

ORIGINAL RESEARCH ARTICLE

SANTE DE LA REPRODUCTION ET AVORTEMENT A ANTANANARIVO (MADAGASCAR) RESULTATS D'UNE RECHERCHE ORIGINALE

Mme Bénédicte Gastineau^{1*}, Mme Stellina Rajaonarisoa²

¹IRD, Laboratoire Population-Environnement-Développement (LPED), Université de Provence, Centre Saint-Charles, Case 10. 3, place Victor Hugo 13331 Marseille, cedex 03; ²Université d'Antananarivo – Faculté des lettres et sciences humaines Madagascar.

*For correspondence: Mme Bénédicte Gastineau. E-mail: benedicte.gastineau@ird.fr.

Résumé

A Madagascar, l'interruption volontaire de grossesse est totalement interdite. Toutefois, de nombreuses femmes y ont recours, tout particulièrement dans la capitale, Antananarivo. Ces avortements clandestins sont pratiqués par des matrones mais aussi par des médecins libéraux. Cet article présente les résultats d'une enquête menée auprès de 193 femmes interrogées en 2005 alors qu'elles viennent consulter un médecin pour demander un avortement. Cette première enquête a été complétée par des données qualitatives recueillies auprès d'étudiantes ayant déjà eu recours à l'avortement. L'analyse des données montrent que toutes les catégories de femmes semblent concernées par l'avortement mais plus particulièrement les plus jeunes, célibataires et en cours de scolarisation. Ces dernières cherchent à reculer le moment de la première naissance afin de terminer leurs études, de trouver un premier emploi et de se marier. Or ces jeunes filles ont un accès très limité à la contraception et leurs choix contraceptifs dépendent encore fortement de la volonté de leur partenaire sexuel (*Afr. J. Reprod. Health* 2010; 14[3]: 223-232).

Abstract

Reproductive Health and Abortion in Antananarivo (Madagascar): Results of an Original Research. In Madagascar, voluntary termination of pregnancy is totally forbidden. However, many women resort to it, most especially in the capital, Antananarivo. These secret abortions are carried out not only by traditional birth attendants but also by private medical practitioners. This article presents the results of a research conducted on 193 women interviewed in 2005 when they came to consult a doctor and seek abortion. This first survey was complemented by qualitative data collected from students who had already had an abortion, but most especially the young ones, spinsters and those still in school. The latter try to delay the time of first childbirth in order to complete their studies, to find a first job and to get married. The young girls have a very limited access to contraception and their contraceptive choice yet depends on the willingness of their sexual partners (*Afr. J. Reprod. Health* 2010; 14[3]: 223-232).

Key words: Madagascar, Reproductive Health, Abortion, Young People.

CONTEXTE

L'organisation mondiale de la santé estime qu'en 2003, en Afrique, 5,6 millions d'avortements ont été pratiqués, dont 5,5 millions sont des avortements illégaux¹. Les avortements illégaux se déroulent le plus souvent dans un environnement peu ou non médicalisé et les complications sont nombreuses. Ainsi, en 2003, près de 36 000 femmes africaines seraient décédées des suites d'un avortement. Il y aurait 650 décès pour 100 000 avortements en Afrique contre 10 pour 100 000 dans les pays développés où l'interruption de grossesse est autorisée et donc médicalisée¹. Or dans la quasi totalité des pays d'Afrique, l'avortement n'est autorisé que sous conditions (pour sauver la vie, la santé physique et /ou mentale de la mère et /ou de l'enfant), et il est

très difficilement accessible. Seuls trois pays l'autorisent sans conditions : le Cap Vert, l'Afrique du Sud et la Tunisie². Toutefois, des changements notables ont été observés ces dix dernières années: 6 pays d'Afrique francophone ont assoupli leur législation³. L'avortement est maintenant légal au Bénin, en Guinée et au Togo en cas de danger pour la santé ou la vie de la femme, quand la grossesse résulte d'un viol ou d'un inceste et quand le fœtus est victime de graves malformations. Au Tchad et au Niger, il a été autorisé pour sauver la santé de la femme (auparavant, il ne l'était que lorsque la vie de la femme enceinte était menacée) et enfin au Mali, les femmes peuvent demander un avortement si leur vie est en danger ou si elles ont été victimes d'un viol ou d'un inceste.

Madagascar se distingue sur le continent africain par une loi particulièrement restrictive et une résistance très forte à l'assouplissement de cette loi. Le code pénal malgache condamne les femmes qui mettraient fin volontairement à leur grossesse et toutes les personnes (du corps médical ou non) qui les auraient aidées (article 317 du code pénal). Aucune exception n'est prévue. Certes le Code de déontologie médicale prévoit le droit à l'avortement thérapeutique à une femme dont la vie serait en danger, mais il ne fait pas autorité sur le Code pénal.

La question de la dépénalisation de l'avortement a été soulevée en fin d'année 2007 à Madagascar par les agences internationales des Nations Unies⁴. Les représentants de l'église catholique s'y sont formellement opposés, une position qui a été soutenue par le Président de la République d'alors, Marc Ravalomanana. Il affirmait lors d'un déplacement dans une province du Sud Ouest de la grande île : « Non à l'avortement ! Il n'est pas question d'autoriser cette pratique. La vie est un don de Dieu. Je sais qu'il y a des gens qui essaient de faire passer un projet de loi sur l'avortement. Mais je ne permettrai jamais sa dépénalisation » (décembre, 2007). La répression vis-à-vis des médecins semble d'ailleurs s'être durcie et plusieurs d'entre eux ainsi que des femmes ont été emprisonnés en 2007.

