

CONCLUSIONS DE L'ANALYSE SITUATIONNELLE :

BESOINS ET OPPORTUNITÉS POUR UNE PRISE EN
CHARGE DES SOINS COMPLETS D'AVORTEMENT
EN AFRIQUE DE L'OUEST FRANCOPHONE



© 2014 Jonathan Torgovnik/Reportage par Getty Images

Katherine L. Turner, Leigh Senderowicz et Heather M. Marlow



Remerciements

Cette analyse situationnelle, menée à l'échelle régionale et nationale, sur la prise en charge des soins complets d'avortement en Afrique de l'Ouest francophone a été conçue par Katherine L. Turner, Heather M. Marlow et Leigh Senderowicz qui en ont également rédigé le rapport ; sur le terrain, elle a été conduite par Leigh Senderowicz, Ramatou Ouedraogo et Hailemichael Gebreselassie avec la contribution de Francine Coeytaux.

Nous souhaitons signaler la contribution inestimable que nous ont apporté nos collègues des Divisions de la Santé de la famille, de la femme et de l'enfant des ministères de la Santé et des autres agences sanitaires du Bénin, du Burkina Faso, du Togo et des autres pays qui figurent dans cette analyse, et celle de nos collègues de EngenderHealth, du Guttmacher Institute, d'IntraHealth International, de l'IPPF-Région Afrique et de ses affiliés nationaux, de MSI, de PSI et bien d'autres organisations encore.

Nous tenons également à remercier Jamie McLendon, Laura Schoedler, Lisette Silva, Margie Snider, Emma Sternlof et Isabelle Stockton pour leur aide concernant la mise en page, les citations, la révision éditoriale et la traduction.

Nous aimerions également exprimer notre profonde gratitude à la Fondation William et Flora Hewlett pour leur appui.

Les photos contenues dans ce document ne sont utilisées qu'à titre d'illustration ; le fait d'apparaître sur ces photos n'implique aucune prise de position, de comportement ou d'agissement particuliers de la part des personnes qui s'y trouvent représentées.

Sommaire

Abréviations/Acronymes	3
Résumé	6
Introduction.....	12
Bénin.....	22
Burkina Faso.....	33
Sénégal.....	37
Togo.....	40
Recommandations.....	54
Appendice A	56
Bibliographie	58
Notes	65

Abréviations / Acronymes

ABBEF	Association burkinabé de bien-être familial (Affilié local de l'IPPF)
ABPF	Association béninoise pour la promotion de la famille (Affilié local de l'IPPF)
ABSF	Association béninoise de sages-Femmes
AFD	Agence française de développement
AM	Avortement médicamenteux, avortement par méthodes médicamenteuses
AMC	Antenne médicale et chirurgicale
AMIU	Aspiration manuelle intra-utérine
ARECA	Alliance pour la recherche et le renforcement des capacités
ATBEF	Association togolaise pour le bien-être familial (Affilié de l'IPPF au Togo)
AWARE – II	Action for West African Region-II
CAMEG	Centrale d'achat des médicaments essentiels et génériques et des consommables médicaux (Bénin)
CARE	Cooperative for Assistance and Relief Everywhere (Association de solidarité internationale fondée aux États-Unis)
CARMMA	Campagne pour une réduction accélérée de la mortalité maternelle en Afrique
CEDAW ou CEDEF	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CFA	Communauté financière africaine (devise utilisée par la Communauté financière africaine)
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
CVTA	Clarification des valeurs et transformation des attitudes
DASPAJ	Direction de la santé des adolescents, des jeunes et des personnes âgées
DELIVER	Projet financé par USAID visant à étendre la disponibilité de médicaments et de fournitures essentiels aux patients et aux clients partout dans le monde

DGPS	Direction générale de la protection sanitaire
DSC	Direction de la santé communautaire
DSME	Direction de la santé de la mère et de l'enfant
EDS	Enquêtes démographiques et sanitaires
ENSP	Ecole nationale de santé publique
Evidence2Action	Emblème mondial d'USAID pour le renforcement de la planification familiale et de la mise à disposition de services de santé reproductive
FCI	Family Care International
FeDDAF	Femmes, droit et développement en Afrique
GIZ	Société allemande de la coopération internationale
ICEC	Consortium international pour la contraception d'urgence
IFS	Indice de fécondité synthétique
IPPF- RA	Fédération internationale pour la planification familiale – Région Afrique
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse
IWHC	Coalition internationale pour la santé des femmes
Jhpiego	Organisation internationale médicale à but non lucratif affiliée à l'Université Johns Hopkins
KfW	Banque de développement du gouvernement allemand
MICS	Enquêtes par grappes à indicateurs multiples
MS	Ministère de la Santé
MSI	Marie Stopes International (organisation non gouvernementale)
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OASIS	Organiser l'avancement des solutions au Sahel (Initiative OASIS)
PCCA	Projet de prise en charge complète de l'avortement
PNDS	Plan national de développement sanitaire

PNIC	Politique nationale des interventions à base communautaire (Gouvernement du Togo)
PNP	Politiques, normes et protocoles
PNS	Politique nationale de santé
PNSR	Programme national de santé de la reproduction (Bénin)
PRB	Population Reference Bureau
PSI	Population Services International
ROSCI – SR-PF	Réseau des organisations de la société civile en santé de la reproduction et planification familiale
SAA	Soins après avortement
SCA	Soins complets d'avortement / Prise en charge complète de l'avortement
SCADD	Stratégie du plan de développement accéléré et durable
SGOBT	Société de gynécologie et d'obstétrique du Bénin et du Togo
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SR	Santé reproductive
TPC	Taux de prévalence de la contraception
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international (<i>United States Agency for International Development</i>)
VIES	Vision, Initiatives et Engagement pour la Santé (<i>Vision, Initiatives and Commitment for Health</i>)
VIH/Sida	Virus de l'immunodéficience humaine / Syndrome d'immunodéficience acquis

Résumé

Introduction

L'avortement non sécurisé représente un défi de santé mondiale qui entraîne chaque année le décès d'approximativement 47 000 femmes¹ et entraîne des séquelles graves chez cinq millions d'autres femmes. C'est la région de l'Afrique de l'Ouest qui est la plus fortement touchée par ce problème. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime à plus de 1,8 millions le nombre d'avortements non sécurisés pratiqués chaque année en Afrique de l'Ouest, avec un taux de décès de 540 pour 100 000 avortements, ce qui représente de loin le taux le plus élevé au monde. Les pays d'Afrique de l'Ouest francophone ont été tout particulièrement oubliés par les donateurs et les partenaires du développement qui ont eu tendance à se focaliser sur les pays anglophones. En Afrique de l'Ouest francophone, les efforts ont été avant tout concentrés sur les soins après avortement (SAA), une stratégie qui consiste à traiter les complications consécutives aux avortements incomplets et non médicalisés déjà en cours, alors que très peu d'efforts sont directement consacrés à la prise en charge de l'avortement induit et sécurisé.

Le modèle de prise en charge des soins complets d'avortement centrés sur la femme tel que conçu par Ipas consiste en une approche qui privilégie les droits, le choix, l'accès et la qualité des soins². Ce modèle se concentre individuellement sur les besoins médicaux et les circonstances physiques et émotionnelles de chaque femme et sur sa capacité à obtenir des soins. Cette prise en charge inclut, l'avortement induit et sécurisé (ou interruption volontaire de grossesse - IVG) ; le traitement de l'avortement incomplet, manqué ou non sécurisé (ou soins après avortement - SAA) ; un accompagnement et des soins bienveillants ; un accompagnement à la contraception et la mise à disposition de méthodes contraceptives ; des services de santé sexuelle et reproductive dispensés sur place ou, le cas échéant, le transfert ou l'orientation vers des centres ou des prestataires de soins partenaires accessibles au sein de la communauté. Elle comprend également une gamme de soins et services qui aident toutes les femmes, et notamment les femmes jeunes et célibataires, à exercer leurs droits à la santé sexuelle et reproductive.

Ipas travaille en collaboration avec des agences internationales et nationales en vue d'évaluer les besoins et les opportunités pour créer et renforcer des partenariats, prioriser des stratégies, concrétiser des engagements et mobiliser un soutien pour pouvoir dépasser les SAA et aboutir à une prise en charge des soins complets d'avortement en Afrique de l'Ouest francophone. Ipas a mené sur place une analyse situationnelle de mars à mai 2015 dans le but de mieux comprendre les besoins et les opportunités pour une prise en charge des soins complets d'avortement en Afrique de l'Ouest francophone,.

Comme première étape dans le cadre de cette analyse situationnelle, Ipas a examiné à la loupe l'environnement contextuel des pays suivants, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Niger, Sénégal et Togo. Par la suite, et après avoir constaté qu'il y avait dans certains pays des indications d'un mouvement positif et d'un climat progressivement plus propice à une prise en charge complète des soins d'avortement, le champ d'étude a été réduit au Bénin, au Burkina Faso, au Sénégal et au Togo. Des études documentaires détaillées ont été effectuées sur chacun de ces quatre pays, et des visites ont eu lieu au Bénin et au Togo. Deux chercheuses d'Ipas, en partenariat avec les Divisions de la Santé de la famille et d'autres agences des ministères de la Santé des pays respectifs, ont mené des entretiens de recueil d'informations avec des fonctionnaires du gouvernement, des prestataires de soins de santé, des juristes et des dirigeants de la société civile afin de mieux comprendre l'état de la politique,

des recherches et des services dans le domaine de l'avortement ainsi que les opportunités pour une extension de la prise en charge et de l'accès aux soins complets d'avortement. Des discussions de groupe ont été organisées en vue d'appréhender la perspective des femmes sur l'avortement, et des clients fictifs se sont rendus dans des pharmacies afin d'évaluer la disponibilité et l'accessibilité du misoprostol à des fins d'avortement.

Conclusions régionales

L'analyse situationnelle a démontré, malgré certains obstacles conséquents, l'existence de pistes encourageantes susceptibles de favoriser une prise en charge des soins complets d'avortement en Afrique de l'Ouest francophone. Tous les pays inclus dans cette analyse ont signé un certain nombre de traités importants relatifs à la promotion des droits de la femme, et notamment le Protocole de Maputo, qui incluent spécifiquement la mise à disposition en toute légalité de soins d'avortement sécurisé. Nombre de pays cités plus haut ont adopté des dispositions permettant la légalisation de l'avortement dans le but de protéger la vie et la santé de la femme ou en cas de viol. Dans la plupart des cas cependant, ces dispositions juridiques n'ont pas été transposées dans la réalité en soins concrets et accessibles aux femmes.

Des difficultés à l'échelle des systèmes de santé, comme l'absence de directives fixant la mise à disposition des soins ou la pénurie de prestataires qualifiés influent sur la capacité des pays d'assurer une prise en charge de qualité optimale des soins complets d'avortement. Les médecins et les spécialistes sont souvent groupés dans les zones urbaines et la grande majorité des femmes en milieu rural ne peuvent consulter que des prestataires de niveau intermédiaire et parfois même des prestataires sans aucune qualification officielle. Des frais médicaux élevés au niveau des patients constituent un obstacle qui empêche les femmes d'avoir accès à des soins d'avortement de qualité ainsi qu'au traitement approprié en cas de complications suite à un avortement. Le manque d'équipements et de médicaments est un problème additionnel et on constate fréquemment que les établissements de soins manquent de l'équipement nécessaire à l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) et de misoprostol.

Au cours des dix dernières années, après son enregistrement et son inclusion dans la liste des médicaments essentiels de plusieurs pays, le misoprostol devient de plus en plus facilement disponible. Toutefois des exigences en matière de prescription et un manque généralisé d'information sur son utilisation en restreignent l'accès. En Afrique de l'Ouest, ce sont pratiquement exclusivement les femmes jeunes et éduquées des milieux urbains qui connaissent et savent utiliser le misoprostol alors que beaucoup d'autres femmes ignorent son existence et ses indications. La mifépristone fait partie de programmes pilotes limités et aucun des pays inclus dans cette analyse ne l'a encore enregistrée dans sa liste des médicaments essentiels.

On constate un manque généralisé de recherche sur l'avortement dans la région, et les études qui existent se concentrent uniquement sur quelques pays spécifiques alors que le manque de données est tel pour d'autres pays qu'il est impossible de décrire la prévalence de l'avortement, son incidence, la manière dont il est pratiqué et son contexte. En ce qui concerne les quatre pays qui ont fait l'objet de notre étude documentaire, nous avons trouvé plusieurs études récentes de qualité évaluées par des pairs et indexées dans PubMed sur le Sénégal et le Burkina Faso, alors que nous n'en avons trouvé qu'une sur le Bénin et aucune sur le Togo.

Bénin

L'avortement au Bénin est légalisé sous certaines conditions, pour préserver la vie ou la santé de la femme, dans le cas d'une anomalie grave du fœtus, et si la grossesse résulte d'un viol ou d'un inceste. La loi de 2003 sur la santé de la reproduction qui décrit ces conditions ne limite pas la pratique de l'avortement à certaines catégories spécifiques de prestataires de soins. Toutefois, les textes d'application, la procédure juridique nécessaire pour permettre l'interprétation et l'application correctes de la loi, n'ont jamais été rédigés. Le ministère de la Santé a publié en 2011 un document officiel, *Avortement médicalisé au Bénin : Guides et standards*, dont les termes se réfèrent aux droits de la femme et qui fixe des orientations pour la prise en charge de l'avortement. Ce document spécifie que l'interruption de grossesse jusqu'à 12 semaines de gestation peut être pratiquée dans n'importe quel établissement de soins dans lequel se trouve un service de gynécologie disposant des capacités techniques suffisantes pour traiter les complications³. Ce document progressiste n'a cependant jamais été diffusé de manière exhaustive et il reste relativement méconnu au sein même du système de santé.

Très peu de recherches ont été menées sur l'avortement au Bénin, mais selon le ministère de la Santé l'avortement serait responsable de 15 % de la mortalité maternelle dans le pays⁴. Il n'y a pas eu d'études sur l'ampleur de l'avortement au Bénin depuis 1997. De nouvelles recherches doivent impérativement être effectuées sur l'incidence de l'avortement et sa prise en charge, ainsi que sur les attitudes et les facteurs sociaux qui prévalent dans ce domaine en vue d'éclairer toute intervention de plaidoyer et de programmation.

Le Bénin souffre d'une pénurie de prestataires qualifiés alors que seulement 23 % de la population a accès à des soins obstétricaux et néonataux d'urgence⁵. Les soins complets d'avortement sont qualifiés par le ministère de la Santé de « pratique optimale » dans le but de réduire la mortalité maternelle, mais il reste encore à les étendre à l'ensemble du pays.

Même si l'on trouve au Bénin des défenseurs ardents et passionnés de l'accès à l'avortement, des défis importants s'opposent encore à la prise en charge des soins complets d'avortement, notamment une volonté politique incertaine et l'opposition des organisations religieuses sans compter les difficultés que rencontrent les services de santé pour mettre à disposition des soins de qualité.

Burkina Faso

L'avortement est légalisé au Burkina Faso en vue de préserver la vie et la santé de la femme, en cas de malformation grave du fœtus et en cas de viol ou d'inceste. Le code pénal ainsi qu'une loi sur la santé de la reproduction adoptée en 2005 spécifient que deux médecins doivent attester de la nécessité thérapeutique d'un avortement, alors qu'un procureur public doit établir un lien de causalité dans le cas du viol.

Le ministère de la Santé affirme que plus d'un quart (25 %) de la mortalité maternelle au Burkina Faso est imputable à l'avortement non sécurisé, une proportion extrêmement élevée, particulièrement si on la compare au taux mondial de 13 %. Les données provenant d'une étude récente montrent que 105 000 avortements ont eu lieu au Burkina Faso en 2012, et qu'approximativement 50 % d'entre eux ont été suivis de complications⁶.

La stigmatisation des prestataires et la crainte d'encourir des poursuites sont les obstacles les plus importants qui empêchent les femmes d'obtenir des soins médicaux et font que 41 % de tous les

avortements soient pratiqués par des praticiens traditionnels, 23 % par les femmes elles-mêmes, 25 % par des sages-femmes et des auxiliaires de santé, et seulement 3 % par des médecins.

Un groupe très motivé plaide en faveur de l'avortement sécurisé au Burkina Faso, mais dans son ensemble la société civile n'a pas encore véritablement abordé la question de l'avortement. Seul un nombre très limité d'organisations non gouvernementales (ONG) nationales, à l'exception de l'Association burkinabè pour le bien-être familial (ABBEF), l'affilié local de la Fédération internationale pour la planification familiale (*International Planned Parenthood Federation – IPPF*) et quelques rares autres, abordent l'avortement de manière directe. La plupart des organisations se concentrent sur la promotion de la planification familiale et les soins après avortement, des sujets considérés comme moins controversés. Récemment, un groupe de la société civile et des dirigeants d'ONG ont commencé à se réunir pour organiser des activités visant à étendre l'accès à l'avortement. Ils se sont réunis en juillet 2015 pour élaborer un plan de travail pour des activités futures. En 2008, l'ABBEF a initié un programme appelé Prise en charge complète de l'avortement (PCCA) qui inclut la mise à disposition de misoprostol, d'AMIU et de Medabon (une association de misoprostol et de mifépristone) à l'intention des patientes qui cherchent à obtenir des soins complets d'avortement. *Marie Stopes International (MSI)* propose des services cliniques au Burkina Faso et a commencé en 2013 la commercialisation de sa propre marque de misoprostol, appelée Misoclear.

Sénégal

Même si une loi sur la santé de la reproduction a été adoptée en 2005, celle-ci n'a pas modifié les termes de la loi sur l'avortement qui ne permet l'avortement que si trois médecins s'accordent sur sa nécessité thérapeutique pour sauver la vie de la femme. La Division de la santé reproductive du ministère de la Santé souhaiterait voir étendues les indications légales de l'avortement et a créé un groupe de travail multidisciplinaire en vue de préparer une nouvelle législation et d'en défendre l'adoption.

Plus de 51 000 avortements sont pratiqués chaque année au Sénégal, et plus de la moitié d'entre eux se aboutissent à des complications⁷. L'accès aux soins complets d'avortement est très strictement limité. Le ministère de la Santé tente d'étendre les soins après avortement à l'ensemble du pays. Les SAA ne sont pas disponibles à tous les niveaux du système de santé, et leur accès reste un problème dans les établissements de soins des échelons inférieurs qui ne disposent pas de praticiens formés, ou d'équipement adapté et qui font face à bien d'autres difficultés encore. Plusieurs efforts concertés en vue d'une expansion des SAA ont été effectués au cours des dernières années, ce qui fait du Sénégal un modèle en termes de prise en charge des soins après avortement dans la région. L'AMIU et le misoprostol font partie des normes et protocoles nationaux pour le traitement des avortements incomplets.

Des groupes religieux conservateurs opposent des objections morales et religieuses particulièrement vigoureuses à l'avortement et constituent un obstacle majeur à la libéralisation des lois et des politiques. Toutefois, au Sénégal, des organisations de femmes très actives, une société civile dynamique, et une direction robuste du secteur de la santé sont autant d'atouts d'un mouvement qui se montre déterminé à accroître la prise en charge complète des soins d'avortement.

Togo

La loi sur la santé de la reproduction de 2007 permet le recours à l'avortement afin de protéger la vie et la santé de la femme, lorsque la grossesse résulte d'un viol ou d'un inceste, et dans le cas d'une

malformation grave du fœtus. Dans son article 42, la loi spécifie que tous les avortements doivent être prescrits par un médecin, un obstacle de taille dans un pays où il y a moins de 400 médecins⁸. La loi est relativement méconnue et les dispositions nécessaires à son application, les textes d'application, n'ont jamais été publiés, ce qui entraîne une réticence des prestataires à pratiquer l'avortement même dans le cadre légal. En l'absence de ces textes, certains obstacles qui n'existent pas aux termes de la loi ont été ajoutés qui rendent la prise en charge de l'avortement encore plus difficile, comme par exemple l'obligation d'un recours à la police en cas de viol.

Les recherches sur l'avortement au Togo sont rares, mais les enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS) de 2010, faibles d'un point de vue méthodologique, montrent tout de même que 9 % des femmes de 15 à 49 ans ont subi un avortement provoqué au cours de leur existence⁹, et que les avortements sont plus fréquents parmi les jeunes, les femmes relativement éduquées, et les femmes qui proviennent d'un foyer plus aisé. En 2012, le nombre d'avortements enregistrés dans les services de santé maternelle au Togo était estimé à 6976, et on estime que 1756 d'entre eux auraient été provoqués plutôt que spontanés. Sur ce total, 1881 cas ont nécessité une hospitalisation, ce qui fait de l'avortement la principale raison d'hospitalisation dans le pays¹⁰.

Les soins après avortement ont été introduits au Togo en 2006, mais la prise en charge reste dispersée et incomplète. Les protocoles actuels en termes de soins après avortement incluent des méthodes chirurgicales mais pas le recours au misoprostol. La pénurie de prestataires formés rend la prise en charge des soins après avortement difficile dans les zones rurales. Les soins complets d'avortement sont essentiellement inexistantes au Togo, et les répondants ont indiqué qu'ils n'avaient pas connaissance d'une prise en charge systématique de l'avortement dans aucun établissement de soins. Lorsque une grossesse met en danger la vie ou la santé d'une femme, celle-ci doit réussir à obtenir un rendez-vous avec un médecin, dans la mesure où les sages-femmes et les autres professionnels de santé n'ont ni la formation ni la permission nécessaires pour provoquer un avortement. Nous avons découvert qu'il y avait une rupture de stock de misoprostol dans toutes les pharmacies visitées par les clients fictifs envoyés par Ipas, y compris dans le principal hôpital universitaire de la capitale. Très peu de femmes connaissent le misoprostol ; à la place, elles ont recours à des plantes, à de l'eau de javel et à d'autres méthodes improvisées pour provoquer elle-même leur avortement.

L'engagement en faveur de l'avortement est faible au sein de la société civile et plus généralement de la communauté. La prise en charge complète de l'avortement n'a pas encore été intégrée au programme de santé de la reproduction au Togo.

Recommandations

Sur la base des constatations de cette analyse situationnelle, nous recommandons que les actions suivantes soient entreprises :

- Établir un dialogue avec les gouvernements en vue de renforcer leur engagement à assurer une prise en charge aussi exhaustive que possible des soins complets d'avortement.
- Établir un dialogue avec les bailleurs pour leur demander d'augmenter leur appui aux programmes visant à la prise en charge de soins d'avortement dans les pays d'Afrique de l'Ouest francophone.
- Promouvoir une meilleure compréhension des législations locales en matière d'avortement ainsi que des processus des ministères de la Santé nécessaires à la mise en application de ces législations.

- Soutenir l'élaboration, l'adoption et la mise en œuvre des textes d'application ainsi que l'élaboration de normes et de protocoles, et leur intégration aux autres directives en matière de santé de la reproduction, de manière à ce que les lois et les politiques en vigueur sur l'avortement et la santé reproductive puissent être appliquées dans leur intégralité. Au Bénin, plus spécifiquement, le document *Avortement médicalisé : Guides et standards* de 2011, doit être révisé, adopté et très largement diffusé au sein du système de santé auprès des fonctionnaires, des responsables et des prestataires de soins.
- Établir des partenariats avec des organisations locales en vue d'organiser la diffusion et l'explication de la loi, des politiques et des normes et directives sur l'avortement de manière à ce que les prestataires de soins, les femmes et toutes les autres parties prenantes connaissent les conditions juridiques, les directives relative à la prestation de services et les droits de la femme en matière de soins liés à l'avortement.
- Mettre en place des interventions de clarification des valeurs et de transformation des attitudes (CVTA) afin de renforcer les connaissances, les attitudes et l'appui visant à favoriser une prise en charge accrue et un meilleur accès aux soins complets d'avortement.
- Établir des partenariats avec des organisations locales afin de soutenir et susciter des défenseurs et activistes locaux capables de sensibiliser le public et renforcer l'adhésion en faveur de la prise en charge de soins complets d'avortement, et capables aussi de demander au gouvernement de rendre des comptes sur l'accès et la mise à disposition de soins de qualité dans ce domaine.
- Soutenir les efforts visant à étendre les soins complets d'avortement et poursuivre l'expansion des soins après avortement, à tous les niveaux des systèmes de santé de manière à garantir un accès aux soins à toutes les femmes dans le cadre de programmes élargis et intégrés de santé sexuelle et reproductive.
- S'assurer que des mécanismes permettant un approvisionnement durable et régulier de produits et équipements de santé sexuelle et reproductive soient dument mis en place.
- Promouvoir l'information et l'accès à un approvisionnement de qualité en mifépristone et misoprostol grâce à des interventions éducatives et à l'amélioration de la réglementation et de la distribution ; veiller à garantir que les femmes ont, chaque fois que possible, la possibilité de choisir la méthode d'évacuation utérine utilisée.
- Prioriser, en collaboration avec les partenaires et institutions de recherche dans le pays et à l'échelle internationale, les domaines dans lesquels des recherches futures sur l'avortement devraient être menées, notamment des études sur l'ampleur et l'incidence de l'avortement, des recherches participatives sur la stigmatisation attachée à l'avortement, des recherches opérationnelles sur les services existants et sur d'autres sujets susceptibles de soutenir les efforts de plaidoyer et d'éclairer la conception de programmes.
- Mettre en relation les acteurs clés des pays d'Afrique de l'Ouest francophone avec leurs homologues des autres pays pour qu'ils puissent apprendre en observant ailleurs des expériences positives de prise en charge de soins complets d'avortement.

