

Normes vis-à-vis du recours à l'avortement et de sa légalisation à Lomé (Togo) : L'opinion des femmes et des professionnels de la santé

Afiwa N'BOUKE
Département de démographie, Université de Montréal
afiwa.nbouke@umontreal.ca

Résumé

Au Togo, bien que la loi en vigueur sur l'avortement soit restrictive et que l'avortement soit considéré comme un "acte criminel", il semble être très utilisé à Lomé, surtout par les jeunes. Cet article, en se basant sur les données de l'EPAP, s'intéresse aux normes entourant le recours à l'avortement dans la capitale telles que perçues par le personnel de trois centres de santé et par des femmes ayant avorté ou non. En plus du volet quantitatif réalisé auprès de 4755 femmes, l'Enquête sur la planification familiale et l'avortement provoqué à Lomé (EPAP) effectuée en 2002 comporte un volet qualitatif composé de dix groupes de discussions de femmes et de onze entretiens individuels de membres du personnel de santé. Les sujets abordés par l'enquête portent sur les perceptions concernant l'accessibilité et la disponibilité de la contraception, l'avortement, la législation en vigueur au Togo, les facteurs motivant les femmes à avorter, les conséquences sociales et sanitaires qui en découlent ainsi que sur la prise en charge prévue en cas de complications des avortements.

Les résultats de l'analyse révèlent une large stigmatisation de l'avortement dans les deux groupes interrogés. Bien que le recours à l'avortement soit largement stigmatisé, plusieurs professionnels de la santé et quelques femmes trouvent des avantages à la légalisation de la pratique qui permettra de réduire des avortements à risque. L'opinion des femmes sur la légalisation de l'avortement varie selon les caractéristiques des femmes. La majorité des professionnels de la santé déclarent que les méthodes contraceptives sont disponibles et accessibles à Lomé et que la prise en charge des complications d'avortement déboucherait sur la mise automatique sous contraception. Toutefois, selon les propos de la plupart des femmes, des obstacles entravent l'utilisation de la contraception notamment le manque d'information dans certains cas, mais surtout l'opposition du partenaire à la contraception, la peur des effets secondaires. Enfin, les femmes interrogées dénoncent en majorité le rôle joué par les parents et les hommes dans la décision d'avorter, l'accord de ces derniers étant « primordial ». La plupart des femmes déclarent qu'en cas de refus du partenaire, la femme « devra garder la grossesse ».

Introduction

L'avortement à risque intervenant dans la régulation des naissances, est un problème majeur de santé publique, sexuelle et reproductive qui entraîne des conséquences médicales dans des contextes d'illégalité et de déficience des conditions sanitaires (Guillaume, 2005; Mundigo, 1992). Il est une cause importante de mortalité maternelle en Afrique (Olukoya, 2004; Oye-Adeniran et al., 2004) puisque 13 % des décès maternels sont attribuables aux complications des avortements (Hord et al., 2006), les conditions des avortements étant principalement non médicalisées¹ (Calvès, 2002; Gbétoglo et al., 2004; Guillaume et al., 2002). Ce n'est qu'en cas d'échec ou de complications que les femmes terminent les avortements dans des hôpitaux ou centres de santé par curetage (Amegee, 2002; Oye-Adeniran et al., 2005).

Le contexte légal et social tout comme les normes vis-à-vis de l'avortement sont des déterminants majeurs des avortements à risque (Mundigo, 2006). L'environnement social et familial et le degré de tolérance vis-à-vis des grossesses pré-nuptiales, hors mariages ou rapprochées influencent leur issue (Amegee, 2002; Ouedraogo et al., 2001). La stigmatisation vis-à-vis des grossesses "hors normes" pousse les femmes à se tourner vers l'avortement (Akin, 1999; Bulut et al., 1999) pour ne pas être mal perçues et pour éviter un scandale ou la honte à leur famille (Gbétoglo et al., 2004; Guillaume, 2004; Oye-Adeniran et al., 2005). Les grossesses pré-nuptiales résultant du report de l'entrée en union et d'un accès difficile en Afrique des jeunes célibataires aux services de santé reproductive et à la contraception, sont qualifiées de "honteuses" en Afrique de l'Ouest (Locoh, 1994; Rossier et al., 2006; Silberschmidt et al., 2001). Elles sont souvent terminées par un avortement car les jeunes ne sont pas mariées, ni prêtes à assumer le rôle de mère (Powell-Griner et al., 1987). Au Togo, les adolescents et les jeunes utilisant surtout le préservatif masculin (Anipah et al., 1999) sont à risque d'avorter car elles n'ont pas souvent accès aux services de planification familiale (PF), de santé maternelle et infantile, ni à des informations sur la santé reproductive et sexuelle pour des raisons socioculturelles (Amegee, 2002). Une étude pourtant sur l'évaluation du centre de la jeunesse ATBEF (Association Togolaise pour le Bien-Être Familial) créé en 1998 à Lomé, montre que la fréquentation du centre par les jeunes, souvent non mariés et résidant près du centre, s'est accrue entre 1998 et 2001 mais reste faible (Speizer et al., 2004).

La loi sur l'avortement au Togo était la loi française de 1920 qui autorisait l'avortement seulement si la vie de la femme était en danger. Une autre loi du 16 mai 1984 sur la protection de

¹ Des méthodes d'avortement non médicalisées souvent utilisées sont : la médecine traditionnelle et des herbes, des pilules et l'automédication, des douches faites de substances à base de plante, des insertions vaginales de plante mélangée à du kaolin, l'aspirine ou sédaspir plus du coca-cola chaud, permanganate, vinaigre plus vin, infusion de feuilles de plantes, introduction d'ovules de feuilles dans le vagin...

la jeune fille punit toute personne qui contribue 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, ou lorsqu'il existe un haut risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une affection grave. Bien qu'ayant progressé depuis 2006, la loi sur l'avortement au Togo demeure restrictive. Par ailleurs, l'avortement est vu dans la société togolaise comme un « acte criminel » (Kouwonou, 1999). Toutefois, il est souvent utilisé et semble réduire le nombre d'enfants à Lomé (Amegee et al., 2001; Locoh, 1993; Vignikin et al., 2004). De plus, la part de l'avortement dans la mortalité maternelle semble importante à Lomé surtout chez les adolescentes (Locoh, 1993) puisque l'avortement se pratique clandestinement et dans des conditions dangereuses (Amegee, 1999; Amétépé et al., 2004; Gbétoglo et al., 2004) afin de cacher une sexualité hors union.

Le contexte social et culturel notamment la crainte d'une stigmatisation sociale ou de sanctions légales et religieuses conduit les femmes en général et les jeunes en particulier à prendre des risques sanitaires en avortant clandestinement et à sous-déclarer leurs avortements (Plummer et al., 2008). Dans un contexte d'avancée de la modernisation, de la scolarisation, de l'emploi et de l'autonomie des femmes, de crise sociopolitique et économique, de recul de l'âge au mariage, de moindre demande d'enfants, de moindre pratique de l'allaitement et de l'abstinence, et de forte demande de moyens de régulation des naissances qui prévaut dans de nombreuses villes africaines (Beguy, 2004; Locoh, 1993; Rossier et al., 2006), il est alors essentiel de connaître l'attitude face à l'avortement à Lomé et de comprendre les normes qui y prévalent.

Les professionnels de la santé, souvent prestataires de soins après-avortement sont des acteurs du processus menant à un avortement (Rossier, 2004). Nous combinons les données quantitatives collectées auprès de 4755 femmes sur leur pratique contraceptive et leurs attitudes face à la légalisation de l'avortement, les discussions de dix groupes de femmes et des entretiens individuels réalisés auprès de onze membres du personnel de service de PF et de service de gynécologie de trois centres de santé à Lomé. Cette étude vise à mieux comprendre les attitudes et normes qui entourent le recours à l'avortement à Lomé en confrontant les opinions des femmes ayant avorté ou non et celles des professionnels de la santé sur l'avortement et sur sa légalisation. Peu d'études ayant été menées sur les facteurs associés à l'attitude face à l'avortement ou à sa légalisation en Afrique, l'étude mettra l'accent sur les facteurs associés à l'attitude des femmes

face à la légalisation de l'avortement. Le difficile accès aux contraceptions pouvant augmenter les risques d'avortement surtout chez les jeunes, l'étude abordera aussi le contexte de disponibilité et d'accessibilité des contraceptions tel que perçu par les professionnels de la santé et les femmes à Lomé. Le rôle joué par d'autres acteurs pouvant conditionner l'accès à l'avortement, nous examinerons enfin l'opinion des femmes sur l'implication des hommes et des parents dans la décision concernant l'issue d'une grossesse non désirée.

Attitudes face à l'avortement et à sa légalisation en Afrique

L'avortement à risque est utilisé dans plusieurs pays africains principalement dans les villes, alors que la majorité des populations semble se prononcer contre cette pratique à cause de son caractère « illégal, immoral et dangereux » (Plummer et al., 2008; Schuster, 2005). Cette opposition à l'avortement est aussi liée à l'importance de la procréation qui est un élément de « reconnaissance sociale, de respect et un devoir social » dans les sociétés africaines (Kouwonou, 1999). La maternité fait la grandeur de la femme et fait honneur à sa famille (De La Torre, 1991). De plus, les enfants mis au monde dans un couple sont perçus comme contribuant à l'accroissement de la société et à la stabilité du couple (Vignikin, 2007). Une place plus importante dans la société est même conférée aux couples qui ont un plus grand nombre d'enfants. Par opposition, une femme stérile est souvent marginalisée et considérée comme ayant un statut social inférieur comparée aux autres femmes (Locoh, 1984). Toutefois, une minorité de personnes accepte l'avortement ou le tolère en cas de grossesses issues d'adultère (Rossier, 2007) ou dans des situations difficiles de la vie (Plummer et al., 2008).

L'opinion des populations sur l'avortement ou sur sa légalisation varie selon leurs caractéristiques, leur expérience de l'avortement et le recours de leur entourage. Peu d'études ont été menées sur l'attitude face à la légalisation de l'avortement et sur les facteurs associés à l'attitude face à l'avortement ou à sa légalisation en Afrique. Toutefois une étude a été menée au Burkina-Faso sur les attitudes face à l'avortement et à la contraception auprès de 1522 hommes et femmes en milieu rural et auprès de 1380 hommes et femmes à Ouagadougou (Rossier, 2007). L'étude, basée sur un indicateur de tolérance, montre à partir d'une régression linéaire que l'âge, l'affiliation religieuse, le fait d'avoir migré, le statut matrimonial, le niveau d'instruction, le fait d'être riche, l'ethnie et le sexe sont associées à l'attitude face à l'avortement (Rossier, 2007).

Selon cette étude, l'âge et le statut matrimonial n'influencent pas significativement l'attitude face à l'avortement à Ouagadougou. Cependant, les plus jeunes et les mariés sont plus aptes à tolérer l'avortement en milieu rural Burkinabé (Rossier, 2007). À Ouagadougou, les musulmans et les

individus d'autres religions tolèrent plus l'avortement que les chrétiens, toute chose égale par ailleurs. Il est aussi plus probable que les personnes fortement éduquées tolèrent l'avortement comparativement aux personnes qui ne sont pas instruites (Rossier, 2007). Wang (2004) explique cette relation par le fait qu'un niveau d'instruction élevé est associé à un nombre idéal réduit d'enfants qui augmenterait significativement le degré de tolérance vis-à-vis de l'avortement. Enfin, les plus riches et les femmes accepteraient plus l'avortement que les autres, toute chose égale par ailleurs (Rossier, 2007).

D'autres études portant sur les Etats-Unis (Strickler et al., 2002; Wang, 2004) et sur certains pays d'Amérique Latine (Yam et al., 2006) révèlent également une association entre la religiosité, le revenu, le lieu de résidence à 16 ans, la taille idéale de la famille, la connaissance de la loi sur l'avortement ou l'expérience de l'avortement et l'attitude face à l'avortement ou à sa légalisation. Les femmes qui ont essayé d'avorter ou ont avorté et celles connaissant des amies qui ont déjà avorté ou ont essayé d'avorter sont plus aptes à tolérer l'avortement et à ne pas condamner l'acte (Plummer et al., 2008; Yam et al., 2006). Enfin, le fait d'avoir une bonne connaissance de la loi sur l'avortement et de soutenir le financement public de l'avortement seraient associés à une attitude d'acceptation face à la libéralisation de l'avortement (Yam et al., 2006).

