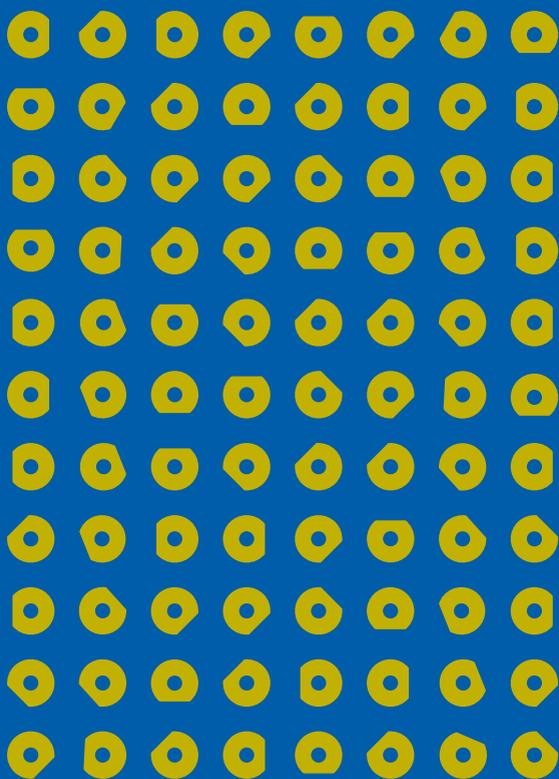


PRATIQUES DES AVORTEMENTS ET CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ DES FEMMES EN CÔTE D'IVOIRE



RAPPORT SCIENTIFIQUE



**PRATIQUES DES AVORTEMENTS
ET CONSÉQUENCES
SUR LA SANTÉ DES FEMMES
EN CÔTE D'IVOIRE**

RAPPORT SCIENTIFIQUE

REMERCIEMENTS

L'équipe de recherche remercie l'ensemble des personnes et des institutions qui ont permis la réalisation de cette étude, en particulier les structures sanitaires et sociales des districts sanitaires de Soubré et Méagui qui ont fourni un appui à la collecte de données et à l'identification des cibles de l'étude et les personnes qui ont accepté de nous parler.

Merci aux équipes de Médecins du Monde en Côte d'Ivoire et au siège en France pour l'appui à la réalisation de cette étude.

Merci à toute l'équipe de la Chaire Unesco de Bioéthique de l'Université Alassane Ouattara de Bouaké sous la direction du Professeur Francis AKINDES: Dr. BAILLY Ozoua Cynthia Rhode (Chef d'équipe adjointe) et à l'équipe chargée de la collecte des données et traitement des données sur Nvivo: Dr. BAILLY Ozoua Cynthia Rhode; BROU Sylvie Yebouet; MALAN Magne Sandrine Larissa; ZERBO Ahoua Christelle Anne et pour la mise en page : Dr. BAILLY Ozoua Cynthia Rhode.

Merci à l'équipe du Ceped qui a assuré la coordination du projet: Valentine Becquet, Anne Bekelynyck et Agnès Guillaume.

Merci à Amplify Change qui a financé ce travail.

Auteur du rapport: Francis Akindes, Professeur au Département d'Anthropologie et de Sociologie et Directeur des programmes à la Chaire Unesco de Bioéthique de l'Université Alassane Ouattara.

Conception graphique: Christophe Le Dreaan.



AMPLIFYCHANGE

SOMMAIRE

5	Liste des sigles et abréviations	27	Données de contexte, ampleur et spécificités locales de la pratique des avortements à Soubré et à Méagui
7	Résumé exécutif	29	1. Méagui: Une prolifération d'offre clandestine de services de santé
17	Introduction	31	2. Soubré: forte présence de la médecine traditionnelle chinoise
18	1. Présentation de la Chaire UNESCO de Bioéthique de l'Université Alassane Ouattara de Bouaké	36	1. Profil des femmes en demande de services d'avortement
18	2. Justification et contexte de l'étude	36	1.1. 76 % des femmes ayant pratiqué un avortement sont des élèves
19	3. Rappel des objectifs de l'étude	36	1.2. Plus de 82 % sont célibataires
19	4. Cadre d'analyse de l'étude	36	1.3. 64 % ont effectué leur avortement avant l'âge de 20 ans
20	4.1. Analyse du marché social de l'avortement	37	1.4. 38,6 % des auteurs de ces grossesses sont des élèves
21	4.2. Modalités de gestion des complications post-avortements	38	2. Des grossesses survenues en contexte de grande vulnérabilité
21	4.3. Perception sociale des conséquences liées aux avortements clandestins	38	2.1. Statut socioéconomique précaire et une dépendance vis-à-vis des parents
21	4.4. Analyse du dispositif institutionnel face aux avortements clandestins	38	2.2. Usage aléatoire des moyens de contraception et du préservatif
21	4.5. Résultats attendus	40	3. Déterminants de la prise de décision d'avorter et du report du désir de parentalité
21	5. Méthodologie	41	3.1. L'accès relativement facile à l'avortement
22	5.1. La collecte des données	41	3.2. Prénance d'un sentiment de culpabilité...
23	5.2. Ethnographie de la mise à disposition du Misoprostol	43	3.3. Incapacité à assumer la parentalité
23	5.3. Considérations éthiques, consentement des participants et assurance de la fiabilité des données	47	Analyse de l'offre de services d'avortement
24	5.4. Échantillonnage et stratégies d'identification des informateurs	48	1. Du partage d'informations autour de la grossesse à la décision d'avorter
24	5.5. Calendrier de la mission	48	1.1. L'information de la grossesse: le cercle restreint de l'auteur et de l'amie
24	5.6. Présentation du plan de restitution des résultats de l'étude	48	1.2. Le moment du passage à l'acte: élargissement sous contrainte du cercle de partage de l'information
		49	2. Accès à l'offre de services d'avortement
		49	2.1. La réputation dans le choix du prestataire
		50	2.2. Le choix de la méthode d'avortement: un moment d'arbitrage entre coût, risque perçu et gain attendu