Bien que l'avortement soit illégal et réprimé, de nombreuses femmes y ont recours. Le Ministère de la Santé estime que chaque année 75 000 avortements sont pratiqués sur la grande île, il s'agit d'une estimation, aucune statistique officielle n'existe. Si ce chiffre est exact, on compterait à Madagascar environ un avortement pour 10 naissances vivantes. Si on applique, le taux de mortalité par avortement observé pour l'Afrique de l'Est (soit 770 décès pour 100 000 interruptions de grossesse), on suppose que plus de 575 femmes décèdent chaque année des complications d'un avortement clandestin. Ces décès contribuent fortement à la mortalité maternelle. La mortalité maternelle reste élevée sur la Grande île : en 1998-2003, on compte 469 décès pour 100 000 naissances vivantes⁶. Dans la capitale, à Antananarivo, elle est moins forte (195 pour 100 000 en 2001-2002) et en diminution depuis 1989-1991 (470 décès pour 100 000 à cette date)⁷. L'analyse des causes de décès enregistrés à Antananarivo durant la période 1989-1991 a mis en exergue le fait que plus de 60% des décès maternels étaient attribuables à un avortement (spontané ou provoqué)⁸. La réduction de la mortalité observée après cette période provient pour l'essentiel du recul des décès liés à un avortement (-79%)⁹. La baisse du nombre de décès peut s'expliquer en partie par une meilleure prise en charge des complications : la maternité du centre hospitalier d'Antananarivo a été dotée de moyens pour soigner les suites d'avortements et du personnel a été formé¹⁰.

Il est impossible de dire dans quelle mesure cette baisse pourrait aussi relever d'une diminution du recours à l'avortement : aucune statistique ne permet d'en suivre l'évolution. Parmi les femmes qui survivent, certaines gardent à vie des séquelles physiques et aux problèmes de santé, s'ajoutent toutes les conséquences psychologiques, sociales, économiques pour les femmes¹¹, conséquences qui sont très rarement abordées par les chercheurs¹².

La plupart des études menées à Madagascar sur l'avortement sont le fait de médecins¹³ et reposent sur des enquêtes menées auprès de femmes hospitalisées pour des complications ou sur des données de registres sanitaires¹⁴. Elles ne concernent qu'une population particulière : celle dont l'avortement a donné lieu à des complications sévères. Le plus souvent, il s'agit de femmes pauvres, qui vivent dans les quartiers populaires de la ville¹⁵. En 1997, 90% des femmes arrivant pour des complications d'avortement à la maternité de Befelatanana vivaient en-dessous du seuil de pauvreté d'un dollar par jour¹⁶. Les femmes les plus défavorisées n'ont pas accès aux méthodes d'avortement médicalisées, elles font appel à du personnel non qualifié qui leur demande une somme moins élevée qu'un médecin¹⁷. Il est aujourd'hui impossible de savoir quelle est la part des avortements réalisés par les matrones ou les femmes seules.

La plupart des informations relatives à l'avortement à Madagascar portent sur la capitale. Seule l'enquête récente de Focus Development association (2007)¹⁸ pose la question de l'interruption volontaire de grossesse en milieu rural. Les auteurs de cette étude montrent sans surprise que l'avortement est plus répandu dans le milieu urbain que dans le milieu rural. Les prestataires y sont plus nombreux et la volonté des femmes de maîtriser leur fécondité plus forte. En témoigne une prévalence contraceptive plus élevée en milieu urbain : 41% des femmes (en union de 15-49 ans) contre seulement 23 % en milieu rural. C'est dans la capitale que la prévalence est la plus forte (52 %). Il faut préciser que près de 7 femmes sur 10 ont choisi une méthode dite naturelle, telle que l'abstinence périodique¹⁹. La contraception est surtout utilisée en fin de vie féconde, pour limiter la descendance ; l'indice synthétique de fécondité en milieu urbain est de 5,2 enfants par femmes en 2003²⁰. A l'inverse, il semble que les femmes qui ont recours à l'avortement cherchent majoritairement à espacer deux grossesses ou surtout à retarder le moment de la naissance de leur premier enfant²¹. L'avortement clandestin est alors un phénomène qui concerne tout particulièrement les jeunes femmes et notamment les étudiantes dont une grossesse compromettrait les études.

Les tananariviennes limitent leur descendance : l'indice synthétique de fécondité est de 2,7 enfants par femme en 2003. Le recul de l'âge au mariage et l'utilisation croissante de la contraception expliquent

en grande partie cette faible fécondité²². Cependant, l'avortement constitue pour certaines femmes un moyen supplémentaire d'espacer ou de limiter le nombre de grossesses. L'objectif de cet article est premièrement de décrire les caractéristiques des femmes en attente d'un avortement puis de comprendre comment l'avortement participe à la maîtrise de la fécondité en complément ou à la place de la contraception. Enfin, nous nous traiterons plus particulièrement de l'histoire de vingt jeunes étudiantes qui ont toutes interrompu une grossesse pour décrire le contexte dans lequel celles-ci reculent le moment de la première naissance.

Population et Methodologie

Faire une enquête sur l'avortement pose de nombreuses difficultés dans un contexte où celui-ci est illégal. Il nous était impossible d'avoir des données représentatives en population générale. Nous avons alors choisi de contacter différents médecins généralistes dont nous savions qu'ils pratiquaient dans leur cabinet des avortements, pour certains c'est d'ailleurs leur unique activité médicale. Quatre ont rapidement accepté. Les données présentées dans cet article proviennent d'une enquête sur l'*Avortement Provoqué Illégal à Antananarivo* (APIA) réalisée auprès de femmes rencontrées dans ces quatre cabinets médicaux privés. Ils sont tous situés à Antananarivo mais dans des quartiers différents (quartiers populaires et centre ville). Les médecins ont accepté que nous menions une enquête auprès de leurs patientes. Les femmes ont été recrutées dans les salles d'attente des médecins et l'objet de l'enquête leur a été expliqué très explicitement afin d'obtenir leur consentement avant de commencer le questionnaire. Nous n'avons rencontré aucune difficulté, très rares sont les femmes qui ont refusé de répondre. Entre mars et septembre 2005, 193 femmes ont ainsi été interrogées en toute confidentialité avec la seule présence de l'enquêtrice.

Le questionnaire comprenait cinq volets. Le premier comprenait des questions sur la situation socioéconomique et matrimoniale de la femme, le deuxième sur la grossesse actuelle et l'histoire génésique de la femme. C'est dans ce volet qu'ont été posées les questions sur les éventuels avortements passés. La troisième partie du questionnaire portait sur les pratiques contraceptives de la femme enquêtée et le quatrième sur le contexte de l'avortement en cours (qui accompagne la femme, qui a été mis au courant de cette démarche, cause du choix de l'avortement, etc.). Le dernier volet ne concernait que les jeunes femmes de moins de 20 ans : il s'agissait de leur demander si leurs parents étaient au courant de la grossesse et de l'avortement. Pour en faciliter la passation, questionnaire comportait majoritairement des questions fermées et le choix

avait été fait de concevoir un questionnaire assez court (25 questions).

