les avortements ayant eu lieu aux âges avancés, probablement à cause de la crainte d'une désapprobation culturelle ou de sanctions légales et religieuses (Plummer et al., 2008). Une étude estimant les taux d'avortements à risque selon l'âge dans les pays en développement dévoile que le taux le plus élevé a été observé dans le groupe d'âge 20-24 ans en Afrique, soit 37 ‰ en 2000 (Shah et al., 2004). À Abidjan où les taux par âge sont nettement supérieurs à ceux de Lomé⁸, les taux les plus élevés s'observent au sein des groupes d'âge 15-19 ans et 20-24 ans pour les périodes 1988-1992 et 1993-1997. Pour la période 1983-1987, le taux le plus élevé a été observé dans le groupe d'âge 15-19 ans (Guillaume, 2003). Les africaines auraient alors fréquemment recours à l'avortement aux jeunes âges.

De plus, une augmentation des taux par âge est observée au cours des 3 périodes quinquennales pour les groupes d'âge 15-19 ans, 20-24 ans et 25-29 ans. Elle s'observe aussi pour les trois autres groupes d'âges au cours des deux périodes plus récentes. Enfin, les pratiques étaient particulièrement importantes dans les groupes d'âge 30-34 ans et 35-39 ans au cours de la période 1987-1992. L'indice synthétique d'avortement de 0,60 obtenu pour le groupe d'âge 15-39 ans au cours de cette période peut avoir été causé par les taux élevés aux groupes d'âge avancés principalement 35-39 ans. Cette période coïncide avec le début de la crise sociopolitique qu'a connue le Togo dès les années 90, une crise qui a fragilisé l'économie nationale et qui aurait motivé les couples à restreindre leur famille.

⁸ Les taux sont plus élevés à Abidjan qu'à Lomé, probablement parce que l'enquête d'Abidjan portait sur des consultantes de formations sanitaires tandis que celle de Lomé portait sur la population générale. Cette différence s'explique par un éventuel biais de sélection pouvant exister dans les estimations d'Abidjan.

Bien que les résultats révèlent des taux d'avortement assez différents selon la méthode, la tendance générale est à la hausse. Les indices synthétiques d'avortement sont inférieurs à un avortement par femme dans les estimations directes. Par contre, ils sont plus élevés dans les estimations indirectes à l'exception de celui de 1988 qui est environ 2 fois moins élevé que l'indice estimé directement au cours de la période 1987-1992.

Un recours à l'avortement de plus en plus précoce et rapproché

Calendrier du premier avortement

Les données du tableau 5 montrent le pourcentage de femmes qui à 15 ans, 20 ans, 25 ans, 30 ans, et à 35 ans ont déjà eu recours à un avortement, parmi les femmes ayant été enceintes au moins une fois. Environ 14 % de l'ensemble des femmes qui ont déjà été enceintes dans notre échantillon ont eu leur premier avortement avant 20 ans et presque 36 % l'ont eu avant 35 ans. Les résultats dévoilent une précocité croissante du recours au premier avortement car le pourcentage de femmes qui ont déjà avorté au même âge augmente au fur et à mesure que la génération est jeune. À 20 ans, seulement 4,1 % des femmes âgées de 45-49 ans ont déjà eu recours à un premier avortement, alors que ce pourcentage est de 14,7 % au sein de la génération 25-29 ans et de 21,8 % chez les femmes âgées de 20-24 ans. Les jeunes auraient ainsi recours à leur premier avortement de plus en plus tôt comparativement aux femmes plus âgées.

Tableau 5: Calendrier du premier avortement selon les générations

% de femmes ayant eu recours à un premier avortement à	Ensemble	G 45-49	G 40-44	G 35-39	G 30-34	G 25-29	G 20-24	G 15-19
15 ans	0,6	0	0	0,2	0,5	0,9	0,4	4,2
20 ans	13,5	4,1	5,3	10,2	10,5	14,7	21,8	55,5
25 ans	26,2	8,9	14,0	19,5	21,0	32,8	42,5	----
30 ans	31,8	12,2	19,9	25,0	28,9	38,0	----	----
35 ans	35,5	16,2	24,9	28,9	33	----	----	----
<i>Effectifs des femmes ayant eu un 1^{er} avortement</i>	<i>1047</i>	<i>55</i>	<i>93</i>	<i>185</i>	<i>198</i>	<i>269</i>	<i>195</i>	<i>52</i>
<i>Effectifs de femmes à risque (ayant été enceinte une fois)</i>	<i>3230</i>	<i>271</i>	<i>342</i>	<i>599</i>	<i>639</i>	<i>741</i>	<i>518</i>	<i>120</i>

Source : EPAP, URD-OMS, 2002

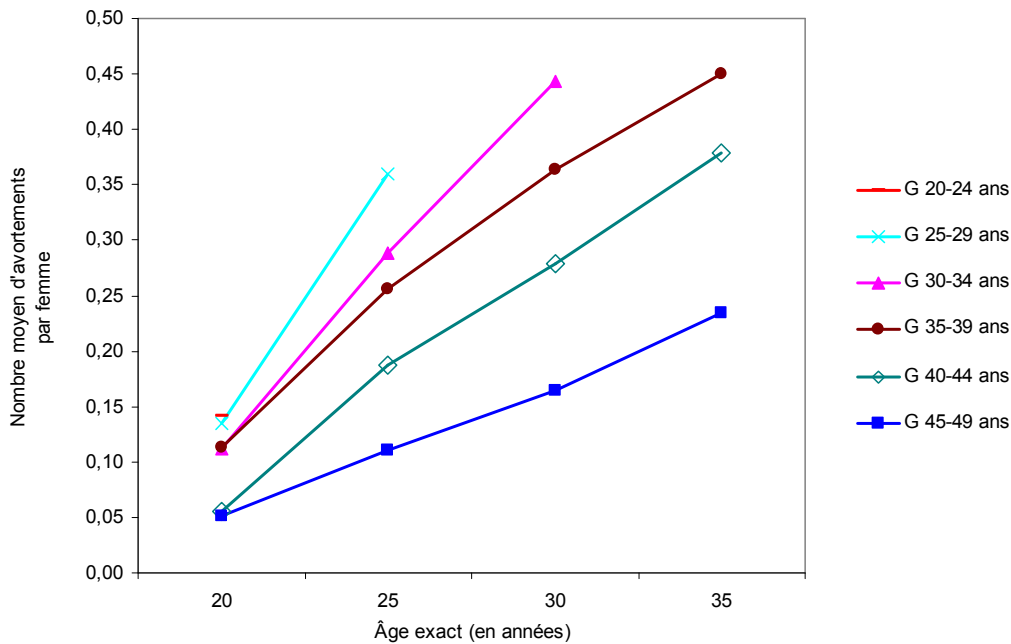
Note : La différence entre les générations a été testée avec le "Log-Rank test", $Pr > \chi^2 = 0.0000$