Par ailleurs, le niveau d'accessibilité des contraceptions est un élément contextuel important car l'accès aux contraceptions modernes pourrait réduire le besoin en avortement, même s'il ne peut pas l'éliminer complètement (Grimes et al., 2006). L'utilisation des contraceptions modernes est faible au Togo bien que l'offre des méthodes se soit améliorée surtout dans les villes, et que les niveaux de connaissance contraceptive et le désir des couples pour une descendance réduite soient élevés (Vignikin, 2007). La peur des effets secondaires de la contraception telle que la stérilité sont souvent des obstacles à l'utilisation des méthodes par les femmes, de même que l'opposition du partenaire à la pratique contraceptive (Westoff et al., 2000). Au Togo, les femmes qui n'ont pas l'accord ou l'autorisation de leur mari et les femmes qui ne sont pas mariées sont mal reçues dans les infrastructures qui offrent les services de contraception (Kotokou, 1991; Locoh, 1993). Le fait qu'une partie de la population considère la pratique contraceptive comme synonyme d'une « vie de débauche » peut pousser les partenaires à se méfier de l'idée de leurs femmes qui veulent l'utiliser (Vignikin, 2007). De plus, certains partenaires sont réticents à utiliser le préservatif masculin qui est considéré par les hommes comme diminuant le plaisir (Bajos et al., 2002; Vignikin et al., 2004). Cette réticence des hommes à utiliser des contraceptions peut conduire à des grossesses non désirées et à des avortements.

Le partenaire ainsi que les parents participent aux prises de décisions concernant l'issue des grossesses. Des études (Henry et al., 2002; Svanemyr et al., 2007) ont montré qu'en cas d'implication des parents, ils imposent l'avortement si la fille dépend d'eux et si le partenaire ne dispose pas de moyens financiers. L'opposition des hommes à l'avortement est une des raisons pour lesquelles une majorité de jeunes Tanzaniens en milieu rural s'oppose à l'avortement (Plummer et al., 2008). Ils le trouvent inacceptable si l'auteur de la grossesse ne consent pas à l'acte. En revanche, le rôle des hommes paraît moins important dans d'autres contextes. Selon une étude qualitative menée au Burkina Faso sur l'accès aux services d'avortement, la décision des avortements se prend souvent par la femme, parfois avec l'assistance de ses amies ou relations. Le partenaire est mis au courant de la grossesse mais se désiste souvent du problème (Rossier, 2006). Une étude menée sur le Nigéria révèle que les femmes prennent en majorité la décision d'avorter et paient elles-mêmes leur avortement (Oye-Adeniran et al., 2004). Dans une étude menée à Yaoundé en revanche, Calvès (2002) montre que si le rôle des partenaires dans la décision d'avorter est limité (la majorité des femmes déclarent avoir pris la décision seules), leur implication indirecte est primordiale puisque ce sont eux qui prennent en charge les coûts de l'avortement dans la majorité des cas. Pour ces jeunes hommes, leur incapacité à assumer les responsabilités financières associées à la paternité et le fait de ne pas se sentir socialement prêts à être pères sont les raisons qui les poussent à appuyer la décision de leur partenaire à avorter. Enfin, les grossesses issues de viol ou de l'inceste et l'opposition du partenaire à la grossesse (Mundigo, 2006) constituent des situations qui impliquent les hommes et qui augmentent les risques d'avortement. Dans un tel contexte, cette étude cherchant à mieux comprendre le contexte des avortements à Lomé teste les hypothèses selon lesquelles les femmes s'opposeraient en majorité à l'avortement et à sa légalisation, il y aurait une faible accessibilité aux contraceptions, le partenaire et les parents s'impliquent fortement dans les décisions d'avorter.

Données, variables et méthodes

Source de données

Les données proviennent de l'Enquête sur la Planification familiale et l'Avortement Provoqué à Lomé (EPAP), organisée conjointement par l'Unité de Recherche Démographique (URD) de l'Université de Lomé et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). L'enquête a été réalisée de juillet à août 2002 dans la ville de Lomé et dans sa banlieue. Elle mesure l'impact de l'avortement sur les niveaux de fécondité, étudie les circonstances des avortements des femmes de Lomé et les raisons qui les amènent à cette pratique (Urd et al., 2002). Elle examine aussi le rôle de l'avortement comme mode d'espacement et/ou de limitation des naissances, les relations

entre la pratique de la PF et celle de l'avortement. Compte tenu du caractère délicat du thème de l'enquête, il a été recommandé aux enquêteurs d'établir un rapport de confiance avec les enquêtées, de les interviewer seules, de mettre l'accent sur le caractère confidentiel des réponses et d'être neutre pendant l'interview (Urd et al., 2002). Contrairement à d'autres sources de données qui portent uniquement sur des femmes mariées (Henshaw et al., 1999a, 1999b) ou sur des femmes fréquentant des centres sanitaires (Guillaume, 2003), les données de l'EPAP ont été collectées auprès d'un échantillon auto-pondéré et représentatif de la population féminine âgée de 15-49 ans. L'enquête couvre donc les femmes qui ont avorté et celles qui n'ont jamais avorté. Les deux volets (quantitatif et qualitatif) que comporte l'enquête seront utilisés dans cette étude.

Le volet quantitatif repose sur un questionnaire individuel administré à 4755 femmes dans 3266 ménages. La procédure d'échantillonnage a consisté à retenir dans un premier temps, toutes les 129 grappes de Lomé grâce à la cartographie déjà existante. Dans un second temps, des 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. Finalement, toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans dans les ménages sélectionnés ont été systématiquement retenues. Les deux premiers modules du questionnaire portent sur des caractéristiques socio-économiques et démographiques des femmes, sur leur connaissance et utilisation des contraceptions. Le troisième module fournit l'historique complet des grossesses des enquêtées et leur issue, ainsi que certaines informations au moment des grossesses. Le dernier module qui comporte nos principales variables d'analyse est articulé autour des informations sur le premier et/ou le dernier avortement, des questions touchant à la connaissance de parentes ou amies ayant déjà avorté, à la connaissance de la loi togolaise sur l'avortement et aux perceptions des raisons pouvant justifier la légalisation du recours à l'avortement. Il a été ainsi demandé aux femmes « *pensez-vous qu'il existe une loi au Togo qui interdit l'avortement provoqué ?* ». Les femmes ayant répondu « oui » à cette question devront citer elles-mêmes les conditions dans lesquelles l'avortement provoqué est autorisé au Togo. Notre principale variable **Attitude des femmes face à la légalisation de l'avortement** est basée sur la question « *pensez-vous que l'avortement provoqué doit être légalisé au Togo ?* ». Si « non, pour quelle raison principale ? », et si « oui, pour quelle raison principale ? ». L'enquêteur retient le code qui correspond à la raison principale donnée par l'enquêtée. D'une façon générale, les enquêteurs inscrivent 1 ou 0 devant les réponses citées par les enquêtées elles-mêmes concernant les questions à choix multiples. C'est le cas des questions sur la connaissance et les sources d'informations des contraceptions, ou sur les conditions dans lesquelles l'avortement est autorisé. Pour les questions à choix unique, l'enquêteur encercle le seul code qui correspond à la réponse donnée par l'enquêtée.

Nous complétons ces informations par celles collectées lors des discussions de groupes et des entretiens individuels du volet qualitatif de l'EPAP car l'approche qualitative permet de mieux comprendre le contexte culturel et social des avortements (Coeytaux, 1988; Dalla Zuanna, 2002; Mundigo, 1999). Le volet qualitatif s'est tenu deux semaines après la fin de la collecte des données quantitatives. Les entretiens se sont déroulés en français et ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien semi-directif pendant qu'un canevas a guidé les groupes de discussions qui se sont déroulés en langues locales, principalement en éwé/mina. Les entretiens ont été enregistrés sur des cassettes puis retranscrits en français par les chercheurs du projet.

Environ 95 enquêtées du volet quantitatif ont participé à 10 groupes de discussion, composés de femmes ayant déjà avorté et de femmes n'ayant jamais avorté afin de garantir l'anonymat de celles qui ont avorté. De plus, l'identité des femmes n'est pas connue des modératrices des séances de discussion. Les groupes étant définis selon l'âge et le niveau d'instruction², 2 groupes de jeunes femmes instruites, 2 groupes de jeunes non-instruites, 3 groupes de femmes adultes (âgées de 25 ans et plus) instruites et 3 groupes de femmes adultes non-instruites ont été formés. Le nombre de femmes par groupe variait entre 7 et 10. Les discussions ont porté sur la définition de l'avortement telle que perçue par les femmes. Elles ont aussi porté sur les perceptions de la légalisation de l'avortement et des circonstances de prise de décision d'avorter en termes d'implication du partenaire, des parents et de l'entourage des femmes.

Des entretiens individuels ont également été menés auprès de membres du personnel, tirés au hasard sur la base d'une liste du personnel préalablement constituée dans trois centres de santé et de prestations de services de PF à Lomé. Les centres concernés sont le centre hospitalier universitaire (CHU) de Tokoin, l'association togolaise pour le bien-être familial (ATBEF) et l'hôpital secondaire de Bè ; les centres de PF de l'ATBEF et de Bè étant les plus actifs du Togo (Amegee, 1999). Onze professionnels ont été interrogés dont 7 dans des services de gynécologie et 4 dans des services de PF. Les professionnels de la santé détaillent ce qu'ils pensent de l'avortement et de sa légalisation au Togo. Les questions ont été formulées comme suit : « *que pensez-vous de l'avortement provoqué* » et « *il existe au Togo une loi qui interdit l'avortement provoqué. Que pensez-vous de cette loi ?* ». En plus de ces informations, les membres du personnel des services de PF renseignent sur les contraceptions disponibles dans leur centre.

² Les femmes âgées de 15-24 ans sont considérées comme « jeunes », celles âgées de 25 ans et plus sont « adultes ». Les femmes qui ont un niveau d'instruction inférieur au CM2 (6^{ème} année du primaire) sont « non instruites », et celles ayant un niveau secondaire et plus sont « instruites ».

La principale limite dans cette étude concerne la sensibilité du sujet et la méthodologie "face à face" utilisée. Il se peut que les enquêtées ne disent pas toujours la vérité sur leurs avortements, sur leur attitude au regard de la restriction de la législation et de la réprobation sociale de l'avortement (Rossier, 2004). Leurs déclarations peuvent avoir tendance à aller dans le sens de la norme ou de ce qui est acceptable dans la société. De plus, le volet qualitatif souffre de l'absence des opinions d'autres acteurs intervenant dans le processus d'avortement notamment les hommes, des leaders religieux, des leaders de groupes sociaux et d'organismes non gouvernementaux qui militeraient pour ou contre la légalisation de l'avortement.

Variables et méthodes

Analyse des données quantitatives

Dans une partie descriptive, des statistiques, tableaux et graphiques nous permettront de décrire les circonstances de pratiques contraceptives, l'attitude des femmes face à la légalisation et les raisons justifiant cette attitude à Lomé. Dans une partie explicative, nous déterminons les facteurs qui sont associés à l'attitude des femmes face à la légalisation de l'avortement. Certaines études (Rossier, 2007; Strickler et al., 2002) ont utilisé comme variable dépendante, un indicateur d'approbation correspondant au nombre de situations acceptables selon l'enquêté, dans lesquelles l'avortement peut être utilisé ou dans lesquelles l'avortement légal peut être obtenu. A défaut d'avoir l'avis des enquêtées sur plusieurs situations, notre variable dépendante *l'attitude des femmes face à la légalisation de l'avortement* comprend trois modalités, « désapprobation », « approbation » ou « neutre ».

