



LES DÉTERMINANTS
SOCIOCULTURELS
ET COMMUNAUTAIRES
DES GROSSESSES
NON DÉSIRÉES ET
DES AVORTEMENTS

DISTRICT DE DJIBO
BURKINA FASO



**LES DÉTERMINANTS
SOCIOCULTURELS
ET COMMUNAUTAIRES
DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES
ET DES AVORTEMENTS**
NOTAMMENT AU SEIN DE LA
TRANCHE D'ÂGE DES 15-24 ANS
DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE
DJIBO (BURKINA FASO)

- RAPPORT -

RÉDIGÉ EN AVRIL 2015

ÉQUIPE DES CONSULTANTS :

Sylvie Zongo, Institut des Sciences des Sociétés/Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique, Ouagadougou, Burkina Faso

Emmanuel N'koué Sambiéni, Université de Parakou, LASDEL Parakou, Bénin

Elisabeth Paul, consultante et collaboratrice scientifique de l'Université de Liège, Belgique

COMITÉ DE PILOTAGE MDM :

Sandrine Simon, Référente SSR (coordinatrice de l'étude)

Billy Sivahera, Coordinateur Général, Burkina Faso

Catherine Giboin, Référente associative SSR

Delphine Clochard, Référente Déterminants Socioculturels

Joseph Zahiri, Référent médical Afrique Tanit Iglesias, Référente médicale MO/ALC



Cette étude a été réalisée avec le soutien de l'Agence Française de Développement.
Les idées et opinions présentées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de l'AFD.

REMERCIEMENTS

L'équipe des consultants tient à remercier sincèrement toutes les personnes qui ont contribué à la réussite de cette recherche.

Nous sommes reconnaissants pour le temps consacré, les contributions et la collaboration de toutes les personnes rencontrées à Djibo : l'équipe locale de Médecin du Monde (MdM), les responsables du district sanitaire, les équipes de santé au niveau des CSPS, les agents de santé à base communautaire, les agents de l'administration publique des différentes localités, les membres de la communauté. Nous remercions également Médecin du Monde Paris et particulièrement Sandrine Simon la coordonnatrice de l'étude.

Nos remerciements vont particulièrement au bureau de MdM à Ouagadougou et Paris pour l'appui technique et la disponibilité permanente tout au long de la mission.

L'équipe remercie Eulalie Zongo, Mairama Tamboura et Koné Aboudramane qui ont assuré la collecte des données.

« Juridiquement, je sais que c'est interdit au Burkina Faso. L'avortement est interdit au Burkina Faso, à moins que c'est un avortement thérapeutique, peut-être que la vie de la maman est en danger. La vie de la maman est en danger et on essaie de sauver la maman au moins que c'est ça. Il y a l'avortement hygiénique aussi souvent quand la femme-là fait une échographie et qu'on voit que l'enfant là c'est une malformation qui est à l'intérieur là on peut évacuer la grossesse »

Soignant

« Ce que nous, on enseigne ici, on leur dit simplement que l'avortement est interdit par la loi au Burkina, c'est ce qui est dit, sinon normalement, celle qui avorte et tous ceux qui ont été complices de l'avortement doivent être condamnés, donc la sanction peut être des amendes jusqu'à l'emprisonnement. C'est ce qu'on leur dit pour ne pas rentrer dans les détails, c'est sanctionné par la loi au Burkina »

Educateur

« L'avortement je pense que d'abord je dirai que c'est une entreprise qui ne répond pas à la morale. Mais bon c'est comme on vient de le dire, il y a des situations où l'avortement est légalisé au Burkina et un peu partout ailleurs, mais en dehors de ces situations, je condamne formellement l'avortement ! »

Autorité administrative

« L'interdiction est bien, parce que celui qui fait un avortement est considéré comme un criminel »

Leader communautaire

« C'est un péché capital, un péché grave, un péché mortel donc ça nécessite des sanctions exemplaires. Donc normalement on ne peut confesser une femme

qui a avorté sans la permission de l'Évêque, ou bien c'est l'évêque lui-même qui doit le faire parce que vu la gravité... Dans l'Église même vivre sans bénir son mariage ça fait l'objet d'excommunication temporaire. Que les gens qui vivent une vie conjugale sans le sacrement de mariage ne peuvent pas communier à plus forte raison une femme qui a tué. Donc jusqu'à ce qu'ils rectifient leurs situations alors dans le cas de la femme là il faut se confesser auprès du père l'Évêque »

Leader religieux catholique

« Dans le coran, il y a des sourates qui interdisent l'avortement, c'est un péché, si une personne avorte, c'est considéré qu'il a tué un être humain, la personne a péché autant qu'un assassin, elle aura des comptes à rendre à Dieu. Quand une femme ou une jeune fille se retrouve enceinte, elle doit accepter la grossesse, c'est pour sa propre santé... Une femme qui désire avorter, elle ne va pas prendre le risque de venir me voir, elle ne va même pas oser, parce que nous allons appliquer la loi de la charia, c'est de la chasser hors du village, parce que l'avortement est un crime. Nous allons la bannir de notre communauté et elle ne fera plus partie de notre religion. Une femme qui exprime son désir d'avorter ne va jamais manifester ce désir devant nous les responsables de la communauté musulmane »,

Leader religieux musulman

« Par rapport à ces jeunes filles, s'il y a de ces filles qui tombent en grossesses, qui avortent, à notre église elles ne doivent pas prendre la sainte scène ! Oui ! Oui ! Elles ne doivent pas prendre la sainte scène. On va laisser quelques temps ou quelques mois elles vont s'asseoir seulement voilà ! »

Leader religieux protestant

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS _____	2	3.5. Les soins post-avortements _____	28
LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS _____	5	3.6. Les parcours des filles et des femmes portant une GND _____	29
RÉSUMÉ EXÉCUTIF _____	6	3.7. Collaboration entre services de droits, services sociaux et services de santé en charge des GND _____	30
EXECUTIVE SUMMARY _____	8	3.8. Gestion des avortements en fonction des groupes ethniques _____	30
INTRODUCTION _____	10	3.9. Les rôles des géniteurs dans la gestion des GND _____	30
1.1. Contexte de l'étude _____	10	3.10. Les parcours et les facteurs de vulnérabilité des élèves et des jeunes filles des sites d'orpaillage _____	31
1.2. Objectifs de l'étude _____	11		
APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE _____	12	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS _____	32
2.1. Sélection des sites de l'étude _____	12	4.1. Conclusions _____	32
2.2. Collecte des données _____	13	4.1.1. La prévention et la gestion des GND et des avortements _____	32
2.3. Traitement des données _____	14	4.1.2. Les perceptions et conduites des soignants face aux avortements _____	33
2.4. Limites de l'étude _____	14	4.2. Recommandations _____	33
PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ÉTUDE _____	15	4.2.1. Activités envers les populations _____	33
3.1. A propos de la contraception _____	15	4.2.2. Activités au niveau des services de santé et des services sociaux _____	34
3.1.1. Une diversité des méthodes proposées _____	15	4.2.3. Activités au niveau des espaces politiques de prises de décisions _____	34
3.1.2. Accès à la contraception et barrières _____	15		
3.1.3. Représentations liées à la contraception chez les jeunes _____	16	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES _____	36
3.2. Discours et pratiques autour des grossesses non désirées _____	17	ANNEXES _____	38
3.2.1. Etat des lieux des grossesses non désirées et des avortements _____	17	Annexe 1. Principales statistiques sanitaires _____	39
3.2.2. Principales causes des grossesses non désirées et des avortements _____	18	Annexe 2. Données de registres de maternité de cinq localités _____	44
3.2.3. Mode familial et communautaire de gestion des GND _____	19	Annexe 3. Liste et profils des informateurs _____	50
3.2.4. Dispositif sanitaire de gestion des GND _____	20	Annexe 4. Guides d'entretiens et d'observation _____	54
3.2.5. Stratégies de prévention des GND _____	21	Annexe 5 Termes de références de l'étude _____	62
3.3. Les avortements clandestins, une conséquence des GND _____	21		
3.3.1. Une réalité difficile à saisir _____	21		
3.3.2. Des méthodes abortives à risque de santé _____	23		
3.3.3. Le poids des normes sociales _____	23		
3.4. Les avortements provoqués : entre dispositions morales et légales _____	24		

LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

AB

Accoucheuse Brevetée

AFD

Agence Française de Développement

AIS

Agent Itinérant de Santé

AMIU

Aspiration Manuelle Intra Utérine

ASC

Agent de Santé Communautaire

AV

Accoucheuse Villageoise

CMA

Centre Médical avec Antenne Chirurgicale

COGES

Comité de gestion du centre de santé

CSPS

Centre de Santé et de Promotion Sociale

GND

Grossesse Non Désirée

IDE

Infirmier Diplômé d'État

MdM

Médecins du Monde

SMI

Santé Maternelle et Infantile

SSR

Santé Sexuelle et Reproductive

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Contexte et justification : Les indicateurs de morbidité et de mortalité maternelles restent assez critiques dans bien des pays en développement. L'un des déterminants important de cette situation, et qui malheureusement reste très peu considéré est la prévention et la prise en charge des grossesses non désirées (GND). Environ la moitié des GND se terminent par un avortement (environ 44 millions d'avortements dans le monde en 2008) (WHO, 2001) dont 21 millions sont à risque, c'est-à-dire réalisés dans des conditions d'hygiène et de sécurité insuffisantes, compromettant sérieusement la santé des femmes et particulièrement celle des adolescentes (10 à 19 ans) et des jeunes (15 à 24 ans) qui constituent la population la plus vulnérable. Le Burkina Faso fait partie des pays où la situation demeure critique. Les femmes font face à plusieurs barrières (socioculturelle, légale, économique, sanitaire, géographique) qui favorisent la survenue des GND, entravent leur prise en charge et conduisent à des avortements à risque. Fort de ce constat, MdM a initié une étude pour contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle associée aux GND dans 4 pays (Burkina Faso, République Démocratique du Congo, Palestine, Pérou). Cette étude vise à affiner et objectiver les constats réalisés par les équipes afin d'adapter nos approches mais aussi de communiquer sur les réalités vécues. Au Burkina Faso, la problématique est étudiée dans le district sanitaire de Djibo, une zone d'intervention de MdM où depuis mai 2014, un programme dénommé « Accès aux soins de santé sexuelle et reproductive » est mis en œuvre. La présente étude a été conduite en vue de permettre à MdM d'affiner ses stratégies d'intervention à travers une analyse comparative approfondie des déterminants socioculturels et communautaires, des GND et des avortements, en particulier chez les adolescents et les jeunes auprès de qui la présente étude a été conduite.

Méthodologie : L'étude est conduite dans les 09 localités du district sanitaire de Djibo situé dans la région du Sahel. Les données ont été collectées dans la période du 14 au 31 décembre 2014. Outre la revue documentaire, 84 entretiens individuels et 03 discussions de groupe ont été réalisés auprès d'acteurs aux profils diversifiés. Des observations ont été menées dans les services de maternité/SMI des centres de santé visités.

Résultats :

(i) *Le lien entre les GND et les avortements* est bien établi par les populations. Les deux phénomènes touchent aussi bien les adultes que les adolescentes et les jeunes. Au sein de la tranche d'âge des 15 à 24 ans, les avortements provoqués sont principalement imputés aux GND. Les élèves des établissements d'enseignement secondaire de la province, les serveuses dans les débits de boisson, les jeunes travaillant sur les sites d'orpaillage sont considérés comme les plus vulnérables, mais ce sont surtout les élèves des établissements d'enseignement secondaire qui sont les plus mises en avant.

(ii) *Les déterminants des GND et des avortements chez les adolescents et les jeunes* sont multiples. Ils sont à la fois socioculturels et religieux avec la prégnance des représentations de la sexualité et de la fécondité pré-nuptiales ; ils sont aussi économiques en référence aux difficultés des ménages pour faire face aux besoins (élémentaires) des enfants ; ils sont enfin sanitaires du fait des difficultés d'accès et de la non utilisation des méthodes contraceptives.

(iii) *La prévention des GND et des avortements* est essentiellement construite autour des dispositifs de sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive impliquant les acteurs de la santé, les associations et les ONGs locales, les éducateurs, etc. Ces sensibilisations sont faites au niveau des jeunes, mais aussi des adultes (parents). L'abstinence est la principale méthode promue pour éviter les GND chez les jeunes. Cependant, dans un contexte de sexualité pré-nuptiale grandissante, l'utilisation des méthodes contraceptives se présente comme un impératif. Si cette perception est partagée par la plupart des acteurs, elle ne rencontre pas l'assentiment des leaders religieux pour qui l'éducation à une sexualité responsable vécue dans le mariage reste la stratégie efficace pour prévenir les GND et leurs conséquences chez les jeunes. On note une insuffisance du dispositif de communication (émissions radios, affiches, sensibilisations, etc.) au niveau des personnes ressources (leaders religieux, administratifs et politiques).

(iv) *Les GND ne bénéficient pas de dispositif d'accompagnement particulier.* Sur le plan familial et communautaire, même si des changements sont de plus en plus observés, les personnes concernées sont bien sou-

vent rejetées de leur famille jusqu'à l'accouchement. Dans les associations et les services sociaux rencontrés, il n'y a pas de programme particulier consacré à ces situations. L'accompagnement consiste soit à donner des conseils à la victime pour leur ôter toute intention de recourir à l'avortement, soit à gérer les litiges familiaux consécutifs à la GND. Dans les centres de santé, les dispositions sont les mêmes. L'appui se fait essentiellement en conseils et orientations vers les consultations prénatales.

(v) Bien qu'étant cause de morbidité et de mortalité maternelle, *les avortements provoqués volontairement sont l'objet d'une forte réprobation aussi bien dans les communautés qu'au sein du personnel de santé*. Cette réprobation sociale des avortements s'inscrit dans un contexte national de restriction légale dont les populations sont par ailleurs informées. Du fait de leur censure sociale, ces avortements sont pratiqués dans la clandestinité, ce qui rend leur notification difficile et leur gestion technique indisponible. Ils entraînent de lourdes conséquences allant parfois jusqu'à la mort.

(vi) *Les soins post-avortements* sont considérés comme étant plus adaptés aux situations d'avortements spontanés. Les soins après un avortement provoqué nécessiteraient, selon le personnel soignant, des protocoles spécifiques du fait des méthodes et des conditions à risque dans lesquelles ils sont pratiqués. Ces soins seraient donc adaptés à l'état clinique de la patiente, qui doit par ailleurs les prendre financièrement en charge.

(vii) *Malgré leurs connaissances des conséquences sanitaires des avortements provoqués (notamment les risques de mortalité) les différents acteurs (autorités politiques et religieuses, hommes âgés et soignants) restent réfractaires à une possible légalisation de la pratique*. Les valeurs morales et religieuses cohabitent régulièrement avec le contexte d'offre de soins. Les actions envisagées par les acteurs rencontrés pour lutter contre la morbidité et la mortalité liées aux GND et aux avortements concernent tout d'abord la formation et la sensibilisation des différentes catégories de la population, et particulièrement les jeunes et adolescents, sur la santé sexuelle et reproductive dans différents lieux stratégiques, puis la promotion des méthodes contraceptives pour la catégorie d'âge des 15/24 ans.

Principales recommandations :

(i) *Au niveau de la communauté* : il faut renforcer les sensibilisations envers les responsables religieux puis les chefs de famille en prenant en compte aussi bien les femmes que les hommes ; sensibiliser les familles sur la nécessité du soutien moral, technique et matériel des jeunes et des adolescentes face aux GND, de sorte à réduire les facteurs d'avortements.

(ii) *Au niveau des centres de santé* : il faut renforcer les paquets minimums d'activités SSR : renforcement du plateau technique et des compétences pour les soins post-avortements. Il faut aussi renverser les positions psychiques ou les préjugés défavorables des agents de santé dans le rapport aux GND.

(iii) *Pour les jeunes* : il faut poursuivre les activités d'éducation à la sexualité initiées dans les établissements secondaires de la province. Il faut élargir ces activités aux autres lieux de vulnérabilité : débits de boisson, sites d'orpaillage, puis promouvoir des espaces où les jeunes (garçons et filles) pourraient accéder, sans contraintes particulières, aux informations sur la santé sexuelle et reproductive, les méthodes contraceptives et à leur prescription.

(iv) *Pour les autorités locales*, il faut mettre en place des actions de mise en œuvre de l'application réelle de la loi en ce qui concerne tout au moins l'autorisation de l'avortement dans les trois conditions légales (santé de la mère, inceste, grave malformation congénitale). Il faut ensuite une réelle implication dans la mise en place des plateaux techniques requis pour les soins post-avortements, pour la lutte contre la stigmatisation des filles porteuses de GND et pour la prévention des contextes favorables aux GND comme les pratiques dans les sites d'orpaillage, etc.

EXECUTIVE SUMMARY

Background and Rationale : Indicators of maternal morbidity and mortality remain quite critical in many developing countries. One of the major determinants of this situation, which is unfortunately hardly responded to, is the prevention and care of unwanted pregnancies (UPs). Most UPs indeed end up by unsafe abortions, that are carried out in poor health and safety conditions, thus seriously jeopardizing women's health. This is particularly the case for adolescents (10-15 years) and young women (15 to 25), who are the most at risk population. Burkina Faso is a country where the situation remains critical. Women face many barriers (socio-cultural, legal, economic, in terms of health and geography) that promote the occurrence of UPs, hinder their access to healthcare, and lead to unsafe abortions. With this in mind, MdM has initiated a study to contribute to reducing maternal mortality and morbidity associated with unwanted pregnancies in four countries : Burkina Faso, Democratic Republic of the Congo, Palestine, and Peru. This study aims to refine and objectivise. The observations made by the teams in the field to adapt their approaches, and also to communicate on realities. In Burkina Faso, the issue was studied in the health district of Djibo, an MdM intervention area since May 2014, where a program called "Access to sexual and reproductive health care" is implemented. This study was conducted to support MdM in refining its intervention strategies through a thorough comparative analysis of socio-cultural and community determinants of UPs and abortions, especially among adolescents and young people.

Methodology : The study was conducted in 9 areas of the health district of Djibo, which is located in the Sahel region. Data were collected during the period from 14 to 31 December 2014. In addition to the literature review, 84 individual interviews and 3 focus groups were conducted with stakeholders from diverse backgrounds. Observations were conducted in maternity / MCH services of visited health centres.

Results :

(i) *The relationship between UPs and abortions* is well established by populations. Both phenomena affect both adults and adolescents & youths. Within the considered age group, abortions are mainly attributed to UPs. Secondary schools students in the province,

waitresses in pubs, youth working on gold mining sites are considered the most vulnerable populations, but high schools students are mostly highlighted.

(ii) *The determinants of UPs and abortions among adolescents and youths* are various. They are both socio-cultural and religious, with salience of representations of sexuality and premarital fertility; they are also economic, in reference to the difficulties encountered by households to meet the (basic) needs of children; they are finally linked to health due to the difficult access to and lack of use of contraceptives.

(iii) *Prevention of UPs and abortions* is essentially built around sensitization mechanisms about sexual and reproductive health involving health actors, local associations and NGOs, educators, etc. These activities target young people, but also adults (parents). Abstinence is presented as the appropriate strategy to prevent UPs among youths. However, in a context of increasing premarital sexuality, contraceptive use is critical. If this perception is shared by most actors, it is not approved by religious leaders, for whom educating to a responsible sexuality within marriage remains the most effective strategy to prevent UPs and their consequences among youths. There is a lack of communication towards resource persons.

(iv) *UPs do not benefit from a particular supporting system.* At family and community levels, even if changes are increasingly observed, concerned individuals are often rejected by their families until delivery. Visited associations and social services do not have special programmes devoted to such situations. Support may consist either in advising victims to persuade them not to resort to abortion, or in managing family disputes consecutive to UPs. In health centres, the mechanisms are the same; support is mainly made through advice and guidance towards antenatal care.

(v) Despite being a cause of maternal morbidity and mortality, *induced abortions are subject to strong disapproval both within communities and among health personnel.* Such social stigma against abortions is in line with the national context of legal restriction, about which populations are well informed. Because of social censure, abortions are performed clandestinely.

tinely, making them difficult to notify and impossible to technically manage. They are the cause of serious consequences, sometimes even death.

(vi) *Post-abortion* care is considered more suited to spontaneous abortions situations. Care after induced abortions would require specific protocols because of the methods and risky conditions in which they are practiced. These treatments would therefore be adapted to the clinical condition of the patient, who must bear the brunt of the financial cost.

(vii) *Despite their knowledge of the health consequences of abortions (including the risk of death), the different actors (political and religious authorities, old men and even healthcare practitioners) are reluctant to possible legalisation of the practice.* The moral and religious values regularly coexist with the healthcare provision context. The actions considered by interviewed stakeholders to fight morbidity and mortality related to UPs and abortions concern, first of all, the training and education about sexual and reproductive health of various categories of the population, especially young people and adolescents, in different strategic locations; as well as the promotion of contraceptive methods for 15/24 years category.

Key recommendations :

(i) *At the community level* : sensitization must be strengthened towards religious leaders and household heads, taking into account both women and men; educate families about the need for moral, technical and material support to youth and adolescents for coping with UPs, so as to reduce abortion factors.

(ii) *At the health centre level* : the minimum packages of SRH activities must be strengthened, notably the technical facilities and competences for post-abortion care. The preconceptions or negative prejudice of health workers in relation to UPs should also be reversed.

(iii) *Towards young people* : sexual education activities initiated in secondary schools in the province must continue. These activities need to be expanded to other places of vulnerabilities : pubs, gold mining sites; and spaces should also be promoted where young people (boys and girls) could access without special

constraints to information on sexual and reproductive health, contraceptive methods and their prescription.

(iv) *Towards local authorities* : it is necessary to implement measures to actually apply the law, at least in relation to authorised abortion in three legal conditions (mother's health, incest, major congenital malformation). Real involvement is needed to set up the technical platforms required for post-abortion care, to fight the stigma against girls with UP, and to prevent contexts favourable to UPs, such as existing practices in gold mining sites, etc.

INTRODUCTION

L'un des déterminants importants de la morbidité/mortalité maternelle, et qui malheureusement reste très peu considéré, est la prévention et la prise en charge des grossesses non désirées (GND). Une grossesse non désirée ou non intentionnelle est une grossesse qui survient chez une femme qui ne désire pas d'enfants ou qui le désire pas en ce moment. Ces grossesses étaient de l'ordre de 86 millions sur 208 millions en 2008. Environ la moitié des GND se soldent par des avortements dont 21 millions seraient à risque, c'est-à-dire réalisés dans des conditions d'hygiène et de sécurité insuffisantes. La proportion des avortements à risque par rapport au total des avortements serait en hausse, passant de 44% en 1995 à 47% en 2003 puis à 49% en 2008 (Sedgh et al, 2012). Ils seraient à l'origine de nombreux décès maternels dans les pays en développement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estimait ce nombre à environ 47 000 en 2008. Les jeunes filles restent les plus exposées tant aux GND qu'aux avortements qui en découlent.