De même, en observant les femmes jusqu'à 35 ans, respectivement 16,2 %, 24,9 % et 28,9 % des femmes ayant été enceintes dans les générations 45-49 ans, 40-44 ans et 35-39 ans ont déjà eu leur premier avortement. Le risque d'avoir recours à un premier avortement est plus élevé chez les jeunes comparativement aux femmes plus âgées, ce qui contribue à la hausse du recours à l'avortement observée à Lomé.

Nombre moyen d'avortements effectués à chaque âge selon les générations

Tout comme le pourcentage de femmes qui ont avorté, le nombre moyen d'avortements effectués par une femme avant 20 ans augmente au fur et à mesure que la génération rajeunit (graphique 1). Il en est de même pour le nombre moyen d'avortements effectués avant 25, 30 et 35 ans.

Graphique 1 : Nombre moyen d'avortements effectués avant 20, 25, 30 et 35 ans, par génération



Source : EPAP, URD-OMS, 2002

Note : nombre moyen d'avortements effectués avant l'âge x au sein d'une génération = nombre d'avortements pratiqués avant l'âge x au sein de la génération / effectif de la génération

En effet, le nombre moyen d'avortements effectués avant 25 ans exact, n'était que de 0,11 avortement au sein de la génération des femmes âgées de 45-49 ans au moment de l'enquête alors qu'il équivaut respectivement à 0,19 ; 0,26 ; 0,29 et 0,36 au sein des générations 40-44 ans, 35-39 ans, 30-34 ans et 25-29 ans. Les femmes qui sont déjà à la fin de leur vie féconde (génération 45-49 ans) ont eu en moyenne 0,23 avortement avant 35 ans. Cependant, les femmes âgées de 25-29 ans à l'enquête ont déjà effectué 0,36 avortement avant 25 ans. Ces résultats supposent que le recours à l'avortement est de plus en plus fréquent chez les jeunes, et que les jeunes générations auront certainement un nombre moyen d'avortements bien plus élevé à la fin de leur vie féconde que les plus anciennes.

D'importants changements sont survenus dans le calendrier et la fréquence des avortements à Lomé. Le premier avortement survient de plus en plus tôt, et le nombre moyen d'avortements est à la hausse dans les générations récentes. Ce qui traduit le fait que l'intervalle entre avortements successifs est donc plus court chez les jeunes comparativement aux femmes plus âgées. Ces

résultats peuvent s'expliquer par le désir des jeunes de retarder ou de trouver le bon moment pour être mère, de cacher des activités sexuelles pré-nuptiales (Amétépé et al., 2004; Johnson-Hanks, 2002), de poursuivre leurs études ou de prouver leur capacité à concevoir (Locoh, 1993). Les jeunes cacheraient surtout leur sexualité hors union à leurs parents dont ils craignent la réaction s'ils découvraient leur grossesse (Guillaume, 2003). Une situation économique ne permettant pas la prise en charge d'un (premier) enfant supplémentaire explique aussi ce recours fréquent à l'avortement (Amétépé et al., 2004).

Par ailleurs, une fois que le premier avortement est pratiqué, la durée écoulée avant le recours à un deuxième avortement semble plus court au sein des jeunes générations. Si l'avortement est utilisé en début de vie féconde par les plus jeunes femmes tel que nous le supposons, elles ont probablement eu des avortements rapprochés contribuant au nombre moyen élevé d'avortements et au recul de l'entrée en vie féconde. En revanche, si les femmes plus âgées avortent après avoir eu des naissances, leurs avortements pourraient être plus espacés s'ils sont intercalés par des naissances et être rares puisque ces femmes tendent vers la fin de leur vie féconde. L'absence ou l'échec de contraceptifs et le moindre accès des jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive peuvent pousser les femmes à des avortements répétitifs.

L'existence d'avortements répétitifs interpelle sur l'inefficacité des services de PF et des soins post-avortements, notamment concernant d'éventuelles restrictions selon l'âge, la parité ou le statut matrimonial des femmes lors de l'obtention des contraceptions, et concernant l'inefficacité des sensibilisations et conseils reçus après un avortement. Or, l'analyse situationnelle de 2003 révèle que les prestations relatives à la PF et à l'information, éducation et communication / communication pour un changement de comportement (IEC/CCC) en matière de PF sont disponibles dans les formations sanitaires de Lomé (Urd, 2004). Les prestations relatives aux soins après avortement sont disponibles dans 53,8 % des formations sanitaires de Lomé et devraient comprendre des conseils contraceptifs lors de la prise en charge des complications des avortements. Cependant, les femmes utiliseraient l'avortement et la contraception de façon alternative puisqu'elles sont nombreuses à ne pas utiliser de contraception ni avant, ni après les avortements (Amétépé et al., 2004). Peut être que la plupart de celles qui ont répété les avortements n'ont pas eu de complications à la suite de leurs avortements ou n'ont pas été en contact avec le système de santé lors de leur processus d'avortement ou après. Pourtant, 93 % et 94 % des prestataires enquêtés au niveau national lors de l'enquête sur l'analyse de la situation en santé de la reproduction au Togo en 2003 ont rapporté que des clientes de leur formation sanitaire