Même si l'opposition culturelle, religieuse et politique à la prise en charge de soins complets d'avortement reste importante dans certaines circonstances, on constate des opportunités clairement prometteuses qui pourraient permettre d'étendre la prise en charge complète de l'avortement pour que les femmes qui vivent en Afrique de l'Ouest francophone puissent bénéficier des soins dont elles ont besoin et auxquels la loi leur donne droit.

Introduction

On estime qu'environ 21,6 millions d'avortements non sécurisés sont pratiqués dans le monde chaque année, ce qui représente 13 % de la mortalité maternelle totale⁹. Ils sont la cause chaque année de près de 47 000 décès maternels auxquels il faut ajouter 5 millions de cas d'invalidités. Une étude récente a montré que lorsque pratiqué dans de bonnes conditions l'avortement n'est pas plus dangereux qu'une intervention dentaire ambulatoire, et que son taux de létalité n'atteint même pas 1 pour 100 000 avortements pratiqués¹⁰. Pourtant, des restrictions juridiques, politiques et de programmations font basculer la pratique de l'avortement dans la clandestinité dans de nombreux endroits du monde, ce qui a pour effet d'augmenter le taux de létalité à 220 pour 100 000 avortements pratiqués⁹. C'est en Afrique de l'Ouest que cette incidence est la plus élevée, une région dans laquelle l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime à plus de 1,8 millions le nombre d'avortements non sécurisés pratiqués chaque année causant près de 9 700 décès maternels, ce qui équivaut à un taux de létalité de 540 décès pour 100 000 avortements, de loin le taux le plus élevé au monde⁹. Les femmes et les adolescentes en Afrique de l'Ouest francophone sont parmi les plus désavantagées en ce qui concerne l'accès à la contraception et aux soins complets d'avortement.

Les pays d'Afrique de l'Ouest francophone ont été tout particulièrement oubliés par les donateurs et les partenaires du développement qui ont eu tendance à se concentrer sur les pays anglophones. En Afrique de l'Ouest francophone, les efforts liés à la compréhension du risque que l'avortement non médicalisé fait peser sur la santé des femmes se sont avant tout concentrés sur les soins après avortement, une stratégie qui consiste à traiter les complications consécutives aux avortements incomplets et non médicalisés¹¹, alors que peu d'efforts sont directement consacrés à l'avortement provoqué ou interruption volontaire de grossesse (IVG). Dans cette région, la majorité des programmes se concentrent sur la prestation de soins après avortements^{12,13} et négligent d'améliorer de manière générale l'accès des femmes aux soins complets d'avortement qui auraient pourtant pour effet d'éliminer presque entièrement les besoins en SAA¹⁴.

Le modèle de prise en charge des soins complets d'avortement centrés sur la femme conçu par Ipas consiste en une approche qui privilégie les droits, le choix, l'accès et la qualité. Ce modèle de soins tient compte des besoins physiques et émotionnels individuels des femmes, des circonstances dans lesquelles elles se trouvent et de leur capacité à obtenir des soins, y compris l'interruption volontaire de grossesse ; le traitement de l'avortement incomplet, manqué ou dangereux (également appelé soins après avortement ou SAA) ; un accompagnement et des conseils bienveillants ; des services de contraception ; des services de santé sexuelle et reproductive dispensés sur place ou le cas échéant, l'orientation vers des centres ou des prestataires de santé partenaires au sein de la communauté¹⁴. Ce modèle inclut également une série de services de santé qui aident les femmes à exercer leurs droits sexuels et reproductifs, et garantit l'accès des soins et des services aux adolescentes et aux femmes célibataires.

Même s'il existe quelques études menées au Burkina Faso, au Cameroun, en Côte d'Ivoire et au Sénégal qui ont réussi à donner une idée de l'échelle et de la portée du défi sanitaire que représente l'avortement non sécurisé^{12,13,15,16,17}, il reste particulièrement difficile d'obtenir des données fiables sur l'avortement en Afrique de l'Ouest francophone dans la mesure où il s'agit d'une pratique souvent

©Ipas. 2016. Conclusions de l'analyse situationnelle : *Besoins et opportunités pour une prise en charge des soins complets d'avortement en Afrique de l'Ouest francophone.*

clandestine et extrêmement stigmatisée. Les besoins non satisfaits en soins complets d'avortement, notamment en contraception, sont énormes en Afrique de l'Ouest francophone où pratiquement trois femmes meurent de causes liées à la maternité toutes les heures¹⁴. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) indique qu'environ la moitié de la mortalité maternelle totale dans le monde survient en Afrique subsaharienne, où 1 femme sur 31 risque de mourir de complications consécutives à la grossesse ou à l'accouchement au cours de sa durée de vie¹⁸. Un accès à des méthodes fiables de contraception pourrait aider les femmes à réduire le nombre de grossesses non souhaitées. Selon une étude de 2011 réalisée dans neuf pays francophones d'Afrique de l'Ouest pour le Population Reference Bureau, 28 % des femmes mariées en âge de procréer veulent éviter une grossesse mais n'utilisent pas de méthode de contraception – l'un des taux régional les plus élevés au monde. Les femmes dans ces neuf pays ont en moyenne 5,5 naissances par femme, le double des femmes en Asie et plus de trois fois plus que les femmes en Europe. Selon les projections, la population des pays d'Afrique de l'Ouest devrait doubler en 25 ans. Les jeunes de 10 à 24 ans représentent actuellement la majorité de la population¹⁴.

Ipas renouvelle aujourd'hui son engagement à l'égard de la région de l'Afrique de l'Ouest francophone parce qu'au moment de réévaluer les progrès accomplis face aux Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), nous nous sommes rendu compte que ces pays étaient en retard par rapport à la réduction de la mortalité maternelle et à d'autres indicateurs de santé reproductive. De janvier 2015 à juin 2016, Ipas mettra en œuvre une subvention de planification en vue de renforcer les partenariats, d'évaluer les possibilités, de hiérarchiser les stratégies et de mobiliser des ressources destinées à une prise en charge des soins complets d'avortement, y compris aux soins après avortement et à la contraception, en Afrique de l'Ouest francophone. Dans l'optique de mieux comprendre les besoins et les possibilités en matière de soins complets d'avortement en Afrique de l'Ouest francophone, Ipas a procédé de mars à juin 2015 à une analyse situationnelle.

L'objectif de cette analyse situationnelle menée sur place dans les différents pays était d'aider Ipas à mieux comprendre les besoins, les difficultés et les possibilités spécifiques en matière de prise en charge des soins complets d'avortement au Bénin et au Togo.

Les objectifs spécifiques de cette analyse situationnelle étaient :

- 1) Comprendre le contexte général en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs dans ces deux pays, et mieux appréhender notamment les politiques pertinentes ainsi que l'organisation et le fonctionnement des systèmes de santé et des structures communautaires.
- 2) Évaluer les besoins actuels en soins complets d'avortement depuis la perspective des femmes, du ministère de la Santé et des autres organes gouvernementaux, de la société civile et des organisations non gouvernementales locales.
- 3) Explorer les disponibilités et l'accès aux soins complets d'avortement, notamment à l'évacuation utérine par AMIU et par méthodes médicamenteuses, afin d'évaluer l'état de la prise en charge et ses lacunes.
- 4) Comprendre la perception qu'ont les femmes et les prestataires de soins de l'avortement, savoir d'où ils tirent des informations sur le statut juridique de l'avortement et sur sa sécurité, et comprendre comment les femmes obtiennent des soins d'avortements.

- 5) Comprendre la position des différentes parties prenantes (femmes, ministère de la Santé et autres organes gouvernementaux, prestataires de soins, etc.) et leur degré de détermination à soutenir le développement et la mise en place d'une prise en charge de soins complets d'avortement afin de pouvoir contribuer à renforcer leur engagement.
- 6) Explorer les obstacles tant au niveau institutionnel et politique (juridiques et informels) que communautaire qui s'opposent à la mise en place de soins complets d'avortement.
- 7) Identifier des individus et des institutions susceptibles de servir de ressources, groupes communautaires, organisations gouvernementales et non-gouvernementales, associations professionnelles et autres, qui seraient disposés à se mobiliser pour étendre l'accès aux soins complets d'avortement et avec lesquels Ipas pourrait établir des partenariats.

Les besoins précis ainsi que les obstacles auxquels nos collègues sont confrontés dans chacun des pays pour améliorer la prise en charge et l'accès aux soins complets d'avortement sont aussi variés que complexes. Pour mener cette analyse situationnelle et afin de mieux comprendre les difficultés comme les besoins, différentes méthodologies qualitatives ont été utilisées, notamment des entretiens avec des informateurs clés, des discussions de groupe ainsi que des visites de clients fictifs. Les constatations de l'évaluation ont été transmises et discutées avec les parties prenantes dans chacun des pays afin d'éclairer l'élaboration des stratégies, la hiérarchisation des priorités, la mise en œuvre des étapes suivantes ainsi que la mobilisation de ressources auprès des possibles donateurs.

Méthodes et contraintes

Analyse du contexte

Dans le cadre de cette analyse situationnelle, Ipas a mené, en première instance, une analyse approfondie du contexte des pays francophones suivants : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Guinée, Côte d'Ivoire, Mali, Niger, Sénégal et Togo. Cette analyse a inclus l'examen des indications juridiques de l'avortement, des éléments démontrant l'existence d'une volonté politique de réduire la mortalité maternelle liée à l'avortement, de la ratification des traités promouvant les droits sexuels et reproductifs, du statut de l'interruption volontaire de grossesse et des soins après avortement dans chacun des pays. Plusieurs sources de données ont été utilisées : des rapports publiés dans les médias, des articles cautionnés par la communauté universitaire, des documents parallèles, des sites internet ainsi que des rapports provenant de collègues et d'autres agences. Sur la base des constatations de cette analyse et d'indications indiquant un mouvement de plus en plus positif vers un environnement plus propice à la prise en charge de soins complets d'avortement, le Bénin, le Burkina Faso, le Sénégal et le Togo ont été sélectionnés afin d'y procéder à une analyse plus approfondie.

Études documentaires

Ipas a alors effectué une série d'études documentaires approfondies sur le Bénin, le Burkina Faso, le Sénégal et le Togo. Nous avons examiné la structure des systèmes de santé, la démographie, les tendances en matière de santé des femmes et la couverture des services de santé sexuelle et reproductive dans chacun de ces pays et nous avons également passé à la loupe la prestation de soins complets d'avortement et de soins après avortement. Sur la base de ces études documentaires, le Bénin et le Togo ont été sélectionnés pour mener une analyse situationnelle sur place dans ces deux pays.

Analyse situationnelle dans les pays

En mai 2015, en partenariat avec le Département de la santé de la famille du ministère de la Santé et d'autres agences des deux pays, une équipe de deux chercheurs d'Ipas a mené au Bénin et au Togo une évaluation des besoins et des possibilités en matière de prise en charge des soins complets d'avortement. Cette analyse situationnelle a recouru en les associant à différentes méthodes de recherche qualitative incluant des entretiens approfondis, des groupes de discussion et des visites de clients fictifs à des pharmacies afin de bien comprendre en profondeur l'environnement qui entoure les soins complets d'avortement. Toutes les personnes avec lesquelles nous nous sommes entretenues étaient des parties prenantes adultes (c'est-à-dire âgées de plus de 18 ans) capables d'apporter des connaissances particulières sur un aspect important des soins complets d'avortement dans leur pays et capables également de donner un consentement éclairé avant de participer aux discussions.

Les chercheurs ont mené des entretiens formels et informels avec des informateurs clés du ministère de la Santé et d'autres fonctionnaires gouvernementaux, avec des administrateurs et des prestataires de soins, des responsables d'ONG, des juristes et des dirigeants de la société civile afin de mieux comprendre l'état de la politique, des recherches et des services. Elles ont également recueilli la perspective des membres de la communauté par rapport à une possibilité d'extension de l'accès aux soins complets d'avortement. Les répondants ont été choisis grâce à la méthode « boule de neige » à partir de contacts clés préexistants qui ont permis de déterminer les premières parties prenantes pour ensuite demander à

ces personnes d'en désigner d'autres à interroger, et ainsi de suite. Les deux chercheurs ont suivi une grille d'entretien semi-structurée élaborée par les employés d'Ipas et ont mené tous les entretiens en personne. Le protocole suivi exigeait d'obtenir de tous les répondants qu'ils remplissent par écrit un formulaire de consentement éclairé. Les entretiens ont été menés dans des espaces permettant de ne pas être écouté afin de garantir la confidentialité des propos tenus. La grille d'entretien comprenait des questions personnelles sur des informations sociodémographiques (âge, sexe, statut professionnel, etc.) ainsi que des questions sur leur point de vue professionnel à propos des soins complets d'avortement. Les questions de ce type étaient centrées sur les connaissances et l'attitude des répondants à l'égard des indications légales permettant l'avortement ainsi que sur leurs idées ou suggestions en vue d'étendre l'accès à des soins complets de santé sexuelle et reproductive. Les chercheurs ont demandé à tous les répondants s'ils acceptaient que les entretiens soient enregistrés ; les entretiens de ceux qui ont accepté ont été enregistrés. Les chercheurs ont également pris des notes au cours des entretiens. Onze entretiens de ce type ont été menés au Bénin et vingt-quatre au Togo.



Les chercheurs d'Ipas ont organisé quatre groupes de discussion, deux au Bénin et deux au Togo, qui ont rassemblé à chaque fois de 7 à 9 femmes adultes en âge de procréer (de 18 à 49 ans) d'origines diverses. Des organisations locales qui mettent en œuvre des programmes de santé sexuelle et reproductive ont sélectionné les participantes. Une grille semi-dirigée de questions élaborées par les employés d'Ipas a été utilisée et un membre de l'équipe d'Ipas ou un membre d'une organisation partenaire parlant la langue locale a posé les questions en personne. Toutes les participantes ont donné

par écrit leur consentement éclairé et l'ensemble des discussions se sont déroulées dans des espaces fermés de manière à en garantir la confidentialité. La grille utilisée incluait des questions sur les convictions, les attitudes et les expériences vécues en matière de sexualité, de grossesse et d'avortement des femmes interrogées, elle concernait également leurs connaissances des indications légales permettant l'avortement, leurs attitudes face à ce type de soins, les normes en vigueur au sein de la communauté en matière d'avortement, et finalement leurs idées et suggestions pour améliorer l'accès à des soins complets de santé sexuelle et reproductive.

Des clients fictifs se sont rendus dans des pharmacies et chez des vendeurs de médicaments afin de mieux se rendre compte si des comprimés permettant un avortement médicamenteux étaient disponibles et à quel prix ; il s'agissait également de vérifier l'exactitude des informations fournies sur ces médicaments et sur leur mode d'administration. Les pharmaciens, les préparateurs et les vendeurs de médicaments n'ont pas donné leur consentement éclairé et nous ne leur avons pas demandé de fournir d'informations démographiques personnelles ou d'identité. Dix visites de clients fictifs ont eu lieu au Bénin et neuf au Togo. Des assistants de terrain, hommes et femmes, se sont rendus dans un échantillon comprenant une sélection de pharmacies et d'échoppes aisément accessibles vendant des médicaments pendant les heures commerciales habituelles et ils se sont adressés aux pharmaciens ou aux vendeurs qui se

©Ipas. 2016. Conclusions de l'analyse situationnelle : *Besoins et opportunités pour une prise en charge des soins complets d'avortement en Afrique de l'Ouest francophone.*

trouvaient présents. Les assistants de terrain ont enregistré les principaux aspects de ces discussions ainsi que les réactions du pharmacien ou du vendeur ; ils ont également consigné s'ils ont été en mesure d'obtenir des informations précises et fiables sur les soins d'avortement sécurisé, sur les méthodes médicamenteuses d'avortement, et s'ils ont été orientés vers des établissements pratiquant légalement des soins d'avortement sécurisé.

Les chercheurs d'Ipas ont effectué une analyse thématique du contenu des données recueillies par les clients fictifs et en ont retenu des citations à titre d'illustration. La composante de cette évaluation qui impliquait une participation humaine a été examinée et approuvée par le Comité Allendale qui fait autorité aux États-Unis en matière d'éthique et de protection des personnes. Les résultats présentés ci-dessous incluent une synthèse régionale tirée de l'analyse contextuelle, de brefs résumés nationaux sur le Burkina Faso et le Sénégal qui s'appuient sur les études documentaires, et finalement les analyses plus approfondies réalisées sur le Bénin et le Togo qui intègrent les résultats et les constatations des évaluations menées sur place dans ces deux pays.

Contraintes

Les analyses effectuées sur place n'ont duré qu'une semaine dans chaque pays, ce qui n'a peut-être pas été suffisant pour développer avec les informateurs clés la relation nécessaire pour garantir des réponses totalement franches sur un sujet comme l'avortement. Nous avons pu surmonter ce problème en partie en nous appuyant sur des collègues locaux qui ont facilité notre introduction auprès des interlocuteurs. Les discussions ont été menées dans un mélange de français et de langues locales retraduites immédiatement en français par nos partenaires, il est possible que nous ayons perdu certaines nuances importantes à travers la traduction. Plusieurs répondants ont refusé que leurs réponses soient enregistrées, dans ce cas les notes manuscrites ont été les seules traces des entretiens. Les enregistrements n'ont pas été retranscrits.

Constatations régionales

Politique

Le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Mali, le Niger, le Sénégal et le Togo ont signé un certain nombre de traités importants relatifs aux droits de la femme, et notamment le traité de la CEDAW, le programme d'action de la CIPD et le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique, plus connu sous le nom de Protocole de Maputo (même si certains des pays ont exprimés des réserves). Le Protocole de Maputo contient spécifiquement une disposition favorable à un accès légal et sécurisé à l'avortement, et bon



©Ipas. 2016. Conclusions de l'analyse situationnelle : *Besoins et opportunités pour une prise en charge des soins complets d'avortement en Afrique de l'Ouest francophone.*

nombre des pays cités ci-dessus ont adopté des législations nationales en matière de santé de la reproduction même si la plupart d'entre eux n'ont pas encore élaboré de stratégies et de lignes directrices permettant l'application de ces législations. Par le biais de leur participation au Partenariat de Ouagadougou, tous les pays cités ont élaboré et chiffré un programme de planification familiale et se sont engagés à accroître les services dans ce domaine.

Législations relatives à l'avortement

Dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest francophone il existe à minima des conditions dans lesquelles des soins d'avortement peuvent être pratiqués légalement (voir Tableau 1). Toutefois, bien souvent même les femmes qui remplissent ces critères juridiques se voient dans l'incapacité d'obtenir des soins d'avortement sécurisé. Dans un certain nombre de pays d'Afrique de l'Ouest francophone, la législation est relativement permissive et prévoit le recours à l'avortement pour plusieurs indications et notamment en cas de viol ou d'inceste et pour protéger la santé de la femme. Dans tous les neuf pays figurant dans le Tableau 1, l'avortement est autorisé pour sauver la vie de la femme. Il arrive souvent que des articles du code pénal soient en contradiction non seulement avec les traités internationaux signés et ratifiés par ces pays mais aussi avec les politiques et les lois relatives à la santé de la reproduction consécutives à ces traités, ce qui tend à provoquer beaucoup d'ambiguïté autour de l'avortement. Les gouvernements doivent clarifier les motifs juridiques qui autorisent l'avortement, ils doivent aussi développer des normes, des directives et des protocoles cliniques pour orienter la prise en charge des soins et les rendre opérationnels en mettant à disposition de toutes femmes les soins auxquels elles ont droit en vertu de la loi. Les guides et documents d'orientation nationaux en vigueur dans les différents pays d'Afrique de l'Ouest figurent à l'Appendice A.

Tableau 1. Législation sur l'avortement dans les pays d'Afrique de l'Ouest francophone

Pays	Indication justifiant le recours légal à l'avortement				
	Vie de la femme	Santé de la femme	Viol	Inceste	Anomalie du fœtus
Bénin	x	X	X	x	x
Burkina Faso	x	X	X	x	x
Cameroun	x	X	X		
Guinée	x	X	X	x	x
Côte d'Ivoire	x				
Mali	x		X	x	
Niger	x	X			x
Sénégal	*				
Togo	x	X	X	x	x

* Bien que le code pénal du Sénégal interdise toute interruption volontaire de grossesse, le code de déontologie médicale permet l'avortement lorsque trois médecins attestent de sa nécessité pour sauver la vie de la femme.

Systèmes de santé

Les difficultés générales que les systèmes de Santé d'Afrique de l'Ouest rencontrent, comme le manque de prestataires qualifiés, la mauvaise gestion de l'approvisionnement et les pénuries en fournitures et équipements touchent tous les types de soins de santé et à tous les niveaux, dans l'ensemble de la région, et elles ont des répercussions importantes sur la santé sexuelle et reproductive.

Les soins complets d'avortement, lorsqu'ils sont disponibles, sont pratiquement exclusivement regroupés dans les capitales et les autres centres urbains importants. Les gynécologues et les autres spécialistes travaillent principalement dans les grands hôpitaux universitaires, dans les plus grandes villes de la région, là où bien souvent on trouve également de nombreuses infirmières et sages-femmes qualifiées. Toutefois, plus on s'éloigne de ces centres urbains, plus le nombre de prestataires de soins qualifiés diminue, et de nombreux centres de santé en zones rurales ne comptent que des professionnels de santé auxiliaires qui n'ont même pas atteint un niveau d'éducation secondaire. Les soins complets d'avortement sont rarement intégrés à la formation de base des prestataires de soins, ce qui signifie que la présence de prestataires de soins n'est pas nécessairement une garantie d'accès à des soins complets d'avortement. Même dans les cas où des prestataires de soins sont géographiquement accessibles, leurs services bien souvent restent hors de portée de la majorité des femmes qui, à l'exception des plus aisées, ne peuvent pas se permettre d'en payer les frais.

Les installations manquent souvent de l'équipement le plus élémentaire - aspirateur manuel intra-utérin (AMIU) et fournitures indispensables à la stérilisation correcte des équipements – à une prise en charge des soins complets d'avortement ou même des soins après avortement. Les difficultés en matière

d'approvisionnement des produits pharmaceutiques peuvent entraîner, même lorsqu'il est autorisé, des ruptures fréquentes des stocks de misoprostol dans les pharmacies des centres de santé. Les pharmaciens et leurs employés ne sont pas formés de manière routinière à l'administration correcte des doses nécessaires pour un avortement médicamenteux, et bien souvent ils n'en connaissent ni les protocoles ni les indications, ce qui a pour effet d'obliger les femmes à se tourner vers des vendeurs de médicaments non officiels, des praticiens de médecine traditionnelle, des herboristes, leur conjoint, leurs amis ou d'autres membres de leur entourage pour se faire avorter. Les médicaments achetés dans la rue, les plantes et les racines insérées dans le col de l'utérus, les cocktails d'eau de javel, de permanganate et d'autres produits chimiques nocifs ainsi que les traumatismes physiques de la région abdominale sont autant de moyens bien connus auxquelles les femmes recourent dans toute cette région lorsqu'elles veulent interrompre une grossesse. Il n'est pas surprenant que ces tentatives désespérées entraînent toutes sortes de complications, et notamment des infections, des hémorragies, des stérilités permanentes et des décès.

L'avortement médicamenteux a transformé l'environnement de l'interruption de grossesse dans de nombreux endroits du monde, rendant les avortements clandestins moins dangereux et améliorant le bilan en termes de santé des femmes dans des zones comme l'Amérique Latine¹⁹. Toutefois, en Afrique de l'Ouest francophone l'accès à l'avortement médicamenteux reste limité par des difficultés d'approvisionnement, telles que décrites précédemment, mais aussi par un manque d'information auprès des femmes. Le misoprostol est approuvé pour le traitement des hémorragies du postpartum et figure sur la liste des médicaments essentiels de plusieurs pays dans la région. Le misoprostol est très probablement disponible dans bon nombre de pharmacies en zones urbaines, mais sa délivrance rigoureusement soumise à prescription médicale le rend particulièrement difficile à obtenir. Il semblerait également que le misoprostol soit encore relativement méconnu de la majorité des femmes en Afrique de l'Ouest francophone, même si des éléments indiquent que les informations se propagent rapidement, particulièrement auprès des élites urbaines. Parmi les femmes moins éduquées et celles qui vivent en zone rurale, les informations sur le misoprostol sont vraisemblablement plus limitées et sa disponibilité moins courante.

La mifépristone est disponible en quantités limitées dans certains pays comme le Bénin et le Burkina Faso, mais uniquement dans les capitales dans le cadre d'études pilote à portée restreinte. Des recherches sont menées en vue de faciliter son processus d'enregistrement sur la liste des médicaments approuvés et d'en augmenter la disponibilité. L'ONG membre de l'IPPF au Cameroun, par exemple, a établi un partenariat avec l'association d'obstétrique et de gynécologie en vue de mener une étude sur l'efficacité de l'administration d'un protocole associant le misoprostol et la mifépristone dans le cadre des soins d'avortement comparé à l'administration de misoprostol uniquement. Cette étude pourrait être conclue début 2016 et on espère qu'elle marquera le début d'un processus d'enregistrement de la mifépristone au Cameroun.