57	Gestion des complications post-avortements	71	Comprendre l'écart entre la réalité de l'avortement et les dispositions institutionnelles
58	1. Perceptions sociales et sanitaires des complications d'avortement	72	1. La réglementation sur l'avortement: une lecture à partir de Soubré et de Méagui
58	1.1. Perception différenciée des saignements	72	1.1. Une tendance à la pénalisation des conséquences et non de la pratique de l'avortement clandestin
58	1.2. Perception commune des douleurs pelviennes, infections de l'appareil génital et présence des restes d'avortement dans l'utérus comme complications d'avortement	72	1.2. Perception de la réglementation sur l'avortement: les points de vue des prestataires de service de santé
59	2. Pluralité des itinéraires de gestion des complications d'avortements clandestins	73	2. Le principe de souveraineté
59	2.1. Recours aux médicaments chinois et aux plantes médicinales	74	2.1. Des sources du non-respect des obligations après la ratification des protocoles internationaux
59	2.2. Gestion de complications post-avortement en milieu hospitalier: entre ruse des femmes et obligations professionnelles des prestataires	75	3. Les acteurs non étatiques et la question de l'avortement
63	Perceptions sociales des conséquences de l'avortement	75	3.1. Pour les religieux: l'abstinence et l'éducation sexuelle plutôt que la libéralisation de l'avortement
64	1. D'une vision salvatrice des avortements en situation de demande...	76	3.2. Malgré tout, Quelques initiatives de promoteurs du volet avortement du Protocole de Maputo
64	2. ...à l'expression de regrets en post-abortum	79	Conclusion et recommandations
65	2.1. Apparition d'une conscience des risques liés à la pratique des avortements	85	Bibliographie
66	2.2. Avortement comme déconstruction de l'identité féminine	89	Annexes
67	3. Modification des rapports avec l'entourage	90	Annexe 1. Notice d'informations
68	4. Gestion de la sexualité post-avortement	91	Annexe 2. Formulaire de consentement
		93	Annexe 3. Guides d'entretien
		99	Annexe 4. Chronogramme détaillé de l'exécution de la recherche sur les avortements et leurs conséquences sur la santé des femmes en Côte d'Ivoire
		100	Annexe 5. Tableau de présentation détaillé de l'échantillon
		103	Annexe 6. Note de service faisant rappel des conditions de prescription du Misoprostol

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AIBEF	Association ivoirienne pour le bien-être familial
AMIU	Aspiration manuelle intra-utérine
ARSIP	Association des religieux pour la lutte contre le VIH sida et autres pandémies
CAP	Connaissances attitudes et pratiques
CI	Côte d'Ivoire
CIPD	Conférence internationale pour la population et le développement
CMU	Couverture maladie universelle
CNER	Comité national de l'éthique et de la recherche
EDS	Enquête démographique et de santé
IRD	Institut de recherche et de développement
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MICS	Enquête de santé à indicateurs multiples
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PEV	Programme élargi de vaccination
PNSME	Programme national de santé de la mère et de l'enfant
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
SAJ	Services des adolescents et jeunes
SF	Sage-femme
SOGOCI	Société des gynécologues obstétriciens de Côte d'Ivoire
SR	Santé de la reproduction
SSSU	Service de santé sexuelle des adolescents et jeunes
UNESCO	Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

LISTE DES GRAPHIQUES ET TABLEAUX

FIGURE 1	Schéma du cadre conceptuel de l'étude.....	20
FIGURE 2	Carte du District sanitaire de Méagui.....	28
FIGURE 3	District sanitaire de Soubré.....	30
FIGURE 4	Répartition des femmes ayant avorté selon leur profession	36
FIGURE 5	Répartition des femmes ayant avorté selon leur situation matrimoniale.....	36
FIGURE 6	Âge au moment de l'avortement (en nombre de cas correspondants)	37
FIGURE 7	Répartition des enquêtés selon la profession de l'auteur (en nombre de cas correspondants).	37
FIGURE 8	Récurrence de mots exprimant la culpabilité d'avoir enfreint les normes sociales relatives aux conditions de parentalité	42
FIGURE 9	Choix des méthodes d'avortement, en nombre de cas correspondants.....	51
FIGURE 10	« Yumicao » et « 100 % », médicaments chinois utilisés à des fins d'avortements	52
FIGURE 11	Tableau de terminologies servant à décrire la grossesse non désirée et l'avortement chez les femmes en demande de services	64

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

La présente recherche se focalise sur les pratiques des avortements clandestins. Elle vise à connaître les logiques, les pratiques et les perceptions qui y sont liées, et que le cadre législatif restrictif engendre.