Les données collectées ne sont pas représentatives de la population ayant recours à l'avortement à Antananarivo. Comme il a déjà été précisé, beaucoup des femmes les plus pauvres ne s'adressent pas aux médecins mais aux matrones dont les prestations sont moins coûteuses, nous ne les retrouverons donc pas dans notre enquête. Ensuite, pour des actes illégaux comme l'avortement, la clientèle d'un médecin se fait beaucoup de «bouches à oreilles», par recommandation. Il est fort probable que nous ayons une forte homogénéité socio-économique, géographique dans la population étudiée même si en prenant quatre cabinets médicaux dans quatre quartiers différents nous limitons un peu ce biais. Les résultats de notre analyse n'ont pas vocation à être généralisés mais seulement à éclairer ponctuellement la question de l'avortement à Antananarivo pour fournir des pistes de recherche et d'action futures.

Les premières analyses de l'enquête APIA ont montré que les jeunes femmes et notamment les étudiantes étaient nombreuses parmi les femmes venant consulter un médecin pour un avortement. Nous avons donc mené une seconde enquête auprès d'étudiantes ayant subi un avortement. Les étudiantes ont été recrutées à l'Université publique d'Ankatsoa - Antananarivo - par méthode «boule de neige». Une première étudiante ayant eu recours à l'avortement nous en a indiqué une seconde et ainsi de suite. Le projet était de mener des entretiens individuels permettant de comprendre le processus (parcours amoureux, sexuels, contraceptifs) menant à une interruption volontaire de grossesse. Il s'est avéré particulièrement difficile de faire parler les jeunes filles sur ce sujet. Nous avons donc fait le choix de les faire répondre à un questionnaire écrit avec des questions ouvertes leur demandant de raconter les événements (la rencontre avec le partenaire sexuel, les relations amoureuses, les pratiques contraceptives, la découverte de la grossesse, la réaction du petit ami, les raisons qui l'ont amenée à avorter, etc.). Le questionnaire leur a été laissé plusieurs jours afin qu'elles disposent du temps nécessaire pour écrire leur histoire le plus précisément possible. Les informations ainsi obtenues se sont révélées très riches. Vingt «entretiens écrits» ont été recueillis. Les étudiantes qui ont accepté de participer à notre enquête ont entre 19 et 25 ans. Tous les niveaux d'études sont représentés. Trois filles résident en résidence universitaire sur le campus, les autres cohabitent avec leurs parents. Ces récits vont permettre d'éclairer les résultats quantitatifs en inscrivant l'événement «avortement» dans un contexte familial, affectif, éducatif. Il s'agissait de mieux comprendre les conditions dans lesquelles la décision d'avorter avait été prise et les raisons de ce choix, tout en gardant

Tableau 1. Répartition des femmes (%) (n=193) selon certaines caractéristiques au moment de l'enquête.

	Répartition (%)
Groupe d'âges	
14 -19 ans	18,2
20 - 24 ans	46,5
35 ans et plus	35,3
<i>Age Minimum</i>	14 ans
<i>Maximum</i>	44 ans
<i>Médiane</i>	24,3 ans
Statut matrimonial	
Célibataire	46,1
Mariée	37,8
Union Libre	14,5
Veuve ou divorcée	1,6
Nombre d'enfants nés vivants	
Aucun	47,2
Un	15,0
Deux	15,0
Trois	12,1
Quatre et plus	10,9
Activité principale	
Etudiante	25,9
Sans activité	22,3
Commerçante, activités de service	21,2
Ouvrière /Employée zone franche	7,2
Ouvrière / Employée hors zone franche	5,7
Enseignante / institutrice	6,3
Agricultrice	4,1
Cadre, profession libérale	3,1
Prostituée	3,1
Prostituée	1,1
Sans réponse	

Source : Enquête APIA, 2005.

à l'esprit que les informations collectées ne sont représentatives d'aucune population. Dans cet article les entretiens vont servir principalement pour compléter les résultats quantitatifs: il s'agit de donner quelques pistes de réflexion sur la non utilisation de la contraception et sur le fort recours à l'avortement dans une population a priori mieux informée sur les questions de santé de la reproduction que la population générale.

Resultats

a) Caractéristiques des femmes enquêtées dans l'enquête quantitative

Les femmes rencontrées dans les cabinets de médecins lors de l'enquête APIA résident dans la capitale (seules 4 vivent ailleurs) et elles sont rela-

tivement jeunes : l'âge médian est de 24,3 ans. Plus de la moitié (52%) sont en couple, mariées ou en union libre, 46% n'ont jamais été mariées. La majorité des femmes (53%) a déjà un ou plusieurs enfants nés vivants (Tableau 1) En moyenne, elles ont 1,3 enfant. Les activités exercées par les femmes sont très diverses mais un cinquième se déclare sans activité (femme au foyer) et plus d'un quart des femmes sont encore étudiantes (Tableau 1). Si plusieurs classes sociales sont représentées, on ne retrouve pas de femmes très pauvres. Ce résultat était attendu compte tenu du coût de l'avortement chez un médecin. Ce coût varie aussi d'un médecin à l'autre et selon de la durée de la grossesse. Dans les entretiens menés auprès des étudiantes, le tarif le plus fréquemment cité est 50 000 ariary pour un avortement au cours de la cinquième semaine de grossesse (soit en 2005, vingt euros). Chez les matrones, le tarif est environ cinq fois moins élevé. Les femmes que nous avons rencontrées sont donc celles qui ont pu réunir une somme suffisamment importante pour avoir accès à un avortement dans un environnement médicalisé.

Il est difficile de donner un profil type des femmes parmi les 193 enquêtées. Seul un groupe de femmes relativement homogène se distingue: il s'agit de jeunes femmes (mois de 25 ans), célibataires et encore étudiantes (université, formation professionnelle post baccalauréat). Ces femmes n'ont pas d'enfant. Elles représentent près d'un quart de notre échantillon, elles sont donc fortement surreprésentées par rapport à la population générale. Les étudiantes dans la population générale d'Antananarivo constituent moins de 3% de la population féminine en âge de procréation. Conformément à ce qui a été observé par d'autres auteurs analysant des données hospitalières à Madagascar et dans d'autres contextes africains²³, les jeunes femmes en cours de scolarisation à Antananarivo sont donc relativement plus nombreuses que les autres à avoir recours à l'avortement²⁴.

b) Le recours à l'avortement

Un résultat important est que pour presque la moitié des femmes enquêtées, l'avortement subi le jour de l'enquête n'est pas le premier: en effet, 46% ont déjà précédemment interrompu une grossesse (Tableau 2). On compte en moyenne 1,9 avortement par femme pour seulement 1,3 enfant né vivant. Ce résultat montre l'importance de l'avortement dans la gestion de la fécondité des tananari-viennes rencontrées au cours de l'enquête.

