

Contraception et avortement : le problème de la prévention en Amérique Latine

Agnès Guillaume et Susana Lerner

Centre Population et Développement

UMR 196 CEPED, Université Paris Descartes, INED, IRD

<http://www.cepel.org/wp>

Contact • Corresponding Author:

Agnès Guillaume, Démographe IRD
CEPED - UMR 196 Université Paris Descartes, INED, IRD
agnes.guillaume@ird.fr

Susana Lerner, Profesora-Investigadora
Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales (CEDUA), El Colegio de México
slerner@colmex.mx

Citation recommandée • Recommended citation

Guillaume A., Lerner S., « Contraception et avortement : le problème de la prévention en Amérique Latine », *Working Paper du CEPED*, numéro 10, UMR 196 CEPED, Université Paris Descartes, INED, IRD, Paris, décembre 2010.

Disponible sur <http://www.cepel.org/wp>

A translation in English of this working paper is available: Guillaume A., Lerner S., « Relationships between contraception and abortion: the problematic issue of prevention in Latin America », *Working Paper du CEPED*, number 11, UMR 196 CEPED, Université Paris Descartes, INED, IRD, Paris, December 2010, <http://www.cepel.org/wp>

CEPED • Centre Population et Développement

UMR 196 CEPED, Université Paris Descartes, INED, IRD
19, rue Jacob, 75006 Paris - FRANCE
<http://www.cepel.org/> • contact@cepel.org

Les Working Papers du CEPED constituent des **documents de travail** portant sur des recherches menées par des chercheurs du CEPED ou associés. Rédigés pour une diffusion rapide, ces papiers n'ont pas été formellement relus et édités. Certaines versions de ces documents de travail peuvent être soumises à une revue à comité de lecture.

Les droits d'auteur sont détenus par les auteurs.

*CEPED Working Papers are **working papers** on current research conducted by CEPED-affiliated researchers. Written for timely dissemination, these papers have not been formally edited or peer reviewed. Versions of these working papers are sometimes submitted for publication in peer-reviewed journals.*

Copyrights are held by the authors.

Contraception et avortement : le problème de la prévention en Amérique Latine

Agnès Guillaume and Susana Lerner‡*

Résumé

En Amérique Latine, malgré une prévalence contraceptive élevée parmi les femmes mariées, beaucoup de grossesses non désirées et d'avortements se produisent chaque année. Cet article pose la question de la prévention des grossesses et principalement celle de l'absence d'une « culture de prévention » chez les hommes et les femmes. Tout d'abord, ces difficultés sont analysées en considérant les différentes barrières à la prévention : – la pratique contraceptive au moment d'une grossesse non désirée est étudiée sur la base des résultats de différentes études pour expliquer la survenue de ces grossesses et des avortements, – la conscience du risque de grossesse, – et la participation des hommes comme acteurs ou obstacles à cette prévention selon le type de relation entretenue. En second lieu, l'accent est mis sur les barrières institutionnelles provenant des groupes conservateurs ou religieux, des institutions de santé ou de la société.

Les résultats présentés proviennent d'une revue de la littérature sur l'avortement en Amérique Latine et dans les Caraïbes, réalisée pour les années 1990 à 2005, et de quelques publications récentes.

Mots-clés

Prévention – avortement – contraception – homme – barrière d'accès – Amérique Latine.

Abstract

In Latin America, in spite of a high contraceptive prevalence among married women, many unintended pregnancies and unsafe abortion occur. This statement questions the issue of prevention of pregnancy and mainly this of an absence of a preventive culture for men and women. First, these difficulties are analyzed considering the individual barriers to prevention: - the contraceptive practice around an unwanted pregnancy is analyzed through different studies to explain unexpected pregnancies and abortion - the awareness of pregnancy risk pending on social level and the condition of sexuality- and men involvement as actor or barrier in this prevention according to their relationships are considered.

In the second place, institutional barriers are considered: barriers coming from conservative or religious groups, health systems or society.

Results presented come from the review of the literature on abortion in Latin America and the Caribbean realized from 1990 to 2005 and from some recent publications.

Keywords

Prevention – abortion – contraception – men – barriers of access – Latin America.

* Institut de Recherche pour le Développement (IRD), CEPED, France.

‡ Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales (CEDUA), El Colegio de México, México.

Introduction

Selon l'OMS (WHO, 2003), 26,5 millions de grossesses non prévues se produisent dans le monde. Certaines se terminent par un avortement légal ou illégal. Six millions de ces grossesses surviennent malgré une bonne (correcte et régulière) utilisation de la contraception (Grimes *et al.*, 2006). En Amérique Latine et dans les Caraïbes, 52 % des 18 millions de grossesses qui se produisent chaque année sont non planifiées et 23 % se terminent par un avortement, même si dans cette région 71 % des femmes mariées utilisent une contraception (Glasier *et al.*, 2006). Dans cette région, la plupart des avortements sont à risque à cause des lois restrictives qui prévalent et ils expliquent 17 % des décès maternels (Grimes *et al.*, 2006). Plusieurs études ont montré qu'une importante proportion de grossesses, qui se terminent par un avortement, survient chez des femmes qui utilisent une contraception (Moreau *et al.*, 2005) à cause d'une utilisation incorrecte d'une méthode (oubli, discontinuation...) ou des propres limites de l'efficacité de ces méthodes.

Ces taux élevés de grossesses non prévues et, en conséquence, d'avortements à risque ont amené à s'interroger sur la question de la prévention des grossesses. L'adoption de comportements préventifs nécessite que les femmes comme les hommes soient conscients du risque de grossesse au moment du rapport sexuel et qu'ils puissent avoir accès à la prévention (Moreau *et al.*, 2005). Si la plupart des gouvernements ont adopté des politiques publiques pour implanter les programmes de planification familiale (PPF), rares sont ceux qui ont opté pour des législations qui autorisent la pratique de l'avortement ou qui ont implanté des services effectifs pour les pratiquer quand ils sont légalement autorisés. Cependant, les deux options coexistent dans la plupart des pays et ont parfois des rôles complémentaires : l'une étant la pratique clandestine et peu sûre de l'avortement dans la majorité des pays en développement où elle est illégale et/ou d'un accès restrictif, l'autre celle de la contraception. Ce que l'on observe généralement est que l'amélioration de la pratique contraceptive et des services de planification familiale (PF) réduit l'occurrence des grossesses non prévues et des avortements, bien qu'elle ne les élimine jamais entièrement, car une couverture contraceptive parfaite et totalement efficace n'est jamais obtenue (Bongaarts et Westoff, 2000 ; Marston et Cleland, 2003 ; Mundigo, 1993 ; Singh *et al.*, 2006). Tant que les besoins en santé reproductive des femmes, principalement ceux en contraception, ne seront pas satisfaits, des grossesses non prévues se produiront et l'avortement pourrait être utilisé comme la seule ou dernière option en cas d'absence, d'échec ou d'utilisation inefficace de la contraception.

