

L'IVG chez les Adolescentes Gabonaises, entre Loi et Silence

NDEMBI NDEMBI Aimée Patricia

Spécialité : Psychologie clinique sociale

Département de Recherche sur les Dynamiques Sociales

IRSH/CENAREST Gabon

ndembipatricia@yahoo.fr

Résumé

Cette étude analyse les discours des adolescentes face à l'accès à l'avortement dans le contexte des récentes modifications de la loi sur l'avortement au Gabon. L'objectif est d'explorer comment les adolescentes construisent leurs représentations de l'IVG et comment ces représentations sont façonnées par des facteurs psychiques, familiaux et socioculturels à travers les concepts de refoulement, stigmatisation et de socialisation sexuelle mobilisés en psychologie clinique sociale. Cette nouvelle législation permet désormais aux femmes, qu'elles soient jeunes ou adultes, de recourir à un avortement sécurisé en cas de détresse. L'analyse des propos recueillis auprès d'un groupe d'adolescentes met en lumière les réticences exprimées et les perceptions mitigées quant au « libre accès » à l'avortement légal. Ces réticences s'expliquent par le poids du tabou familial et culturel, la stigmatisation sociale, la méfiance envers les professionnels de santé et l'intériorisation des normes restrictives. Par ailleurs, les savoirs informels circulant entre pairs, comme l'usage du cytotec, illustrent une logique de survie et de coordination cognitive face à l'insuffisance d'accompagnement institutionnel et éducatif. L'étude souligne l'importance de l'éducation sexuelle, d'un accompagnement empathique et de la diffusion d'informations claires sur les droits reproductifs pour permettre aux adolescentes de prendre des décisions éclairées et sécurisées.

Mots clés : loi sur l'avortement, silence familial, adolescentes, IVG, réticences sociales

Abstract

This study analyzes the discourses of adolescent girls regarding access to abortion in the context of recent changes to abortion law in Gabon. The aim is to explore how adolescents construct their representations of abortion and how these representations are shaped by psychic, familial, and sociocultural factors through the concepts of repression, stigmatization, and sexual socialization used in social clinical psychology. This new legislation now allows women, whether young or adult, to undergo a safe abortion in cases of distress. The analysis of statements collected from a group of adolescent girls highlights the expressed hesitations and mixed perceptions regarding 'free access' to legal abortion. These hesitations can be explained by the weight of family and cultural taboos, social stigma, mistrust of healthcare professionals, and the internalization of restrictive norms. Furthermore, informal knowledge circulating among peers, such as the use of Cytotec, illustrates a logic of survival and cognitive coordination in the face of insufficient institutional and educational support. The study highlights the importance of sexual education, empathetic support, and the dissemination of clear information about reproductive rights to enable adolescents to make informed and safe decisions.

Keywords: Abortion law, family silence, adolescent girls, induced abortion (IVG), social hesitations

Introduction :

L'accès à l'avortement est un sujet mondial qui suscite des débats passionnés et souvent entouré de complexités légales, éthiques et socioculturelles. Dans de nombreux pays, y compris le Gabon, des modifications législatives ont récemment été adoptées pour permettre un accès plus sécurisé à l'avortement, notamment en cas de détresse psychologique. Cependant, ces évolutions légales sont souvent mal connues du public et peu relayées par les institutions de santé. Ce qui limite leur effectivité et maintient l'avortement dans la clandestinité. Ce

constat pose la question centrale de cette étude : comment les adolescentes construisent-elles leurs représentations de l'IVG et quels facteurs psychiques, familiaux et socioculturels influencent ces représentations ? Cette étude s'inscrit dans le champ de la psychologie clinique sociale et mobilise les concepts de refoulement, dissociation, stigmatisation et socialisation sexuelle comme cadre analytique.

Le nouveau code pénal de juillet 2019 a introduit la notion d'Interruption Thérapeutique de Grossesse (ITG). L'ITG est ainsi autorisée dans les cas de malformations graves du fœtus, des risques pour la vie de la mère et dans les cas des grossesses résultant d'inceste et de viol. En 2021, la loi du 6 septembre a apporté des modifications terminologiques. L'ITG est devenue l'IGA : Interruption de Grossesse Autorisée. Cette évolution ouvre l'accès à une plus grande flexibilité. La réforme de 2021 a également conduit à la suppression de certaines exigences comme l'avis médical pour attester de l'état de détresse psychologique de la femme. Ce point permet d'introduire la question de l'autonomie des adolescentes et leur capacité à déclarer elles-mêmes leur détresse. Ces changements législatifs seront analysés à la lumière des concepts mobilisés.

Malgré ces réformes législatives, l'accès à l'avortement au Gabon reste compliqué et présente plusieurs défis, liés notamment à son acceptabilité ou plutôt à son inacceptabilité et à la difficulté de son adoption effective. Généralement, l'avortement est encadré par des lois restrictives dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. Dans ce contexte l'avortement volontaire demeure un acte illégal.

Dans le cadre des droits reproductifs au Gabon, les articles 376 et 377 du Code Pénal jouent un rôle central. L'article 376 stipule que : « Quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, manœuvres, violences ou par tout autre moyen, a procuré ou tenté de procurer l'avortement d'une femme enceinte ou supposée enceinte, qu'elle y ait consenti ou non, est puni d'un emprisonnement de 5 ans au plus et d'une amende de 2.000.000 de francs au plus ». De même, l'article 377 précise que « Est punie d'un emprisonnement de 2 ans au plus et d'une amende de 1.000.000 de francs au plus, ou de l'une de ces deux peines seulement, la femme qui s'est procuré l'avortement à elle-même, qui a tenté de se le procurer ou qui a consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet ». Cette disposition renforce le poids de la stigmatisation et de la peur chez les adolescentes.

Ces deux articles criminalisant l'avortement peuvent entraîner des répercussions significatives sur les femmes en âge de procréer. Ils les exposent, notamment à des risques graves pour leur santé, comme le recours à l'avortement dans des conditions non médicalisées, pouvant provoquer des complications mortelles, particulièrement chez les adolescentes vulnérables. D'une part, ces dispositions légales sont censées protéger la vie prénatale et dissuader la pratique d'avortements illégaux. Cependant, elles peuvent aussi engendrer des conséquences néfastes pour les adolescentes et les femmes en situation de vulnérabilité et augmenter la clandestinité et l'isolement psychique. Cette tension entre les exigences légales et l'expérience vécue des adolescentes constitue le fil conducteur en lien avec les dimensions psychiques, sociales et culturelles.