Le premier avortement arrive très tôt dans la vie féconde des femmes : elles avaient en moyenne 0,9 enfant au moment du premier avortement. Parmi les femmes qui n'ont pas d'enfant ou un seul enfant, la majorité présente l'interruption de grossesse des femmes comme un moyen de retarder la grossesse

Tableau 2. Répartition des femmes (%) selon le nombre de grossesses déclarées (grossesse en cours incluse) et le nombre d'avortements déclarés (avortement en cours inclus) (N=193)

Nombre de grossesses	Nombre d'avortements (inclus celui du jour de l'enquête)						Total
	1	2	3	4	5	6	
1	24,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	24,1
2	9,9	11,0	0,0	0,0	0,0	0,0	20,9
3	7,3	3,7	5,8	0,0	0,0	0,0	16,8
4	8,4	4,2	2,1	2,6	0,0	0,0	17,3
5	3,1	1,0	1,0	1,0	1,6	0,0	7,9
6	1,0	0,5	0,5	1,0	0,0	0,0	3,1
7	0,0	0,5	3,1	1,0	1,0	1,0	6,8
8	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,5	1,0
9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,5
11	0,0	0,5	0,5	0,5	0,0	0,0	1,6
Total	53,9	21,5	13,6	6,3	3,1	1,6	100,0

Source : Enquête APIA, 2005.

Tableau 3. Répartition des femmes selon le motif de l'avortement déclaré par la femme (espacement ou limitation des naissances) par parité au moment de l'enquête pour 100 femmes (effectifs).

Nombre d'enfants nés vivants	Pour espacer / pour retarder la naissance de l'enfant suivant	Pour limiter	Autres*	Total
	97,5 (88)	1,1 (1)	3,3 (3)	100,0 (92)
1	55,2 (16)	24,1 (7)	13,8 (4)	100,0 (29)
2	40,0 (12)	43,3 (13)	16,7 (5)	100,0 (30)
3	40,0 (9)	45,5 (10)	13,6 (3)	100,0 (22)
4 et plus	5,0 (1)	90,0 (18)	5,0 (1)	100,0 (20)

Source : Enquête APIA, 2005.

*dans cette catégorie, on retrouve notamment les femmes qui n'ont pas su dire si après cet avortement elles souhaitaient ou non un autre enfant mais aussi celles qui avortent suite à des difficultés conjugales (conflits, rupture depuis le début de la grossesse) ou sous la pression de leur employeur.

suivante (Tableau 3). Elles déclarent vouloir attendre que l'enfant précédent soit relativement autonome. L'espacement idéal avoisinerait les 3 ans selon les femmes. Ceci est d'autant plus vérifié chez celles qui ont un emploi et qui doivent faire garder leur enfant par une employée de maison ou dans un jardin d'enfants. Pour les mères de deux enfants ou plus, l'avortement est envisagé comme un moyen d'arrêt de la descendance (Tableau 3).

Les plus nombreuses sont les femmes sans enfant qui ont recours à l'avortement, une ou plusieurs fois, pour retarder le moment de l'arrivée de leur premier enfant (47 femmes²⁵ soit 24% ont eu une grossesse, un avortement, 11% 2 grossesses, 2 avortements, Tableau 4). Elles sont pour la

plupart célibataires (88%) et étudiantes (78%). Presque la moitié de ces jeunes femmes (46%) ont subi plusieurs avortements. A la question «pourquoi inter-rompez-vous votre grossesse aujourd'hui?», elles ont massivement répondu: «pour pouvoir terminer nos études». Parmi l'ensemble des femmes interrogées, tout âge et parité confondus, ce sont 54% qui ont choisi de ne pas mener à terme leur première grossesse.

L'avortement est donc utilisé à différents moments de la vie des femmes: au début de la vie féconde pour reculer le moment de la première naissance, ensuite pour espacer les naissances et enfin pour les limiter. C'est pourquoi une même femme peut avoir recours plusieurs fois à l'avorte-

Tableau 4. Quelques indicateurs de la pratique contraceptive des femmes.

	%	Effectifs
Proportion (%) de femmes utilisant une contraception au moment où elles sont devenues enceintes	19,0	37
Répartition (%) selon la méthode utilisée au moment de la grossesse		
Pilule	40,5	15
Stérilet	16,2	6
Méthode naturelle (méthode du calendrier)	40,5	15
Préservatif	2,6	1
Total	100,0	37
Proportion de femmes ayant déjà au cours de leur vie utilisée une méthode contraceptive	53,8	102

Source: Enquête APIA, 2005.

ment. Ce résultat pose la question de l'utilisation de la contraception. L'avortement est-il un moyen de pallier les échecs de la contraception ou remplace-t-il la contraception pour les tananariviennes que nous avons enquêtées ?

Dix-neuf pour cent des femmes déclarent qu'elles utilisaient une méthode de contraception au moment où elles sont devenues enceintes. Cet échec de la contraception s'explique soit par l'inefficacité de la méthode pratiquée (méthodes naturelles), soit par une mauvaise utilisation des méthodes modernes comme la pilule.

La majorité des femmes (71%) n'utilisait donc aucune méthode contraceptive alors qu'elles ne souhaitaient pas de grossesse. En effet, seules deux enquêtées ont déclarées que la grossesse était désirée au moment où elle a débuté. La question sur les raisons de non utilisation de contraception a été laissée ouverte. Les réponses ont été très diverses mais spontanément la réponse la plus fréquente est «par ignorance»: la femme craint d'utiliser la contraception qu'elle ne connaît pas bien. Vient ensuite «la négligence»: la femme ne pensait pas pouvoir tomber enceinte parce que ses relations sexuelles sont rares et irrégulières, parce que la femme allaitait ou parce que la femme se pensait trop âgée. Enfin vient la peur des effets secondaires décrits de façon très diverse par les femmes : perte ou prise de poids, malaises, pertes de cheveux, perte du désir sexuel, etc. Cette peur des effets supposés des méthodes contraceptives et la mauvaise connaissance des risques de grossesse ne sont pas spécifiques à Madagascar et elles ont été souvent décrites dans la littérature comme un obstacle important à la diffusion de la contraception, voire comme un facteur favorisant le recours à l'avortement dont les risques sont souvent sous-estimés par les femmes²⁶.