Ces taux élevés de grossesses non prévues et d'avortements ont amené à considérer la complexité des facteurs sociaux, politiques, culturels et subjectifs qui interviennent dans le rapport entre avortement et prévalence contraceptive : dans le cas de l'Amérique Latine, cela nous amène à suggérer la pertinence du concept de l'absence « d'une culture préventive » tant des grossesses que des avortements (Guillaume et Lerner, 2007).

L'objectif de ce papier est donc d'analyser les différents facteurs et circonstances qui interviennent dans la prévention des risques de grossesses en Amérique Latine en répondant à certaines interrogations : pourquoi un nombre si élevé de grossesses non prévues se produit-il dans un contexte où la pratique contraceptive est fréquente, prolongée et les niveaux élevés ? Pourquoi les femmes recourent-elles à l'avortement plutôt qu'à la contraception, dans un contexte où c'est une pratique à haut risque ? Comment est perçue la prévention du risque de grossesse par les hommes et les femmes ? Notre analyse sera centrée sur la question des barrières sociale, institutionnelle et individuelle ou subjective à la prévention, et en considérant le rôle des hommes, qui est également essentiel dans les pratiques préventives.

Les arguments, les évidences empiriques et les résultats présentés dans ce papier proviennent essentiellement d'une revue de la littérature (1990-2005) sur l'avortement en Amérique Latine et dans les Caraïbes (Guillaume et Lerner, 2007), une publication dans laquelle la situation relative à l'avortement provoqué est analysée selon différents thèmes (législation, débats politiques et sociaux, conséquences sanitaires et sociales, lien entre avortement et contraception, la participation des hommes, entre autres) et à partir de récentes études publiées. Il est important de noter que l'accès à l'avortement légal est très restrictif dans la plupart des pays d'Amérique Latine, ce qui explique que cette pratique est essentiellement clandestine.

Raisons des grossesses non prévues

Comme de nombreux auteurs l'ont montré, étudier les raisons du recours à l'avortement en réponse à une grossesse non planifiée ou non désirée est une alternative pour comprendre le contexte et les stratégies de prévention adoptées par les femmes ou le couple.

De plus, l'analyse de la littérature montre que ces raisons sont souvent complexes et interdépendantes, déterminées par une variété de facteurs et qu'elles ne sont jamais ni universelles ni communes à toutes les femmes...

Elles varient en fonction de l'âge, de l'étape du cycle de vie, de la parité atteinte, du statut social, des conditions de vie, des possibilités d'accès au planning familial et du degré de religiosité des femmes.

Certaines dépendent également des valeurs sociale et personnelle de la femme et de celles de son partenaire, du type de relation qu'elle entretient avec son compagnon, du sens attribué à la maternité, de l'acceptation sociale des grossesses hors mariage, ainsi que des attentes des femmes et de leurs projets. D'autres répondent à des circonstances sociales, culturelles, économiques, religieuses et politiques propres à chaque pays, comme la crainte de rejet du compagnon ou de la réaction des parents en cas de grossesse hors mariage.

De plus, l'avortement provoqué, en tant que conséquence d'une grossesse non désirée, est un problème qui dépend de facteurs très divers parmi lesquels la différence de pouvoir entre hommes et femmes, une éducation sexuelle et sur les questions de reproduction insuffisante, en particulier pour les jeunes, et l'impossibilité d'avoir accès à des services minimums de santé et de planning familial (Center for Reproductive Rights, 2003).

Le contexte politique des institutions de santé et les barrières d'accès peuvent expliquer l'absence ou le manque d'efficacité des services pour diminuer les craintes, les échecs, les effets secondaires, les rumeurs... relatifs à l'utilisation de la contraception, l'éventail restreint de méthodes ne permettant pas de choisir la mieux adaptée aux besoins des femmes en termes de santé comme de condition sociale (par exemple, des contraceptifs adaptés aux besoins des adolescents). Ces barrières et les raisons exprimées par les femmes ne sont pas ou insuffisamment prises en compte dans la conception et l'exécution des programmes de planification familiale.

Selon Bankole *et al.* (1998) dans leur étude comparative des raisons du recours à l'avortement dans le Monde, les plus fréquentes pour l'Amérique Latine sont des problèmes socio-économiques, des problèmes de couple ou des motifs liés à l'âge de la femme ainsi que la fréquence des unions libres et leur risque de rupture.

Espinoza et López Carillo (2003 : 10) abondent dans le même sens en affirmant qu'il a été démontré que certaines femmes décident d'avorter soit parce qu'elles ne veulent plus procréer de façon

temporaire ou définitive, soit pour des difficultés économiques liées à la nécessité d'entretenir un ménage, de conserver un emploi, de poursuivre leur cursus éducatif ou en raison de l'attitude négative du compagnon ou de la famille envers la grossesse.

Selon Langer (2002), les quatre principales raisons pour lesquelles la pratique de l'avortement a augmenté dans la région sont :

- 1) le désir croissant des personnes de réduire la taille de la famille ;
- 2) le manque d'accès aux méthodes de planning familial ;
- 3) le degré de fiabilité des méthodes contraceptives et leurs possibles échecs ;
- 4) les relations sexuelles involontaires.

Comme l'explique Lamas (2003) dans une approche compréhensive, pour les défenseuses des droits de la femme, les trois principales causes d'une grossesse non désirée sont, en premier lieu, les raisons liées à la « condition humaine », c'est-à-dire les oublis, l'irresponsabilité et les désirs inconscients. La violence sexuelle et les négligences individuelles y jouent un rôle prépondérant. Vient ensuite la cause liée aux carences sociales, en particulier à l'absence de vastes programmes d'éducation sexuelle, qui se traduit par une ignorance généralisée en matière de reproduction. Et enfin, les causes liées aux échecs de contraception. Selon Lamas, le premier type de causes est le plus complexe et le plus difficile à aborder, puisqu'il renvoie aux transformations de la condition humaine, et que les oublis, les négligences et les erreurs font partie de sa nature.

Le contexte d'exercice de la sexualité est un élément central notamment afin de comprendre les stratégies préventives qui sont adoptées. Les études analysant le contexte de la prévention du Sida ont montré que les individus construisent leur propre définition du risque en considérant des éléments aussi bien contextuels que matériels (Moreau *et al.*, 2005). L'adoption d'un comportement préventif suppose que les femmes et les hommes soient conscients du risque de grossesse lors des rapports sexuels. Quand la décision d'avoir un rapport sexuel est prise par le couple, les femmes conscientes du risque de grossesse sont plus à même d'utiliser ou de négocier l'utilisation d'une méthode. Cependant, dans la plupart des cas, les femmes n'ont pas la possibilité d'exercer leur sexualité sans risque, car les hommes imposent fréquemment leurs décisions d'avoir des relations sexuelles ; la plupart des grossesses non prévues et des avortements se produisent donc en raison d'une absence de prévention.

