

## Besoin et utilisation des services d'avortement par les adolescentes dans les pays en développement

- Dans la plupart des pays en développement, la stigmatisation de l'activité sexuelle des adolescentes célibataires est omniprésente, le besoin non satisfait de contraception des adolescentes est élevé et l'avortement est fortement limité par la loi, restreignant l'accès des adolescentes et de toutes les femmes aux services médicalisés.
- Une information exacte et complète sur l'activité sexuelle et la fourniture de méthodes contraceptives forment la première ligne de défense contre les grossesses non planifiées. Dans les pays en développement, peu d'adolescentes ont cependant accès à ces services essentiels.
- En cas de grossesse non planifiée, l'accès à des services d'avortement médicalisé est essentiel à la prévention des lésions et infections potentiellement mortelles de l'IVG non médicalisée. Là où l'avortement médicalisé n'est pas disponible, les services de soins après avortement (SAA) sont nécessaires au traitement des complications qui résultent des procédures non médicalisées pouvant aboutir, pour les plus graves, sur la stérilité voire la mort.

\*La région comprend l'Afghanistan, l'Arabie saoudite, l'Arménie, l'Azerbaïdjan, Bahreïn, le Bangladesh, le Bhoutan, le Cambodge, Chypre, les Émirats arabes unis, la Géorgie, l'Inde, l'Indonésie, l'Iran, l'Iraq, Israël, la Jordanie, le Kazakhstan, le Koweït, le Kirghizistan, le Laos (RDP Lao), le Liban, la Malaisie, les Maldives, Myanmar, le Népal, Oman, l'Ouzbékistan, le Pakistan, les Philippines, le Qatar, Singapour, le Sri Lanka, la Syrie (République arabe), le Tadjikistan, les Territoires palestiniens occupés, la Thaïlande, le Timor-Leste, le Turkménistan, la Turquie, le Vietnam et le Yémen.

### INCIDENCE DE L'AVORTEMENT

- Selon les estimations les plus récentes disponibles, quelque 3,2 millions d'adolescentes auraient eu recours à l'avortement non médicalisé dans les régions en développement en 2008, soit un taux annuel approximatif de 16 avortements non médicalisés pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans. En l'absence d'informations sur l'avortement médicalisé selon l'âge dans les pays en développement, aucune estimation mondiale ou régionale de l'incidence de l'avortement (médicalisé et non) n'est actuellement disponible pour les adolescentes.
- Le taux global masque une variation considérable du taux d'avortement non médicalisé d'une région géographique à l'autre. L'Afrique et l'Amérique latine et Caraïbes, où la plupart des pays sont soumis à une législation très restrictive de l'avortement, présentent des taux d'avortement non médicalisé particulièrement élevés : 26 pour 1 000 adolescentes en Afrique et 25 pour 1 000 en Amérique latine et Caraïbes. En Asie\*, où la législation de l'avortement est souvent libérale, le taux d'avortement non médicalisé en 2008 était de neuf pour 1 000 adolescentes seulement.

- À ce jour, les estimations fiables de l'avortement (médicalisé ou non) en fonction de l'âge qui ne reposent pas sur l'auto-déclaration ne sont disponibles que pour cinq pays en développement (voir le tableau, page 2). Les taux d'avortement et la proportion des grossesses interrompues chez les adolescentes varient largement. Parmi ces cinq pays, l'Éthiopie présente le taux d'avortement le plus faible et le Kenya et le Mexique, les taux

les plus élevés. L'Éthiopie (où le taux de natalité parmi les adolescentes est élevé, à 79 naissances pour 1 000 adolescentes) présente aussi la plus faible proportion de grossesses d'adolescentes aboutissant sur un avortement, alors que le Mexique (où le taux de natalité parmi les adolescentes est moindre, à 67 pour 1 000) présente la plus forte.

### PRESTATION DE SERVICES D'AVORTEMENT AUX ADOLESCENTES

- Il existe très peu d'information complète nationalement représentative sur le recours des adolescentes aux services d'avortement et SAA. Les énoncés ci-dessous résument les observations de 21 études menées dans 12 pays en développement (Bangladesh, Burkina Faso, Éthiopie, Ghana, Inde, Kenya, Malawi, Mexique, Nigeria, République dominicaine, Tanzanie et Zambie).
- Dans l'ensemble, ces études indiquent que, par rapport à leur aînées, les adolescentes ont davantage tendance à chercher à se faire avorter par des prestataires non qualifiés ou à provoquer elles-mêmes leur avortement. Il en résulte que les adolescentes tentent plus souvent d'interrompre leur grossesse à plusieurs reprises, plutôt que d'obtenir une seule procédure sûre et efficace.
- D'après les études menées en Inde et au Ghana, les adolescentes avortent au deuxième trimestre (plutôt qu'au premier) plus souvent que leurs aînées. La raison en est que les adolescentes mettent généralement plus de temps à reconnaître leur grossesse, à localiser un prestataire et à trouver le moyen d'acquitter le prix de la procédure.

## L'avortement chez les adolescentes dans cinq pays

Pays (et an)	Nombre d'avortements, chez les femmes de 15 à 19 ans	Taux pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans	% de grossesses interrompues parmi les femmes de 15 à 19 ans
Burkina Faso (2008)	23 630	30	16
Éthiopie (2008)	46 860	11	9
Kenya (2012)	76 760	38	22
Malawi (2009)	14 040	21	14
Mexique (2009)	230 180	44	34

Source: Sedgh G et al., Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends, *Journal of Adolescent Health*, 2015, 56(2):223–230.