Toutefois, un nombre non négligeable de femmes a expérimenté la contraception à un moment de sa vie génésique (53%) mais les enquêtes révèlent une très grande irrégularité dans la pratique contraceptive et une nette préférence pour les méthodes dites naturelles, comme la méthode du

calendrier. Les femmes disent choisir cette méthode pour son innocuité, sa gratuité mais semblent ignorer son manque d'efficacité. Les médecins qui pratiquent les avortements n'ont pas toujours le temps de donner des conseils en planification familiale aux femmes et si une majorité (56%) d'entre elles disent vouloir utiliser une méthode de contraception après leur avortement, toutes ne franchiront pas le pas.

Il reste une part importante de femmes (47%) (APIA, 2005) qui, jusqu'au jour de l'enquête, ont maîtrisé leur fécondité uniquement par l'avortement. Or leur descendance n'est pas significativement différente de celles des femmes qui ont déjà utilisé une contraception. Elles ont un nombre moyen de grossesses et d'avortements et d'enfants nés vivants comparables (respectivement 1,26 et 1,35 enfant par femme une fois la structure par âge contrôlée). Ceci laisse penser que la contraception participe peu à l'espacement ou la limitation des naissances chez les femmes enquêtées, les méthodes choisies sont peu efficaces ou mal utilisées.

Parmi les femmes rencontrées, certaines ont déclaré au moment de l'enquête ne plus pouvoir assumer un enfant de plus pour des raisons économiques, d'autres qu'elles mettaient fin à leur grossesse parce qu'elles ont un nombre d'enfants qu'elles jugent suffisant et les étudiantes avortent pour pouvoir continuer leurs études et éviter l'opprobre sociale réservée aux mères célibataires à Antananarivo. Pour beaucoup des femmes enquêtées, l'avortement est ou a été un moyen de reculer l'âge d'entrée en vie génésique, en union et en vie adulte pour une population qui maîtrise mal sa fertilité et sa fécondité. Les «entretiens écrits» qui permettent d'analyser le contexte affectif, le rôle des hommes et le parcours des jeunes femmes menant jusqu'à l'avortement permettent d'illustrer et de confirmer ce résultat.

- c) L'avortement pour reculer le moment de la naissance du premier enfant

L'enquête APIA menées dans les salles d'attente de quatre médecins libéraux à Antananarivo a montré

que parmi les femmes qui venaient pour avorter, les jeunes femmes, célibataires et étudiantes étaient nombreuses. L'avortement est utilisé par ces femmes pour retarder le moment de la naissance du premier enfant. On peut s'interroger sur le contexte dans lequel cette population étudiante - qui a priori a plus facilement accès à la contraception que la population générale - se retrouve confrontée à des grossesses non désirées et fait le choix de l'avortement. C'était l'objet des vingt «entretiens écrits» décrits précédemment.

Un des premiers résultats à la lecture des entretiens est que les grossesses et les avortements surviennent dans un contexte de relative stabilité affective. Les jeunes filles interrogées avaient commencé une relation amoureuse avec le «père» depuis au moins 3 mois (entre 3 mois et 3 ans) au moment où elles ont eu recours à l'avortement. Il ne s'agit pas de relation passagère mais d'une relation inscrite dans la durée. Pour la plupart, les couples ont eu leur première relation sexuelle quelques mois après leur rencontre. Les jeunes filles disent n'avoir accepté de relations sexuelles avec leur petit ami qu'une fois qu'un certain climat de confiance (voire un projet de mariage) s'est installé entre eux. Ainsi, M. 27 ans, en couple avec un homme de 30 ans nous raconte à propos de son petit ami: «Nous avons étudié dans la même école, ensuite nous avons suivi nos études dans le même lycée et c'est là que notre histoire d'amour a commencé. A ce moment là, j'ai senti que nous nous aimions bien. Quand il m'avait demandé d'avoir des relations sexuelles avec lui, j'ai accepté sans aucune hésitation, car j'avais alors vraiment confiance en lui et en son amour».

Aucune des 20 étudiantes rencontrées n'utilisaient de méthode contraceptive médicalisée au moment où elle devient enceinte. Plusieurs situations peuvent être distinguées. Tout d'abord, sept déclarent qu'elles pratiquaient l'abstinence périodique et donc qu'elles et leur petit ami pensaient être protégés du risque de grossesse. Toutefois les entretiens montrent que les jeunes filles ne maîtrisent pas correctement la méthode et que cette dernière est difficile à appliquer: les cycles menstruels sont irréguliers et les filles disent que l'impératif de l'abstinence est difficile à respecter pour elles comme pour les garçons. Ensuite, six jeunes filles disent clairement que leur petit ami était opposé à l'utilisation de la contraception. Elles n'osent pas aller contre les réticences de leur copain, de peur qu'il ne les quitte. Les appréhensions du garçon peuvent porter uniquement sur certains types de contraception. Ils ne souhaitent pas utiliser le préservatif ou interdisent à leur amie l'utilisation de la pilule dont ils redoutent les effets secondaires, ils craignent notamment que la pilule rende stérile la jeune femme. Voici ce que N. écrit: «Je savais que dès que j'ai eu des relations sexuelles avec lui que

je risquais de tomber enceinte. Je lui en parlais souvent, alors il m'a expliqué le déroulement du cycle menstruel, et d'après ses explications nous n'avions aucun risque de grossesse. Moi j'avais toute confiance en lui. Quand je suis tombée enceinte, il m'a dit que j'avais un trouble du cycle menstruel, mais ce n'est pas lui qui voulait me tromper. J'avais toute confiance en lui et j'ai cru tout ce qu'il me disait. Ensuite, il m'a dit qu'il n'est pas pour l'utilisation des méthodes contraceptives. Alors puisque je l'aimais tant, je ne voulais pas l'obliger à utiliser la contraception, même si dès fois je redoutais d'être enceinte».