De même, dans de nombreux pays d'Amérique Latine, le risque de grossesse non prévue est aussi étroitement lié au contexte d'un important développement de la violence intime entre les partenaires, qui place les femmes en situation de vulnérabilité, et donc limite les comportements préventifs et la pratique contraceptive.

Limites et barrières à la prévention

Pour prévenir une grossesse, les femmes doivent être conscientes qu'elles sont exposées à un risque et avoir les capacités économiques et sociales mais aussi les conditions d'accès – c'est-à-dire un capital social ainsi que l'accès aux moyens et aux services – à la prévention, sans limitations ni barrières. Les capacités individuelles ou subjectives et les conditions externes, les barrières institutionnelles sont étroitement liées car ces dernières ont des influences matérielles ou idéologiques qui peuvent être internalisées par les femmes, guidant leurs perceptions, valeurs, attitudes, pratiques ou, en d'autres termes, contribuant à modeler leur comportement préventif pour éviter des grossesses non prévues et les avortements.

Barrières individuelles : limites des méthodes ou perception de la prévention ?

Échec ou absence de contraception : une explication aux grossesses non prévues

Différentes recherches concernant des échantillons variés de populations de femmes ayant eu recours à l'avortement en Amérique Latine montrent quelques évidences sur la pratique contraceptive avant l'avortement. Comme le présente le tableau 1, certains résultats simplistes et faits bien connus sont observés :

- a) De nombreux avortements se produisent fréquemment à cause de l'absence de contraception : entre un tiers et 78 % des femmes n'utilisaient pas de contraception avant leur grossesse non prévue.
- b) Un taux élevé d'échec contraceptif semble être dû à une utilisation incorrecte ou irrégulière des méthodes ou à leur inefficacité, principalement dans le cas des méthodes naturelles ou de barrières. Mundigo (1993) souligne que les femmes qui utilisent les méthodes naturelles connaissent très peu leur période féconde, ce qui réduit considérablement l'efficacité de ces méthodes. En Colombie, plus de 2/3 des grossesses non prévues sont dues à des échecs des méthodes contraceptives naturelles ou de barrières. À Porto Rico, la moitié des femmes utilisaient une méthode naturelle de contraception (l'abstinence ou le retrait) au moment où elles ont contracté une grossesse, mais les mêmes résultats ont pu être également une conséquence de l'accès limité et/ou de la qualité insatisfaisante des services de FP. Ali et Cleland (2005), dans leur étude des comportements sexuels et reproductifs de jeunes femmes célibataires en Amérique Latine, soulignent qu'elles utilisent la contraception durant des périodes de temps relativement courtes et que certaines d'entre elles arrêtent de l'utiliser par manque de satisfaction avec la méthode (problèmes de santé, effets secondaires, désagrément et autres).
- c) Le rejet de certaines méthodes modernes de contraception est lié à leur utilisation incorrecte ou irrégulière, ou en raison de la mauvaise connaissance de leurs conditions d'utilisation (Glasier *et al.*, 2005). Il peut également s'expliquer par de mauvaises expériences ou la peur de les utiliser à cause de fausses croyances ou des effets secondaires supposés (Villarreal Mejia et Mora Téllez, 1992).
- d) Les taux d'échecs élevés de ces méthodes sont liés « à la condition humaine » comme le mentionnent Lamas *et al.* (voir *infra*), ou à la présence d'une conduite erratique dans l'histoire contraceptive des femmes comme l'indiquent Zamudio Cárdenas *et al.* (1999). L'expérience d'un avortement ne change pas radicalement les pratiques contraceptives des femmes comme le montrent les données d'une étude dans des zones urbaines en Colombie : 21 % des femmes qui avortaient pour la première fois utilisaient une méthode contraceptive, contre 28 % pour la deuxième et la troisième fois, et 17,8 % pour les fois suivantes.
- e) La pratique contraceptive est étroitement liée à la vie personnelle des femmes et à leur vie sexuelle. L'utilisation de la contraception peut sembler injustifiée pour les femmes qui ont des relations sexuelles peu fréquentes, de manière irrégulière ou qui n'ont pas suffisamment d'expérience, en particulier les jeunes, les femmes veuves ou non mariées. Dans ces situations, les méthodes de barrières peuvent être utiles, mais dans le cas du condom les femmes doivent négocier la participation de l'homme à cette prévention, une situation particulièrement difficile dans des situations de domination masculine ou en cas d'abus

sexuel. Dans une recherche du *Population Council* effectuée à l'Hôpital Général de Mexico (Lara *et al.*, 2003), plus des deux tiers (66 %) des 231 femmes enceintes suite à un viol étaient des adolescentes parmi lesquelles la prévalence contraceptive était très faible (2 %) au moment de cette agression sexuelle.

Tableau 1 – Utilisation de la contraception avant l'avortement

Pays	Femmes enquêtées	Année d'étude (référence)	Utilisation de la contraception avant l'avortement
Argentine	404 femmes de classes sociales défavorisées	1992-1993 (López et Masautis, 1994)	40 % d'échec de contraception en utilisant la pilule, le préservatif, l'injection, le DIU et la continence périodique (par ordre décroissant)
Colombie	301 femmes dans une clinique de Bogota	1991 (Mora Téllez <i>et al.</i> , 1999)	33 % : pas de contraception - 67 % : échec de méthodes traditionnelle ou de barrière
Colombie	602 femmes en milieu urbain (16 à 48) admises pour le traitement d'un avortement incomplet	1991 (Villarreal Mejía et Mora Téllez, 1992)	43 % pas de contraception - 57 % : échec de contraception: 12% en utilisant une méthode moderne, 36% utilisation incorrecte
Colombie	Femmes en milieu urbain (environ 30 000 femmes)	1992 (Zamudio Cárdenas <i>et al.</i> , 1999)	78 % : pas de contraception 22 % : échec de contraception ou mauvaise utilisation
République Dominicaine	352 femmes hospitalisées pour des complications d'avortement	1992 (Paiewonsky, 1999)	25 % : échec de contraception: 1/5 abstinence périodique, environ 1/3 de retrait, 16 % pilule 10 % de préservatif - 45% n'utilisait pas actuellement - 25% jamais utilisée
Nicaragua	445 décès maternels dus à la grossesse	2000-2002 (Padilla et McNaughton, 2003)	65 % : pas de contraception - 22 % : échec de contraception
Porto Rico	Femmes dans l'Organisation <i>ProMujeres</i>	1991 (Azize Vargas <i>et al.</i> , 1993)	59 % échec de contraception: 50 % échec avec abstinence ou retrait, 32 % arrêt d'autres méthodes à cause des effets secondaires
Pays du Cone Sud	808 femmes dans une clinique pratiquant des avortements clandestins en milieu urbain	1995 (Strickler <i>et al.</i> , 2001).	3/5 : pas de contraception
Colombie, Pérou, Mexique, Équateur	49 femmes ayant eu un avortement médicamenteux	2003 (Lafaurie <i>et al.</i> , 2005)	34/49 : pas de contraception - 12/49 : échec de contraception- 3/49 : victime de violence sexuelle (pas d'utilisation)

Source : Données obtenues à partir de différentes études citées par Guillaume et Lerner (2007)

Les barrières d'accès à la prévention : quelle perception du risque ?