Plusieurs explications sont apportées au phénomène. Elles partent du faible accès voire de la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes (Guttmacher Institute, 2011 ; Bankolé et al, 2013 ; Guillaume, 2005 ; Bajos et al. 2013 ; Zuehlke, 2010) et vont jusqu'aux lois restrictives dans nombre de pays (Storeng et Ouattara, 2014), en passant par les considérations sociales et religieuses relatives à la sexualité et au mariage (Ouedraogo et Sundby, 2014 ; Rossier et al. 2013 ; Rossier, 2007)

Le Burkina Faso fait partie des pays qui disposent d'une loi restrictive¹ concernant l'avortement. La situation reste problématique. En effet, trois grossesses non désirées sur 10 se soldent par un avortement à risque (Bankolé et al. 2013). Selon les mêmes auteurs en 2008, 3,2% des femmes âgées de 15 à 49 ans avaient eu recours à l'avortement dans les deux années précédentes. La tranche d'âge de 15-24 ans est perçue comme celle la plus susceptible d'avoir avorté récemment. Bien que le phénomène soit plus observé en ville, les deux tiers de tous les avortements toucheraient les zones rurales. La plupart de ces femmes dans les zones rurales, recourent à des praticiens traditionnels (qui ne disposent d'aucune qualification) pour se faire avorter ou s'y prennent seules, s'exposant ainsi à des risques de complications importants. En 2008, près de 23 000 femmes étaient hospitalisées pour

complications d'avortement à risque². Si le pays dispose d'une politique de soins post-avortement, la situation en amont laisse entrevoir un ensemble de barrières qui fragilisent la santé sexuelle et reproductive des femmes et des jeunes particulièrement.

1.1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE

La réponse à la problématique des GND est développée par MdM dans plusieurs pays en Amérique Latine et aux Caraïbes, en Afrique, au Moyen Orient et en Europe de l'Est. Elle a initié une étude qui vise à contribuer à la réduction de la mortalité et morbidité maternelle associée aux grossesses non désirées dans 4 pays (Burkina Faso, République Démocratique du Congo, Palestine, Pérou). Dans le cadre de cette étude, MdM a fait de la prévention et de la prise en charge des GND une thématique prioritaire, afin de documenter de façon approfondie les déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées (GND) et des avortements qui en découlent. Le programme mené par MdM dans ces 4 pays tend à développer les résultats principaux que sont :

- **L'analyse et la prise en compte des barrières à une prévention et une prise en charge des GND ;**
- **Le renforcement des services de prévention et de prise en charge des GND au sein des structures de santé ;**
- **Le renforcement des capacités des titulaires de droit pour garantir leur accès aux services et leur capacité d'influence sur ces services ;**
- **La promotion de l'adoption de politiques publiques favorables à une meilleure prise en compte des enjeux de prévention et prise en charge des GND.**

Au Burkina Faso, la problématique est étudiée dans le district sanitaire de Djibo, une zone d'intervention de MdM. Dans ce district, MdM a démarré depuis mai 2014, un programme dénommé « Accès aux soins de santé sexuelle et reproductive » sous le financement de l'AFD dans l'objectif de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des femmes et des nouveau-nés à travers le renforcement de l'accès à des soins préventifs et curatifs de qualité en santé sexuelle et reproductive notamment sur la question des GND.

1 - Au Burkina Faso, l'avortement est autorisé par la loi pour protéger la santé de la femme enceinte, ainsi que dans les cas de viol, d'inceste, ou de grave malformation fœtale (<http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Abortion-in-Burkina-FR.html>).

2 - <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Abortion-in-Burkina-FR.html>

1.2. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif général assigné à cette étude est de fournir une analyse approfondie des déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées et des avortements qui en découlent, en particulier chez les adolescentes et les jeunes. Il s'agit de façon spécifique de : i) mieux cerner d'une part, les besoins non satisfaits en la matière (y compris le profil des femmes touchées) et d'autre part, les barrières – tant « environnementales » que liées aux femmes concernées – qui se heurtent à la prévention et à la prise en charge des GND et des avortements ; ii) saisir les différents mécanismes de gestion familiale et communautaire des GND et des avortements ; iii) Recueillir les perceptions et les conduites du personnel soignant face aux avortements et aux GND.

Cette étude devrait permettre à terme d'affiner les stratégies d'intervention de MdM. Ensuite, il s'agira de tirer des leçons transversales, diffusables auprès du public et des preneurs de décision, qui concourront à atteindre l'objectif général du programme à savoir « contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle associée aux GND » par des changements positifs et durables des pratiques et des législations.

APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

Cette étude est inscrite dans une approche socioanthropologique à visée essentiellement qualitative. La méthodologie a été soumise et validée par le comité national d'éthique pour la recherche le 03 décembre 2014 sous la référence DELIBERATION N° 2014-1-145. Cette délibération a été transmise au Directeur de la Santé de la Région du Sahel pour sortir une autorisation d'enquête. Mais en son temps, les mouvements du Directeur n'ont pas permis la sortie matérielle de cette autorisation. La Direction a joint le médecin coordonnateur du district de Djibo pour lui donner l'autorisation orale de recevoir les enquêteurs.

2.1. SÉLECTION DES SITES DE L'ÉTUDE

L'étude est conduite dans le district sanitaire de Djibo chef-lieu de la province du Soum dans la région du Sahel. Il forme avec trois autres districts (Dori, Gorom Gorom et Sebba), la région sanitaire du Sahel. Situé à 209 kilomètres de Ouagadougou, le district sanitaire de Djibo couvre une superficie de 12.273 km², avec une population estimée à 442 973 habitants en 2014 et répartie dans neuf communes. Il dispose d'un Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA), de 34 formations sanitaires périphériques et de 03 centres de santé pour la prise en charge de réfugiés venus du Mali (Toni, 2014).

Le choix du district sanitaire de Djibo pour cette étude s'explique d'emblée par le fait que c'est la zone d'intervention de MdM au Burkina Faso et aussi par des facteurs sociodémographiques, géographiques, linguistiques et culturels. Djibo appartient en effet à la région la plus défavorisée du Burkina Faso tant économiquement que géographiquement (INSD, 2011). La zone est peuplée de groupes essentiellement agropastoraux. Plusieurs groupes ethniques (Mossi, Peulh, Koronfé, Dogon) y cohabitent bien que la zone soit reconnue comme à majorité peulh.

Pour être géographiquement représentative, l'étude a concerné neuf localités appartenant aux neuf communes de la province. Leur choix a été fait en deux étapes et de concert avec l'équipe locale de MdM en charge des questions liées à la santé sexuelle et reproductive. Les échanges avec l'équipe locale ont

mis en évidence le fait que certains critères de sélection énoncés dans le protocole de l'étude n'étaient pas pertinents au regard du contexte. Il s'agit de :

- la religion : la zone est majoritairement musulmane. Il n'est pas possible de trouver un village où il n'y a que des chrétiens ou seulement des musulmans. Les pratiquants des deux religions se côtoient, mais avec une prédominance de musulmans. Nous avons donc décidé d'utiliser ce critère pour les personnes ressources.
- le groupe linguistique : Il y a certes différents groupes linguistiques en place mais il n'y a pas de spécificité dans l'usage des langues. Les peulh parlent le mooré, les mossi parlent le fulfuldé, etc. Il est donc préférable de retenir le critère groupe culturel plutôt que celui de groupe linguistique.
- la mobilité structurelle : nous sommes en présence d'une population très nomade dans les villages. Le critère de sédentarité prévaut pour les centres urbains (certaines communes comme Djibo, Arbinda, Pobé Mengao).

En considération de ces éléments, nous avons donc, dans une première étape, sélectionné les neuf localités dans les neuf communes que compte la province en appliquant le critère « ampleur démographique ». Nous avons pour ce faire mis les communes sur une liste alphabétique et retenu pour chacune d'elle la localité la plus peuplée / localité la moins peuplée à partir du tableau de répartition de la population fourni par MdM. Sur cette liste où les communes sont classées alphabétiquement, nous avons retenu à partir de la première commune successivement la localité la plus peuplée dans la commune N et la moins peuplée dans la commune N+1. Au bout de cette sélection, nous avons eu un ensemble de neuf localités à enquêter. Dans une deuxième étape, nous avons appliqué pour chaque localité sélectionnée, de façon raisonnée, le critère « groupe culturel » et le critère « mobilité structurelle ». Ce choix raisonné devant permettre d'avoir des localités retenues proportionnellement à la représentativité des groupes socioculturels et de la mobilité structurelle des ménages agropastoraux.

Le tableau ci-après résume les résultats du processus de sélection.

Communes	Ampleur démographique		Sélection	Distance de Djibo (km)
	Forte	Faible		
Aribinda	Aribinda	Bossey	Aribinda	95
Baraboule	Baraboule	Gassel-Tepaoua	Gassel-Tepaoua	30
Diguel	Diguel		Diguel	65
Djibo	Croix-Rouge (Djibo)	Tondiata	Djibo	0
Kelbo	Kelbo	Pougouzaibago	Pougouzaibago	65
Koutougou	Koutougou	Gomde	Koutougou	145
Nassoumbou	Nassoumbou	Kourfadji	Kourfadji	90
Pobemengao	Pobemengao	Gargaboule	Pobemengao	30
Tongomayel	Sona	Kabaoua	Sona	70

2.2. COLLECTE DES DONNÉES

La collecte des données a été réalisée durant la période du 14 au 31 décembre 2015. Les données ont été recueillies essentiellement au moyen de techniques d'enquêtes qualitatives que sont les entretiens individuelles et les discussions dirigées de groupe. En plus de ces approches classiques, une revue documentaire a été réalisée.

L'enquête de terrain a été conduite par une équipe de trois assistants qui sont des jeunes socio-anthropologues de niveau maîtrise et master, recrutés sur la base des expériences que nous avons avec eux dans le cadre de nos recherches antérieures. Des guides d'entretiens et de discussion de groupe que nous avons établis sur la base des objectifs de l'étude ont été adaptés aux profils des informateurs, que sont les personnes enquêtées, et ont servi d'outils lors des échanges avec ceux-ci.

a) Les entretiens individuelles

Quatre-vingt-quatre (84) entretiens ont été réalisés dans les neuf localités, auprès de plusieurs acteurs présentant une diversité de profils.

Dans chaque localité des entretiens ont été réalisés avec les principaux acteurs retenus sur la base des

études diagnostics de MdM : i) les responsables administratifs et les élus locaux ; ii) les responsables coutumiers et religieux ; iii) le personnel soignant et les agents de santé à base communautaire ; iv) les organisations communautaires et les éducateurs ; v) les jeunes femmes (15-24 ans) ayant été confrontées à des GND et/ou ayant eu recours à l'avortement (clandestin ou légal) et à une prise en charge dans un service de soins post-avortements.

b) Les discussions de groupe

Les discussions de groupe se sont distinguées tant par leur composition que par leur organisation. Trois discussions de groupes homogènes selon le sexe (hommes et femmes) et selon l'âge (seulement les jeunes) ont été réalisées au cours de cette enquête. Ils étaient composés d'hommes adultes, de femmes adultes et de jeunes garçons. Les participants à ces discussions de groupes avaient des profils divers : leaders et membres d'associations ou de groupements, élèves, cultivateurs, ménagères, commerçantes, agents d'administration etc.

c) La revue documentaire

La revue des documents a été effectuée avant et pendant l'enquête de terrain. Elle a concerné les documents clés du programme de MdM ainsi que les

registres d'accouchements et de planification familiale des centres de santé ce qui a permis de disposer d'une base contextuelle pour l'étude. La littérature scientifique a également été mise à contribution afin de nous imprégner de l'état des lieux de la problématique de façon générale.

2.3. TRAITEMENT DES DONNÉES

Les entretiens ont été réalisés en français et en langues locales (fulfudé et mooré) selon la possibilité offerte par l'interlocuteur (les enquêteurs comprenaient ces deux langues). Les traductions ont été faites par les enquêteurs au moment de la transcription (ils écoutent ce qui est dit en langue locale et ils le transcrivent directement en français). Toutes les entretiens enregistrés ont été retranscrits intégralement et saisis dans le logiciel de traitement de texte QDA Miner. Une première analyse thématique a permis de faire la synthèse des principaux thèmes et catégories de réponses avant de procéder à une analyse de contenu plus approfondie. Au moyen de ce logiciel, une catégorisation est faite sur la base des questions et des objectifs de la recherche. Le logiciel a des applications qui permettent de voir dans tous les entretiens transcrits, les discours autour d'un thème ou d'une catégorie définie par le chercheur. Les discours par catégorie sont ensuite analysés sur la base de la symbolique locale, de la sémantique et du lexique du champ de recherche.

2.4. LIMITES DE L'ÉTUDE

En ce qui concerne les limites de l'étude, elles résident aussi bien dans les techniques de collectes des données que dans les statuts des informateurs rencontrés. Le retard enregistré dans le démarrage de l'enquête de terrain, le nombre de localités ainsi que la distance entre ces localités comparativement au temps réservé pour la collecte des données n'ont pas permis de réaliser des observations approfondies dans les centres de santé comme initialement prévu. En outre, la collecte ayant coïncidé avec la période des fêtes de fin d'année, certains informateurs clés (personnels et élèves des lycées et collèges en l'occurrence) étaient absents.

Par ailleurs, la complexité de la problématique et les perceptions sur la sexualité et la fécondité n'ont pas permis d'identifier, en peu de temps, les cibles de l'étude (cas de GND et avortements surtout). Les

femmes qui ont réellement vécu une GND ou un avortement provoqué avaient besoin d'un temps plus long de familiarité ou d'échanges pour être rassurées qu'elles étaient protégées si elles parlaient de leurs expériences à la première personne du singulier. De sorte, même quand nous avons eu l'indication qu'une femme avait subi la GND, elle nous parlait comme s'il s'agissait d'une histoire d'une personne. Nous n'avons donc pas eu de discours sur elles-mêmes de la part de ces femmes.

Certains résultats sont donc basés plus sur des faits rapportés que sur des faits observés dans leurs contextes. Toutefois, cela n'entache pas leur validité dans la mesure où la recherche est orientée sur les aspects socioculturels et communautaires. En cela, la diversité des profils de nos informateurs permet de minimiser ce biais.

PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

3.1. A PROPOS DE LA CONTRACEPTION

3.1.1. UNE DIVERSITÉ DES MÉTHODES PROPOSÉES

La contraception est offerte essentiellement dans les centres de santé. Plusieurs méthodes sont disponibles et proposées aux personnes qui le désirent. Sont régulièrement cités, dans le registre des méthodes dites modernes : les implants (le Jadelle), les pilules, les dispositifs intra-utérins, les injectables (le Depo-Provera en l'occurrence). Dans le registre des méthodes dites traditionnelles se trouve principalement la méthode du collier. Elle permet de décompter les jours pour ne pas se tromper sur la période d'ovulation suivant le cycle menstruel. A celles-ci sont ajoutées ce que les soignants appellent « les méthodes de barrière » que sont les condoms masculins et féminins. En plus de leur rôle contraceptif, les condoms permettent de prévenir les infections sexuellement transmissibles.

Les données de registres de planification familiale de quelques centres de santé (Aribinda, Gassel Tepaoua, Koutougou, Kourfadji, Diguel), montrent que le Depo-Provera et le Jadelle sont les plus utilisés³. En outre, les condoms masculins sont les plus vendus comparativement aux condoms féminins.

Toutes les méthodes contraceptives ne seraient pas adaptées aux jeunes, d'après les jeunes rencontrés et même certains agents de santé. Celles qui leur sont les plus recommandées sont la pilule et surtout les condoms. Les condoms sont préférés en raison de la double protection qu'ils leur assurent.

« Bon, ce qu'on dit aux jeunes souvent...Les contraceptifs comme ça même...On essaie quand même de sensibiliser les jeunes pour s'abstenir. Si cela est difficile il faut se préserver. Les préservatifs sont encore plus indiqués pour les jeunes que de faire la contraception orale ou injectable...Parce qu'avec les préservatifs, les jeunes sont quand même un peu en sécurité avec les maladies sexuellement transmissibles et le Sida. Si on les met dans les contraceptifs tels que pilules et autres, bon, elles sont protégées contre les grossesses mais

pas contre les maladies sexuellement transmissibles. Donc, pour les jeunes on leur propose souvent, très souvent les préservatifs»

Accoucheuse brevetée

« Les préservatifs masculins et féminins sont plus efficaces pour les jeunes, parce que ça préserve contre les maladies sexuellement transmissibles et les GND »
ASC

Certains soignants proposent aussi les injectables (Depo-Provera) et l'implant sous-cutané Jadelle. Toutefois, ces différentes méthodes sont proposées lorsque l'abstinence de tout rapport sexuel –qui reste la première recommandation– est difficile à obtenir.

3.1.2. ACCÈS À LA CONTRACEPTION ET BARRIÈRES

Le centre de santé, le service de maternité surtout, est présenté comme le lieu par excellence pour obtenir les informations sur la contraception et pour se faire prescrire une méthode contraceptive. Pour la plupart des personnes rencontrées, c'est à la maternité qu'elles ont obtenu les informations sur la contraception. Toutefois, plusieurs acteurs interviennent en appui aux soignants dans la diffusion des informations sur la contraception. Il s'agit des associations locales, de certaines ONG présentes dans le district sanitaire, dont MdM régulièrement cité par les informateurs, puis des agents de santé à base communautaire. Leurs activités s'organisent essentiellement autour de causeries éducatives, de séances de sensibilisation, de formation de pairs-éducateurs dans les établissements d'enseignement secondaire, de projections de film vidéo, etc. ce qui permet aux jeunes surtout d'accéder à l'information sans avoir besoin de passer par le centre de santé.

Les méthodes contraceptives sont généralement délivrées dans les centres de santé à la suite d'une consultation avec un agent de santé (de la maternité). Il n'y a pas de lieu spécifiquement réservé aux jeunes. Ils sont reçus dans les centres de santé, avec les adultes.

Si les méthodes contraceptives sont considérées comme étant disponibles, les populations et les soignants surtout, évoquent plusieurs barrières qui limitent aussi bien l'accès à l'information que l'accès à la contraception. Parmi celles-ci, il y a le poids des croyances religieuses et des représentations sociales liées à la contraception et à la sexualité, le refus des hommes puis la barrière linguistique qui implique

3 - Nous n'avons pas suffisamment de données cependant pour calculer la proportion qu'elles occupent.

parfois le recours à un interprète pour un sujet qui a trait à l'intimité de l'individu.

Certains évoquent aussi l'accessibilité géographique et le déficit de ressources humaines dans les centres de santé qui limitent la réalisation des activités d'information auprès des populations. En ce qui concerne les jeunes, le fait de ne pas disposer de structure spécifiquement dédiée aux besoins en contraception des jeunes reste une barrière importante en raison de la honte voire la crainte de rencontrer une personne plus âgée et parfois bien connue dans l'environnement familial comme l'exprime cette accoucheuse :

« Par exemple, les jeunes filles n'aiment pas... Elles aiment avoir un cadre spécial pour elles parce que souvent elles veulent venir mais elles vont trouver que leurs tantes qui sont là, soit il y a leurs mamans qui sont là. Donc, elles se sentent gênées d'être au milieu de leurs mamans, de leurs sœurs, de leurs tantes. Mais au moins s'il y a un cadre spécial pour ces jeunes-là, je sais que ça sera mieux fréquenté elles pourront mieux exposer leur problème et pouvoir être prises en charge correctement ».

3.1.3. REPRÉSENTATIONS LIÉES À LA CONTRACEPTION CHEZ LES JEUNES

La contraception est perçue différemment parmi la population. Les statuts socioprofessionnels et religieux influencent dans une grande mesure ces perceptions. En dehors des leaders religieux, notamment l'Église catholique, la contraception est perçue par la plupart des informateurs comme une pratique avantageuse aussi bien pour la femme que pour l'homme. Elle garantit à la fois la bonne santé physique et économique de la famille grâce à l'espacement des naissances puis la prévention des grossesses non désirées.

« Je pense que c'est un meilleur moyen c'est un moyen efficace, un moyen pour pouvoir planifier les naissances. C'est un moyen, qui parle de planification, parle du bien-être familial. Quand tu planifies tes naissances, tu peux arriver à gérer ta famille à ta guise avec le nombre d'enfants souhaités voilà ! Je vois ça comme ça ! »

Focus, hommes

Toutefois quelques représentations négatives lui sont associées par des personnes qui de ce fait refusent d'y recourir. Les méthodes contraceptives auraient des

effets stérilisants sur les femmes et seraient une source de problèmes de santé sur le long terme.

« Les méthodes contraceptives sont bénéfiques mais à long terme, les contraceptifs peuvent être source de maladies, il y a la ménopause précoce. Quand une femme utilise les contraceptifs après chaque accouchement, elle peut ne plus avoir d'enfant avant l'âge de la ménopause parce que le fait qu'elle utilise fréquemment les produits contraceptifs son organisme devient improductif et elle ne pourra plus concevoir »

Conseiller

Dans la même logique, une accoucheuse brevetée rapporte :

« Il y en a qui vont vous dire que les méthodes contraceptives, si tu prends tu ne vas plus accoucher, ça va en tout cas bloquer ta fécondité, ça va faire que tu ne vas plus accoucher ou bien si tu prends, en fait tu ne vas plus voir tes règles ou bien si tu prends tes règles peuvent venir et ne pas s'arrêter. Et il y en a même qui disent c'est ça même qui amène les maladies. Voilà généralement ce sont ces messages qu'ils véhiculent et qui découragent en tout cas beaucoup à venir prendre les méthodes-là »

Accoucheuse brevetée

C'est le cas surtout des hommes à qui la plupart des discours imputent ce type de perceptions. Les hommes refuseraient que leurs épouses utilisent les méthodes contraceptives car outre les effets stérilisants, elles favoriseraient aussi de mauvais comportements (prostitution, multi-partenariat, etc.). C'est dans une certaine mesure ce que pense l'Église catholique pour qui la contraception est contraire à une sexualité responsable comme l'explique ce prêtre :

« Les préservatifs tout ça là nous croyons que ces choses-là ne sont pas là pour aider l'homme de devenir plus responsable. Une sexualité qui est acceptée par l'Église Catholique c'est une sexualité responsable. Je pense que c'est vrai l'homme va chercher le plaisir mais est-ce qu'il est créé uniquement pour le plaisir ? Donc tout ce qui est comme contraception moderne-là avec l'aide des pilules, avec l'aide des préservatifs tout ça là, je pense que si ces moyens sont là pour défendre la grossesse, ces moyens-là ne sont pas acceptables »

Prêtre

En ce qui concerne l'utilisation des méthodes contraceptives par les jeunes et adolescents, les autres composantes de la société y sont favorables en dehors des religieux. Leur adhésion repose sur les bénéfices de la contraception de façon générale (santé de la femme, de la famille, espacement des naissances, etc.), et sur ses bénéfices pour les jeunes de façon particulière. En effet, pour eux, dans un contexte de mutations sociales marqué par une sexualité de plus en plus précoce chez les jeunes, une sexualité difficile à contrôler voire à interdire, il est important que les jeunes accèdent à la contraception. Cela permet de prévenir à la fois les grossesses précoces, non désirées, leurs conséquences ainsi que les infections sexuellement transmissibles dans cette couche importante de la population.