Une régression logistique multinomiale sera alors utilisée, dans laquelle la première modalité « désapprobation » de la variable dépendante sera la base de la régression, et la probabilité des deux autres issues s'interprétera par rapport à elle. Le modèle s'écrit :

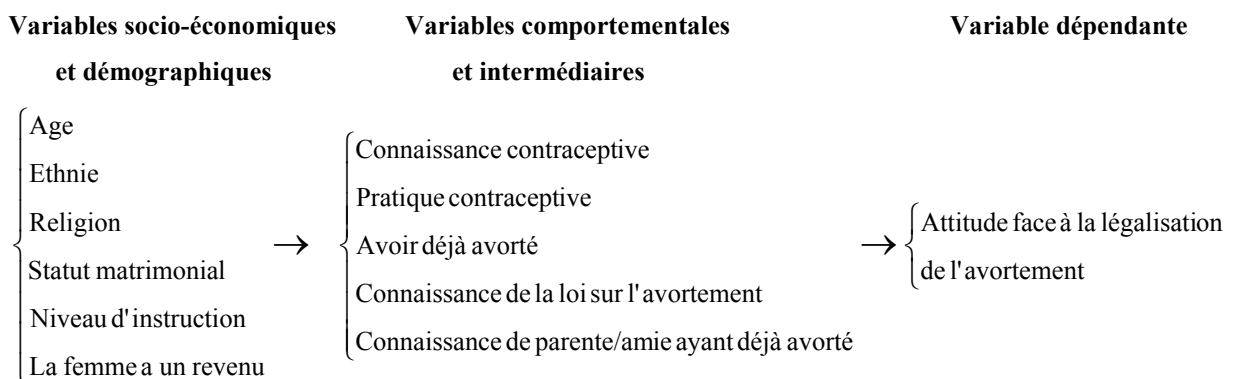
$$\begin{aligned}
 \text{Log}\left(\frac{\pi_{i2}}{\pi_{i1}}\right) &= X\beta_2 & \pi_{i1} &= \frac{1}{1 + e^{X\beta_2} + e^{X\beta_3}} \\
 \text{Log}\left(\frac{\pi_{i3}}{\pi_{i1}}\right) &= X\beta_3 & \pi_{i2} &= \frac{e^{X\beta_2}}{1 + e^{X\beta_2} + e^{X\beta_3}} \\
 \text{Log}\left(\frac{\pi_{i3}}{\pi_{i2}}\right) &= X(\beta_3 - \beta_2) & \pi_{i3} &= \frac{e^{X\beta_3}}{1 + e^{X\beta_2} + e^{X\beta_3}}
 \end{aligned}$$

π_{i1} , π_{i2} et π_{i3} étant les probabilités pour l'individu i d'avoir respectivement l'issue 1, 2 ou 3 et la somme des trois probabilités est égale à 1. X représente la matrice des variables indépendantes. Les paramètres β_2 et β_3 sont estimés en maximisant la fonction de vraisemblance. Plusieurs

femmes résidant dans un même quartier, et l'attitude face à l'avortement pouvant peu varier au sein d'un quartier, l'estimateur « Sandwich clustered estimator » sera utilisé afin d'obtenir des écarts-types robustes à des corrélations dans le terme d'erreur des régressions.

Nous retenons dans l'analyse, les variables socio-économiques et démographiques qui sont présentées dans le tableau 1 en annexes. Il s'agit de l'âge, de l'ethnie, de la religion (à défaut de la religiosité), du statut matrimonial, du niveau d'instruction atteint et de l'existence d'un revenu chez la femme. Ces variables déterminent des comportements et des variables intermédiaires qui seront également pris en compte à savoir la connaissance et la pratique contraceptive et le fait d'avoir déjà avorté³. La connaissance de la loi sur l'avortement et la connaissance d'une parente ou amie ayant déjà avorté sont aussi pertinentes pour l'opinion sur la légalisation de l'avortement. Des variables pertinentes comme le lieu de socialisation et le nombre idéal d'enfants manquent dans nos données et ne seront pas considérées. Toutefois, la connaissance et la pratique contraceptive reflètent les préférences en matière de fécondité. Le schéma 1 résume l'influence des variables retenues sur l'attitude des femmes face à la légalisation de l'avortement.

Schéma 1 : Influence des variables associées à l'attitude des femmes face à la légalisation de l'avortement



Les résultats sont présentés sous forme de rapport de côtes. Un rapport de côtes supérieur à 1 signifie que la modalité de la variable considérée augmente la propension examinée par rapport à la modalité de référence, toute chose égale par ailleurs. Par contre, un rapport de côte se situant entre 0 et 1 signifie l'effet inverse. Les analyses des données quantitatives sont menées avec le logiciel statistique Stata.

Analyse de contenu des données qualitatives

Les discussions de groupe des femmes et les entretiens auprès des professionnels de la santé fournissent des informations et opinions révélant le contexte et les normes entourant les

³ Cette variable est susceptible d'être endogène car il existe une relation simultanée entre le fait d'avoir avorté et l'attitude face à la légalisation de l'avortement.

avortements à Lomé. Nous avons identifié trois sous-thèmes suivant lesquels nous avons codifié les données en vue de confirmer et de compléter les résultats du volet quantitatif. L'analyse portera alors sur l'attitude face à l'avortement et à sa légalisation ainsi qu'aux raisons justifiant l'attitude, sur l'opinion concernant l'acceptabilité et la disponibilité des contraceptions, et enfin sur les perceptions des circonstances de la prise de décision (implication de tierces personnes).

Le même canevas étant utilisé pour tous les groupes de discussion, l'analyse se fera dans une perspective comparative selon les caractéristiques des groupes. L'analyse des entretiens et des discussions a été menée avec le logiciel ATLAS.ti conçu par "Scientific Software Development" pour l'analyse et la manipulation des données qualitatives.

Résultats

Caractéristiques des enquêtées

Les femmes enquêtées lors du volet quantitatif de l'EPAP sont principalement commerçantes (48 %), catholiques (44 %), d'ethnie Adja-éwé (70%), ces caractéristiques étant majoritaires à Lomé. Plus de la moitié des femmes (54 %) étaient en union au moment de l'enquête et 38 % étaient encore célibataires. L'âge médian à la première union était de 20 ans. Environ 4 enquêtées sur 5 ont déjà eu un rapport sexuel et l'âge médian au premier rapport sexuel était de 17 ans. En général, les femmes connaissaient les méthodes contraceptives (96 %), surtout les méthodes modernes. Les sources d'informations sur les méthodes contraceptives étant diverses, la plupart des femmes ont déclaré avoir eu les informations sur les méthodes à travers les médias (75 %), le personnel d'une formation sanitaire (46 %), un ami ou un parent (44 %). Les sources comme l'école, le partenaire, l'ATBEF ou les pairs éducateurs ont été peu citées par les enquêtées.

Presque 68 % des 4755 enquêtées ont été enceintes au moins une fois ou le sont au moment de l'enquête. Un tiers de ces femmes (32,4 %) a déjà avorté et environ une femme sur deux connaît une parente ou amie ayant avorté. Ces résultats révèlent une prévalence importante du recours à l'avortement à Lomé surtout que 40 % des femmes qui n'ont jamais avorté ont déclaré connaître une parente ou amie qui a avorté, ce qui peut être une incitation à l'avortement. De plus, 34,4 % des femmes ayant déjà avorté ont eu recours à des avortements répétés. Toutefois, les avortements ont lieu dans un contexte de stigmatisation de l'avortement et de sa légalisation.

Stigmatisation de l'avortement à Lomé

Les discussions de groupe révèlent que la quasi totalité des femmes à Lomé se déclarent être contre l'avortement tout comme à Ouagadougou ou en milieu rural burkinabé (Rossier, 2007) et

en milieu rural tanzanien (Plummer et al., 2008). Les propos des femmes dévoilent que l'avortement « n'est pas une bonne chose » et est qualifié de façon majoritaire à Lomé de « crime », de « meurtre » et de « péché devant Dieu ».

R1 : Être enceinte et avorter, c'est un grand péché. Elle a péché, pour avoir avorté.

Q : Maintenant, je veux comprendre l'avortement même.

R2 : C'est un meurtre.

R3 : L'avortement c'est un meurtre, un grand péché.

R4 : Ces pratiques sont mauvaises, ce n'est pas bon, ça ne vous arrange pas, c'est un péché.

[Femmes, groupe de discussion de femmes adultes non instruites]

Ce que moi j'ai à dire, l'avortement n'est pas une bonne chose, l'avortement est un crime. Il détruit notre organisme. Il entraîne aussi des malédictions dans le pays !

[Femme, groupe de discussion de jeunes instruites]

Les entretiens individuels menés auprès des professionnels de la santé vont dans le même sens.

Les avortements provoqués sont très mauvais ! ... Moi, je crois que au niveau de l'individu lui-même c'est mauvais, au niveau du spirituel, c'est mauvais, de la religion, c'est mauvais, que tu sois de n'importe quelle religion ..., l'avortement provoqué n'est pas une bonne chose pour la personne, l'individu, ... [Femme, personnel de centre de PF et gynécologie]

La réprobation de l'avortement par les femmes et les professionnels de la santé se justifie par plusieurs raisons. La majorité des femmes justifient principalement leur propos par les conséquences néfastes et complications qui peuvent découler du recours à l'avortement, spécialement l'infertilité ou la mort.

... l'avortement entraîne la mort... Cela peut causer ta propre mort, toi qui avorte, ça peut te causer la stérilité. Tu n'auras pas d'enfants... Et nos mères qui ont déjà des enfants, le fait de faire certaines choses leur causera la contamination des maladies peut-être mortelles. Nous qui n'avons pas encore fini de faire des enfants et qui avortons pour espacer les naissances, ce n'est pas bon... Tu peux avorter et avoir des problèmes pour faire des enfants après.

[Femme, groupe de discussion de femmes adultes instruites]

La plupart des professionnels de la santé, grâce à leurs expériences des traitements des complications des avortements, apportent des précisions sur les conséquences et complications des avortements dont l'existence justifie également leur désapprobation.

Pour des conséquences que ça entraîne, moi personnellement je pense que des avortements provoqués, ce n'est pas bon..., ça entraîne des infections, les infections qui peuvent boucher les trompes, avec des séquelles, finalement on saute l'utérus et tu vas devenir stérile. Vous voyez, ça entraîne la stérilité ... ça sera nocif pour ton organisme. Moi je pense personnellement que les avortements provoqués, les conséquences sont très sévères. Donc il faut éviter ça à tout prix.

[Femme, personnel de service de gynécologie]

D'autres raisons sont aussi citées dans les groupes de discussions pour justifier la stigmatisation de l'avortement. Selon les propos de plusieurs femmes, « une femme doit accoucher toute grossesse qu'elle contracte ». Elles suggèrent dans les cas de grossesses honteuses (infidélité ou inceste) que « la femme s'absente de son lieu habituel de résidence afin d'aller accoucher et

confier l'enfant avant de revenir ». De plus, certaines femmes déclarent être contre l'avortement même en cas de viol ou d'inceste. L'accouchement serait alors l'issue « idéale » pour toutes les grossesses. Enfin, la plupart des femmes ayant participé aux discussions de groupes se déclarent être contre l'utilisation de l'avortement comme moyen d'espacement ou de limitation des naissances et affirment qu'il « vaudrait mieux utiliser les contraceptions ».

Désapprobation quasi générale de la légalisation de l'avortement

Selon l'opinion des femmes

Les avortements ont lieu à Lomé dans un contexte d'ignorance de la loi sur l'avortement. Seulement 18 % des enquêtées connaissaient l'existence de la loi ainsi que les conditions dans lesquelles l'avortement était autorisé au Togo (tableau 1 en annexes). Bien que la loi sur l'avortement au Togo reste méconnue de la plupart des enquêtées, les femmes se déclarent en majorité en défaveur de la légalisation de l'avortement (91 %). Plus de 3 % des femmes ont une attitude neutre quant à la légalisation de l'avortement pendant que 6 % déclarent l'approuver. L'attitude face à la légalisation de l'avortement semble varier selon que les femmes ont déjà avorté ou non (tableau 2).