Répercussions du silence institutionnel sur les adolescentes :

La criminalisation de l'avortement pousse de nombreuses femmes à rechercher des moyens accessibles pour interrompre une grossesse non désirée. Cette situation peut être à l'origine de complications graves telles que des infections, des hémorragies. Le décès des femmes peut survenir lorsque la prise en charge médicale est impossible. De plus, la stigmatisation associée à l'avortement, dans notre contexte, peut engendrer des conséquences psychologiques, sociales et économiques, accentuant la marginalisation des femmes et des adolescentes. Ces enjeux seront analysés à travers les concepts de stigmatisation, refoulement et socialisation sexuelle, afin de comprendre le vécu psychique des adolescentes.

Pour Fatchina (2021), l'avortement, qu'il soit pratiqué dans la clandestinité ou dans les conditions prévues par la loi, reste encore un problème sensible dans les sociétés africaines. En effet, les traditions africaines valorisent fortement la procréation. D'ailleurs, ne dit-on pas en Afrique Noire que l'enfant à naître est à la fois l'envoyé de Dieu, des ancêtres, des génies » (Ndembi Ndembi, 2011, p. 71). Cette valorisation est souvent liée à l'influence des croyances culturelles et religieuses.

Dans leurs travaux intitulés Procréations médicales et mondialisations. Expériences africaines, Bonnet et Duchesne (2016) mettent en lumière l'importance de la procréation dans les sociétés africaines ainsi que les défis liés à l'infertilité. Ekang Mvé (2014), dans ses travaux, explore les représentations sociales de l'infertilité au Gabon. Pour elle, l'infécondité peut

être attribuée à la sorcellerie familiale qui constitue une entrave à la procréation. C'est pourquoi le couple infécond pense se libérer de cette sorcellerie tenue pour responsable de son infertilité.

Divay (2004, P. 200), affirme que « l'avortement représente un type de déviance qui permet de se soustraire aux jugements d'autrui » soulignant ainsi la manière dont cet acte peut être perçu comme une réponse aux normes sociales oppressives. Dans le contexte gabonais, où les adolescentes sont souvent confrontées à des injonctions contradictoires entre sexualité, maternité et dignité, cette lecture prend une résonance particulière. Mathieu (2016), pour sa part, met en lumière la stigmatisation persistante de l'avortement dans les sociétés valorisant fortement la maternité. Elle montre comment cette stigmatisation influence le parcours de soins des femmes et leur rapport à leur corps, en lien avec les rapports de genre et les mécanismes de contrôle social. Ces deux approches permettent d'interroger les silences et les tensions qui entourent l'IVG chez les adolescentes gabonaises, entre légalité, moralité et effacement. Cette analyse servira de base à l'exploration des représentations psychiques et sociales des adolescentes.

Ferrand et Jaspard (1997), dans leur ouvrage *L'interruption volontaire de grossesse*, analysent les enjeux sociaux, juridiques et psychologiques liés à l'avortement en France. Selon leur approche, les restrictions légales ne visent pas tant à éradiquer l'avortement qu'à le déplacer dans l'illégalité, exposant ainsi les femmes à des risques accrus. D'un point de vue clinique, cette situation impose aux femmes une expérience conflictuelle, souvent marquée par la culpabilité et la peur du jugement. L'acte abortif devient alors un tabou social, susceptible de

fragmenter l'intégration psychique des femmes concernées. Cette tension psychique prolonge les effets décrits par Ferrand et Jaspard, en les inscrivant dans l'expérience singulière des adolescentes confrontées à l'IVG.

Chez les adolescentes, en pleine construction identitaire, ces contraintes légales accentuent un dilemme émotionnel puissant. Elles doivent concilier, d'une part, leur émergence vers l'autonomie et le droit fondamental de disposer de leur corps, et, d'autre part, la crainte d'un jugement sévère et d'une sanction symbolique (ou légale) fortement intériorisée. Ce conflit est souvent vécu comme une ambivalence déstabilisante où se manifestent des mécanismes de défense tels que le refoulement ou la dissociation, permettant temporairement de contenir l'angoisse liée à l'impossibilité d'externaliser ces ressentis contradictoires. Ces concepts serviront de cadre théorique pour l'analyse des discours.

Ces mécanismes de défense jouent un rôle central dans la gestion du conflit intérieur. Le refoulement consiste à rejeter inconsciemment hors de la conscience des pensées ou émotions jugées inacceptables, comme la culpabilité ou la peur liées à l'avortement (Freud, 1905). La dissociation, quant à elle, traduit une forme de déconnexion entre les émotions et la réalité vécue, permettant à l'adolescente de se protéger temporairement d'un vécu trop intense ou traumatique.

Les répercussions psychologiques cliniques se traduisent notamment par un accroissement de l'anxiété et du stress. L'activation prolongée du système nerveux, induite par la peur des sanctions légales et la stigmatisation sociale, peut favoriser l'apparition de troubles anxieux généralisés ou même des symptômes de stress post-traumatique – comme le souligne une synthèse publiée par l'Institut Européen de Bioéthique (2011), qui recense plusieurs études cliniques mettant en

évidence les effets psychiques délétères de l'avortement mal accompagné.

Lorsqu'il n'est pas régulé, ce stress chronique risque de compromettre la stabilité émotionnelle et la résilience psychique des patientes. La dépression apparaît également comme une conséquence clinique majeure, se traduisant par des symptômes tels qu'une tristesse persistante, une perte d'intérêt pour les activités quotidiennes, des troubles du sommeil, une fatigue chronique et une diminution de l'estime de soi. La sensation d'impuissance et de désespoir, renforcée par l'incapacité d'accéder à des services de santé sécurisés, favorise l'installation de ce schéma dépressif, qui peut altérer durablement le fonctionnement psychique et social des adolescentes. Sur le plan du traumatisme psychologique, le recours aux procédures clandestines expose les femmes à des expériences particulièrement violentes sur le plan émotionnel. Les conditions dangereuses et non encadrées peuvent favoriser l'apparition de symptômes traumatisants (rappels intrusifs, évitement, hypervigilance), illustrant la difficulté d'intégrer l'événement dans un récit cohérent de vie. Cette dynamique de traumatisations est amplifiée par la stigmatisation, qui renforce l'idée que l'avortement se situe en marge des normes de respect de soi.

Les sentiments de culpabilité et de honte se trouvent exacerbés par l'intériorisation des normes culturelles et sociales négatives. Dans ce contexte, la stigmatisation interne devient un facteur déterminant dans la dégradation de l'estime de soi, impactant lourdement le bien-être émotionnel et favorisant l'émergence de comportements autodestructeurs.