• La situation pourrait bien changer avec l'accès accru à l'avortement médicamenteux — par administration de misoprostol principalement — dans les pays soumis à des législations fort restrictives de l'avortement. Outre leur coût réduit par rapport aux procédures chirurgicales, les médicaments utilisés sont beaucoup plus faciles à obtenir et à utiliser en secret. Étant donné que les adolescentes voient dans le coût et la manque de confidentialité les plus grands obstacles à l'obtention de services d'avortement médicalisé, le contexte de leur accès à l'avortement a probablement changé significativement dans les endroits où l'accès aux méthodes d'IVG médicamenteuse s'est élargi. Ce développement est malheureusement si récent qu'aucune recherche publiée sur le recours des adolescentes à l'avortement médicamenteux dans les pays en développement n'est encore disponible.

### ACCÈS DES ADOLESCENTES AUX SOINS APRÈS AVORTEMENT

- En particulier dans les pays où l'avortement est limité par la loi, l'accès aux soins après avortement est essentiel à la protection de la santé, voire de la vie des femmes.
- Selon les estimations, en 2012, sept millions de femmes en âge de procréer auraient été soignées dans les structures de

santé pour cause de complications d'IVG. D'autres encore, en nombres considérables, auraient eu besoin de ces soins mais ne les ont pas obtenus.

- Les adolescentes représentent une part importante des patientes SAA. Les données ne sont disponibles que pour quatre pays, mais la part des adolescentes patientes SAA se situe entre 21% au Malawi et 34% en République dominicaine.
- Elles adoptent la contraception après leur traitement plus rarement que leurs aînées — même après avoir reçu un conseil spécifique sur les méthodes.
- Dans les trois pays pour lesquels cette information a été collectée (Inde, Kenya et Malawi), les adolescentes des milieux ruraux tendent à différer ou omettre le traitement médical de leurs complications d'IVG plus souvent que leurs homologues urbaines.

### OBSTACLES A L'AVORTEMENT ET AUX SOINS APRÈS AVORTEMENT

- Dans les pays qui autorisent largement l'avortement, les restrictions légales, telles que l'exigence de la notification ou du consentement parental, peuvent dissuader les adolescentes d'obtenir des services d'avortement médicalisé et entraîner leur recours à des sources et méthodes de risque.

• Les adolescentes invoquent le coût, le désir de garder leur grossesse secrète (en raison de la stigmatisation de l'avortement, de la grossesse et de l'activité sexuelle des femmes célibataires) et la difficulté de trouver un prestataire sûr comme principales raisons du recours à l'avortement auto-provoqué ou à des prestataires non qualifiés — même dans les pays où l'avortement est légal et largement disponible.

### IMPLICATIONS POLITIQUES ET PROGRAMMATIQUES

- Les programmes et les politiques relatifs à l'avortement et aux soins après avortement doivent être sensibles aux besoins des adolescentes, parmi lesquels les plus importants sont le coût abordable et la confidentialité. Comme beaucoup d'adolescentes ne disposent pas d'un revenu indépendant, les services qui leur sont destinés doivent être économiquement abordables, voire gratuits. Si la loi le permet, les parents, tuteurs et conjoints ne doivent être impliqués qu'à la demande des patientes.
- Les prestataires de soins de santé doivent être formés à l'importance d'un comportement neutre, sans jugement, et de la protection de la confidentialité de la patiente, de sorte que la peur d'un mauvais traitement ou d'une divulgation n'empêche pas les adolescentes de recourir à des services d'avortement et SAA qui peuvent sauver leur vie.
- Lorsque l'avortement est légal, les prestataires doivent être formés sur la question des droits des adolescentes aux services d'avortement en vertu de la loi.
- Pour éviter les grossesses non planifiées et les IVG, les adolescentes doivent bénéficier d'une éducation complète et médi-

calement correcte concernant l'activité sexuelle, la grossesse et la contraception.

• Le conseil contraceptif et l'offre d'une méthode doivent être intégrés aux services SAA afin de prévenir les grossesses non planifiées et avortements non médicalisés ultérieurs. Ils doivent aussi tenir compte des besoins uniques des adolescentes, comme ceux de coût et de confidentialité.

### Sources

Sedgh G et al., Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends, *Journal of Adolescent Health*, 2015, 56(2):223–230.

Shah I et Ahman E, Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: high burden among young women, *Reproductive Health Matters*, 2012, 20(39):169–173.

Woog V et al., *Adolescent Women's Need for and Use of Reproductive Health Services in Developing Countries*, New York: Guttmacher Institute, 2015, [www.guttmacher.org/pubs/Adolescent-SRHS-Need-Developing-Countries.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/Adolescent-SRHS-Need-Developing-Countries.pdf).

*Cette fiche d'information a bénéficié d'une subvention du ministère néerlandais des Affaires étrangères. Les observations et les conclusions exprimées sont celles des auteurs. Elles ne reflètent pas nécessairement les vues ou politiques du donateur.*



125 Maiden Lane  
New York, NY 10038 USA  
Tel: 212.248.1111  
[info@guttmacher.org](mailto:info@guttmacher.org)

[www.guttmacher.org](http://www.guttmacher.org)