Les barrières d'accès à la prévention et en particulier à la contraception dépendent, comme nous l'avons déjà dit, de la perception du risque de grossesse par les femmes, mais également de leur perception, valeur et attitude envers les moyens et pratiques de cette prévention. Comme l'explique Lamas (2003), les difficultés de prévention des grossesses sont étroitement liées à la « condition humaine », c'est-à-dire à des éléments liés à la nature humaine déterminés par le contexte social et culturel.

Dans cette optique, certains auteurs ont mis l'accent sur la nécessité de considérer la signification et l'importance de ce que l'on peut appeler la « culture de la prévention » et de planification qui s'inscrit dans le cadre conceptuel d'analyse du lien entre contraception et avortement (Zamudio Cárdenas *et al.*, 1999 ; Rostagnol, 2003 ; Langer, 2003). Celle-ci prend forme dans un espace bien plus complexe que les conditions sociodémographiques et comprend des aspects d'ordre technique et institutionnel (la disponibilité des contraceptifs, les possibilités d'accès, l'information, les coûts et l'autonomie), médical (les effets des contraceptifs sur l'organisme) et un vaste éventail de dimensions socioculturelles, qui – en tant que constructions sociales – définissent une conduite préventive. Mais, fait important, ils considèrent aussi que les conditions et les possibilités structurelles de consolidation d'une culture de la prévention sont précaires dans les pays en développement, comme le montrent « l'absence de conditions claires et stables d'emploi, de structures organisées fortes, de règles du jeu prévisibles, de structures vastes et solides de sécurité sociale, de mécanismes équitables d'accès et de participation sociale ». Ils ajoutent que dans ces circonstances « la population peut difficilement développer une culture de la planification, où la prévention serait une forme d'action quotidienne ». Ils indiquent qu'ainsi, dans des conditions de chômage, d'emploi mal rémunéré, d'inégalité structurelle et quotidienne, « la population développe un certain opportunisme, un sens de l'instant, le goût du hasard, et cette capacité leur permet de vivre l'imprévu du quotidien et d'affronter ses risques ».

La capacité de prévention dépend de la perception du risque qu'ont les individus. La notion de temporalité fait partie du contexte culturel dans la vie des individus et se caractérise souvent par un « besoin d'immédiateté », (Zamudio Cárdenas *et al.*, 1999 ; Rostagnol, 2003) qui implique de vivre l'instant présent et de manifester une certaine impuissance à penser dans un temps linéaire qui permette des projets d'avenir ou simplement de faire des prévisions dans certains domaines de la vie, y compris les décisions reproductives. Cette vision est plus courante chez les hommes que chez les femmes puisqu'ils n'ont pas l'habitude de prendre des mesures pour prévenir les grossesses.

De plus, l'absence de culture de planification et de prévention peut être largement expliquée par d'autres dimensions telles que :

- a) les conditions d'inégalité et les relations de pouvoir entre les sexes, le contrôle ou la domination masculine sur la femme, les limites de la communication entre les sexes, les différences de perception entre hommes et femmes du lien entre la sexualité et la reproduction ;
- b) les représentations sociales sur les conséquences sanitaires de l'usage des contraceptifs modernes sur la santé ;
- c) le rapport des femmes à leur propre corps et leur estime de soi, situation qui les conduit à avorter face aux craintes et aux effets secondaires qu'elles attribuent à l'utilisation de contraceptifs sûrs.

Le fait que certaines femmes préfèrent avorter plutôt que d'employer des contraceptifs montre la nécessité d'analyser les éventuels avantages de l'avortement sur le planning familial, et les désavantages de ce dernier sur l'avortement.

Pour être effective, la prévention de la grossesse implique de vraiment partager la responsabilité du comportement sexuel, d'être informé et même éduqué sur la contraception, et de prendre vraiment conscience des mesures nécessaires avant le rapport sexuel (David et Pick de Weiss, 1992). En revanche, les auteurs affirment qu'une éducation insuffisante en matière de santé sexuelle et reproductive entraînera plus vers l'avortement.

Un retard de règles et l'angoisse à l'idée d'une possible grossesse non désirée sont des raisons en général suffisantes pour qu'une femme cherche à avorter. Contrairement à la majorité des méthodes contraceptives, l'avortement est à 100 % efficace – s'il est correctement pratiqué –, se réalise en une seule fois indépendamment du moment du coït, et offre la certitude, et non de simples probabilités, d'éviter une grossesse. L'avortement n'intervient pas dans l'activité sexuelle – sauf en cas de complications – et ne comporte pas les dangers pour la santé que certaines femmes attribuent à l'usage des méthodes contraceptives modernes.

De plus, signalent les auteurs, si un certain remord est parfois associé à l'avortement, des sentiments de culpabilité similaires peuvent se présenter lors d'un usage répété de contraceptifs. En revanche, l'avortement ne conduit qu'à une seule violation du système de valeurs de la femme.

Un comportement similaire a été constaté en Afrique où certaines femmes préfèrent avorter plutôt que d'utiliser un contraceptif moderne (Guillaume, 2004) par crainte des effets secondaires attribués à cette méthode, comme le risque de cancer ou d'infertilité, surtout lors d'une utilisation prolongée de certains contraceptifs. D'autre part, elle signale qu'un éventuel avantage de l'avortement sur la contraception pour les jeunes femmes tient dans la possibilité de prouver leur fécondité, tandis qu'au contraire elles peuvent avoir l'impression que les contraceptifs laissent la question en suspens ou la mettent en danger.

L'implication des hommes : acteurs ou obstacles à la prévention ?

Depuis le Programme d'Action de la Conférence du Caire, l'accent a été mis sur le rôle des hommes dans la reproduction, en particulier dans la planification familiale et surtout la santé sexuelle. Les différentes modalités et possibilités de participation de l'homme varient en fonction des particularités du contexte social et temporel (Tolbert *et al.*, 1994).