Des organisations de développement ont récemment sponsorisé des programmes régionaux ou spécifiques à certains pays en Afrique de l'Ouest francophone dans le but d'améliorer la fourniture et l'accès à la contraception et aux soins après avortement^{12,13}. Parmi ces programmes, on trouve entre autres des projets multinationaux financés par USAID, comme AWARE-II, DELIVER et Evidence2Action, qui ont contribué à promouvoir des avancées sur des questions comme la gestion de la chaîne d'approvisionnement des contraceptifs et l'amélioration des soins obstétricaux d'urgence. Les préjugés à l'égard de l'avortement dont font preuve certaines agences occidentales de développement et certains responsables Ouest africains ont signifié que très peu ou aucune attention n'ait jusqu'ici été consacrée à

l'amélioration de l'accès aux soins complets d'avortement. De fait, l'un des répondants au Togo qui travaille pour un projet financé par USAID s'est montré tellement frileux par rapport à l'avortement qu'il a consulté ses documents de conformité d'USAID avant même d'accepter d'être interviewé sur le sujet de l'avortement dans le cadre de cette analyse situationnelle. Cette réticence généralisée à l'égard de l'avortement explique pourquoi jusqu'ici très peu de programmes ont été mis en place dans cette région d'Afrique de l'Ouest francophone pour lutter contre les impacts néfastes de l'avortement non sécurisé sur la santé des femmes, un problème qui ne cesse de s'amplifier.

Plusieurs occasions importantes se présentent maintenant qui pourraient donner davantage de retentissement à la question de la prise en charge des soins d'avortement. Des interventions qui ont pour objectif d'aborder la question des soins complets d'avortement peuvent tirer parti de certaines initiatives récentes de premier plan comme le Partenariat de Ouagadougou qui a mobilisé l'ensemble des parties prenantes en leur demandant de se concentrer sur la planification familiale sans toutefois encore toucher à l'avortement.

Besoins en recherche et en information

Plusieurs articles et analyses documentaires sur le thème de l'avortement en Afrique francophone ont été publiés récemment, et plusieurs études nationales sur les soins, les besoins et les perceptions touchant à l'avortement sont actuellement en cours ou prévues, dont les suivantes :

- Études multiples menées par le Gynuity Health Project sur l'utilisation du misoprostol dans les soins relatifs à l'avortement dans les pays d'Afrique de l'Ouest francophone^{21,22,23}.
- Étude sur l'incidence et les conséquences de l'avortement au Burkina Faso et étude sur l'incidence de l'avortement au Sénégal, avril 2015, (première étude nationale de ce type) du Guttmacher Institute^{13,15}.
- Étude ethnographique sur les aspects sociaux et le processus menant à une décision de recours à l'avortement dans les zones urbaines du Burkina Faso²⁴.
- Approches méthodologiques novatrices en vue de comptabiliser les avortements par l'Institut Supérieur des Sciences de la Population de l'Université de Ouagadougou²⁵.
- Par le biais du Safe Abortion Action Fund, les associations béninoises et sénégalaises membres de l'IPPF ont proposé de mener des études sur l'ampleur de l'avortement non sécurisé et sur l'impact de l'avortement non sécurisé sur la mortalité maternelle. Dans ces deux pays, les autorisations gouvernementales pour mener ces études sont en cours de traitement. Les associations membres de l'IPPF au Bénin et au Burkina Faso ont mené des études similaires en vue d'explorer le niveau de stigmatisation lié à l'avortement que rencontrent les jeunes, à titre individuel, au niveau des communautés et dans les centres de santé. Ces résultats sont utilisés pour réduire la stigmatisation à tous les niveaux dans le cadre d'un projet sur deux ans.

Ces études, même si elles sont informatives, ne permettent qu'une compréhension morcelée de la situation dans quelques pays sélectionnés de la région. La plupart d'entre elles ont été menées uniquement dans quelques installations médicales ou dans les grands centres urbains, et l'expérience de toutes les autres femmes n'est que conjecture. Parce qu'il n'y a pas de données complètes, à jour et systématiques il est difficile de démontrer précisément l'étendue des besoins et des possibilités ou de déterminer les secteurs d'activités spécifiques dans lesquels il serait important d'intervenir. Des études sur l'incidence et l'ampleur de l'avortement, sur les attitudes à l'égard de l'avortement (tant de la part

des prestataires de soins que des femmes), sur les comportements en matière de demande d'avortement ainsi que sur l'offre et l'accès à l'évacuation utérine et aux services de contraception dans chacun des pays fourniraient des informations importantes capables d'orienter des interventions de programmation. Des recherches sur la stigmatisation dont font l'objet les prestataires de soins d'avortement, les patientes et les autres personnes à tous les niveaux, individuel, communautaire et institutionnel, permettraient d'éclairer les efforts visant à atténuer cette stigmatisation.

ONG internationales actives dans le domaine de l'avortement en Afrique de l'Ouest francophone

Il existe un nombre croissant d'agences internationales non gouvernementales qui travaillent dans le domaine des soins liés à l'avortement ou plus généralement de la santé sexuelle et reproductive en Afrique de l'Ouest francophone. Parmi ces agences se trouvent : Advance Family Planning, CARE, Equilibres et Populations, EngenderHealth, Family Care International (FCI), Guttmacher Institute, Gynuity, le Consortium international pour la Contraception d'urgence (ICEC), le Bureau pour l'Afrique de la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF-RA), IntraHealth International, Ipas, la Coalition internationale pour la santé des femmes (IWHC), Jhpiego, Marie Stopes International (MSI), Médecins du Monde, Oasis, Pathfinder, Population Council, Planned Parenthood Global, PRB, PSI et l'OMS. Ipas a rassemblé dans une feuille de calcul, disponible sur demande, le détail de toutes les activités relatives à la santé et aux droits sexuels et reproductifs que les ONG internationales mènent en Afrique francophone.

BÉNIN

Contexte

Le Bénin est un petit pays de 10,2 millions d'habitants, situé entre le Togo et le Nigéria sur la côte atlantique de l'Afrique de l'Ouest. La population du Bénin est très jeune, 43,3 % de sa population a moins de 15 ans, et l'autre 50 % a entre 15 et 54 ans²⁶. Au Bénin l'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 4,9 enfants par femme mais il existe des écarts importants en fonction de la richesse et du niveau d'éducation¹⁹. De nombreuses femmes au Bénin qui souhaitent éviter une grossesse n'utilisent cependant pas de méthodes modernes de contraception. Le taux de prévalence de la contraception au Bénin est faible, il est de 7,9 % en ce qui concerne les méthodes modernes de contraception et de 14 % pour la totalité des méthodes de contraception. Selon des chiffres de 2012, seulement 7 % des femmes mariées et 23 % des femmes célibataires sexuellement actives ont recours à des méthodes modernes de contraception. Un tiers des femmes mariées et la moitié des femmes célibataires sexuellement actives ont des besoins en contraception qui ne sont pas satisfaits. De tels taux représentent une augmentation substantielle par rapport aux chiffres de 2006, date à laquelle 27 % des femmes mariées et 35 % des femmes célibataires sexuellement actives indiquaient avoir des besoins en contraception non satisfaits. Malgré les



©Ipas. 2016. Conclusions de l'analyse situationnelle : *Besoins et opportunités pour une prise en charge des soins complets d'avortement en Afrique de l'Ouest francophone.*

efforts du gouvernement béninois pour promouvoir la planification familiale, il reste encore beaucoup à faire dans le pays pour atteindre l'objectif fixé et voir une augmentation de la prévalence de la contraception de manière à atteindre 20 % d'ici à 2018²⁷. Le taux de mortalité maternelle au Bénin est de 328 pour 100 000 naissances vivantes²⁸.

Systemes de santé

Le système de santé béninois a été décentralisé en 1995 et il comprend maintenant 77 communes de santé organisées en 34 zones de santé. Différents niveaux de soins sont fournis au niveau primaire dans les *Unités villageoises de santé*, les *Centres de santé d'arrondissement* et les *Centres de santé de commune*, qui sont supposés être le premier point de contact avec le système de santé. Au niveau intermédiaire, on trouve les *Hôpitaux de zone* et les *Centres hospitaliers départementaux* qui offrent un éventail limité de services spécialisés comme la pédiatrie et la gynécologie. Au niveau le plus élevé se trouvent les *Centres hospitaliers universitaires* qui sont les hôpitaux attachés à la faculté de médecine dans les grands centres urbains et qui offrent le niveau de soins le plus élevé.

L'établissement des priorités, la prise des décisions techniques, la planification stratégique et l'administration ont lieu au niveau central, c'est-à-dire au niveau du ministère de la Santé à Cotonou. Le département du ministère de la Santé chargé de la santé reproductive est la Direction de la santé de la mère et de l'enfant ou DSME. Cette direction est actuellement dirigée par la Dr Olga Agbohoun-Houinato, pédiatre de formation. La DSME tient tout particulièrement à réduire la mortalité maternelle au Bénin dans le cadre de l'OMD 5.

Il existe au Bénin un secteur privé de prestation de soins particulièrement actif qui comprend des ONG et des centres de santé religieux qui viennent s'ajouter à des cliniques privées à but lucratif. Ces établissements privés se concentrent toutefois dans la zone littorale atlantique du pays, autour et dans la capitale⁵. Le système de santé béninois repose en grande partie sur des frais directement à la charge des patients. En 2006, les frais à la charge des ménages couvraient 52 % des dépenses de santé alors que le reste provenait de l'État, de partenaires techniques et de donateurs extérieurs. Les dépenses de santé du gouvernement augmentent et le budget total de la santé a connu une hausse de plus de 75 % entre 2003 et 2008²⁹, mais malgré cette hausse le Bénin reste encore en-deçà de l'engagement pris à Abuja de consacrer 15 % de son budget annuel à la santé. Selon le Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018 (PNDS 2009-2018)³⁰ la santé ne représenterait que 8% de la totalité des dépenses du pays.

Les femmes au Bénin ont un « accès extrêmement limité » aux services de santé reproductive, une situation qui se doit principalement à la pénurie de prestataires de soins qualifiés et au mauvais fonctionnement des infrastructures et des équipements pour manque d'entretien⁵. Seulement 22,9 % de la population béninoise vit dans une zone où les besoins en matière d'obstétrique et de soins néonataux d'urgence sont couverts. Les donateurs extérieurs fournissent la majeure partie du financement consacré aux produits de santé reproductive comme les contraceptifs, même si le gouvernement béninois dispose d'une ligne budgétaire consacrée à la contraception dans son budget annuel. En 2013, la contribution du gouvernement à l'approvisionnement en produits de contraception représentait 120 000 dollars US, alors que celle des donateurs dépassait les 3 millions de dollars US.

Le ministère de la Santé en vue de réduire la mortalité maternelle a incorporé des stratégies de planification de santé sexuelle et reproductive, y compris des soins complets d'avortement, à différents documents de planification stratégique. La *Documentation des meilleures pratiques en santé de la reproduction au Bénin*, publiée en 2010 inclut les soins complets d'avortement parmi les meilleures

©Ipas. 2016. Conclusions de l'analyse situationnelle : *Besoins et opportunités pour une prise en charge des soins complets d'avortement en Afrique de l'Ouest francophone.*

pratiques pour réduire la mortalité maternelle. La prise en charge des soins complets d'avortement est également désignée comme un « axe stratégique » dans le Programme national pour la santé de la reproduction (PNSR)³¹ et le statut de la femme au Bénin. Le PNSR mentionne l'avortement comme l'une des causes de mortalité maternelle³⁰. Il existe également une Stratégie nationale pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale qui date de 2006 et qui mentionne l'interruption de grossesse au passage sans toutefois utiliser de vocabulaire spécifique à l'avortement. Cette stratégie identifie la présence de personnel qualifié lors de l'accouchement, les soins anténatals, l'amélioration des ressources humaines consacrées à la santé, les soins de santé communautaires et l'éducation sanitaire, entre autres, comme autant de domaines d'intervention prioritaire³².

Données sur l'avortement

Les études récentes sur l'avortement provoqué au Bénin sont très peu nombreuses mais le ministère de la Santé estime que 15 % de la mortalité maternelle est attribuable à des avortements non sécurisés⁴. Quelques études en milieu hospitalier réalisées au cours des dernières années ont démontré que les complications dues aux avortements non sécurisés et clandestins représentent toujours une menace conséquente pour la santé des femmes^{4,33,34}. L'étude la plus récente, de 2014, relative à l'avortement au Bénin est une étude sur cinq ans menée dans trois hôpitaux qui a révélé que 3 139 femmes avaient été hospitalisées pour des avortements incomplets, sur lesquels 630 n'avaient pas nécessité de soins, 1 277 avaient été traitées par AMIU et 537 par administration de misoprostol. L'âge gestationnel des femmes hospitalisées était principalement inférieur à 10 semaines (64 %), 14,9 % des autres patientes avaient une grossesse de 11 à 12 semaines, 13 % de 13 à 14 semaines et 8 % de 15 à 18 semaines³⁵.

Au Bénin, le Centre de recherche en reproduction humaine et en démographie (CERRHUD) en partenariat avec l'ABPF, l'affilié local de l'IPPF, a effectué en 2015 une étude qualitative sur l'avortement, la loi et la stigmatisation. Le rapport correspondant n'était toujours pas publié lors de la rédaction de la présente analyse mais devrait être pris en compte dans le cadre d'une prochaine évaluation de l'état de la recherche sur l'avortement au Bénin.

Il n'existe à l'heure actuelle aucune estimation fiable de l'ampleur des avortements non sécurisés. En 1997, une étude estimait le taux d'avortement à 1,5 pour 1 000 naissances vivantes³⁶, mais une étude sur l'ampleur de l'avortement serait très utile pour donner des informations plus précises sur la prévalence de l'avortement dans le pays. En outre, il n'existe aucune étude actuelle publiée sur l'attitude des femmes et des prestataires de soins par rapport à l'avortement ou sur le comportement des femmes qui cherchent à obtenir un avortement au Bénin.

Lois et politiques en matière d'avortement

Les lois qui réglementent l'avortement au Bénin ont été considérablement libéralisées au cours des quinze dernières années. Avant 2003, l'avortement était réglementé par le Code de déontologie médicale de 1973 qui spécifiait qu'au Bénin un avortement pouvait uniquement être pratiqué dans le but de sauver la vie de la femme et seulement si le médecin en charge avait consulté deux autres collègues médecins prêts à certifier par écrit que l'avortement était bien une nécessité thérapeutique³⁷. La section du code pénal béninois (fondée sur le code napoléonien de 1810) qui criminalise l'avortement est techniquement toujours en vigueur parce qu'elle n'a jamais été abrogée³⁷.

La première étape en vue d'assouplir la rigueur de ces restrictions est survenue en janvier 2003, lorsqu'une nouvelle loi relative à la santé sexuelle et reproductive a été adoptée. L'article 17 de cette loi emploie une terminologie plus progressive et parle d'interruption volontaire de grossesse ou d'IVG, et spécifie que l'IVG est légalement autorisée : 1) en vue de protéger la vie et la santé de la mère ; 2) en cas de viol ou d'inceste ; et 3) en cas d'anormalité grave du fœtus³⁸. Outre l'addition de ces nouvelles exceptions, cette loi élimine l'exigence relative au consentement de trois médecins.

Une autre mesure visant à améliorer la politique sur l'avortement au Bénin a été prise en 2011 lorsque le ministère de la Santé a publié, avec le soutien d'Ipas, le document : *Avortement médicalisé au Bénin : Guides et standards (2011)*. Ce document très détaillé, qui utilise un langage progressiste pour parler des droits de la femme et de l'interruption volontaire de grossesse (IVG), discute de l'importance de l'avortement médicalisé en matière de santé publique, de l'adoption d'un guide pour la pratique de l'IVG jusqu'à 12 semaines de gestation dans tous les établissements qui disposent d'un service gynécologique, et des compétences techniques nécessaires pour traiter les complications³.

Même si le passage à la Loi de 2003 sur la santé de la reproduction et le document, *Avortement médicalisé au Bénin : Guides et standards (2011)*, ont substantiellement réduit dans les textes les obstacles juridiques qui s'opposaient à la prise en charge de soins complets d'avortement au Bénin, ces politiques restent peu connues et mal comprises. Un membre de l'Association des femmes juristes du Bénin, n'était pas au courant qu'il existait une loi spécifique en matière d'avortement et se posait cette question : « Existe-t-il à l'heure actuelle dans le code de déontologie médicale des circonstances spécifiques imposant aux médecins d'aider une femme à avorter pour des raisons médicales ? » et d'ajouter : « C'est une chose que je ne saurais vous dire exactement ». Selon un spécialiste en gynécologie-obstétrique de très haut niveau et une autorité en matière d'avortement au Bénin, les textes d'application de la loi de 2003 n'ont jamais été rédigés et diffusés et il s'agit là de l'omission d'une étape indispensable. Alors que le document, *Avortement médicalisé au Bénin : Guides et standards (2011)*, a été signé par le ministre de la Santé, il n'a jamais fait l'objet d'une diffusion extensive et de nombreux prestataires de soins et fonctionnaires de santé ignorent complètement son existence. Même un fonctionnaire de la Direction de la santé de la mère et de l'enfant au sein du ministère de la Santé ignorait l'existence de ce document que son propre département avait rédigé avant son arrivée au ministère. Plusieurs répondants ont souligné que tous les efforts en vue de sensibiliser le public et faire connaître cette loi ainsi que le *Guides et standards* auprès de la population générale devraient tenir compte du taux très faible d'alphabétisation, particulièrement des femmes et particulièrement dans les zones rurales, et veiller à ce que tous les textes soient traduits dans les langues locales. Nous avons toutefois rencontré de nombreuses personnes bien éduquées et vivant en ville qui elles aussi ignoraient jusqu'à l'existence de cette loi et de ce document.

« Je suis sûr que si je demande à ma femme, elle ne pourra pas vous dire quel est le contenu de cette loi. C'est une intellectuelle, mais elle ne pourrait pas vous parler du contenu de cette loi parce qu'il n'existe pas de moyen efficace de diffuser ce type de lois » – Un gynécologue obstétricien de haut niveau, employé du ministère de la Santé.

Un gynécologue obstétricien de haut niveau explique que l'environnement juridique actuel est suffisant pour mettre en place une prise en charge des soins complets d'avortement et qu'une nouvelle réforme juridique n'est pas nécessaire ; ce sont uniquement les textes d'application qui font défaut. Son opinion restait toutefois minoritaire parmi nos répondants qui pour la plupart pensaient que même si de

nombreuses actions positives pouvaient être mises en place grâce à une meilleure compréhension et une meilleure application des lois actuelles, la mise en œuvre d'un programme de soins complets d'avortement ne pourraient pas avoir lieu sans réforme juridique additionnelle et à minima, sans la promulgation des textes d'application de la loi.

Prise en charge des soins après avortement

Il existe au Bénin plusieurs documents qui orientent la mise à disposition de soins après avortement et leur expansion à travers l'ensemble du pays. Le plus récent d'entre eux est la *Feuille de route Soins après avortement* pour la période de novembre 2013 à mai 2015 qui se fixait pour objectif de former 50 % des prestataires de soins dans 17 hôpitaux et 10 cliniques privées, ce qui selon l'algorithme officiel³⁹ devrait déboucher sur le traitement d'au moins 80 % des femmes ayant subi un avortement incomplet qui se présenteraient dans ces 27 établissements. Cette feuille de route a en outre pour objectif d'intégrer la planification familiale, le dépistage du VIH et d'autres soins de santé reproductive aux soins après avortement.



Comme le démontre amplement la *Feuille de route Soins après avortement* qui ne cible que 27 établissements sanitaires à travers l'ensemble du pays, les soins après avortement ne concernent toujours pas l'ensemble du territoire national peu s'en faut. Il reste encore à établir avec exactitude dans quelle mesure les femmes reçoivent bien systématiquement des soins après avortement. Les soins après avortement, par aspiration intra-utérine et par méthodes médicamenteuses, ont été introduits au programme de formation des médecins et des sages-femmes. Toutefois, selon l'une des dirigeantes de l'Association des sages-femmes du Bénin, les soins après avortement ne sont disponibles de manière systématique que dans les centres médicaux de niveau intermédiaire et tertiaire ; ils peuvent également être disponibles dans certains centres de santé primaire, mais uniquement si la sage-femme qui s'y trouve a été formée : « C'est entièrement une question de formation...les soins ne sont pas disponibles partout ».

Soins complets d'avortement

Le document, *Avortement médicalisé au Bénin : Guides et standards*, définit les niveaux auxquels certains services spécifiques d'avortement devraient être mis à disposition. Tous les centres de santé devraient être en mesure de pratiquer des AMIU, alors que les centres de santé intermédiaire (hôpitaux de zone) devraient être en mesure de proposer des AMIU, des avortements médicamenteux ainsi que des soins en cas d'avortement incomplet. Au niveau des hôpitaux universitaires, les avortements devraient être pratiqués tout au long du deuxième trimestre et c'est là que devraient être traitées les complications après avortement les plus graves qui ne peuvent pas être traitées ailleurs. Toutefois, de nombreux répondants ont exprimé des doutes sur la réalité de la mise à disposition de soins après avortement, sans parler d'IVG, dans les établissements publics de santé et particulièrement dans les zones rurales.

Il n'y a pas eu à ce jour d'évaluation en vue de déterminer dans quelle mesure des soins complets d'avortement sont réellement mis à disposition des femmes dans les établissements publics de santé. Un médecin réputé nous a fait part de son opinion qui diffère de celle de la majorité des personnes que nous avons interrogées. En effet, selon ce médecin, tous les médecins et toutes les sages-femmes au Bénin sont formés à la pratique des soins complets d'avortement, ce qui signifie qu'ils pratiquent également les soins complets d'avortement : « Qu'entendez-vous par soins complets d'avortement ? Parce que lorsque les gens parlent de soins complets d'avortement il s'agit d'avortements provoqués. C'est une manière détournée de le faire ». Un autre médecin réputé a exprimé catégoriquement une opinion différente et beaucoup plus courante, estimant qu'environ 75 % des femmes qui cherchent à obtenir un avortement provoqué dans un établissement public de santé sont renvoyées. La couverture des soins complets d'avortement dans les établissements publics de santé semble donc sporadique et dépend en grande mesure de l'attitude individuelle et du niveau de compétence du prestataire de soins que la femme rencontre.

Dans leur grande majorité, les répondants ont indiqué que la plupart des avortements ont lieu dans des cliniques privées ou administrées par des ONG. On sait peu de choses sur les cliniques privées qui offrent des soins d'avortement et sur les personnes qui les pratiquent dans ces endroits. Les répondants ont indiqué que la qualité des soins d'avortement était souvent directement proportionnelle aux moyens financiers de la femme qui cherche à les obtenir, les femmes les plus aisées sont en mesure d'obtenir des soins d'avortement dans des cliniques de qualité et bien équipées qui comptent sur des médecins et d'autres prestataires hautement compétents, alors que les femmes les plus pauvres sont contraintes de recourir à des cliniques dont les employés sont bien moins formés ou n'ont parfois même aucune formation officielle.

Avortements auto-provoqués

Outre les avortements pratiqués dans les établissements de santé, de nombreux avortements au Bénin sont provoqués par les femmes elles-mêmes en dehors du secteur formel de la santé. Dans les groupes de discussion, par exemple, les femmes ont expliqué que dans leurs quartiers il est fréquent que les femmes utilisent les tiges de certaines plantes insérées dans le col de l'utérus pour provoquer un avortement ou qu'elles boivent des tisanes faites à partir de feuilles, de racines ou d'autres produits naturels. Les femmes ont dit qu'elles apprenaient le plus souvent ces méthodes auprès d'amies, de voisines ou de guérisseurs traditionnels. Les participantes aux groupes de discussion ont admis que les plantes utilisées pour provoquer un avortement étaient faciles à trouver dans les villes et qu'elles pouvaient être achetées pour une centaine de francs CFA au marché.

Le misoprostol fait partie des médicaments enregistrés au Bénin et il a été inclus à la liste des médicaments essentiels en 2014 avec pour indication les cas d'avortement incomplet et d'hémorragie du postpartum. En 2007, préoccupé par l'usage non autorisé qui pourrait en être fait le ministère de la Santé aurait, selon un fonctionnaire de ce même ministère, passé le misoprostol dans la catégorie des médicaments uniquement disponibles sur prescription médicale. Les clients fictifs d'Ipas qui se sont rendus dans dix pharmacies à Cotonou ont confirmé qu'il était très difficile pour les femmes d'acheter du misoprostol en pharmacie sans ordonnance. Notre cliente fictive béninoise a été renvoyée des six pharmacies dans lesquelles elle s'était rendue et elle a considéré que les pharmaciens avaient eu à son égard un discours plein de préjugés et stigmatisant pour lui refuser ce médicament. Cependant, une visite

faite à une pharmacie par une cliente fictive américaine d'origine caucasienne s'est terminée tout à fait différemment, et le pharmacien lui a proposé de lui vendre une boîte de 60 comprimés de misoprostol.