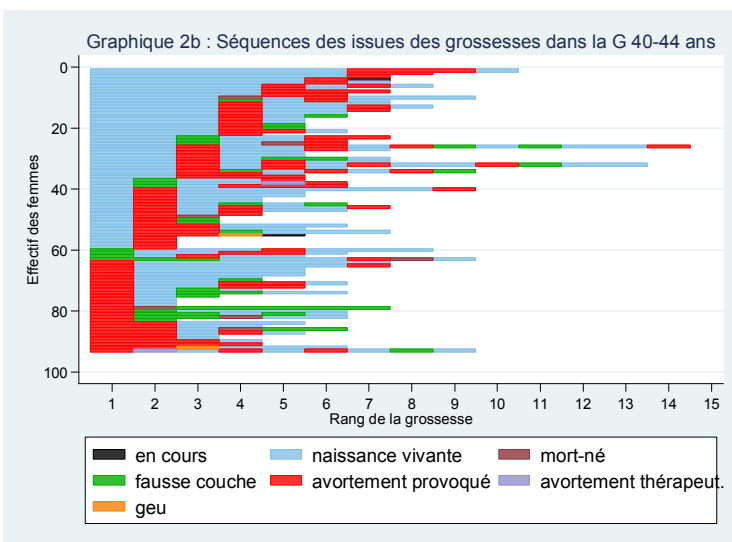
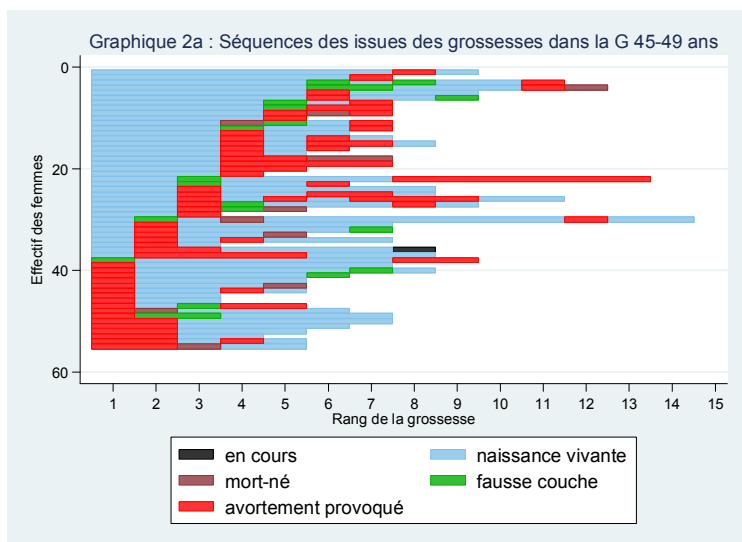
sollicitent respectivement un avortement ou des conseils sur l'avortement, et des soins post-avortement (Urd, 2004). Cela traduit un besoin en sensibilisation et services en matière d'avortement par les Togolaises. Ces constats interpellent aussi sur la nécessité de généraliser les soins post-avortements à tous les centres de santé.