La présence des hommes en général et particulièrement des partenaires des femmes appelés les « autres significatifs » (« *los otros significativos* ») dans le processus de décision (Llovet et Ramos, 2001 : 302), « peut être active ou passive et le degré d'engagement peut varier selon le contexte socioculturel, l'organisation familiale et le moment du cycle de vie des femmes ». L'influence qu'ils exercent sur la prévention des grossesses de leur compagne, ou sur leurs propres expériences contraceptives, se forme et dépend en grande partie des relations de pouvoir, des identités et des rôles masculins et féminins, construits socialement et culturellement autour des significations et des perceptions sur la sexualité et la reproduction. Le paradoxe auquel font référence la plupart des études, tient dans la perception de l'homme sur la sexualité comme d'un domaine essentiellement masculin, dans lequel il exerce un contrôle et un pouvoir sur la sexualité féminine. Le domaine de la reproduction et sa régulation est en revanche considéré comme un espace féminin dont la femme est responsable. L'homme est cependant considéré comme l'acteur le plus important en raison du pouvoir qu'il exerce dans le processus de décision sur la sexualité des femmes.

Pour certains auteurs, l'idée perdure que culturellement et socialement la reproduction est un fait principalement féminin. Cela implique de déléguer aux femmes l'emploi ou non d'une contraception (Zamberlin, 2000 ; Mora Téllez et Villarreal, 2000 ; Langer et Espinoza, 2002 ; Guevara Ruisenor, 1998 ; AEPA *et al.*, 2002). Cependant, il est important de mentionner que cette situation diffère de plusieurs études réalisées dans les années 1970 en Amérique Latine qui montraient que l'homme s'opposait souvent et constituait le principal obstacle pour que la femme utilise la contraception.

Un autre fait qui constitue aussi un obstacle à l'usage de la contraception est le type de la communication instaurée entre l'homme et la femme sur la pratique contraceptive. Ainsi, les grossesses non désirées et les avortements à risque surviennent plus fréquemment dans les cas

d'ignorance et de manque de dialogues au sein du couple sur leurs désirs respectifs quant à la taille de la descendance, sur leurs opinions et préférences quant à la pratique contraceptive. Quand les couples parlent ouvertement de ces questions, une pratique plus effective de la contraception est observée (Mora Téllez et Villarreal, 2000).

Il n'existe pas de schéma univoque ou fixe de significations et attitudes des hommes quant à la contraception, mais plutôt des attitudes, réponses, valeurs et comportements différents selon les groupes sociaux distincts, les contextes culturels et surtout les différentes générations.

Certaines recherches mettent en garde sur le fait que ces rôles ne sont pas univoques, ni généralisables, puisqu'ils dépendent des conditions matérielles, des attitudes et des règles culturelles socialement construites et intériorisées de façon différente par les groupes sociaux et générationnels. Plus encore, le caractère dynamique et changeant de la participation des hommes dans l'avortement, en fonction de leurs expériences et leur vécu à différents moments de leur vie sexuelle et reproductive, est souligné.

Selon Faúndes et Barzelatto (2005), les données existantes laissent peu de doutes sur la fréquente domination masculine dans la décision d'avoir des relations sexuelles, ce qui s'accompagne d'un manque de responsabilité de l'homme quant au risque de grossesse. Les abus sexuels dans ou hors du mariage réduisent les possibilités de prévention. Dans une étude réalisée au Brésil, Faúndes *et al.* (2000) signalent qu'environ 35 % des femmes interrogées avaient eu des relations sexuelles contre leur volonté parce qu'elles se croyaient obligées de satisfaire le désir de leur partenaire.

Dans certaines études, la responsabilité des femmes sur les comportements contraceptifs est soulignée. Par exemple, à Buenos Aires, les hommes ne se perçoivent pas comme des acteurs de la contraception, et en laissent donc le domaine et la responsabilité aux femmes (Zamberlin, 2000). Dans la même étude, les jeunes hommes expliquent ne pas utiliser de préservatifs pour ces mêmes raisons, mais aussi parce qu'un plus grand désir sexuel dépasse la crainte d'une grossesse, et par le fait qu'une rencontre sexuelle peut être imprévue.

À partir d'une étude qualitative dans la ville de Mexico auprès de 52 hommes qui avaient vécu au moins un avortement, Guevara Ruiseñor (1998) signale qu'une part importante d'entre eux (43 %) n'ont rien fait pour prévenir l'éventualité d'une grossesse, déléguant la responsabilité à la femme « ...je croyais qu'elle faisait attention » ; une autre raison qui répond à l'imaginaire social classique « je ne pensais pas qu'elle tomberait enceinte » ; et enfin, en une moindre proportion, la raison de l'échec contraceptif, « ...elle avait un DIU » ou « le préservatif a craqué ».

Un autre aspect relatif à la participation des hommes à la contraception mérite d'être souligné : il s'agit de la disponibilité des méthodes masculines : à l'exception du condom, du retrait, de l'abstinence périodique et de la vasectomie, toutes les autres méthodes sont féminines. Comme le signale Castro (1998), la priorité a été donnée dans la recherche biomédicale pour limiter la fécondité aux méthodes féminines. C'est ainsi que l'on a minimisé l'importance du rôle de l'homme, dont les choix pour réguler sa reproduction et éviter des grossesses non désirées sont moindres en raison de l'insuffisance des méthodes exclusives spécifiques pour eux.

De plus, comme Zamberlin (2000) l'a montré, la participation masculine à la contraception s'est réduite de façon significative, car les méthodes les plus anciennes – telles que le coït interrompu, l'abstinence périodique et le préservatif – ont été considérées peu à peu comme guère efficaces et dédaignées par les programmes de planning familial.

La connaissance et l'utilisation des préservatifs sont maintenant largement répandues principalement parmi les jeunes, en particulier grâce aux programmes de prévention du VIH. Bien que le condom soit

L'une des méthodes la plus fréquemment rejetée car son utilisation est associée à des sensations d'inconfort, des difficultés dans son utilisation et surtout une perturbation du plaisir sexuel, il reste l'une des méthodes la plus largement utilisée, surtout en cas de relations sexuelles occasionnelles pour se protéger également du Sida. Les hommes ne se perçoivent pas comme des acteurs de la contraception dans les programmes de planification familiale et en laissent donc la responsabilité et le domaine aux femmes, tandis qu'ils s'excluent de sa pratique ou jouent dans le meilleur des cas un rôle secondaire.