Même s'il est difficile pour la plupart des femmes d'obtenir du misoprostol en pharmacie, ce médicament est facilement disponible dans les marchés de Cotonou. La même cliente fictive à qui le misoprostol avait été refusé dans les pharmacies a été capable de s'en procurer très facilement auprès de trois commerçantes sur le marché. Plusieurs autorités en matière de santé reproductive au Bénin ont exprimé leur préoccupation concernant la pharmacovigilance et la circulation de médicaments contrefaits venant du Nigéria voisin. Ils s'interrogeaient également sur le degré d'efficacité de médicaments exposés à la lumière du soleil et conservés sur les marchés dans des conditions défavorables.

« Si je prends le cas du Cytotec, il est possible d'en trouver sur les marchés. Mais il n'est pas bon parce que les conditions de stockage sont mauvaises et qu'il est exposé à la lumière du soleil ». – Une dirigeante de l'Association des sages-femmes du Bénin.

Même si le misoprostol est disponible sur les marchés, la plupart des répondants semblaient penser que de manière générale la majorité des femmes connaissaient peu ou mal ce médicament ainsi que son mode d'utilisation. Son utilisation est perçue comme étant plus courante parmi les femmes jeunes vivant en milieu urbain qui ont un niveau d'éducation plus élevé et qui sont susceptibles d'entendre parler de ce médicament par leurs amies. Il semblerait beaucoup moins probable que des femmes moins éduquées, plus âgées et qui vivent en dehors des zones urbaines connaissent le misoprostol et soient en mesure d'y recourir. La cliente fictive béninoise, une étudiante universitaire progressiste qui fait du bénévolat à l'ABPF, l'affilié béninois de l'IPPF, ne connaissait pas le misoprostol avant de débiter sa mission de cliente fictive.



« Depuis un certain temps déjà, il y a des gens qui connaissent un peu le miso. Ce sont plutôt des jeunes femmes, elles se débrouillent pour en trouver et alors elles le prennent ». – Un fonctionnaire du ministère de la Santé.

Le statut officiel de la mifépristone est mal défini. Ce médicament n'est pas officiellement enregistré dans la liste des médicaments essentiels et il n'est pas fourni par CAMEG, la centrale gouvernementale d'achat des médicaments essentiels génériques et des consommables médicaux. Néanmoins la mifépristone est spécifiquement mentionnée dans le document, *Avortement médicalisé au Bénin : Guides et standards*, avalisé par le ministère de la Santé. Forte de cet élément démontrant que la mifépristone est autorisée au Bénin, l'ABPF (Association béninoise pour la promotion de la famille, l'affilié local de l'IPPF) a été en mesure d'obtenir une licence d'importation pour la Medabon. Une étude pilote sur la Medabon était en cours à l'ABPF et dans deux hôpitaux de Cotonou au moment où nous menions la présente analyse

©Ipas. 2016. Conclusions de l'analyse situationnelle : *Besoins et opportunités pour une prise en charge des soins complets d'avortement en Afrique de l'Ouest francophone.*

situationnelle. Il semblerait toutefois qu'en dehors de ces trois établissements sanitaires, la mifépristone ne soit pas disponible au Bénin.

Engagement communautaire

L'engagement communautaire en faveur de l'avortement au Bénin reste relativement faible. Une des dirigeantes de l'Association des femmes juristes du Bénin, par exemple, a indiqué qu'elle n'avait jamais envisagé ou été sollicitée pour participer à des activités de plaidoyer en faveur de l'avortement alors que son association avait travaillé sur des sujets comme celui de la violence sexuelle et sexiste. L'équipe d'Ipas n'a pas été en mesure de découvrir d'autres groupes de la société civile ou d'autres ONG, à part l'ABPF, actifs sur la question de l'avortement. Il existe cependant, plusieurs associations professionnelles qui travaillent dans le domaine de l'avortement au Bénin. Les associations locales, régionales et internationales de gynécologie et d'obstétrique travaillent sur la question de l'avortement au Bénin. Elles dirigent des études et fournissent une assistance technique importante à la Direction de la santé de la mère et de l'enfant (DSME). L'Association des sages-femmes du Bénin, elle aussi a été active dans la promotion d'une expansion de l'accès à l'avortement. Elle mène dans ce domaine des activités cliniques de formation des sages-femmes et participe également à des activités de plaidoyer.



Même si pratiquement tous les répondants importants ont cité la nature sensible et controversée de l'avortement qui selon eux resterait un sujet tabou, les attitudes exprimées par les femmes dans les groupes de discussion semblaient être beaucoup plus décontractées. Les participantes aux discussions ont très rarement invoqué le langage chargé et stigmatisant qu'ont utilisé des répondants plus professionnels et ont parlé ouvertement et sans à priori de leurs propres expériences en matière d'avortement, des endroits où il est possible d'obtenir des plantes et des médicaments, et

généralement de l'avortement comme de quelque chose qui fait partie de leur vie et de leurs communautés. Les femmes dans les deux groupes de discussion menés au Bénin ont très rapidement atteint un consensus selon lequel l'avortement devrait être légalisé et sécurisé.

Organisations

Les organisations internationales travaillant au Bénin sont moins nombreuses que dans la majorité des autres pays d'Afrique de l'Ouest. Outre l'ABPF, l'ONG PSI opère un programme de marketing social, mais aucune autre ONG internationale n'est actuellement activement impliquée dans un travail lié à l'avortement ou plus généralement à la santé sexuelle et reproductive. Il existe toutefois un petit nombre d'organisations locales actives dans la promotion de la santé sexuelle et reproductive comme l'Association Béninoise des Sages-Femmes (ABSF) et CeRadis, une organisation qui se consacre activement à la prévention du VIH/Sida au Bénin. Parmi les organisations internationales multilatérales et les donateurs actifs au Bénin, il faut citer entre autres l'UNFPA, l'OMS, USAID, l'AFD et KfW, une banque de développement appartenant au gouvernement allemand.

Volonté politique et engagement à mettre en place des soins complets d'avortement

La volonté politique relative à la prise en charge des soins d'avortement au Bénin semble prometteuse, même si des difficultés persistent. Il existe une nouvelle coalition avec à sa tête la Directrice de la Direction de la santé de la femme et de l'enfant, Dr Olga Agbohoui-Houinato, déterminée à étendre la loi sur l'avortement et à étendre l'accès des femmes aux soins. La docteure Agbohoui-Houinato est partisane d'aborder l'avortement à partir d'une perspective de santé publique et elle encourage son département à faire de même. Il existe au Bénin un groupe restreint et étroitement uni de défenseurs du droit des femmes à l'avortement qui sont tout à fait impressionnants par leur soutien et parmi lesquels on trouve des gynécologues-obstétriciens réputés, des sages-femmes, des administrateurs de santé et d'autres personnes responsables d'avancées importantes qui ont culminé par la publication du document, *Avortement médicalisé au Bénin : Guides et standards*. Toutefois, le fait que ce document n'ait pas été largement diffusé et appliqué semble indiquer qu'il existe encore des obstacles importants et des étapes à franchir pour étendre l'accès aux soins à toutes les femmes.

En outre de nombreux autres obstacles persistent. La stigmatisation sociale et l'opposition religieuse restent fortes. Il n'existe actuellement aucun programme formel de soins complets d'avortement que ce soit au niveau gouvernemental ou communautaire. Le soutien du gouvernement n'est pas solide. Le Président de la République a été approché par des groupes de pression mais il a jusqu'ici refusé d'apporter son aval au droit à l'avortement et il reste favorable à la criminalisation de l'avortement. Nous savons que plusieurs responsables de haut niveau au sein des ministères ne sont pas en faveur d'une expansion de l'accès à l'avortement. L'église catholique et les groupes musulmans se sont vivement opposés à l'expansion de l'accès à l'avortement et ils ont réussi par le passé à freiner toute tentative de libéralisation de la politique dans ce domaine.

Le ministre de la Santé antérieur a démontré son soutien au droit à l'avortement dans la préface du document, *Avortement médicalisé au Bénin : Guides et standards*, en écrivant : « Pour remédier à [la mortalité maternelle résultant des avortements à risque], et compte tenu de sa part de responsabilité dans l'approche des OMD qui viennent à échéance, le ministère en charge de la Santé au Bénin se doit de prendre des actes concrets comme l'utilisation du misoprostol et de la mifépristone nécessaires à un avortement médicalisé³ ». L'opinion du ministre de la Santé actuel, Dorothée Akoko Kindé Gazard, est moins claire. Un programme du ministère de la Santé de « lutte contre l'avortement provoqué » a débuté en 2011 et incluait une composante destinée à « garantir le droit de l'enfant à la vie dès la conception⁴⁰ ». Le représentant du Dr Gazard était présent lors du lancement de ce programme, mais elle n'a elle-même jamais exprimé publiquement sa position par rapport à l'avortement. Lors d'une interview qu'elle a donné à l'ONG PSI, elle a parlé de la santé maternelle comme d'un domaine prioritaire d'intervention, mais sans toutefois mentionner spécifiquement ni l'avortement ni les soins après avortement⁴¹.

Possibilités de prise en charge des soins complets d'avortement

Des mesures concrètes peuvent être prises en vue d'améliorer l'accès et la qualité des soins complets d'avortement dans l'ensemble du Bénin. Au plan politique, il est impératif de renforcer et d'articuler la volonté politique ainsi que le soutien du gouvernement. Le document *Guides et standards* doit être révisé de manière à en garantir la conformité avec le document publié par l'OMS en 2012, *Avortement sécurisé: Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, deuxième édition*, et avec d'autres données cliniques plus à jour. Les *Textes d'application* de la loi sur la santé de la reproduction

doivent être rédigés et promulgués. Il est impératif de faire connaître la loi, les standards et les directives, et de les diffuser extensivement auprès des responsables ministériels, des administrateurs de santé, des prestataires de soins, des professionnels de santé, des juristes et des groupes communautaires, et le système de santé doit assumer la responsabilité de leur mise en œuvre.

Le système de santé peut articuler et adopter un programme de soins complets d'avortement centré sur la femme regroupant tous les éléments essentiels, et notamment l'évacuation utérine par méthodes médicamenteuses et par aspiration, et garantir le droit aux soins à toutes les femmes, y compris aux plus jeunes. Il est possible de mettre en place une chaîne d'approvisionnement en médicaments et équipements fiable pour assurer la disponibilité de médicaments abortifs et d'AMIU dans les établissements sanitaires. Assouplir l'obligation de fournir une ordonnance pour obtenir des médicaments abortifs pourrait aider les femmes à se procurer plus facilement du misoprostol dans les pharmacies où la qualité du médicament peut être garantie. Il existe au niveau communautaire de nombreuses possibilités pour sensibiliser la population aux soins après avortement, à l'avortement sécurisé de manière générale et plus spécifiquement à l'utilisation du misoprostol pour que les femmes ne soient pas aussi dépendantes d'autres méthodes plus dangereuses ou qu'elles soient réduites à tenter elles-mêmes de provoquer un avortement ; il est essentiel de faire en sorte que les femmes sachent où aller pour obtenir des soins après avortement et des soins d'avortement sécurisé. Établir un partenariat avec des groupes de femmes comme l'Association de femmes juristes, qui ne sont pas encore impliquées dans des efforts de plaidoyer en faveur de l'avortement pourrait donner plus d'amplitude et de notoriété au débat. Il est possible d'éduquer les femmes pour qu'elles connaissent leurs droits aux termes de la loi actuellement en vigueur, et les groupes de femmes peuvent exiger du gouvernement qu'il rende des comptes et mette à disposition des soins sécurisés et de qualité. Traduire la loi dans les langues locales et utiliser la radio ainsi que d'autres médias pour atteindre un plus grand nombre de femmes font partie des stratégies à développer.

Il serait également important de mettre en relation les acteurs clés au Bénin avec des collègues qui ont réussi à intégrer la prise en charge des soins complets d'avortement à leurs systèmes de prestation de soins et à leurs activités de mobilisation communautaire dans des pays culturellement et juridiquement comparables. Il est d'ores et déjà prévu de mettre en relation nos collègues du Bénin et d'autres pays d'Afrique de l'Ouest francophone avec leurs homologues au Ghana, et de faire voyager un groupe de délégués pour qu'ils puissent observer l'expérience ghanéenne et apprendre en voyant le programme de soins complets d'avortement qui a été mis en place dans ce pays.

Partenariats stratégiques pour la prise en charge des soins complets d'avortement

La DSME, l'organe gouvernemental chargé de s'occuper de la question de l'avortement et des soins après avortement alliée à la nouvelle coalition pour la défense du droit à l'avortement, pourrait collaborer à la mise en œuvre de soins complets d'avortement dans le pays. L'engagement auprès des associations de cliniciens professionnels, particulièrement celles des gynécologues obstétriciens et des sages-femmes est essentiel dans la mesure où ces groupes sont très respectés et qu'ils sont considérés comme les experts déterminants sur les questions de santé reproductive dans le pays. L'ABPF est l'ONG de pointe dans le domaine du plaidoyer en faveur de la prise en charge des soins complets d'avortement au Bénin, il s'agit donc là d'un partenaire vital. D'autres partenaires stratégiques nouveaux sont également nécessaires. Réussir à recruter la participation des groupes de femmes et des groupes de juristes pourrait également ajouter une dimension supplémentaire à un mouvement jusqu'ici dominé par les professionnels de la santé. En vue d'améliorer les normes et les attitudes par rapport à l'avortement, il serait essentiel également de réussir à engager un dialogue constructif avec les médias et les chefs religieux.

Contraintes et mise en garde concernant la prise en charge de soins complets d'avortement

Même si le Bénin est considéré comme l'un des pays les plus stables d'Afrique de l'Ouest francophone, les élections présidentielles prévues pour 2016 pourraient potentiellement s'avérer disputées, voire litigieuses. Le président actuel, Monsieur Boni Yayi ne peut pas être réélu, mais certains opposants le soupçonnent de chercher à modifier la Constitution afin de pouvoir briguer un mandat supplémentaire, une accusation que Yayi réfute. Mais jusqu'ici peu d'éléments concrets semblent venir confirmer ces craintes.

L'église catholique, les dirigeants musulmans ainsi que d'autres secteurs qui rejettent l'avortement pour des motifs moraux et religieux sont des opposants farouches. Nos répondants n'étaient pas d'accord sur le degré d'organisation de l'opposition à l'avortement. Des notions profondément enracinées concernant la maternité, le rôle des hommes et des femmes et la sexualité des femmes sont des facteurs qui rendent le sujet de l'avortement particulièrement sensible dans l'ensemble du pays et de la région.

BURKINA FASO

Le Burkina Faso est un pays enclavé qui se trouve en Afrique de l'Ouest, dans la ceinture sahélienne, et qui compte une population d'approximativement 18 millions d'habitants ; environ la moitié des habitants ont entre 15 et 54 ans. Le pays a subi une série de coups d'état depuis son indépendance en 1960, dont le plus récent a eu lieu en 2015. C'est un gouvernement démocratiquement élu qui se trouve actuellement au pouvoir.

Le Burkina Faso a l'un des indices synthétiques de fécondité les plus élevés dans le monde, et la fécondité a encore augmenté entre les Enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 2003 et de 2010. Selon l'EDS de 2010, l'indice synthétique de fécondité pour l'ensemble de la population serait de 6,0 et il atteindrait 7,1 pour les femmes appartenant au quintile de richesse le plus bas. La prévalence contraceptive est faible, elle plafonne à 16,2 % pour l'ensemble du pays alors qu'elle atteint seulement 7,4 % pour les femmes appartenant au quintile de richesse le plus bas⁴². Les besoins en planification familiale non couverts sont estimés à 17,8 %.

L'avortement a mieux été étudié au Burkina Faso que dans la plupart des autres pays d'Afrique de l'Ouest, tant d'un point de vue clinique que d'un point de vue social. *Gynuity Health Projects* a mené plusieurs études cliniques sur l'utilisation du misoprostol au Burkina Faso, et notamment l'une d'entre elles datant de 2012 qui a contribué à établir la base des preuves sur la sécurité et l'efficacité du misoprostol dans le traitement des avortements incomplets dans des situations de précarité des ressources. Le corps enseignant du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouedraogo a établi que le taux des avortements non sécurisés dans cette établissement était à 1 pour 47 accouchements accompagné d'un taux de mortalité de 24 % parmi les femmes qui présentaient des complications lorsqu'elles arrivaient pour recevoir des soins^{23,43}. Plusieurs chercheurs de l'Institut supérieur des sciences de la population de l'université de Ouagadougou ont également mené des études sur l'avortement, indépendamment ou en collaboration avec le *Guttmacher Institute*⁶. La plus récente de ces études a montré une augmentation de l'incidence de l'avortement au Burkina Faso, qui est passée de 87 000 avortements pour l'ensemble du pays en 2008 à 105 000 en 2012⁶. Le nombre d'avortements est plus élevé dans les zones urbaines, avec un taux d'avortements national de 25 pour 1000 femmes qui atteint jusqu'à 28 pour 1000 dans la capitale Ouagadougou⁶. Environ 50 % des avortements sont suivis de complications et sur les femmes qui présentent des complications, 40 % seulement d'entre elles reçoivent des soins après avortement²⁴. Un tiers seulement des femmes au Burkina savent que l'avortement est légalisé dans certains cas, et de ce fait pratiquement tous les avortements sont des avortements clandestins. La stigmatisation de l'avortement est un phénomène important ainsi que la crainte d'être poursuivie, les femmes en conséquence évitent de recourir au système de santé officiel. Sur la totalité des avortements pratiqués, 41 % le sont par des praticiens traditionnels, 33 % par les femmes elles-mêmes, et seulement 25 % par des sages-femmes et des auxiliaires de santé, et 3 % par des médecins. Les femmes pauvres sont les plus exposées aux méthodes dangereuses, et environ 40 % des



Photo de l'Institut Olvido (CC BY-SA 4.0)

©Ipas. 2016. Conclusions de l'analyse situationnelle : *Besoins et opportunités pour une prise en charge des soins complets d'avortement en Afrique de l'Ouest francophone.*

avortements sont provoqués à l'aide de « potions » contenant des substances comme de l'eau de javel^{6,25,44}.

Une étude ethnographique récente portant sur les mécanismes de prise de décision en matière d'avortement à Ouagadougou a découvert que « les femmes les plus pauvres paient toujours plus (tant en termes de coûts que de conséquences), attendent plus longtemps pour obtenir un avortement, et sont davantage exposées aux risques inhérents à l'avortement non sécurisé » comparé à leurs congénères plus aisées. Cette étude a également découvert que les femmes qui souffrent de complications suite à un avortement attendent avant de se présenter pour obtenir des soins par peur d'être stigmatisées dans les établissements de santé, ou poursuivies en justice. Cette stigmatisation qui se traduit souvent par un manque de respect ou des comportements abusifs de la part des prestataires des soins incite les femmes à retarder le moment d'obtenir des soins dans l'espoir de voir leurs problèmes se résoudre d'eux-même²⁴. Une autre étude récente a confirmé que le coût élevé de l'avortement était un obstacle conséquent pour les femmes pauvres et concluait « que les frais associés à l'avortement provoqué étaient catastrophiques⁴⁵ ».

Selon le ministre de la Santé du Burkina Faso, l'avortement non sécurisé est la cause de 28,7 % de la mortalité maternelle globale dans le pays, ce qui représente une proportion très élevée⁴⁶.

Même si l'on dispose d'un faisceau de preuves considérables sur les coûts sanitaires, sociaux et financiers que représente l'avortement non sécurisé pour les femmes au Burkina Faso, la majorité de ces études se fondent uniquement sur Ouagadougou et Bobo Dioulasso, et l'on sait peu de choses sur la situation de l'avortement en dehors de ces zones urbaines. Il serait utile d'obtenir des informations sur l'avortement dans l'ensemble du pays sur lesquelles étayer les stratégies nationales et la planification de programmes.

Politique

Les articles 383 à 390 du code pénal burkinabe interdisent l'avortement sauf pour préserver la vie ou la santé de la mère, en cas de viol ou d'inceste, et si le fœtus présente une anomalie grave et incurable (et à condition que deux médecins, dont l'un au moins exerce dans une structure sanitaire publique, soient prêts à attester). En cas de viol ou d'inceste, l'avortement est permis jusqu'à 10 semaines de gestation⁴⁷. Une loi relative à la santé de la reproduction (Loi n°049-2005/AN) a été adoptée en 2005 et l'article 25 de cette loi confirme les conditions imposées par le code pénal et spécifie que l'interruption de grossesse doit avoir lieu dans des conditions sécurisées. En cas de viol ou d'inceste, la cause doit être établie par le ministère public.

Il existe des plans stratégiques destinés à garantir la disponibilité de produits relatifs à la contraception et à la santé reproductive (2006/2015), mais dans aucun d'entre eux ne sont mentionnées ou prévues les fournitures médicales liées à l'avortement. Le Burkina Faso compte un certain nombre de programmes et de plans visant la réduction de la mortalité maternelle, parmi lesquels, un « Plan stratégique relatif à la mortalité maternelle », une « Feuille de route sur la réduction de la mortalité maternelle », des programmes liés à l'OMD5, une Campagne d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle (CARMMA) et une Stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD). Les Politiques, normes et protocoles (PNP) sanitaires comportent un volet relatif aux soins après avortement, et la stratégie nationale de prise en charge des soins complets d'avortement fixe clairement des directives dans ce domaine et inclut une section sur les droits de la femme⁴⁸. Le programme Evidence2Action a été actif au Burkina Faso au cours des dernières années et soutient l'expansion et le renforcement de programmes de prise en charge des soins complets d'avortement⁴⁹.

Le protocole national relatif aux soins après avortement spécifie que l'AMIU peut être utilisée dans les soins après avortement jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée. Depuis 2013, le misoprostol a été approuvé pour les soins de l'hémorragie du postpartum mais son usage n'a pas été étendu aux soins après avortement. Après 12 semaines de grossesse, le protocole prescrit le recours au curage, au curetage, à l'aspiration électrique ainsi qu'à l'administration d'oxytocin après dilatation du col de l'utérus. Le protocole prévoit également une augmentation des soins en fonction de l'âge gestationnel, un accompagnement et la mise à disposition de services de contraception lors des soins après avortement (une exigence difficile à remplir au niveau des centres de santé primaire dans la mesure où ceux-ci se trouvent fréquemment en rupture d'approvisionnement de produits de planification familiale), et l'intégration à d'autres services de santé reproductive. Il convient de remarquer que ce document comprend une section intitulée « Droits de la femme » qui affirme que « le droit à la santé est inscrit dans la Constitution du Burkina Faso, indépendamment de l'âge, de la religion, du sexe, etc... et que les patientes ont le droit de discuter de leurs préoccupations et de leur état de santé dans un environnement où elles se sentent en confiance et avec un technicien de santé⁴⁶ ».

Systèmes de santé

Le système de santé du Burkina Faso a été décentralisé en 1993, et il comprend maintenant 63 districts sanitaires distincts. Le niveau de soins le plus élémentaire est dispensé dans les centres de santé et de promotion sociale (CSPS), et il en existe aujourd'hui environ 1200 pour l'ensemble du pays, alors qu'il n'y en avait qu'environ 800 en 2000⁵⁰. Le niveau intermédiaire de soins est dispensé dans les centres médicaux avec antennes chirurgicales (CMA) qui reçoivent les patients qui nécessitent des soins de niveau plus conséquent et qui sont transférés par les CSPS. Il y a 41 CMA dans l'ensemble du pays (à noter que même s'ils sont qualifiés d'antennes « chirurgicales » ces centres ne disposent pas tous de services de chirurgie). Les établissements du niveau tertiaire sont les centres hospitaliers régionaux (CHR) et les centres hospitaliers universitaires (CHU). Le Burkina Faso compte neuf CHR et trois CHU. Outre ces structures sanitaires publiques, il existe également un certain nombre de centres de santé privés religieux ou affiliés à des ONG. L'église catholique est en charge de plusieurs hôpitaux importants ainsi que de cliniques plus petites, des ONG comme l'ABBEF et Marie Stopes ont des cliniques de santé reproductive. Il existe également des cliniques privées à but lucratif (principalement regroupées dans les grands centres urbains).

La division de la santé de la famille du ministère de la Santé et sa sous-direction, la division de la santé maternelle et infantile sont les principales entités responsables des services de santé sexuelle et reproductive au Burkina Faso, même si d'autres directions comme la direction de la santé des adolescents, des jeunes et des personnes âgées (DASPAJ), la direction de la santé communautaire (DSC), la direction générale de la protection sanitaire (DGPS) et l'école nationale de santé publique (ENSP) ont également un certain niveau d'implication dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. En dehors du ministère de la Santé, la direction de la politique de la population (qui dépend du ministère des Finances) est également responsable de questions relatives à la santé reproductive.

Les ruptures d'approvisionnement et le manque d'accès sont des problèmes courants, mais plusieurs plans stratégiques sont en place au Burkina Faso pour tenter d'améliorer la sécurité contraceptive et augmenter l'accès aux soins de santé reproductive. Le Plan stratégique de sécurisation des produits de la santé de la reproduction et le Plans stratégique de sécurisation des produits contraceptifs (2006/2015)¹⁸ sont les deux plans les plus importants dans ce domaine. Tous deux abordent la santé reproductive de manière générale sans toutefois mentionner de manière explicite ou incorporer l'approvisionnement des produits liés à l'avortement dans leur stratégie.