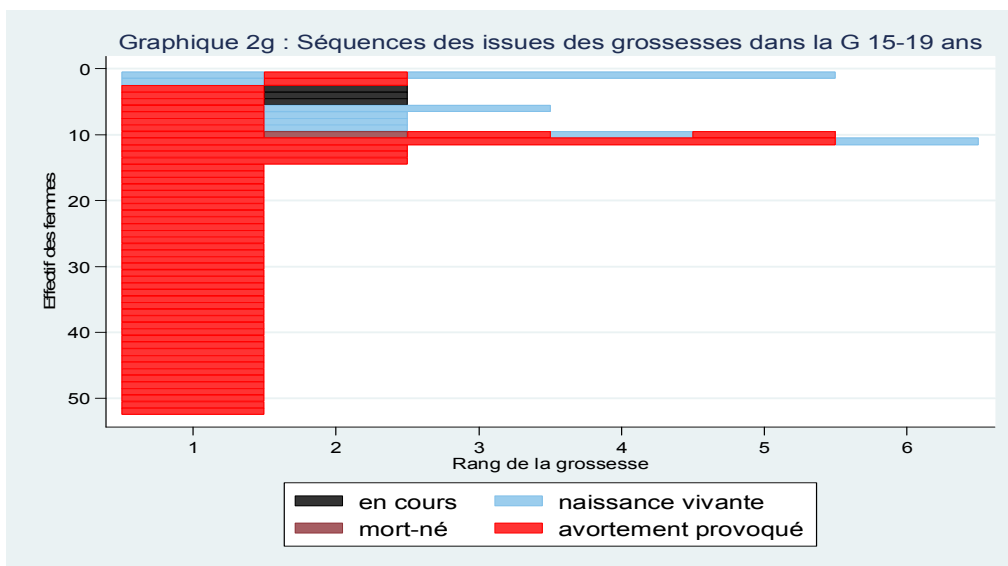
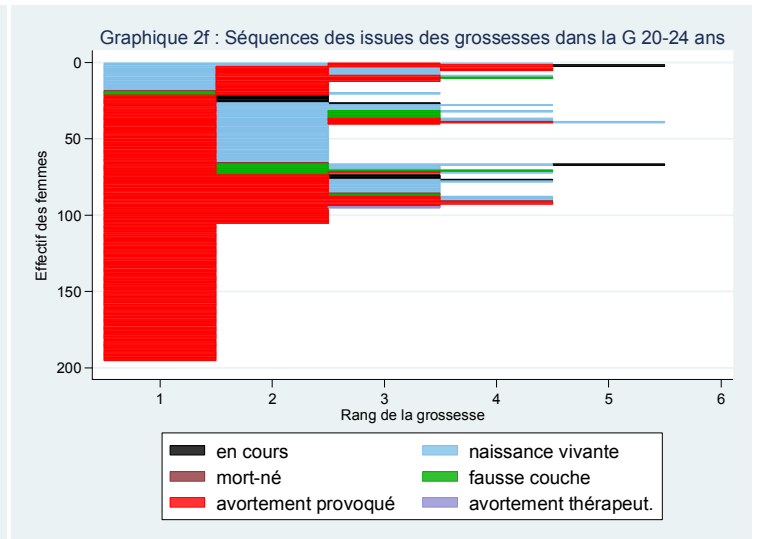
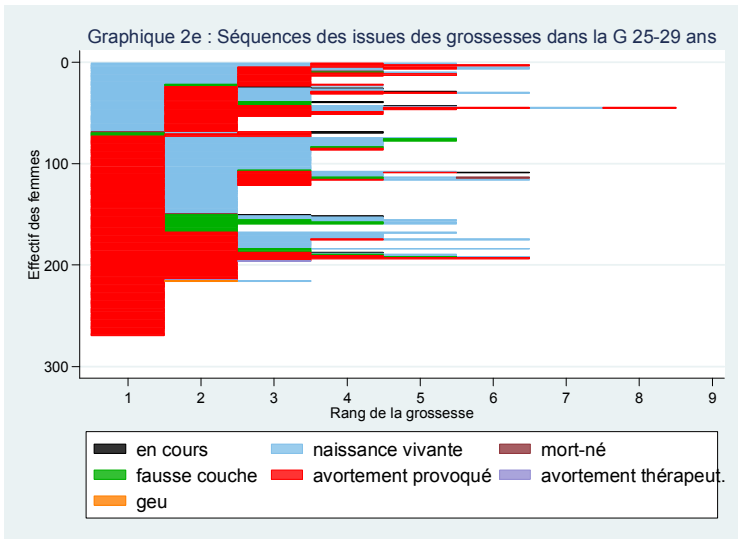
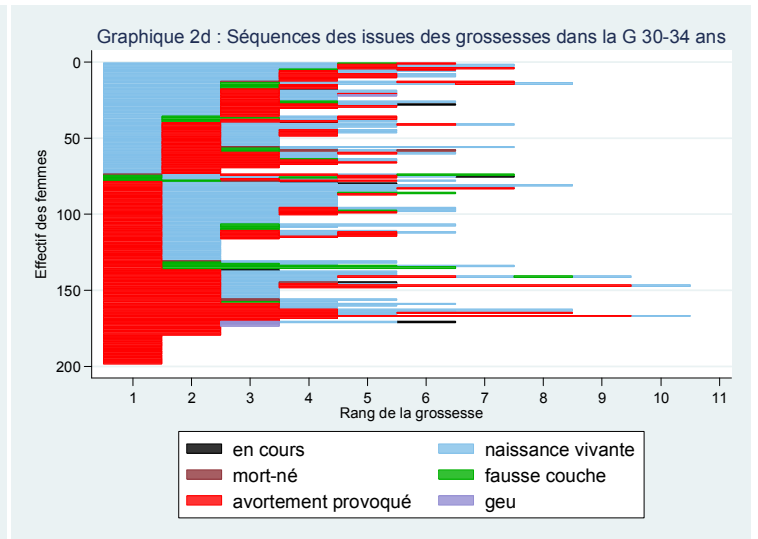
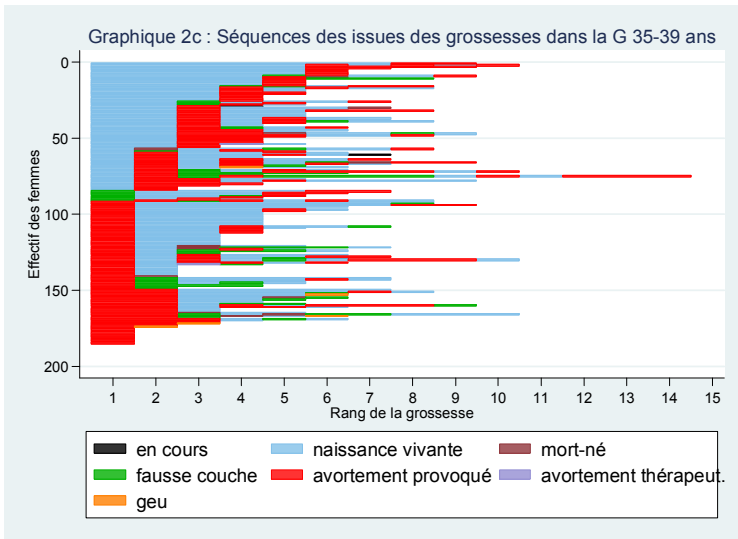
Séquence des issues des grossesses : quel usage est fait de l'avortement ?

Les femmes utilisent l'avortement pour diverses raisons selon le moment où la grossesse intervient dans leur vie. L'analyse de séquence des issues des grossesses des femmes montre que certains avortements interviennent dès le début de la vie féconde avant une 1^{ère} naissance vivante, pendant que d'autres interviennent vers le milieu ou la fin de la vie féconde après une ou plusieurs naissances. D'une façon générale, la majorité des femmes de Lomé qui ont déjà avorté l'ont fait pour repousser la première naissance (65,1 %), pendant que 41,3 % ont avorté afin d'espacer ou de limiter les naissances. Comme nous pouvons le remarquer, certaines femmes font un double usage de l'avortement en l'utilisant aussi bien lors des premières grossesses qu'après des naissances vivantes. Toutefois, cette utilisation de l'avortement peut cacher des différences selon la génération.

Afin de contrôler cet effet de génération, la série des graphiques ci-après (du graphique 2a à 2g) représente les séquences des issues des grossesses des femmes selon leur génération. Les résultats montrent un accroissement de la zone des graphiques qui représente les femmes avortant avant la naissance de leur premier enfant et une réduction de la partie des graphiques qui représente des femmes qui avortent après des naissances vivantes, à travers les générations.