« Les jeunes filles doivent l'utiliser parce qu'elles ne peuvent pas aussi ne pas sortir aussi avec leurs amis. Tu ne sais pas quand est-ce qu'un enfant non désiré va arriver donc il faut utiliser, c'est prévenir, c'est une prévention pour ne pas tomber en grossesse »

Membre d'une association

« Ils doivent l'utiliser, ils doivent, l'utiliser s'ils n'arrivent pas à se maîtriser sexuellement. Ils doivent l'utiliser pour éviter certains accidents, pour éviter les grossesses et puis les maladies parce que ça permet...ça limite les études, ça amène un peu...Ça déstabilise les familles. Donc en tout cas l'utilisation des contraceptifs, je crois que ça doit être conseillé. Et même c'est conseiller pour les jeunes qui ne peuvent pas s'abstenir et se maîtriser »

Autorité politique

La majorité des acteurs restent favorables à l'utilisation d'une méthode contraceptive par les adolescents et les jeunes, indépendamment de leur appartenance religieuse. Certains relèvent cependant que cette utilisation n'est pas de la seule responsabilité de la jeune fille comme les discours ont tendance à le faire croire, mais aussi et surtout du jeune homme avec qui elle entretient des relations sexuelles.

La position des religieux varie d'une tendance à une autre et selon que la contraception concerne les couples ou les jeunes. En effet, si l'Église catholique –à travers ses leaders– reste fermement opposée à la pratique de la contraception moderne aussi bien chez les adultes que chez les jeunes, on note du côté de l'Islam –à travers ses leaders– une position relativement modérée.

« En islam, c'est interdit de faire recours aux contraceptifs. L'homme est une créature de Dieu mais avec les nombreuses mutations, les contraceptifs sont acceptés par la religion. Tout ce qui est pour le bien-être de l'individu, Dieu accepte. Ce qui n'est pas bon, c'est le fait d'avorter, ça, c'est condamné par Dieu. Quand une femme se retrouve enceinte, elle doit faire l'effort d'accepter la grossesse »

Imam

La tolérance évoquée ici, est manifestée à l'égard des couples et non des jeunes et adolescents (célibataires). Cette frange de la population n'est pas concernée car *« les jeunes doivent s'abstenir jusqu'au mariage, c'est ce qui est dit dans le coran, ils ne doivent pas utiliser les contraceptifs »* soutient un Imam.

Même logique chez les leaders protestants.

« Notre foi en Dieu nous interdit d'utiliser les méthodes contraceptives. Si elle [jeune fille] utilise les méthodes contraceptives elle peut commettre l'adultère sans que nous ne nous rendions compte. Mais si elle ne les utilise pas, du fait qu'elle n'est pas une habituée et par conséquent elle ne sait pas son jour dangereux, elle va avoir la honte. Nous acceptons que les femmes utilisent les contraceptifs pour planifier les naissances des enfants afin de leur éviter de souffrir et de faire souffrir les enfants. Chez nous si une fille se cache pour prendre les contraceptifs c'est parce qu'elle veut aller avec les hommes sinon nous n'acceptons pas qu'une fille planifie les naissances. Elle n'a pas de mari elle va planifier les naissances pourquoi ? »

Pasteur protestant

3.2. DISCOURS ET PRATIQUES AUTOUR DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES

3.2.1. ETAT DES LIEUX DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES ET DES AVORTEMENTS

La grossesse non désirée ou grossesse non prévue ou encore grossesse non intentionnelle, est saisie ici comme une situation de grossesse qui intervient dans un contexte où les partenaires ne l'ont pas souhaité, ne l'ont pas planifié, ne l'ont pas inscrit dans un projet de vie immédiat ou futur.

Dans le district de Djibo, il apparaît que la situation concerne aussi bien les femmes vivant maritalement que les jeunes filles [célibataires]. Chez les femmes vivant maritalement, la situation concerne généralement les grossesses rapprochées dues à un défaut d'utilisation de méthodes contraceptives, et dans certains cas, à des conséquences d'adultère. Chez les jeunes filles, les raisons sont de divers ordres.

Les GND sont considérées comme difficilement quantifiable, mais elles restent perçues comme un phénomène important, surtout chez les jeunes filles. Celles qui sont dans les centres urbains seraient les plus exposées. Dans les villages en effet, on observe que les discours sont moins alarmants. La plupart des informateurs affirme que le phénomène s'observe moins. Les mariages précoces très fréquents dans la zone en seraient une bonne raison. Les acteurs des localités telles que Aribinda, Djibo ou encore Pobemengao, sont ceux qui arrivent à apprécier le phénomène même s'il est difficile de fournir des chiffres en la matière. Cela pourrait s'expliquer par la présence de services socio-éducatifs et sanitaires (gendarmerie, action sociale, établissements d'enseignement secondaires, centres de santé, etc.) qui permettent d'identifier des cas, de les prendre en charge ou de gérer les litiges qui en découlent.

Il s'agit essentiellement d'adolescentes dont la tranche d'âge se situerait entre 14 et 18 ans, avec des profils oscillant entre ceux d'élèves, de serveuses de bars, d'employées de petites activités (nettoyage, commerce, etc.). Les établissements d'enseignement secondaires évoquent de nombreux cas de grossesses parmi les élèves (parfois dès la classe de 6^e), entraînant pour certaines un abandon temporaire ou définitif des études. Du côté des soignants ce sont les sollicitations d'avortement qui permettent d'évoquer le phénomène.

« Ici, je suis plus en contact avec les élèves. Le problème est plus flagrant au niveau des jeunes filles qu'au niveau des femmes »

Enseignant

« Les femmes mariées valent mieux que les jeunes filles, les filles sont les plus exposées. C'est surtout les filles ! Les jeunes filles, surtout les élèves. Celles qu'on rencontre à Djibo ici, ce sont les élèves qui ont quitté les villages pour venir fréquenter »

Accoucheuse brevetée

3.2.2. PRINCIPALES CAUSES DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES ET DES AVORTEMENTS

Les GND chez les jeunes sont attribuées à plusieurs causes : la sexualité précoce, l'absence de communication sur la sexualité dans la famille, les attraits du mode de vie urbain, etc. Tous ces facteurs créent des situations de vulnérabilité dans lesquelles, les jeunes filles se retrouvent plus exposées au risque de contracter une grossesse non planifiée.

« Le papa, lui il s'en fout ! Il pense que l'éducation de la fille est le rôle de la maman. Mais lorsque la fille n'écoute pas et qu'elle est aussi gâtée, ça ne marche pas et elle peut tomber enceinte sans le vouloir », déclare une femme mère de fille indiquée comme ayant effectué un avortement.

« Quand les jeunes filles se retrouvent enceintes, c'est le fait de l'imitation, si tu vois une de tes camarades issue d'une famille aisée, qui s'habille bien, tu vas vouloir faire la même chose tout en sachant que ton père n'a pas d'argent, ta mère non plus, si tu veux te comparer aux autres, tu finis par avoir une GND mais si tu acceptes de vivre la réalité et la pauvreté de tes parents, tu ne verras pas cette situation. Si tu veux suivre tes camarades et faire comme elles, ça ne marche pas. Si ta camarade porte un habit de qualité et toi aussi tu veux l'imiter, forcément, ça se termine avec une GND »

Proviseur d'un lycée

Un facteur non moins négligeable est la pauvreté des ménages. Dans les localités qui abritent les établissements d'enseignement secondaire, ce facteur est bien souvent avancé pour expliquer la survenue des GND. En effet, les difficultés économiques rencontrées d'une part, par les parents (au village) pour subvenir aux besoins de leurs enfants (élèves en ville), et d'autre part, par leurs tuteurs qui les reçoivent en ville, créent pour les jeunes filles des situations de vulnérabilité face à certaines pressions du milieu urbain.

« Ah, c'est pour avoir à manger là seulement ! C'est ça seulement ! Ce sont les cinq doigts-là qui amènent le problème. Par exemple, il y a des enfants qui ont quitté à 15, 25 km d'ici. Quand leurs parents viennent les inscrire, ils repartent sans leur donner quelque chose quoi... C'est seulement le jour de leur arrivée qu'ils vont

leur tendre 1000 francs, c'est tout. Même le logeur ne reçoit rien... C'est comme ça et puis un jour tu vas voir une personne venir te saluer. Ah, ce sont les maisons des commerçants là-bas, un jour il peut offrir des biscuits à la fille « ah, tient ça tu vas manger ». A l'instant même elle se sent considérée. S'il lui donne un rendez-vous après 17h, est-ce qu'elle peut refuser? C'est comme ça. Nous qui sommes dans les villages ici, même chez moi, j'ai accueilli 6 enfants. Ils sont arrivés il y a au moins 2 mois. Ce que j'ai cultivé pour ma famille c'est dans ça que je puise pour les nourrir aussi... C'est ça qui les pousse, lorsqu'il y a les soirées qu'elles veulent aller si quelqu'un leur propose de danser avec elles, ah, c'est ça qui amène les problèmes là. Si après la soirée il lui donne 1000 francs ou 2000 francs, ah, ça maintenant, c'est concluant. C'est ça le problème! Le jour de la rentrée on vient les déposer comme ça. Certains n'ont pas amené de natte, ni de lampe ni même de seau de douche. Tout ça c'est le logeur qui va trouver pour eux »
Porte-parole de l'imam

Dans certaines localités qui connaissent un développement des sites aurifères l'exode des jeunes filles et jeunes garçons vers ces lieux du fait de la pauvreté des ménages, se présente aussi comme un facteur de survenue des GND.

En effet, les sites aurifères regroupent de nombreuses personnes de tout âge, de tout horizon et de toute moralité. Il se développe dans cette dynamique organisationnelle l'idée selon laquelle, il faut de la souillure pour que l'or se laisse découvrir. On dit que « l'or aime la saleté ». La notion de saleté ici est associée au sexe, au rapport sexuel. De façon concrète, cela consiste à tenir des rapports sexuels dans les trous ouverts à la recherche de l'or. Des filles viennent de partout pour servir dans ce commerce. Le rapport serait bien payé dans l'espoir de ramasser plus facilement l'or. Ce sont des rapports avec plusieurs partenaires pour les filles, non protégés. Ce qui fait que les grossesses qui arrivent sont difficilement attribuables à un individu. D'ailleurs pour la continuité du service, les filles doivent avorter constamment.

« La situation des GND dans la zone de la commune de Koutougou ici sont causées par l'ignorance et la pauvreté au niveau de la zone. Beaucoup aussi sont causés par ce qu'il y a beaucoup de sites aurifères qui entourent certains villages de la localité. Et une fois que ces jeunes filles sont habituées à prendre des jetons à ces jeunes garçons elles sont obligées de se laisser faire donc c'est ça qui fait le problème des gros-

esses non désirées dans la commune »
Membre d'association

« Bon les GND on les rencontre à tout moment à cause des sites orpaillage surtout. Si on va parler du côté des filles, il y a les filles qui viennent ici elles n'ont pas de parents elles sont venues seulement parce qu'il y a l'or. Bon leur travail en quelque sorte on peut dire des travailleuses de sexes. Du fait que bon l'aire sanitaire est un peu distante je peux dire que nous sommes face à la frontière et c'est Kourfadji qui a le CSPS un peu plus proche. Par rapport à d'autres CSPS c'est Kourfadji donc ça fait que bon »
Membre d'association

« Avant il n'y avait pas de l'or mais maintenant, tout ce désordre-là est causé par l'or, c'est l'argent. Avec l'or, les jeunes filles partent là-bas, sur les sites d'orpaillage, elles prennent de l'argent avec le premier homme, ensuite avec le second, elles prennent tant de francs, vous voyez c'est un problème, c'est surtout l'or »
Représentant d'un chef

Tous ces facteurs se combinent à une non utilisation des méthodes contraceptives ce qui crée un cadre « propice » aux GND. La survenue d'une GND expose la jeune fille à une certaine vulnérabilité au sein de la famille. Cette vulnérabilité s'accroît lorsque la grossesse n'est pas reconnue par le partenaire ou lorsque la jeune fille ignore qui en est l'auteur.

3.2.3. MODE FAMILIAL ET COMMUNAUTAIRE DE GESTION DES GND

Dans le Sahel, comme dans plusieurs communautés du Burkina Faso et d'ailleurs, la précocité des rapports sexuels avant le mariage avec pour conséquence une grossesse, est mal perçue voire réprimée (Ouattara et al, 2009 ; Ouattara et Storeng, 2008 ; Zongo, 2004). Le déshonneur ressenti au niveau de la famille fait que la jeune fille qui se retrouve dans cette situation est dans bien des cas rejetée voire bannie de sa communauté.

« Dans la tradition, on ne doit pas accepter une fille en situation de GND, elle est considérée comme une personne malade, parce qu'elle n'est pas mariée mais l'avortement n'est pas autorisé »
Chef coutumier

La jeune fille se voit obligée de quitter le domicile familial pour se réfugier chez une tante maternelle comme l'exprime un chef coutumier :

« C'est quelque chose qui est bannie dans la société. Nous n'acceptons pas les grossesses non désirées ici. Si une jeune fille se retrouve en situation de grossesse non désirée, elle est chassée de la famille. Si elle n'est pas mariée, elle ne doit pas tomber enceinte. Si elle tombe enceinte, elle ira accoucher chez une tante maternelle »

Elle peut aussi aller chez les parents de son partenaire, ou encore se trouver un autre refuge. Elle ne réintègrera la famille qu'après l'accouchement, après que certains rites aient été accomplis.

« Quand une fille se retrouve enceinte sans le vouloir dans notre localité ici, nous la chassons de la famille, elle doit quitter la famille, elle doit rejoindre l'auteur de la grossesse, il faut un arrangement pour qu'elle revienne. Pour arranger cette situation, il faut que l'auteur de la grossesse vienne demander pardon à la famille de la fille en lui apportant un mouton et un coq »

Membre d'une association

Un conseiller explique ce qui se passe chez les Mossé

« Quand une fille se retrouve enceinte, elle doit quitter la cour paternelle, elle doit partir chez ses oncles ou chez ses tantes, parce qu'elle n'a pas suivi la logique, elle n'a pas respecté les normes de la coutume. Nous, nous sommes des Mossé, nous n'admettons pas qu'une fille étant enceinte reste chez ses parents géniteurs. Si elle ne quitte pas la cour, les autres filles du village feront la même chose, elles vont l'imiter. De nos jours, les jeunes filles ne veulent plus se marier tôt, elles veulent faire le tour des hommes avant de choisir celui qu'elles veulent. Chez les Mossé, quand une fille se retrouve enceinte, elle doit quitter immédiatement la famille pour ne pas perpétuer cette mauvaise pratique. Après son accouchement, il faut l'intervention des sages de la famille pour qu'elle puisse rejoindre la famille ».

Certaines filles choisissent de rester en ville ou de rejoindre d'autres centres urbains.

« Puisque il y a certaines filles dès qu'elles tombent enceintes, elles ne reviennent plus ici. Il y a d'autres aussi qui refusent de revenir ici à cause de la grossesse. Elles partent à Ouaga et à Niamey »

ASC

Ce mode traditionnel qui a durablement marqué les communautés perd toutefois de plus en plus sa vigueur. Selon des personnes rencontrées, les cas de bannissement sont rarement observés, et le rejet ne constitue pas la solution au problème. Les parents doivent apporter leur soutien à l'enfant. Quelques familles choisissent de soutenir (morale, financièrement) leur enfant en situation de grossesse.

Il n'existe pas de dispositif officiel organisé au sein de la structure habilitée à gérer ces situations, mais son implantation dans le chef-lieu de province défavorise les populations qui sont dans les villages. L'accompagnement apporté par les structures communautaires reste d'ordre moral à travers des conseils comme l'exprime ce responsable d'association

« Lorsqu'il y a GND, nous essayons d'écouter la personne et comprendre ses soucis, sinon elle risque d'avorter et qui parle d'avortement dans ce contexte, parle d'avortement clandestin, donc, s'il y a avortement clandestin, il y a risque d'hémorragie et il peut y avoir perte de vie humaine, s'il n'y a pas eu perte de vie humaine, la femme peut être aussi stérile. Il y a plein de femmes qui sont stériles dans ce monde-là, tout simplement, parce qu'elles ont fait un avortement, donc, je pense que c'est des causeries éducatives pour montrer aux gens, qu'est-ce qu'ils courent en ne faisant pas la planification familiale. C'est une causerie éducative, pour montrer aux gens les dangers qu'ils courent. »

3.2.4. DISPOSITIF SANITAIRE DE GESTION DES GND

Dans les centres de santé, il n'existe pas de dispositif particulier de prise en charge des cas de GND. Les soignants disent ne disposer d'aucune ressource spécialement affectée à ces situations. Certaines situations d'indigence peuvent être gérées par le COGES, mais cela est purement interne aux structures.

La prise en charge des GND se fait comme pour toute femme enceinte. Pour les soignants, leur rôle se limite à prodiguer des conseils à la jeune femme afin de lui ôter toute envie d'avorter ; ceci pour l'amener à accepter sa grossesse. Lorsque cela est obtenu, la jeune fille est orientée vers les consultations prénatales.

Au cours de la réunion de restitution organisée le 16 avril 2015 à Djibo, il a été notifié, par certains intervenants, notamment le médecin coordonnateur du

district sanitaire, que les formations sanitaires n'ont pas les moyens de vérifier si la grossesse non intentionnelle remplit les conditions prévues par la loi pour autoriser l'avortement. Du coup, cette voie n'est presque jamais engagée quand survient une grossesse.

3.2.5. STRATÉGIES DE PRÉVENTION DES GND

Deux principales stratégies sont utilisées pour prévenir les GND chez les jeunes dans le district sanitaire : les méthodes contraceptives et les séances de sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive comme l'explique ce soignant :

« Pour prévenir les GND là non ? Y a la contraception. Bon il y a le jadelle, il y a c'est pour 5 ans, il y a le Depo, Depo prouvera ça c'est chaque 3 mois. Il y a les pilules mycrogynon, les ovrettes bon y a ça, il y a le DIU, ça c'est pour 10 ans, il y a les préservatifs aussi les femmes n'aiment pas ça, elles ont honte. A notre niveau les moyens contraceptifs qui sont disponibles on a le condom masculin, on a le condom féminin ; et c'est lors des sensibilisations qu'on fait des démonstrations de l'utilisation de ces produits qui peuvent quand même permettre à certains d'éviter des grossesses non désirées. Au niveau de la santé il y a de ces moyens qu'on utilise que les agents de santé communautaires peuvent bien expliquer à la jeune fille ou bien à la jeune dame qu'elle peut utiliser ces produits pour pouvoir éviter ces grossesses »

Accoucheuse brevetée

L'utilisation des méthodes contraceptives est combinée à des séances de sensibilisation au profit des jeunes. *« C'est une sensibilisation que nous faisons, la stratégie d'approche, c'est des causeries éducatives, c'est surtout ça, il faut éduquer les jeunes »*, justifie un acteur communautaire. Il peut aussi s'agir de formation, de projection de films vidéo, etc.

Plusieurs acteurs interviennent aux côtés du district sanitaire dans la conduite de ces activités de prévention des GND. Il s'agit des ONG présentes dans la zone, des associations locales et des agents de santé communautaire, et autres structures communautaires. L'une des interventions la plus citée par les acteurs, est celle de MdM à travers son projet sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes. La sensibilisation est considérée comme une stratégie importante pour infléchir un changement de comportement chez

les jeunes mais aussi dans la population de façon générale. Elle est d'autant plus importante que les jeunes évoluent dans un contexte socioreligieux où la sexualité reste un sujet tabou dans les familles. Les séances de sensibilisation sont donc des occasions pour accéder aux informations sur la santé sexuelle et reproductive.

Si les deux stratégies sont les plus utilisées par les acteurs sociaux, les discours sur les stratégies de prévention les plus efficaces sont hétérogènes. Pour certains, la stratégie la plus efficace est l'utilisation des méthodes contraceptives, d'autres affichent leur préférence pour la sensibilisation combinée à une éducation à la sexualité aussi bien au niveau des parents que des jeunes. Quelques personnes évoquent l'abstinence comme méthode efficace, la contraception ne devrait être utilisée que par défaut. Toutefois, pour la majorité, la contraception et l'éducation à la sexualité à travers les sensibilisations restent les stratégies les plus efficaces pour prévenir les GND au sein de la population jeune. Alors que les jeunes eux-mêmes et les agents de santé (paramédicaux et médicaux surtout, ce n'est pas le cas pour les agents d'hôtellerie sanitaire -accoucheuse, agent itinérant, etc.-) penchent pour la contraception, les leaders religieux et les personnes âgées dans les familles penchent pour une éducation de privation sexuelle jusqu'au mariage au sein duquel les femmes devront faire les enfants suivant leur naturel biologique.

3.3. LES AVORTEMENTS CLANDESTINS, UNE CONSÉQUENCE DES GND

3.3.1. UNE RÉALITÉ DIFFICILE À SAISIR

Considérés comme essentiellement consécutifs aux GND (Guillaume, 2005), les avortements provoqués constituent une préoccupation pour les populations. Les soignants comme les tradipraticiens ou encore les accoucheuses villageoises disent être confrontés à des demandes de la part aussi bien des jeunes filles que d'adultes vivant maritalement.

« Il y a des jeunes demoiselles de 17 ans, 18 ans, souvent même de 16 ans. On peut avoir des patientes d'un certain âge, souvent de 40 ans. Nous avons reçu une femme qui a la quarantaine et qui ne voulait pas la grossesse, donc c'est une grossesse non désirée, une

femme mariée même, elle ne voulait pas, elle est venue pour qu'on l'aide à avorter»

Sage-femme de CSPS

« Ça concerne tout le monde ici, vous pouvez voir une femme mariée qui avorte clandestinement ici. Elle est tombée enceinte, elle ne voulait pas, qu'est-ce qu'elle fait ? Elle avorte. Si elle vient ici, elle ne va pas avouer qu'elle a avorté, elle dira que la grossesse a coulé tout simplement, généralement, nous savons quand c'est provoqué ou pas »

IDE

Des demandes auxquelles ces soignants disent ne pas satisfaire. Les expériences révèlent des cas de prise en charge de complications d'avortements provoqués dans l'aire sanitaire de Djibo. En effet, la maternité d'Aribinda a enregistré de janvier à décembre 2014 un total de 35 cas d'avortements clandestins finalement déclarés et traités au centre de santé. Parmi ces cas, 12 concernaient des femmes de 18 ans et moins. Les femmes les plus jeunes ont 14 ans et les plus âgées ont 35 ans. En dehors de quelques élèves, elles sont toutes des ménagères. La maternité de Kourfadji a enregistré pour la même année 11 cas d'avortements clandestins finalement traités au centre de santé, avec des femmes de même profil. Ces informations, présentées en annexe 2, ont été collectées dans les registres de soins de ces maternités. Certaines maternités, comme celle où se trouve la sage-femme citée ci-dessous, n'ont pas rendu disponible leur registre de soins.

« Bon c'est rare [avortement provoqué] mais ce qu'on reçoit ici c'est des avortements spontanés la plupart c'est cas c'est dû à des ... Surtout en période de palu en tout cas période de palu c'est fréquent sinon clandestin ça je n'ai jamais reçu ça ici »

Membre d'une association

« Bon parlant d'avortement je pense qu'il faut spécifier il y a deux catégories d'avortements il y a les avortements spontanés, il y a les avortements provoqués clandestins, mais à mon niveau il faut noter que je n'ai pas rencontré un cas d'avortement provoqué clandestin avec ces complications ici. Bon il y a eu des cas d'avortements spontanés que cliniquement on peut le savoir voilà : l'absence des douleurs, les saignements minimes et ça se gère ici facilement »

déclare une sage-femme.