Tableau 2 : Attitude des femmes (%) face à la légalisation de l'avortement, selon qu'elles aient déjà avorté ou non

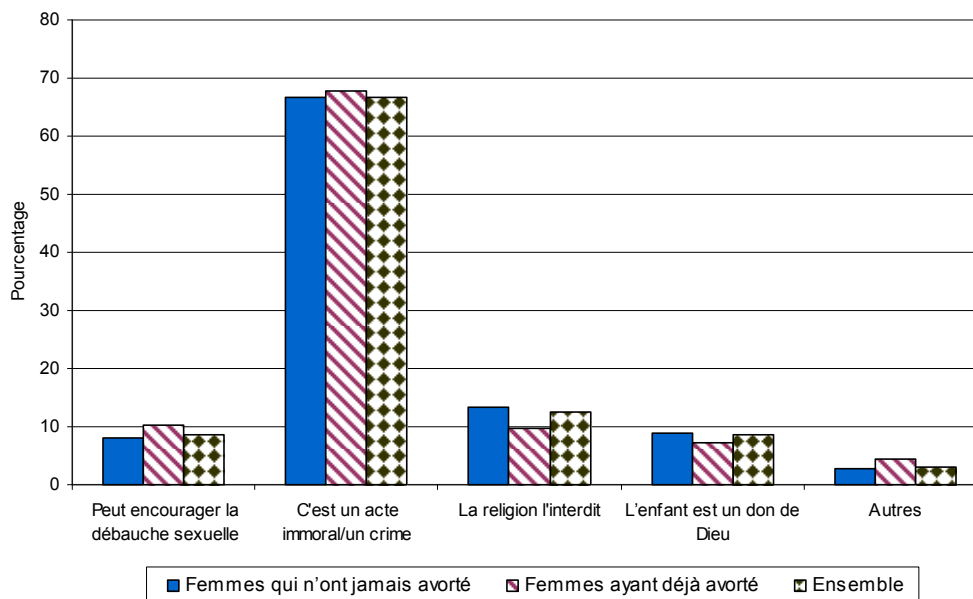
Avoir déjà avorté ou non	Attitude face à la légalisation de l'avortement ($p=0,000$)*			Total (<i>Effectif</i>)
	Désapprobation	Approbation	Neutre	
N'a jamais été enceinte	90,6	5,2	4,2	100 (1525)
N'a jamais avorté	93,3	4,4	2,3	100 (2183)
A déjà avorté	86,4	9,8	3,8	100 (1047)
Ensemble des femmes	90,9	5,8	3,3	100 (4755)

Source : Source : EPAP, URD-OMS, 2002

* Valeur de p du test de Chi-deux

Ainsi, seulement 4,4 % des femmes qui n'ont jamais avorté et 5,2 % de celles qui n'ont jamais été enceintes se déclarent en faveur de la légalisation alors que ce pourcentage est de 9,8 % parmi celles qui ont déjà avorté. Les femmes qui ont déjà avorté semblent plus approuver la légalisation de l'avortement que les autres, et les femmes qui n'ont jamais été enceinte semblent plus être neutre. Les raisons qui justifient la réprobation ou l'acceptation de la légalisation de l'avortement par les femmes sont représentées sur les graphiques 1a et 1b. Le graphique 1a montre que la principale raison avancée pour justifier la réprobation de la légalisation de l'avortement est qu'il s'agit d'un « acte immoral » et d'un « crime ». La religion et la considération de l'enfant comme un « don de Dieu » sont aussi des arguments donnés par les enquêtées pour expliquer leur désapprobation. Enfin, presque 8,6 % des enquêtées qui sont contre la légalisation de l'avortement pensent qu'elle peut encourager une sexualité désordonnée.

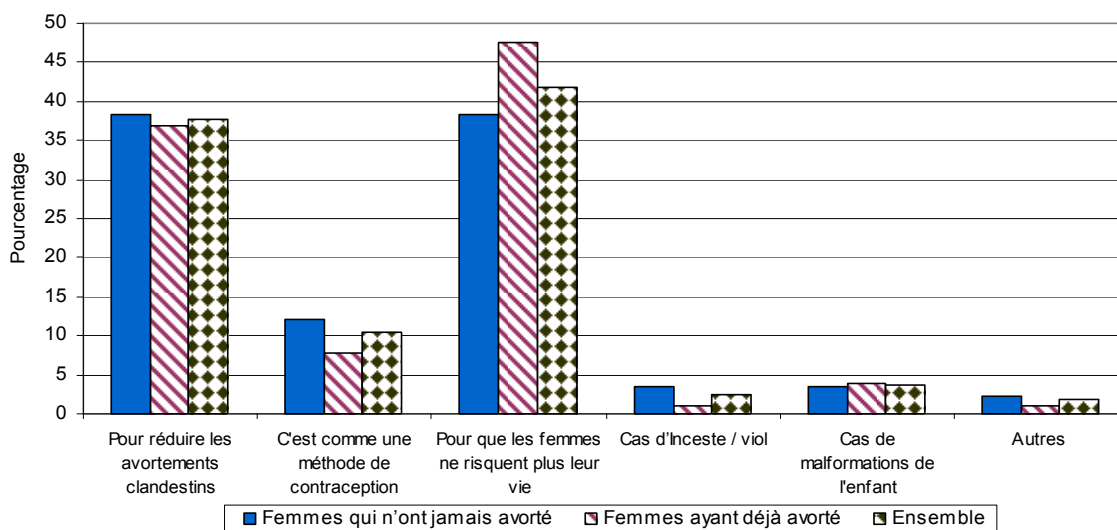
Graphique 1 a : Répartition des femmes (en %) selon les raisons justifiant la réprobation de la légalisation de l'avortement et le fait d'avoir déjà avorté ou non



Source : EPAP, URD-OMS, 2002

En revanche, l'acceptation de la légalisation de l'avortement prend sa source dans le souci principal de réduire les avortements à risque et de sauvegarder la santé des femmes (graphique 1b). De plus, environ 10,4 % des femmes qui approuvent la légalisation de l'avortement justifie leur position par la considération de l'avortement comme une méthode contraceptive. Ce pourcentage est de 12 % parmi les femmes qui approuvent la légalisation de l'avortement mais n'ont jamais avorté et de 7,8 % parmi celles qui approuvent en ayant déjà avorté.

Graphique 1 b : Répartition des femmes (en %) selon les raisons justifiant l'acceptation de la légalisation de l'avortement et le fait d'avoir déjà avorté ou non



Source : EPAP, URD-OMS, 2002

Note : Afin de tester le lien entre les raisons justifiant l'acceptation ou non de la légalisation de l'avortement et l'expérience de la femme en matière d'avortement, la valeur p du test de Chi-deux = 0,00 pour le premier graphique et p=0,45 pour le second.

Les discussions des groupes de femmes confirment que la majorité des femmes à Lomé se déclarent être contre la légalisation de l'avortement. La majorité des femmes préfère que la loi interdise l'avortement afin de pousser les couples à planifier les grossesses et à prendre des précautions pour éviter des « grossesses surprises ». Par exemple, les femmes plus âgées croient que « l'interdiction obligera les jeunes à s'abstenir des relations sexuelles avant le mariage ». Ainsi, une grande partie des participantes dans les groupes de discussions craint que la légalisation de l'avortement crée « le désordre et un usage abusif » de cet acte.

*Si la loi autorise l'avortement, je dirai tout simplement que ... les gens ne seront plus nombreux dans le pays. Parce que comme la loi l'autorise, il y aura facilement de l'adultère dans le pays. Dès que je tomberai enceinte, je pourrai aisément avorter. Dès qu'une femme le fait, une seconde le fera et ainsi de suite, l'avortement deviendra une habitude dans le pays... Nous n'aurons même plus envie de nous marier et de fonder un foyer, dès que je tomberai enceinte, je pourrai aisément faire le choix entre accoucher ou avorter. Il y aura un désordre organisé dans le pays suivi de maladies.
[Femme, groupe de discussion de jeunes instruites]*

Plusieurs femmes sont aussi contre la légalisation de l'avortement car l'avortement est un « péché », un « crime », et « à cause des complications ». La dernière raison a été souvent citée au sein des groupes des femmes plus âgées. Selon ces femmes, que l'avortement se déroule à la maison ou chez un spécialiste, « il y a toujours un danger ». C'est comme si un avortement effectué dans de bonnes conditions sanitaires entraînerait toujours des conséquences. Cela dévoile que ces femmes ignorent que les dangers des avortements sont surtout liés à son caractère clandestin. En revanche, plusieurs jeunes femmes pensent que la légalisation de l'avortement augmenterait le recours à l'avortement. Ce qui « réduirait la taille de la population du pays » et nuirait à la « construction et au développement du pays » puisque les enfants nés « grandiront et seront utiles à leur pays ».

Toutefois, un nombre non négligeable de femmes, principalement les plus âgées et instruites, déclarent que l'avortement devrait être légal pour les grossesses issues de viol. Seule une participante dans le groupe des femmes instruites et adultes déclare être en faveur de la légalisation de l'avortement afin qu'il se passe dans de meilleures conditions.

Si on autorise l'avortement, selon moi c'est mieux que de l'interdire parce que, on le fera en cachette ..., tu sais seulement qu'elle est malade, en observant on voit qu'elle est en train d'avorter. C'est pire que de l'amener pour le faire et on lui prescrit des médicaments et les traitements vont l'aider à mieux vivre. [Femme, groupe de discussion de femmes adultes instruites]

Enfin, la principale raison évoquée chez les femmes instruites qui déclarent être en faveur de la légalisation de l'avortement est la poursuite des études et la « réalisation des projets de vie ».

Selon l'opinion des professionnels de la santé

Les entretiens individuels réalisés auprès des professionnels de la santé confirment aussi l'attitude de désapprobation face à la légalisation de l'avortement. La plupart des professionnels de santé déclarent être contre la légalisation de l'avortement au Togo car elle encouragerait un « désordre » et des « avortements répétitifs et aisés ». Selon leurs propos, l'avortement pourrait être assimilé à une contraception en cas de légalisation de l'avortement.

Parce que quand un Etat légalise l'avortement... (sourire, expression d'embarras), moi je crois que ça va conduire sa population à la dépravation sexuelle... Moi je suis chrétienne. Parce que dans la Bible on défend d'avorter. Et tout péché a toujours un inconvénient. Quand on va légaliser cette loi là pour que les gens avortent en désordre, peut-être qu'il y aura plus de malédiction sur le pays. Alors (léger rire) autant garder la loi de ne pas légaliser l'avortement. [Femme, personnel de centre de PF]

R : ... si on libère la loi je pense que ça sera la catastrophe dans le pays. Que ce soit les élèves, les femmes mariées ou les apprenties, c'est tous les jours, chaque mois, les gens iront dans les centres puisque les gens ne sont pas aptes à adopter des méthodes...

Q : Donc l'avortement peut devenir une méthode aussi ?

R : L'avortement peut devenir une méthode de contraception chez certaines femmes... Quand on libère, je pense que grand nombre vont quitter les méthodes de planification familiale pour s'accrocher à l'avortement. [Femme, personnel de centre de PF]

Même si la majorité des professionnels déclarent être en défaveur de la légalisation de l'avortement, plusieurs trouvent dans le même temps des avantages à la légalisation de l'avortement qui peut réduire les avortements clandestins et leurs complications, et permettre que les avortements se pratiquent dans de bonnes conditions.

R : ... il faut quand même permettre aux gens si elles tombent... leur permettre d'avoir accès aux avortements. Bon, je suis musulmane. Je n'aime pas l'avortement. Mais une fois que c'est arrivé, puisque, cette personne qui est d'abord tombée enceinte, elle est rejetée par sa famille. Et puis cet enfant qui va arriver, ne sera pas aimé. Donc moi je crois qu'il vaut mieux libérer ça, parce que moi, je crois qu'en libérant ça, ce serait moindre. Les gens n'auront plus recours à des pratiques barbares. Vous voyez ! En venant à l'hôpital faire des avortements plus propres, ça leur permet de conserver leur utérus..., d'être plus en bonne santé pour pouvoir procréer euh!...

Q. Après...

R : C'est le fait de l'avoir interdit...qui pousse les gens à aller utiliser des instruments...qui peut les tuer... Donc il vaut mieux libérer ça... Donc en libéralisant ça,... je crois qu'il y aura même moins d'avortements provoqués. [Femme, personnel de centre de PF]

En définitive, à l'exception de quelques femmes adultes et instruites et de plusieurs professionnels de la santé qui déclarent trouver des avantages à la légalisation de l'avortement, la norme semble être contre l'avortement et sa légalisation à Lomé. Selon les déclarations, la désapprobation de l'avortement et de sa légalisation se justifie par le caractère « criminel » et les complications potentiels des avortements, et par la position de la société togolaise face à la valeur d'une grossesse selon laquelle « toute grossesse devrait être accouchée ». L'acceptation de la légalisation de l'avortement à Lomé se base sur le souci de réduire les avortements clandestins ainsi que ses complications sanitaires. Pourtant, la crainte que la légalisation de l'avortement

entraîne un recours abusif et son assimilation à une méthode contraceptive semble réelle dans la capitale, et justifie la désapprobation des professionnels face à la légalisation de l'avortement.

L'analyse des discussions de groupe et des entretiens montre également que certaines femmes et certains professionnels de la santé pensent qu'il est difficile de faire appliquer la loi interdisant l'avortement car des avortements clandestins ont bien lieu à Lomé.

Q : ... la loi au Togo interdit l'avortement... C'est écrit dans tous les documents qu'on ne doit pas avorter mais que se passe-t-il au Togo? On avorte au Togo. Qu'en pensez-vous?...

R : *Moi je vois que la loi existe mais on avorte, c'est que certaines grossesses constituent des problèmes à la personne ou bien il se révèle nécessaire que cette grossesse, forcément, les conditions dans lesquelles elle se trouve, ne peut pas être gardée, elle doit-être détruite. C'est ce qui fait qu'on casse la loi. La loi existe mais on la casse.*

[Femme, groupe de discussion de femmes adultes non instruites]

Q : ... Il existe une loi au Togo qui interdit l'avortement. Que pensez-vous de cette loi ?