Graphique 2: Séquences des issues des grossesses des femmes (TAPIS), selon la génération





Source : EPAP, URD-OMS, 2002

Note : Seules les séquences des grossesses des femmes qui ont avorté au moins une fois sont représentées sur ces graphiques. Les effectifs de ces femmes sont respectivement 55, 93, 185, 198, 269, 195 et 52 au sein des générations 45-49, 40-44, 35-39, 30-34, 25-29, 20-24 et 15-19 ans.

En effet, presque 74,5 % des femmes qui ont déjà avorté au sein de la génération 45-49 ans l'ont fait après des naissances, tandis que 30,9 % de ces femmes ont commencé leur vie féconde par des avortements. De même, 73,1 % des femmes qui ont déjà avorté au sein de la génération 40-44 ans ont avorté après des naissances, alors que près de 32,3 % de ces femmes ont avorté en début de vie féconde. Ainsi, au sein de ces deux plus anciennes générations, l'avortement s'utiliserait afin d'espacer ou de limiter les naissances. En revanche, seulement 11,3% des femmes de 20-24 ans ont avorté après des naissances alors que 90,8 % ont avorté avant la venue de la première naissance. Ces pourcentages correspondent respectivement à 5,8 % et 96,2 % au sein de la génération 15-19 ans. L'utilisation de l'avortement a ainsi changé au fil du temps en devenant un moyen pour les femmes de retarder la maternité.

Conclusions

L'objectif de cette étude a été d'estimer l'ampleur du recours à l'avortement à Lomé, d'analyser les changements intervenus dans le calendrier et le nombre moyen d'avortements selon les générations de femmes. L'étude vise aussi à déterminer le rôle de régulation des naissances que pouvait jouer l'avortement.

D'une part, les résultats montrent que tout comme à Abidjan (Desgrees Du Lou et al., 1999; Guillaume et al., 2002), environ un tiers des enquêtées âgées de 15-49 ans en 2002 à Lomé ayant été enceintes au moins une fois ont déjà avorté. Les femmes ont majoritairement recours à l'avortement à Lomé avant 30 ans. Le groupe d'âge 20-24 ans est particulièrement à risque, avec des taux et indices synthétiques d'avortement particulièrement élevés. D'autre part, la tendance du recours à l'avortement est à la hausse à Lomé.

L'augmentation du recours à l'avortement semble en partie imputable aux changements dans le calendrier des avortements car le premier avortement se pratique de plus en plus tôt. Le temps écoulé entre les avortements est également plus court et les jeunes générations ont, à âge égal, déjà pratiqué un nombre moyen d'avortements plus important que leurs aînées.

Contrairement à l'utilisation d'espacement des naissances qui est souvent faite de la contraception en Afrique Subsaharienne (Westoff et al., 2000), l'avortement est utilisé à Lomé afin de repousser la venue de la 1^{ère} naissance principalement au sein des jeunes générations car le poids de l'avortement par rapport aux naissances est important en début de vie féconde. En revanche, il vise à espacer et limiter les naissances au sein des générations plus anciennes. Ces

résultats confirment l'idée selon laquelle une partie de la régulation des naissances serait assurée à Lomé par des avortements (Locoh, 1994).

Les hypothèses qui ont été testées dans cet article ont donc été confirmées par les analyses. En d'autres termes, le recours à l'avortement s'est accru à Lomé avec une précocité et une plus grande fréquence au sein des jeunes générations comparée aux anciennes. Pour les jeunes générations, l'avortement permet de retarder la première naissance alors que les femmes des plus vieilles générations utilisaient l'avortement plutôt pour espacer et/ou limiter les naissances.

Bien que la législation sur l'avortement au Togo soit restrictive et que la perception de l'avortement demeure très conservatrice (Kouwonou, 1999), un nombre important d'avortements ont lieu à Lomé. Ce décalage entre le discours officiel et la pratique de l'avortement révèle que l'attitude face à l'avortement n'affecte pas directement la pratique de cet acte car d'autres facteurs interviennent dans le processus d'avortement. L'individualisme et le désir d'autonomie et d'indépendance vis-à-vis de la famille entraînent chez les jeunes la décision d'avorter même si l'avortement est contraire à la perception, aux normes et aux valeurs (Svanemyr et al., 2007). Certains jeunes qui dépendent encore de leurs familles avortent afin d'éviter que leur enfant soit un fardeau pour leurs parents. Aussi, les réalités socio-économiques surpassent l'idée que les femmes ont de l'avortement (Schuster, 2005). Les crises économiques que connaissent les pays africains, la difficulté de satisfaire les besoins des enfants, et la difficulté pour les jeunes de trouver du travail conduisent à des avortements. Mais surtout, la plus longue durée d'exposition au risque de grossesses pré-nuptiales entre l'âge à la puberté et l'entrée en union chez les jeunes filles qui aspirent à un niveau élevé de scolarisation, et le fait que ces dernières aient un accès difficile aux centres de PF en Afrique parce qu'elles ne sont pas mariées augmentent leur risque d'avoir recours à l'avortement (Guillaume, 2003; Olukoya, 2004). Enfin, les jeunes cacheraient leur sexualité hors union qui est socialement mal vue dans la société (Guillaume, 2003).

Malgré les limites des données sur lesquelles elle s'appuie, l'étude a permis de confirmer l'ampleur et l'augmentation du recours à l'avortement à Lomé notamment parmi les jeunes générations. Il serait donc primordial de cibler les jeunes en vue d'une réduction des avortements. Une sensibilisation par la diffusion des informations en matière de contraception et par l'éducation sexuelle de cette sous population doit débiter dès l'âge de la puberté afin d'éviter une pratique précoce des avortements. Elle doit se faire dans les hôpitaux, tout comme au sein de la population notamment dans les centres de formation et d'apprentissage, à l'école mais aussi

hors-école, à travers l'information par les pairs afin de réduire les risques de répétition d'avortement et l'utilisation de l'avortement comme un mode de régulation des naissances. Enfin, l'utilisation par des jeunes du centre de la jeunesse ATBEF (Association Togolaise pour le Bien-Être Familial) de Lomé, créé en 1998, s'est accrue entre 1998 et 2001 mais reste faible. Tout comme le conclue l'étude portant sur l'évaluation de ce centre, il est nécessaire de créer d'autres centres pour jeunes à Lomé afin d'accroître leur accès aux services de PF et de santé reproductive (Speizer et al., 2004).