Les cas les plus gérés seraient les avortements spontanés

« Il y a des cas d'avortements [provoqués] mais moi, je ne dispose pas de produit qui sert à avorter, je ne m'intéresse pas à ce genre de chose. Je reçois des cas d'avortement mais qui sont dus à une maladie. La femme étant enceinte peut avorter suite à une quelconque maladie. J'essaie de soigner la personne à base de mes produits. Quand l'avortement se produit, l'intéressée refuse d'aller au centre de santé, elle vient à mon niveau pour se soigner à base de produits traditionnels »

Tradipraticien

Dans les centres de santé, ces avortements spontanés sont considérés comme un accouchement et sont notifiés dans le registre.

« En tout cas les avortements ici les avortements provoqués dans notre aire de santé en 2014 on n'a pas eu de cas. Maintenant avec les avortements spontanés là souvent quand elles viennent on enregistre dans les registres. Maintenant on la prend en charge comme une femme... Comme une accouchée. On le prend en charge dans le registre »

AIS

La difficulté à retracer les avortements provoqués est liée à leur caractère clandestin et au fait que les personnes qui les pratiquent ne recourent pas aux centres de santé pour les soins ou ne les déclarent pas comme des avortements provoqués. Certaines se rendraient auprès des tradipraticiens ou des accoucheuses villageoises où elles évoqueraient des « maux de ventre » afin de bénéficier de soins comme l'explique ces tradipraticiens :

« Les jeunes filles se cachent pour venir chez moi. Elles viennent me dire de les aider à avorter mais moi je ne fais pas ce travail-là. Pour celles qui avortent clandestinement, elles ne disent pas qu'elles ont avorté. Quand une fille perd beaucoup de sang, je lui trouve un produit pour qu'elle puisse récupérer. Souvent, une fille enceinte peut venir me voir et m'avouer qu'elle ressent des maux de bas-ventre, je ne sais pas si c'est une tentative d'avortement ou pas mais je lui donne un produit pour calmer les douleurs »

Tradipraticien

« C'est difficile de lutter contre l'avortement, parce que les gens le pratique dans la clandestinité. La plupart des personnes, qui viennent chez moi, si elles arrivent elles me disent qu'elles ont mal au ventre, tu ne sauras

jamais si c'est un avortement ou pas. Elles viennent réclamer des produits contre les maux de ventre ou de règles douloureuses »

Tradipraticien

Il y a pour certains une difficulté à en parler du fait de l'absence de preuves matérielles. Certains souvenirs se réfèrent à des situations vécues dans d'autres contextes, dans l'exercice de leurs précédentes activités professionnelles, mais tous reconnaissent que la pratique existe et touche particulièrement les jeunes femmes comme le soutient cet enseignant :

« Parler des avortements, je n'ai pas de preuves concrètes et je vous assure que ça existe. Là au moins c'est clair, de bouche à oreilles, on entend parler de ça, parce que l'avortement est condamné par la loi, vous voyez qu'on ne peut pas faire ça de façon ouverte. Donc, c'est toujours dans la clandestinité et cette pratique frappe beaucoup plus les filles »

3.3.2. DES MÉTHODES ABORTIVES À RISQUE DE SANTÉ

Du fait de l'impossibilité du personnel de santé à répondre ouvertement à leurs sollicitations, les femmes auraient recours de façon clandestine à des méthodes abortives puisées dans la pharmacopée traditionnelle et dans les produits pharmaceutiques achetés dans la rue et utilisés à mauvais escient :

« Ce n'est pas facile d'avoir un produit pour tuer un enfant c'est difficile il y a des tradipraticiens qui donnent soit disant « Angiran » au nom de Djila que tu bois ça fait ceci ça fait cela »

Membre d'une association

« Ça vraiment bon en tout cas après l'interrogatoire, il y a les autres qui nous révèlent que dans les marchés il y a des médicaments qu'elles paient et qu'elles introduisent pour pouvoir couler ça et d'autres c'est des potions qu'elles boivent afin évacuer ça. Donc il y a beaucoup de méthodes vraiment (rires) par lesquelles elles passent pour avorter »

Accoucheuse auxiliaire

« Bon il y a d'autres qui te disent non j'étais malade je suis allé au marché, j'ai payé des comprimés qui sont là-bas deux couleurs ou soit c'est éléphant. Bon c'est dû à ces produits-là. Souvent donc pour finir la femme avorte »

soignant

Ou encore dans les produits alimentaires ou chimiques.

« J'aurai appris que certaines filles utilisent la teinte bleue pour avorter, d'autres aussi écrasent des morceaux de bouteilles qu'elles mélangent avec du Coca-Cola pour faire couler la grossesse »

soignant

« Il y a d'autres qui disent qu'ils utilisent du nescafé, il y a d'autres aussi qui disent qu'ils utilisent de l'alcool aussi. Donc se sont certaines pratiques là où moins j'ai entendu un peu »

soignant

Ces méthodes ne sont pas exhaustives dans la mesure où, l'avortement est pratiqué dans la clandestinité, beaucoup d'éléments échappent à la réalité. Le point commun à toutes ces méthodes est leur caractère potentiellement « à risque », en plus du fait qu'elles sont mises en œuvre dans des conditions d'hygiène douteuses. Ces méthodes sont pratiquées parfois seules ou parfois avec la complicité d'ami(e)s voire même des mères, considérées comme les garantes de la bonne conduite des filles et à qui l'on impute généralement la survenue de la grossesse. Même si les soignants rencontrés soutiennent tous n'avoir jamais effectué un avortement, les discours de certains membres de la communauté, les accusent de pratiquer les avortements *« même dans les centres de santé, on n'a pas les preuves matérielles, mais il y a des infirmiers qui aident les filles à avorter. On doit prendre des mesures dans les centres de santé pour éviter ça »* soutient un enseignant.

3.3.3. LE POIDS DES NORMES SOCIALES

Les avortements clandestins sont considérés comme la résultante de GND. Comme mentionné dans les points précédents, ils concernent aussi bien les jeunes filles que les femmes. Cependant les raisons qui motivent le recours à l'avortement ne sont pas identiques même si la base reste la survenue d'une GND. Chez les femmes (vivant en couple), il peut s'agir d'une grossesse rapprochée (suite à un échec/défaut de contraception) mal vécue ou d'une grossesse consécutive à un adultère. Les cas les plus rapportés sont ceux des grossesses rapprochées. Dans ces cas-là, l'avortement se présente comme une stratégie d'espacement des naissances. Chez les jeunes filles, les raisons de l'avortement vont au-delà de la grossesse non désirée pour s'inscrire

dans les vulnérabilités dans laquelle la GND les plonge [Ouédraogo et Sunby, 2014]. Parmi celles-ci, il y a :

i) Le déni de la grossesse par le partenaire ou la méconnaissance de l'auteur de la grossesse donc la crainte de devoir supporter seule les charges de la grossesse dans un contexte de manque de ressources financières

« Il y a des avortements car ces grossesses sont non désirées...La grossesse est non désirée parce qu'on peut...Il y a une fuite de responsabilité, le partenaire qui ne voudrait pas de cette grossesse. La jeune fille, c'est parce qu'il ne veut pas prendre en charge et il y a le complexe social, la honte, on va dire une telle, fille de tel a fait une grossesse, elle n'est pas mariée donc, il y a ce facteur social »

Sage-femme

ii) Le poids des normes sociales et religieuses : évoluant dans des contextes où l'anticipation de la sexualité et de la fécondité sur le mariage est mal vue, la survenue d'une grossesse est vécue comme une situation humiliante, déshonorante pour la jeune fille et surtout pour les parents comme l'exprime ce soignant :

« Il y en a qui sont promises par la famille, qu'est-ce qu'elles vont dire à la maison. Vous, vous imaginez l'enfant d'un imam qui tombe enceinte ou bien l'enfant d'un catéchiste ou bien l'enfant d'un pasteur, c'est mal vu ! Souvent ce sont des cas sociaux à gérer, les causes principales, c'est ça, elles ne veulent pas. Si je pique une grossesse, qu'est-ce qui va se passer par la suite. Pour des raisons familiales, qu'est-ce que la famille va dire? Pour des raisons sociétales, qu'est-ce que la société va dire? Surtout quand vous n'êtes pas mariée, quand vous êtes mariée, ça ne pose pas de problème, en ce moment, c'est pour avoir les espacements de naissance, c'est ce qu'elles font, elles avortent. »

IDE

Un agent de la gendarmerie renchérit :

« Dans cette localité à majorité musulmane c'est une honte pour les familles de voir leurs filles tomber enceinte avant leur mariage... Et avec l'honneur de la famille qui est en jeu, une fille qui se retrouve dans une situation de grossesse non désirée peut vouloir avorter, donc la pression familiale peut pousser une fille à avorter »

La crainte de la sanction sociale peut conduire à un avortement clandestin. Cette sanction peut être immédiate consécutivement à la découverte de la grossesse,

« J'avoue que souvent les filles qui pratiquent l'avortement c'est au vu du regard de la société. Voilà je me retrouve fille mère. C'est à dire que déjà au niveau de la famille ça pose problème, au niveau de la société ça pose problème »

Préfet

Comme elle peut intervenir plus tard avec l'existence d'un enfant né hors-mariage.

« Les causes de ces avortements, les gens...Tu te maries là tu ne peux pas dire un mot chez ton mari. La femme du grand-frère de ton mari ou bien la femme du petit-frère de ton mari ou même, ton mari, la famille même, chez la belle famille : « toi qui as accouché un batard-là ! Toi qui a accouché un batard ! Tu ne vaux rien quitte là-bas ! Tu as accouché un batard, tu as a eu deux enfants hors mariage » ou bien « tu as eu un enfant hors mariage ». Tu n'as plus de poids ou bien tu n'as plus de valeur même...Si tu avortes là on ne va pas te dire que tu as avorté mais si tu as l'enfant là c'est problème. Tu ne peux plus parler dans le public »

Membre d'une association

iii) La stigmatisation de l'entourage, le désir de poursuivre les études (pour les élèves), la crainte de perdre son emploi sont aussi d'autres raisons qui expliquent le recours à l'avortement.

Toutefois, pour la plupart des personnes, quel que soit leur statut, la pression sociale reste le motif fondamental des avortements.

3.4. LES AVORTEMENTS PROVOQUÉS : ENTRE DISPOSITIONS MORALES ET LÉGALES

« L'avortement c'est une infraction. Mais il est autorisé dans le cas pour sauver la mère, en cas d'inceste ou en cas de viol. La peine varie en fonction de la gravité de l'acte entre 5 ans et 10 ans d'emprisonnement avec une amende allant de 300.000 francs à un million. Si la mort survient la peine d'emprisonnement peut atteindre 10 à 20 ans selon le code pénal, article 383. Je crois qu'avec la relecture du code pénal la peine de 5 ans à 10 ans est revenue de 1 à 5 ans d'emprisonnement... La tentative d'avortement est punie car

l'intention vaut l'acte. La tentative est punie par la loi » explique le commandant de brigade de gendarmerie.

Au Burkina Faso comme dans de nombreux pays africains, l'avortement est l'objet d'une interdiction sur le plan légal [Storeng et Ouattara, 2014 ; Guillaume, 2005]. Il est passible de poursuites judiciaires selon les prescriptions de l'article 383 du code pénal ré cité par le commandant de la gendarmerie. Cet article stipule que : *« Est puni d'un emprisonnement de un à cinq ans et d'une amende de 300.000 à 1.500.000 francs, quiconque, par aliments, breuvage, médicaments, manœuvres, violences ou par tout autre moyen, procure ou tente de procurer l'avortement d'une femme enceinte ou supposée enceinte, qu'elle y ait consenti ou non. Si la mort en est résultée la peine est un emprisonnement de dix à vingt ans ».*

Toutefois des restrictions sont observées dans certaines situations stipulées dans l'article 384 du même code pénal en ces termes : *« L'interruption volontaire de grossesse peut à toute époque être pratiquée si deux médecins dont l'un exerçant dans une structure sanitaire publique, attestent après examens que le maintien de la grossesse met en péril la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic. En cas de viol ou d'inceste établis, la matérialité de la détresse est établie par le ministère public et la femme enceinte peut demander à un médecin dans les dix premières semaines l'interruption de sa grossesse ».*

En dehors de ces dispositions particulières, l'avortement ne peut être pratiqué de façon volontaire. Les dispositions légales en la matière sont régulièrement évoquées par les populations rencontrées même si on note une difficulté à dire exactement en quoi elles consistent.

« Juridiquement, je sais que c'est interdit au Burkina Faso. L'avortement est interdit au Burkina Faso, à moins que c'est un avortement thérapeutique, peut-être que la vie de la maman est en danger. La vie de la maman est en danger et on essaie de sauver la maman au moins que c'est ça. Il y a l'avortement hygiénique aussi souvent quand la femme-là fait une échographie et qu'on voit que l'enfant là c'est une malformation qui est à l'intérieur là on peut évacuer la grossesse »

Sage-femme

« Ce que nous, on enseigne ici, on leur dit simplement

que l'avortement est interdit par la loi au Burkina, c'est ce qui est dit, sinon normalement, celle qui avorte et tous ceux qui ont été complices de l'avortement doivent être condamnés, donc la sanction peut être des amendes jusqu'à l'emprisonnement. C'est ce qu'on leur dit pour ne pas rentrer dans les détails, c'est sanctionner par la loi au Burkina »

Enseignant

En plus de ces dispositions légales, l'avortement est l'objet de réprobation sociale et religieuse. Les représentations de la pratique à Djibo ne sont pas différentes de celle de la majorité de la population Burkinabè [CGD, 2010]. Les différents informateurs quels que soient leurs statuts, sont unanimes sur le fait que l'avortement est un acte contraire à la morale voire criminelle, donc un acte à condamner et à réprimer.

« L'avortement je pense que d'abord je dirai que c'est une entreprise qui ne répond pas à la morale. Mais bon c'est comme on vient de le dire, il y a des situations où l'avortement est légalisé au Burkina et un peu partout ailleurs, mais en dehors de ces situations, je condamne formellement l'avortement ! L'interdiction est bien, parce que celui qui fait un avortement est considéré comme un criminel »

Chef coutumier

Les religieux sont encore plus fermes. Un Imam de la communauté musulmane soutient :

« Dans le coran, il y a des sourates qui interdisent l'avortement, c'est un péché, si une personne avorte, c'est considéré qu'il a tué un être humain, la personne a péché autant qu'un assassin, elle aura des comptes à rendre à Dieu. Quand une femme ou une jeune fille se retrouve enceinte, elle doit accepter la grossesse, c'est pour sa propre santé...Une femme qui désire avorter, elle ne va pas prendre le risque de venir me voir, elle ne va même pas oser, parce que nous allons appliquer la loi de la charia, c'est de la chasser hors du village, parce que l'avortement est un crime. Nous allons la bannir de notre communauté et elle ne fera plus partie de notre religion. Une femme qui exprime son désir d'avorter ne va jamais manifester ce désir devant nous les responsables de la communauté musulmane »

Imam

Chez les chrétiens, l'avortement est également un péché grave qui peut aboutir à une excommunication de la personne concernée.

« C'est un péché capital, un péché grave, un péché mortel donc ça nécessite des sanctions exemplaires. Donc normalement on ne peut confesser une femme qui a avorté sans la permission de l'Evêque, ou bien c'est l'évêque lui-même qui doit le faire parce que vu la gravité... Dans l'Eglise même vivre sans bénir son mariage ça fait l'objet d'excommunication temporaire. Que les gens qui vivent une vie conjugale sans le sacrement de mariage ne peuvent pas communier à plus forte raison une femme qui a tué. Donc jusqu'à ce qu'ils rectifient leur situation alors dans le cas de la femme là il faut se confesser auprès du père l'Evêque »

Prêtre

« Par rapport à ces jeunes filles, s'il y a de ces filles qui tombent en grossesses, qui avortent, à notre église elles ne doivent pas prendre la sainte scène ! Oui oui ! Elles ne doivent pas prendre la sainte scène. On va laisser quelques temps ou quelques mois elles vont s'asseoir seulement voilà ! »

Pasteur protestant

Ces différentes perceptions se fondent sur le principe du droit à la vie pour tout individu et du caractère divin de cette vie.

« Les femmes qui avortent ou qui pratiquent l'avortement pour moi c'est une mauvaise chose parce qu'il ne faut pas tuer quelqu'un ! Toi-même tu ne sais pas quand est-ce que tu vas mourir, tu ne sais pas comment tu vas mourir donc faut pas tuer un être humain tu ne sais même pas qu'est-ce que l'enfant va devenir ? »

parole d'un imam

L'avortement est fortement chargé de jugements moraux [Boltanski, 2004]. Les personnes qui y ont recours sont de ce fait victimes de stigmatisation. Elles sont considérées comme des criminelles, « ce sont les mauvaises femmes ! » ou encore « elles sont des sorcières » selon un chef coutumier. Pour un autre informateur : « Les femmes qui font des avortements ce sont des assassins, ce sont des bandits ce sont des mauvais types ce sont des gens qui font perdre la vie des gens ».

Pour les différentes parties, l'avortement, doit être combattu et sanctionné. Certains acteurs soulignent des contradictions entre les dispositions légales et leur mise en application. Des contradictions qui se présentent comme une faiblesse du dispositif juridique. En effet, rarement des cas de répression ont été observés, ce

qui contribuerait d'une certaine façon à entretenir la pratique.

« C'est difficile de lutter contre ces pratiques parce que la loi ne joue pas son rôle, il y a des gens qui pratiquent l'avortement mais ils n'ont jamais été condamnés, il y'en a même qui s'enrichissent à cause de ça... Le phénomène ne fait que prendre de l'ampleur »

Conseiller

« Pour ce qui concerne la prise en charge je pense que si la loi n'a pas été aussi ferme pour ce qui concerne la condamnation. Non la loi est ferme c'est là sur les écrits, mais dans les faits ce n'est pas appliqué ! »

IDE

Pour ces informateurs,

« On doit durcir la loi contre l'avortement. »

Enseignant

« Il faut que les juridictions recourent à la répression pour mieux appliquer ces textes, leur application n'est pas perceptible... L'avortement n'est pas une bonne pratique, si l'on veut bien voir, c'est un crime. Si une femme a eu le courage de pratiquer l'avortement, la justice ne doit pas avoir pitié d'elle, elle doit être condamnée au nom de la loi interdisant cette pratique. Il faut que la loi soit mise en application sans aucune tolérance pour que ça serve de leçon aux autres ».

ASC

La nécessité de la répression, réside non seulement dans le caractère jugé « criminel » de l'acte, mais aussi des nombreux risques sur la santé de la jeune femme qui avorte. Pour certains informateurs, si les jeunes filles avortent c'est parce qu'elles en ignorent les conséquences en cas de complications. Celles-ci sont nombreuses et bien connues des populations : les hémorragies, les infections, les décès, sont autant d'éléments qui sont cités dans les discours, en raison des conditions dans lesquelles ces avortements sont pratiqués :

« Bon il y a des risques ça peut compromettre votre santé ça c'est un. Et ça peut même entraîner votre mort parce que si c'est mal géré... Généralement les gens font recours aux produits peut-être peu recommandables, donc ça peut entraîner des cas mortels, ça peut en tout cas entraîner mort d'homme »

Préfet

« En avortant, il y a le risque d'hémorragie. L'hémorragie peut entraîner la mort, peut entraîner l'anémie qui est

grave parce que ce n'est pas à chaque fois qu'on peut avoir du sang pour transfuser la personne. Il y a des infections. En provoquant l'avortement, la personne peut avoir une septicémie...Septicémie c'est une infection généralisée de tout le corps et la personne peut mourir, à la longue là, la personne peut devenir infertile et ne plus pouvoir accoucher, la stérilité

Accoucheuse brevetée

Citée comme une conséquence sur le plan sanitaire, la stérilité consécutive à l'avortement induit aussi des conséquences sociales à travers la stigmatisation future qu'elle peut engendrer dans le foyer conjugal.

« Il y a beaucoup de difficultés, l'avortement en avortant tu peux mourir ce n'est pas tous les enfants qu'il faut tuer ! Si tu veux tuer un enfant tu pars (meurs) avec l'enfant là. Deuxièmement si tu avortes, si l'enfant part (meurt) tu ne vas plus avoir un enfant. Tu vas rester comme ça jusqu'à ta mort parce que il y a des enfants il ne faut pas tuer ce n'est pas bon ! Il y a des femmes qui souffrent comme ça qui ont avorté même ici y en a, à Diguel même à Doudoubangou il y en a »

Membre d'une association

« Si on arrive à soigner maintenant la femme peut être stérile de 1, de 2 le mari peut se plaindre parce que la femme n'est pas comme avant, voilà, problème de couple ! Tout cela ce sont les conséquences de l'avortement »

AIS

Pour les jeunes filles, la découverte publique de l'acte peut entraîner une stigmatisation de la part de son entourage

« Quand une fille décide d'avorter, elle peut perdre la vie. C'est un problème si tu te retrouves enceinte et tu dois garder la grossesse. Quand la grossesse a deux mois, c'est supposé que tu portes du sang, quand elle atteint six mois, tu ne pourras pas la cacher, tout le monde saura que tu es enceinte donc, si tu avortes, la population le saura, ça ne va pas plaire aux parents et ça sera la honte pour toi, tu vas éviter d'emprunter certains chemins du village, parce que les gens vont te montrer du doigt »

Porte-parole du chef coutumier

« C'est la honte, c'est une grande honte ! C'est le déshonneur ! Si c'est une élève ça peut l'amener à abandonner l'école » poursuit le responsable coutumier.

« C'est une perte de dignité et l'entourage social te verra comme une criminelle. Si c'est une élève, ses études seront perturbées, elle aura honte devant ses camarades »

ASC

Les conséquences de l'avortement sont à la fois sanitaires et sociales même si la dimension sanitaire est la plus visible. Bien que les populations soient bien informées de ces conséquences sanitaires, elles disent en général être défavorables à une légalisation de l'avortement.

« Dire que l'avortement permet d'espacer les naissances, non, l'avortement est loin d'être une méthode contraceptive. Quand on parle de méthode contraceptive, c'est pour empêcher la fécondation jusqu'à la nidation. S'il y a déjà la nidation, je suppose qu'il y a une grossesse qui est là. Faut pas se leurrer, ce n'est pas une méthode pour espacer les naissances, pour moi, c'est un assassinat »

Membre d'une association

Les considérations morales et religieuses continuent d'influencer les rapports des individus à l'avortement. Selon les informateurs, le droit de disposer de son corps doit tenir compte des règles de la société à laquelle on appartient. Le corps est certes individuel, mais l'individu appartient à une société qui est régie par un ensemble de normes comme l'exprime la position de cet informateur :

« Je me dis, disposer de son corps et faire ce qu'on veut, c'est qu'on n'est pas dans une société, parce que le corps de tout un chacun appartient à une société et qu'on doit aussi se conformer aux règles de la société. Donc pour moi, c'est un grand fléau qu'il faut combattre. Si la loi fait interdire l'avortement, on doit combattre certaines choses, parce que non seulement c'est un problème de santé publique et on ne peut pas faire des avortements successifs et rester en bonne santé. Ça ce n'est pas du tout possible, donc, il faut combattre cela avec les dernières énergies ».