Les garçons semblent particulièrement réticents au préservatif: «Avant d'avoir cette relation sexuelle, je lui ai donné un préservatif mais il ne l'a pas utilisé. Il connaissait bien cette contraception mais il n'en voulait pas, et d'après lui son utilisation l'empêche d'avoir du plaisir sexuel». témoigne T., 20 ans, qui fréquente un garçon depuis 6 mois. Les étudiantes semblent n'avoir que très peu de liberté dans la gestion des risques de leur sexualité, elles sont fortement dépendantes des choix et des préférences des garçons. I., 20 ans le dit ainsi: «C'est difficile de demander à un garçon d'utiliser un préservatif. Moi j'ai eu peur d'en demander car parfois les garçons n'en veulent pas. Je ne lui [son petit copain] ai pas demandé car il y a un risque qu'il me quitte si je lui demande. J'ai déjà connu plusieurs cas pareils». Enfin, plusieurs jeunes filles avouent n'avoir pas mesuré le risque de grossesse: «Nous n'avions pas beaucoup de relations sexuelles, nous ne pensions pas que je pourrais tomber enceinte» nous a écrit L. 21 ans.

Lorsque le couple découvre la grossesse, c'est généralement une surprise. Lorsque que les jeunes filles annoncent leur grossesse à leur petit ami, les réactions sont diverses: deux ont abandonné immédiatement leur amie, et un s'est réjoui de cette nouvelle. Les autres, soit la majorité, ont très rapidement évoqué la possibilité de l'avortement. D'après les jeunes filles, les garçons ne souhaitent pas d'enfant avant d'avoir terminé leurs études et avant d'être officiellement marié. La décision de l'avortement, selon les déclarations des filles, a été conjointe entre les deux amis. Pour J., 19 ans, cette période a été particulièrement éprouvante: «Quand j'ai appris ma grossesse, j'ai été très angoissée. J'avais peur, car je ne voulais pas avoir un enfant durant mes études à la faculté. Et si je gardais le bébé je ne pouvais plus continuer mes études. Dès que j'ai eu un retard de règle je le lui [son petit ami] ai dit, il m'a calmé et m'a aidé à ne pas m'affoler afin que nous puissions réfléchir sereinement à ce que nous devons faire. Nous avons discuté et nous sommes tout de suite tombés d'accord.».

Aucun des garçons ne semble s'être opposé à l'interruption de la grossesse. Ils ont participé aux frais de l'avortement et certains ont même accom-

pagné leur amie chez le médecin. Au moment de l'enquête, la majorité des jeunes filles sont d'ailleurs encore en couple avec cet homme. On peut alors se demander dans quelle mesure, à l'instar de ce qui a été observé dans d'autres contextes africains²⁷, la grossesse n'était-elle pas désirée pour tester la fertilité de la femme. Ceci a d'ailleurs été évoqué à demi-mot par plusieurs étudiantes. V. 19 ans précise «quand je suis tombée enceinte, mon copain était content de savoir que je pouvais tomber enceinte. Il avait peur que je sois malade. Mais on ne voulait pas d'enfant à ce moment là. On est encore tous les deux à la faculté. L'année prochaine on doit se marier, on verra».

D'autres études à Antananarivo ont d'ailleurs montré que la peur de la stérilité des femmes était au centre des comportements sexuels des jeunes²⁸: les jeunes hommes sont relativement réticents à utiliser la contraception avec leur petite amie qu'ils envisagent comme une future épouse car ils craignent que la contraception moderne ne la rende stérile. De plus, une grossesse prémaritale vient rassurer l'homme quant à la fertilité de sa femme. Néanmoins si la grossesse peut être désirée, l'enfant ne l'est pas tant que le mariage n'est pas prononcé²⁹. L'avortement, qui lui n'est pas toujours perçu comme dangereux pour la fertilité de la femme, permet d'éviter cet enfant et au couple de prendre le temps de terminer ses études, d'entrer en vie active et de se marier.

L'avortement est un moment traumatisant pour les jeunes filles : elles racontent l'angoisse et les douleurs qui ont accompagné l'opération. Certains ont même eu des complications. Dans les entretiens, elles disent toutes prendre plus de précautions depuis l'avortement et mieux mesurer les risques d'une sexualité non protégée. Certaines utilisent une contraception efficace qu'elles ont réussi à imposer à leur copain, d'autres ne veulent plus avoir de relations sexuelles avant le mariage. Pour deux couples, l'avortement a «précipité» le mariage. Ils ont décidé de se marier rapidement afin de pouvoir avoir des relations sexuelles non protégées et qu'une grossesse puisse être envisagée.

Le recours à l'avortement chez les étudiantes s'inscrit dans un processus complexe. Il ne s'agit pas de nier l'existence de violences sexuelles ou de relations occasionnelles dans cette population, mais il semble que les grossesses non désirées surviennent aussi dans des couples stables, dont certains ont même des projets de mariage. Les populations étudiantes sont peu ou mal informées sur la sexualité, la fertilité et sur les méthodes contraceptives et beaucoup de réticences subsistent quant à l'utilisation de ces dernières. De plus, les normes sociales font que les filles ont des difficultés à négocier une contraception à leur partenaire. Une fois la grossesse avérée, le recours à l'avortement s'impose pour beaucoup de jeunes filles qui souhaitent

terminer leurs études, débiter une carrière professionnelle avant d'entrer en union mais aussi éviter une naissance pré-nuptiale très mal acceptée socialement à Antananarivo.

Discussion

Il convient tout d'abord de rappeler que l'enquête APIA comporte des limites importantes: elle ne porte que sur un petit échantillon de femmes et uniquement sur des femmes qui ont recours à un médecin pour un avortement. Nous ne savons rien de celles qui font appel à des sages femmes ou des matrones ou qui utilisent des médicaments abortifs. Certaines catégories sociales échappent certainement à notre enquête : les femmes les plus pauvres qui pour des raisons financières ou de proximité sociale feront plus facilement appel à des matrones par exemple. Ces réserves émises, les résultats de l'enquête permettent toutefois de documenter la question de l'avortement provoqué à Antananarivo et de donner quelques pistes de recherche exploratoires sur ce sujet qui est par ailleurs très peu étudié du fait notamment de son caractère illégal.