L'avortement demeurant clandestin et étant parfois suivi de complications médicales graves, nos résultats interpellent également sur l'inefficacité des services de planification familiale (PF), notamment la sensibilisation et les conseils visant une (meilleure) utilisation des contraceptions, et sur la nécessité de généraliser les soins post-avortements à tous les centres de santé.

ANNEXES

Tableau 1 : Les formules permettant le calcul des indices des principaux déterminants proches de la fécondité et des éléments rentrant dans l'application de la méthode résiduelle

Indices et taux	Formules	Signification de certains éléments
Indice de mariage C_m	$C_m = \frac{\sum f(a)}{\sum (f(a)/m(a))}$	$f(a)$ = taux de fécondité par groupe d'âge $m(a)$ = proportion de femmes ayant déjà été en union par groupe d'âge (Johnston, 1999)
Indice de contraception C_c	$C_c = 1 - (1,08 \times e \times \mu)$ avec $e = \frac{\sum (e(m) \times \mu(m))}{\mu}$	μ = prévalence contraceptive* e = efficacité de la contraception (m) = méthode contraceptive
Indice d'insusceptibilité postpartum C_i	$C_i = \frac{20}{18,5 + i}$	i = durée moyenne d'abstinence en mois
Taux de fécondité biologique TF	$TF = 15,3$	
Indice synthétique de fécondité ISF	$ISF = \sum f(a)$	$f(a)$ = taux de fécondité par groupe d'âge
Indice de l'avortement provoqué C_a	$C_a = \frac{ISF}{(TF \times C_m \times C_c \times C_i)}$	
Indice synthétique d'avortement ISA	$ISA = \frac{\left[\left(\frac{ISF}{C_a} \right) - ISF \right]}{0,4 \times (1 + \mu)}$	μ = prévalence contraceptive
Taux annuel d'avortement	$Taux = 1000 \times \frac{ISA}{35}$	

Sources : (Bongaarts, 1982 ; Johnston, 1999 ; Rossier, 2003)

* Les prévalences contraceptives sont calculées parmi les femmes sexuellement actives au moment de l'enquête

BIBLIOGRAPHIE

- AGI. 2006. "Facts on Unwanted Pregnancy and Induced Abortion in Nigeria." New York: The Alan Guttmacher Institute, 2 p.
- AGI et WHO. 2007. "Facts on Induced Abortion Worldwide." New York: The Alan Guttmacher Institute, 2 p.
- AKIN A. 1999. "Cultural and Psychosocial factors affecting contraceptive use and abortion in two provinces of Turkey." Pp. 190-211 in *Abortion in the developing world*, édité par Axel I. MundigoCynthia Indriso et Organisation mondiale de la santé, (EDS). London, Zed Books 498p.
- AMEGEE K. 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, Université Montesquieu-Bordeaux IV.
- AMEGEE K., BOUKPESSI B., et al. 2001. "Les déterminants de la baisse de la fécondité au Togo entre 1988 et 1998." Pp. 11-66 in *Analyse approfondie des données de la seconde Enquête Démographique et de Santé du Togo*, édité par K. Vignikin et D. Gbétoglo, (EDS). Lomé, Les dossiers de l'URD n°5.
- AMEGEE L.K. 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*, édité par A. Guillaume, Desgrees du Loû, A., Zanou B, Koffi N. (Ed.) (EDS). Abidjan, Côte d'Ivoire, ENSEA, FNUAP, IRD 366p.
- AMÉTÉPÉ F. et BÉGUY D. 2004. "Utilisation de la contraception moderne et recours à l'avortement provoqué : deux mécanismes concurrents de régulation des naissances?" Présenté *Santé de la reproduction au Nord et au Sud : de la connaissance à l'action*, organisé par 17-20 novembre, Chaire Quételet, Louvain-la-Neuve, 23p.
- ANTOINE P. et BEGUY D. 2005. "Contexte économique et constitution de la famille en milieu urbain africain: le cas de Dakar et Lomé." Présenté au XXV^{ème} congrès international de la population, organisé par l'Union Internationale pour l'Etude Scientifique de la Population (UIESP), 18-23 juillet 2005, Tours, France, 24p.p.