La pratique de l'avortement est pénalisée au Burkina Faso. Ses conséquences sanitaires sont bien connues des populations, cependant les solutions envisagées, reposent plus sur l'éducation, la sensibilisation et l'accès aux méthodes contraceptives que sur une légalisation de la pratique.

3.5. LES SOINS POST-AVORTEMENTS

La prise en charge des complications d'avortements provoqués reste encore problématique. Dans une évaluation de la disponibilité des services de santé sexuelle et reproductive dans le district sanitaire, il est apparu que seulement 26% des centres de santé prenaient en charge les avortements spontanés suivant le protocole de l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) tandis que 41% réalisaient le curage digital en raison du manque de kit AMIU et de l'insuffisance de compétence (Toni, 2014).

Les protocoles thérapeutiques disponibles dans les centres de santé, bien que devant servir à gérer tous les avortements (Ouattara et Storeng, 2014), sont perçus comme orientés prioritairement voire spécialement vers la prise en charge des avortements spontanés, probablement en rapport avec la législation en vigueur. Pour les cas d'avortements provoqués il n'existe pas de protocole spécifique standard selon les soignants. Ceux-ci se réfèrent aux différents guides et protocoles dont ils disposent, mais les soins sont surtout adaptés à l'état clinique de la patiente et à l'élément causal. Ils pourraient donc être différents en raison de l'importance éventuelle des complications et de la diversité des méthodes abortives parfois utilisées

« Ah médicalement, ce n'est pas la même chose puisque il y a d'autres qui utilisent de n'importe quoi pour faire couler la grossesse en ce moment ça peut être infecté dans ce cas la prise en charge est différente » déclare une sage-femme

Un autre soignant précise :

« Les protocoles de prise en charge ne sont pas les mêmes, je pense que pour un avortement spontané c'est comme à l'accouchement. En dépit du fait que la femme peut présenter un autre signe on la prend en charge comme si c'était un accouchement. C'est un avortement provoqué clandestin c'est-à-dire qu'il y a une panoplie de complications qui s'entraîne avec -il y a des cas même qu'on a eu à référer- arrivé donc la prise en charge dépend du tableau clinique que la femme présente... C'est des protocoles qui sont adaptés en fonction de l'état clinique de la patiente »

Une soignante explique comment cela se passe dans certains cas :

« Quand elles viennent, nous on les prend en charge comme il se doit. On essaie de voir l'hémorragie, on essaie d'assurer parce que généralement c'est des grossesses non avancées, quelques semaines, un mois, deux mois. Souvent on fait l'aspiration manuelle, l'aspiration intra utérine, on enlève les caillots de sang et on les met sous traitement antibiotique »

IDE

Les soins post-avortement ne sont pas gratuits dans tous les cas, même dans les cas d'avortements spontanés. Les femmes doivent faire face aux frais liés à la prise en charge comme l'explique cette soignante :

« Bon comme il n'y a pas de projet ou des associations qui s'en occupent, maintenant... La jeune fille, on essaie de prendre en charge. Maintenant c'est la jeune fille qui va payer ses produits, maintenant on va réparer les séquelles, on va réparer sa blessure maintenant essayer de faire une sensibilisation ».

Cet autre soignant confirme :

« L'avortement ne peut pas être gratuit, si vous êtes une femme enceinte, vous venez, on vous donne le fer ou bien la Sulfadoxine-Pyriméthanine, c'est un produit contre le paludisme. Si vous êtes une femme enceinte, on vous prend en charge comme une femme enceinte mais si vous avortez, nous n'allons pas vous encourager, vous allez payer vos produits, elles vont payer les ordonnances, c'est comme ça ! ».

Ce discours fait référence à la gratuité des soins du paludisme pour les femmes enceintes et de la césarienne pour celles qui sont en complications obstétricales. Il n'y a pas de textes réglementaires sur une éventuelle gratuité de l'avortement provoqué ou même spontané.

Pour d'autres, comme ce soignant, cela peut être utilisé comme une stratégie dissuasive :

« Je pense que pour décourager le phénomène c'est de vraiment à notre niveau, c'est ne pas les prendre en charge comme ceux qui viennent pour des cas d'avortements spontanés, c'est dire qu'il y a des manières de les décourager pour ce qui concerne la prise en charge si l'ordonnance est majorée, mais bon vous savez qu'il y a des situations où on est obligé de les traiter comme des indigents et nous même »

IDE

On entrevoit ici une idée de sanction dans le rapport au paiement de la prise en charge. Des travaux ont montré que les victimes de complications d'avortements provoqués sont parfois négligées par les soignants lorsqu'elles arrivent au centre de santé. Si les soins ne leur sont pas refusés, ils leur sont administrés tardivement et/ou accompagnés de violences verbales [Drabo, 2013]. Cette attitude est révélatrice d'une certaine perception des avortements volontaires où valeurs morales et religieuses cohabitent avec la logique d'offre de soins. Les soignants en effet, affirment être contre la pratique et s'alignent sur les dispositions légales en matière d'avortement, sans pour autant en observer les conditions dans lesquelles l'avortement est autorisé.

« Celles qui demandent à avorter, c'est leur droit, c'est leur corps, c'est elles qui savent pourquoi elles veulent avorter mais du moment où ce n'est pas légalisé, nous, nous ne pouvons pas le faire, sinon nous serons dans l'illégalité, c'est une obstruction, c'est que nous sommes en faute si nous faisons ça ! »

IDE

Toutefois, cela ne les empêche pas de prodiguer les soins post-avortements (provoqués). En général, les femmes sont quand même soignées selon les moyens humains et techniques disponibles, même si c'est parfois avec réprimandes verbales et mépris!

« La loi n'interdit pas ça [les soins] ! La loi interdit l'avortement. La loi interdit l'avortement, mais une femme qui a avorté qui est venue, elle se cherche, elle est malade, si elle vient seulement là, il faut la soigner... Ah si tu ne la soignes pas ce n'est pas bon ! Ce n'est pas une contradiction, ton rôle-là c'est soigner la femme, être infirmier-là, c'est soigner les malades, donner vie, les soigner pour qu'elles aient la santé ; donc si elle vient, si elle vient avec son problème, toi ton devoir c'est soigner la femme-là »

Sage-femme

Ce qui peut être vu comme une contradiction de l'extérieur, n'en est pas une selon eux car l'essence même de leur profession est de sauver la vie : sauver la vie en donnant la vie et non sauver la vie en ôtant une vie.

3.6. LES PARCOURS DES FILLES ET DES FEMMES PORTANT UNE GND

Le type d'accueil des femmes qui portent une GND, comme on l'a vu dans certains propos de soignants, ne permet pas de savoir quelle femme est dans une quelconque condition exceptionnelle de la loi qui interdit l'avortement. Pour preuve, une personne pratiquant des avortements rencontrée à Ouagadougou disait ceci : « on nous prend comme hors-la-loi alors que nous sauvons des gens. Un monsieur est venu ici avec sa mère qu'il a enceintée et je l'ai sauvé ». Aussi, le viol et l'inceste sont-ils vus comme des actes honteux. Très peu de femmes seraient capables de parler des grossesses qui s'ensuivent. Par exemple, le monsieur qui a enceinté sa mère n'accepterait pas de procéder par les rouages de la loi pour faire cet avortement.

Les femmes qui portent une grossesse non désirée ont en général trois ou quatre recours qui interagissent. Sans que ce soit absolument aussi linéaire que nous le présentons, on peut dire qu'en général, ces recours sont d'abord le centre de santé puis les cliniques privées ou les tradipraticiens ou l'automédication et enfin le centre de santé.

- **Le premier recours** : le premier recours après l'auto-présomption de grossesse reste en général le centre de santé le plus proche ou le plus accessible en fonction des interconnaissances qui vont agir comme répression ou accueil chaleureux⁴. Arrivée au centre de santé, les femmes font comme si elles ne savent pas concrètement ce qu'elles ont. Elles essaient aussi dans les échanges avec l'agent de santé d'analyser la disposition de celui-ci à lui offrir les soins abortifs. Au cas où celui-ci est favorable, cela se passe sans problème. Ces cas seraient rares mais ils sont signalés par quelques agents de santé qui soupçonnent leurs collègues de le faire dans la clandestinité et pour se faire de l'argent parallèle. Au cas où l'agent est défavorable, la femme le rassure qu'elle va se faire consulter pour la grossesse. Mais en général, cette parole n'est pas suivie.

- **Le second recours** : au sortir du centre de santé où la grossesse est confirmée, les femmes se rendent soit chez un tradipraticien, soit dans les cliniques privées, soit chez les amies pour avoir des informations sur des médicaments et traitements traditionnels de la rue. En général, les tradipraticiens et les cliniques sont connus d'avance pour ce service d'avortement. Les femmes s'y rendent pour avoir appris qu'ils font les avortements.

4 - Une fille qui se pense enceinte et qui cherche à le confirmer n'ira pas dans un centre de santé où sa tante ou un quelconque parent travaille comme agent de santé. Elle craint la réaction de cette personne devant ses

projets ou devant le sort de la grossesse. Elle ira dans le centre où elle n'est pas bien connue ou elle a une connaissance qui sera favorable à ses projets et qui ne va pas porter l'information aux parents et aux services de droit.

Certaines filles qui n'ont pas les moyens financiers que réclament ces privés à but lucratif se renseignent chez des pairs pour avoir des informations pour une automédication. Comme on l'a vu dans certains propos plus haut, elles sont informées des choses à mélanger pour boire. C'est quand elles boivent ces choses ou quand des agents incompétents leur font un curetage qu'elles font face à des conséquences, douleurs et infections qui les renvoient à nouveau vers les services de santé.

- Le troisième recours : le troisième recours reste donc les services de santé. Comme le déclarent les soignants, elles reviennent se plaindre d'avortements spontanés. Mais la prise en charge permettrait de se rendre compte que ce sont des avortements provoqués. Certains agents de santé disent retrouver des débris de végétaux et autres impuretés diverses dans le vagin.

3.7. COLLABORATION ENTRE SERVICES DE DROITS, SERVICES SOCIAUX ET SERVICES DE SANTÉ EN CHARGE DES GND

La collaboration entre les services étatiques qui assurent le droit (justice, gendarmerie et police) et les structures de santé sur la gestion des avortements dans les structures hospitalières n'est pas remarquable. Elle reste sinon non fonctionnelle du moins très timide. D'ailleurs, seuls les services sociaux sont plus en rapport avec les services de droit. En effet, ce sont les services sociaux qui font recours, avec la sollicitation ou non d'une partie des familles concernées par la grossesse (celle du géniteur et celle de la fille), à la gendarmerie ou à la police pour apporter un appui, notamment quand le géniteur nie la grossesse ou oblige la fille (en général les élèves), quand il l'accepte, à l'avortement.

Il n'y a pas eu ces dernières années de cas de poursuite judiciaire de femmes qui ont fait un avortement dans la région de Djibo. Ce qu'a confirmé le débat qui a suivi la présentation des résultats lors de la réunion de restitution. Comme dit dans le paragraphe précédent, quelques cas sociaux ont été traités par la police. Il ne s'agit en général pas de femmes qui ont avorté ou qu'ils veulent avorter mais de filles dont la grossesse est niée par le géniteur. A la police ou à la gendarmerie, en général, les parties prennent la résolution de garder la grossesse et de contribuer comme cela se doit

selon les normes sociales à la prise en charge matérielle et sociale de la grossesse.

3.8. GESTION DES AVORTEMENTS EN FONCTION DES GROUPES ETHNIQUES

Chez les Mossi, en cas de GND, il y avait en général un bannissement qui se soldait, surtout avant, par l'expulsion définitive de la fille de chez son père. Ce bannissement s'observe toujours mais commence par être relativisé, surtout en ville. Chez les Peuls, cela se passe différemment. Il n'existerait pas de bannissement. La norme veut que les filles se marient avant d'avoir une grossesse et un enfant. L'éducation est de grande rigueur pour réussir cette finalité. Mais si, avec l'école, les filles prennent de l'âge sans pouvoir rejoindre un mari, les parents ne les rejettent pas en cas de survenue d'une grossesse. Si la situation arrive entre Peuls, le mariage est arrangé et la fille rejoint sa famille d'alliance. Au cas où le géniteur n'en veut pas, ce sont les femmes qui gèrent la situation. Les hommes n'ont pas de rôles à jouer dans la gestion d'une telle situation. La fille ne devrait pas être renvoyée du domicile parental.

3.9. LES RÔLES DES GÉNITEURS DANS LA GESTION DES GND

Quand une GND survient, les hommes se situent dans l'une ou l'autre des catégories suivantes : ceux qui nient la grossesse à tort ou à raison et ceux qui l'acceptent. Parmi ceux qui l'acceptent se trouvent ceux qui sont capables de faire face à ses charges et ceux qui n'en sont pas capables.

Ceux qui nient la grossesse pour des raisons d'infidélité présumée de la fille/femme ou parce qu'ils estiment avoir utilisé un préservatif, etc. se refusent de jouer un quelconque rôle. S'ils réussissent à faire accepter la négation de la grossesse, ils s'exemptent de tous frais et de tous autres rôles. Certaines familles n'insistent pas devant une telle situation. C'est le cas des familles qui ont les moyens de gérer la grossesse ou de l'avorter. Certaines familles insistent et font recours aux services de droit pour faire accepter le géniteur et lui attribuer les charges qui lui reviennent.

Certains géniteurs reconnaissent la grossesse mais ne se sentent pas concernés par les dépenses afférentes. Si les services de droit et les parents de la fille se rendent compte qu'ils proviennent de familles pauvres

et qu'ils n'ont pas de revenus, les parents de la fille prennent en charge la grossesse. Certaines filles aussi n'ont pas le courage d'informer les parents de la grossesse. Cela réduit leurs capacités à faire pression sur les hommes qui se dérobent des charges afférentes. Elles se débrouillent seules pour réunir les ressources nécessaires à l'avortement. Il y a tout de même la catégorie de ceux qui reconnaissent les grossesses et qui contraignent les filles à avorter, tout en fournissant les moyens nécessaires à l'avortement. C'est le cas des adultes souvent déjà dans des foyers constitués et qui ne désirent plus d'enfants. Ils craignent aussi que l'épouse en soit informée. Ceux-ci contactent parfois directement les agents de santé ou les praticiens pour commander l'avortement. Ils en assurent les charges.

3.10. LES PARCOURS ET LES FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ DES ÉLÈVES ET DES JEUNES FILLES DES SITES D'ORPAILLAGE

Les filles scolarisées, arrivées au collège et au lycée, font face à des facteurs de vulnérabilité tout comme les filles scolarisées ou non qui se retrouvent sur les sites d'orpillage.

Les éléments de la vulnérabilité des filles scolarisées sont les suivants :

- elles sont éloignées de leurs parents ; ce qui leur offre des libertés d'actions pour fréquenter des amis et se faire fréquenter ;
- plusieurs parents n'offrent pas à leurs filles parties vers les villes d'accueil pour étudier les soutiens matériels requis. Elles sont parfois contraintes de se soumettre aux offres des hommes en échange de rapports sexuels ;
- Ces villes ou ces milieux semi-urbains où viennent étudier ces filles sont des espaces de consommation (offre commerciale) qui présentent aux filles de nombreux besoins vestimentaires, ménagers et numériques. Ce qui accroît leur disposition au marché du sexe.

Sur les sites d'orpillage, la vulnérabilité des filles est liée à la perception selon laquelle l'or aime les « saletés ». Les « saletés » désignent la souillure socialement construite comme conséquence de l'acte sexuel et rapport au sexe féminin. D'après les orpailleurs, quand il y a rapport sexuel dans les trous ouverts à la recherche de l'or, la chance est grande de récolter beaucoup

d'or. Du coup, ils sont prêts à payer cher pour avoir des rapports sexuels non protégés avec les filles ou les femmes dans les trous ouverts pour la quête de l'or. Ces rapports sexuels non protégés sont très transmetteurs de maladies et génèrent au quotidien des grossesses non désirées. Nous n'avons pas cependant d'évaluation quantitative des incidences d'infections et de grossesses même si le phénomène a été signalé tout de même comme de grande ampleur.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

4.1. CONCLUSIONS

La présente étude avait pour but de documenter les déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées et des avortements, notamment au sein de la tranche d'âge de 15-24 ans, dans le district sanitaire de Djibo, zone d'intervention de MdM. Au terme des analyses, les conclusions suivantes peuvent être tirées :

4.1.1. LA PRÉVENTION ET LA GESTION DES GND ET DES AVORTEMENTS

(i) Le lien entre les GND et les avortements est bien établi par les populations. Les deux problèmes touchent aussi bien les adultes que les adolescents et les jeunes. Au sein de la tranche d'âge des 15-24 ans, les avortements sont principalement imputés aux GND, qui à leur tour reposent sur un ensemble de facteurs. Si la situation est perçue comme non négligeable, elle reste difficile à quantifier. Les élèves des établissements d'enseignement secondaire de la province, les serveuses dans les débits de boisson, les jeunes travaillant sur les sites d'orpaillage sont considérées comme les publics les plus vulnérables, mais c'est surtout les élèves des établissements d'enseignement secondaire qui sont les plus mis en avant.

(ii) Les déterminants des GND et des avortements chez les adolescents et les jeunes sont multiples. Ils se situent à plusieurs niveaux qui interagissent parfois les uns avec les autres pour créer des conditions de vulnérabilité. Ils sont à la fois socioculturels et religieux ; la sexualité et la fécondité pré-nuptiales étant vues comme défendues par la religion et la morale chez les groupes en présence (mossi, peulhs, etc.). Ils sont aussi économiques en référence aux difficultés des ménages pour faire face aux besoins (élémentaires) des enfants ; et aussi sanitaires du fait de la non utilisation des méthodes contraceptives.

(iii) Les GND et les avortements chez les adolescents et les jeunes ne sont pas imputés au seul fait des filles. Les hommes sont considérés comme ayant une grande

part de responsabilité dans la survenue de ces situations. Il y a une unanimité chez les acteurs rencontrés quant à l'implication des hommes dans la survenue de ces situations, dans la mesure où en tant que partenaire sexuel, ils ont aussi la responsabilité de prendre des précautions (seuls ou avec la partenaire) pour éviter la survenue d'une grossesse. Cependant, si les discours sont d'emblée braqués sur les filles lorsqu'on aborde la problématique des GND et avortement, c'est en raison du fait que ce sont elles qui en portent les conséquences physiques et sociales.

(iv) La prévention des GND et des avortements est essentiellement construite autour des dispositifs de sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive impliquant davantage les acteurs de la santé, les associations et ONGs locales, les éducateurs, etc. Ces sensibilisations sont faites au niveau des jeunes, mais aussi des adultes (parents). L'abstinence est présentée comme la stratégie indiquée pour éviter les GND chez les jeunes, cependant, dans un contexte d'activités sexuelles pré-nuptiales grandissantes, l'utilisation des méthodes contraceptives se présente comme un impératif. Si cette perception est partagée par la plupart des acteurs, elle ne rencontre pas l'assentiment des leaders religieux pour qui l'éducation à une sexualité responsable vécue dans le mariage reste la stratégie efficace pour prévenir les GND et leurs conséquences chez les jeunes. Outre ces conceptions religieuses qui peuvent être saisies comme des barrières à l'accès aux méthodes contraceptives par les jeunes, il y a aussi la problématique des lieux d'accès à ces contraceptifs. Il n'y a pas de lieu spécifiquement réservés aux jeunes.

(v) Les GND ne bénéficient pas de dispositif particulier d'accompagnement. Sur le plan familial et communautaire, même si des changements sont de plus en plus observés, les personnes concernées sont bien souvent rejetées de leur famille jusqu'à l'accouchement. Dans les associations et les services sociaux rencontrés, il n'y a pas de programme particulier consacré à ces situations. L'accompagnement consiste soit à donner des conseils à la victime pour leur ôter toute intention de recourir à l'avortement, soit à gérer les litiges familiaux consécutifs à la GND. Dans les centres de santé, les dispositions sont les mêmes. L'appui se fait essentiellement en conseils et orientation vers les consultations prénatales.

4.1.2. LES PERCEPTIONS ET CONDUITES DES SOIGNANTS FACE AUX AVORTEMENTS

(i) Bien qu'étant cause de morbidité et de mortalité maternelle, les avortements provoqués volontairement sont l'objet d'une forte réprobation aussi bien dans les communautés qu'au sein du personnel de santé. Cette réprobation sociale des avortements s'inscrit dans un contexte national de restriction légale dont les populations sont par ailleurs informées. Du fait de leur réprobation, ces avortements sont pratiqués dans la clandestinité, ce qui rend leur notification difficile. Les expériences des soignants renseignent faiblement la prise en charge de complications d'avortements provoqués, surtout parce que les cas rencontrés ne sont pas reconnus comme tels, mais soutiennent l'existence de la pratique. Dans les centres de santé, les avortements spontanés sont les plus notifiés et les perceptions des soignants révèlent une certaine tolérance/compréhension à l'égard de ces types d'avortements.

(ii) Les soins post-avortements en vigueur dans les centres de santé sont considérés comme plus adaptés aux situations d'avortement spontanés. L'AMIU et le curage digital sont les méthodes couramment utilisées dans les soins post-avortement, toutefois l'AMIU n'est pas disponible dans tous les centres de santé. Les soins post-avortements provoqués sont considérés comme nécessitant parfois des protocoles spécifiques du fait des méthodes, des conditions à risques dans lesquelles ils sont pratiqués et d'éventuelles complications immédiates. Les soins seraient donc adaptés à l'état clinique de la patiente, qui doit par ailleurs déboursier de l'argent pour ses soins dans tous les cas d'avortements.

(iii) Malgré le fait que les risques sanitaires des avortements (notamment les risques de mortalité) soient bien connus des différents acteurs, ils restent réfractaires à une possible légalisation de la pratique. Les valeurs morales et religieuses cohabitent régulièrement avec le contexte d'offre de soins, si bien que les actions envisagées pour lutter contre la morbidité et la mortalité liées aux GND et aux avortements concernent la formation et la sensibilisation des populations, et particulièrement les jeunes, sur la santé sexuelle et reproductive dans différents lieux stratégiques, la promotion des méthodes contraceptives.

4.2. RECOMMANDATIONS

Au terme de la présente analyse, les recommandations qui peuvent être formulées portent sur les besoins d'interventions identifiés avec les différents acteurs rencontrés. Elles sont orientées en trois axes : l'axe des activités au niveau des populations, dites activités communautaires, l'axe des activités au niveau des services de santé et l'axe des activités au niveau des autorités politiques nationales en charge des politiques publiques.