Un des résultats importants de l'enquête APIA est que l'avortement, tel que nous l'avons observé concerne des femmes à des stades différents de leur vie génésique. Il est utilisé pour reculer le moment de la naissance du premier enfant mais aussi pour espacer des naissances ou pour mettre fin à une descendance. Par conséquent une même femme peut subir plusieurs avortements dans sa vie. Environ la moitié des femmes enquêtées avaient déjà eu recours au moins une fois à une méthode de contraception mais très rares sont celles qui l'utilisaient au moment où elles sont devenues enceintes. Les grossesses en cours ne sont pas des «accidents» de contraception mais bien un défaut de contraception. D'autres études en Afrique, dans des pays limitant l'accès à l'avortement ont également montré le rapport fort complexe entre les deux formes de limitation des naissances, l'avortement peut se substituer à la contraception ou en être le complément³⁰. A Madagascar, le fait que l'avortement soit illégal limite la possibilité pour le personnel médical de conseiller efficacement les femmes sur la planification familiale. Aucun service de post-abortum n'existe. Pourtant, plusieurs études en Afrique ont permis de mettre en exergue le fait que des services de planification familiale de bonne qualité, adressée notamment aux femmes venant de subir un avortement permet de limiter les avortements répétés et donc la morbidité et la mortalité maternelles³¹.

A Antananarivo, toutes les catégories de femmes semblent concernées par l'avortement mais plus particulièrement les plus jeunes, célibataires et en cours de scolarisation. Ces dernières cherchent

à reculer le moment de la première naissance afin de terminer leurs études, de trouver un premier emploi et de se marier. Or ces jeunes filles ont un accès très limité à la contraception. Elles ont une mauvaise connaissance des méthodes de contraception à l'âge où elles sont susceptibles d'entrer en vie sexuelle. A Madagascar, comme ailleurs, les jeunes pas encore sexuellement actifs sont oubliés dans les programmes de sensibilisation à la planification familiale. De plus, les programmes de lutte contre le VIH-Sida ont souvent pris l'ascendant sur les programmes de prévention contre les grossesses non désirées³². A Antananarivo, les jeunes femmes ont un choix très limité de contraception et le plus souvent, elles se voient proposer surtout le préservatif or même dans les populations éduquées, les réticences de la part des garçons vis-à-vis du préservatif sont très répandues. Les filles dépendent alors de la volonté de leur partenaire. Dans les entretiens menés au cours de nos enquêtes, il a été observé que les jeunes couples optent souvent pour la méthode de l'abstinence périodique qui présente selon eux deux avantages : d'une part son innocuité sur la fertilité des femmes tandis que les méthodes modernes sont accusées d'être dangereuses, d'autre part de préserver le plaisir sexuel de l'homme que le préservatif réduirait. Cette méthode dite naturelle n'est pas efficace et les grossesses non désirées semblent nombreuses, grossesses qui peuvent aboutir à un avortement y compris dans des couples stables, même engagés dans un projet de mariage. Les besoins en contraception des jeunes filles sont largement insatisfaits.

Si le rôle des garçons est très important dans les choix contraceptifs du couple, il l'est tout autant dans le processus qui mène à l'avortement. Dans les vingt entretiens recueillis, les hommes ont tous été mis au courant de la grossesse de leur partenaire, partenaire qui sollicite leur accord et leur aide. La très large majorité des garçons ont contribué à l'avortement financièrement et ont été présents le jour de l'opération. Ce résultat doit nous inciter dans les recherches futures à mieux prendre en compte les hommes et les relations de genre dans la question de l'avortement³³ et plus généralement dans celle de la planification familiale à Madagascar.

Dans l'enquête APIA, nous n'avons pas rencontré de femmes qui déclaraient interrompre une grossesse consécutive à un viol. Ceci est peut être dû à la taille de l'échantillon ou à sous déclaration des femmes. Il ne s'agit évidemment pas de nier l'existence des violences sexuelles à Madagascar. Une récente étude a montré que 10% des femmes tananariviennes mariées avaient subi des violences sexuelles de la part de leur conjoint au cours de l'année 2007³⁴. Les rapports sexuels forcés sont aussi une réalité parmi les adolescents. Dans une enquête menée dans la banlieue d'Antananarivo en 2006, un quart des filles de 15-24 ans a déclaré

avoir déjà eu des rapports sexuels auxquels elles n'avaient pas consenti³⁵. Ces relations sexuelles sont bien évidemment non protégées contre les risques de grossesse. Le lien entre violences sexuelles et avortement à Antananarivo mériterait d'être investigué avec des méthodes de collecte de données adaptées à ce sujet particulièrement sensible.

Reference

1. WHO. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. 2003, Fifth edition. Geneva : World Health Organization. 2007. 56p.
2. WHO. 2007. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. 2003? Fifth edition. Geneva: World Health Organization. 56p.
3. Boland R., Katzive L. Developments in laws on induced abortion: 1998-2007. *International family Planning Perspectives*, 2008; 34(3): 110-120
4. Boland R., Katzive L. Developments in laws on induced abortion: 1998-2007. *International family Planning Perspectives*, 2008; 34(3): 110-120
5. Madagascar a ratifié le Pacte International relatif aux droits civiques et politiques (Haut Commissariat aux Droits de l'Homme des Nations Unies). En 2007, les agences des Nations Unies ont recommandé à l'Etat malgache de mettre en conformité sa législation et ce pacte notamment en légalisant l'avortement en cas de danger pour la santé de la mère ou de l'enfant, ainsi qu'en cas de viol. http://huachen.org/english/bodies/cedaw/docs/ngos/O_MCT_fr_Madagascar42.pdf.
6. INSTAT, ORC Macro ; Madagascar – Enquête nationale démographique 2003-2004, Institut National de la Statistique, ORC Macro.2005
7. Waltisperger D., Delaunay V. Evolution de la mortalité des mères et des enfants à Madagascar : l'échéance 2015. IRD Edition, 2010.
8. Waltisperger D., Cantrelle P., Ralijaona O. La mortalité à Antananarivo de 1984 à 1995. Paris : Ceped, Les Documents et Manuel, 1997, n°7, 118p.
9. Waltisperger D., Delaunay V. Evolution de la mortalité des mères et des enfants à Madagascar : l'échéance 2015. IRD Edition, 2010.
10. Vololonirina R. Prise en charge de L'avortement chez les adolescentes, Mémoire de fin d'Études, Institut National de Sante Publique et Communautaire. 2004.
11. Sedgh G., Henshaw G., Singh S., Ahman E., H. Shah I. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *The Lancet*. 2007, 370(13) :1338-1345.
12. Guillaume A., avec la collaboration de Molmy M. L'avortement en Afrique. Une revue de la littérature des années 1990 à nos jours. Paris, Ceped, Les Numériques, 2004. www.ceped.org
13. Andriamady R., Rakotoarisoa, Ranjalaha R., Fidison A. Les cas d'avortements à la Maternité de Befelatanana au cours de l'année 1997. *Archives de l'Institut Pasteur*, 1999 ; 65(2) : 90-92
14. Rasandratana L. Avortements provoqués clandestins et planification familiale : enquêtes rétrospectives intra et extra- hospitalières à Antsirabe. Thèse de