R : *(sourire) Hum! Est-ce qu'elle existe toujours? (sourire) paraît que la loi est là mais on se demande si les gens y pensent encore, parce que la loi c'est vrai, a été...comment on dit même ?...*

Q : Promulguée.

R : *Promulguée ! Mais ... il n'y a pas de mesure qu'on prend pour...alors moi je me demande si elle existe toujours. (rire) [Femme, personnel de service de gynécologie]*

Cette difficulté d'application de la loi sur l'avortement au Togo avait déjà été signalé par certains auteurs (Amegee, 2002; Kambatibe et al., 1996). Puisque le cadre légal restreint favorise des avortements clandestins aux conséquences graves pour la santé des femmes, on se demande alors si sa modification induirait une amélioration des conditions des avortements. Est-ce que cela va entraîner une explosion du nombre réel d'avortements comme le craint le personnel de santé ? Les politiques devraient-elles viser la légalisation de l'avortement ou viser à limiter l'occurrence de cette pratique en mettant l'accent sur les précautions pour ne pas en arriver à l'avortement ?

Les facteurs associés à l'attitude des femmes face à la légalisation de l'avortement

Profil des enquêtées qui approuvent la légalisation de l'avortement

Les caractéristiques socio-économiques et démographiques des femmes influencent leur attitude face à la légalisation de l'avortement. Le tableau 1 en annexes présente les caractéristiques des femmes qui ont une attitude de désapprobation, d'approbation ou neutre face à la légalisation de l'avortement au Togo. Les femmes qui approuvent la légalisation de l'avortement sont principalement âgées de moins de 35 ans, catholiques (51 %) et d'ethnie Adja-éwé. Plus de 60 % de ces femmes sont de niveau d'instruction secondaire ou supérieur. La plupart de ces femmes sont en union (53 %), ont eu plus de 2 grossesses (58%), ont expérimenté au moins une grossesse non désirée (46 %) et ne connaissent pas la loi sur l'avortement au Togo (78 %). Enfin, 37 % des femmes qui ont une attitude d'approbation face à la légalisation de l'avortement ont déjà eu un avortement, et presque 70 % ont déclaré connaître une amie ou parente ayant avorté.

Comparativement aux femmes qui approuvent la légalisation de l'avortement, les femmes ayant une attitude neutre ou indécise sont majoritairement plus jeunes (52 % sont âgées de moins de 25 ans), sont moins nombreuses à être catholiques (39 %) et à être en union (43 %). De plus, presque 42% des femmes indécises n'ont jamais été enceintes. Elles sont donc moins nombreuses que les femmes qui approuvent la légalisation de l'avortement à avoir expérimenté une grossesse non désirée (34 %) et un avortement (26 %). Elles sont plus nombreuses à ne pas connaître la loi sur l'avortement (91 %) et seulement 40 % ont déclaré connaître une amie ou parente ayant avorté. Il se pourrait donc que les jeunes et les célibataires qui n'ont majoritairement jamais été enceintes, aient une position hésitante quant à la légalisation de l'avortement au Togo.

Analyse multivariée

Le tableau 3 présente les résultats de la régression multinomiale de la probabilité d'avoir une attitude d'approbation ou neutre plutôt qu'une « attitude de désapprobation face à la légalisation de l'avortement ». Seules les variables socio-économiques et démographiques sont prises en compte dans le modèle 1 alors que toutes les variables sont incluses dans le modèle 2.

Les résultats des modèles 1 (colonne 2) montrent que le fait d'être âgée de 25-34 ans, d'être étrangère, d'être instruite ou d'être sans revenu (autres que les élèves, les étudiantes ou les apprenties) sont significativement associés à l'approbation face à la légalisation de l'avortement, les risques étant plus élevés pour les femmes ayant ces caractéristiques comparativement à celles en référence. En revanche, les femmes appartenant aux autres religions chrétiennes dites « non conventionnelles » ont significativement moins de chance que les catholiques, toute chose égale par ailleurs, d'approuver la légalisation de l'avortement. Ces autres religions chrétiennes renferment les - Adventiste du 7ème jour - Aladoura - Aller les chercher - Amis du Christ – Apostolique – Brotherwood - Christianisme céleste - Eglise la vie profonde - Eglise Maison du Christ - Jésus Reviendra - La renaissance - Ministère de la foi agissante - Ministère de la foi chrétienne - Nouvelle alliance apostolique – Pentecôtiste – et les Saints de Dieu.

Les femmes étrangères et celles qui sont sans revenu (autres que les élèves, les étudiantes ou les apprenties) ont également plus de chance d'avoir une attitude neutre face à la légalisation de l'avortement, toute chose égale par ailleurs (colonne 3). Par contre, les femmes qui sont en union ou qui sont instruites ont significativement moins de chance d'être indécises que celles qui ne sont pas en union ou qui n'ont aucun niveau d'instruction respectivement.

Tableau 3 : Rapports de côte obtenus dans la régression multinomiale de l'attitude des femmes face à la légalisation de l'avortement

Variables	Attitude (effets nets)			
	Modèle 1		Modèle 2	
Modalités des variables	Approbation / désapprobation	Neutre/ désapprobation	Approbation/ désapprobation	Neutre/ désapprobation
Variabes socio-économiques et démographiques				
Age (en années)				
15-24 (réf)	1	1	1	1
25-34	1,47*	0,72	1,43*	0,77
35-49	1,39	0,78	1,51*	0,87
Ethnie				
Adja-éwé (réf)	1	1	1	1
Kabyè-tem	1,21	1,22	1,06	1,29
Autres togolaises	1,15	1,36	1,07	1,33
Etrangères	1,66**	1,71*	1,78**	1,70*
Religion				
Catholique (réf)	1	1	1	1
Traditionnelle	1,21	0,85	1,39	0,83
Protestante ^a	1,15	1,51	1,15	1,54*
Islamique	0,81	1,61	0,98	1,70*
Autres religions chrétiennes	0,54***	0,75	0,57***	0,76
Aucune / autres religions	0,87	1,24	0,90	1,26
Statut matrimonial				
Pas en union (réf)	1	1	1	1
En union	0,96	0,57***	0,99	0,72
Niveau d'instruction				
Aucun niveau (réf)	1	1	1	1
Primaire	1,32*	0,53***	1,07	0,53***
Secondaire et supérieur	3,21***	0,57**	2,30***	0,61**
La femme a un revenu				
Sans revenu (Élève/étudiant/apprentie) (réf)	1	1	1	1
Sans revenu (sans activité/retraîtée/chômeuse et autres)	1,41*	1,81*	1,48**	1,68*
A un revenu	0,97	1,27	0,99	1,25
Variabes comportementales intermédiaires				
Connaissance contraceptive				
Aucune méthode (réf)			1	1
Contraception moderne			2,57	0,25***
Autre mode de contraception			1,52	0,32
Pratique contraceptive				
Pas à risque d'utiliser la contraception (réf)			1	1
Contraception moderne			1,82***	0,91
A risque, mais aucune méthode moderne			1,20	0,64*
Avoir déjà avorté				
N'a jamais été enceinte (réf)			1	1
N'a jamais avorté			0,85	0,66
A déjà avorté			1,50*	1,47
Connaissance de la loi sur l'avortement				
Ne connaît pas la loi (réf)			1	1
Connaît la loi et ses conditions			1,06	0,51**
Connaissance de parente/amie ayant avorté				
Non (réf)			1	1
Oui			2,71***	1,05
Nombre d'observations	4755	4755	4755	4755
Nombre de Clusters (quartier)	66	66	66	66
Log Pseudolikelihood	-1 663,03	-1 663,03	-1 593,81	-1 593,81

Source : EPAP, URD-OMS, 2002

Niveaux de significativité des rapports de côtes (*** 1 %, ** 5 %, et * 10 %).

(réf) se réfère à la modalité de la variable indépendante qui est en référence.

La modalité de la variable dépendante qui est en référence est « attitude de désapprobation face à la légalisation de l'avortement »

Note : Étant donné que l'attitude peut dépendre du quartier et que plusieurs femmes se rattachent à un même quartier, l'option « cluster » de Stata 9.2 a été utilisée afin d'obtenir des erreurs types robustes.

^a Protestante presbytérienne, baptiste, méthodiste

En incorporant les variables comportementales et intermédiaires (colonnes 4 et 5), l'effet du statut matrimonial sur l'attitude face à la légalisation de l'avortement qui était significatif dans le modèle 1, devient non significatif. Ces résultats laissent supposer que l'influence du statut matrimonial transite par les comportements de la femme en matière de contraception, d'avortement, de connaissance de la loi ou de connaissance de personne ayant avorté. L'effet du statut matrimonial sur l'attitude face à l'avortement s'est également révélé non significatif dans l'étude portant sur Ouagadougou (Rossier, 2007).

Les modèles 2 montrent que la probabilité d'approuver la légalisation de l'avortement est significativement associée au fait d'être âgée de plus de 25 ans, d'être étrangère, d'avoir un niveau d'instruction secondaire ou plus, d'être sans revenu (autres que les élèves, les étudiantes ou les apprenties), d'utiliser une contraception moderne, d'avoir déjà avorté, ou de connaître une parente ou amie ayant avorté, comparativement aux différentes modalités de référence. Les effets de l'âge et du niveau d'instruction confirment les discussions du groupe de femmes instruites et âgées de 25 ans ou plus selon lesquelles ces femmes sont plus ouvertes à la légalisation de l'avortement. Néanmoins, les femmes appartenant aux autres religions chrétiennes ont presque deux fois moins de chance que les catholiques d'approuver la légalisation de l'avortement.

Par ailleurs, les femmes étrangères, protestantes, musulmanes et les femmes qui sont sans revenu (autres que les élèves, les étudiantes ou les apprenties) ont significativement plus de chance d'être neutre et de ne pas se prononcer face à la légalisation de l'avortement comparativement aux femmes adja-éwé, aux catholiques ou élèves, étudiantes et apprenties. Enfin, il est moins probable que les femmes instruites, celles qui connaissent les contraceptions modernes, celles qui sont à risque d'avoir une grossesse mais qui n'utilisent pas de contraception moderne, et celles qui ont une bonne connaissance de la loi sur l'avortement, aient une attitude indécise vis-à-vis de la légalisation de l'avortement, toute chose égale par ailleurs.

En résumé, les femmes étrangères, ayant un niveau d'instruction du secondaire ou plus, utilisant une contraception moderne, ayant déjà avorté ou connaissant une parente ou amie qui a avorté ont plus de chance d'approuver la légalisation de l'avortement. Plusieurs religions se dénommant chrétiennes en dehors du catholicisme et du protestantisme conventionnel font des avancées à Lomé avec des tendances à une rigueur religieuse. Il n'est donc pas surprenant que les femmes appartenant aux autres religions chrétiennes aient toujours moins de chance que les catholiques d'approuver la légalisation de l'avortement.

Contrairement au résultat auquel on peut s'attendre, les femmes âgées de plus de 25 ans sont significativement plus susceptibles de se déclarer en faveur de la légalisation de l'avortement que les plus jeunes. Ces femmes réalisent peut être mieux les risques liés aux avortements à risques, pour les avoir pratiqué elles-mêmes ou parce qu'elles connaissent des personnes ayant eu des complications après un avortement. En outre, tout comme pour l'attitude face à l'avortement (Rossier, 2007; Wang, 2004; Yam et al., 2006), les femmes instruites, celles qui ont déjà avorté ou connaissant des personnes ayant avorté sont plus susceptibles d'être en faveur de la légalisation de l'avortement. En supposant qu'une femme qui utilise la contraception moderne vise à réguler les naissances et à avoir un nombre idéal d'enfants réduit, l'étude de Wang (2004) montre une relation négative entre le nombre idéal d'enfants et l'acceptation de l'avortement. L'effet de l'utilisation de la contraception dans notre étude va dans le même sens puisque l'utilisation de la contraception moderne est associée à une attitude d'approbation face à la légalisation de l'avortement. Enfin, les femmes sans revenu (autres que les élèves, les étudiantes ou les apprenties) ont plus de chance d'être en faveur de la légalisation de l'avortement comparativement aux élèves, étudiantes ou apprenties. Très peu de ces femmes étant des retraitées, elles peuvent vouloir décider du moment des naissances de leurs enfants, surtout que le fait de prendre soins d'un enfant devient de plus en plus cher.