En 2001, le Burkina Faso a signé la Déclaration d'Abuja, et s'est engagé à augmenter le financement public consacré à la santé de manière à ce qu'il représente au moins 15 % du budget annuel de l'État. Le Burkina Faso a depuis rempli cet engagement, et le budget de la santé qui représentait seulement 7 % du budget total en 2000, est passé à 12 % en 2007, et à 15% en 2009 (toutefois depuis 2008 ces pourcentages incluent des dépenses liées à la santé d'autres ministères que celui de la Santé³⁰). Depuis 2008, le gouvernement du Burkina Faso a inclus un poste dans son budget annuel destiné à l'achat de produits de contraception. En 2013, ce poste représentait 500 millions de Francs CFA (environ 1 millions de dollars US).

Les sages-femmes sont responsables de la prestation de la majorité des soins liés à la santé reproductive dans le pays. Selon les statistiques du ministère de la Santé pour 2008, les complications liées à l'avortement représentaient 6,3 % des femmes qui se présentaient pour obtenir des soins dans les établissements qui dispensent des soins maternels au niveau des districts et 11,6 % de celles qui se présentaient pour obtenir des soins au niveau des hôpitaux⁵⁰. Le misoprostol a été ajouté à la liste nationale des médicaments essentiels et le recours à l'AMIU dans le cadre des soins après avortement compte sur le soutien de la Direction de la santé maternelle et de l'enfant (une subdivision de la Division de la santé de la famille). Les soins après avortement font partie de la Stratégie nationale pour la Santé⁴⁸. Depuis 2013, le misoprostol a été approuvé, mais uniquement pour le traitement des hémorragies du postpartum. La mifépristone ne figure actuellement sur aucune des listes officielles de médicaments ou de médicaments fournis par CAMEG (l'organe gouvernemental chargé de l'approvisionnement centralisé en médicaments⁵¹). La Medabon (une association de misoprostol et de mifépristone) n'est disponible actuellement qu'en quantités limitées auprès de l'Association burkinabé pour le bien-être familiale (ABBEF), l'affilié de l'IPPF à Ouagadougou, dans le cadre d'un programme pilote qui fonctionne depuis 2013.

Communauté

L'ABBEF a initié un programme en 2008 appelé *Projet de prise en charge complète de l'avortement* (PCCA). Les méthodes mises à disposition dans le cadre de ce programme incluent l'AMIU, le misoprostol et la Medabon. Le prix de ces services s'élève à 3000 Francs CFA (6 dollars US), et ils incluent la mise à disposition d'une méthode contraceptive après avortement ainsi qu'en fonction des besoins, des analgésiques et des antibiotiques. En 2009, Marie Stopes International (MSI) a ouvert à Ouagadougou une clinique de soins de santé reproductive ainsi qu'un programme de commercialisation sociale. En 2013, « Misoclear », la marque déposée par MSI pour le misoprostol, a été introduite au Burkina Faso et approuvée pour le traitement des hémorragies du postpartum et pour les soins après avortement⁵².

Il existe un grand nombre d'autres organisations internationales qui travaillent actuellement dans le domaine de la santé reproductive au Burkina Faso, et notamment *Family Care International*, *Jhpiego*, *EngenderHealth*, le *Population Council*, GIZ, USAID, l'UNFPA, AFD, l'OMS, PSI, Médecins du Monde, Equilibres et Populations, et *Pathfinder International*. Plusieurs de ces organisations participent et contribuent à un Comité du pilotage pour la planification familiale qui a été créé en 2011 en collaboration avec le ministère de la Santé en vue d'aider le Burkina Faso à remplir les engagements pris par le pays dans le cadre du Partenariat de Ouagadougou. Plus récemment, un réseau partenaire chargé spécifiquement de plaider en faveur du droit à l'avortement a été créé sous la direction de membres de l'Association des femmes juristes du Burkina Faso. Le Burkina Faso compte sur un groupe d'activistes et défenseurs dans le domaine médical et la recherche universitaire qui soutient une extension des droits à

l'avortement, mais au sein de la communauté en général les actions relatives à l'avortement restent encore très limitées. On peut espérer que ce nouveau réseau partenaire de plaidoyer réussira à changer cette situation.

SÉNÉGAL

Contexte

Le Sénégal est un petit pays situé sur la côte atlantique de l'Afrique de l'Ouest. Il compte une population totale de 14 130 000 habitants dont 45,5 % a moins de quinze ans, et l'autre 51 % a entre 15 et 54 ans. L'espérance de vie globale à la naissance est de 63 ans. Quarante-trois pourcent de la population vit dans les zones urbaines, et le taux d'urbanisation annuelle est de 3,59 %. L'âge moyen des mères lors de leur première naissance est de 21,4 ans.



© 2014 Photo Jonathan Torgovnik/Reportage Getty Images

L'indice synthétique de fécondité au Sénégal est de 5,3 enfants par femmes, il augmente à 6,3 dans les zones rurales et tombe à 4,1 dans les zones urbaines. Le taux de mortalité maternelle est de 320 pour 100 000 naissances vivantes, et la prévalence globale de la contraception est de 17,8 % pour l'ensemble du pays. Environ un tiers des grossesses sont non voulues et près d'un quart d'entre elles se terminent par un avortement induit.

Les auteurs d'une étude récente du *Guttmacher Institute* ont démontré qu'environ 51 500 avortements auraient été pratiqués au Sénégal en 2012, et que 32 % de ces avortements auraient été suivis de complications nécessitant un traitement dans un établissement sanitaire. Au Sénégal, l'indice d'avortement est de 17 pour 1000 femmes en âge de procréer (de 15 à 44 ans), le ratio d'avortements est de 10 pour 100 naissances vivantes. Les avortements semblaient être plus courants dans la capitale Dakar que dans le reste du pays, et ce sont les femmes pauvres qui présentaient le plus de complications dues à des avortements non sécurisés et elles avaient également moins de probabilité d'obtenir des soins médicaux que les femmes plus aisées. Selon cette étude, seulement 44 % des femmes pauvres vivant en milieu rural avaient été traitées pour leurs complications face à 86 % des femmes aisées vivant en milieu urbain.

Il existe au Sénégal un programme national de soins après avortement, mais les produits et équipements nécessaires ne sont pas toujours disponibles, et seulement 42 % des femmes qui souffrent de complications suite à un avortement reçoivent les soins dont elles ont besoin. Il y a eu au Sénégal plusieurs cas d'infanticides très médiatisés, probablement liés à l'absence de soins d'avortement sécurisé. La question de l'équité demeure un problème, des médecins privés hautement qualifiés demandent jusqu'à 375 dollars US pour des soins d'avortement pratiqués en toute sécurité, alors que les femmes pauvres incapables de déboursier des sommes aussi conséquentes restent livrées à elles-mêmes pour obtenir un avortement.

Les adolescentes sont considérées comme particulièrement vulnérables dans un contexte caractérisé par la pauvreté, le manque d'information et le chômage. Selon les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) les adolescentes âgées entre 15 et 19 ans représentent 15,3 % de la totalité des grossesses, et la

prévalence de la contraception parmi ce groupe d'âge est de 4,7 %. Les auteurs d'une étude menée en 2005 ont découvert qu'au Sénégal les grossesses précoces, les IST, le VIH et l'avortement non sécurisé représentaient des problèmes graves chez les adolescentes mais que les jeunes étaient réticentes et hésitaient à s'adresser aux services officiels de santé par peur de la stigmatisation, de la honte et de l'attitude négative des prestataires de soins envers elles.

Politique

Les lois en matière d'avortement au Sénégal ne sont pas entièrement claires et cohérentes mais font partie des plus restrictives de la région, et même du monde. Selon l'article 305 du code pénal et la loi de santé de la reproduction, l'avortement est pénalisé en toutes circonstances sans aucune exception et il n'est pas permis de le considérer comme une forme de contraception. Une nouvelle loi de santé de la reproduction a été adoptée en 2005, et le projet de loi a fait l'objet d'une controverse considérable lors de sa préparation. Dans sa forme définitive, aucun des termes de cette loi ne libéralise l'avortement ou ne prévoit des exceptions pour préserver la vie ou la santé de la mère, en cas de viol, d'inceste ou d'anormalité du fœtus.

Toutefois, l'article 35 du code de déontologie médicale prévoit qu'il peut être procédé à un avortement thérapeutique « si cette intervention est le seul moyen susceptible de sauvegarder la vie de la mère ». Le code spécifie plus loin que l'intervention ne peut avoir lieu que si le médecin prescripteur obtient une attestation écrite de deux autres médecins consultants et que l'un au moins de ces deux médecins est désigné sur la liste des experts près du tribunal.

Un projet de réforme juridique figure au programme du ministère de la Santé, qui en 2013 a mis en place une *Task Force* pour travailler à la légalisation de l'avortement sécurisé en collaboration avec plusieurs groupes de la société civile. Cette task force regroupe différents experts, juristes, sociologues, médecins, sages-femmes, journalistes, défenseurs des droits humains, chercheurs et universitaires, qui ont été réunis pour mener un plaidoyer pour la réforme du code pénal et de la loi sur la santé de la reproduction en vue d'étendre la prise en charge de l'avortement médicalisé. La task force a élaboré un projet de texte conforme au Protocole de Maputo. En novembre 2015, les révisions au code pénal ont été soumises au Conseil des ministres, mais n'ont pas encore été adoptées.

Parmi les développements récents, il convient de mentionner la publication d'un rapport de la Fédération internationale des ligues des droits de l'homme (FIDH) ainsi que les préoccupations exprimées par les experts du Comité des Nations Unies concernant la criminalisation de l'avortement et les conditions restrictives dans lesquelles il est autorisé au Sénégal. Le Comité des Nations Unies a exhorté le pays à réviser sa législation afin de dépénaliser l'avortement et de l'autoriser légalement en cas de danger pour la vie ou la santé de la femme enceinte, de viol, d'inceste de déficience fœtale grave⁵³. Le Président du Sénégal a lui-même déclaré publiquement que l'avortement devrait être légalisé dans certains cas de viol ou d'inceste⁵⁴.

Systemes de santé

Les soins après avortement ne sont généralement dispensés que dans les établissements de niveau secondaire et tertiaire, et sont uniquement pratiqués par des prestataires de haut niveau, à savoir des

médecins. L'AMIU n'est pas disponible à tous les niveaux du système de santé, et son accès reste un problème du fait du manque d'équipement adéquat et de la pénurie de personnel formé dans les établissements de niveau inférieur.

Malgré ces lacunes, selon certaines sources, le Sénégal serait devenu « le chef de file en Afrique de l'Ouest pour la prise en charge des soins après avortement ». Des efforts considérables ont été entrepris au cours des dernières années en vue de décentraliser les soins après avortement et rendre cette prise en charge accessible aux femmes aux échelons inférieurs du système de santé. Entre 2003 et 2005, un programme de *Management Sciences for Health* s'est chargé d'introduire les soins après avortement dans 23 districts au Sénégal.

Selon une étude de 2014, le misoprostol est disponible dans le pays depuis 2012 (et figurent maintenant dans les normes et protocoles nationaux) pour traiter les ulcères gastriques, les hémorragies du postpartum et les soins après avortement. Le site internet de Marie Stopes indique que le misoprostol a été enregistré au Sénégal début 2013. MSI vend du misoprostol sous la marque Misoclear dans ses établissements de soins. Le misoprostol ne figure cependant pour aucune indication dans la version sénégalaise de la liste des médicaments essentiels qui se trouve sur le site internet de l'OMS.

Communauté

Au Sénégal, l'association des femmes médecins est inquiète parce qu'elles constatent une augmentation du nombre de femmes qui utilisent des produits en vue de provoquer elles-mêmes un avortement, et affirment que « les tentatives [d'avortement] deviennent de plus en plus préoccupantes. Auparavant, vous aviez besoin de trouver quelqu'un pour pratiquer un avortement, maintenant grâce à internet, les femmes cherchent des informations et tentent de le faire elles-mêmes. Ce qui en tant que médecins, nous allarme tout particulièrement⁵⁵ ».

Dans la mesure où 92 % de la population sénégalaise est musulmane, les convictions religieuses constituent un obstacle conséquent à la libéralisation de la loi et des politiques relatives à l'avortement⁵⁵. Toutefois, le groupe de travail a beaucoup œuvré en collaboration avec les chefs religieux et à réussi à obtenir un certain degré de soutien et de compréhension de plusieurs parmi les plus importantes confréries musulmanes.

Au cours des dernières années, il y a eu au Sénégal plusieurs cas très médiatisés d'infanticides et nombre d'entre eux étaient liés à l'absence de soins d'avortement sécurisés^{56,57}.

Le Sénégal a une société civile très active et notamment de nombreuses organisations de femmes et de défense des droits humains qui plaident en faveur d'une amélioration des lois et des politiques sur l'avortement et pour une prise en charge des soins dans ce domaine.

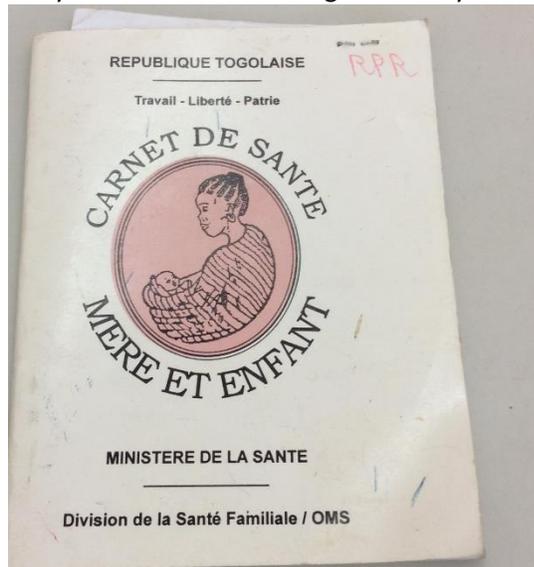
Contexte

Le Togo est un petit pays d'un peu moins de sept millions d'habitants situé entre le Bénin et le Ghana sur la côte atlantique de l'Afrique de l'Ouest. Un peu plus de la moitié de la population du Togo est âgée de 15 à 54 ans et 40 % de la population restante a moins de 15 ans⁵⁸. L'indice synthétique de fécondité (ISF) au Togo est de 4,7 pour l'ensemble de la population et il reflète de larges disparités sociales. L'ISF est de 3,7 dans les zones urbaines et de 5,7 dans les zones rurales. L'ISF des femmes classées dans le quintile de richesse le plus élevé est de 3,5 mais il atteint jusqu'à 6,3 pour les femmes classées dans le quintile le plus bas⁵⁷. Ces disparités se traduisent également dans le taux de grossesse chez les adolescentes, en effet celui-ci est de 9 % chez les jeunes femmes qui ont une éducation secondaire et de 35 % chez celles qui n'ont pas d'éducation. Le taux de prévalence de la contraception est faible et n'atteint que 19,3 % toutes méthodes confondues, et 16,7 % pour les méthodes modernes, alors que les besoins de contraception non satisfaits s'élèvent à 34 %. Le taux de mortalité maternelle est également élevé au Togo où il est estimé à 401 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pour la période 2007 à 2014⁵⁹.



Secteur de la santé et santé reproductive

Le système de santé au Togo est un système à trois niveaux : 1) niveau central ou national, chargé de la



coordination de haut niveau ; 2) niveau intermédiaire ou régional, chargé de l'administration et de la coordination régionale ; 3) niveau du district ou du préfet, chargé de l'application des plans et de la mise à disposition des services fondamentaux. Le Togo est divisé en six régions de soins de santé qui sont à leur tour divisées en 40 districts dans lesquels 864 établissements de santé fournissent des services d'accouchement assisté. Parmi les centres de santé primaire se trouvent les centres pour la protection des mères et des enfants et les unités de soins périphériques. Les soins de niveau intermédiaire sont dispensés dans les centres médicaux-sociaux alors que les plus hauts niveaux de soins se trouvent dans les centres hospitaliers régionaux et les centres hospitaliers universitaires. À l'échelon central, la division de la santé

familiale (DSF) au sein du ministère de la Santé est la principale structure chargée de superviser les programmes de santé sexuelle et reproductive ainsi que les services pour la jeunesse et la nutrition⁶⁰.

Une évaluation récemment menée par l’OMS a révélé que le « système de santé du Togo était relativement bien pourvu en infrastructures avec une accessibilité des populations à 66,8 %. Des inégalités géographiques, économiques et sociales en matière d’offre et d’accès aux soins essentiels persistent pourtant⁶¹ ». L’évaluation de l’OMS a montré que le système de santé togolais se trouvait confronté, entre autres, aux difficultés suivantes :

- Insuffisance du cadre régulateur
- Faiblesse de la direction exercée par le ministère de la Santé (manque de vision concernant les secteurs à réformer en priorité)
- Non-respect de la législation
- Ressources humaines insuffisantes dans certains postes clés de l’administration de la santé.

Le Togo a réussi de manière relativement satisfaisante à augmenter ses dépenses générales consacrées à la santé, et en particulier celles consacrées à la santé de la reproduction. En 2011, le Togo a atteint l’engagement qu’il avait pris lors d’Abuja+12 de consacrer 15 % des dépenses publiques annuelles à la santé, et 6 % de la totalité du budget de la santé sont effectivement dédiés à la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale^{62,63}. Malgré cette allocation, il est fréquent que le Togo se trouve confronté à des pénuries de produits de santé reproductive⁶⁴. En 2014, seulement 5,52 % du budget national, fonds internes et externes confondus, étaient dédiés à la santé. Ce pourcentage a augmenté pour atteindre 5,6 % en 2015⁶⁵.

Les programmes de santé reproductive mis en œuvre au Togo s’appuient sur plusieurs documents et plans stratégiques. La Politique nationale de la santé (PNS) se fixe pour but de réduire la mortalité maternelle de 350 à 143 décès pour 100 000 naissances vivantes d’ici à 2022 et ce : 1) par la promotion des soins obstétricaux d’urgence grâce à un ensemble d’interventions obstétricales menées dans l’ensemble du pays ; 2) par le renforcement des services de planification familiale (PF) et par la promotion de la santé des adolescentes à travers des stratégies mobiles ; et 3) par le renforcement de la lutte contre la malnutrition et les déficiences en micronutriments⁶⁶. La santé maternelle est également mentionnée dans le document *Politiques, Normes et Protocoles en santé de la reproduction* qui a été révisé en octobre 2009 et qui inclut des protocoles spécifiques en matière d’urgence obstétrique et néonatale⁶⁷. Réduire la mortalité maternelle est l’un des principaux objectifs du Plan national pour le développement de la santé pour 2012-2015. En février 2015, le gouvernement togolais a adopté une Politique nationale d’intervention basée sur la communauté (PNIBC) visant à intégrer une série d’approches nouvelles en matière de santé maternelle et infantile à fort impact, et notamment la distribution de produits injectables au niveau des communautés. L’affilié de l’IPPF, l’Association togolaise pour le bien-être familial (ATBEF), avec le soutien du Fonds d’opportunité pour accélérer le planning familial 2020, a pris la tête du plaidoyer qui a mené à cette avancée.

Malgré cette abondance de protocoles et de plans, le ministère de la Santé n’a toujours pas publié de normes, de directives et de protocoles relatifs à l’avortement, et il n’existe pas au plan national de protocoles permettant la standardisation des soins après avortement, ou permettant d’orienter l’expansion des soins après avortement à l’échelle du pays tout entier. Un fonctionnaire de la Division de la santé de la famille a affirmé que cela était prévu d’ici peu et que l’assistance technique de l’UNFPA avait été sollicitée cet effet. Cette année, l’école de sages-femmes a débuté une formation préparatoire à

l'AMIU pour une utilisation de cette technique dans le cadre de la prise en charge des soins après avortement.

Ce sont les sages-femmes, sous la supervision de gynécologues, qui sont supposées pratiquer la grande majorité des soins de santé reproductive mais la pénurie de personnel qualifié signifie que la couverture assurée par ces professionnels qualifiés n'est pas adéquate et que de nombreuses femmes en milieu rural n'ont pas accès à un prestataire de soins formé aux soins après avortement.

Dans les endroits où il n'y a pas de sages-femmes disponibles, les accoucheuses auxiliaires et les accoucheuses permanentes sont les seules employées des centres de santé. Toutes les accoucheuses auxiliaires ont suivi une formation officielle ; les accoucheuses permanentes par contre ont été formées de manière informelle auprès de membres de leur famille ou d'amies à aider les femmes lors des accouchements. Selon la présidente de l'Association des sages-femmes du Togo et directrice de l'école nationale de sages-femmes :

« Certaines accoucheuses auxiliaires sont formées... et ont été intégrées au programme de soins après avortement. Mais celles qui ont été formées sur le tas [celle qui n'ont pas eu de formation officielle], non. Et pourtant, elles constituent la majorité des prestataires de soins. À titre d'exemple, il y a à peine 900 sages-femmes et entre 400 et 500 accoucheuses auxiliaires officiellement formées, mais il y a plus de 1500 accoucheuses auxiliaires sans formation ».

Elle a poursuivi en disant qu'il n'y a que 23 gynécologues dans le système de santé togolais et que la plupart d'entre eux vivent et travaillent à Lomé, dans la capitale, ce qui laisse l'immense majorité des femmes togolaises sans accès à un spécialiste.

Outre cette pénurie de prestataires formés, l'approvisionnement en matériel et équipement de santé reproductive au Togo est hiérarchisé et les sages-femmes sont souvent limitées par une obligation d'en référer à leurs supérieurs. Une sage-femme dans un centre de santé rural nous a expliqué qu'en fait elle était plutôt contente d'être le seul prestataire de soins de santé reproductive à cet endroit :

« Ici, il n'y a que moi, mais à Lomé ce sont les docteurs qui le font... Lorsque j'étais à Lomé, il y avait des choses que je ne faisais pas, mais ici confrontée à un cas, je n'ai pas d'autre solution que de faire ce qu'il faut. »

L'accès des femmes aux soins complets d'avortement est très limité au Togo. Le nombre insuffisant de prestataires de soins qualifiés et le faible niveau de compétences des sages-femmes et des accoucheuses auxiliaires est aggravé par le fait que les sages-femmes ne se considèrent pas capables de pratiquer des soins complets d'avortement, une situation qui soumet les femmes qui vivent dans des endroits où il n'y a pas de gynécologues à une pénurie de soins encore plus importante. Des représentants d'ONG ont affirmé que les médecins étaient réticents à accepter le transfert de tâches. Malgré des éléments évidents et les directives de l'OMS, plusieurs répondants, et notamment des fonctionnaires du ministère de la Santé, ont émis des doutes sur la capacité des sages-femmes à assumer la responsabilité supplémentaire que représenterait la prise en charge de soins complets d'avortement.

Données sur l'avortement

©Ipas. 2016. Conclusions de l'analyse situationnelle : *Besoins et opportunités pour une prise en charge des soins complets d'avortement en Afrique de l'Ouest francophone.*

Il n'existe que très peu de recherches sur l'avortement au Togo. Au cours des trente dernières années⁶⁸, il n'y a eu qu'une seule étude en langue anglaise sur l'avortement au Togo, évaluée par des pairs. Même dans la documentation parallèle les données sont rares. La seule étude cautionnée par des pairs, publiée en 2012, utilise des données de 1988, 1998 et 2002 afin de combiner des méthodes directes et indirectes permettant d'estimer l'incidence de l'avortement à Lomé et conclure que l'avortement semble augmenter, particulièrement parmi les femmes les plus jeunes. Les auteurs de cette étude estimaient qu'entre 1987 et 2002 le taux d'incidence de l'avortement avait augmenté de 25,3 à 29,6 pour 1000 parmi les femmes âgées de 15 à 34 ans⁶⁸.

Les seules données disponibles concernant les dix dernières années proviennent d'études postées en ligne en français, dont aucune n'a été publiée dans une des revues médicales principales, et de l'enquête à indicateurs multiples (MICS) de 2010.

Un examen de la méthodologie utilisée pour l'enquête MICS ainsi que l'entretien réalisé avec Yawo-Mensah Damessi, le démographe responsable de la supervision de la section relative à l'avortement de cette enquête, soulève d'importantes préoccupations quant à la fiabilité des données recueillies sur l'avortement. Cette étude a utilisé une méthodologie d'enquête qui se contentait de demander aux femmes si elles avaient eu des avortements par le passé. Une telle méthodologie est habituellement évitée par les chercheurs qui enquêtent sur l'avortement parce qu'il est reconnu qu'elle produit une sous-estimation du taux réel d'avortements, la stigmatisation et les craintes entraînant un phénomène important de sous-déclaration dans ce type de contextes. Malgré ces failles déterminantes, la pénurie de données provenant d'autres sources fait des estimations de MICS les seules données systématiques disponibles sur l'ampleur de l'avortement au Togo.