Enfin, l'isolement social, souvent perçu comme une stratégie d'évitement face au rejet ou à l'ostracisation, apparaît également, d'un point de vue clinique, comme un mécanisme

de retrait qui, à long terme, entrave la régulation affective. Ce retrait social empêche l'accès à un soutien essentiel pouvant faciliter la résilience et le recouvrement, ce qui peut participer à l'aggravation des troubles psychiques.

Au regard de ces constats, cette étude vise à analyser comment les discours stigmatisants participent à la construction des réticences des adolescentes vis-à-vis de l'avortement et influencent leur santé mentale. Elle explore les répercussions psychiques et sociales du silence institutionnel autour de l'IVG au Gabon, en mettant en lumière les freins persistants à l'accès aux soins. L'objectif final est de saisir comment les adolescentes construisent leur vécu et leurs décisions face aux tensions sociales, légales et personnelles liées à l'avortement.

Hypothèses

- **Hypothèse 1 :** Les adolescentes confrontées à des discours stigmatisants sur l'avortement développent une ambivalence affective, oscillant entre une volonté d'affirmation de leur autonomie corporelle et une peur du rejet social, influençant ainsi leurs représentations et leur prise de décision.
- **Hypothèse 2 :** Les normes culturelles et religieuses exercent une influence déterminante sur la manière dont les adolescentes perçoivent et intègrent les nouvelles dispositions législatives relatives à l'accès à l'avortement, façonnant leur discours et leurs choix en fonction des attentes et pressions sociales.

Méthodologie

Choix de l'approche méthodologique

Il s'agit d'une étude qualitative exploratoire dans laquelle l'analyse des discours est mobilisée afin de comprendre comment les adolescentes construisent leurs représentations de l'IVG à partir des normes sociales, des silences familiaux et des cadres juridiques. Cette méthode vise à explorer leurs perceptions, leurs réticences et les facteurs influençant leur rapport à l'avortement, dans un contexte marqué par l'évolution récente du cadre légal. Comme le soulignent Denzin et Lincoln (2011), l'approche qualitative permet de saisir les dimensions subjectives, culturelles et sociales d'un phénomène, en privilégiant une compréhension approfondie des expériences vécues et des significations qui les entourent.

Collecte des données

La collecte des données s'est effectuée en septembre 2024 auprès d'un groupe de discussion composé de 30 adolescentes âgées de 16 à 23 ans, résidant à Akanda, une périphérie de Libreville. Le choix de cette tranche d'âge permet d'appréhender une période charnière située entre l'adolescence et le début de l'âge adulte, marquée par la construction identitaire, l'entrée dans la sexualité et la confrontation aux normes sociales et familiales. Le terrain d'Akanda a été retenu en raison de sa proximité avec Libreville et de sa diversité socioculturelle, offrant un contexte pertinent pour l'étude des représentations liées à l'IVG.

En complément, dix entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés, conformément aux recommandations méthodologiques de Legard, Keegan et Ward (2003). Le groupe de discussion visait à faire émerger des représentations collectives et des normes partagées, tandis que les entretiens individuels permettaient d'explorer des expériences plus personnelles et des vécus émotionnels parfois difficiles à exprimer en contexte groupal. Les entretiens ont été conduits à l'aide d'un guide semi-directif portant sur la sexualité, la perception de la loi sur l'avortement, les relations familiales et le rapport aux institutions de santé.

Analyse des données

Les données transcrites ont été analysées de manière thématique, conformément à la méthode décrite par Braun et Clarke (2006), afin d'identifier les idées principales et les tendances émergentes, puis interprétées à la lumière du cadre théorique mobilisant les notions de : refoulement, la dissociation, la stigmatisation et la socialisation sexuelle. L'analyse a été poursuivie jusqu'à saturation thématique, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucun nouveau thème significatif n'émerge des données. Une posture interprétative et réflexive a été adoptée afin de tenir compte du contexte social et culturel des participantes et de limiter les biais d'interprétation.

Résultats

Les témoignages recueillis auprès des adolescentes révèlent des expériences marquées par la peur, le silence et le manque d'accompagnement, illustrant les conséquences concrètes de la législation sur l'IVG au Gabon. L'analyse

thématique a permis d'identifier quatre grands thèmes structurant les représentations des adolescentes : (1) le silence et le malaise autour de la sexualité dans le cadre familial, (2) les perceptions ambiguës du cadre légal, (3) les rapports de confiance et de peur vis-à-vis des professionnels de santé, et (4) les réticences face à l'avortement dans un contexte de pression sociale et de clandestinité. Les extraits présentés ci-dessous illustrent ces tendances et permettent de comprendre les tensions entre le cadre légal, les normes sociales et les expériences personnelles des adolescentes.

1-La sexualité dans l'espace familiale : entre silence et malaise

Ce point regroupe les perceptions des adolescentes sur la manière dont la sexualité est abordée au sein de leur famille. Les discours mettent en évidence des situations où la sexualité est rarement évoquée, considérée comme un tabou. Certaines adolescentes décrivent une gêne ou une peur de parler de sexualité avec leurs parents. D'autres mentionnent des échanges possibles mais rares. Les adolescentes décrivent un cadre familial où la parole parentale est souvent moralisatrice et difficile à entendre. Plusieurs témoignages illustrent ce malaise.

« Même quand vous discutez avec votre mère dans la chambre, elle hausse la voix » ; « Vous-même, vous avez honte déjà de parler de ça » ; « c'est tabou, oui c'est tabou, c'est vraiment tabou, chez nous c'est tabou » ; « Chez moi, c'est bon. On peut parler de sexualité avec les parents » ; « Les enfants n'osent pas parce qu'ils ont peur de la réaction des parents » ; « C'est vrai, parce qu'il y a

aussi la catégorie des parents qui parlent grossièrement aux enfants. Avec un langage vraiment... Bizarre. Donc forcément, c'est... l'enfant est désorienté. » ; « Parce qu'à la maison, les gens n'en parlent pas ». Un parent ne peut pas venir te dire, par exemple, tu vois, ma fille, tu es en âge d'avoir des rapports sexuels voici quelles précautions prendre, ils utilisent toujours un langage qui culpabilise les enfants » ; « Mais oui, pour le parent, leur enfant est encore enfant, on ne doit pas lui parler de ça (sexualité) » ; « Non... Nous ne parlons pas de sexualité ce n'est pas d'habitude, c'est vraiment le tabou-tabou, les parents pensent peut-être que nous sommes toujours des bébés alors que... » ; « mes parents, mon père et ma mère, à partir de 13 ans, maman m'emménageait toujours dans ma chambre pour me donner des petits conseils ».