- BANKOLE A., SINGH S., et al. 1998. "Reasons Why Women Have induced Abortion: Evidence from 27 countries." *International Family Planning Perspectives* 24 (3):117-127&152.
- . 1999. "Characteristics of Women who obtain Induced Abortion: A worldwide review " *International Family Planning Perspectives* 25 (2):68-77.
- BONGAARTS J. 1982. "The Fertility-inhibiting Effects of the Intermediate Fertility Variables." *Studies in Family Planning* 13 (6/7):179-189.
- . 1997. "Trends in Unwanted Childbearing in the Developing World." *Studies in Family Planning* 28 (4):267-277.
- BONGAARTS J. et POTTER R.G. 1983. "*Fertility, biology, and behavior: an analysis of the proximate determinants.*" New York ; Academic Press, Toronto: collection "Studies in Population", 230 p.
- BRZINSKY-FAY C., KOHLER U., et al. 2006. "Sequence analysis with Stata." *The Stata Journal* 6(4):435-460.
- BULUT A. et TOUBIA N. 1999. "Abortion services in two public sector hospitals in Istanbul, Turkey: How well do they meet women's needs?" Pp. 259-278 in *Abortion in the developing world*, édité par Axel I. Mundigo Cynthia Indriso et Organisation mondiale de la santé, (EDS). London, Zed Books 498p.
- CALVÈS A.-E. 2002 "Abortion risk and abortion decision making among youth in urban Cameroon." *Studies in Family Planning* 33 (3):249-260.
- DALLA ZUANNA G. 2002. "L'avortement Provoqué." Pp. 283-301 in *Démographie : analyse et synthèse, vol II, Les déterminants de la fécondité*, édité par J. Vallin et G. Wunsch / sous la direction de G. Caselli, édition de l'INED 460p.
- DESGREES DU LOU A., MSELLATI P., et al. 1999. "Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan. Une cause de la baisse de la fécondité?" *Population* 54(3):427-446
- FOREIT K.G. et NORTMAN D.L. 1992. "A Method for Calculating Rates of Induced Abortion." *Demography* 29 (1):127-137.
- GBÉTOGLO K.D. et BOUKPÉSSI B. 2004. "L'avortement provoqué chez les adolescentes à Lomé : Conditions de recours et motifs " Présenté *Santé de la reproduction au Nord et au Sud : de la connaissance à l'action*, organisé par 17-20 novembre Chaire Quételet, Louvain-la-Neuve, 30 p.
- GUILLAUME A. 2000. "L'avortement en Afrique : mode de contrôle des naissances et problème de santé publique." *La Chronique du CEPED*(n°37):4p.
- . 2003. "Le rôle de l'avortement dans la transition de la fécondité à Abidjan au cours des années 1990." *Population* 58 (6):741-771.
- . 2004a. "Fréquence et conditions du recours à l'avortement." Pp. 73 – 94 in *Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique*, édité par Agnès Guillaume et Myriam Khlat, Les collections du CEPED 163p.
- , 2004b, "L'avortement en Afrique : une revue de la littérature des années 1990 à nos jours, Cdrom." Centre Population et Développement,
- , 2005, "L'Avortement Provoqué en Afrique : Un problème mal connu, lourd de conséquences." dans la série *La série "Santé de la reproduction, fécondité et développement"*. Document de recherche n°7, 24 p.
- GUILLAUME A. et DESGREES DU LOU A. 2002. "Fertility regulation among women in Abidjan, Côte d'Ivoire: Contraception, abortion or both?" *International Family Planning Perspectives* 28 (3):159 – 166.
- GUILLAUME A. et LERNER S. 2007. "L'avortement en Amérique Latine et dans la Caraïbe." *La Chronique du CEPED* (n°55): 5p.
- HENSHAW S.K., SINGH S., et al. 1999a. "The Incidence of Abortion Worldwide." *International Family Planning Perspectives* 25 (Supplement):S30-S38.
- . 1999b. "Recent trends in Abortion rates worldwide." *International Family Planning Perspectives* 25 (1):44 – 51.
- HESS R.F. 2007. "Women's Stories of Abortion in Southern Gabon, Africa." *Journal of Transcultural Nursing* 18 (1):41-48.
- HEWETT P.C., MENSCH B.S., et al. 2004. "Consistency in the reporting of sexual behavior by adolescent girls in Kenya: A comparison of interviewing methods." *Sexually Transmitted Infections* 80(Supplement 2):ii43-ii48.
- HORD C.E., BENSON J., et al. 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*, édité par Ina K. WARRINER et Iqbal H. SHAH, (EDS). New York, Guttmacher Institute 243p.
- JOHNSON-HANKS J. 2002. "The lesser shame: abortion among educated women in southern Cameroon." *Social Science & Medicine* 55(8):1337-1349.
- JOHNSTON H.B. 1999. "Induced Abortion in the Developing World : Evaluating an indirect estimation technique." School of Hygiene and public health, Johns Hopkins University.
- JOHNSTON H.B. et HILL K.H. 1996. "Induced Abortion in the Developing World: Indirect Estimates " *International Family Planning Perspectives* 22 (3):108-114 & 137.
- JOLLY C. et GRIBBLE J.N. 1996. "Les déterminants proches de la fécondité." Pp. 71-117 in *Changements démographiques en Afrique sub-saharienne*, édité par K. FooteK. Hill et L.G. Martin, (EDS). Paris, Institut National d'Etudes Démographiques coll. Travaux et documents, cahier 135.
- JONES R.K. et KOST K. 2007. "Underreporting of induced and spontaneous abortion in the United States: An analysis of the 2002 National Survey of Family Growth." *Studies in Family Planning* 38(3):187-197.
- KOUWONOU K. 1999. "Famille et Procréation au Sud-Est Togo: De nouvelles stratégies. Une analyse textuelle des entretiens de groupe." *Les dossiers du Ceped* n°55:50p.
- LARA D., GARCIA S.G., et al. 2006. "The Measure of Induced Abortion Levels in Mexico Using Random Response Technique." *Sociological Methods & Research* 35(2):279-301.
- LARA D., STRICKLER J., et al. 2004. "Measuring Induced Abortion in Mexico: A Comparison of Four Methodologies." *Sociological Methods & Research* 32(4):529-558.
- LOCOH T. 1993. "Débuts de la transition de la fécondité et mutations familiales en milieu urbain africain : le cas de Lomé (Togo)." Pp. 175-196 in *Population, reproduction, sociétés. Perspectives et enjeux de démographie sociale. Mélanges en l'honneur de Joel W. Gregory*, édité par Dennis D. (dir.) CordellDanielle (dir.) GauvreauRaymond R. (dir.) Gervais, et al., (EDS). Montréal (CA), Les Presses de l'Université de Montréal
- . 1994. "Will the decline in fertility in Sub-saharan Africa last? A time of uncertainty." Pp. 105-133 in *the onset of fertility transition in Sub-saharan Africa*, édité par T. LocoH et V. Hertrich, (EDS). Liège, IUSSP, Derouaux Ordina Editions 308p.
- . 2003. "Baisse de la fécondité et Mutations Familiales en Afrique Sub-Saharienne." Pp. 129-158 in *Questions de population au Mali*, édité par Véronique Hertrich et Kéïta Seydou, (EDS). Bamako, Mali, Le Figuier/ UNFPA-Mali 293p.
- MENSCH B.S., GRANT M.J., et al. 2006. "The changing context of sexual initiation in sub-saharan africa." *Population and Development Review* 32 (4):699-727.
- MENSCH B.S., HEWETT P.C., et al., 2008, "Sexual Behavior and STI/HIV Status Among Adolescents in Rural Malawi: An Evaluation of the Effect of Interview Mode on Reporting." dans la série *Poverty, Gender, and Youth*. Working Paper n°. 8, 34 p.
- OLUKOYA P. 2004. "Reducing Maternal Mortality from Unsafe Abortion among Adolescents in Africa." *African Journal of Reproductive Health* 8(1):57-62.
- OUEDRAOGO C. et PICTET G., 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 (BF), 55.
- OYE-ADENIRAN B.A., ADEWOLE I.F., et al. 2004. "Characteristics of abortion care seekers in South-Western Nigeria." *African Journal of Reproductive Health* 8(3):81-91.
- . 2005. "Induced abortion in Nigeria: Findings from focus group discussion." *African Journal of Reproductive Health* 9(1):133-141.
- PALLIKADAVATH S. et STONES R.W. 2006. "Maternal and Social Factors Associated with Abortion in India : A Population-Based Study." *International Family Planning Perspectives* 32 (3):120-125.
- PLUMMER M.L., WAMOYI J., et al. 2008. "Aborting and suspending pregnancy in rural Tanzania: An ethnography of young people's beliefs and practices." *Studies in Family Planning* 39(4):281-292.
- POWELL-GRINER E. et TRENT K. 1987. "Sociodemographic determinants of abortion in the United States." *Demography* 24(4):553-561.
- ROSSIER C. 2003. "Estimating Induced Abortion Rates : A Review " *Studies in Family Planning* 34 (2):87-102.