Le difficile accès aux contraceptions pouvant augmenter les risques d'avortement surtout chez les jeunes, et la connaissance et pratique contraceptive influençant l'attitude face à la légalisation de l'avortement, il est essentiel de comprendre le contexte de disponibilité et d'accessibilité des contraceptions tel que perçu par les professionnels de la santé et les femmes à Lomé.

Disponibilité et acceptabilité des contraceptions

Disponibilité des méthodes contraceptives

La majorité des professionnels des centres de PF affirme que plusieurs méthodes contraceptives sont conseillées aux clientes de leurs centres, surtout après les accouchements ou lors des pesées d'enfant. De plus, la plupart des professionnels des services de gynécologie qui prennent souvent en charge les complications des avortements déclarent que le traitement physique et psychologique des complications est suivi de la mise automatique sous contraception. Les méthodes médicales conseillées sont la pilule, les implants (Norplant), les injectables (Noristérat, Dépo-Provera), le stérilet ou dispositif intra-utérin (DIU), la contraception chirurgicale volontaire (CCV) c'est-à-dire la vasectomie chez les hommes et la ligature des trompes chez les femmes, les spermicides (Conceptrol), les préservatifs masculins et féminins. Selon ces professionnels, des méthodes non médicales sont aussi conseillées dans les trois centres, notamment la méthode

d'allaitement maternel et d'aménorrhée (MAMA) surtout aux femmes qui viennent d'accoucher, la méthode de température, la méthode de la glaire cervicale et celle du calendrier qui consiste à compter les jours de fécondation (méthode Ogino). Toutefois, peu de participantes surtout dans les groupes de femmes adultes et non instruites déclarent que la méthode du calendrier peut être très difficile à utiliser car elle nécessite une bonne connaissance de son cycle.

Selon les déclarations de la quasi-totalité du personnel de santé, les méthodes conseillées sont disponibles dans les centres, excepté la CCV qui n'est pas disponible dans un des centres car elle nécessite un bloc opératoire. La pilule du lendemain n'étant pas encore disponible partout à Lomé, le professionnel d'un des centres a déclaré que cette pilule est parfois demandée des clientes mais ne peut pas être fournie. Ces résultats confirment d'ailleurs ceux de l'analyse de la situation en santé de la reproduction (AS/SR) au Togo selon lesquels les produits contraceptifs sont souvent disponibles dans les formations sanitaires (FS) de la capitale (Urd, 2004). Cependant, le Norplant et le préservatif féminin n'étaient pas disponibles le jour de l'enquête (AS/SR) respectivement dans 5 et 9 FS sur les 13 FS de Lomé.

La plupart des professionnels des centres de PF affirment également que les clientes sont toujours satisfaites car elles adoptent librement la méthode de leur choix après que le prestataire ait cité les avantages et les inconvénients de chaque méthode. Les propos ci-dessous illustrent le déroulement des procédures d'adoption d'une contraception.

R : Quand les femmes arrivent..., elles ont déjà leur préférence. Donc ces préférences, il faut prendre le temps pour leur donner les effets secondaires, l'avantage et l'inconvénient de ces préférences... Parce que c'est une copine qui a fait cette méthode donc quand moi aussi j'arrive au Centre c'est ça que je vais faire. Mais après l'explication, l'exposé des autres méthodes avec leur avantage, tout ça-là, elles changent souvent. Mais il y a certaines qui résistent parce que dans notre centre, la plus préférée c'est l'injectable. L'injectable, c'est ça qui domine, donc quand les gens sont là elle arrive, elle dit que c'est l'injectable qu'elle doit faire, tu donnes n'importe quelle explication, il y a certaines qui maintiennent toujours cet injectable, qu'elle, c'est ça qu'elle désire...

Q : Est-ce que vous lui donnez l'injectable, même si vous voyez que ça ne convient pas,...

R : Non! Non... à l'examen physique et gynéco quand la femme n'est pas apte à prendre cette méthode... donc vous reprenez le counselling jusqu'à ce qu'elle arrive à choisir une méthode qui peut convenir à sa santé. [Femme, personnel de centre de PF]

Enfin, la majorité des femmes déclare lors des discussions qu'on parle des contraceptions partout, à la radio, lors des réunions publiques, lors des pesées ou des vaccinations des enfants. Ce qui peut expliquer le niveau élevé de connaissance des contraceptions à Lomé (96 % déclarent connaître au moins une contraception moderne). Par ailleurs, le professionnel d'un des centres affirme que les coûts des contraceptions sont abordables (par exemple 3 plaquettes de pilule pour 2 mois et demi coûteraient 200 francs CFA soit 0,470 \$ CAN⁴). En revanche, les avis sont

⁴ Convertisseur universel de devises (<http://www.xe.com/ucc/convert.cgi>) utilisé le 25 juillet 2009.

partagés parmi les femmes participant aux groupes de discussion. Plusieurs femmes surtout instruites soutiennent que les contraceptions sont accessibles financièrement (par exemple 4 préservatifs masculins coûteraient 50 francs CFA soit 0,117 \$ CAN) pendant que plusieurs femmes adultes signalent que le manque de moyens peut expliquer la faible adoption des méthodes contraceptives.

Les contraceptions sont alors disponibles dans les centres de santé de Lomé, mais elles sont souvent proposées après les accouchements et les avortements dont les complications ont été prises en charge dans des centres de santé. Ce qui exclue les jeunes et les femmes qui n'ont jamais accouché ou avorté, et celles qui ont avorté mais n'ont pas consulté dans les centres pour des complications. Or les protocoles en santé de la reproduction imposent que les contraceptions réversibles soient fournies aux femmes âgées de 12-45 ans quelle que soit leur histoire génésique et que les méthodes irréversibles soient fournies aux femmes âgées d'au moins 32 ans, ayant au moins 2 enfants et présentant une attestation signée par chaque membre du couple (Urd, 2004).

Acceptabilité apparente des méthodes contraceptives

Environ 48 % des femmes enquêtées lors du volet quantitatif et qui sont réellement à risque d'avoir une grossesse non désirée⁵ utilisaient la contraception moderne et 29 % pratiquaient la contraception non-moderne au moment de l'enquête. Une différence de pratique existe selon l'âge et le statut matrimonial des femmes. En effet, presque 63 % des jeunes âgées de 15-24 ans utilisaient une méthode moderne et 23 % utilisaient une méthode non-moderne. Ces pourcentages sont respectivement 67 % et 23 % chez les célibataires. La plus importante utilisation des contraceptions modernes par les jeunes et les célibataires qui sont à risque peut se justifier par la méthode principalement utilisée à Lomé.

La plupart des femmes qui utilisaient une contraception au moment de l'enquête ont déclaré avoir été conseillées par un personnel de santé, à travers les médias, par le partenaire et par un ami ou parent. Elles ont ainsi pu se procurer les méthodes auprès de leur partenaire, d'une pharmacie et d'une formation sanitaire car les contraceptions modernes les plus utilisées étaient le préservatif masculin (65,6 %) qui est très souvent payé par le partenaire, l'injection (12,4 %) et la pilule (8,6%). Ces deux dernières méthodes sont souvent payées par la femme elle-même. Ces résultats confirment ceux de l'analyse de la situation car la plupart des prestataires enquêtés ont déclaré avoir fourni des injectables, des spermicides, des préservatifs, des pilules et des DIU/stérilet au

⁵ Les femmes à risque d'avoir une grossesse non désirée sont sexuellement actives au moment de l'enquête, mais ne sont pas en aménorrhée, n'allaitent pas, ne sont pas stériles ni ménopausées, et ne désirent pas d'enfant.

cours de 3 mois précédant l'enquête (Urd, 2004). Ils confirment aussi les déclarations des femmes lors de l'enquête sur la Famille, les migrations et l'urbanisation au Togo de 2000 selon lesquelles les contraceptions modernes les plus utilisées à Lomé sont le préservatif masculin et l'injection suivis de la pilule et du DIU (Urd et al., 2001). En plus de sa participation financière à l'acquisition de la contraception, le partenaire est souvent au courant (96 % des utilisatrices de méthode moderne ont déclaré que leur partenaire était au courant de l'utilisation) et approuve l'utilisation de la contraception par la femme (85 %).

De plus, la grande majorité des femmes qui ont participé aux groupes de discussions déclare approuver l'utilisation de la contraception, et la majorité des participantes, principalement instruites et jeunes, ont proposé l'usage de la contraception et de la PF comme précaution pour éviter un avortement. Seulement trois participantes sur les 95 qui ont participé aux groupes de discussion déclarent qu'utiliser une contraception est aussi « une façon de commettre un crime ». Une de ces femmes propose la prière pendant que les deux autres proposent l'abstinence ou la méthode Ogino pour réguler les naissances. Tous ces résultats supposent une certaine acceptabilité des contraceptions chez la majorité des femmes et au sein du couple, le rôle important du personnel de santé et des formations sanitaires dans l'accès aux méthodes.

Obstacles à l'utilisation des contraceptions

Malgré cette apparente acceptabilité des contraceptions à Lomé, 58 % des femmes qui ont été enceintes au moins une fois ont déclaré avoir déjà eu une grossesse non désirée. Cette réalité laisse supposer qu'il y a toujours des besoins non satisfaits en matière de PF et de contraception à Lomé, malgré la connaissance des méthodes. De plus, les femmes à risque d'avoir une grossesse non désirée et qui n'utilisaient aucune contraception au moment de l'enquête (428) ont principalement justifié l'absence de pratique par l'opposition du partenaire (22 %) ou leur propre opposition à la contraception (18 %), parce qu'elles pensaient que la contraception est « mauvais pour la santé » (14 %), par le manque d'information (12,4 %) ou encore parce que la religion condamne l'utilisation de la contraception (11,7 %).

Certaines de ces justifications identifiées lors du volet quantitatif ont également été citées lors des discussions de groupe. Plusieurs jeunes femmes surtout instruites ont déclaré que le partenaire peut refuser l'utilisation par la femme d'une méthode contraceptive.

RI : Moi, après mon accouchement, les médecins m'ont proposé des injections pour ne plus tomber rapidement enceinte. Mais quand je suis venue en parler à mon partenaire, il m'a interdit de faire des injections...

R2 : ... si l'homme refuse, les médecins lui font appel. Ils demandent à l'homme de se présenter pour qu'on lui donne des conseils. Au moins si on lui donne des conseils et il refuse, on saura ce qu'on peut faire. Dans certains cas, s'il refuse, on pourra faire une méthode à la femme.

R1 : Oui, c'était comme cela, quand mon partenaire a refusé, j'étais repartie le dire aux médecins et ils ont encore insisté pour que je l'appelle. Il a refusé de se présenter et je suis partie rester avec ma mère. [Femmes, groupe de discussion de jeunes instruites]

Cependant, la plupart des femmes plus âgées et qui ne sont pas instruites proposent qu'en cas de refus du partenaire, la femme doit adopter la contraception à son insu. Ce qui suggère qu'à Lomé comme dans d'autres contextes (Castle et al., 1999), les femmes utilisent parfois clandestinement la contraception.

Le discours de la majorité des femmes instruites principalement les plus âgées révèle que la peur des effets secondaires est aussi un obstacle non négligeable à l'utilisation des contraceptions.

R1 : ... Une de mes sœurs a eu à faire la piqûre, c'est une jeune fille qui n'a jamais fait d'enfant. Quand on lui a fait la piqûre, ça lui a fait mal après elle a grossi, beaucoup grossi, au moment où elle l'a fait, elle n'était pas mariée, aujourd'hui elle est avec l'homme au foyer. Elle n'arrive plus à concevoir. Elle ne passait pas les règles un an durant elle n'avait plus les règles ... On lui a fait faire certaines analyses et on lui fait un traitement actuellement. On ne sait pas si elle peut concevoir ou pas. Donc tout ça là, point d'interrogation sur l'utilisation de ces produits.

R2 : Oui la peur, parce qu'on dit que quand tu fais la piqûre tu n'auras plus d'enfant et autre, que tu sentiras des faiblesses corporelles, tu seras tellement grosse que tu resterais paralysée, pour certains ça déclenche la tension.

[Femmes, groupe de discussion de femmes adultes instruites]

La religion catholique occupant une place importante à Lomé, le discours religieux est contre l'utilisation des contraceptions modernes et reconnaît seulement l'abstinence comme méthode contraceptive. Ce discours peut donc constituer un obstacle aux pratiques. Toutefois, les discussions de groupe dévoilent que ce discours n'est pas toujours accepté par la majorité des femmes notamment instruites qui pensent « qu'il est mieux d'empêcher la survenue d'une grossesse que de l'avorter ». Selon ces femmes, « Dieu étant également contre l'avortement, ne serait-il pas préférable d'utiliser la contraception plutôt que l'avortement ? ». On se demande alors si le discours religieux constitue un réel obstacle à l'utilisation de la contraception à Lomé.