2- L'avortement face aux incertitudes législatives : entre interdits et exceptions

Ce deuxième point rassemble les représentations des adolescentes concernant la législation sur l'avortement au Gabon. Les extraits des discours montrent une diversité des perceptions. Certaines considèrent l'avortement comme totalement interdit. D'autres évoquent des exceptions possibles. L'information sur la loi semble floue pour la majorité d'entre elles.

L'avortement est Interdit (19 voix) ; « Je pense que c'est autorisé et interdit aussi. Dans les cas de maladie, je pense que c'est autorisé. Mais dans les autres je pense que c'est illégal » ; « Il est interdit, à part si le fœtus a un souci » ; « L'avortement est interdit ; c'est l'information que tout le monde a » ;

« C'est interdit. Ok, interdit totalement » ; « Non, ça on ne sait jamais si l'enfant est mal formé il va être autorisé d'avorter ».

3 - Médecins et avortement : confiance, peur et hésitations des adolescentes

Le troisième point présente les attitudes des adolescentes face aux professionnels de santé dans le cadre d'une demande d'avortement. Les discours révèlent des hésitations à consulter un médecin pour des raisons diverses. Certaines adolescentes expriment une préférence pour l'avortement clandestin et d'autres envisagent d'aller vers les spécialistes en cas d'avortement.

« Non, parce que je ne crois pas... parce que je pense qu'ils n'ont pas l'information » ; « Pour moi, déjà, l'information selon laquelle c'est autorisé, je ne pense pas que c'est vrai » ; « Et donc certaines femmes, étant enceintes, qui voudraient pouvoir le faire, n'ayant pas l'information, ne pourraient pas le faire, parce que ce sera un peu compliqué, et le médecin, lui, il va cacher l'information, parce que quand l'information est donnée, les femmes iront demander » ; « Parce qu'on ne sait pas quoi faire, à qui s'adresser, en cas de grossesse non désirée... » ; « le réflexe c'est lequel ? c'est de le faire clandestinement » ; « Est-ce que spontanément, comme ça, je suis enceinte, je veux avorter, est-ce que je vais aller chez le gynécologue ? Non. Parce que pour moi ce n'est pas autorisé » ; « Moi je pense que même si tu n'es pas informée, la première chose, c'est

d'aller chez un spécialiste du domaine » ; « Mon premier réflexe serait d'aller chez un médecin général, soit un gynécologue. Parce que je me dis que si je vais chez un clandestin, c'est mettre ma vie en danger ». « Il faudrait aussi sensibiliser les médecins sur l'accueil des patientes qui sollicitent un avortement ».

4 - Pression sociale et contrôle du corps

Ce quatrième point regroupe les propos qui influencent les décisions des adolescentes sur l'avortement. Leurs discours évoquent la peur du jugement, le poids des normes culturelles, l'absence d'informations sur les procédures légales. Les adolescentes expriment aussi des doutes sur l'interprétation de la « détresse » prévue par la loi et sur la capacité des médecins à reconnaître cette situation

« Ah, parce que je ne veux pas qu'on me juge » ; « les gens ne savent pas ce qu'ils doivent faire. » ; « D'abord c'est quoi un état de détresse ? » ; « Parce que les gens ne sont pas informés » ; « C'est que, si moi, je pense que l'avortement est un défi, aller dire au médecin, bonjour, je suis enceinte, je vous en prie, aidez-moi ... il y a la probabilité que je sois dénoncée par le médecin » ; « Parce que là, dans ma tête, je rentre en infraction » ; « C'est-à-dire que pour moi, par exemple, je ne pense pas que je suis dans la légalité » ; « Non, moi, je ne peux pas le dire directement. Je vais d'abord me renseigner pour avoir la bonne information » ; « si on va à l'hôpital, l'hôpital aura des informations sur mon identité et savoir ce qui s'est

passé » ; « Oui, mais la loi... Il ne va pas m'aider, non » ; « Non, mais je comprends. Quand ils ont fait passer l'information, on aimerait savoir. D'accord. Parce que nous qui ne savons pas, nous avons toujours cette peur d'aller vers le médecin » ; « Est-ce que tous les médecins peuvent le faire ? » ; « c'est légal, et nous avons le droit. Ok en cas de détresse. En cas de détresse, c'est quoi la détresse ? » ; « Parce que c'est ça aussi. Vous pouvez aller dire aux médecins que non, la loi dit qu'en cas de détresse, et là, c'est normalement en cas de détresse. Est-ce que le médecin va vous croire ? » ; « c'est compliqué ça ! Est-ce que tous les médecins savent qu'en cas de détresse on peut solliciter un avortement, il n'y a pas de détresse ? Ce n'est pas quelque chose qui a été... Ce n'est pas passé à la télé » ; « moi, je pense que même si aujourd'hui, on dit que l'avortement est légalisé au Gabon, je ne pense pas que les choses vont changer. » ; « Pour la facilité, l'avortement clandestin c'est mieux » ; « Pour moins dépenser, et se débarrasser rapidement même si à l'hôpital, ce sera sécurisé » ; « Parce qu'à l'hôpital, quand vous y allez pour cet acte, on va forcément demander que vous soyez accompagnés » ; « Il y a les mineurs... des filles qui seront très... elles vont pas se faire accompagner des parents. A la maison, on sait qu'elle est encore vierge » ; « C'est le poids de la culture. ... C'est le poids de la culture » ; « c'est gratuit ou pas, je pense qu'il faut beaucoup d'argent pour ça », « ça doit coûter une fortune ». « Entre nous, nous savons bien que le Cytotec fonctionne bien pour l'avortement ».

L'analyse des discours des adolescentes s'inscrit dans une approche concepts de tabou sexuel, des stigmatisations sociales et des mécanismes psychiques de défense. Celle-ci a permis de mettre en évidence comment les normes sociales, les silences familiaux et les incertitudes juridiques façonnent les représentations de l'IVG et orientent les trajectoires décisionnelles des adolescentes.