Plus spécifiquement, il s'agit :

- d'analyser les pratiques d'avortements clandestins, avec un focus sur la pratique de l'avortement médicamenteux ;
- d'identifier les différents acteurs (familles, partenaires, personnels de santé...) impliqués dans les trajectoires d'avortement (processus de décision et pratiques) ;
- d'analyser les itinéraires d'accès aux services d'avortements clandestins ;
- d'analyser les pratiques des professionnels de santé autour des soins post-avortement et les discours professionnels autour de l'avortement
- d'analyser les conséquences (sociales et sanitaires) des avortements pour les femmes y ayant recours ;
- de comprendre l'écart existant entre la réalité des pratiques d'avortements clandestins et le dispositif institutionnel mis en place.

Ce rapport est le résultat de l'analyse de **82** interviews sur la base d'un échantillon réparti de la façon suivante :

- Femmes ayant eu recours à un avortement (**35**) ;
- Femmes ayant bénéficié de soins post avortement dans les structures sanitaires (**12**) ;
- Prestataires de santé investis dans la prise en charge des complications post-avortements (**14**) ;
- Autres acteurs, membres de l'entourage des femmes et ayant un niveau d'influence et de pratique dans la trajectoire des femmes (avorteuses traditionnelles, auteur de la grossesse, ami-e-s, médecins, infirmiers, vendeurs de médicaments...) (**16**) ;
- Acteurs institutionnels à Abidjan (**5**).

Un tableau de présentation détaillé de l'échantillon se trouve en annexe 5 (page 100).

Deux localités sont concernées par cette étude : Soubré et Méagui. Elles ont été identifiées comme

champ de l'étude parce qu'elles constituent des zones d'intervention de Médecins du Monde dans le cadre d'un projet sur la problématique des grossesses non désirées.

Dans le cadre de cette étude socio-anthropologique sur la pratique des avortements clandestins, nous sommes partis de l'hypothèse suivante : le cadre légal restrictif a favorisé un marché social de l'avortement clandestin sur lequel se rencontrent informellement une demande sociale diversifiée ainsi qu'une offre de services d'avortement tout aussi diversifiée. L'étude est basée sur une approche exclusivement qualitative.

Quels sont les enseignements tirés de cette étude ?

Sur l'analyse de la demande sociale d'avortement. L'analyse des données du contexte socio-sanitaire a permis de renseigner un aspect essentiel pour comprendre une spécificité du marché de l'avortement à Méagui et à Soubré : la disponibilité d'offres de services d'avortements clandestins. Si à Méagui, l'insuffisance de l'offre de soins a pu constituer une opportunité d'installation et de développement pour des structures et mécanismes d'offres de soins alternatifs, mais informels, à Soubré, la forte présence de médicaments d'origine chinoise appelés localement « médicaments chinois » et de plantes médicinales notamment abortives ont contribué à structurer une trame d'offres de services d'avortement clandestin particulièrement remarquable, facilitant l'accès aux services d'avortement pour les femmes en demande. Dans de tels contextes, trois enseignements majeurs ressortent de l'analyse de la demande sociale d'avortements clandestins.

Le premier enseignement : les femmes demandeuses d'avortements sont en majorité, jeunes, élèves et célibataires. Les grossesses non désirées interviennent chez ces femmes dans un contexte de vulnérabilité du fait de leur dépendance socio-économique, mais aussi de la non-maîtrise de la contraception et de l'usage approximatif du préservatif. L'« accident » des grossesses appelle par

conséquent une demande d'avortements de plus en plus forte.

Deuxième enseignement : en l'absence de moyens d'accès à la prévention, l'interruption volontaire de grossesse, malgré son interdiction, est de plus en plus utilisée dans ces localités comme un mode de régulation de la fécondité. Ce constat est à mettre en relation avec la disponibilité d'une offre de services d'avortements clandestins susmentionnée renforcée par la facilité d'accès aux produits abortifs chinois. La conjugaison de ces deux facteurs contribue à une prise de liberté sexuelle précoce et à un usage laxiste des moyens contraceptifs, malgré les efforts consentis¹ pour améliorer les connaissances en santé sexuelle et reproductive des jeunes dans ces localités.

Troisième enseignement : ce n'est pas parce que l'accès à l'interruption volontaire de grossesse est limité qu'il y a moins d'avortements ou que le nombre d'avortements diminue. L'interdiction de l'avortement a créé de fait un marché informel d'interruption volontaire de grossesses avec tous les risques sanitaires que cela comporte pour les usagers. Les raisons qui conduisent à la pratique de l'avortement clandestin sont diversifiées. Dans un contexte de difficultés d'accès à la contraception, elles vont de l'accès facile aux services d'avortements clandestins, à l'incapacité à assumer la parentalité pour diverses raisons en passant par la peur de la honte et du déshonneur.