4.2.1. ACTIVITÉS ENVERS LES POPULATIONS

- Poursuivre les activités d'éducation à la sexualité initiées dans les établissements secondaires de la province. Il est important d'élargir ces activités aux autres lieux de vulnérabilité comme les débits de boisson, les sites d'orpillage. Il semble aussi nécessaire toujours dans ce cadre, de promouvoir des espaces où les jeunes (garçons et filles) pourraient accéder sans contraintes particulières, aux informations sur la santé sexuelle et reproductive, aux méthodes contraceptives et à leur prescription ;
- Renforcer les sensibilisations au niveau des populations, en prenant en compte aussi bien les femmes que les hommes. Dans les communautés, sensibiliser les familles à la nécessité du soutien pour prévenir les GND et apporter un appui en cas de GND.
- Organiser des communications pour un changement de comportements dans l'ensemble des sites d'orpillage à répertorier. Les communications vont viser la réduction de la transmission des maladies sexuellement transmissibles et la survenue des grossesses non désirées ;
- Dynamiser les clubs d'éveil des élèves en appui à cette initiative du ministère de l'éducation en matière de compétence en communication/mobilisation et de moyens nécessaires la mise en œuvre de leurs activités. Les clubs d'éveil sont des comités d'élèves désignés par leurs pairs dans le cadre d'une initiative du ministère en charge des lycées et collèges. Ces élèves désignés ont pour mission de sensibiliser leurs pairs sur des problématiques diverses dont les questions de santé et donc de grossesses non désirées. Très souvent les clubs n'ont pas les connaissances et les compétences requises pour jouer leurs rôles ;

- Faire une étude descriptive et analytique sur les sites d'orpaillage pour décrire les pratiques sexuelles en cours et leurs conséquences sanitaires en vue d'une action de réduction de ces conséquences.

4.2.2. ACTIVITÉS AU NIVEAU DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Nous avons constaté que bien des agents de santé sont encore dans une posture psychique très normative du point de vue socioculturel et défavorable à l'accueil et aux soins des femmes en situation de GND. Nombreux parmi eux perçoivent encore de façon peu favorable certaines méthodes contraceptives et plus généralement la planification familiale ainsi que l'avortement. Pour cela, il est nécessaire de :

- Mettre en place des centres d'écoute des jeunes en matière de SSR dans les CSPS du district ;
- Renforcer les paquets minimums d'activités SSR dans les centres de santé : renforcement du plateau technique et des compétences pour les soins post-avortement.
- Favoriser une nouvelle perception de la prise en charge des GND et des avortements auprès des agents de santé, en l'occurrence des auxiliaires de santé. Cela peut se faire au moyen de modules de formations préparés par des spécialistes et offerts à des groupes de CSPS ;
- Renforcer aussi les compétences techniques et matérielles des agents de santé et des CSPS en général pour les soins post-avortements ;
- Recenser et former les agents privés de santé qui reçoivent en général les jeunes filles en situation de GND ;
- Développer des relations de référence institutionnelle⁵ des femmes avec une GND et/ou avortement provoqué entre ces agents de santé informels de faible capacité technique⁶ et les CSPS pour une meilleure prise en charge des patientes ;

- Les services sociaux sont impliqués dans les résolutions des conflits liés aux grossesses, comme médiateur en général entre les familles des filles et des garçons ou comme soutien moral et financier de ces filles qui portent les grossesses non désirées et qui n'ont pas les moyens. L'appui à leur apporter sera de renforcer cette position pour qu'ils puissent opérationnaliser la loi sur l'avortement dans tous ses aspects. Cela va consister à mieux impliquer les services de droit et à faire en sorte que les services de santé vérifient plus en profondeur les conditions sociales (viol, inceste) et médicales de la grossesse avant toute sorte de verdict.

4.2.3. ACTIVITÉS AU NIVEAU DES ESPACES POLITIQUES DE PRISES DE DÉCISIONS

Nous avons constaté que l'opinion en général est en faveur d'une forte répression des avortements qui sont déjà hautement criminalisés. Nous voyons que le contexte socioculturel et politique semble loin du débat sur l'autorisation de l'avortement. Les recommandations à au niveau des tutélaires (protecteurs, chargés d'appliquer) de droit et des décideurs politiques sont les suivantes :

- Faire de ce problème social un problème de santé publique en l'inscrivant à l'agenda des acteurs de la société civile. Ces acteurs sont à préparer parmi les femmes leaders politiques et communautaires. Il s'agira de les amener, à l'aide de statistiques et de cas concrets dans leur environnement, à comprendre que l'interdiction tout au moins morale de l'avortement, loin de freiner le phénomène, le met dans un registre plus criminel. Cette action concerne tous les acteurs de la société civile et les élus locaux ;
- Plaidoyer auprès des conseillers municipaux pour la levée de fonds à investir dans les actions de prévention et de prise en charge des grossesses non désirées.

5 - La référence médicale institutionnelle consiste pour un centre de santé techniquement inférieur à envoyer un patient vers un autre centre de santé techniquement supérieur (ressources humaines et plateau technique) pour une meilleure prise en charge. L'idée ici est que les petites cliniques privées soient d'accord pour référer les patients en avortement compliqué vers des CSPS ou des CMA compétents.

6 - Ce sont des accoucheuses, des maïeuticiens ou des infirmiers brevetés qui installent des cliniques privées et qui reçoivent des cas de patients dont ils n'ont pas la compétence. Certains sont sans emploi formel et d'autres sont des retraités. Quelques rares sont tout de même en service public.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

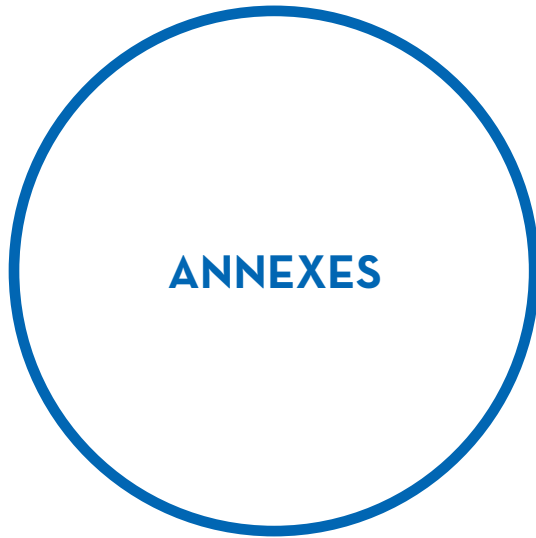
- Bajos N et al, Tensions normatives et rapport des femmes à la contraception dans 4 pays africains. *Population-F*, 68 (1), 2013, 17-40
- Bankole A, et al., *Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso : causes et conséquences*, New York : Guttmacher Institute, 2013.
- Belaid L, 2014, Facteurs contextuels et humains dans l'évaluation d'une politique de santé maternelle au Burkina Faso. Thèse de doctorat, Ecole de santé publique, Faculté de médecine, Université de Montréal
- Boltanski L, 2004. *La condition fœtale : Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*. Paris, Gallimard.
- Burkina Faso : Code Pénal [], 13 December 1996, available at : <http://www.refworld.org/docid/3ae6b5ccO.html> [accessed 11 March 2015]
- CGD [Centre pour la Gouvernance Démocratique], 2010. *Les Burkinabès et leurs valeurs. Enquête CGD sur les valeurs*. Ouagadougou, Burkina Faso
- Drabo S, 2013. *Access to Post Abortion Care (PAC) in Burkina Faso : an ethnographic study*, masters thesis at the university of Oslo, Institute of health and society, 72 p.
- Guillaume A, 2005. L'avortement provoqué en Afrique : un problème mal connu, lourd de conséquences. LPED, Série Santé de la reproduction, fécondité et développement. Document de recherche n°7
- Guttmacher Institute, *Avantages liés à la satisfaction des besoins en matière de contraception moderne au Burkina Faso*. En Bref, Série 2011, n°1
- Ouattara, F., Bationo, B.F, Gruénais, M-E, 2009. *Pas de mères sans un « mari ». La nécessité du mariage dans les structures de soins à Ouagadougou (Burkina Faso)*. Autrepert, [52] : 79-92
- Ouattara F., Storeng TK, 2014. «L'avortement volontaire au Burkina Faso : quand les réponses techniques permettent d'éviter de traiter un problème social», Autrepert n°70 : 109-124.
- Ouattara, F., Storeng, K. T. [2008]. *L'enchaînement de la violence familiale et conjugale. Les grossesses hors mariage et ruptures du lien social au Burkina Faso*. Bulletin de l'APAD, 27-28, 75-91.
- Ouédraogo R, Sundby J, 2014. Social Determinants and Access to Induced Abortion in Burkina Faso : From Two Case Studies. *Obstetrics and Gynecology International*, 2014, 6. doi :10.1155/2014/402456
- Rossier C, Sawadogo N, Soubeiga A, 2013. *Sexualités pré-nuptiales, rapports de genre et grossesses non prévues à Ouagadougou*. *Population*, vol. 68, no. 1, pp. 97-122.
- Rossier C, 2007. *Abortion : An open secret? Abortion and social network involvement in Burkina Faso*. *Reproductive Health Matters*, 15, 230-238. doi:10.1016/s0968-8080(07)30313-3
- Sedgh G et al, 2012. *Induced abortion : incidence and trends worldwide from 1995 to 2008*. *The Lancet* : February 18th, 2012 [Vol.379, Issue 9816, Pages 625-632] Published online January 19th, 2012 DOI:10.1016/S0140-6736(11)61786-8
- Storeng TK, Ouattara F, 2014. The politics of unsafe abortion in Burkina Faso : The interface of local norms and global public health practice, *Global Public Health : An International Journal for Research, Policy and Practice*, DOI:10.1080/17441692.2014.937828

Toni B, 2014. *Rapport d'évaluation du paquet minimum d'activités des centres de santé du district sanitaire de Djibo en santé sexuelle et reproductive*. Mdm, Djibo, Burkina Faso

WHO. (2001). *Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*. Geneva : WHO Librairie Cataloguing in Publication-Data

Zuehlke E, 2010. Réduire le nombre de grossesses non désirées et d'avortements peu sûrs grâce à l'utilisation des contraceptifs. <http://www.prb.org/FrenchContent/2010/unintendedpregnancyandabortion-fr.aspx>

Zongo S, 2004. *Approche anthropologique des accouchements à domicile dans le district sanitaire du secteur 30 de Ouagadougou*. Mémoire de maîtrise, département de sociologie, Université de Ouagadougou [Burkina Faso].



ANNEXES

ANNEXE 1. PRINCIPALES STATISTIQUES SANITAIRES

Quelques statistiques des processus de soins de santé de la reproduction au Burkina Faso et de leurs impacts sont disponibles pour le plan national et les régions. Elles sont fournies par les annuaires statistiques sanitaires et la Quatrième Enquête Démographique et de Santé de 2010. Ces données statistiques se présentent comme suit :

TABLEAU 1. PRINCIPAUX INDICATEURS SOCIOSANITAIRES DISPONIBLES ENTRE 2010 ET 2012.

N°	Indicateurs	Années	Niveau national	Région du Sahel
1	Taux de contraception	2010	15%	7%
		2011	34,2	
		2012	32,7	22,8
2	Taux de fécondité	2010	6,0	
3	Taux de consultation prénatale	2010	22,3%	
		2011	27,5%	
		2012	31,2%	15,4%
4	Taux d'accouchement assisté	2010	67,1	35,9
		2011	78,3tb	63
		2012	82,1 77,5 (Afrisanté)	68,5
5	Taux de mortalité maternelle	2012	340	365
6	Nombre d'avortements spontanés	2010	1699	
		2011	25448	
		2012	24313	1468
7	Nombre d'avortements provoqués	2012	1964	21
8	Taux de prévalence VIH	2010	1,0%	0,2%
		2011	1,7%	
9	Taux de prévalence autres infections sexuelles	2012	6,6% [Femmes] 2% [Hommes]	

TABLEAU 2. STATISTIQUES DIVERSES SELON UNICEF.

Elles sont disponibles et consultées le 17 mars 2015 sur http://www.unicef.org/french/infobycountry/burkinafaso_statistics.html

Situation sanitaire des femmes	
Espérance de vie des femmes en % de celle des hommes, 2012	102.1
Taux d'alphabétisation des adultes : femmes par rapport aux hommes [%], 2008-2012*	58.8
Taux de scolarisation : filles par rapport aux garçons [%] 2008-2012*, Taux brut primaire	92.7
Taux de scolarisation : filles par rapport aux garçons [%] 2008-2012*, Taux brut secondaire	78
Taux de survie en dernière année primaire : filles par rapport aux garçons [%] , 2008-2012*	110.8
Prévalence des contraceptifs [%], 2008-2012*	16.2
Soins prénatals [%] 2008-2012*, Au moins une visite	94.3
Soins prénatals [%] 2008-2012*, Au moins quatre visites	33.7
Soins à l'accouchement [%] 2008-2012*, Personnel soignant qualifié	65.9
Soins à l'accouchement [%] 2008-2012*, Accouchements en institution	66.3
Soins à l'accouchement [%] 2008-2012*, Césarienne	1.9
Taux de mortalité maternelle , 2008-2012*, déclaré	340
Taux de mortalité maternelle , 2010, ajusté	300
Taux de mortalité maternelle , 2010, risque de décès maternel sur la vie entière [1 sur:]	55
Education	
Taux d'alphabétisation des jeunes [15-24 ans] [%], 2008-2012*, hommes	46.7
Taux d'alphabétisation des jeunes [15-24 ans] [%], 2008-2012*, femmes	33.1
Nombre pour 100 personnes , 2012, téléphones portables	57.1
Nombre pour 100 personnes , 2012, utilisation d'Internet	3.7
Participation au pré-primaire, Taux brut de scolarisation [%], 2008-2012*, garçons	3
Participation au pré-primaire, Taux brut de scolarisation [%], 2008-2012*, filles	3
Participation à l'école primaire , Taux net de scolarisation [%], 2008-2012*, garçons	65.2

Participation à l'école primaire , Taux net de scolarisation (%), 2008-2012* , filles	61.1
Participation à l'école primaire , Taux net de fréquentation (%), 2008-2012* , garçons	53.8
Participation à l'école primaire , Taux net de fréquentation (%), 2008-2012* , filles	50
Participation à l'école primaire , Taux de survie en dernière année d'école primaire (%) , 2008-2012* , données de l'enquête	88.8
Participation à l'école secondaire, Taux net de scolarisation (%), 2008-2012* , garçons	19.4
Participation à l'école secondaire, Taux net de scolarisation (%), 2008-2012* , filles	15.5
Indicateurs démographiques	
Population (milliers) 2012, total	16460.1
Population (milliers) 2012, moins de 18 ans	8642.3
Population (milliers) 2012, moins de 5 ans	2932
Taux annuel de croissance démographique (%), 1990-2012	2.8
Taux annuel de croissance démographique (%), 2012-2030	2.7
Taux brut de mortalité, 1970	24.7
Taux brut de mortalité, 1990	17
Taux brut de mortalité, 2012	11.4
Taux brut de natalité, 1970	47.5
Taux brut de natalité, 1990	47.4
Taux brut de natalité, 2012	41.4
Espérance de vie, 1970	39.1
Espérance de vie, 1990	49.5
Espérance de vie, 2012	55.9
Taux global de fécondité 2012	5.7
Population urbanisée (%) 2012	27.4
Taux annuel moyen de croissance de la population urbaine (%), 1990-2012	5.9
Taux annuel moyen de croissance de la population urbaine (%), 2012-2030	5

VIH/SIDA	
Prévalence du VIH chez l'adulte [%] 2012	1.0
Personnes de tout âge vivant avec le VIH (milliers) 2012, estimation	110
Personnes de tout âge vivant avec le VIH (milliers) 2012, basse	99
Personnes de tout âge vivant avec le VIH (milliers) 2012, haute	130
Femmes vivant avec le VIH (milliers) 2012	55
Enfants vivant avec le VIH (milliers) 2012	21
Prévention chez les jeunes (âgés de 15 à 24 ans), Prévalence du VIH chez les jeunes [%] 2012, total	0.4
Prévention chez les jeunes (âgés de 15 à 24 ans), Prévalence du VIH chez les jeunes [%] 2012, hommes	0.4
Prévention chez les jeunes (âgés de 15 à 24 ans), Prévalence du VIH chez les jeunes [%] 2012, femmes	0.5
Prévention chez les jeunes (âgés de 15 à 24 ans), Connaissances d'ensemble sur le VIH [%] 2008-2012*, hommes	35.7
Prévention chez les jeunes (âgés de 15 à 24 ans), Connaissances d'ensemble sur le VIH [%] 2008-2012*, femmes	31.1
Prévention chez les jeunes (âgés de 15 à 24 ans), Utilisation de préservatifs chez les jeunes ayant des partenaires multiples [%] 2008-2012*, hommes	74.7
Prévention chez les jeunes (âgés de 15 à 24 ans), Utilisation de préservatifs chez les jeunes ayant des partenaires multiples [%] 2008-2012*, femmes	65.3
Orphelins, Enfants rendus orphelins par le SIDA (milliers) 2012	130
Orphelins, Enfants orphelins toutes causes confondues (milliers) 2012	980
Orphelins, Taux de fréquentation scolaire des orphelins, 2008-2012*	101

Adolescents	
Population âgée de 10-19 ans, Total (milliers) 2012	3906.8
Population âgée de 10-19 ans, Proportion de la population totale(%) 2012	23.7
Adolescents actuellement mariés/en union (%) 2002-2012*, garçons	1.6
Adolescents actuellement mariés/en union (%) 2002-2012*, filles	31.5
Naissances à l'âge de 18 ans (%), 2008-2012*	28.2
Taux de naissance chez les adolescentes, 2006-2010*	130
Justification de la violence conjugale chez les adolescents (2002-2012*) (%), garçons	40.2
Justification de la violence conjugale chez les adolescents (2002-2012*) (%), filles	38.8
Utilisation des médias de masse par les adolescents (2002-2012*) (%), garçons	61.2
Utilisation des médias de masse par les adolescents (2002-2012*) (%), filles	55.1
Taux brut de scolarisation dans le 1er cycle du secondaire 2008-2012*	31.2
Taux brut de scolarisation dans le 2ème cycle du secondaire 2008-2012*	9.8
Adolescents qui ont une connaissance d'ensemble du VIH 2008-2012* (%), garçons	30.8
Adolescents qui ont une connaissance d'ensemble du VIH 2008-2012* (%), filles	29

ANNEXE 2. DONNÉES DE REGISTRES DE MATERNITÉ DE CINQ LOCALITÉS

RAPPORT DE CONSULTATION DES REGISTRES D'ACCOUCHEMENT DE 5 LOCALITES DU DISTRICT SANITAIRE DE DJIBO.

LOCALITE D'ARIBINDA

DATE : 15/12/2014 au 18/12/14

Nombre total de la population	12486
Femmes en âge de procréer	2778
Naissances vivantes	556
Accouchements attendus	580
Grossesses attendues	696
Nombre du personnel	10

Sources : données des statistiques sanitaires l'aire sanitaire localité d'Aribinda

Consultation du registre d'accouchement

TABLEAU 1. RÉPARTITION DES SIGNES D'AVORTEMENT ET MODE DE TRAITEMENT À LA MATERNITÉ D'ARIBINDA

N°	Âges	Signes d'avortement	Traitement
1	32 ans	Saignement une aménorrhée de 3 mois environ : avortement incomplet [06/03/2014]	Curage digital
2	28 ans	Douleurs abdominales, saignement : menace d'avortement [06/03/2014]	Butyle q→2cp3/jr Butyle in 4 ampoules
3	18 ans	Saignement sur vagin, douleurs abdominales sur 3 mois de grossesse diagnostic avortement incomplet [14/04/2014]	AMIU Cipro cp Metronida x cp-2cp x2 paracétamol cp 2px3/jr
4	20 ans	Saignements sur grossesse environ 3 mois, douleurs abdominale diagnostic avortement incomplet [14/04/2104]	AMIU faite Ciprofloxacine→ 2cpX2/j Métronidazole cp 2cpX2 Paracétamol cp→cpX3p
5	16 ans	Saignements sur aménorrhée de 3 mois environ diagnostic avortement incomplet [15/04/2014]	AMIU faite Métronidazole cp→2cpX2 /j Ciprofloxacine cp →2cpX2/j Para cp →2cpX3/j

ANNEXES

6	14 ans	Saignements ++ sur une aménorrhée de 2 mois environ TC ccc ouvert avortement incomplet [19/04/2014]	AMIU faite ramenant Siprito 20 mp en PM Cipro Metro
7	22 ans	Saignements ++ sur aménorrhée de 3 mois avortement incomplet [01/05/2014]	Curage digital Grénacit environ 40 2c
8	15 ans	Saignements sur une grossesse environ 5 mois avortement tardif expulsé hors d'un fœtus non viable 11/05/2014	
9	16 ans	Saignement +++ aménorrhée de 2 mois avortement incomplet [11/05/2014]	AMIU faite
10	18 ans	Saignement ++ aménorrhée de 3 mois environ : avortement incomplet	AMIU faite
11	16 ans	Saignement sur grossesse environ 5 mois : avortement incomplet [13/05/2014]	AMIU faite antibiothérapie
12	16 ans	Saignement ++ sur une aménorrhée de 3 mois : avortement incomplet [14/05/2014]	AMIU faite
13	25 ans	Saignement ++ sur grossesse environ 2 mois : avortement incomplet [18/05/2014]	AMIU faite
14	20 ans	Saignements sur grossesse environ 2 mois : avortement incomplet [24/05/2014]	Antibiothérapie Curage digital
15	17 ans	Saignements ++ : avortement incomplet [24/05/2104]	AMIU faite
16	29 ans	Saignements ++ sur une grossesse environ 3 mois avortement incomplet [03/06/2014]	Curage digital antibiothérapie
17	24 ans	Saignements ++ sur grossesse environ 3 mois : avortement incomplet 25/06/2014]	AMIU faite
18	17 ans	Saignement ++ sur grossesse environ 3 mois : avortement incomplet [26/06/2014]	Curage digital sympt2 ampoules Antibiothérapie
19	30 ans	Saignements ++ sur grossesse environ 2 mois : avortement incomplet [01/07/2014]	Curage digital
20	15 ans	Saignements ++ [08/07/2014]	Curage digital

ANNEXES

21	25 ans	Saignements ++ sur grossesse environ 2 mois avortement incomplet [14/07/2014]	
22	20 ans	Saignements +++ grossesse environ 2 mois : avortement incomplet [14/07/2014]	Curage digital
23	28 ans	Saignements +++ sur grossesse environ 2 mois : avortement incomplet [14 /08/2014]	
24	20 ans	Saignements ++ sur grossesse environ 2 mois : avortement incomplet	
25	20 ans	Saignement ++ sur grossesse environ 2 mois : avortement incomplet [14/08/2014]	
26	23 ans	Saignement sur grossesse environ 2 mois : avortement incomplet [12/09/2014]	Curage digital
27	15 ans	Saignements +++ sur grossesse environ 3 mois : avortement incomplet [12/09/2014]	Curage digital
28	19 ans	Saignements survenu sur grossesse environ 2 mois : avortement incomplet [05/10/2014]	
29	29 ans	Saignement survenu sur grossesse environ 3 mois avortement incomplet [11/10/2014]	Curage digital
30	20 ans	Saignements répétés sur une grossesse environ 2 mois : avortement incomplet [28/10/2014]	AMIU faite
31	24 ans	Saignements sur une grossesse environ 2 mois : avortement incomplet [31/10/2014]	
32	35 ans	Saignements sur avortement sur une grossesse environ 2 mois : avortement incomplet [03/11/2014]	Antibiothérapie
33	26 ans	Saignement sur une grossesse environ 2 mois : avortement incomplet [24/11/2014]	AMIU faite
34	24 ans	Saignements sur une grossesse environ 3 mois : avortement incomplet : [14/12/2014]	AMIU faite
35	32 ans	Saignement +++ sur une grossesse de 2 mois : avortement incomplet [14/12/2014]	AMIU faite antibiothérapie

LOCALITE DE KOUTOUGOU

Responsable de dépôt : Zinan Seydou
DATE : 19/12/2014

TABLEAU 2. FICHE DE RAPPORT MENSUELLE DE GESTION DES STOCKS DES PRODUITS DE LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION (SR) ET MFE

Désignation	Stock disponible début du mois		Stock disponible à la fin du mois
	Quantité reçue	Quantité vendue	Quantité restante
Mycrogynon (plaquette)	61	30	31
Mycrolute (plaquette)	37	00	37
Depo provera (flacon injectable)	123	42	81
Jadelle	12	00	12
DIU TCV (380 unité)	01	01	01
Condoms masculins	750	175	575
Condoms féminins	05	00	05
Colliers	06	00	06

CONSULTATION DU REGISTRE D'ACCOUCHEMENT DU CSPS DE KOURFADJI

DATE : 22/12/2014

TABLEAU 3. REGISTRE D'ACCOUCHEMENT ET DE PLANIFICATION FAMILIALE À LA MATERNITÉ DE KOURFADJI

Mois de consultation	Janvier à décembre
Tranche d'âge	16 ans à 47 ans
Effectif de consultation	272
La méthode la plus utilisée	Depo provera
Nombre d'accouchements	72
Nombre de morts nés	4
Nombre de cas référés	3

TABLEAU 4. CAS SUSPECT D'AVORTEMENT CLANDESTIN

N°	Âges	Date	Profession	Diagnostic
1	18	06/12/2014	Ménagère	Avortement
2	30	06/12/2014	Ménagère	Avortement
3	24	13/12/2014	Ménagère	Avortement
4	33	05/12/2014	Ménagère	Avortement et hémorragie minime
5	19	10/12/2014	Ménagère	Mort né
6	17	31/10/2014	Ménagère	Mort né
7	37		Ménagère	Mort né
8		23/09/2014	Ménagère	Mort né
9	16	25/11/2014	Ménagère	Référé pour anémie
10	16	29/09/2014	Ménagère	Référé
11	17	17/09/2104	Ménagère	Référé

NB : Dans le registre pour ces femmes le type d'avortement n'a pas été précisé.