Contre toute attente, peu de femmes signalent le « mauvais accueil ou des restrictions dont font preuve certains prestataires », le « manque d'information » et le « désintérêt et la négligence » comme constituant des blocages à l'utilisation des contraceptions.

Bien que le respect de la tradition et des coutumes qui valorisent la procréation semble primordial au Togo, les projets familiaux s'inscrivent dans une logique de compatibilité avec le niveau de revenus des couples (Kouwonou, 1999). Si la santé maternelle et infantile encourage

l'espace des naissances, ce sont les raisons socio-économiques qui expliquent souvent l'avis favorable à la limitation (Westoff et al., 2000). En effet, une étude menée à partir d'entretiens auprès du personnel médical, d'autorités religieuses et coutumières, et de discussions de groupes dans le Sud-Est du Togo (Kouwonou, 1999) révèle la primauté du coût de l'enfant et des moyens financiers dont disposent les couples dans leur décision de PF. Les couples approuvent alors de plus en plus la limitation des naissances probablement à cause de la cherté de la vie (Urd et al., 2001) et afin de mieux s'occuper des enfants. Cette approbation de la contraception est manifestée par une hausse de la prévalence contraceptive moderne (Agounke et al., 1989; Anipah et al., 1999) même si la contraception est parfois perçue comme encourageant l'infidélité ou la sexualité hors mariage chez les femmes (Silberschmidt et al., 2001; Vignikin, 2007) et que de nombreux obstacles entravent parfois son utilisation.

Vu le rôle que peut jouer le partenaire et les prestataires dans l'adoption d'une contraception, nous examinons à présent l'opinion des femmes sur l'implication des hommes et des parents dans la décision concernant l'issue d'une grossesse non désirée car d'autres acteurs conditionnent aussi l'accès à l'avortement.

Perception des circonstances de la prise de décision d'avorter une grossesse

Rôle du partenaire

Lors du volet quantitatif, il a été demandé aux femmes la personne qui a principalement payé les frais de leur plus récent avortement ainsi que la personne qui les a le plus soutenues moralement et psychologiquement dans la décision d'avorter. Les résultats montrent qu'à Lomé comme dans d'autres capitales africaines (Calvès, 2002), le géniteur ou le mari/partenaire a un rôle important dans le processus d'avortement puisqu'il a payé les frais liés à l'avortement dans 41,4 % des cas. Seulement 4,6 % des femmes ont payé elles-mêmes leur dernier avortement. L'homme a soutenu la femme dans la décision d'avorter dans 43 % des cas. D'autres personnes interviennent aussi dans la prise de décision. Respectivement 25 % et 20 % des femmes ont été soutenues dans la décision pour leur dernier avortement par un(e) ami(e) et un parent autre que le père, la mère, le frère et la sœur. Enfin, 8 % des femmes n'ont eu aucun soutien lors de leur prise de décision.

Les femmes participant aux groupes de discussion déclarent quel que soit leur âge et leur niveau d'instruction que la plus grande responsabilité dans les prises de décisions revenait au partenaire. La plupart des participantes affirment que la femme « doit avoir l'accord de l'auteur de la grossesse ou s'entendre avec lui avant d'avorter », surtout s'ils sont mariés. Pour plusieurs de ces

femmes, l'avortement devra être « une décision commune de l'homme et de la femme ». Mais en cas de refus du partenaire, elles déclarent que la femme « devra poursuivre la grossesse » surtout si les coutumes de l'homme interdisent l'avortement car la femme peut mourir si elle avorte.

R1 : ... Mais la grossesse n'appartient pas à une seule femme. Si vous êtes mariée et que vous formez un ménage, quand la grossesse intervient et que vous devez avorter ou non, cela doit être l'affaire de vous et votre mari. Vous ne pouvez pas aller seule vous faire avorter à l'insu de votre mari. Cela doit faire objet d'une décision commune. Si l'homme est d'accord, vous pouvez vous faire avorter. Mais s'il n'est pas d'accord, vous devez accoucher.

R2 : Du côté de l'homme, s'il refuse l'avortement, vous devez en parler à deux ; vous êtes obligée de respecter sa décision.

[Femmes, groupe de discussion de jeunes non instruites]

Certaines femmes signalent lors des discussions de groupe que le partenaire participe à l'acte en « accompagnant la femme et en payant les frais liés à l'avortement ». Pourtant, le désaccord peut aussi survenir entraînant le recours à l'avortement par la femme sans le consentement du partenaire. Une majorité de participantes déclarent qu'il y a des cas où les femmes « avortent sans informer leur partenaire » et parfois même à l'insu de leurs parents.

R : Dans certains cas, la femme le fait à l'insu de son partenaire.

Q : Pouvez-vous nous expliquer ce cas?

R : ... Elle (la fille) sort avec l'homme pour un temps. Maintenant que cette grossesse est arrivée. Peut être que l'homme a déjà une autre femme, mais qu'il est assez riche. Si elle va lui parler de la grossesse, l'homme ne va pas accepter. Donc, elle ira avorter. Elle ira avorter sans que l'homme ne sache, il ne saura même pas qu'elle avait porté une grossesse de lui. Peut être que si l'homme est au courant de cette grossesse, ... il pourra même décider de rompre la relation...

[Femme, groupe de discussion de jeunes instruites]

Rôle des parents

Les discussions de groupe dévoilent également que les parents du couple sont aussi très impliqués dans la décision surtout quand les concernés ne sont pas mariés, et parfois même sans avertir l'auteur de la grossesse.

Si je comprends bien, si par exemple un homme et une femme ont fait le mariage..., je ne crois pas que lorsque la femme sera enceinte, les parents vont envisager d'intervenir. Plutôt si c'est le cas d'une jeune fille qui n'est pas mariée mais qui est tombée enceinte, c'est en ce moment qu'il y a ces genres d'intervention et que les parents se mêlent des histoires d'avortement...

[Femme, groupe de discussion de non jeunes instruites]

La majorité des femmes affirment que les parents interviennent car ils ont des projets pour leur enfant notamment « la poursuite de ses études ou de son apprentissage », ou parce qu'ils « sont contre la relation du couple ». Plusieurs participantes déclarent que les femmes accordent « une importance capitale à l'avis des parents de l'homme » surtout en cas de désaccord dans le couple.

A part l'homme, ça peut être l'affaire de la mère de l'homme, il peut aller demander conseil à sa mère que c'est comme ça il a enceinté quelqu'une qui veut avorter. Sa mère peut refuser. Donc s'ils refusent, vous êtes obligée d'accoucher. [Femme, groupe de discussion de jeunes non instruites]

Enfin, selon les propos de certaines femmes, les parents font avorter leur fille pour « éviter la honte » surtout s'ils sont influents dans leur communauté ou à cause « d'un inceste pouvant entraîner un scandale au sein de la famille ». Par exemple, les « pères feraient avorter leur fille à l'insu de la mère en cas de grossesse incestueuse ».

Par ailleurs, la majorité de femmes trouve « qu'il n'est pas bon », quelles que soient les raisons, « que les mères fassent avorter leur fille ». Selon les déclarations de ces femmes, cette attitude désapprouvée des mères se justifie par la « crainte de la réaction de leur mari », « parce qu'elles veulent un mari aisé financièrement » pour leur fille, à cause du « jeune âge » de leur fille, ou afin d'éviter que leur fille et le bébé soient à leur charge.

Des fois, les mères ne veulent pas que le père sache, c'est pourquoi certaines mères amènent leurs filles pour les faire avorter parce que si le père se rend compte, ça peut créer un conflit et il peut dire que c'est vous la mère qui n'éduquez pas bien votre fille ou que vous ne la conseillez pas bien c'est pourquoi elle est enceinte ; en ce moment quand la grossesse survient, la mère peut prendre peur et courir avec la fille à l'hôpital pour la faire avorter sans que le père ne soit au courant.

[Femme, groupe de discussion de femmes adultes non instruites]

Moi ce que je trouve, si une mère qui met sa fille au monde se décide pour l'amener se faire avorter, ..., c'est que la maman n'est pas intéressée par ton partenaire. Il existe des mamans qui souhaitent que leurs filles épousent des hommes riches. Elle exige de la fille un homme donné. Par exemple si tu es un étudiant et tu engrosses la fille, elle va l'aider à avorter. Mais elle ne sait pas si c'est le seul enfant que Dieu donne à sa fille. Mais elle l'emmène pour la faire avorter. Ce n'est pas bon.

[Femme, groupe de discussion de jeunes instruites]

Rôle d'autres personnes de l'entourage du couple

Plusieurs femmes ayant participé aux discussions de groupe affirment que d'autres membres de la famille participent aux décisions surtout dans « les cas d'inceste » ou dans « les cas où la fille ne vit qu'avec un seul parent qui demande leur avis ». Leur discours dévoile aussi que des amies qui ont déjà avorté conseillent souvent l'avortement à la femme et lui indiquent des médicaments et des méthodes d'avortement. Enfin, les propos de plusieurs femmes révèlent que la famille et les amis interviennent le plus souvent en cas de désaccord entre l'homme et la femme ou quand l'homme nie être l'auteur de la grossesse.

... Si tu es avec un homme et si par exemple tu tombes enceinte, en étant au foyer, c'est l'affaire de ton mari et toi. C'est là où l'un des partenaires ne veut pas comprendre que cela devient affaire de famille ou des amis, ça dépend aussi de la relation entre ton mari et ses amis, que cela peut se passer ainsi...

[Femme, groupe de discussion de femmes adultes instruites]

Le partenaire ou le géniteur de la grossesse occupe une place importante dans la prise de décision pour un avortement en soutenant la décision, en payant l'acte et parce que son « accord est primordial ». De même, la famille et les parents font avorter leur fille en cas de désaccord dans le couple et afin d'éviter la honte et un scandale dans la famille.

Conclusions

Cette étude visait à faire ressortir le contexte et les normes qui entourent le recours à l'avortement à Lomé à partir des opinions des femmes ayant avorté ou non et celles du personnel de trois centres de santé sur le recours à l'avortement, sur la légalisation de l'avortement, sur les informations fournies quant à la disponibilité et l'acceptabilité des contraceptions à Lomé, et sur les circonstances de la prise de décision d'avorter une grossesse.

Selon les déclarations des femmes tout comme du personnel de santé, le recours à l'avortement à Lomé demeure très stigmatisé et son éventuelle légalisation reste très controversée. La plupart des femmes voient l'avortement comme un « crime », un « meurtre », ou un « péché » qui entraîne des conséquences sanitaires graves. L'enfant étant considéré comme un « don de Dieu », les femmes pensent qu'il est « immoral » d'avorter une grossesse ou de légaliser l'avortement car la femme n'a pas le « droit de mettre fin à une vie ». À la différence des femmes, la majorité des professionnels de la santé trouvent des avantages à la légalisation de l'avortement qui permettra de réduire les avortements clandestins ainsi que ses conséquences. Certaines femmes participant aux groupes de discussions, principalement les femmes instruites reconnaissent aussi qu'il serait « moins dangereux » d'effectuer des avortements à l'hôpital plutôt qu'à la maison. Cette étude révèle également la crainte qu'a la majorité des femmes et des professionnels de la santé, que la légalisation de l'avortement encourage une « sexualité désordonnée », une « utilisation abusive de l'avortement » et son « assimilation à une méthode contraceptive ».

Plusieurs facteurs sont significativement associés à l'attitude d'approbation face à la légalisation de l'avortement. Ainsi, les femmes étrangères, ayant un niveau d'instruction du secondaire ou plus, utilisant une contraception moderne, ayant déjà avorté ou connaissant une parente ou amie qui a avorté ont plus de chance d'approuver la légalisation de l'avortement comparativement aux autres. Les femmes appartenant aux autres religions chrétiennes en dehors du catholicisme et du protestantisme conventionnel ont moins de chance que les catholiques d'approuver la légalisation de l'avortement. Les femmes âgées de plus de 25 ans sont significativement plus susceptibles de se déclarer en faveur de la légalisation de l'avortement que les plus jeunes.

En revanche, bien que Rossier (2007) recommande la prise en compte des attitudes face aux relations de genre dans les études portant sur les attitudes face aux méthodes de régulation des naissances dans le contexte africain, et que Wang (2004) ait mis en évidence dans son étude sur

les déterminants socioculturels des attitudes face à l'avortement aux Etats-Unis que les facteurs socioculturels influencent significativement l'attitude face à l'avortement à travers la perception de la population sur les « rôles selon le genre », nous n'avons pas pu prendre en compte cette variable dans les analyses par manque d'informations. Il serait donc intéressant d'approfondir ces aspects dans de prochaines études sur l'attitude face à l'avortement et à sa légalisation.