Quatrième enseignement : au Bénin, au Burkina Faso (Baxerres et al, 2018) et au Ghana (Atakro et al, 2019) la peur des parents, le désir des jeunes et des adolescentes de poursuivre leur scolarité et la situation socio-économique des femmes ont été identifiés comme étant les facteurs majeurs

qui contribuent à la décision d'avorter. Il en est de même aussi à Soubré et à Méagui. Cependant, l'étude révèle chez les jeunes et les adolescent·e·s à Soubré et à Méagui un facteur contextuel additionnel concourant également au recours à l'avortement clandestin : une prise de liberté avec les moyens contraceptifs.

Sur l'analyse de l'offre de services d'avortement. L'étude relève cinq enseignements.

Premier enseignement : l'expérience d'avortement est individuelle et difficile à partager pour celles qui l'ont vécu. La découverte de la grossesse, la décision et la pratique d'avortement sont vécues en effet comme une souffrance tue. Au cours des interviews des femmes qui ont fait l'expérience de l'avortement, les interruptions de récits, les nombreux vides dans la restitution du parcours de l'avortement, ou encore les difficultés à conter le récit témoignent de la souffrance endurée. L'interdiction de l'avortement entraîne de fait l'absence d'espaces légaux d'échanges et de discussions avec les femmes quant à la conduite à tenir face à cette situation. La gestion des expériences d'avortement reste individuelle et confidentielle, et se nourrit d'informations informelles collectées dans les réseaux tous aussi informels. Autant l'information sur la grossesse reste confinée dans les réseaux de confiance au cœur desquels se trouvent généralement les amies et l'auteur de la grossesse, autant la décision de l'avortement se connecte à un stock de savoirs sur l'avortement circulant sur les marchés informels de vente de produits abortifs, eux-mêmes organisés en faisceaux de systèmes de médiation entre les potentiels utilisateurs, anciens clients et une frange du personnel médical. L'informalisation de l'avortement favorise la prise de risques sanitaires à travers l'usage des conseils qui circulent dans ces réseaux.

Deuxième enseignement : l'interdiction de l'avortement a fait prospérer la pratique de l'avortement clandestin. Dans les deux localités, cette pratique est dominée par la méthode médicamenteuse chinoise. Le recours aux médicaments abortifs chinois se justifie dans le cas de Soubré et

¹ Selon une enquête sur les connaissances en santé sexuelle et reproductive et les barrières liées à l'utilisation des méthodes contraceptives ainsi que les services de planification familiale par les adolescentes et les jeunes de 10 à 24 ans des collèges et lycées publics des districts sanitaires de Soubré, Méagui et Buyo, 79,3 % des enquêté·e·s ont déjà entendu parler des méthodes contraceptives.

Méagui par la grande disponibilité des produits, la confiance placée d'une part en l'efficacité du produit, et d'autre part au statut et à la légitimité des acteurs intervenant dans le circuit. Les modalités d'accès aux produits (prix modulés et possibilités d'achat) s'inscrivent le plus souvent dans un réseau informel de clients-vendeurs négociant leur survie avec une dose de méfiance vis-à-vis de personnes non reconnues dans le réseau.

Troisième enseignement : le Misoprostol est une molécule plutôt rare dans les pharmacies locales. Les enquêtes ont révélé que cette rareté est la conséquence logique d'un retrait progressif de ce produit du marché par le laboratoire Pfizer. Il n'apparaît quasiment pas à Soubré et à Méagui comme une solution pour avorter. Y est plutôt fréquent, le recours aux médicaments chinois qui échappent au contrôle des autorités de régulation du marché des produits pharmaceutiques. Le retrait progressif du Misoprostol et l'alerte lancée par le Ministère de la Santé sur son usage détourné créent des opportunités pour un meilleur ancrage des médicaments chinois qui dominent le marché de l'offre des services abortifs.

Quatrième enseignement : quelle que soit la méthode d'avortement choisie, l'offre de services d'avortement se fait dans la discrétion et dans un cercle restreint. La communication autour des méthodes d'avortement dépend de la qualité des relations préexistantes entre les intermédiaires et les prestataires d'une part, les intermédiaires et les femmes en demande, d'autre part. Ce réseau se fonde sur l'expérience vécue des proches et la supposée efficacité des produits abortifs. Dans très peu de cas, la compétence du prestataire fait l'objet de questionnement. Celui-ci est plutôt perçu par les femmes en demande comme l'aide, le sauveur qui apporte une solution au problème que constitue la grossesse. Au moment du passage à l'acte d'avortement, la conscience des risques ou complications potentielles liées à l'acte est presque absente chez les femmes en demande.

Cinquième enseignement : l'informalisation contrainte de la pratique d'avortement constitue

un risque majeur pour la santé des femmes surtout lorsqu'elles doivent faire face à des complications de divers ordres après l'acte.

Sur les modalités de gestions des complications. L'étude a permis de faire deux constats.

Premier constat : l'informalisation de la pratique d'avortement et les perceptions différenciées des complications qui y sont associées déterminent les choix d'itinéraires de gestion. En effet, l'on relève deux circuits de gestion des complications d'avortement. D'une part, les circuits de gestion informelle, et d'autre part, le recours aux structures de santé publique. Dans l'un ou l'autre circuit, les stratégies de gestion des complications d'avortement sont le résultat d'un arbitrage entre perceptions des complications, coût, accessibilité et gain attendu.