- . 2004. "Quantifier les avortements clandestins : un état de la recherche " Présenté Santé de la reproduction au Nord et au Sud: De la connaissance à l'action, organisé par 17-20 novembre Chaire Quételet, Louvain La Neuve 23p.
- . 2005. "Avortement provoqué et baisse de la fécondité en Afrique de l'Ouest." Présenté conférence virtuelle « La régulation de la fécondité en Afrique. Transformations et différenciations au tournant du XXIe siècle », organisé par 10 - 14 octobre, 2005,
- ROSSIER C., GUIELLA G., et al. 2006. "Estimating clandestine abortion with the confidants method - results from Ouagadougou, Burkina Faso." *Social Science & Medicine* 62 (1):254-266.
- ROSSIER C., MICHELOT F., et al. 2007. "Modeling the process leading to abortion: An application to French Survey Data." *Studies in Family Planning* 38(3):163-172.
- SCHUSTER S. 2005. "Abortion in the moral world of the Cameroon grassfields." *Reproductive Health Matters* 13(26):130-138.
- SHAH I.H. et Ahman E. 2004. "Age patterns of unsafe Abortion in developing country regions." *Reproductive Health Matters* 12(24 Supplement):9-17.
- SILBERSCHMIDT M. et RASCH V. 2001. "Adolescent girls, illegal abortions and "sugar-daddies" in Dares Salaam: vulnerable victims and active social agents." *Social Science & Medicine* 52(12):1815-1826.
- SINGER J.D. et WILLETT J.B. 2003. "*Applied Longitudinal Data Analysis: Modeling Change and Event Occurrence.*" New York: Oxford University Press, 644 p.
- SPEIZER I.S., KOUWONOU K., et al. 2004. "Evaluation of the ATBEF Youth Centre in Lome, Togo." *African Journal of Reproductive Health* 8(3):38-54.
- SVANEMYR J. et SUNDBY J. 2007. "The social context of induced abortions among young couples in Côte d'Ivoire." *African Journal of Reproductive Health* 11(2):13-23.
- TURKI R., FERRAND M., et al. 2002. "Femme migrantes ou issues de l'immigration maghrébine: un rapport spécifique à la contraception?" Pp. 303-336 in *De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues*, édité par Nathalie BAJOS Michèle FERRAND et L'équipe GINE, (EDS). Paris, INSERM 348p.
- UNITED NATIONS. 2007. "World abortion policies (wall chart)." United Nations, / Department of economic and social affairs / Population division.
- URD, 2004, "Analyse de la situation en santé de la reproduction au Togo." Unité de Recherche Démographique (URD) de l'Université de Lomé, Lomé, Rapport de l'étude, Fascicule 1 : résultats de l'enquête dans les formations sanitaires, 73 p.
- URD et 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. URD, DGSCN, Lomé, Togo, 13.
- URD et OMS, 2002a, "Enquête sur la Planification Familiale et l'Avortement Provoqué à Lomé (EPAP, 2002)." dans la série *Manuel d'instructions aux agents enquêteurs*. Unité de Recherche Démographique, Lomé, 31 p.
- , 2002b, "Enquête sur la Planification Familiale et l'Avortement Provoqué à Lomé (EPAP, 2002)." Manuel d'instructions aux agents enquêteurs, Lomé, Unité de Recherche Démographique/Université du Bénin, 31p.
- VIGNIKIN K. et ADJIWANOU V., 2004, "Impact de l'avortement provoqué sur la descendance des femmes a Lomé." Unité de Recherche Démographique/Université du Bénin, Togo, Rapport présentant les résultats de l'Enquête sur la Planification et l'Avortement Provoqué à Lomé de 2002 (EPAP), 34p.
- VIGNIKIN K., GBÉTOGLO D., et al. 2005. "La régulation de la fécondité au Togo : l'effet de l'urbanisation et de l'instruction " Présenté à la Conférence virtuelle sur "La régulation de la fécondité en Afrique : Transformations et différenciations au tournant du XXIe siècle" organisé par le GRIPPS et le LPED, 10 - 14 octobre, 24p.
- WESTOFF C.F. et BANKOLE A. 2000. "Trends in the demand for family limitation in developing countries." *International Family Planning Perspectives* 26(2):56-62+97.
- ZAMUDIO L., RUBIANO N., et al. 1999. "The incidence and social and demographic characteristics of abortion in Colombia." Pp. 407-446 in *Abortion in the developing world*, édité par Alex I. Mundigo et Cynthia Indriso, (EDS). New Delhi, World Health Organization 498p.