Analyse des principaux thèmes et tendances observées

L'analyse des discours des adolescentes gabonaises met en évidence un ensemble des facteurs : peurs, tabous, incertitudes juridiques et pression sociale qui influencent leur rapport à l'avortement :

1- Silence familial et malaise autour de la sexualité

« *Même quand vous discutez avec votre mère dans la chambre, elle hausse la voix* », confie une adolescente, soulignant la tension émotionnelle qui entoure toute tentative de dialogue sur la sexualité. Ce malaise est renforcé par un sentiment de honte, comme le montre cette autre déclaration : « *Vous-même, vous avez honte déjà de parler de ça* ». Ces propos traduisent un tabou profondément ancré, confirmé par l'insistance de plusieurs participantes : « *C'est tabou, oui c'est tabou, c'est vraiment tabou, chez nous c'est tabou* ». Dans ce contexte, la sexualité devient un sujet invisible dans les échanges familiaux, souvent relégué au silence ou abordé avec gêne. « *Parce qu'à la maison, les gens n'en parlent pas* », affirme une autre, illustrant une absence de transmission intergénérationnelle sur les enjeux liés à la vie affective et sexuelle. Pour certains parents, la sexualité reste associée à une

forme de culpabilité : « *Ils utilisent toujours un langage qui culpabilise les enfants* ». Ce type de discours, parfois maladroit ou brutal, comme le souligne une adolescente « *les parents parlent grossièrement... l'enfant est désorienté* » contribue à désorganiser les repères des jeunes et à renforcer leur isolement. Pourtant, quelques voix minoritaires nuancent ce tableau, comme celle qui affirme : « *Chez moi, c'est bon. On peut parler de sexualité avec les parents* », ou encore : « *À partir de 13 ans, maman m'emménageait toujours dans ma chambre pour me donner des petits conseils* ». Ces témoignages montrent que des espaces de dialogue existent, mais restent exceptionnels, dépendant de la sensibilité individuelle des parents. En somme, la sexualité dans l'espace familial gabonais est marquée par les non-dits, la peur du jugement et une conception infantilisante de l'adolescente, ce qui freine l'accès à une éducation sexuelle bienveillante et structurée.

2- L'ambiguïté du cadre légal et ses effets sur les perceptions adolescentes

« *L'avortement est interdit* », affirment 19 participantes, traduisant une représentation dominante de l'illégalité de l'IVG au Gabon. Cette affirmation, largement partagée, révèle une absence de diffusion formelle des réformes législatives, notamment celles qui introduisent des exceptions médicales. « *Je pense que c'est autorisé et interdit aussi. Dans les cas de maladie, je pense que c'est autorisé. Mais dans les autres je pense que c'est illégal* », explique une adolescente, illustrant une compréhension fragmentée du droit. Ce flou juridique alimente une incertitude profonde, comme le montre cette autre déclaration : « *Non, ça on ne sait jamais si l'enfant est mal formé il va être autorisé d'avorter* ». Ces propos traduisent

l'écart inquiétant entre le droit formel et sa réception sociale, où les exceptions médicales (malformation du fœtus, danger pour la mère) sont méconnues, voire inconnues parfois perçues comme des rumeurs plutôt que comme des garanties légales. « *Il est interdit, à part si le fœtus a un souci* ». Ces propos traduisent l'intériorisation des normes sociales et la stigmatisation anticipée, en lien avec le cadre théorique sur la construction des représentations de l'IVG. En somme, l'ambiguïté légale et la faible communication institutionnelle contribuent à renforcer le recours à l'avortement clandestin, malgré les risques, illustrant l'écart entre le droit formel et la perception sociale.

3 - Médecins et avortement – entre confiance fragile et peur persistante

Les discours révèlent une méfiance envers les professionnels de santé, souvent perçus comme mal informés ou peu disposés à accompagner les demandes d'IVG. Cette méfiance s'enracine dans un contexte de silence institutionnel, où les récentes évolutions législatives restent peu diffusées, et où les médecins eux-mêmes peuvent manquer de clarté ou d'assurance sur les nouvelles dispositions. « *Non, parce que je ne crois pas... parce que je pense qu'ils n'ont pas l'information* », affirme une adolescente. Ce doute est renforcé par une perception erronée du cadre légal, comme en témoigne cette autre déclaration : « *Pour moi, déjà, l'information selon laquelle s'est autorisé, je ne pense pas que c'est vrai* ». Ces propos révèlent une double fracture : d'une part, un manque d'information claire et accessible sur les droits en matière d'IVG ; d'autre part, une relation asymétrique avec les médecins. Certaines adolescentes vont plus loin, suggérant que les médecins pourraient

volontairement dissimuler l'information : « *Le médecin, lui, il va cacher l'information, parce que quand l'information est donnée, les femmes iront demander* ». Ces attitudes traduisent la dissociation entre savoir légal et vécu et montrent l'impact psychique des normes sociales et institutionnelles. Cette idée, bien que surprenante, reflète une perception d'asymétrie dans la relation de soin, où le savoir médical devient un levier de contrôle plutôt qu'un outil d'émancipation. Elle traduit aussi une crainte du jugement moral, dans un contexte où l'avortement reste socialement stigmatisé. Face à cette incertitude, le réflexe devient l'évitement : « *Est-ce que spontanément, comme ça, je suis enceinte, je veux avorter, est-ce que je vais aller chez le gynécologue ? Non. Parce que pour moi ce n'est pas autorisé* ». Pourtant, certaines voix nuancent cette défiance, en évoquant la nécessité de consulter un professionnel : « *Mon premier réflexe serait d'aller chez un médecin général, soit un gynécologue. Parce que je me dis que si je vais chez un clandestin, c'est mettre ma vie en danger* ». Ce contraste souligne l'ambivalence des adolescentes, prises entre peur de l'illégalité, crainte du jugement, et recherche de sécurité médicale. Enfin, une participante propose une piste concrète : « *Il faudrait aussi sensibiliser les médecins sur l'accueil des patientes qui sollicitent un avortement* ». Ces propos mettent en évidence l'ambivalence entre peur de l'illégalité et recherche de sécurité, soulignant la tension psychique liée au refoulement et à la stigmatisation. Bien que les adolescentes expriment une méfiance envers les médecins, souvent perçus comme réticents ou mal informés, cette représentation ne reflète pas toujours la réalité des pratiques médicales, où certains professionnels se montrent ouverts, bienveillants et soucieux d'accompagner les patientes dans le respect du cadre légal.