Deuxième constat : le recours aux structures hospitalières comme modalité de gestion des complications d'avortement est illustratif d'une ruse des femmes en demande pour « légaliser » la gestion de leur avortement dont le processus de prise en charge a démarré dans l'informel. En effet, bien informées des dispositions qui autorisent les services publics de santé à prendre en charge les complications post-avortements et sur la base de fausses déclarations quant aux circonstances de la survenue de leur état, elles s'orientent vers les établissements publics de santé pour gérer les complications des avortements pratiqués à l'origine dans les circuits informels. Elles rusent ainsi avec l'obligation professionnelle pour les agents des services publics de prendre en charge les cas de complications d'avortement en prodiguant des soins aux femmes dans le but de leur sauver la vie et/ou d'améliorer leur santé.

Sur les perceptions sociales des conséquences des avortements. L'analyse de la perception sociale des conséquences de l'avortement a montré que le recours à l'avortement clandestin est différemment perçu par les femmes avant et après l'acte. Si, au départ, l'avortement est généralement perçu comme une solution radicale

aux « problèmes » que posent une grossesse non désirée, une forme de résilience ultime à un choc, après l'acte, cette perception salvatrice de l'avortement se trouve relativisée pour faire place, chez la plupart des femmes, au regret d'avoir avorté et à un sentiment profond de culpabilité doublée d'une conscience post-abortum des risques liés à un tel choix.

L'étude a également relevé que les femmes ayant connu l'avortement clandestin sortent rarement indemnes psychologiquement de cette expérience. Étant donné l'absence de prise en charge psychologique après l'acte, elles tentent de résilier au choc, soit par la dévotion, soit par le déni de l'expérience vécue. Au-delà de l'aspect psychologique, l'expérience de l'avortement affecte également les liens relationnels : détérioration des liens avec l'entourage ; modification de relations pouvant aller jusqu'à la rupture de la relation amoureuse, et effritement des liens affectifs dans le couple.

Finalement, la conscience du risque dans la phase post-abortum conduit les femmes la plupart du temps à envisager un autre rapport plus rigoureux à la contraception.

Enfin, sur l'analyse des dispositions institutionnelles relatives aux avortements clandestins. Vue de Soubré et de Méagui, la perception de la réglementation sur l'avortement révèle deux sentiments chez les différents acteurs : (i) le déni aussi bien de la réalité que de l'ampleur du phénomène par l'État d'une part, mais aussi (ii) une application plutôt sélective de la loi d'autre part. Cette sélectivité dans l'application de la loi repose sur ce qu'ils considèrent comme étant la pénalisation des conséquences de l'avortement clandestin que de la pratique de l'avortement clandestin lui-même.

Deuxième enseignement : la perception de la pertinence de la réglementation sur l'avortement divise en deux catégories les prestataires de services de santé, avec d'un côté les pro-réglementation (4/14 prestataires) et les réformistes

(10/14 prestataires). Si les premiers perçoivent favorablement la sévérité de la réglementation au motif que son objectif est de protéger la santé des femmes en ne les exposant pas aux risques liés aux avortements clandestins, de l'autre, les réformistes, quant à eux, estiment que la légalisation de la pratique de l'avortement sous certaines conditions permettrait de faciliter l'accès des femmes à des services plus sécurisés, en réduisant de fait le recours à l'informel ainsi que les risques qu'il induit.

Troisième enseignement : l'État de Côte d'Ivoire a ratifié le Protocole de Maputo depuis 2003, mais ne s'est senti nullement obligé jusque-là d'en appliquer certaines dispositions relatives à l'avortement. Un amendement a été apporté à la loi en 2019 par rapport au cas des viols. Mais elle reste toujours aussi rigide sur le principe de permettre aux femmes de décider de l'usage de corps en situation de grossesse non désirée. L'analyse du discours des représentants de l'État chargés des politiques publiques de santé sexuelle et reproductive a montré comment le principe de souveraineté est convoqué pour justifier la non-mise en application du protocole dûment ratifié.

Quatrième enseignement : autour de la question de l'avortement, des dynamiques contradictoires sont observées au sein des acteurs non étatiques, dont certains tentent discrètement d'influencer la réglementation dans un sens comme dans un autre. Si des initiatives éparses en faveur de l'octroi du droit à chaque femme d'avoir accès à des avortements sécurisés, existent, elles restent encore timides. Les autorités religieuses dont le poids politique sur les décisions concernant la santé sexuelle et reproductive est non négligeable, affichent une position moins conservatrice que celle de l'État. Elles élargissent la possibilité d'interruption des grossesses non pas seulement en cas de danger pour la vie de la mère, mais aussi dans les situations de viol et d'inceste.

Sur la base des résultats de l'étude socio-anthropologique relative aux pratiques des avortements clandestins et leurs conséquences sur la

santé des femmes, l'équipe de recherche formule les recommandations suivantes :

À L'ADRESSE DU MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION ET DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

1. Évaluer vers une vision plus claire en matière de politique d'éducation à la santé sexuelle et reproductive. Par rapport à la problématique de l'éducation sexuelle et de la reproduction à l'intersection de la politique de prévention des fléaux du VIH/sida, des IST, des grossesses non désirées et des avortements à risque chez les jeunes, quelques points des conclusions de l'étude (Akindès, 2016) sur les grossesses non désirées en milieu scolaire effectuée par la Chaire pour le compte du ministère de l'Éducation, gardent encore toutes leurs pertinences.