L'offre et l'utilisation de la contraception occupent une place importante dans la prévention des grossesses non désirées et par conséquent dans la réduction des avortements clandestins. La norme à Lomé semble être favorable à l'utilisation de la contraception. Selon les propos de la plupart des professionnels de la santé, les méthodes contraceptives sont disponibles dans les centres de santé à l'exception de la pilule du lendemain, et la contraception chirurgicale volontaire nécessitant des matériels de chirurgie n'est offerte que dans les hôpitaux. De plus, la prise en charge des complications d'avortement dans les centres de santé de Lomé déboucherait sur la mise automatique sous contraception. Les contraceptions seraient généralement accessibles financièrement aux femmes, pourtant plusieurs femmes à risque d'avoir une grossesse non désirée n'utilisaient aucune contraception probablement à cause des obstacles à la pratique notamment le manque d'information, l'opposition du partenaire à la contraception ou la peur des effets secondaires. Cependant, les contraceptions sont souvent proposées à une certaine catégorie de la population, excluant principalement les jeunes, les femmes qui n'ont jamais accouché ou avorté. Ainsi, d'après l'étude portant sur l'évaluation des programmes menés dans le centre de la jeunesse ATBEF de Lomé, les auteurs concluent à la nécessité de créer d'autres centres pour jeunes à Lomé afin d'accroître leur accès aux services (Speizer et al., 2004).

L'implication des hommes et des parents dans la décision d'avorter étant explicite à travers les discours des femmes, une sensibilisation des hommes peut viser à les inciter à prendre leur responsabilité en cas de grossesse et à les encourager à discuter de l'adoption de contraception avec leurs partenaires afin d'éviter les grossesses non désirées et de ne pas mettre les femmes face à un éventuel choix pour un avortement. Les parents doivent être aussi sensibilisés sur les dangers des avortements afin de ne pas susciter les pratiques d'avortement chez leurs enfants. Ils doivent assurer l'éducation sexuelle de leurs filles et garçons dès la puberté.

Enfin, la loi sur la contraception et l'avortement étant très peu connue à Lomé, toute la population devra être sensibilisée sur l'existence de la loi et sur les conditions sous lesquelles un avortement légal peut être obtenu ainsi que sur les dangers liés à un avortement clandestin.

Annexes

Tableau 1 : Répartition (en %) des femmes selon leur attitude face à la légalisation de l'avortement et leurs caractéristiques socio-économiques, démographiques et comportementales au moment de l'enquête.

Variables	Modalités de la variable	Toutes les femmes		P*	Attitude face à la légalisation de l'avortement (%)		
		(N)	(%)		Désapprobation	Approbation	Neutre
Groupe d'âge (en années)	15 - 24	1 908	40,1	0,028	40,0	36,0	51,6
	25 - 34	1 610	33,9		33,9	37,4	26,5
	35 - 49	1 237	26,0		26,1	26,6	21,9
Ethnie	Adja-éwé	3 348	70,4	0,020	71,1	65,8	59,3
	Kabyè-tem	600	12,6		12,4	14,4	15,5
	Autres togolaises	452	9,5		9,4	10,1	12,9
	Etrangères	355	7,5		7,1	9,7	12,3
Religion	Catholique traditionnelle	2 085	43,8	0,000	43,5	51,4	38,7
	Protestante ^a	318	6,7		6,8	5,8	5,2
	Islamique	613	12,9		12,5	16,9	16,1
	Autres chrétiennes	403	8,5		8,3	7,6	16,1
	Autres	936	19,7		20,4	12,2	13,6
	Aucune / autres	400	8,4		8,5	6,1	10,3
Statut matrimonial	Pas en union	2 187	46,0	0,014	45,5	46,8	57,4
	En union	2 568	54,0		54,5	53,2	42,6
Niveau d'instruction	Aucun	1 072	22,5	0,000	22,8	12,6	34,2
	Primaire	1 843	38,8		39,7	27,0	32,3
	Secondaire et plus	1 840	38,7		37,5	60,4	33,5
Activité économique de la femme	Pas d'activité	675	14,2	0,128	14,0	16,9	15,5
	Commerçante/ employée/indépendante	2 312	48,6		49,0	44,2	45,8
	Agriculture/artisanat/autres	884	18,6		18,8	18,4	13,5
	Elève/étudiante/apprentie/aide familial	884	18,6		18,2	20,5	25,2
Femme a un revenu	Sans revenu (Élève/étudiant/apprentie)	985	20,7	0,008	20,6	22,7	20,0
	Sans revenu (sans activité/retraîtée/chômeuse et autres)	851	17,9		17,3	21,9	26,4
	A un revenu	2 919	61,4		62,1	55,4	53,6
Connaissance contraceptive	Aucune méthode	98	2,1	0,000	1,9	0,4	9,0
	Contraception moderne	4567	96,0		96,1	98,9	89,0
	Autre mode de contraception	90	1,9		2,0	0,7	2,0
Pratique contraceptive	Pas besoin de contraception ^b	2 911	61,2	0,000	61,8	48,6	69,0
	Contraception moderne	886	18,6		17,8	31,6	17,4
	A risque, mais aucune méthode moderne	958	20,2		20,4	19,8	13,6
1 ^{ère} activité sexuelle	N'a jamais eu de rapport sexuel	553	11,6	0,000	11,7	4,7	21,9
	A déjà eu une activité sexuelle	4202	88,4		88,3	95,3	78,1
Avoir déjà avorté	N'a jamais été enceinte	1 525	32,1	0,000	32,0	28,4	41,9
	N'a jamais avorté	2 183	45,9		47,1	34,5	32,3
	A déjà avorté	1 047	22,0		20,9	37,1	25,8
Parité (nombre d'enfants en vie)	N'a jamais été enceinte	1 525	32,1	0,010	32,0	28,4	41,9
	0	444	9,3		9,1	12,2	11,6
	1-2	1 541	32,4		32,7	34,2	20,7
	3 et plus	1 245	26,2		26,2	25,2	25,8
Expérience de grossesse non désirée	N'a jamais été enceinte	1 525	32,1	0,016	32,0	28,4	41,9
	A déjà eu une grossesse non désirée	1877	39,5		39,2	46,0	34,2
	N'a jamais eu de grossesse non désirée	1 353	28,4		28,8	25,6	23,9
Nombre de grossesses	N'a jamais été enceinte	1 525	32,1	0,081	32,0	28,4	41,9
	1	757	15,9		16,1	14,0	12,9
	2-3	1 199	25,2		25,3	26,3	21,3
	4 et plus	1 274	26,8		26,6	31,3	23,9
Connaissance de la loi	Ne connaît pas la loi	3 893	81,9	0,003	81,8	78,1	91,0
	Connaît la loi et ses restrictions	862	18,1		18,2	21,9	9,0
Connaissance de parente/amie ayant avorté	Non	2 701	56,8	0,000	58,4	30,6	60,0
	Oui	2 054	43,2		41,6	69,4	40,0
Total			100		100	100	100
Observations (N)		4 755			4 322	278	155

Source : EPAP, URD-OMS, 2002

* Valeur de p obtenue par le test de Chi-deux

^a Protestante presbytérienne, baptiste, méthodiste

^b Les femmes qui ne sont pas à risque d'avoir besoin de contraception sont des femmes qui ne sont sexuellement actives au moment de l'enquête, celles qui sont en aménorrhée, qui allaitent, qui sont stériles ou ménopausées, ou qui désirent un enfant.

Bibliographie

- AGOUNKE A., ASSOGBA M., et al., 1989, "Enquête Démographique et de santé Togo – 1988." Unité de Recherche Démographique, Direction de la statistique, Direction générale de la santé, Institute for Resource Development/Macro Systems Inc., Columbia, Maryland, 169.
- 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.
- ANIPAH K., MBOUP G., et al., 1999, "Enquête Démographique et de santé Togo – 1998." Ministère de la planification et du développement économique, Direction de la statistique, Macro International Inc., Calverton, Maryland, 287.
- BAJOS N., FERRAND M., et al. 2002. "Au risque de l'échec: la contraception au quotidien." Pp. 33-78 in *De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues*, édité par Nathalie BAJOSMichèle FERRAND et L'équipe GINE, (EDS). Paris, INSERM 348p.
- BEGUY D., 2004, "Emploi féminin et fécondité à Lomé : quelles interactions ?" Paris (FR) : DIAL, 24p.
- 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. MundigoCynthia 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.
- CASTLE S., KONATE M.K., et al. 1999. "A qualitative study of clandestine contraceptive use in urban Mali." *Studies in Family Planning* 30(3):231-248.
- COEYTAUX F.M. 1988. "Induced abortion, in Sub-Saharan Africa: what we do and do not know." *Studies in family planning* 19 (3):186-190.
- 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.
- DE LA TORRE I. 1991. "Organisation sociale." Pp. 43-51 in *Le Vodou en Afrique de l'ouest: Rites et traditions. Le cas des sociétés Guen-Mina (Sud-Togo)* édité par Inès DE LA TORRE, (EDS). Paris, Editions L'Harmattan 176p.
- 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.
- GRIMES D.A., BENSON J., et al. 2006. "Unsafe abortion: the preventable pandemic." *The lancet* 368(25):1908-1919.

- GUILLAUME A. 2003. "Le rôle de l'avortement dans la transition de la fécondité à Abidjan au cours des années 1990." *Population* 58 (6):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*, édité par Agnès Guillaume et Myriam Khlat, Les collections du CEPED 163p.
- , 2005, "L'Avortement Provoqué en Afrique : Un problème mal connu, lourd de conséquences." dans 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.
- HENRY R. et FAYORSEY C., 2002, "Coping with Pregnancy: Experiences of Adolescents in Ga Mashi, Accra." ORC Macro., Calverton, Maryland, USA, 71 p.
- 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.
- 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.
- KAMPATIBE N. et MENSAH E. 1996. "Avortement a risques et planification familiale au Togo." *African Journal of Fertility, Sexuality and Reproductive Health* 1(1):77-78.
- KOTOKOU K. 1991. "Identification des facteurs qui influencent l'acceptation des méthodes contraceptives à Lomé." Présenté séance 3: *L'impact des actions et des programmes en matière de santé et de planification familiale* du Séminaire international ENSEA-ORSTOM: "Croissance démographique et stratégie de développement en Afrique", organisé par, Abidjan, 22p.
- 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.
- LOCOH T., 1984, "Fécondité et familles en Afrique de l'ouest. Le Togo méridional contemporain." Travaux et Documents, Cahier n°107, Paris, Institut National d'Études Démographiques (INED) / Presses Universitaires de France 182p.
- . 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.
- MUNDIGO A.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*, édité par J. Ties Boerma, (EDS). Belgium, Derouaux Ordina Editions 427 p.
- . 1999. "Research methodology: Lessons learnt." Pp. 465-476 in *Abortion in the developing world.*, édité par Alex I. Mundigo et Cynthia Indriso, (EDS). New Dehli, OMS 498p.
- . 2006. "Determinants of unsafe induced abortion in developing countries." Pp. 51-71 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.
- 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.
- 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. 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.
- . 2006. "L'avortement : un secret connu de tous ? Accès aux services d'avortement et implication du réseau social au Burkina Faso " *Sociétés contemporaines* 61(1):41-64.
- . 2007. "Attitudes towards abortion and contraception in rural and urban Burkina Faso." *Demographic Research* 17(2):23-58.
- 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.
- SCHUSTER S. 2005. "Abortion in the moral world of the Cameroon grassfields." *Reproductive Health Matters* 13(26):130-138.
- 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.
- 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.
- STRICKLER J. et DANIGELIS N.L. 2002. "Changing frameworks in attitudes toward abortion." *Sociological Forum* 17(2):187-201.
- 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.
- 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, 2002, "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. 2007. "Les facteurs de la contraception au Togo. Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1998." Pp. 44 in *Les numériques du CEPED*, edited by William Molmy et Morgane Macé. Paris: Centre Population et Développement.
- 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.
- WANG G.-z. 2004. "Social and cultural determinants of attitudes toward abortion: a test of Reiss' hypotheses." *The Social Science Journal* 41:93-105.
- 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.
- YAM E.A., DRIES-DAFFNER I., et al. 2006. "Abortion opinion research in Latin America and the Caribbean: A review of the literature." *Studies in Family Planning* 37(4):225-240.