CONSULTATION DU REGISTRE AU CSPS DE DIGUEL

TABLEAU 5. REGISTRE D'ACCOUCHEMENT DE LA MATERNITÉ DE DIGUEL

Période de consultation	Juillet en décembre
Tranche d'âge	15 à 40 ans
Nombre d'accouchements	100 accouchements

TABLEAU 6. FICHE DU REGISTRE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE MATERNITÉ DE DIGUEL

Période de consultation	12/03/14 au 25/11/14
Tranche d'âge	15 à 38 ans
La méthode la plus utilisée	Depo
La 2 ^{ème} méthode la plus utilisée	Jadelle

TABLEAU 7. REGISTRE DE CONSULTATION PRÉNATALE DES 6 DERNIERS MOIS MATERNITÉ DE DIGUEL

Période de consultation	04/07/14 au 15/12/14
Tranche d'âge	16 à 42 ans
Nombre de consultations	284

CONSULTATION DU REGISTRE D'ACCOUCHEMENT DE GASSEL-TEPAOUA

DATE : 26/12/2014

TABLEAU 8. FICHE DU REGISTRE D'ACCOUCHEMENT DU CSPS DE GASSEL-TÉPAOUA

Période de consultation	04/07/14 au 24/12/14
Tranche d'âge	16 à 42 ans
Nombre d'accouchements	102

TABLEAU 9. QUANTITÉ DE CONTRACEPTIFS DISPONIBLE À LA DATE DU 26/12/2014 DÉPÔT PHARMACEUTIQUE DE GASSEL-TÉPAOUA

Désignation	Quantité
Condoms féminins	02
Condoms masculins	15
Collier	01
DIU	01
Jadelle	04
Mucrogynon	01
Microlut (plaquettes)	02
Depo	22

TABLEAU 10. RÉPARTITION DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES EN TERMES DE QUANTITÉ DISPONIBLE À LA PÉRIODE DU 09/07/14 AU 25/12/14 AU DÉPÔT PHARMACEUTIQUE CSPS DE GASSEL-TÉPAOUA

Désignation	Quantité
Depo	54
Pilule	23
DIU	00
Total	77

TABLEAU 11. FICHE DU REGISTRE DE CONSULTATIONS PRÉNATALES CSPS DE GASSEL-TÉPAOUA

Période de consultation	01/07/14 à 26/12/14
Tranche d'âge	16 à 40 ans
Effectif	146

ANNEXE 3. LISTE ET PROFILS DES INFORMATEURS

RÉPARTITION DU NOMBRE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL SELON LES CATÉGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES DANS TROIS LOCALITÉS			
Période	Enquêtes	Total	Localité
17-19/12/14	Éducateur social	1	Commune de Kelbo
	Fille du Club d'Éveil	1	
	Gendarmerie	1	
	Sage-femme	1	
	Pasteur	1	
Sous-total		5	
19-20/12/14	Agent itinérant de santé	1	Pougouzaibago
	Accoucheuse	1	
	Directeur du Lycée	1	
Sous-total		3	
20-24/12/14	Accoucheuse	1	Commune de Pobemengao
	Préfet	1	
	Accoucheuse Villageoise	1	
	SG de la mairie	1	
	Imam	1	
	Chef coutumier	1	
	Pasteur	1	
	Catéchiste	1	
	Fille-mère	1	
Sous-total		9	
25-27/12/14	Chef coutumier	1	Commune de Djibo
	Tradipraticien	1	
	Action Sociale	2	
	Accoucheuse	1	
	Sage-femme	2	
	Maïeuticien d'État	1	
	Focus group garçon	1	
	Pasteur	1	
	Prêtre	1	
	Écolière	1	
	Sous-total		
Total		29	

RÉPARTITION DU NOMBRE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL SELON LES CATÉGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES DANS SIX LOCALITÉS.

Poste/ Fonction	Aribinda	Koutougou	Sona	Kourfadji	Diguel	Gassel-Tépaoua	Total
	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	
Préfet	1	1	0	0	0	0	2
Maire	0	1	0	0	0	0	1
Conseiller municipal	0	0	0	0	1	0	1
Conseiller villageois du développement (CVD)	0	0	1	1	0	0	2
Agent de préfecture	0	0	0	0	1	0	1
Responsable d'association	0	1	0	0	1	1	3
Proviseur/professeur	2	0	0	0	0	0	2
Gendarme	1	0	0	0	0	0	1
Policier	0	0	0	0	0	0	0
ICP/major	1	0	0	0	1	1	3
IB	0	0	0	0	1	0	1
AIS	0	0	1	1	0	1	3
Accoucheuse	1	1	1	1	0	0	4
Maïeuticien	1	0	0	0	0	0	1
Accoucheuse villageoise	0	0	0	0	1	1	2
Sage femme	0	1	0	0	0	0	1
Matrone	1	0	0	0	0	0	1
ASC	0	1	1	0	1	0	3
Pasteur	1	1	1	0	0	0	3
Prêtre	1	0	0	0	0	0	1
Chef coutumier	1	1	1	0	1	1	5

ANNEXES

Imam	○	1	1	1	1	○	4
Marabout	○	○	○	○	○	○	○
Tradipraticien	1	1	1	1	1	1	5
Gérant de dépôt	○	1	1	○	○	○	2
Fille déjà avorté	○	○	○	○	○	○	○
Fille victime de GND	○	1	○	○	○	○	1
Total	12	12	9	5	10	6	57

LISTE DES PARTICIPANTS DU FOCUS GROUP HOMMES ARIBINDA (16/12/2014)

N°	Profession	Âge	Statut matrimonial	Nombre d'enfants	Religion	Ethnie	Nom de l'Association	Responsabilité
1	Cultivateur	48	Marié	○ 3	Musulman	Peulh	UNIJAD*	Président
2	Élève	26	Célibataire	○○	Musulman	Fulsé	APDDA*	Vice président
3	Cultivateur	40	Marié	○2	Musulman	Fulsé	○JD*	Membre
4	Cultivateur	57	Marié	○8	Musulman	Fulsé	AJAD*	Président
5	Gérant de dépôt pharmacie	30	Marié	○1	Musulman	Fulsé	HA*	Membre
6	Cultivateur	56	Marié	○6	Musulman	Fulsé	APE*	Président
7	Chauffeur	34	Marié	○2	Musulman	Fulsé	KHDA*	Animateur
8	Cultivateur et ASC	53	Marié	○5	Musulman	Fulsé	AARC	Président

UNIAD* : Union des jeunes de Aribinda pour le Développement (UNIAD)
 APDDA* : Association pour la Promotion du Développement Durable de Aribinda.
 ODJ* : Organisation Démocratique des Jeunes.

AJAD* : Association de Jeunes d'Arbinda pour le Développement.
 HA* : Hygiène et assainissement
 APE* : Association des Parents d'Elèves
 KHDA* : Kanou Hassane : pour le développement d'Arbinda

LISTE DES PARTICIPANTS DU FOCUS GROUP FEMMES ARIBINDA (16/12/2014)

N°	Profession	Âge	Statut matrimonial	Nombre d'enfants	Religion	Niveau d'instruction
1	Commerçante	25	Mariée	01	Musulmane	-
2	Commerçante	33	Mariée	04	Musulmane	-
3	Ménagère	40	Mariée	05	Musulmane	-
4	Ménagère	34	Mariée	03	Musulmane	-
5	Ménagère	35	Mariée	04	Musulmane	-
6	Ménagère	45	Mariée	05	Musulmane	-
7	Ménagère	45	Mariée	06	Musulmane	-
8	Ménagère	45	Mariée	07	Musulmane	-
9	Agent de bureau	30	Mariée	04	Musulmane	3 ^{ème}
10	Ménagère	25	Mariée	02	Musulmane	-
11	Ménagère	37	Mariée	05	Musulmane	-
12	Ménagère	28	Mariée	03	Musulmane	-

ANNEXE 4 : GUIDES D'ENTRETIENS ET D'OBSERVATION

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES SOIGNANTS

Objectif de l'entretien : identifier et comprendre les besoins d'interventions existants en lien avec les attentes des groupes ciblés, les réponses (politiques et sanitaires) en matière de prévention des GND et des avortements, les écarts entre les actions planifiées et les réalisations effectives, les limites et les capacités organisationnelles des différentes structures exécutantes, les représentations des soignants.

Personnes susceptibles d'être interrogées : médecins (généralistes, gynécologues, obstétriciens, autres...) ; sages-femmes ; accoucheuses ; infirmiers, AIS et aides-soignants ; etc.

Présenter les objectifs de l'entretien, la durée prévue, rappeler sa confidentialité, obtenir le consentement

En italique, exemple de relances ou de précisions pour bien cerner la réponse, si possible toujours demander des exemples concrets en respectant éthique et secret médical.

IDENTIFICATION

- Statut de l'agent (*IDE, IB, SFE, AA, AB, etc.*)
- Aire de santé (*CSPS, CMA, etc.*)
- Poste (*dispensaire, maternité, SMI, etc.*)
- Responsabilité (*chef de poste, responsable maternité, etc.*)
- Niveau d'études et formation (*nombre d'années, type de formation*)
- Âge
- Religion (*pratiquant, non pratiquant*)

1. SUR SON RÔLE :

- Pouvez-vous nous expliquer votre travail ?
- Depuis quand faites-vous ce travail ? Que faisiez-vous avant ?
- Depuis quand travaillez-vous dans ce lieu ?
- Quels sont les lieux/territoires/centres de santé/communauté où vous intervenez ? Quelles sont leurs caractéristiques ?

2. SUR LA PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES GND

- Pouvez-vous nous parler de la situation des grossesses non désirées dans votre aire de santé ? Quelles sont d'après votre expérience les personnes les plus vulnérables dans votre aire de santé ? Pourquoi ?
- De quels moyens disposez-vous pour prévenir les grossesses non désirées ? À quel(s) public(s) s'adressent-ils ? (*ex pour relances: Éducation sexuelle à l'école, visites d'agents de santé communautaires, consultations gynécologiques abordant contraception, accès gratuit à la contraception, inclusion des hommes/maris/partenaires...*)
- Comment cela s'organise-t-il particulièrement pour les adolescents et les jeunes ? (*étapes, quels professionnels concernés, expériences personnelles ?*)
- Quels est/sont selon vous, le(s) moyen(s)/dispositif(s) le(s) plus efficace(s) pour cette prévention ? Pourquoi ?
- Quels sont les acteurs/institutions responsables pour la mise en place de ces dispositifs (*santé publique locale, centrale, ministère de la santé, ONG, autres...*)
- Quels sont les interlocuteurs des femmes/adolescent(e)s et jeunes dans chacun de ces dispositifs ? Quelle est leur formation ?
- Quels sont les moyens contraceptifs disponibles ? Lesquels sont interdits ?
- Comment se déroule l'accès à ces contraceptifs ?
- Y a-t-il des difficultés/barrières pour obtenir des informations sur la contraception ? Lesquelles ?
- Y a-t-il des difficultés/barrières pour obtenir des contraceptifs ? Lesquelles ? (*disponibles pour femmes en union ? Accès pour mineures ? les adolescent(e)s et les jeunes ?*)

- Que pensez-vous des méthodes contraceptives *(Bénéfices et inconvénients des différentes méthodes)* ? Sont-elles adaptées aux jeunes ? Quels sont les rapports des populations aux méthodes contraceptives ?
- Comment se fait la prise en charge des grossesses non désirées à votre niveau ? Bénéficiez-vous d'un accompagnement institutionnel et communautaire (ONG, associations, service de l'action sociale, structures religieuses, etc.) ?

3. SUR LA PRISE EN CHARGE DES SUITES D'AVORTEMENTS DANS LE CADRE D'UNE GND

- Pouvez-vous nous parler de la situation des avortements dans votre aire de santé ? Quelles sont d'après votre expérience les personnes les plus vulnérables ? Pourquoi ?
- Quels sont les types d'avortements que vous rencontrez souvent (spontanés, provoqués) ? Qu'est-ce qui les distingue ?
- Selon vous quelles en sont les principales causes dans cette zone particulièrement ?
- Que savez-vous sur les dispositions juridiques sur l'avortement au Burkina Faso (légal ? illégal ? sanction, etc.)
- Comment se fait la prise en charge d'une (jeune) femme ayant fait un avortement ou une tentative d'avortement à risque/non suivi médicalement ?
- Y a-t-il des protocoles préconisés ? Sont-ils les mêmes selon que l'on soit en face d'un avortement spontané ou provoqué ?
- Que pensez-vous de ces protocoles ? Sont-ils adaptés ? Pourquoi ?
- Si une femme en situation de GND exprime son désir d'avorter, que peuvent faire les soignants pour elle ? *(orientation, dissuasion, mesures d'ordre médical et/ou psychologique)*
- Que faites-vous personnellement face à une (jeune) femme en situation de GND qui exprime son désir d'avorter ? Avez-vous déjà accompagné une (jeune) femme ou un couple dans la réalisation de ce désir ? Pourquoi ?

- Quels sont les risques associés aux avortements ? *(risques pour la santé de la femme, d'ordre légal...)*
- Avez-vous déjà été confronté à un retard de recours aux soins suite à un avortement provoqué ? *(Peur des femmes d'être dénoncées, stigmatisées ? Conséquences pour la santé de la femme ?)*
- Avez-vous déjà suivi une femme qui est décédée des suites d'un avortement provoqué ? Que s'est-il passé ?

4. RAPPORTS AUX GND/AVORTEMENTS

- En tant que soignant que pensez-vous de l'avortement ? *(Problème de santé publique ? légitimité des femmes de disposer de leurs corps ? Moralement condamnable ?)*
- Selon vous, y a-t-il des contradictions entre votre rôle de soignant, la perspective de santé publique et le fait que l'avortement soit illégal ? *(Contradictions entre soins et respect de la loi)*
- Que pensez-vous des femmes qui demandent à avorter ou qui pratiquent l'avortement ?
- Quelle est selon vous, la part des hommes dans les GND et dans les avortements ?
- Quels sont vos besoins en matière de :
 - Prévention des GND et avortements ? Particulièrement pour les adolescent (e)s et les jeunes
 - Prise en charge de suites d'avortements

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES AUTRES ACTEURS

Objectif de l'entretien : identifier et comprendre les besoins d'interventions existants en lien avec les attentes des groupes ciblés, les réponses (politiques et sanitaires) en matière de prévention des GND et des avortements, les écarts entre les actions planifiées et les réalisations effectives, les limites et les capacités organisationnelles des différentes structures exécutantes, les représentations des soignants.

Personnes susceptibles d'être interrogées : membres de la communauté (Agents de santé communautaires, leaders religieux, coutumiers, autorités administratives, associations/ONG, autorités judiciaires, etc.) ; assistants sociaux ; conseillers psychosociaux, éducateurs, etc.

Remarques : Les questions seront adaptées en fonction du statut des acteurs et du contexte.

En italique, exemple de relances ou de précisions pour bien cerner la réponse, si possible toujours demander des exemples concrets en respectant éthique et secret médical.

1. IDENTIFICATION

- Pouvez-vous vous présenter ?
- Type d'informateur (membre ONG, association, leader religieux, ASC, etc.)
- Niveau d'études
- Formation (*nombre d'années, type de formation*)
- Fonction/Responsabilité (chef de service, chef de village, éducateur, etc.)
- Nombre d'années de service (si fonction)
- Localité
- Âge
- Religion (*pratiquant ou non pratiquant*)

2. SUR SON RÔLE

- Pouvez-vous nous expliquer votre travail ?
- Depuis quand faites-vous ce travail ? Faisiez-vous un travail différent avant ?
- Depuis quand travaillez-vous dans cette localité ?
- Quels sont les lieux/territoires/centres de santé/communauté où vous intervenez ? Quelles sont leurs caractéristiques ?

3. SUR LA PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES GND

- Pouvez-vous nous parler de la situation des grossesses non désirées dans votre zone ? Quelles en sont les principales causes ?
- Quelles sont d'après votre expérience les personnes les plus vulnérables ? Pourquoi ?
- Quelles sont les moyens disponibles à votre niveau pour faire face à ce phénomène ? À quel(s) public(s) s'adressent-ils ? (*ex pour relances: Éducation sexuelle à l'école, visites d'agents de santé communautaires, consultations gynécologiques abordant contraception, accès gratuit à la contraception, inclusion des hommes/maris/partenaires...*)
- Quels est/sont selon vous, le(s) moyen(s) le(s) plus efficace(s) pour les jeunes particulièrement ? Pourquoi ?
- Quels sont les acteurs/institutions responsables pour la mise en place de ces dispositifs (*santé publique locale, centrale, ministère de la santé, ONG, autres...*)
- Quels sont les moyens contraceptifs disponibles ? Lesquels sont interdits ?
- Comment se déroule l'accès à ces contraceptifs ? Y a-t-il des difficultés/barrières pour obtenir des contraceptifs ? Lesquelles ? (disponibles pour femmes en union ? Accès pour mineures ? les adolescent (e)s et les jeunes)
- Y a-t-il des difficultés/barrières pour obtenir des informations sur la contraception ? Lesquelles ?
- Que pensez-vous des méthodes contraceptives (*Bénéfices et inconvénients des différentes méthodes*) ?

- Pensez-vous que les jeunes peuvent et doivent les utiliser ? Pourquoi ?
- Lorsqu'une jeune fille se retrouve enceinte sans le vouloir, que se passe-t-il pour elle ? Que faites-vous ? *(accompagnement ? rejet ? avortement ?)*
- Y a-t-il des structures communautaires ou étatiques qui prennent en charge les cas de GND dans votre localité (ONG, associations, service de l'action sociale, structures religieuses, etc.) ? Comment cela se passe-t-il ?

4. SUR LA PRISE EN CHARGE DES SUITES D'AVORTEMENTS DANS LE CADRE D'UNE GND

- Pouvez-vous nous parler des avortements (clandestins) dans votre zone ? Quelles sont d'après vous les principales causes et les personnes les plus vulnérables ? Pourquoi ?
- Que savez-vous sur les dispositions juridiques sur l'avortement au Burkina Faso (légal ? illégal ? sanction, etc.)
- Lorsque vous découvrez qu'une jeune fille ou une femme a tenté d'avorter ou a avorté clandestinement, que faites-vous ? (recours aux soins, rapport avec l'entourage, etc.)
- Selon vous, si une (jeune) femme en situation de GND souhaite avorter, que peut-on ou que doit-on faire pour elle ? *(orientation, illégal, mesures d'ordre médical et/ou psychologique)*
- Que faites-vous personnellement face à une (jeune) femme en situation de GND qui exprime son désir d'avorter ? Avez-vous déjà accompagné/assisté une (jeune) femme ou un couple dans la réalisation de ce désir ? Pourquoi ?
- Quels sont les risques associés aux avortements ? *(risques pour la santé de la femme, d'ordre légal, conséquences scolaires, professionnelles...)*
- Avez-vous déjà suivi une femme qui est décédée des suites d'un avortement clandestin ?
- Quelles sont les dispositions juridiques ou communautaires en matière d'avortement au Burkina Faso (dans votre localité) ?
- En tant que *(leader religieux, coutumier, agent de santé communautaire, autorité judiciaire, etc.)* que pensez-vous de l'avortement ? *(Problème de santé publique ? légitimité des femmes de disposer de leurs corps ? Moralement condamnable ?)*
- Que pensez-vous des jeunes (femmes) qui demandent à avorter ou qui pratiquent l'avortement ?
- Quelle est la part des hommes dans les GND et dans les avortements ?
- Selon vous, il y a-t-il des contradictions entre votre fonction/rôle, la perspective de santé publique et le dispositif juridique sur l'avortement au Burkina Faso ? *(Contradictions entre soins et respect de la loi)*
- Que peut-on faire pour lutter contre les grossesses non désirées et les avortements clandestins dans votre localité ?

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES FEMMES (JEUNES FILLES ET AUTRES FEMMES AYANT UNE EXPÉRIENCE DE GROSSESSES ET OU D'AVORTEMENTS)

MdM cherche à documenter et à analyser de façon approfondie les déterminants et les expériences liés aux grossesses non désirées (GND) et aux avortements dans le district sanitaire de Djibo. Les objectifs sont de mieux cerner d'une part, les besoins non satisfaits en la matière (y compris le profil des femmes touchées) et d'autre part, les barrières – tant « environnementales » que liées aux femmes concernées – qui se heurtent à la prévention et la prise en charge des GND et des avortements. Cette étude devrait permettre d'abord d'affiner les stratégies d'intervention de MdM (identification des aspects « vulnérables » par des politiques et stratégies, aux différents niveaux d'intervention depuis le niveau opérationnel jusqu'au niveau politique) et ensuite de tirer des leçons transversales, diffusables auprès du public et des preneurs de décision, qui concourront à atteindre l'objectif général du programme, à savoir « contribuer à la réduction de la mortalité et morbidité maternelle associée aux grossesses non désirées » par des changements positifs et durables des pratiques et des législations.

Consigne de relance et conduite de l'entretien

- Dans un premier temps, ne poser que des questions factuelles, du genre « et après ?, et alors ? » ou redonner la parole à la personne en appuyant ce qu'elle vient de dire.
- Dans un second temps, faire les relances thématiques en abordant les thèmes que la personne interviewée n'a pas évoqués ou en revenant sur les questions trop elliptiques

THÈMES À EXPLORER

1. SURVENUE DE LA GND

Lorsque vous avez été enceinte sans l'avoir prévu, pouvez-vous me raconter comment ça s'est passé ?