Après analyse du dispositif d'offre publique d'éducation sexuelle et génésique au cycle secondaire de l'enseignement général, l'étude relevait six faiblesses qui limitent la capacité de l'école à répondre à la demande sociale d'éducation sexuelle des jeunes. Ces faiblesses sont :

- a. La qualification et les compétences des enseignants affectés aux enseignements d'EDHC.
- b. Les interférences des valeurs culturelles des formateurs dans les enseignements sur la sexualité.
- c. Une pédagogie pro-abstinence de l'éducation à la santé sexuelle encore trop discret sur les alternatives en matière de protection.
- d. Un décalage entre le niveau de la scolarité auquel sont introduites les informations sur la puberté et sa gestion et l'âge d'entrée en activité sexuelle.
- e. Une pédagogie de l'éducation à la santé sexuelle peu sensible à la problématique du genre et du pouvoir dans les comportements sexuels à risques.
- f. Une absence de politique nationale en matière d'éducation à la santé sexuelle et génésique.

La littérature (Haden, 2009) relative aux expériences nationales de prévention et de gestion des conséquences des grossesses non désirées enseigne que, pour mettre en place des stratégies appropriées de réduction des grossesses non planifiées chez les jeunes et les adolescentes, et espérer réduire les avortements à risque, il est recommandé de tacler directement tous les facteurs qui influencent la trajectoire sociale des jeunes et les conduisent vers le risque de parentalité précoce.

La Mission recommande au ministère de l'Éducation nationale et au ministère de la Santé d'évaluer vers la définition d'une politique publique d'éducation sexuelle en Côte d'Ivoire. Une telle politique devra faire l'objet d'un cadrage de ce qui devra tenir lieu de philosophie de l'offre publique d'éducation à la santé sexuelle et génésique en Côte d'Ivoire. À cet effet, la Mission recommande que des **États généraux de la sexualité des jeunes en milieu scolaire** soient organisés. À partir d'une photographie objective des comportements sexuels des jeunes et des adolescent-e-s, ces États généraux devront se pencher sur le concept de programme d'éducation sexuelle² à envisager. Celui-ci pourrait s'inspirer du cadre de référence élaboré par la région européenne de l'OMS, elle aussi confrontée également à de nombreux problèmes en matière de santé sexuelle (OMS, 2013), en l'adaptant aux réalités sociologiques et culturelles nationales.

² Les programmes d'éducation sexuelle peuvent être rangés dans trois catégories : 1/ les programmes qui se concentrent essentiellement ou exclusivement sur l'abstinence sexuelle avant le mariage. Ils sont connus sous l'appellation « comment dire non » ou « abstinence seulement ». (catégorie 1). 2/ Les programmes qui incluent l'abstinence en tant qu'option, mais qui abordent également les moyens de contraception et les pratiques du « safer sex ». Ils se réfèrent souvent à la notion d'« éducation sexuelle intégrée » (catégorie 2). 3/ Les programmes qui incluent les éléments de la catégorie 2 et les placent dans le contexte plus large du développement personnel et sexuel. Ce sont ces programmes qui sont le plus souvent qualifiés de « programmes d'éducation sexuelle holistique » (catégorie 3). (OMS, 2010 : 14-15).

L'augmentation des IST et du VIH/Sida et depuis peu, le phénomène des grossesses non désirées en milieu scolaire font de la sexualité des jeunes un problème majeur de population. Leur développement récent incite à repenser les façons parcellaires d'adresser ces problèmes et à envisager une alternative aux réponses actuelles plutôt en termes de politique globale d'amélioration de la santé sexuelle. L'objectif visé devra désormais être de donner aux jeunes une éducation sexuelle tournée vers leurs « besoins » réels de connaissances et leurs réalités. Cette approche alternative de la sexualité en milieu scolaire devra se défaire des peurs et des préjugés et permettre aux jeunes « de connaître la sexualité aussi bien en termes de risques que de potentialités, afin qu'ils puissent développer une attitude positive et responsable dans ce domaine » (OMS, 2010 : 5).

Quatre raisons justifient la mise en place d'une telle approche alternative.

La première. Les conséquences auxquelles expose l'approche pudique de la sexualité des jeunes ne peuvent être maîtrisées rien qu'à travers des actions éparées (messages de sensibilisation, distribution de préservatifs, programmes d'éducation à la santé sexuelle sur des bases moralisantes et en déphasage total avec la réalité de leurs pratiques sexuelles) souvent mal coordonnées.

La deuxième. Plusieurs études (Kohler and al. 2008; Mueller and al, 2008) ont montré combien l'éducation sexuelle destinée à fournir aux jeunes les informations et les compétences nécessaires pour prendre des décisions saines et éclairées sur le sexe les protègent mieux contre les risques tels que les grossesses précoces et les avortements à risque.