- docteur en Médecine (diplôme d'Etat), 2000, Université d'Antananarivo, 59 p.
15. Vololonirina R. Prise en charge de L'avortement chez les adolescentes, Mémoire de fin d'Études, Institut National de Sante Publique et Communautaire. 2004.
 16. Andriamady R., Rakotoarisoa, Ranjalahy R., Fidison A. Les cas d'avortements à la Maternité de Befelatanana au cours de l'année 1997. Archives de l'Institut Pasteur, 1999 ; 65(2) : 90-92
 17. Focus Development Association. Etude sur l'avortement clandestin à Madagascar. Fianakaviana Sambatra Madagascar – International Planed Parenthood Federation, 2007; 70p. + annexes
 18. Focus Development Association. Etude sur l'avortement clandestin à Madagascar. Fianakaviana Sambatra Madagascar – International Planed Parenthood Federation, 2007; 70p. + annexes
 19. INSTAT, ORC Macro ; Madagascar – Enquête nationale démographique 2003-2004, Institut National de la Statistique, ORC Macro.2005
 20. INSTAT, ORC Macro ; Madagascar – Enquête nationale démographique 2003-2004, Institut National de la Statistique, ORC Macro.2005
 21. Focus Development Association. Etude sur l'avortement clandestin à Madagascar. Fianakaviana Sambatra Madagascar – International Planed Parenthood Federation, 2007; 70p. + annexes
 22. Binet C. Choix du conjoint et fécondité à Madagascar. Thèse de doctorat, 2008 ; Université de Paris X- Nanterre, 371p
 23. Guillaume A., Desgrées du Loû A. Limitation des naissances parmi les femmes d'Abidjan, Côte d'Ivoire: contraception, avortement ou les deux ? Perspectives Internationales sur la Planning familial, 2002 ; 4-11; Meekers D., Calvès A. Gender Differentials in Adolescent Sexual Activity and Reproductive Health Risks in Cameroon. PSI Research Division, 1997, Working Paper No. 4. Washington, DC: Population Services International.; Sedgh G., Bankola A., Oye-Adeniran B., Adewole I. F., Singh S., Hussain R., Unwanted pregnancy and associated factors among Nigerian women, International Family Perspectives, 2006; 32(4): 175-184.
 24. Ce même constat a été réalisé dans plusieurs études hospitalières dont : Ramboarison V. 2004. Prise en charge de l'avortement chez les adolescentes à Antananarivo, Mémoire de fin d'études de l'Institut National de Santé Publique et Communautaire, 86p.
 25. Vingt-quatre pour cent ont eu une grossesse et un avortement, 11% 2 grossesses et 2 avortements, 5,8% 3 grossesses et 3 avortements, 2,6% 4 grossesses et 4 avortements et 1,6% 5 grossesses et 5 avortements (cf. Tableau 3).
 26. Ooide V. O., Oronsaye F., Okonofua F. Why Nigerian adolescents seek abortion rather than contraception: evidence from focus-group discussions. International family planning perspectives, 2001 ; 27(2):77-81
 27. Ooide V. O., Oronsaye F., Okonofua F. Why Nigerian adolescents seek abortion rather than contraception: evidence from focus-group discussions. International family planning perspectives, 2001 ; 27(2):77-81
 28. Binet C. Choix du conjoint et fécondité à Madagascar. Thèse de doctorat, 2008 ; Université de Paris X- Nanterre, 371p. ; Binet C., Gastineau B., Vololomanana B. La contraception d'urgence chez les Jeunes : Connaissance – Utilisation – Perception - Communes suburbaines de Tanjombato et d'Andoharanofotsy ; 2006, Fianakaviana Sambatra (FISA) - Institut de Recherche pour le Développement (IRD), 30p.
 29. Binet C. Choix du conjoint et fécondité à Madagascar. Thèse de doctorat, 2008 ; Université de Paris X- Nanterre, 371p.
 30. Guillaume A., Desgrées du Loû A. Limitation des naissances parmi les femmes d'Abidjan, Côte d'Ivoire: contraception, avortement ou les deux ? Perspectives Internationales sur la Planning familial, 2002 ; 4-11
 31. Rasch V., Massewe S. Yambesi F., Bergstrom S. Acceptance of contraceptives among women who had an unsafe abortion in Dar es Salaam. Tropical Medicine and International Health, 2004 ; 9 (3) : 399–405.
 32. Gastineau B., Hanitriniaina O. Connaissance de la contraception et sexualité à risque chez les jeunes à Antananarivo (Madagascar). Médecine d'Afrique Noire, 2008 ; 207-212
 33. Guillaume A., avec la collaboration de Molmy M. L'avortement en Afrique. Une revue de la littérature des années 1990 à nos jours. Ceped, Les Numériques, 2004. www.ceped.org ; Bajos N., Ferrand M.L'avortement ici et ailleurs. Sociétés Contemporaines 2006 ; 61 : 5-17
 34. Gastineau B., Gathier L., Rakotovao I. Nommer, compter et raconter la violence conjugale à Madagascar. Saint Denis de la Réunion, Antananarivo, Revue Tsingy.
 35. Binet C., Gastineau B., Vololomanana B. La contraception d'urgence chez les Jeunes : Connaissance – Utilisation – Perception - Communes suburbaines de Tanjombato et d'Andoharanofotsy ; 2006, Fianakaviana Sambatra (FISA) - Institut de Recherche pour le Développement (IRD), 30p.