- Réactions au constat de l'état de grossesse
- Réactions du partenaire et de l'entourage (*à quel moment ou dans quelles conditions il a été informé, réactions et attitudes vis-à-vis de la grossesse*)
- Situation affective, familiale, professionnelle, matérielle et financière au moment de la grossesse.
- Projet (s) d'enfant (s)
- Implication du partenaire dans le (s) projet(s)
- Grossesses antérieures non prévues éventuelles

2. PROCESSUS DÉCISIONNEL

Si décision de poursuite de la grossesse

Lorsque vous avez choisi de garder la grossesse, que s'est-il passé ?

- Raisons du choix
- Réactions du partenaire et de l'entourage (soutien, rejet, déni)
- Gestion et suivi de la grossesse
- Types de soutien reçus (moral, financier, psychologique, matériel, etc.)
- Acteurs impliqués (famille, partenaire, amis, action sociale, ONG, etc.)
- Impacts sur les études/la vie professionnelle/la vie familiale
- Difficultés rencontrées

Si décision d'avortement clandestin

Lorsque vous avez décidé d'avorter, qu'avez-vous fait ?

- Raisons du choix
- Premier interlocuteur
- Démarches entreprises
- Choix du lieu de l'intervention

- Stratégies utilisées (techniques pour avorter, personnes impliquées, description dans conditions dans lesquelles s'est déroulée l'avortement ou la tentative d'avortement ...)
- Difficultés rencontrées

3. ACCÈS AUX SOINS POST-AVORTEMENTS

Comment êtes-vous arrivés au centre de santé, et que s'est-il passé ?

- Description du processus ayant conduit au centre de santé
- Accueil du personnel soignant
- Types de soins reçus (*description de la prise en charge médicale*)
- Prise en charge financière des soins
- Comportement de soignants
- Comportement de l'entourage
- Perceptions et vécu des soins

4. CONTEXTE NORMATIF

Que pensez-vous des GND et de l'avortement ?

- Opinion personnel (*légitimité des femmes de disposer de leurs corps ? Moralement condamnable ?*)
- Attitude et opinion de l'entourage (familial, amical, communautaire, religieux)
- Connaissances sur les dispositions juridiques
- Connaissances sur les risques (sanitaires, sociaux, etc.)
- Connaissance de personnes ayant déjà effectué un avortement (*explorer le contexte et les raisons*)

5. RAPPORTS À LA CONTRACEPTION

Que pourriez-vous nous dire au sujet de la contraception ?

- Expérience personnelle de la contraception (*depuis*

le début de la vie sexuelle, en insistant sur le premier rapport sexuel)

- Information contraceptive (*échanges sur la sexualité et/ ou la contraception dans la famille, à l'école, avec le ou les partenaires ; stratégies d'accès à l'information et aux méthodes*)
- Contraception utilisée au moment de la grossesse non prévue (*explication de l'échec*)
- Conscience du risque de grossesse au moment du rapport qui a donné lieu à la grossesse non prévue
- Méthode de contraception actuelle (implication du partenaire, rôle du prescripteur dans le choix, etc.)
- Opinion globale sur les méthodes contraceptives (comparaison des bénéfices et des inconvénients des différentes méthodes, discours populaires,...)
- Opinion sur l'accès des jeunes et adolescents aux méthodes contraceptives (discours, accès, difficultés, etc.)

6. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES À RECUEILLIR EN FIN D'ENTRETIEN

- Âge
- Niveau d'études
- Religion
- Antécédents de GND et d'avortements
- Nombre et âge des enfants
- Lieu de résidence

ENTREVUES DE GROUPE GND/ AVORTEMENTS

Les participants

- Les groupes stratégiques préalablement identifiés dans le district concerné par l'étude :
 - les jeunes femmes (15-24 ans)
 - les jeunes garçons (15-24 ans)
 - les femmes (+ 24 ans)
 - les hommes (+24 ans)
- Nombre de participants : 06 à 07 au maximum/rencontre
- Lieux des réunions : hors des structures de santé
- Identification des participants : sexe, âge, statut, localité, religion, responsabilité

But des rencontres

Identifier les déterminants associés aux grossesses non désirées/avortements et les perceptions des GND/avortements. On s'intéressera aux :

- 1) discours et perceptions des grossesses non désirées et les avortements chez les adolescents et les jeunes
- 2) pratiques que cela induit en termes de prévention, d'accès aux soins et de prise en charge (communautaire et médicale) dans le district sanitaire de Djibo.

CANEVAS DE DISCUSSION La contraception/planification familiale

- Que pouvez-vous nous dire sur la contraception ? Sur la planification familiale (but, méthodes, lieux d'obtention des contraceptifs, population cible, etc.) ?
- Comment et où avez-vous obtenu ces informations ?
- Que pensez-vous de la contraception et de la planification familiale ?
- Pensez-vous que les jeunes peuvent recourir à la contraception ? Pourquoi ?
- Que pensez-vous des jeunes qui ont recours à la contraception ?

Les constructions autour de la prévention et de la prise en charge des GND chez les adolescents et jeunes

- Qu'est-ce qui selon vous, peut faire que des jeunes se retrouvent en situation de grossesse/parents sans le vouloir ?
- Connaissez-vous des personnes qui sont dans cette situation ? Comment vivent-elles ?
- Que pensez-vous des grossesses non désirées chez les jeunes ? Quelles en sont les conséquences selon vous ?
- Selon vous, comment peut-on éviter les GND ?
- Quelles sont les moyens disponibles à votre niveau ? À qui s'adressent-ils ? *(ex pour relances: Éducation sexuelle à l'école, visites d'agents de santé communautaires, consultations gynécologiques abordant contraception, accès gratuit à la contraception, inclusion des hommes/maris/partenaires...)*
- Quels sont ceux que vous utilisez et ceux que vous n'utilisez pas ? Pourquoi ?
- Comment se fait l'accès à ces moyens ? Sont-ils à la portée des jeunes ?
- Rencontrez-vous des difficultés pour y accéder ?
- Lorsqu'une jeune fille (votre petite amie) se retrouve enceinte sans l'avoir voulu, que se passe-t-il pour elle ? Que faites-vous ? *(accompagnement ? rejet ? avortement ?)*
- Y a-t-il des structures communautaires ou étatiques qui prennent en charge les cas de GND dans votre localité (ONG, associations, service de l'action sociale, structures religieuses, etc.) ? Comment cela se passe-t-il ?

Prise en charge des suites d'avortements dans le cadre d'une GND

- Que pouvez-vous nous dire au sujet de l'avortement ? (risques sanitaires, risques sociaux, dispositions juridiques, principes moraux, etc.)
- Selon vous, qu'est-ce qui peut conduire une jeune fille à vouloir avorter ?
- Quels sont les stratégies utilisées ?

- Lorsque vous découvrez qu'une jeune fille ou une femme a tenté d'avorter ou a avorté clandestinement, que faites-vous ? (recours aux soins, dénonciation, etc.)
- Selon vous, si une [jeune] femme en situation de GND souhaite avorter, que peut-on et que doit-on faire pour elle ? *[orientation, dissuasion, dénonciation, mesures d'ordre médical et/ou psychologique]*
- Que faites-vous personnellement face à une [jeune] femme en situation de GND qui exprime son désir d'avorter ?
- Connaissez-vous des personnes décédées des suites d'un avortement ? Que s'est-il passé ?
- Avez-vous une idée de comment se fait la prise en charge médicale après un avortement clandestin ? Qui paye les soins ?
- Que pensez-vous des femmes qui demandent à avorter ou qui pratiquent l'avortement ?
- Quelle est la part des hommes dans les GND et dans les avortements ?
- En tant que [jeune fille/jeune garçon/mères/leaders d'opinion...] que pensez-vous de l'avortement ? *[Problème de santé publique ? légitimité des femmes de disposer de leurs corps ? Moralement condamnable ?]*
- Que peut-on faire pour lutter contre les grossesses non désirées et les avortements clandestins dans votre localité ?

GRILLE D'OBSERVATION

Observer qui ?

- Les prestataires de soins dans leurs interactions avec les usagers et leurs collègues : les propos échangés sur les malades, l'établissement du diagnostic, les prescriptions, les interrogatoires, l'attitude devant le malade, l'attitude devant les accompagnants, les explications données aux usagers, etc.
- Les usagers dans leurs interactions avec les prestataires de soins et les autres usagers : les réactions face aux diagnostics, aux prescriptions, aux soins, les réactions face aux explications données sur leur état de santé, les comportements en dehors des structures de santé etc.

Observer où ?

- Dans les maternités (Suites de couches, soins post-avortements)
- SMI/PF
- centres de SSR

Observer quand ?

- Pendant les consultations
- Pendant les soins aux malades
- Pendant les entretiens aux domiciles des usagers

Les observations doivent faire l'objet de prise de notes.

ANNEXE 5 TERMES DE RÉFÉRENCES DE L'ÉTUDE

APPEL A PROPOSITIONS

CONSULTANCE pour une :

« Etude transversale et analyse comparative des déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées et des avortements, en particulier au sein de la tranche d'âge des 15-24 ans. »
Etude multi pays

I. CONTEXTE

A. ORIGINE DE LA DEMANDE

Si la santé maternelle a fait l'objet d'initiatives positives de la part de la communauté internationale, un déterminant majeur de la mortalité maternelle n'a jamais été vraiment pris en compte depuis les recommandations de la conférence du Caire en 1994 : la prévention et la prise en charge des grossesses non désirées (GND). En effet les progrès se heurtent à de fortes oppositions au niveau national et international, rendant les avancées en la matière encore très fragiles et limitées. En 2008, on estime que 86 millions des 208 millions de grossesses n'étaient pas désirées. Les avortements à risque seraient à l'origine de 47 000 décès maternels chaque année.

Au sein de ses projets, MdM a pu identifier que :

- Les femmes font face à de nombreuses barrières (légale, financière, socio-culturelle, sanitaire et géographique) qui favorisent la survenue des GND et/ou entravent leur prise en charge.
- Malgré un cadre légal restrictif, le recours à l'avortement pour la PEC des GND est fréquent.
- Il n'existe pas de schéma familial d'éducation sexuelle des jeunes au sein des familles et des communautés, favorisant ainsi une faible connaissance des moyens de contrôle des GND en particulier chez les jeunes.
- Les besoins en soins de SSR des femmes sont importants et non satisfaits.
- Les jeunes filles sont particulièrement exposées aux risques de grossesses non désirées et d'interruption volontaire de grossesse et nécessitent une prise en charge qui, pour le moment, reste inadaptée.

Dans ce cadre, MdM fait de la prévention et prise en charge des GND, une thématique prioritaire et s'engage dans un programme spécifique dédié à cette problématique qui rencontre encore une trop faible mobilisation de la communauté internationale. Ainsi, un résultat attendu est la documentation et le partage des déterminants des grossesses non désirées. Pour ce faire, une étude socio-anthropologique est prévue dans 4 projets intégrés à ce programme. Cette étude vise à affiner et objectiver les constats réalisés par les équipes afin d'adapter nos approches mais aussi de communiquer sur les réalités vécues.

B. BRÈVE PRÉSENTATION DU PROJET

La problématique des GND est développée par MdM dans plusieurs pays notamment en Amérique Latine et Caraïbes, en Afrique, au Moyen Orient et en Europe de l'Est. Plus particulièrement, MdM vient d'initier un programme qui vise à *Contribuer à la réduction de la mortalité et morbidité maternelle associée aux grossesses non désirées* dans 4 pays [Burkina Faso, République Démocratique du Congo, Palestine, Pérou]. Ce programme tend à développer 4 résultats principaux que sont :

- L'analyse et la prise en compte des barrières à une prévention et prise en charge des GND ;
- Le renforcement des services de prévention et de prise en charge des GND au sein des structures de santé ;
- Le renforcement des capacités des titulaires de droit pour garantir leur accès aux services et leur capacité d'influence sur ces services ;
- La promotion de l'adoption de politiques publiques favorables à une meilleure prise en compte des enjeux de prévention et prise en charge des GND.

Par cet appel à proposition, MdM cherche à bénéficier des compétences de chercheurs spécialisés sur les questions de Santé Sexuelle et Reproductive, afin de pouvoir organiser une vaste étude sur la problématique des grossesses non désirées (GND) dans quatre pays d'intervention. L'objectif de cette étude globale est d'obtenir une analyse transversale et comparative de la problématique des GND. Par cette expertise transversale, MdM a aussi pour objectif de renforcer sa visibilité à l'internationale sur la thématique et alimenter son plaidoyer.

II. OBJECTIFS

A. OBJECTIFS

Objectif général de l'étude globale

L'objectif de cette étude globale est donc de fournir une analyse comparative des déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées et des avortements, en particulier au sein de la tranche d'âge des 15-24 ans dans les quatre pays concernés par cette étude.

Objectifs spécifiques pour chaque étude pays

- Analyser les conditions sociodémographique, culturelle, familiale, environnementale, et économique favorisant la survenue de grossesses non désirées et des avortements;
- Recueillir les normes sociales, représentations populaires et les perceptions culturelles autour de la santé sexuelle et reproductive au sein des communautés locales ;
- Connaître les différents mécanismes de gestion familiale et communautaire des grossesses non désirées et des avortements ;
- Identifier les acteurs communautaires et sanitaires qui interviennent dans la gestion de la contraception, des grossesses non désirées et des avortements ;
- Recueillir la perception et la conduite du personnel soignant face aux avortements et aux grossesses non désirées ;
- Connaître la qualité de la relation thérapeutique entre soignants et soignées, dans les services de SSR ;
- Comprendre les perceptions des usagers des structures de santé, pour la qualité des services de santé sexuelle et reproductive, de la disponibilité des soins, et de leurs niveaux de connaissances et de confiance des services disponibles ;
- Formuler des préconisations en vue d'orienter la stratégie de réponse à la problématique des grossesses non désirées et des avortements au sein des communautés.

Les objectifs pourront être affinés en fonction de la réalité de chaque contexte. Notamment, pour la RDC (Kinshasa) nous souhaiterions étudier plus précisément le lien entre grossesses non désirées et violences liées au genre, les mécanismes de prise en charge de ces dernières ainsi que ceux des infections sexuellement transmissibles.

B. ZONES DE L'ÉTUDE

Pays de réalisation de l'étude :

Burkina Faso (district de Djibo), RDC (Kinshasa), Palestine (Gaza), Pérou (District de Villa El Salvador – région de Lima)

L'étude sera faite dans les 4 pays sous réserve de conditions sécuritaires ou opérationnelles qui entravent la réalisation de la phase de terrain ; ce qui sera discuté entre l'équipe de recherche et le comité de pilotage le cas échéant.

C. PORTÉE ET UTILISATEURS DE L'ÉTUDE

Ces études apporteront des éléments indispensables à la qualité des projets. Elles seront utilisées en interne par les équipes mais les résultats pourront être diffusés aussi à nos partenaires afin qu'ils puissent en bénéficier au mieux. L'étude sera également diffusée au sein du réseau de MdM et possiblement diffusée via le site Internet. L'utilisation des données pour des travaux scientifiques pourra être faite ainsi que pour des publications scientifiques sous réserve d'une autorisation préalable.

III. MÉTHODOLOGIE

A. MÉTHODOLOGIE

L'utilisation des techniques de recueil de données qualitatives propres aux études socio-anthropologiques (observation, entretien, Focus Group...) sont attendues. La méthodologie d'enquête reste à développer dans la proposition.

B. RÉUNION DE CADRAGE PAR LE COMITÉ DE PILOTAGE DE L'ÉVALUATION

Un comité de pilotage au sein de MdM fera le suivi du déroulé de l'étude.

Une première réunion de cadrage entre le comité de pilotage et l'équipe de recherche permettra de définir les termes exacts de l'étude. Par ailleurs, une réunion de cadrage avec les équipes de terrain est à envisager pour affiner le protocole d'étude aux réalités et contraintes de chaque pays.

Des réunions physiques ou téléphoniques sur l'avancement de l'étude seront faites régulièrement avec le comité de pilotage. Les réunions de cadrage peuvent aussi se faire par visioconférence et n'impliquent pas nécessairement un déplacement dans les locaux de MdM.

C. DOCUMENTS CLÉS

Seront disponibles :

- Les documents clés des projets (ex. rapport de mission exploratoire...)
- Les rapports des précédentes enquêtes et les données récoltées sur les terrains
- Documents du programme sur les GND
- Derniers rapports de visite (desk, etc.)
- Rapports mensuels
- Plans stratégiques nationaux et autres documents des données générale sur la vulnérabilité et la situation populationnelle au niveau de chaque pays, s'ils sont à disposition des équipes terrain.

IV. PRODUCTIONS ATTENDUES

A. NOTE DE CADRAGE

Une note de cadrage préalable pour chaque étude dans les pays sélectionnés est attendue.

La note de cadrage présentera la méthodologie et le plan de travail proposés ainsi que les outils utilisés (questionnaires, guides d'entretien). Cette note est soumise aux commentaires du comité de pilotage en amont de la phase terrain.

B. RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES ET RECOMMANDATIONS

Une restitution des résultats préliminaires auprès de l'équipe projet sur le terrain, sous la forme d'un rapport préliminaire ou d'une présentation PPT, sera attendue pour chaque terrain. Ces résultats préliminaires peuvent être envoyés au comité de pilotage pour avis.

C. RAPPORTS (5) POUR LES 4 ÉTUDES ET L'ÉTUDE GLOBALE

Rapports pour les 4 études

Pour chaque terrain d'étude, un rapport **provisoire** (en français) sur les principaux résultats de l'étude est produit à l'issue de la phase de terrain. Il devra être accompagné d'une présentation power point des résultats principaux et des préconisations.

Le comité de pilotage dispose ensuite de 15 jours à compter de la réception du rapport provisoire pour émettre ses commentaires et observations.

Le rapport **définitif** sur les principaux résultats de l'étude doit intégrer ces commentaires/remarques/échanges/discussions.

Le texte principal des résultats de l'étude, en format Word, doit comprendre entre 40 et 50 pages (sans compter les annexes), caractère 12 et simple interligne,

et doit inclure les parties suivantes :

- Résumé exécutif (5 pages maximum)
- Introduction
- Liste des acronymes
- Contexte (description du projet)
- Objectifs de l'étude
- Méthodologie et limites
- Principaux résultats et analyse
- Conclusions et préconisations
- Annexes : TdRs, liste des personnes rencontrées et calendrier, questionnaires, guides d'entretiens, grilles d'observation.

Le résumé exécutif devra être traduit en anglais.

Rapport d'étude globale

Un rapport final **provisoire** (en français) présentant une analyse comparative des résultats sera produit sur la base des quatre rapports d'études pays. MdM dispose ensuite de 2 semaines à compter de la réception du rapport final provisoire pour émettre ses commentaires et observations.

Le rapport final **définitif** doit intégrer ces commentaires/remarques/échanges/discussions.

Le texte principal du rapport d'étude global en format Word, doit comprendre entre 40 et 50 pages maximum (sans compter les annexes), caractère 12 et simple interligne, et doit inclure les parties suivantes :

- Résumé exécutif (5 pages maximum)
- Introduction
- Liste des acronymes
- Contexte (description des projets)
- Objectifs
- Méthodologie et limites
- Principaux résultats et analyse comparative
- Conclusions et préconisations transversales
- Annexes

Le résumé exécutif devra être traduit en anglais.

V. ORGANISATION DE L'ÉTUDE GLOBALE

A. CRITÈRES CONCERNANT L'ÉQUIPE CONSTITUÉE

La proposition doit être associée à une équipe de recherche, incluses les équipes rattachées à une unité de recherche. La participation effective d'étudiants, de doctorants, ou post-doctorants est encouragée sous la condition de s'engager sur la coordination/supervision de l'équipe par un chercheur confirmé.

ANNEXES

Critère spécifique sur un pays :

Pour la RDC, un partenariat avec une équipe de recherche locale sera nécessaire.

B. PLANNING / CHRONOGRAMME ENVISAGÉ

Période de réalisation de l'étude :

- Burkina et RDC : Démarrage début octobre
- Palestine et Pérou : Démarrage courant 2015
- Rapports finaux provisoires pour chaque terrain d'étude attendus dans un délai de 4 semaines à l'issue de la phase terrain
- Méta analyse attendue pour fin 2015

Le planning indicatif est susceptible de modifications en fonction de l'évolution du contexte et notamment des aspects sécuritaires.

C. PILOTAGE ET REPORTING / POINTS D'ÉTAPE

Le Comité de pilotage est chargé de valider les objectifs des études proposés, d'encadrer le déroulé de l'étude et d'œuvrer à la diffusion des résultats de ces études et de la méta-analyse.

D. SÉCURITÉ

La personne chargée de l'étude terrain sera briefée sur les règles de sécurité en vigueur pour chaque pays.

VI. BUDGET DISPONIBLE

Le budget disponible pour cette étude est compris entre **50 000 et 55 000 euros TTC**.

Il inclut les honoraires, frais de vie, frais de transport internationaux, hébergement, et autres frais nécessaires au bon déroulement de l'étude.

Lors de la phase de terrain, MdM mettra à disposition du/des chercheur(s) un poste de travail, d'une voiture avec chauffeur pour les déplacements sur les terrains d'étude, du matériel de communication nécessaire au respect des règles de sécurité, d'un interprète le cas échéant.

VII. CRITERES ET MODALITÉS DE SÉLECTION

Après vérification de l'éligibilité des propositions, chaque dossier sera soumis à une évaluation par le comité de pilotage composé d'experts techniques. Le

comité de pilotage se réunit ensuite pour décider des projets retenus, sur la base des conclusions de l'évaluation, des critères de sélection et des disponibilités budgétaires.

Profils recherchés :

- Equipe de recherche confirmée
- Forte expérience dans la réalisation d'études socio-anthropologiques
- Expérience de la thématique santé sexuelle et reproductive et particulièrement sur les questions relatives aux grossesses non désirées
- Connaissance des contextes des pays de l'étude est un plus
- Excellentes capacités rédactionnelles
- Parfaite maîtrise du français. Maîtrise de l'anglais ou de l'espagnol est un plus.

IX. MODALITÉS PRATIQUES DE SOUMISSION DE LA PROPOSITION

Les porteurs de projets sont invités à déposer leur dossier complet de 10 à 15 pages maximum comportant les éléments suivants à l'adresse email : doi.applications@medecinsdumonde.net en précisant en objet « Etudes convention GND » :

La proposition technique devra se décomposer en deux phases qui doivent être clairement distinguées dans la proposition :

- Une première phase pour la réalisation des 4 études pays, d'une durée maximum de 12 mois.
- Une seconde phase pour la réalisation de l'étude comparative d'une durée maximum d'un mois.

Cette proposition technique devra aussi inclure :

- la compréhension des termes de référence
- l'approche technique développée et la méthodologie détaillée,
- la constitution de l'équipe, la répartition des responsabilités entre ses membres, les CV proposés et la disponibilité des membres
- le calendrier prévisionnel de l'étude
- la proposition financière intégrant la répartition budgétaire

Date limite de dépôt des dossiers

de candidature : 14 septembre

Diffusion des résultats : 25 septembre

Démarrage de l'étude : 6 octobre



**SOIGNE
AUSSI
L'INJUSTICE**