La plupart des barrières mentionnées et leurs conséquences sur la pratique contraceptive expliquent le recours à l'avortement. L'implication des hommes dans la décision d'interrompre une grossesse est étroitement liée au type de relation affective et à la stabilité de cette relation entre les partenaires. Des résultats significatifs mettent aussi en lumière l'importance du lien affectif, du formalisme de la relation et du type d'accord de vie commune pendant les fiançailles ou une relation, avec la décision d'utiliser ou non des méthodes contraceptives, ou de mettre fin à une grossesse plutôt que de la poursuivre. On trouve une plus grande responsabilité et un appui supérieur dans les couples stables aux relations affectives fortes, ce qui n'est généralement pas le cas dans les relations parallèles ou occasionnelles sans lien sentimental. D'autre part, des données ont montré que le degré de consensus ou de conflit dans le couple détermine la manière dont les hommes, comme les femmes, gèrent la décision d'un avortement (Guevara Ruiseñor, 1998 ; Aliaga Bruch et Machicao Barbery, 1995). On a ainsi démontré que l'accord ou le désaccord au sujet de l'avortement est associé à la communication et à la négociation au sein du couple. Des données suggèrent également que les couples dont la relation est plus égalitaire – lorsqu'il existe moins d'inégalités entre hommes et femmes – sont plus enclins à négocier pour décider de recourir ou non à l'avortement et des conditions de sa pratique.

Barrières institutionnelles

L'accès au planning familial, au conseil et à un vaste choix de méthodes contraceptives est difficile à obtenir, voire franchement impossible, en raison de barrières diverses et variées. Parmi celles-ci, citons les difficultés pour des raisons géographiques et sociales qui interdisent l'accès à des groupes spécifiques de population, par exemple les adolescentes ; les difficultés économiques (coût des méthodes contraceptives ou pour se rendre dans les centres de santé) ; les barrières socioculturelles (désapprobation pour des motifs religieux ou culturels, opposition ou difficulté de négociation avec le partenaire) ; enfin, des préjugés très divers (crainte des effets secondaires et de l'infidélité conjugale) (Center for Reproductive Rights, 2003).

Au Guatemala, Kestler *et al.*, (2009) soulignent le rôle des facteurs culturels tels que des positions religieuses très conservatrices et une société à forte domination masculine comme barrières au développement de la connaissance de la contraception moderne par les femmes.

Une des conclusions de la réunion de chercheurs sur l'avortement en Amérique Latine et dans les Caraïbes (Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, 1994) souligne que dans la région « l'offre de conseil en contraception est rare et incomplète, avec peu de diversification des méthodes disponibles et une grande ignorance des barrières culturelles ».

Comme le mentionnent Faúndes et Barzelatto (2005), les barrières à la prévention sont également dues aux arguments des groupes conservateurs avec « le paradoxe à être contre l'avortement tout en s'opposant à la prévention des grossesses non désirées » : leur opposition à l'utilisation des méthodes modernes de contraception, considérées comme artificielles, ou ayant un effet abortif, ainsi que l'opposition à l'éducation sexuelle sous le prétexte qu'elle favorise ainsi une initiation sexuelle plus précoce et plus fréquente. Les auteurs notent aussi qu'il s'agit d'arguments qui mènent finalement à

promouvoir l'avortement, avec toutes les conséquences néfastes que cela entraîne dans les pays aux législations restrictives. Les mêmes réticences sont exprimées pour la contraception d'urgence considérée à tort comme une méthode abortive (Faundes *et al.*, 2007).

Les difficultés d'accès à la prévention sont aussi dues au rôle du personnel médical : les décisions des femmes, quant à leur comportement reproductif, dépendent de l'attitude de leurs partenaires mais aussi de celle des médecins qui, dans bien des cas, peuvent leur imposer leurs propres normes biomédicales pour réguler leur fécondité (choix de la méthode contraceptive ou opposition à l'avortement) (Lerner et Quesnel, 2003).

Dans les pays où la contraception est autorisée et fait partie des programmes gouvernementaux de santé de la reproduction ou de planning familial, l'incidence de la pratique de l'avortement est très liée, entre autres, aux carences du programme. Celles-ci sont dues à la faible importance qu'attribuent certains états ou entités administratives aux programmes de planning familial et de santé de la reproduction au niveau local, à l'infrastructure de santé et aux services de planning familial existants, à l'éventail des méthodes proposées ainsi qu'à leur efficacité et sécurité, à l'information donnée aux femmes et enfin à l'acceptation volontaire (et non imposée) des différents moyens de contraception pour éviter les grossesses (Cochrane et Sai, 1993 : 110)).

L'incapacité de l'État à offrir des services de planning familial, ou de les étendre à toute la population, constitue un autre obstacle. À cela s'ajoute le rejet par certains groupes de population des méthodes contraceptives, que ce soit pour des motifs religieux ou autres, le refus des autorités d'offrir ces services aux femmes qui n'ont pas atteint la majorité légale, l'opposition des parents à ce que leurs enfants (filles ou garçons) soient informés ou à ce qu'on leur propose des services de contraception, et enfin la réticence des époux ou partenaires sexuels à ce que leur femme utilise des contraceptifs (Bankole *et al.*, 1998). Les jeunes femmes sont confrontées à des difficultés pour obtenir des contraceptifs à cause de la réticence des prestataires à leur en fournir, mais aussi de leur propre perception de ces méthodes : peurs des effets secondaires, malaise et espoir de ne pas être enceinte ainsi qu'une difficulté à percevoir les risques sexuels.

Dans le cas du Pérou par exemple, de nombreuses barrières institutionnelles ont été mentionnées dans différentes études : les difficultés pour obtenir une stérilisation car la législation locale compare le procédé à l'avortement provoqué, bien qu'il s'agisse de deux choses complètement différentes (Huaman, 1994), la priorité donnée dans les programmes de santé de la reproduction aux aspects curatifs au détriment de la prévention, et le manque de priorité accordée à l'éducation sexuelle.

Ces situations obéissent en pratique à ce que l'Église Catholique freine le développement des programmes liés à ces aspects (Aramburú *et al.*, 1991). « Le manque d'accessibilité géographique aux services de santé, les attitudes personnelles, les schémas culturels et la désinformation sur l'utilisation correcte des méthodes et leurs effets secondaires expliquent que 56 % des Péruviennes en âge de procréer et que 31 % des femmes en couple n'utilisent aucune méthode de planning familial ou ne l'emploient pas correctement » (Lafaurie *et al.*, 2005).

À La Paz, en Bolivie, une étude qualitative sur la fécondité non désirée et sur les obstacles à l'utilisation des services de planning familial a montré que, contrairement aux idées reçues, certaines normes culturelles des indiennes aymaras résidant dans des centres urbains sont compatibles avec la régulation de la fécondité. Cependant, d'autres barrières se dressent dans l'accès à cette régulation. Les membres de cette communauté découragent souvent la discussion sur des questions sexuelles et contraceptives entre les membres de la famille, ou avec des amis ou des prestataires de santé ; des rumeurs et des histoires circulent sur les soi-disant effets nocifs des méthodes modernes de planning familial ; le soupçon, la méfiance et la crainte envers la médecine moderne et les professionnels

médicaux, tout comme les tabous sur les avortements médicalisés, sont profondément enracinés (Population Council, 1994 ; Schuler *et al.*, 1994).