4 - « Je ne peux pas le dire » : détresse et clandestinité

« *Parce que là, dans ma tête, je rentre en infraction* », confie une adolescente illustrant la confusion persistante autour du cadre légal de l'IVG. Ce témoignage met en lumière une méconnaissance persistante des dispositions légales. Bien que la loi gabonaise ait été assouplie, notamment en introduisant la notion de « détresse » comme motif légal, cette disposition reste floue et mal comprise. Mais au-delà du flou légal, c'est surtout le jugement social qui façonne les perceptions et les comportements. Ce jugement se manifeste par des regards désapprobateurs, des rumeurs, des exclusions ou des reproches implicites dans le cercle familial, scolaire ou communautaire. Il repose sur un système normatif profondément enraciné, où la sexualité féminine est strictement encadrée. Par exemple, une adolescente affirme : « *À la maison, on sait qu'elle est encore vierge* », révélant que la virginité est perçue comme un marqueur de respectabilité et d'honneur familial.

Ces normes culturelles valorisent la chasteté, la discrétion sexuelle et la conformité aux rôles genrés traditionnels. Elles sont instaurées et perpétuées par des figures d'autorité qui sont : les parents, les enseignants, les leaders religieux et les aînés qui transmettent des injonctions morales implicites. Ce système fonctionne par surveillance sociale, où le corps féminin devient un espace de contrôle collectif. Toute transgression, réelle ou supposée peut occasionner des sentiments de honte, d'isolement ou de rejet.

Ainsi, même lorsque la loi autorise l'IVG sous certaines conditions, les adolescentes intérieurisent une peur de l'illégalité et du rejet, qui les pousse à taire leur situation ou à recourir à des pratiques clandestines. Ce décalage entre la normalité

juridique et la normativité sociale constitue un frein majeur à l'accès aux soins et à l'exercice des droits reproductifs.

5- Savoirs informels et perceptions du risque

« *Entre nous, nous savons bien que le Cytotec fonctionne bien pour l'avortement* » indique un réseau de savoirs parallèle entre adolescentes qui pallie l'absence de sources officielle ou rassurante. Le Cytotec est reconnu comme efficace, mais son usage hors prescription soulève des questions éthiques, sanitaires et légales. L'allusion ici suggère qu'il est perçu comme moyen plus accessible financièrement. Cette phrase traduit une banalisation de pratiques à risque qui s'installent là où les solutions institutionnelles apparaissent comme trop couteuses, complexes ou stigmatisantes.

L'interrogation sur la gratuité ou pas de l'acte « *c'est gratuit ou pas* » semble traduire une incertitude persistante quant aux modalités d'accès aux services d'avortements. On peut percevoir, à travers cette supposition qui n'est pas nécessairement sans fondement un manque de transparence institutionnelle ou de communication sur les dispositifs existants. L'expression « *ça doit coûter une fortune* » illustre une représentation anxiogène des frais d'hospitalisation.

Discussion

La discussion des résultats vise à montrer que les réticences des adolescentes face à l'IVG ne relèvent pas uniquement d'un déficit d'information, mais s'inscrivent dans un processus complexe d'intériorisation des normes sociales, de stigmatisation et de conflits psychiques liés à la construction du sujet sexuel dans un contexte normatif contraignant.

1. Le silence comme refoulement

Le silence autour de la sexualité peut être interprété comme un refoulement. Freud (1905) définit le refoulement comme une tentative inconsciente de repousser des pensées jugées inacceptables hors du champ de la conscience. Dans le contexte familial, ce mécanisme se manifeste lorsque les parents évitent le sujet de la sexualité, non par ignorance, mais pour ne pas confronter leurs propres angoisses liées à la sexualité de leurs enfants. Une tentative inconsciente de repousser des pensées jugées inacceptables. Bohm (2009) souligne que même dans les espaces thérapeutiques, les tabous sexuels persistent, traduisant un inconfort profond et socialement partagé. Cela montre que le tabou sexuel n'est pas seulement individuel, mais structurel, inscrit dans les normes sociales et culturelles qui régissent les rapports au corps, au désir et à la parole. Ce silence, lorsqu'il est intériorisé par les adolescentes, peut générer culpabilité, confusion identitaire et comportements à risque, notamment en cas de grossesse non désirée.

2. La sexualité comme construction familiale et culturelle

La sexualité des adolescentes se construit dans un cadre social et familial structuré par des normes implicites. Dès l'enfance, les interactions avec les figures parentales jouent un rôle central dans la transmission des attitudes et des croyances liées à la sexualité. Ce processus, appelé socialisation sexuelle, repose sur des mécanismes souvent silencieux, où les comportements, les réactions et les non-dits façonnent les représentations des jeunes.

Selon Shtarkshall, Santelli & Hirsch, (2007, p. 117), « les scripts sexuels sont transmis par les comportements parentaux, même en l'absence de dialogue explicite ». Cette transmission indirecte crée un cadre normatif dans lequel les adolescentes apprennent ce qui est considéré comme acceptable ou honteux, sans que cela soit nécessairement formulé.

Comme le soulignent Kuvalanka et al. (2012), les attitudes parentales façonnent les scripts sexuels dès l'enfance, souvent sans verbalisation explicite. Cette transmission implicite de normes influence profondément la manière dont les adolescentes perçoivent leur corps, leur sexualité et les frontières entre le « permis » et l'« interdit ». Face à une grossesse non désirée, ces normes intériorisées peuvent intensifier la culpabilité et renforcer le silence entourant l'IVG. Ce mode de transmission rend les adolescentes particulièrement vulnérables face à des choix intimes complexes, comme celui de l'avortement, en raison d'un manque de repères explicites pour penser leur corps, leur désir et leur autonomie. Dans le contexte gabonais, cette dynamique est amplifiée par des normes culturelles valorisant la virginité, la retenue et la conformité aux rôles genrés traditionnels. Ainsi, la sexualité féminine se construit dans un univers normatif silencieux, où le non-dit devient structurant. Ce silence favorise l'intériorisation de la honte et rend difficile pour les adolescentes la verbalisation de leurs expériences corporelles, affectives et reproductives.

3. Le tabou comme source de malaise et de désorganisation psychique

Le tabou autour de la sexualité féminine constitue un facteur majeur de désorganisation psychique chez les adolescentes. Ce

tabou s'observe par le silence familial, l'absence d'éducation sexuelle explicite, l'usage d'un langage culpabilisant lorsque l'adolescente aborde des questions liées à la sexualité. Ce silence empêche la construction d'un cadre symbolique permettant à l'adolescente de nommer, comprendre et intégrer ses expériences corporelles et affectives.