La troisième. Le droit de l'enfant à l'information reconnu par la Convention onusienne des droits de l'enfant rédigée en 1989 et ratifiée par la grande majorité des États autorise l'évolution vers une telle approche alternative. Rappelons qu'en vertu de l'Article 13 de cette convention, l'enfant a le droit de s'exprimer librement, de chercher,

recevoir et communiquer des informations et idées de toutes sortes. En vertu de l'article 19, les États ont l'obligation de fournir aux enfants les mesures éducatives pour les protéger, notamment contre les abus sexuels.

La quatrième. Le constat de la précocité et de l'hyperactivité sexuelle des jeunes appelle l'urgence d'un tel changement d'approche et contraint à aborder plus frontalement cette problématique de la sexualité des jeunes.

Cependant, le cadrage politique d'une telle approche alternative ne peut être envisagé que dans un cadre concerté. Un tel cadrage politique nécessite une large consultation des partenaires du système éducatif, des jeunes en tant que public cible et de tous les acteurs, bilatéraux et multilatéraux impliqués dans l'offre de ressources et de services divers en matière de santé sexuelle et génésique en milieu scolaire. Ce cadrage appelle une définition claire et pragmatique de ce qui doit tenir lieu de vision du Gouvernement en matière de politique d'éducation à la santé sexuelle et de la reproduction; et ce, en lien avec sa politique de population. C'est cette vision qui devra être traduite en opérations à travers les campagnes de sensibilisation, les conseils et divers services en SSR offerts par les OSC, les activités des clubs de santé et des centres de santé en matière d'accompagnement de la sexualité des jeunes. Une fois définie, une telle politique, pour être efficiente, devra être assortie des ressources financières adéquates pour la mise en œuvre des mesures et des initiatives contenues dans le Plan, lequel doit s'inscrire résolument dans la perspective de réduction, voire d'éradication du phénomène.

En guise d'éclairage d'un tel projet de cadrage et à partir des leçons tirées de l'analyse des causes du développement du phénomène des grossesses non désirées et des avortements clandestins en Côte d'Ivoire ainsi que des réponses qui y sont données, la Mission suggère que trois dimensions soient prises en compte : (i) tout en mettant l'accent sur l'importance de l'abstinence qui est le

choix le plus sûr et en donnant aux jeunes et aux adolescents les raisons et les moyens de ne pas basculer dans une activité sexuelle précoce, les pouvoirs publics devront assumer la proposition de solutions de rechange à l'abstinence pour leur permettre de prendre des décisions éclairées qui respectent leurs propres valeurs. Une telle option doit transparaître à travers les curricula; (ii) il convient également de s'assurer de l'intégration de la problématique du genre et du pouvoir dans les transactions sexuelles dans les curricula, car c'est la difficulté des filles à négocier l'usage de préservatifs, résultat d'un pouvoir asymétrique de décision presque toujours en défaveur des filles, qui conduit à des rapports non protégés et à risques multidimensionnels; (iii) impliquer les jeunes dans l'élaboration des programmes de communication destinés à les rendre plus conscients de leurs droits à l'information sur la santé sexuelle et des risques sexuels est aussi un impératif. Au cœur de ce qui doit tenir lieu de politique nationale de santé sexuelle, la co-construction du concept de sexualité responsable et des pratiques qui doivent la faire advenir devra constituer l'une des bases de discussions avec les jeunes, si l'on voulait en maximiser l'appropriation.

À L'ENDROIT DE L'ONG MÉDECINS DU MONDE.

Nous recommandons :

2. Le partage des conclusions de la présente étude ainsi que celles d'autres études sur les causes et les conséquences du développement de l'avortement clandestin avec les parlementaires, les web activistes, les rappeurs et les slameurs. Cette diffusion de l'information permettra d'élever le niveau collectif de conscience des risques sur les conséquences d'une pénalisation de l'avortement en vue de sortir l'opinion publique de la lecture moralisante du phénomène.

3. La sortie de la logique de face-à-face entre l'Etat et les acteurs non étatiques pour impliquer dans la sensibilisation au changement d'attitude

vis-à-vis de l'avortement, les web activistes, les slameurs afin que l'initiative en faveur du changement soit portée par des acteurs locaux plus sensibles à la problématique.

4. La réalisation de capsules et d'un film documentaire à partir de la présente étude pour servir d'instruments de dialogue social autour de la question.

5. Le développement d'un partenariat avec les centres de recherches et les universités s'avère nécessaire. Ces partenariats permettront de réaliser des études portant sur les points de blocages dans le mouvement qui devra se mettre en place autour de l'idée de faire bouger la position de l'État sur la question des avortements. Ces études faciliteront la prise en compte de ces facteurs de blocage dans les plaidoyers. Le développement de ce partenariat permettra d'accompagner le mouvement de conscientisation en faveur d'une application du Protocole de Maputo, particulièrement en son article 14 C.

À L'ADRESSE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE L'ONG MÉDECINS DU MONDE ET DES AUTRES PARTENAIRES AU DÉVELOPPEMENT.

6. Les efforts en faveur de l'éducation à la santé sexuelle et reproductive ne doivent pas être relâchés. Étant donné que l'informalisation contrainte de la pratique d'avortement constitue un risque majeur pour la santé des femmes, l'éveil de la conscience des risques sur leur santé permettra d'orienter les femmes en demande de services vers des choix de méthodes sur la base de critères plus objectifs.