Globalement, l'enquête MICS montre que 9 % des femmes âgées de 15 à 49 ans ont eu un avortement provoqué au cours de leur durée de vie⁹, et que l'avortement est plus courant parmi les femmes jeunes, les femmes éduquées et les femmes qui vivent dans des foyers plus aisés. L'avortement est également plus courant parmi les femmes mariées et celles qui ont vécu avec un homme. Les femmes citent la volonté d'espacer des grossesses trop rapprochées, le fait de ne pas avoir envie d'un enfant à ce stade de leur vie, le manque de moyens pour subvenir aux besoins d'un enfant, le souhait de poursuivre des études, la crainte des parents et l'insistance du partenaire, comme les principales raisons (en ordre décroissant de priorité) pour souhaiter interrompre une grossesse^{9,69}.

Des données de 1995 montrent que 24 % des femmes âgées de 15 à 47 ans qui se sont rendues dans un centre de planification familiale avaient eu un avortement⁷⁰. Une autre étude réalisée en 2000 a trouvé que ce chiffre était de 28 %, et une étude de 2002 faisait état de 33 %⁶⁸. En 2012, 6976 cas d'avortements avaient été enregistrés dans les services de santé maternelle au Togo sur lesquels 1756 étaient considérés comme ayant été provoqués plutôt que spontanés. Sur ce total, 1881 femmes ont été hospitalisées, ce qui fait de l'avortement l'un des principaux motifs d'hospitalisation dans le pays¹⁰. Les auteurs d'une étude non publiée de 2009 ont découvert que les femmes avaient un plus grand nombre d'avortements clandestins et plus tôt dans leur vie reproductive qu'auparavant, et que l'avortement était souvent utilisé pour retarder l'âge auquel les femmes avaient leur premier enfant⁷¹. Une étude de 2006 a permis de découvrir que la principale motivation de l'avortement à Lomé était : 1) économique ; 2) poursuite d'activités professionnelles ; et 3) conflit avec le partenaire ou la famille. Les craintes et les regrets étaient plus élevés parmi les femmes moins éduquées que parmi celles qui avaient au moins un niveau d'éducation secondaire⁶⁹.

Malgré ces éléments indiquant que l'avortement constitue effectivement une menace en termes de santé publique au Togo, l'absence de recherche et la mauvaise compréhension de l'étendue du problème restent un défi considérable. Des données fiables sur le nombre des avortements pratiqués, par qui ils sont pratiqués, et dans quelles conditions, font cruellement défaut, un fait que les informateurs clés ont fréquemment avancé au cours de l'analyse situationnelle comme un obstacle déterminant qui les empêchent de mener un plaidoyer efficace pour défendre l'amélioration de la prise en charge des soins complets d'avortement.

Lois et politiques sur l'avortement

Les articles 42 à 44 de la Loi n°2007-005 sur la santé de la reproduction ont été adoptés en janvier 2007 et abrogent les lois précédentes relatives à l'avortement qui dataient de 1920. Cette loi sur la santé de la reproduction autorise l'avortement pour protéger la vie et la santé de la femme, lorsque la grossesse est le résultat d'un viol ou d'un inceste et dans le cas d'une malformation grave du fœtus.

L'article 43 spécifie que tout personnel qualifié ayant des compétences reconnues officiellement par l'État peut pratiquer un avortement, mais l'article 42 stipule que l'interruption volontaire de grossesse n'est autorisée que sur prescription d'un médecin. Dans la mesure où selon les données les plus récentes de l'OMS, il y aurait moins de 300 médecins pour l'ensemble du Togo⁸, l'exigence formulée par l'article 42 représente un obstacle quasi insurmontable à l'expansion de l'accès à l'avortement.

Bien que cette loi sur la santé de la reproduction soit inscrite dans les textes depuis 2007, elle reste encore peu connue et mal comprise, y compris par certains fonctionnaires de santé publique, prestataires de soins et magistrats. Une sage-femme qui travaille en dehors de la capitale nous a confié :

« Je ne connais pas [la loi] parce qu'ils avaient dit auparavant qu'ils allaient publier un article sur l'avortement thérapeutique, mais je n'ai pas reçu cette information ».

Un petit projet a été mis en place par l'ONG locale *Alliance pour la recherche et le renforcement des capacités* (ARECA) afin de traduire la loi dans les langues locales et de la diffuser à travers l'ensemble du pays. Des fascicules ont été produits mais leur diffusion n'a pas été très étendue, et très peu de femmes togolaises connaissent les dispositions qui légalisent l'accès à l'avortement.

« La loi n'a pas été diffusée. Et même les prestataires de soins qui sont supposés l'appliquer ne la connaissent pas. Et ceux qui la connaissent n'ont pas les moyens en médicaments et en équipement permettant de l'appliquer ». - Représentant, UNFPA.

Même ceux qui connaissent la loi parfaitement ont tendance à l'interpréter d'une manière plus conservatrice que ne l'exigent réellement les textes. Alors que la loi prévoit que n'importe quel professionnel de santé qualifié peut pratiquer un avortement suite à la prescription d'un médecin, un responsable du ministère de la Santé a avancé la raison suivante comme justification pour ne pas former les sages-femmes à la pratique de l'avortement :

« Ce n'est écrit nulle part officiellement parce que nous n'avons pas encore rédigé les textes d'application... et même si ailleurs il est possible que les sages-femmes puissent le faire, ici par contre, ce sont uniquement les médecins [qui peuvent pratiquer des avortements] ».

Même si la loi en soi ne précise pas les dispositions nécessaires pour prouver qu'une grossesse non souhaitée est le résultat d'un viol ou d'un inceste avant de pouvoir faire pratiquer un avortement, de nombreux fonctionnaires et prestataires de soins au Togo insistent et affirment qu'un processus judiciaire est requis. De nombreux répondants ont dit qu'ils pensaient qu'une femme qui a été violée doit se soumettre à un examen médical afin d'obtenir un certificat d'un médecin qu'elle peut alors présenter à un magistrat en vue de déposer plainte officiellement. Selon ces répondants, la femme doit alors obtenir une autorisation officielle du système judiciaire qu'elle doit fournir au médecin avant que l'avortement puisse être pratiqué. Les répondants ont reconnu qu'un tel processus pouvait être coûteux, prendre énormément de temps, qu'il risquait de stigmatiser la femme concernée et que de manière générale il était impraticable pour la plupart des femmes, particulièrement celles qui vivent en dehors de Lomé ; de nombreux répondants ont malgré tout maintenu que ces formalités étaient nécessaires. Un gynécologue de haut niveau, qui enseigne dans l'un des hôpitaux universitaires du Togo et qui est point focal national pour les soins complets d'avortement nous a dit :

« Si vous venez me voir avec une grossesse résultant d'une relation incestueuse et que vous n'avez pas de preuve et que je pratique une interruption de grossesse, comment est-ce que je pourrai justifier cette action si un jour vous, ou quelqu'un d'autre, décidez d'en parler à la police ? ».

Outre les craintes de poursuites judiciaires, d'autres informateurs ont indiqué qu'ils étaient préoccupés car sans une exigence aussi rigoureuse de preuve, les femmes pourraient faire croire qu'elles ont été violées ou qu'elles ont subi un inceste à chaque fois qu'elles veulent se faire avorter, ce qui pourrait entraîner un relâchement de la morale et des structures sociales. Le fait que de nombreuses femmes ne dénoncent pas le viol lorsqu'il survient constitue une difficulté pour les prestataires de soins, comme le fait remarquer un médecin de l'ATBEF :

« Les cas de viol sont d'autres cas où les choses ne sont pas très claires. Le plus souvent, lorsqu'il y a viol, les gens ne viennent pas le signaler. Ce n'est que lorsqu'il y a une grossesse qu'ils viennent. Cela signifie que nous ne pouvons pas vraiment savoir s'il y a eu viol ou non... Nous ne disposons pas encore de protocole établi pour les avortements en cas de viol, dans la mesure où cela n'est pas encore complètement légal au plan national. Et dans la mesure où tout n'a pas encore été ratifié, nous craignons de ne pas être couverts en cas de problème ».

Plusieurs répondants ont indiqué que les hésitations et les obstacles à la mise en application de la loi de 2007 sur la santé de la reproduction provenaient en grande partie du fait que le gouvernement n'en avait jamais publié les textes d'application. Apparemment, les avortements légaux sont très rarement pratiqués au Togo, même lorsque les femmes remplissent les critères prévus par la loi. Des répondants clés nous ont fourni des informations contradictoires sur l'état d'avancement actuel de ces procédures. Certains avançaient qu'ils n'avaient jamais été rédigés et d'autres qu'ils avaient été rédigés et soumis au processus de validation mais qu'ils étaient restés bloqués à un niveau bureaucratique. C'est une question qu'il sera nécessaire de résoudre en vue d'améliorer l'accès aux soins complets d'avortement au Togo.

Prise en charge des soins après avortement

Ce n'est qu'en 2006 que les soins après avortement ont été officiellement introduits au Togo pour la première fois. Même si des orientations cliniques pour le traitement de l'avortement incomplet ont été

intégrées dans des documents du ministère de la Santé comme « Politiques, normes et protocoles » pour la santé de la reproduction de 2009, et si les soins après avortement sont inclus dans la Feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, le Togo n'a pas élaboré de documents stratégiques destinés à orienter l'expansion de la prise en charge des soins après avortement à l'échelle du pays⁶⁷. En conséquence, les progrès concernant la formation des prestataires de soins et l'équipement des installations afin de permettre cette prise en charge sont restés très dispersés et inégaux. La DSF, le point focal national pour les soins après avortement, les



prestataires de soins et les autres acteurs clés affirment soutenir fermement une prise en charge systématique des soins après avortement à l'échelle du pays, mais ce n'est que lorsque des donateurs, des ONG ou des partenaires techniques ont apporté un appui à la formation ou qu'ils ont remis des fournitures que les choses ont bougé et uniquement de manière sporadique. Des prestataires de soins avaient certes été formés à la pratique des soins après avortement avant 2006, mais ce n'est que depuis cette date que sept formations aux soins après avortement ont eu lieu au Togo, sponsorisées par des organisations comme l'ATBEF, le projet Evidence2Action, Ipas, Plan Togo et l'OMS. Au total, 107 prestataires de soins ont été formés à l'occasion de ces sessions dont 65 travaillent à Lomé ou dans la région maritime qui entoure la capitale. Aucun prestataire de soins provenant de la région des Savanes, la 6^{ème} région sanitaire à l'extrême nord du Togo et la plus éloignée de Lomé, n'a été formé aux soins après avortement. Il est important également de signaler que l'AMIU, un élément essentiel des soins après avortement, fait très largement partie de la formation aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence. Selon la DSF, le système de santé aurait fourni des soins après avortement à 654 femmes en 2013⁷².

Même à Lomé et aux alentours où l'on trouve des médecins et des sages-femmes qualifiés capables de pratiquer des soins après avortement, les procédures ne sont pas standardisées. Comme l'explique un gynécologue de haut rang :

« Les médecins, les auxiliaires médicaux, les sages-femmes et les infirmières. Et je ne peux pas vous le cacher, dans certains établissements de santé, ce sont les accoucheuses auxiliaires formées qui pratiquent les soins après avortement ».

Selon, le Plan stratégique national « Politiques, normes et protocoles » pour la santé de la reproduction de 2009, les avortements en cours ou inévitables devraient être traités à l'aide d'un curage, d'un curetage ou d'une AMIU. Le misoprostol est uniquement mentionné dans le traitement de l'hémorragie du postpartum. Selon l'OMS, le misoprostol et l'aspiration manuelle, et non le curetage sont les méthodes recommandées pour le traitement d'un avortement incomplet⁶⁵. Que le misoprostol ne soit pas couramment pris en compte pour le traitement d'un avortement incomplet nous a été confirmé par plusieurs sages-femmes qui nous ont dit qu'elles utilisaient le misoprostol uniquement pour dilater le col avant une AMIU, mais jamais seul. Elles nous ont donné l'impression de ne pas savoir qu'il était possible d'utiliser le misoprostol pour traiter un avortement incomplet.

Même si le coût d'une AMIU varie, une sage-femme nous a confié:

« Une AMIU coûte environ 6000 Francs CFA. Maintenant nous prescrivons de la xylocaïne. Tout cela, les gants, la seringue, le tout revient à près de 6500 Francs CFA. Donc, en plus de la prescription, cela peut monter jusqu'à un total de 16 000 Francs CFA. »

Toutes les sages-femmes que nous avons interrogées avaient été formées à la pratique des soins après avortement, mais nombreuses sont celles qui ont confirmé qu'avant d'avoir été formées elles auraient été obligées d'orienter les patientes vers d'autres établissements sanitaires où il y avait des médecins, une source de retard de soins pour les femmes dans la mesure où il n'existe pas de mécanisme officiel pour assurer le transport en cas de transfert. Les établissements sanitaires sans prestataires formés aux soins après avortement sont maintenant rares à Lomé et dans sa périphérie, mais ce problème sérieux persiste dans les zones éloignées de la capitale et dans les zones rurales.

Au Togo, la plupart des programmes de soins après avortement fonctionnent sans qu'un système adéquat de supervision et de soutien clinique après formation à l'intention des prestataires de soins ait été mis en place. Une sage-femme de formation et point focal pour les soins après avortement au sein de la DSF nous a expliqué :

« Celles qui ont été formées aux soins après avortement ne les pratiquent plus par la suite à cause des transferts et parce qu'elles s'en désintéressent. Personne n'est jamais allée voir ensuite ce que les prestataires de soins faisaient ou si ce qu'elles faisaient était correct ou pas ».

Prise en charges des soins complets d'avortement

Quelle qu'en soit la raison, manque de normes et de directives pour en réglementer la pratique, défaut de promulgation des textes d'application, de restrictions imposées aux sages-femmes et aux autres prestataires de soins non médecins, attitudes négatives à l'égard de l'avortement professées par certains fonctionnaires du système de santé et prestataires de soins, ou autres obstacles, l'équipe d'Ipas n'a pas été en mesure de trouver des éléments démontrant l'existence d'une prise en charge systématique de soins complets d'avortement au Togo. La DSF ne suit pas le nombre exact d'avortements légalement pratiqués chaque année mais de nombreuses sources s'accordent pour estimer qu'il est probablement très faible. Même à l'ATBEF à Lomé, les soins complets d'avortement ne sont pas pratiqués de manière systématique, contrairement à ce que font d'autres affiliés de l'IPPF dans les pays voisins.

De nombreuses personnes considèrent la prise en charge de soins complets d'avortement comme la prérogative des médecins, et en conséquence les sages-femmes et les prestataires de soins non médecins n'y sont pas formés. De nombreux répondants ont affirmé soutenir fermement une telle restriction, et certains ont même déclaré qu'il n'était pas possible de faire confiance à des sages-femmes pour pratiquer des soins complets d'avortement. Certaines personnes ont exprimé avec force leur inquiétude à l'idée que la loi avait été, selon leurs propres termes, « détournée par les femmes ». Une sage-femme qualifiée, nous a donné l'exemple suivant :

« [si] une femme affirme que sa grossesse est le résultat d'un viol et que la grossesse ne présente aucun signe d'avortement [spontané], la sage-femme ne peut rien faire. Ce serait comme une interruption volontaire de grossesse. La loi ne nous permet pas de faire cela... Si nous sommes en mesure de répondre à ce type de demandes, cela va devenir courant... cela va se transformer en habitude, et ce n'est pas bien ».

L'opposition à l'avortement était palpable parmi de nombreux prestataires de soins que nous avons interrogés. Certains d'entre eux avançaient que leur profession leur imposait de protéger la vie et non pas d'y mettre un terme. Une auxiliaire médicale nous a confié :

« Elles viennent pour demander un avortement, mais nous leur disons que le caractère de l'hôpital est sacré, et qu'il s'agit d'une pratique qui nous ne faisons pas à l'hôpital... Nous pensons que nous sommes à l'hôpital pour sauver des vies... c'est comme quelque chose qui a été béni. Nous ne pouvons pas retirer la vie, même si c'est celle d'un embryon ou d'un fœtus ».



Les professionnels de santé comme les clientes ont confirmé que les prestataires de soins dans les établissements publics refusaient généralement de pratiquer des avortements, même dans le cadre d'une indication prévue par la loi. Dans l'un des groupes de discussion, une participante a rappelé une histoire datant de plusieurs années auparavant lorsqu'elle avait cherché à obtenir un avortement. Elle a expliqué qu'elle s'était rendue dans l'établissement sanitaire « jour après jour » pour trouver un prestataire de soins disposé à l'aider, mais qu'elle a été renvoyée tellement de fois qu'elle a fini par abandonner et poursuivre la grossesse à son terme. Et pourtant, un interlocuteur de haut rang au sein de la DSF affirmait qu'il ignorait que des femmes remplissant les conditions de recevabilité pour une procédure d'avortement légalisé pouvaient être renvoyées sans soins des établissements sanitaires :

« Je n'ai jamais entendu dire qu'une femme remplissant l'un des critères [légaux] pour obtenir une interruption volontaire de grossesse avait été bloquée. C'est quelque chose que je n'ai jamais entendu dire ».

Dans l'ensemble, l'équipe de l'analyse situationnelle n'a pas été en mesure de vérifier s'il existait une prise en charge de soins complets d'avortement au Togo, et toute procédure liée à l'avortement restait exclusivement limitée à la pratique relativement naissante des soins après avortement. Il semblerait que de nombreuses femmes qui remplissent les critères justifiant une interruption volontaire de grossesse légale mais qui ne réussissent pas à obtenir des services médicalisés en soient réduites à recourir à un avortement clandestin, et donc dangereux, ou à poursuivre une grossesse non voulue à son terme. La plupart des répondants n'ont fait aucun commentaire ou n'ont pas exprimé de préoccupation concernant la mise en danger de la vie des femmes qui recourent à des avortements dangereux lorsque

le système de santé et les prestataires de soins leur ont refusé des services médicalisés auxquels la loi leur donnait droit.

Avortement auto-provoqué et avortement médicamenteux

Même si le misoprostol figure dans la liste des médicaments essentiels au Togo (pour le traitement de l'hémorragie du postpartum), il est très difficile de s'en procurer en pharmacies ou dans les établissements de santé. Nos clients fictifs se sont rendus dans neuf pharmacies au Togo et ont découvert que ces neuf pharmacies étaient en rupture de stock de misoprostol. Le médecin, point focal national pour les soins après avortement, nous a confié que même au centre hospitalier Sylvanus Olympio, l'un des principaux hôpitaux universitaires, il y avait pénurie de misoprostol. L'équipe qui a mené l'analyse situationnelle n'a pas trouvé d'éléments indiquant que l'on pouvait trouver de la mifépristone dans le pays.

Les connaissances relatives à l'utilisation du misoprostol en tant que méthode pour provoquer un avortement ne semblaient ni courantes ni étendues, et aucune des femmes participant à nos groupes de discussion n'a indiqué en avoir entendu parler, même si quelques femmes ont cité des « comprimés » comme méthode pour provoquer un avortement. Un médecin de l'ATBEF a indiqué :

« Il existe certaines catégories de femmes qui connaissent l'utilisation du misoprostol pour cette indication (afin de provoquer un avortement)... il s'agit de femmes éduquées de moins de 25 ans ».

Les femmes qui ont participé aux groupes de discussion ont cité, au lieu du misoprostol, les tisanes et les préparations d'herbes et de racines, l'eau de javel et les « exercices physiques violents » comme méthodes pour provoquer un avortement. Les participantes aux groupes de discussion savaient que ces méthodes n'étaient pas sûres mais citaient leurs coûts réduits et leur disponibilité comme des avantages majeurs. Les femmes ont expliqué que les plantes et les autres méthodes traditionnelles coûtent de 100 à 1000 Francs CFA (de 2 centimes à 2 dollars US), comparé à un curetage dans une clinique privée qui selon elle coûterait de 20 à 30 000 Francs CFA (de 40 à 60 dollars US).

Les sages-femmes et les autres prestataires de soins savent parfaitement que les femmes recourent à des méthodes dangereuses pour provoquer elle-même des avortements. Une sage-femme nous a dit :

« Il existe une tige que nous appelons babati, et lorsque vous la coupez il y a un liquide acide qui s'en écoule, et lorsqu'elles s'introduisent ce liquide dans le vagin, cela dilate parfois le col de l'utérus et agit comme un ocytocique. Cela peut dilater le col de l'utérus et provoquer des contractions et des pertes de sang... mais cela cause également des complications, des perforations de l'utérus. Nous avons eu un cas de ce type ici l'autre jour, le col de l'utérus était complètement déchiré ! ».

L'un des répondants (qui n'était pas affilié à PSI) a indiqué que PSI avait cherché au cours des dernières années à démarrer un programme de marketing social en vue d'importer et de vendre le médicament, mais que l'organisation avait rencontré tellement d'opposition et d'obstacles bureaucratiques qu'elle avait fini par renoncer.

Engagement communautaire

L'engagement communautaire autour de l'avortement au Togo semble encore très faible. Même parmi les organisations et les personnes qui ne sont pas opposées à l'avortement, le degré d'engagement, d'activisme ou simplement de mobilisation autour de cette question est plutôt restreint. La branche togolaise de *Femmes Droit et Développement en Afrique* (FeDDAF), une organisation de promotion des droits de la femme, a admis ne pas avoir réfléchi auparavant à l'avortement comme à un thème faisant partie de sa mission, une affirmation qui nous a été répétée par plusieurs autres collègues d'ONG togolaises.



Il semble également que de nombreuses ONG internationales qui travaillent au Togo considèrent l'avortement comme un domaine extérieur à leur propre champ d'action. Un représentant d'une organisation qui reçoit des financements de l'USAID a hésité avant d'accepter d'être interrogé afin de vérifier qu'il ne risquait pas de déroger aux critères de conformité en discutant l'avortement.

Il existe un groupe d'organisations de défense de la santé reproductive au Togo appelé Réseau des organisations de la société civile en santé de la reproduction-planification familiale (ROSCI-SR-PF), mais même les membres de ce groupe considèrent que le Togo n'est pas encore prêt à aborder ouvertement la question de l'avortement. Le directeur de Vision, initiatives et engagement pour la santé (VIES), un membre de ROSCI-SR-PF

nous a expliqué :

« À l'heure actuelle, ce qui prime par-dessus tout, c'est un plaidoyer pour faire accepter la planification familiale. Les églises et les mosquées n'acceptent pas la planification familiale, c'est pourquoi nous cherchons à articuler des arguments bibliques et coraniques pour la défendre. Mais si nous cherchions maintenant à passer directement à l'avortement, alors là les choses seraient vraiment difficiles ! ».

La directrice d'une autre organisation de ROSCI-SR-PF appelée ARECA, s'est faite l'écho de cette opinion en disant :

« Nous avons beaucoup plus un rôle de prévention de l'avortement. Nous travaillons beaucoup plus dans le domaine de l'information et de l'accès à la contraception. Les soins complets d'avortement viennent en second... ce que nous préférons vraiment c'est d'éviter la grossesse ».

Nos collègues de l'ATBEF nous ont expliqué que réussir à garantir la mise à disposition de soins d'avortement sécurisé conformément à la stratégie mondiale de l'IPPF représentait en soi un « défi énorme ». Ils ont toutefois exprimé des vues qui indiquaient une ambivalence institutionnelle à l'égard de l'avortement, comme par exemple :

« La majorité de nos prestataires de soins sont des femmes et nous constatons qu'en matière d'avortement les femmes sont sceptiques... la discussion relative à l'avortement n'est pas une discussion ouverte ».

Même si la société civile n'est pas encore mobilisée autour de l'avortement au Togo, certaines indications semblent montrer que des progrès pourraient être accomplis. Les membres de FeDDAF, par exemple, ont remercié l'équipe de l'analyse situationnelle pour avoir porté la question de l'avortement à leur connaissance et les avoir aidées à réfléchir d'une manière nouvelle. Plusieurs autres informateurs se sont faits l'écho de ce sentiment et ils nous ont donné l'impression que la société civile togolaise progressiste n'était pas tant opposée à la défense de l'avortement mais plutôt qu'elle manquait d'information.

Les femmes togolaises qui ont participé aux groupes de discussion n'ont pas exprimé de préjudice ou d'opposition à l'égard de l'avortement, et la majorité d'entre elles se sont déclarées en faveur d'une légalisation de l'avortement (même si elles nous ont prévenues qu'elles considéraient cela comme « impossible »). Elles ont échangé librement des histoires passées concernant des tentatives d'avortement, et même les femmes qui ont exprimé leur préoccupation par rapport à l'avortement pour des raisons religieuses ont indiqué qu'elles pouvaient aussi comprendre celles qui cherchaient à interrompre une grossesse, « parce qu'au final c'est toujours la femme qui souffre ».

Organisations

Plusieurs ONG internationales travaillent dans le domaine de la santé reproductive au Togo, notamment Plan, PSI et JSI. Pathfinder International n'a pas de bureaux permanents au Togo mais y mène des programmes comme Evidence2Action. EngenderHealth a un bureau et un programme national au Togo, et compte aussi sur son siège régional à Lomé pour le programme Agir-PF (financé par USAID). Parmi les ONG locales il convient de citer ATBEF, ARECA, VIES et d'autres membres de ROSCI-SR-PF. FeDDAF Togo est très active dans la promotion des droits de la femme sous l'angle juridique. L'UNFPA et l'OMS sont principalement des partenaires techniques du ministère de la Santé dans le domaine de la santé reproductive mais financent également des programmes. Outre Agir-PF, USAID a financé plusieurs autres projets dans le domaine de la santé reproductive au Togo au cours des dernières années, notamment le Health Policy Project et AWARE-II.