Pour Cetina, « les tabous sexuels peuvent entraîner une détresse émotionnelle, de l'anxiété et de la dépression, en particulier lorsque les individus se sentent isolés ou incapables de s'exprimer » (Cetina, 2024, p. 2). Cette dynamique est particulièrement visible dans les situations de grossesse non désirée, où l'adolescente se retrouve seule, sans repères ni soutien, face à une décision lourde de conséquences. Ainsi, le tabou ne se limite pas à une absence de mots : il constitue un dispositif social structurant, qui façonne les trajectoires psychiques et les choix reproductifs des adolescentes. Il contribue à renforcer la clandestinité, à fragiliser la santé mentale, et à entraver l'accès à des soins sécurisés et légitimes.

4. La sexualité comme espace de conflit générationnel

Comme le soulignent Camellia, Rommes et Jansen (2020), les adolescents sont souvent perçus comme immatures, ce qui limite leur accès à des dialogues protecteurs et émancipateurs. Ce décalage empêche l'instauration d'un espace de parole sécurisant, où les adolescentes pourraient exprimer leurs questionnements, leurs peurs et leurs désirs sans crainte de jugement ou de répression. Dans cette dynamique, le tabou sexuel agit comme un verrou symbolique : il ne se limite pas à une absence de mots, mais produit des effets concrets sur la santé mentale et les trajectoires affectives. Cetina (2024, Op. Cit.) souligne que les tabous sexuels peuvent entraîner une

détresse émotionnelle, de l'anxiété et de la dépression, en particulier lorsque les individus se sentent isolés ou incapables de s'exprimer. Ce silence imposé renforce l'isolement des adolescentes et fragilise leur capacité à faire des choix éclairés en matière de sexualité et de reproduction.

5. Entre savoir partagé et normalisation des pratiques hors cadre

Les témoignages recueillis révèlent une dissonance marquée entre les représentations parentales et les réalités adolescentes. Les parents tendent à percevoir leurs enfants comme « encore bébés », ce qui empêche une reconnaissance de leur développement psychosexuel et de leur autonomie affective. Cette perception repose sur une vision infantilisante de l'adolescence, où la sexualité est niée ou considérée comme prématurée.

La référence au Cytotec comme solution abortive entre pairs témoigne d'une dynamique de coordination informelle, fondée sur la diffusion de savoirs tacites. Ce phénomène repose sur des échanges entre adolescentes, où l'expérience de l'une devient une ressource pour l'autre. Selon Ajzen, « les normes subjectives influencent les intentions comportementales, en fonction de ce que les individus croient que les autres attendent d'eux » (Ajzen, 1991, p. 188). Dans ce contexte, le consensus entre pairs renforce la légitimité de l'automédication, même en dehors du cadre légal.

Thomas et DeScioli décrivent cette logique comme une coordination cognitive, où « la connaissance commune facilite des décisions collectives, même risquées » (Thomas & DeScioli, 2014, p. 74). L'expression « ça doit coûter une fortune », entendue dans les entretiens, illustre une anticipation

anxiogène des coûts hospitaliers, nourrissant une représentation négative des institutions médicales et un évitement des soins. Cette perception est amplifiée par l'absence de communication transparente sur les dispositifs disponibles.

Thomas et DeScioli décrivent cette logique comme une coordination cognitive, dans laquelle « les individus peuvent être plus enclins à s'engager dans une coordination risquée lorsqu'ils ont une connaissance commune des intentions des autres » (Thomas et al., 2014, p. 658). L'expression « ça doit coûter une fortune », entendue dans les entretiens, illustre une anticipation anxiogène des coûts hospitaliers, nourrissant une représentation négative des institutions médicales et un évitement des soins. Cette perception est amplifiée par l'absence de communication transparente sur les dispositifs disponibles.

6. Le rôle du langage dans la construction du sujet sexuel

Le langage joue un rôle fondamental dans la construction du sujet sexuel, car il permet à l'individu de nommer, penser et symboliser ses expériences corporelles, affectives et désirantes. En psychanalyse, le langage est considéré comme structurant du psychisme : il ne s'agit pas seulement d'un outil de communication, mais d'un vecteur de subjectivation. Selon Freud (1905 op. cit.), sans mots, il n'y a ni pensée, ni symbolisation soulignant que le désir ne peut exister pleinement que s'il est inscrit dans un cadre symbolique.

L'absence de mots pour parler de sexualité empêche l'adolescente de mettre en récit son vécu intime, de formuler ses émotions, ses limites, ses besoins. Ce silence entrave la possibilité de construire une identité sexuelle autonome, car il

prive la jeune fille d'un espace de reconnaissance et de légitimation de son expérience.

Le langage ne se limite pas à une fonction descriptive : il est constitutif du sujet sexuel, car il permet de transformer l'expérience corporelle en expérience psychique, de passer du vécu au sens, et de s'inscrire dans une histoire personnelle et sociale. L'absence de langage autour de la sexualité constitue donc une entrave majeure à la subjectivation, à l'autonomie et à la protection des adolescentes.

Conclusion

L'analyse des discours des adolescentes révèle une réalité complexe et profondément ambivalente : entre un cadre légal en voie d'assouplissement et une culture du silence persistante, l'accès à l'IVG au Gabon demeure semé d'obstacles. Les adolescentes naviguent dans un espace marqué par la peur du jugement, la méconnaissance des droits, la défiance envers les professionnels de santé et le poids des normes familiales. Le tabou autour de la sexualité, renforcé par des pratiques éducatives culpabilisantes ou absentes, contribue à maintenir l'avortement dans la clandestinité, même lorsque la loi l'autorise sous certaines conditions.

Les non-dits familiaux autour de la sexualité chez les adolescentes peuvent être lu comme un symptôme culturel, révélateur d'un conflit entre tradition, contrôle parental et émergence du sujet sexuel.

Le silence familial, les tabous culturels et la perception anxiogène des institutions nourrissent un environnement où les pratiques à risque deviennent non seulement compréhensibles, mais parfois nécessaires aux yeux des jeunes. Ces silences agissent comme un verrou psycho-affectif et

éducatif, générant des pratiques d'évitement, d'automédication clandestine et de recours à des savoirs informels comme l'utilisation du Cytotec. Ce phénomène ne relève pas d'un simple déficit d'information. Il témoigne d'une subjectivation entravée, dans laquelle l'adolescente ne parvient pas à se penser comme sujet légitime de son propre corps, de ses choix et de ses désirs. Le silence familial, l'absence de formation empathique des soignants et l'invisibilité des dispositifs d'accompagnement contribuent à maintenir l'IVG dans une zone grise, à la marge du droit et de la reconnaissance.