Considérations finales

La prévention des risques de grossesses est une question très complexe en Amérique Latine. Le comportement préventif demeure difficile à cause des barrières et des limitations institutionnelles, des conditions de vie, ainsi que des différentes options et capacités individuelles. Dans un contexte de difficultés économiques ou sociales, de capital social et culturel bas, l'accès à la prévention et le développement d'une culture de prévention s'avèrent difficiles car ils ne sont pas perçus comme une priorité quotidienne. Les femmes ne sont pas totalement libres dans leur accès à la prévention en raison de l'influence de leur partenaire, du personnel médical et des institutions sociales telles que les membres de la famille ou de la communauté, du pouvoir politique ou religieux sur leurs propres décisions (Lerner et Quesnel, 2003 ; Faúndes et Barzelatto, 2005).

Si la culture de prévention est variable selon les classes sociales, elle l'est également entre hommes et femmes. Les femmes sont plus fréquemment informées de la prévention que les hommes à cause de leur rôle significatif dans les événements de leur vie reproductive (suivi anténatal, suivi postnatal et soins aux enfants...). Ainsi, la signification et les pratiques dans la vie sexuelle sont différentes entre hommes et femmes et selon les générations, et la domination masculine semble jouer un rôle important. De plus, les comportements préventifs dépendent des expériences de la vie, du type de relation entretenue par les couples (stables ou occasionnelles), des projets de vie future, autant d'aspects qui déterminent le processus préventif et de la décision d'avorter en cas de grossesses non prévues.

La question de l'avortement est une question problématique. Dans la plupart des pays, l'accès légal à l'avortement est très restrictif ou totalement interdit. Mais cette interdiction ne dissuade pas les femmes de sa pratique en cas de grossesses non planifiées et non désirées. L'avortement a toujours été pratiqué dans tous les pays et par toutes les sociétés et cette pratique « continuera toujours à se faire ainsi indépendamment des lois restrictives, des interdictions religieuses ou des normes de sociales » (Grimes *et al.*, 2006). Mais les femmes doivent composer avec les risques élevés des avortements clandestins, donc dangereux, des risques qui sont beaucoup plus importants pour les jeunes, les femmes les moins instruites et de classes sociales défavorisées qui n'ont pas accès à des avortements sans risque sûr.

En conclusion, il semble important de souligner que pour des raisons multiples, l'institution médicale ou la logique et l'action individuelles peuvent également entrer en concurrence avec d'autres logiques sociales telles que la logique des groupes conservateurs, qui façonnent et structurent les pratiques sexuelles, contraceptives et préventives. Par conséquent, les politiques de prévention ont besoin « de s'appuyer moins sur la notion d'individus ou de groupes à risque que sur celle de situations à risque, situations liées à des contextes sociaux et relationnels particuliers » (Beltzer et Bajos, 2008 : 454).

Bibliographie

- AEPA, CEDES and CENEP, 2002. El rol del varón en la salud sexual y reproductiva en países de América Latina y el Caribe. *Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad*. Buenos Aires.
- Ali, M.M. and Cleland, J., 2005. Sexual and reproductive behaviour among single women aged 15-24 in eight Latin American countries: a comparative analysis. *Social Science & Medicine*, 60: 1175-1185.
- Aliaga Bruch, S. and Machicao Barbery, X., 1995. *El aborto: una cuestión no sólo de mujeres*, La Paz (Bolivia), CIDEM, Centro de Información y Desarrollo de la Mujer.
- Aramburú, C., Lesevic, B. and Henríquez, N., 1991. Peru: the utilization of demographic knowledge in policy formulation and planning. In Andorka, R. and Urzúa, R. (Eds.) *The utilization of demographic knowledge in policy formulation and planning*. Liège, Belgium, IUSSP.
- Azize Vargas, Y., Avilés, L.A. and Otero Figueroa, E., 1993. *Abortion in Puerto Rico. Current practice and policy recommendations*, Cayey University of Puerto Rico, Cayey University College, Proyecto de Estudios de la Mujer.
- Bankole, A., Singh, S. and Haas, T., 1998. Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries. *International Family Planning Perspectives*, 24: 117-27, 152.
- Beltzer, N. and Bajos, N., 2008. De la contraception à la prévention: les enjeux de la négociation aux différentes étapes des trajectoires affectives et sexuelles. In Bajos, N., Bozon, M. and Beltzer, N. (Eds.) *Enquête sur la sexualité en France. Pratique, genre et santé*. Paris INSERM, INED, ANRS.
- Bongaarts, J. and Westoff, C., 2000. The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in Family Planning*, 31(3): 193-202.
- Castro Morales, P., 1998. ¿Qué razones exponen los hombres que están recurriendo a la vasectomía sin bisturí para limitar su fecundidad? In Lerner, S. (Ed.) *Varones, sexualidad y reproducción*. México, El Colegio de México.
- Center for Reproductive Rights, 2003. *Reflexiones sobre el aborto: una mirada inicial al aborto inducido*, New York (USA), Center for Reproductive Rights.
- Cochrane, S. and Sai, F., 1993. Excess fertility. In Jamison, D. and al. (Eds.) *Disease control priorities in developing countries*. New York/Oxford, Oxford University Press.
- David, H. and Pick de Weiss, S., 1992. El aborto en las Américas. In López, G., Yunes, Y., Solís, J. and Omran, A. (Eds.) *Salud Reproductiva de las Américas*. Washington, OPS/OMS.
- Encuentro De Investigadores Sobre Aborto Inducido En América Latina Y El Caribe, 1994. Conclusiones y recomendaciones. In Zamudio, L. And Rubiano, N. (Eds.). Santafe de Bogota, [Unpublished].
- Espinoza, Henry et López Carrillo, Lizbeth, 2003 - Aborto inseguro en América Latina y el Caribe: definición del problema y su prevención. *Gaceta Médica De México*, 139, Suplemento 1, S9-S15.
- Faúndes, A. and Barzelatto, J., 2005. *El drama del aborto. En busca de un consenso*, Bogotá (Colombia), Tecnopres Ediciones.
- Faundes, A., Tavará, L., Brache, V. and Alvarez, F., 2007. Emergency contraception under attack in Latin America: response of the medical establishment and civil society. *Reprod. Health Matters*, 15: 130-8.
- Glasier, A., Gulmezoglu, A.M., Schmid, G.P., Moreno, C.G. and Van Look, P.F., 2006. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet*, 368: 1595-607.
- Grimes, D.A., Benson, J., Singh, S., Romero, M., Ganatra, B., Okonofua, F.E. and Shah, I.H. 2006. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *The Lancet*, 368: 1908-1919.
- Guevara Ruiseñor, E.S., 1998. Amor y pareja en la responsabilidad de los hombres ante el aborto. In Aepa, Centro De Estudios De Estado Y Sociedad and Cenep (Eds.) *Trabajos del III Taller de*

- Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad, Buenos Aires. Buenos Aires (Argentina), AEPA.*
- Guillaume, A., 2004. Abortion in Africa. A review of literature from the 1990's to the present day. *Les Numériques du CEPED (french & english)*, Paris, CEPED.
- Guillaume, A. and Lerner, S., 2007. Abortion in Latin America and the Caribbean. A review of literature form 1990 to 2005. In *Les Numériques du CEPED (Spanish-French-English)* (Ed.) CEPED, Paris.
- Huaman, M., 1994. Barreras médicas y socioculturales y anticoncepción. *Salud Población Y Desarrollo*: 31-2.
- Kestler, E., Barrios, B., Hernández, E.M., Del Valle, V. and Silva, A., 2009. Humanizing access to modern contraceptive methods in national hospitals in Guatemala, Central America. *Contraception*, 80: 68-73.
- Lafaurie, M.M., Grossman, D. and Troncoso, E. (Eds.), 2005. *El aborto con medicamentos en América Latina. Las experiencias de las mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú*, Population Council.
- Lamas, M., 2003. Aborto: entre el no de la religión y el sí de las mujeres. In Bronfman, M. and Denman, C. (Eds.) *Salud Reproductiva: temas y debates*. México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Langer, A. 2002. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana De Salud Pública*, 11: 192-204.
- Langer, A., 2003. Embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud en México. *Gaceta Médica de México*, 139: S3-S7.
- Langer, A. and Espinoza, H., 2002. Embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. In Ramos, S. and Gutiérrez, M.A. (Eds.) *Nuevos desafíos de la responsabilidad política*. Buenos Aires, Cedes, FLACSO y Cels.
- Lara, D., García, S., Strickler, J., Martínez, H. and Villanueva, L., 2003. El acceso al aborto legal de las mujeres embarazadas por violación en la Ciudad de México. *Gaceta Médica de México*, 139: 77-90.
- Lerner, S. and Quesnel, A., 2003. Contextes, institutions et acteurs : pour une approche multiple des relations "conditions de vie et comportements reproductifs". In Cosio-Zavala, M. (Ed.) *Poverty, fertility and family planning*. Paris CICRED.
- Llovet, J.J. and Ramos, S., 2001. El estudio del aborto inducido en América Latina: un balance parcial y algunas propuestas a futuro. In Stern, C. and Figueroa Perea, J.G. (Eds.) *Sexualidad y salud reproductiva: avances y retos para la investigación*. México, El Colegio de México.
- López, E. and Masautis, A., 1994. Aborto en el Conurbano de Buenos Aires: opiniones, evidencias e interrogantes. In Universidad Externado de Colombia, WHO, Special Programme of Research Development and Research Training on Human Reproduction and Agi (Eds.) *Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe. Determinantes del aborto y factores asociados*. Santafe de Bogota Universidad Externado de Colombia.
- Marston, C. and Cleland, J., 2003. Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence. *International Family Planning Perspectives*, 29: 6-13.
- Mora Téllez, M. and Villarreal, C., 2000. Hombres y decisiones reproductivas. Bogotá, Fundación Oriéntame.
- Mora Téllez, M., Villarreal, C. and Castaño, M.S., 1999. *Anticoncepción post-aborto: mejorando la calidad de los servicios*, Bogotá (Colombia), Trazo Digital Impresores.
- Moreau, C., Bouyer, J., Goulard, H. and Bajos, N., 2005. The remaining barriers to the use of emergency contraception: perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions. *Contraception*, 71: 202-207.

- Mundigo, A.I., 1993. Aborto y anticoncepción en América Latina: ¿nuevos comportamientos o continuación de antiguas tendencias? In Abep, Celade, Iussp, Prolap and Somede (Eds.) *La transición demográfica en América Latina y el Caribe*. México.
- Padilla, K. and Mcnaughton, H., 2003. La mortalidad materna en Nicaragua: una mirada rápida a los años 2000-2002. Managua, Ipas Centro América.
- Paiewonsky, D., 1999. Social determinants of induced abortion in the Dominican Republic. In Mundigo, A. and Indriso, C. (Eds.) *Abortion in the developing world*. London, Zed Books.
- Population Council, 1994. Aymara market women discuss risks of unwanted pregnancy and use of family planning services. *Population Council Research News*: 1-2.
- Rostagnol, S., 2003. Representaciones y prácticas sobre sexualidad y métodos anticonceptivos entre hombres de sectores pobres urbanos. *Anuario de Antropología Social y Cultural*: 39-55.
- Schuler, S.R., Choque, M.A. and Rance, S., 1994. Misinformation, mistrust, and mistreatment: family planning among Bolivian market women. *Studies in Family Planning*, 25: 211-21.
- Singh, S., Prada, E. and Kestler, E., 2006. Induced abortion and unintended pregnancy in Guatemala. *Int. Fam. Plan. Perspect.*, 32: 136-45.
- Strickler, J., Heimburger, A. and Rodríguez, K., 2001. Clandestine abortion in Latin America: a clinic profile. *Int. Fam. Plan. Perspect.*, 27: 34-6.
- Tolbert, K., Morris, K. and Romero, M., 1994. Los hombres y el proceso de decisión respecto del aborto: hacia una teoría de las relaciones de género y el aborto. In Special Programme of Research Development and Research Training in Human Reproduction, World Health Organization and Alan Guttmacher Institute (Eds.) *Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe*. Bogotá, Universidad Externado de Colombia.
- Villarreal Mejía, J. and Mora Téllez, M., 1992. *Embarazo indeseado y aborto. Determinantes de la interrupción del embarazo no deseado y características de las mujeres que abortan.*, Bogotá Orientame.
- World Health Organization (WHO), 2003. Aborto sin riesgos. Guía técnica y de Políticas para sistemas de Salud. Ginebra.
- Zamberlin, N., 2000. "La otra mitad". Estudio sobre la participación masculina en el control de la fecundidad. In Gogna, M. (Ed.) *Feminidades y masculinidades. Estudios sobre salud reproductiva y sexualidad en Argentina, Chile y Colombia*. Buenos Aires, CEDES.
- Zamudio Cárdenas, L., Rubiano Blanco, N.L. and Wartenberg, L., 1999. The incidence and social and demographic characteristics of abortion in Colombia. In Mundigo, A.I. and Indriso, C. (Eds.) *Abortion in the developing world*. London, Zed Books.