Volonté politique et engagement à mettre en place des soins complets d'avortement

On constate au Togo une volonté politique très forte de travailler dans le domaine des soins après avortement. DSF, l'UNFPA et les dirigeants de la société civile ont exprimé un désir fervent d'obtenir des financements supplémentaires et d'établir des partenariats techniques en vue de promouvoir l'expansion des soins après avortement au Togo. La loi sur la santé de la reproduction est en vigueur depuis 2007, mais le gouvernement, les ONG, les groupes de la société civile et les réseaux pour la santé reproductive n'ont encore pris aucune mesure pour mettre en place une prise en charge des soins d'avortement dans le cadre des indications prévues par la loi. Certains dirigeants font preuve d'une opposition catégorique à l'égard des soins complets d'avortement ou se réfèrent sans cesse aux soins après avortement au lieu des soins complets d'avortement. Il n'existe apparemment pas encore de volonté politique favorable à une prise en charge des soins complets d'avortement et aucun de nos répondants n'est actuellement disposé à s'ériger en champion du droit des femmes à obtenir légalement des soins d'avortement.

Contraintes et mise en garde concernant la prise en charge des soins complets d'avortement

©Ipas. 2016. Conclusions de l'analyse situationnelle : *Besoins et opportunités pour une prise en charge des soins complets d'avortement en Afrique de l'Ouest francophone.*

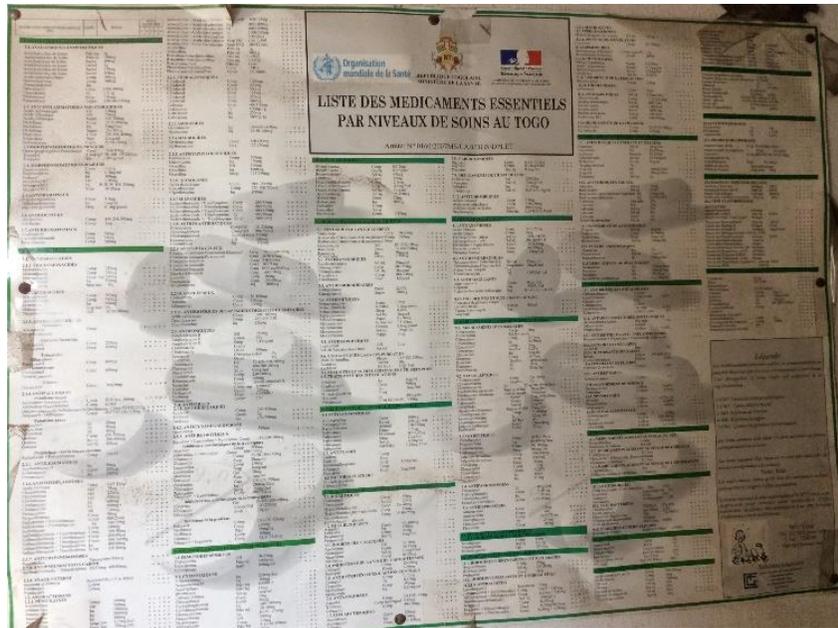
Parce qu'il existe, parmi les chefs religieux et d'autres membres proéminents de la société, une résistance y compris face à d'autres sujets moins controversés de santé reproductive comme la planification familiale, de nombreux répondants ont indiqué qu'ils s'attendaient à ce qu'un programme de prise en charge des soins complets d'avortement suscite une opposition considérable. Outre l'opposition religieuse, les tabous culturels entourant la sexualité en générale et l'avortement en particulier rendent encore plus difficile la promotion du droit des femmes dans ce domaine. La conviction courante selon laquelle les enfants sont un don de Dieu a pour effet de stigmatiser ceux qui revendiquent le droit à l'avortement pour oser refuser un don de Dieu, alors que la culture dominante qui considère les femmes comme des mères et des soignantes stigmatisent ceux qui revendiquent le droit à l'avortement en les accusant de rejeter ce rôle maternel.

Possibilités de prise en charge des soins complets d'avortement

Le ministère de la Santé du Togo, s'il veut convertir en réalité la réduction consécutive de la mortalité maternelle qu'il s'est fixé comme objectif dans sa politique nationale de santé, devra combattre la mortalité et la morbidité liées à l'avortement en augmentant l'accès des femmes aux soins d'avortement tels qu'autorisés par la loi. Une tournée d'étude visant à observer un programme réussi de mise à disposition de soins complets d'avortement dans un autre pays d'Afrique de l'Ouest pourrait constituer un modèle utile pour la mise en place d'une prise en charge de ce type au Togo. Des ateliers sur la loi de santé de la reproduction et sur la prise en charge des soins complets d'avortement pourraient aider les parties prenantes à mieux comprendre la loi sur l'avortement et les politiques de leur pays, et leur montrer comment ces services peuvent être mis en place en vue d'améliorer l'accès des femmes à des soins sécurisés. Des activités de clarification des valeurs et de transformation des attitudes sont un élément vital à inclure à tous les ateliers et à toutes les interventions pour aider les parties prenantes à réviser leurs valeurs et leurs convictions par rapport à l'avortement, à explorer des attitudes et des actions différentes et à s'interroger sur ce que l'absence d'une prise en charge de ce type de soins signifie en termes de conséquences pour la santé et la vie des femmes.

Il est impératif que des normes et des directives soient élaborées afin d'orienter la mise à disposition des soins complets d'avortement, les indications légales permettant une interruption volontaire de grossesse doivent être clarifiées ; les méthodes recommandées d'évacuation utérine doivent être spécifiées ; la capacité des sages-femmes à pratiquer des évacuations utérines provoquées doit être établie ; et finalement, les rôles des différents prestataires de soins et des cadres à tous les échelons du système de santé doivent être précisés pour leur permettre de s'acquitter de l'ensemble des soins d'avortement sans oublier les soins après avortement et la contraception après avortement. Le ministère de la Santé peut réduire la charge évitable qui pèse sur les femmes qui cherchent à obtenir des soins et peut garantir à celles qui vivent en dehors de Lomé un accès et une prise en charge plus équitables à travers l'application de ces normes et de ces directives. Les parties prenantes dans le pays peuvent poursuivre la discussion quant à la nécessité des textes d'application, vu que les systèmes de santé de plusieurs pays africains qui offrent couramment des soins complets d'avortement n'en ont pas.

Des recherches sur l'ampleur de l'avortement et sur l'incidence de l'avortement non sécurisés sur la mortalité maternelle pourraient également constituer une mesure importante. De nombreux répondants ont mentionné l'absence de recherches locales et à jour sur l'avortement comme un obstacle clé au développement d'un plaidoyer efficace.



Il sera important également de poursuivre la formation des prestataires de soins et d'étendre la mise à disposition des soins après avortement en tant qu'élément des soins complets d'avortement à travers l'ensemble du pays. Les protocoles nationaux devraient être mis à jour afin d'être conformes aux directives de l'OMS et d'éliminer les méthodes obsolètes d'évacuation utérine pour promouvoir les méthodes médicamenteuses préconisées ainsi que l'AMIU. Le misoprostol figure déjà sur la liste des médicaments essentiels, mais une chaîne d'approvisionnement fiable d'AMIU, de misoprostol et même de mifépristone devrait être mise en place en vue d'en assurer la disponibilité dans les établissements sanitaires et les pharmacies.

La diffusion de la loi de santé de la reproduction auprès des fonctionnaires de santé, des prestataires de soins, des magistrats et des femmes au sein des communautés est une autre parmi les étapes déterminantes pour la prise en charge de soins complets d'avortement au Togo, comme le serait également l'organisation d'un débat productif et respectueux sur la question de l'avortement. La loi a déjà été traduite dans les langues locales et en plus des textes écrits, la radio et d'autres médias de masse peuvent être utilisés pour diffuser plus largement les informations, notamment auprès de femmes qui ont un faible niveau d'alphabétisation. Le fait qu'il n'y a actuellement pas de discours établi sur l'avortement donne l'occasion d'introduire la question comme une question de droit à la santé et de droit humain, et comme un moyen capital pour réduire la mortalité maternelle.

Partenariats stratégiques en vue d'une prise en charge des soins complets d'avortement

Toute activité relative à la mise à disposition de soins complets d'avortement au Togo devrait être entreprise en collaboration avec DSF, l'ATBEF et le réseau ROSCI-SR-PF d'ONG locales. FeDDAF n'a encore jamais été associée à un travail lié à l'avortement au Togo mais a exprimé son enthousiasme à l'idée de s'y engager ; en tant qu'organisation de femmes fondée sur une perspective juridique une telle réponse nous a semblé constituer une opportunité unique parmi l'ensemble des répondants. L'UNFPA est un partenaire qu'il serait déterminant d'impliquer pour son travail avec DSF et son financement de nombreux programmes de santé reproductive au Togo.

Recommandations

Fondées sur les constatations émanant de cette analyse situationnelle, les principales recommandations de ce rapport sont les suivantes :

- Établir un dialogue avec les gouvernements en vue de renforcer leur engagement à assurer une prise en charge aussi exhaustive que possible des soins complets d'avortement.
- Intervenir auprès des bailleurs pour qu'ils augmentent leur appui aux programmes visant à la prise en charge de soins d'avortement dans les pays d'Afrique de l'Ouest francophone.
- Promouvoir une meilleure compréhension des législations locales relatives à l'avortement ainsi que des processus des ministères de la Santé visant à la mise en application des lois en vigueur.
- Soutenir l'élaboration, l'adoption et la mise en œuvre des textes d'application ainsi que l'élaboration de normes et standards, et leur intégration aux autres directives en matière de santé reproductive, de manière à ce que les lois et les politiques en vigueur sur l'avortement et la santé reproductive puissent être appliquées dans leur intégralité. Au Bénin, plus spécifiquement, le document *Avortement médicalisé : Guides et standards* de 2011 doit être révisé, adopté et très largement diffusé auprès des fonctionnaires, des responsables et des prestataires de soins du système de santé.
- Établir des partenariats avec des organisations locales en vue d'organiser la diffusion et l'explication de la loi sur l'avortement ainsi que des politiques, normes et directives qui s'y rapportent, de manière à ce que les prestataires de soins, les femmes et toutes les autres parties prenantes connaissent les conditions juridiques, les directives relatives à la prestation de soins et aux droits des femmes en matière de prise en charge de l'avortement.
- Mettre en place des interventions de clarification des valeurs et de transformation des attitudes (CVTA) dans le but de renforcer les connaissances, les attitudes et le soutien, et favoriser une prise en charge accrue et un meilleur accès aux soins complets d'avortement.
- Établir des partenariats avec des organisations locales afin de soutenir et susciter des défenseurs et activistes locaux capables de sensibiliser le public et promouvoir l'adhésion en faveur d'une prise en charge des soins complets d'avortement, et demander aux gouvernements respectifs de rendre des comptes sur la prise en charge de soins de qualité dans ce domaine.
- Soutenir les efforts en vue d'étendre la prise en charge des soins complets d'avortement et poursuivre l'expansion des soins après avortement, à tous les niveaux des systèmes de santé de manière à garantir l'accès aux soins à toutes les femmes dans le cadre de programmes élargis et intégrés de santé sexuelle et reproductive.
- S'assurer que des mécanismes permettant un approvisionnement durable et régulier de produits et équipements médicaux soient dument mis en place.
- Promouvoir l'information et l'accès à un approvisionnement de qualité en mifépristone et misoprostol grâce à des interventions éducatives et à l'amélioration de la réglementation et de la distribution ; veiller à garantir aux femmes la possibilité de choisir, chaque fois que possible, la méthode d'évacuation utérine qui leur est proposée.
- Prioriser, en collaboration avec les partenaires et institutions de recherche dans le pays et à l'international, les domaines dans lesquels des recherches futures sur l'avortement devraient être menées, notamment des études sur l'ampleur et l'incidence de l'avortement, des recherches participatives sur la stigmatisation attachée à l'avortement, des recherches opérationnelles sur les services existants et sur d'autres sujets susceptibles de soutenir les efforts de plaidoyer et d'éclairer la conception de programmes.

- Mettre en relation les acteurs clés des pays d'Afrique de l'Ouest francophone avec leurs homologues des autres pays pour qu'ils puissent apprendre en observant les expériences positives en matière de prise en charge de soins complets d'avortement qui ont lieu ailleurs.

En Afrique de l'Ouest francophone, il subsiste des obstacles importants, culturels, sociaux, financiers, politiques, juridiques et géographiques qui freinent l'expansion de l'accès aux soins complets d'avortement. Les progrès visant la mise en place d'une prise en charge des soins complets d'avortement seront sans aucun doute lents à certains moments et âprement disputés. C'est une région dans laquelle les soins complets d'avortement ont été négligés pendant bien trop longtemps, toutefois grâce à la mobilisation d'investissements ciblés et concentrés sur la région il sera possible d'obtenir des changements réellement transformateurs pour la santé des femmes.

Appendice A: Documents d'orientation et lignes directrices publiés dans ce domaine dans les différents pays d'Afrique de l'Ouest francophone *

Pays	Documents d'orientation et lignes directrices publiés
Bénin	<ul style="list-style-type: none"> • Protocoles de services de santé: Volet femme (sans date) • Avortement médicalisé au Bénin: Guides et standards (2011)
Burkina Faso	<ul style="list-style-type: none"> • Soins après avortement (SAA) (sans date) • Prévention et prise en charge des avortements à risque: Politiques, normes et protocoles [Version préliminaire] (2010) • Plan stratégique pour une maternité à moindre risque (2004)
Cameroun	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Politiques, normes, standards en santé maternelle/planification familiale pour les formations sanitaires du Cameroun</i> (Décembre 2015) • <i>Soins après avortement: Guide de référence</i> (sans date spécifiée) • <i>Soins après avortement: Guide du formateur</i> (sans date spécifiée) • <i>Soins obstétricaux, néonataux essentiels et d'urgence: Manuel du participant</i> (2014)
Côte d'Ivoire	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Aucun document n'a pu être identifié</i>
Guinée	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Normes et procédures en santé de la reproduction: Santé de la femme et de l'enfant, Volume 2</i> (2010) • <i>Standards de performance pour les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)</i>(sans date) • <i>Standards de performance pour les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU): Fiche de synthèse</i> (sans date) • <i>Fiche d'observation pour les soins après avortement (SAA) de qualité</i> (sans date) • <i>Rapport mensuel de l'établissement sur les soins après avortement: Fiche de compilation des statistiques de services</i> (sans date)
Mali	<ul style="list-style-type: none"> • Normes et protocoles des soins d'avortement [Version préliminaire] (2009) • Politiques et Normes des Services de Santé de la Reproduction (sans date)
Mauritanie	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Aucun document</i>
Niger	<ul style="list-style-type: none"> • Plan national de plaidoyer en santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes (SSRAJ) [Version préliminaire] (sans date)
Sénégal	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Politiques et normes des services de la reproduction</i> (2000) • <i>Protocoles des services de santé de la reproduction</i> (2000) • Politiques et normes de services de santé de la reproduction (sans date) • Protocoles de services de santé de la reproduction au Sénégal (sans date) • Plan stratégique de la santé de la reproduction 2011-2015 (sans date)

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Traitement des complications d'avortement et soins après avortement par l'AMIU (sans date)</i> • <i>Liste du matériel à fournir aux structures sanitaires pour l'intégration des SAA de préférence avant la visite d'installation (sans date)</i>
Togo	<ul style="list-style-type: none"> • <u><i>Politiques, normes et protocoles en santé de la reproduction, planification familiale et infections sexuellement transmissibles du Togo 2004</i></u> • <u><i>Normes sanitaires du Togo, tome I: Normes pour les structures de soins de santé</i></u>(2013) • <u><i>Protocoles de santé de la reproduction (SR): Santé de la mère, santé de l'enfant, santé des jeunes et adolescent(es), santé des hommes, tome I</i></u> (2009) • Plan d'Action pour le repositionnement de la planification familiale au Togo 2013-2017 (2013) • Politiques de santé de la reproduction, planification familiale et infections sexuellement transmissibles du Togo, 2^{ème} édition • <i>Loi No. 2007 – 005 sur la santé de la reproduction</i>

* Une version intégrale de tous les documents cités ici est conservée dans les Archives d'Ipas sur les Directives nationales relatives à l'avortement.

Bibliographie

- Adisso, S., Hounkpatin, B. I., Komongui, G. D., Sambieni, O. et Perrin, R. X. (2014). Introduction of misoprostol for the treatment of incomplete abortion beyond 12 weeks of pregnancy in Benin. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 126, S36-S39.
- Ahman E, Shah IH. Unsafe Abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Genève, Suisse ; 2011. D'après : http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf?ua=1.
- Amadou, M. (2011). Santé de la Reproduction et statut de la femme au Bénin : Etat des lieux et perspectives. *Centre de Formation et de Recherche en matière de Population (CEFORP)*: Cotonou-Bénin. Présenté en 2011 lors de la Conférence UAPS à Ouagadougou, Burkina Faso. D'après : <http://uaps2011.princeton.edu/papers/110929>.
- Amnesty International. (2009). *Giving life, risking death: Maternal mortality in Burkina Faso*. D'après : http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/ngos/AI_Burkina_Faso47.pdf.
- Banque mondiale. *Ratio de décès maternel, 2010-2014*. D'après : <http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT>.
- Blandine, T., Ouattara, A. Z., Coral, A., Hassane, C., Clotaire, H., Dao, B., . . . Blum, J. (2012). Oral misoprostol as first-line care for incomplete abortion in Burkina Faso. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 119(2), 166-169.
- Blum, J., Winikoff, B., Raghavan, S., Dabash, R., Ramadan, M. C., Dilbaz, B., . . . Diop, A. (2010). Treatment of post-partum haemorrhage with sublingual misoprostol versus oxytocin in women receiving prophylactic oxytocin: a double-blind, randomised, non-inferiority trial. *The Lancet*, 375(9710), 217-223.
- Center for Reproductive Rights (1992-2016). *Benin's Abortion Provisions*. D'après : <http://www.reproductiverights.org/world-abortion-laws/benins-abortion-provisions#English2>.
- Center for Reproductive Rights (1992-2016). *Burkina Faso's Abortion Provisions*. D'après : <http://www.reproductiverights.org/world-abortion-laws/burkina-fasos-abortion-provisions>.
- Center for Reproductive Rights (2014). *The World's Abortion Laws Map*. D'après : <http://www.reproductiverights.org/document/the-worlds-abortion-laws-map>.
- Central Intelligence Agency (2015). *The World Factbook: Benin*. D'après : <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/bn.html>.
- Central Intelligence Agency (2015). *The World Factbook: Togo*. D'après : <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/to.html>.

- Chae S et al. (2015). Barriers to contraceptive use among women in Benin. *In Brief*. New York: Guttmacher Institute. D'après : from <http://www.guttmacher.org/pubs/IB-Benin-Contraception.html>.
- Corbett, M. R. et Turner, K. L. (2003). Essential elements of postabortion care: origins, evolution and future directions. *International Family Planning Perspectives*, 106-111.
- Dao, B., Blum, J., Thieba, B., Raghavan, S., Ouedraogo, M., Lankoande, J. et Winikoff, B. (2007). Is misoprostol a safe, effective and acceptable alternative to manual vacuum aspiration for postabortion care? Results from a randomised trial in Burkina Faso, West Africa. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114(11), 1368-1375.
- Dassa, S.K., Kpanake, L., Welbeck, R. et Ahyi, R.G. (2009). Représentation et vécu de l'interruption volontaire de grossesse chez les femmes à Lomé (Togo). *Perspectives Psy*, 48:326-332. D'après : http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=PPSY_484_0326#anchor_abstract.
- Département du Développement Social Régions Centre et Ouest (2005). Rapport D'évaluation : Projet D'appui au Développement du Système de Santé (PADS). OCSO. D'après http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Project-and-Operations/B%C3%A9nin_-_Developpement_du_syst%C3%A9me_de_sant%C3%A9_-_Rapports_d%E2%80%99%C3%A9valuation.pdf.
- DHS Program. (2012). *Burkina Faso DHS, 2010 - Final Report*. D'après : <http://dhsprogram.com/publications/publication-FR256-DHS-Final-Reports.cfm>.
- DHS Program. (2015). *Togo DHS, 2013-2014 - Final Report*. D'après : <http://dhsprogram.com/publications/publication-FR301-DHS-Final-Reports.cfm>.
- Division de la santé de la Famille, Ministère de la Santé, République Togolaise (2009). Protocoles de Santé de la Reproduction. D'après : <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21007fr/s21007fr.pdf>.
- Division Informations Statistiques Études de Recherche. (2013). *Principaux Indicateurs de la Santé (2012)*. Lomé : République du Togo. D'après : http://www.sante.gouv.tg/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=5&Itemid=3.
- Dzuba, I. G., Winikoff, B. et Peña, M. (2013). Medical abortion: A path to safe, high-quality abortion care in Latin America and the Caribbean. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 18(6), 441-450.
- Feuille de route Soins Après Avortement pour la période de novembre 2013 à mai 2015 Bénin (2015). D'après : <http://www.respond-project.org/pages/pac/pac-meeting-saly-october-2013/road-maps/FEUILLE-DE-ROUTE-DU-BENIN.pdf>.
- FIDH (2015). Senegal : UN committee urges decriminalization of abortion [Press release]. D'après : www.fidh.org/en/region/Africa/senegal/senegal-un-committee-urges-decriminalization-of-abortion

- Fikree, F., Mugore, S. et Forrester, H. (2014). *Postabortion care: Assessment of postabortion care services in four Francophone West Africa countries*. US AID, E2A: Evidence to Action for Strengthened Reproductive Health. D'après : <http://www.e2aproject.org/publications-tools/pdfs/pac-fp-assessment-report.pdf>.
- Fikree, F., Mugore, S. et Forrester, H. (2014). *Strengthening Postabortion Family Planning in Burkina Faso, Pre-Service and In-Service Training on Postabortion Care*. D'après : <http://www.e2aproject.org/publications-tools/pdfs/strengthening-pac-fp-burkina.pdf>.
- FoQus News (2012). Interview : Ministre de la Santé du Bénin, Professeure Dorothée K. Gazard. *PSI Impact*. D'après : <http://psiimpact.com/2012/01/interview-benin-moh-shares-reproductive-health-vision/>.
- Fourn, L., Fayomi, E.B. et Zohoun, T. (1997). Prévalence des interruptions de grossesse et de la régulation des naissances au Bénin. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 26(8):804-8. D'après : <http://www.popline.org/node/273483>.
- Gaye, A., Diop, A., Shochet, T. et Winikoff, B. (2014). Decentralizing postabortion care in Senegal with misoprostol for incomplete abortion. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 126(3):223-6.
- Goyaux, N., Alihonou, E., Diadhiou, F., Leke, R. et Thonneau, P. F. (2001). Complications of induced abortion and miscarriage in three African countries: a hospital-based study among WHO collaborating centers. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 80(6), 568-573.
- Groupe de la Banque africaine de développement. *Bénin développement du système de santé: Rapports d'évaluation*. D'après : http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Project-and-Operations/B%C3%A9nin__Developpement_du_syst%C3%A9me_de_sant%C3%A9_-_Rapports_d%E2%80%99%C3%A9valuation.pdf.
- Guillaume, A. et Molmy, W. (2004). *Abortion in Africa: A review of literature from the 1990's to the present day*. Paris, France : Centre Population et Développement.
- Guttmacher Institute. (2014). *Abortion in Burkina Faso*. D'après : <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Abortion-in-Burkina.html>.
- Guttmacher Institute. (2015). *Abortion in Senegal*. D'après : <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Abortion-Senegal.html>.
- Guttmacher Institute. (2014). *Sexual and Reproductive Health of Young Women in Senegal*. D'après : <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-DD-Senegal.html>.
- Health Policy Project, USAID (2013) *Repositioning Family Planning in Togo Brief*. D'après : http://www.healthpolicyproject.com/ns/docs/Togo_WestAfricaBriefs_Final.pdf.

Hollander, D. (2003). Although abortion is highly restricted in Cameroon, it is not uncommon among young urban women. *International Family Planning Perspectives*, 49-50.

Hussain, M. (2014). In Senegal, women kill own babies due to strict abortion laws. *Reuters*. D'après : <http://www.reuters.com/article/2014/12/01/us-senegal-women-abortion-idUSKCN0JF31220141201>.

Hyman, A. et Kumar, A. (2004). A woman-centered model for comprehensive abortion care. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 86(3), 409-410.

Iaccino, L. (2014). Senegal: Women 'strangle or throw babies in septic tank' as abortion laws too strict. *International Business Times*. D'après : <http://www.ibtimes.co.uk/senegal-women-strangle-throw-babies-septic-tank-abortion-laws-too-strict-1477670>.

Ilboudo, P. G., Greco, G., Sundby, J. et Torsvik, G. (2015). Costs and consequences of abortions to women and their households: a cross-sectional study in Ouagadougou, Burkina Faso. *Health policy and planning*, 30(4), 500-507.

INSD, M. D. et Macro, I. (2011). Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples (EDSBF-MICS IV), Rapport préliminaire, Burkina Faso, 2010. *Ouagadougou*: INSD, 40.

Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE), ICF International (2013). *Enquête Démographique et de Santé du Bénin 2011-2012*. Calverton, Maryland, USA: INSAE and ICF International. D'après : <http://dhsprogram.com/publications/publication-FR270-DHS-Final-Reports.cfm>.

ITELE (2015). Macky Sall, président du Sénégal, invité d'ITELE [Fichier vidéo]. D'après : http://www.seneweb.com/news/Video/grande-interview-macky-sall-parle-de-son_n_166789.html

Kassouta N'Tapi, T.K. (22 mai 2015). [Présentation]. Togo DSF.

Kodjopatapa A., Bassanté B. et Rissy S.O. (2001) « Les déterminants de la baisse de la fécondité au Togo entre 1988 et 1998 », dans Vignikin Kokou et Gbétoglo Dodji (eds.), *Analyse approfondie des données de la seconde Enquête démographique et de santé du Togo*. p. 11-66.

Lazuta, Jennifer (2014). Activists Push for Looser Abortion Laws in Senegal. *Voice of America*. D'après : <http://www.voanews.com/content/activists-push-for-looser-abortion-laws-in-senegal/2447129.html>.

Magnidet, D. (2011). Lutte contre l'avortement provoqué au Bénin : Prosper Attolou et sa Coordination embouchent la trompette. *La Presse du Jour*. D'après : <http://www.lapressedujour.net/archives/11203>.

Ministère de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire (2015). *Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale Ministère de la Santé: Troisième enquête démographique et de santé (EDST-III 2013-2014)*. ICF International Inc. D'après : <http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR301/FR301.pdf>.

©Ipas. 2016. Conclusions de l'analyse situationnelle : *Besoins et opportunités pour une prise en charge des soins complets d'avortement en Afrique de l'Ouest francophone*.

- Ministère de la Santé de la République du Bénin: Direction de la Programmation et de la Prospective. *Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018*. D'après : http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_Pages/Benin/Benin%20Plan%20National%20de%20Developpement%20Sanitaire%202009-2018.pdf.
- Ministère de la Santé du Bénin (2011). *Avortement médicalisé au Bénin: Guides et standards*. D'après : <https://venus.ipas.org/library/fulltext/BeninSG2011.pdf>.
- Ministère de la Santé du Bénin ; Fonds des Nations Unies pour la population (2011). *Revue Rapide de la Stratégie Nationale pour la Réduction de la Moralité Maternelle et Néonatale au Bénin*. D'après : http://benin.UNFPA.org/ressources/Revue_Rapide_de_la_Strategie_Nationale_pour_la_Reduction_de_la_Mortalite_Maternelle_et_neonatale_au_Benin.pdf.
- Ministère de la Santé du Burkina Faso. *Soins après avortement (SAA)*. Burkina Faso: Ministère de la Santé.
- Ministère de la Santé du Burkina Faso. *Politique et Normes du Traitement des Complications d'Avortement et des Soins Post-Abortum au Burkina Faso*. Burkina Faso : Ministère de la Santé.
- Ministre de la Santé, République Togolaise (2011). *Politique Nationale de Sante: Loi d'orientation décennale* . D'après : <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21004fr/s21004fr.pdf>.
- Monteiro, L. (2015). *Les données démographiques du Bénin* [Vues PowerPoint]. D'après : <http://www.medicalabortionconsortium.org/uploads/file/Laurence%20Monteiro.ppt>.
- N'Bouke, A., Calvès, A.-E., Lardoux, S. et Springer, L. (2012). Induced Abortion in Lomé, Togo: Trends and Role in Fertility Decline. *Population (English Edition, 2002-)*, 67(2), 309–336. D'après : <http://www.jstor.org/stable/23358631>.
- N'Bouke, A., Calvès et Lardoux, S. (2012). Le recours à l'avortement provoqué à Lomé (Togo). *Population*, 67(2):357-385. D'après : http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=POPU_1202_0357.
- N'Bouke, A., Lardoux, S. et Calvès, A. (2009). *Évolution du recours à l'avortement à Lomé (Togo)* (Étude non publiée). Department of Demography, Université de Montréal, Montréal.
- Ouédraogo, R. et Sundby, J. (2014). Social determinants and access to induced abortion in Burkina Faso: from two case studies. *Obstetrics and Gynecology International*, 2014.
- Organisation mondiale de la Santé (2014). *Togo : Profil sanitaire complet*. D'après : http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/ind.
- Organisation mondiale de la Santé (2014). *Un aperçu de la Stratégie de Coopération : Togo*. D'après : http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_tgo_en.pdf.

- Organisation mondiale de la Santé (2010). *Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2008: Estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque Mondiale*. Genève, Suisse : OMS.
- Organisation mondiale de la Santé (2011). *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*. Genève, Suisse : OMS.
- Organisation mondiale de la Santé : Bureau régional de l'Afrique (2010-2014). *Financement de la santé. Bénin : Profil analytique complet*. D'après : http://www.who.int/profiles_information/index.php/Benin:Health_financing.
- Organisation mondiale de la Santé : Bureau régional de l'Afrique (2010-2014). *Nombre et distribution des travailleurs sanitaires. Togo : Profil analytique complet*. D'après : http://www.who.int/profiles_information/index.php/Togo:Numbers_and_distribution_of_health_workers/fr.
- ONUSIDA (2013). *Abuja +12: Shaping the future of health in Africa*. D'après : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2524_Abuja_report_en_0.pdf.
- Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat (2002). *Population Policy Data Bank: Benin Abortion Policy*. D'après : <http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/doc/benins1.doc>.
- Population Reference Bureau (2012). *Family Planning: Francophone West Africa on the Move—A Call to Action*. D'après : <http://www.prb.org/Publications/Reports/2012/ouagadougou-partnership-en.aspx>.
- Population Reference Bureau. *PRB 2014 World Population Data Sheet*. D'après : <http://www.prb.org/DataFinder/Geography/Data.aspx?loc=270>.
- République Togolaise (2012). *Togo Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015*. D'après : <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21005fr/s21005fr.pdf>.
- Rossier, C. (2007). *Abortion: an open secret? Abortion and social network involvement in Burkina Faso. Reproductive Health Matters*, 15(30), 230-238.
- Rossier, C., Guiella, G., Ouédraogo, A. et Thiéba, B. (2006). *Estimating clandestine abortion with the confidants method—results from Ouagadougou, Burkina Faso. Social Science and Medicine*, 62(1), 254-266.
- Saizonou, J., Godin, I., Ouendo, E., Zerbo, R. et Dujardin, B. (2006). [Emergency obstetrical care in Benin referral hospitals: 'near miss' patients' views]. *Tropical Medicine and International Health*: 11(5), 672-680.
- Sankara, A. (2013, August 12). *Pour une réduction de la mortalité maternelle. Le Pays*. D'après : <http://lepaysarchives.com/oldsite/?MISOCLEAR>.

- Sedgh, G., Rossier, C., Kaboré, I., Bankole, A. et Mikulich, M. (2011). Estimating abortion incidence in Burkina Faso using two methodologies. *Studies in Family Planning*, 42(3), 147-154.
- Sedgh, G., Sylla, A. H., Philbin, J., Keogh, S. et Ndiaye, S. (2015). Estimates of the Incidence of Induced Abortion and Consequences of Unsafe Abortion in Senegal. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 41(1), 11-19.
- Seydou, D. (2013). Abortion Law and Production of Stigma When Seeking Hospital Care in Burkina Faso. *Social Science Research Network*. Disponible sur : <http://ssrn.com/abstract=2205790>.
- Shochet, T., Diop, A., Gaye, A., Nayama, M., Sall, A. B., Bukola, F., . . . Olayinka, O. (2012). Sublingual misoprostol versus standard surgical care for treatment of incomplete abortion in five sub-Saharan African countries. *BMC pregnancy and childbirth*, 12(1), 127.
- Storeng, K. T. et Ouattara, F. 2014. The politics of unsafe abortion in Burkina Faso: The interface of local norms and global public health practice. *Global Public Health*, 9, 946-959. doi:10.1080/17441692.2014.937828.
- Thiam, F.T., Suh, S. et Moreira, P. (2006). Scaling Up Postabortion Care Services: Results from Senegal. *MSH Occasional Paper 5*. D'après : <https://www.msh.org/sites/msh.org/files/scaling-up-postabortion-care-services-results-from-senegal.pdf>.
- Thonneau, P., Matsuda, T., Goyeaux, N., Djanhan, Y., Yace-Soumah, F. et Welffens, C. (2004). Determinants of maternal deaths in induced abortion complications in Ivory Coast. *Contraception*, 70, 319-326.
- UNICEF (2012). *Togo: Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête par grappes à indicateurs multiples 2010*. D'après : <http://mics.unicef.org/surveys>.
- UNICEF (2013). *Senegal: Statistics*. D'après : http://www.unicef.org/infobycountry/senegal_statistics.html.
- Van de Weerd, R. *Informed Push Model in Togo: A Best Practice in Public/Private Partnership for Supply Chain Excellence*. Présenté lors de la 15^{ème} Réunion générale des membres de la Reproductive Health Supplies Coalition. D'après : http://www.rhsupplies.org/fileadmin/user_upload/Mexico_2014/Presentations/Day_4/PS_Availability_-_High_Impact_SCM_Practices_-_Renee_van_der_Weerd__UNFPA.pdf.

Notes

- ¹ Organisation mondiale de la Santé (2011). Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Genève, Suisse : OMS.
- ² Hyman, A. et Kumar, A. (2004). A woman-centered model for comprehensive abortion care. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 86(3), 409-410410.
- ³ Ministère de la Santé du Bénin (2011). Avortement médicalisé au Bénin: Guides et standards. D'après : <https://venus.ipas.org/library/fulltext/BeninSG2011.pdf>.
- ⁴ Monteiro, L. (2015). *Les données démographiques du Bénin* [PowerPoint slides]. D'après: <http://www.medicalabortionconsortium.org/uploads/file/Laurence%20Monteiro.ppt>.
- ⁵ Département du Développement Social Régions Centre et Ouest (2005). Rapport D'évaluation: Projet D'appui au Développement du Système de Santé (PADS). OCSD. D'après: http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Project-and-Operations/B%C3%A9nin_-_Developpement_du_syst%C3%A9me_de_sant%C3%A9_-_Rapports_d%E2%80%99%C3%A9valuation.pdf.
- ⁶ Sedgh, G., Rossier, C., Kaboré, I., Bankole, A. et Mikulich, M. (2011). Estimating abortion incidence in Burkina Faso using two methodologies. *Studies in Family Planning*, 42(3), 147-154.
- ⁷ Sedgh, G., Sylla, A. H., Philbin, J., Keogh, S. et Ndiaye, S. (2015). Estimates of the Incidence of Induced Abortion and Consequences of Unsafe Abortion in Senegal. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 41(1), 11-19.
- ⁸ Organisation mondiale de la Santé : Bureau régional de l'Afrique (2010-2014). Nombre et distribution des travailleurs sanitaires. *Togo: Profile analytique complet*. D'après: http://www.who.int/profiles_information/index.php/Togo:Numbers_and_distribution_of_health_workers/fr.
- ⁹ UNICEF (2012). Togo: Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête par grappes à indicateurs multiples 2010. D'après : <http://mics.unicef.org/surveys>.
- ¹⁰ Division Informations Statistiques Etudes de Recherche. (2013). Principaux Indicateurs de la Santé (2012). Lomé: République du Togo. D'après: http://www.sante.gouv.tg/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=5&Itemid=3.
- ¹¹ Corbett, M. R. et Turner, K. L. (2003). Essential elements of post abortion care: origins, evolution and future directions. *International Family Planning Perspectives*, 106-111.
- ¹² Guttmacher Institute. (2014). *Sexual and Reproductive Health of Young Women in Senegal*. D'après : <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-DD-Senegal.html>.
- ¹³ Guttmacher Institute. (2015). *Abortion in Senegal*. D'après : <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Abortion-Senegal.html>.
- ¹⁴ Population Reference Bureau (2012). *Family Planning: Francophone West Africa on the Move—A Call to Action*. D'après : <http://www.prb.org/Publications/Reports/2012/ouagadougou-partnership-en.aspx>.
- ¹⁵ Guttmacher Institute (2014). *Abortion in Burkina Faso*. D'après : <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Abortion-in-Burkina.html>.
- ¹⁶ Hollander, D. (2003). Although abortion is highly restricted in Cameroon, it is not uncommon among young urban women. *International Family Planning Perspectives*, 49-50.
- ¹⁷ Thonneau, P., Matsuda, T., Goyeaux, N., Djanhan, Y., Yace-Soumah, F. et Welfens, C. (2004). Determinants of maternal deaths in induced abortion complications in Ivory Coast. *Contraception*, 70, 319-326.
- ¹⁸ Organisation mondiale de la Santé (2010). *Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990 - 2008: Estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, et la Banque Mondiale*. Genève, Suisse : OMS.
- ¹⁹ Dzuba, I. G., Winikoff, B. et Peña, M. (2013). Medical abortion: A path to safe, high-quality abortion care in Latin America and the Caribbean. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 18(6), 441-450.
- ²⁰ Guillaume, A. et Molmy, G. (2004). *Abortion in Africa: A Review of Literature from the 1990s to the Present Day*. Paris: Centre Population et Développement.

-
- ²¹ Blandine, T., Ouattara, A. Z., Coral, A., Hassane, C., Clotaire, H., Dao, B., Blum, J. (2012). Oral misoprostol as first-line care for incomplete abortion in Burkina Faso. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 119(2), 166-169.
- ²² Gaye, A., Diop, A., Shochet, T. et Winikoff, B. (2014). Decentralizing post abortion care in Senegal with misoprostol for incomplete abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 126(3), 223-226.
- ²³ Shochet, T., Diop, A., Gaye, A., Nayama, M., Sall, A. B., Bukola, F., . . . Olayinka, O. (2012). Sublingual misoprostol versus standard surgical care for treatment of incomplete abortion in five sub-Saharan African countries. *BMC pregnancy and childbirth*, 12(1), 127.
- ²⁴ Ouédraogo, R. et Sundby, J. (2014). Social determinants and access to induced abortion in Burkina Faso: from two case studies. *Obstetrics and Gynecology International*, 2014.
- ²⁵ Rossier, C., Guiella, G., Ouédraogo, A. et Thiéba, B. (2006). Estimating clandestine abortion with the confidants method—results from Ouagadougou, Burkina Faso. *Social Science & Medicine*, 62(1), 254-266.
- ²⁶ Central Intelligence Agency (2015). *The World Factbook: Benin*. D'après : <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/bn.html>.
- ²⁷ Chae S et al. (2015). Barriers to contraceptive use among women in Benin. In *Brief*. New York: Guttmacher Institute. D'après : <http://www.guttmacher.org/pubs/IB-Benin-Contraception.html>.
- ²⁸ Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE), ICF International (2013). *Enquête Démographique et de Santé du Bénin 2011-2012*. Calverton, Maryland, USA: INSAE and ICF International. D'après : <http://dhsprogram.com/publications/publication-FR270-DHS-Final-Reports.cfm>.
- ²⁹ Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique (2010-2014). Financement de la Santé. *Bénin: Profil analytique complet*. D'après : http://www.who.int/profiles_information/index.php/Benin:Health_financing.
- ³⁰ Ministère de la Santé de la République du Bénin: Direction de la Programmation et de la Prospective. *Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018*. D'après : http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_Pages/Benin/Benin%20Plan%20National%20de%20Developpement%20Sanitaire%202009-2018.pdf.
- ³¹ Amadou, M. (2011). Santé de la Reproduction et statut de la femme au Bénin: Etat des lieux et perspectives. *Centre de Formation et de Recherche en matière de Population (CEFOP): Cotonou-Bénin*. Présenté en 2011 lors de la Conférence UAPS de Ouagadougou, Burkina Faso. D'après : <http://uaps2011.princeton.edu/papers/110929>.
- ³² Ministère de la Santé du Bénin; Fonds des Nations Unies pour la population (2011). *Revue Rapide de la Stratégie Nationale pour la Réduction de la Moralité Maternelle et Néonatale au Bénin*. D'après : http://benin.UNFPA.org/ressources/Revue_Rapide_de_la_Strategie_Nationale_pour_la_Reduction_de_la_Mortalite_Maternelle_et_neonatale_au_Benin.pdf.
- ³³ Goyaux, N., Alihonou, E., Diadiou, F., Leke, R. et Thonneau, P. F. (2001). Complications of induced abortion and miscarriage in three African countries: a hospital-based study among WHO collaborating centers. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 80(6), 568-573.
- ³⁴ Saisonou, J., Godin, I., Ouendo, E., Zerbo, R. et Dujardin, B. (2006). [Emergency obstetrical care in Benin referral hospitals: 'near miss' patients' views]. *Tropical medicine & international health: TM & IH*, 11(5), 672-680.
- ³⁵ Adisso, S., Hounkpatin, B. I., Komongui, G. D., Sambieni, O. et Perrin, R. X. (2014). Introduction of misoprostol for the treatment of incomplete abortion beyond 12 weeks of pregnancy in Benin. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 126, S36-S39.
- ³⁶ Fourn, L., Fayomi, E.B. et Zohoun, T. (1997). Prévalence des interruptions de grossesse et de la régulation des naissances au Bénin. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 26(8):804-8. D'après : <http://www.popline.org/node/273483>.
- ³⁷ Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat (2002). *Population Policy Data Bank: Benin Abortion Policy*. D'après : <http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/doc/benins1.doc>.
- ³⁸ Center for Reproductive Rights (1992-2016). *Benin's Abortion Provisions*. D'après : <http://www.reproductiverights.org/world-abortion-laws/benins-abortion-provisions#English2>.

-
- ³⁹ Feuille de route Soins Après Avortement pour la période de novembre 2013 à mai 2015 Bénin (2015). D'après : <http://www.respond-project.org/pages/pac/pac-meeting-saly-october-2013/road-maps/FEUILLE-DE-ROUTE-DU-BENIN.pdf>.
- ⁴¹ FoQus News (2012). Interview: Ministre de la Santé du Bénin, Professeure Dorothée K. Gazard. *PSI Impact*. D'après : <http://psiimpact.com/2012/01/interview-benin-moh-shares-reproductive-health-vision/>.
- ⁴² INSD, M. D. et Macro, I. (2011). Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples (EDSBF-MICS IV), Rapport préliminaire, Burkina Faso, 2010. *Ouagadougou*: INSD, 40.
- ⁴³ Blum, J., Winikoff, B., Raghavan, S., Dabash, R., Ramadan, M. C., Dilbaz, B., . . . Diop, A. (2010). Treatment of post-partum haemorrhage with sublingual misoprostol versus oxytocin in women receiving prophylactic oxytocin: a double-blind, randomised, non-inferiority trial. *The Lancet*, 375(9710), 217-223.
- ⁴⁴ Rossier, C. (2007). Abortion: an open secret? Abortion and social network involvement in Burkina Faso. *Reproductive Health Matters*, 15(30), 230-238.
- ⁴⁵ Ilboudo, P. G., Greco, G., Sundby, J., et Torsvik, G. (2015). Costs and consequences of abortions to women and their households: a cross-sectional study in Ouagadougou, Burkina Faso. *Health policy and planning*, 30(4), 500-507.
- ⁴⁶ Ministère de la Santé du Burkina Faso. *Politique et Normes de Traitement des Complications d'Avortement et des Soins Post-Abortum au Burkina Faso*. Burkina Faso: Ministère de la Santé.
- ⁴⁷ Center for Reproductive Rights (1992-2016). *Burkina Faso's Abortion Provisions*. D'après : <http://www.reproductiverights.org/world-abortion-laws/burkina-fasos-abortion-provisions>.
- ⁴⁸ Ministère de la Santé du Burkina Faso. *Soins après avortement (SAA)* [Directives nationales pour les soins après avortement du Burkina Faso]. Burkina Faso: Ministère de la Santé.
- ⁴⁹ Fikree, F., Mugore, S. et Forrester, H. (2014). *Strengthening Postabortion Family Planning in Burkina Faso, Pre-Service and In-Service Training on Postabortion Care*. D'après : <http://www.e2aproject.org/publications-tools/pdfs/strengthening-pac-fp-burkina.pdf>.
- ⁵⁰ Amnesty International (2009). *Giving life, risking death: Maternal mortality in Burkina Faso*. D'après : http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/ngos/AI_Burkina_Faso47.pdf.
- ⁵¹ Dao, B., Blum, J., Thieba, B., Raghavan, S., Ouedraogo, M., Lankoande, J. et Winikoff, B. (2007). Is misoprostol a safe, effective and acceptable alternative to manual vacuum aspiration for post abortion care? Results from a randomised trial in Burkina Faso, West Africa. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 114(11), 1368-1375.
- ⁵² Sankara, A. (2013). Pour une réduction de la mortalité maternelle. *Le Pays*. D'après : <http://lepaysarchives.com/oldsite/?MISOCLEAR>.
- ⁵³ FIDH (2015). Senegal: UN committee urges decriminalization of abortion [Press release]. D'après : www.fidh.org/en/region/Africa/senegal/senegal-un-committee-urges-decriminalization-of-abortion
- ⁵⁴ iTele (2015). Macky Sall, président du Sénégal, invite d'iTELE [Fichier video]. D'après : http://www.seneweb.com/news/Video/grande-interview-macky-sall-parle-de-son_n_166789.html
- ⁵⁵ Lazuta, Jennifer (2014). Activists Push for Looser Abortion Laws in Senegal. *Voice of America*. D'après : <http://www.voanews.com/content/activists-push-for-looser-abortion-laws-in-senegal/2447129.html>.
- ⁵⁶ Hussain, M. (2014). In Senegal, women kill own babies due to strict abortion laws. *Reuters*. D'après : <http://www.reuters.com/article/2014/12/01/us-senegal-women-abortion-idUSKCN0JF31220141201>.
- ⁵⁷ Iaccino, L. (2014). Senegal: Women 'strangle or throw babies in septic tank' as abortion laws too strict." *International Business Times*. D'après : <http://www.ibtimes.co.uk/senegal-women-strangle-throw-babies-septic-tank-abortion-laws-too-strict-1477670>.
- ⁵⁸ Central Intelligence Agency (2015). *The World Factbook: Togo*. D'après : <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/to.html>.
- ⁵⁹ Ministère de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire (2015). *Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale Ministère de la Santé: Troisième enquête démographique et de santé (EDST-III 2013-2014)*. ICF International Inc. D'après : <http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR301/FR301.pdf>.

-
- ⁶⁰ Fikree, F., Mugore, S. et Forrester, H. (2014). *Postabortion care: Assessment of post abortion care services in four Francophone West Africa countries*. US AID, E2A: Evidence to Action for Strengthened Reproductive Health. D'après : <http://www.e2aproject.org/publications-tools/pdfs/pac-fp-assessment-report.pdf>.
- ⁶¹ Organisation mondiale de la Santé(2014). Un aperçu de la stratégie de Coopération: Togo. D'après : http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_tgo_en.pdf.
- ⁶² ONUSIDA (2013). *Abuja +12: Shaping the future of health in Africa*. D'après : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2524_Abuja_report_en_0.pdf.
- ⁶³ République Togolaise (2012). *Togo Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015*. D'après : <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21005fr/s21005fr.pdf>.
- ⁶⁴ Health Policy Project, USAID (2013) *Repositioning Family Planning in Togo Brief*. D'après : http://www.healthpolicyproject.com/ns/docs/Togo_WestAfricaBriefs_Final.pdf.
- ⁶⁵ République Togolaise (2014). *Rapport d'activités : Direction des affaires communes*
- ⁶⁶ Ministère de la Santé, République Togolaise (2011). *Politique Nationale de Santé: Loi d'orientation décennale*. D'après : <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21004fr/s21004fr.pdf>.
- ⁶⁷ Division de la santé de la Famille, Ministère de la Santé, République Togolaise (2009). *Protocoles de Santé de la Reproduction*. D'après : <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21007fr/s21007fr.pdf>.
- ⁶⁸ N'Bouke, A., Calvès, A.-E., Lardoux, S., et Springer, L... (2012). *Induced Abortion in Lomé, Togo: Trends and Role in Fertility Decline*. *Population* (English Edition, 2002-), 67(2), 309–336. D'après : <http://www.jstor.org/stable/23358631>.
- ⁶⁹ Dassa, S.K., Kpanake, L., Welbeck, R. et Ahyi, R.G. (2009). *Représentation et vécu de l'interruption volontaire de grossesse chez les femmes à Lomé (Togo)*. *Perspectives Psy*, 48:326-332. D'après : http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=PPSY_484_0326#anchor_abstract.
- ⁷⁰ Kodjopatapa A., Bassanté B. et Rissy S.O. (2001) "Les déterminants de la baisse de la fécondité au Togo entre 1988 et 1998", dans Vignikin Kokou et Gbétoglo Dodji (eds.), *Analyse approfondie des données de la seconde E7*
- ⁷¹ N'Bouke, A., Lardoux, S. et Calvès, A. (2009). *Évolution du recours à l'avortement à Lomé (Togo) (Étude non publiée)*. Département of Demography, Université de Montréal, Montréal.
- ⁷² Kassouta N'Tapi, T.K. (22 mai 2015). [Présentation]. Togo DSF.