La diffusion de savoirs informels ici, témoigne d'une logique de survie, de coordination sociale et d'autonomisation partielle mais aussi d'un profond déficit de légitimation, de sécurité et de reconnaissance.

L'absence de langage adéquat pour penser et dire la sexualité entrave la construction psychique du sujet, tandis que le coût supposé ou réel des dispositifs de santé renforce le sentiment d'exclusion. Ainsi, la banalisation du contournement institutionnel s'installe là où ni l'école, ni la famille, ni le système de santé ne parviennent à créer les conditions d'un accompagnement juste, accessible et empathique. Ce silence n'est pas seulement social ou familial : il est aussi institutionnel. L'absence de communication claire sur les droits reproductifs, le manque de formation des soignants à l'accueil bienveillant des mineures, et l'invisibilité des dispositifs d'accompagnement renforcent les stratégies d'évitement et de dissimulation.

Dans ce contexte, l'effectivité du droit repose sur bien plus que son énoncé législatif. Elle exige la création d'espaces de parole protégés, une éducation sexuelle sans tabou, et une hospitalité institutionnelle respectueuse des vulnérabilités adolescentes.

Familial cherche contribue aux travaux sur les droits reproductifs en contexte gabonais en particulier, et au-delà, en mettant en évidence le rôle structurant du silence institutionnel et familial dans la construction psychique et sociale des réticences des adolescentes face à l'IVG. Elle montre que l'effectivité du droit ne peut être dissociée des cadres symboliques, culturels et psychiques dans lesquels évoluent les adolescentes, et invite à penser l'accès à l'IVG comme un processus à la fois juridique, social et subjectif.

References bibliographiques

- AJZEN Icek, 1991. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), pp. 179–211.
- WILLOCK Brent, CURTIS Rebecca Claire, & BOHM,Lori Catherine (Eds.). (2009). *Taboo or not taboo? Forbidden thoughts, forbidden acts in psychoanalysis and psychotherapy*. Karnac Books. <https://www.karnacbooks.com/product/taboo-or-not-taboo/27697/>.
- BONNET Doris & DUCHESNE Véronique, 2016. Procréation médicale et mondialisation. Expériences africaines. In : GÉLARD Marie-Laure (Ed.), *Journal des africanistes*, 88(1), pp. 190–193.
- BRAUN Virginia & CLARKE Victoria, 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), pp. 77–101.
- CAMELLIA Suborna., ROMMES Els & JANSEN Willy, 2020. Beyond the talking imperative: The value of silence on sexuality in youth–parent relations in Bangladesh. *Global Public Health*, 16(5), pp. 775–787.
<https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1751862>

- CETINA Ana, 2024. The psychological and physical effects of sex taboos. *Journal of Student Research*, 13(1). <https://doi.org/10.47611/jsrhs.v13i1.6355>
- CHAMPION DELEFORTRIE Marie, 2019. Prise en charge psychologique de l'interruption volontaire de grossesse : qu'en pensent les patientes? [Master's thesis, Université de Lille]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02283431>
- DIVAY Sophie, 2004. L'avortement : une déviance légale. *Déviance et société*, 28(2), pp. 195–209.
- DENZIN Norman K. & LINCOLN Yvonna S., 2011. *The SAGE handbook of qualitative research* (4th ed.). Sage Publications, Londres.
- EKANG MVÉ Arielle, 2014. Les couples gabonais et l'assistance médicale à la procréation à Libreville : sorcellerie et filiation [Doctoral dissertation, EHESS]. <https://www.theses.fr/2014EHES0637>
- FATCHINA Eliane, 2025, February 14. Culture africaine et légalisation de l'avortement : la vie a-t-elle toujours un caractère sacré ? *Afro Impact*. <https://www.afro-impact.com/culture-africaine-et-legalisation-de-lavortement-la-vie-a-t-elle-toujours-un-caractere-sacre/>
- FERRAND Michel & JASPAR Maryse., 1987. L'interruption volontaire de grossesse. La Découverte, Paris.
- GOFFMAN Erving, 1963. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon & Schuster, New York.
- INSTITUT EUROPÉEN DE BIOÉTHIQUE, 2011. Conséquences psychologiques de l'avortement. <https://www.ieb-eib.org/fr/dossier/debut-de-vie/avortement/consequences-psychologiques-de-l-avortement-248.html>
- KUVALANKA Katherine A., WEINER Judith L. & RUSSELL Stephen T., 2013. Sexuality in families: The (re-)creation of sexual culture. In : PETERSON Glen W. & BUSH Kevin R. (Eds.),

- Handbook of marriage and the family* (3rd ed., pp. 423–447). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3987-5_19
- LOUGHMILLER-CARDINAL Jacqueline A. & CARDINAL James Scott., 2023. The behavior of information: A reconsideration of social norms. *Societies*, 13(5), 111. <https://doi.org/10.3390/soc13050111>
- MATHIEU Marie, 2016. Derrière l'avortement, les cadres sociaux de l'autonomie des femmes. Refus de maternité, sexualités et vies des femmes sous contrôle. Une comparaison France-Québec [Doctoral dissertation, Université Paris 8 – UQAM].
- NDEMBI NDEMBI Aimée P., 2011. Contraception et désir d'enfant : Approches culturelles et psychologiques de la sexualité des femmes gabonaises. Éditions Universitaires Européennes, Sarrebruck.
- OBJURIS, 2023. Réforme sur la dé penalisation de l'avortement au Gabon : ce qu'il faut retenir. <https://www.objuris.com/post/r%C3%A9forme-sur-la-d%C3%A9normalisation-de-l'avortement-au-gabon-ce-qu-il-faut-retenir>
- POULIQUEN Laetitia, 2011. Études scientifiques : syndrome post-avortement. Institut Européen de Bioéthique. <https://www.ieb-eib.org/fr/etude/debut-de-vie/avortement/etudes-scientifiques-syndrome-post-avortement-249.html>
- SHTARKSHALL Ronny A., SANTELLI John S. & HIRSCH Jennifer S., 2007. Sex education and sexual socialization: Roles for educators and parents. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 39(2), pp. 116–119. <https://doi.org/10.1363/3911607>
- THOMAS Kevin., DESCIOLI Peter, HAQUE Omar. & PINKER Steven, 2014. The psychology of coordination and common

knowledge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 107(4), pp. 657–676. <https://doi.org/10.1037/a0037037>

ARTICLE 245 NOUVEAU DU CODE PÉNAL GABONAIS,
<https://www.legigabon.com/single-post/2019/10/04/que-dit-la-loi-sur-lavortement>