7. La littérature reste faible en Côte d'Ivoire sur l'évolution rapide des mœurs sexuelles et l'évaluation des besoins d'éducation qu'appelle une telle transformation des pratiques sexuelles. À la lumière de ces mutations, les comportements sexuels doivent être mieux étudiés ainsi que le

rapport des jeunes et des adolescent-e-s aux moyens contraceptifs. Il est important que ces mutations soient mieux cernées afin que les réponses en termes d'éducation sexuelle et de la reproduction soient plus adaptées. La Mission recommande au ministère de la Santé de nouer des partenariats avec les départements de sociologie et d'anthropologie des universités ivoiriennes afin de développer des recherches contextualisées sur la sexualité des jeunes, le tout visant à éclairer les politiques publiques d'éducation sexuelle et reproductive en direction des jeunes.

À L'ADRESSE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Nous recommandons :

8. Une amélioration du dispositif de prise en charge des complications au niveau des structures hospitalières. Ce renforcement du dispositif passe d'une part, par la formation du personnel aux considérations éthiques et morales liées à leur implication dans la prise en charge, et d'autre part, par l'approvisionnement des structures de santé en ressources matérielles pour la prise en charge des complications.

9. Une amélioration de l'accès aux services de Planification Familiale.

INTRODUCTION

1. PRÉSENTATION DE LA CHAIRE UNESCO DE BIOÉTHIQUE DE L'UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA DE BOUAKÉ

La présente recherche a été exécutée par une équipe de la Chaire Unesco de Bioéthique. La Chaire UNESCO de Bioéthique³, sise au sein de l'Université Alassane Ouattara (ex-Université de Bouaké), a été créée le 28 avril 2010. Elle est le fruit d'un accord passé entre l'UNESCO et l'Université.

Elle a pour objectif général de relever les défis éthiques du millénaire. Il s'agit plus spécifiquement pour elle (i) d'adapter les savoir-faire et les comportements aux nouvelles exigences éthiques qu'appellent le développement technique et scientifique, mais aussi les politiques de développement et l'affirmation croissante des Droits de l'Homme; (ii) de développer et renforcer à la fois les compétences en matière d'éthique et de bioéthique pour garantir la qualité des débats publics sur les problèmes éthiques contemporains; (iii) de formaliser les échanges scientifiques entre les experts (enseignants et chercheurs) de l'Afrique de l'Ouest et également entre les enseignants et chercheurs du Nord et du Sud spécialisés dans le domaine de l'éthique et de la bioéthique; (iv) de promouvoir en Afrique les principes et normes de la bioéthique; (v) de faire connaître/diffuser les grandes déclarations de l'UNESCO concernant la bioéthique.

Pour atteindre ces objectifs, la Chaire développe sa stratégie à travers cinq programmes: (a) Éthique de la santé et de l'environnement; (b) Éthique et sécurité humaine; (c) Éthique et services publics; (d) Éthique et gouvernance du développement; (e) Éthique et développement communautaire.

³ www.univ-ao.edu.ci/page/chaire-unesco.php.

⁴ www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion.

⁵ www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion.

Au sein de chaque programme, la Chaire développe des actions de recherche, des formations diplômantes et de renforcement de capacités orientées vers l'éthique des bonnes pratiques et des professions.

La présente recherche sur l'anthropologie des avortements cadre parfaitement avec les missions de recherche-action et de formation de la Chaire Unesco de Bioéthique déclinées à travers ses programmes (b) et (c): Éthique et sécurité humaine, Éthique et services publics (www.chaireunescodebioethique-uao.com).

2. JUSTIFICATION ET CONTEXTE DE L'ÉTUDE

L'avortement non sécurisé est un sérieux problème de santé publique (CLB F. 2013; Grimes DA, Benson J et al, 2015; WHO. 2004). Il est le plus souvent la conséquence de Grossesses Non Désirées (GND) auxquelles sont associés un taux de morbidité et de mortalité élevé. Selon l'OMS, de 2010 à 2014, 25 % des grossesses se sont terminées par un avortement provoqué dans le monde. Environ 25 millions d'avortements à risque sont pratiqués dans le monde chaque année, pour la plupart dans les pays en développement⁴. Selon Guttmacher Institute, les femmes des régions en développement seraient plus susceptibles de faire des avortements provoqués que celles des régions développées (36 pour 1 000 contre 27 pour 1 000). Au cours de la période 2010-2014, le taux d'avortement provoqué pour l'ensemble de l'Afrique serait de 34 pour 1 000 femmes. Les taux sous régionaux varient entre 31 pour 1 000 en Afrique de l'Ouest et 38 pour 1 000 en Afrique du Nord avec, tout au plus, peu de changement depuis 1990-1994⁵.

Il faut entendre par avortement provoqué, une interruption prématurée de la grossesse. L'avortement provoqué à risque se définit par l'OMS comme « une procédure pour mettre un terme à une grossesse non désirée soit par des personnes non qualifiées ou inexpérimentées, soit

dans un environnement non conforme à un minimum de normes médicales ou les deux » (World Health Organisation, 2004). Une récente étude (Gebremedhin et al. 2018) montre que l'avortement à risque n'a pas été significativement réduit en Afrique Subsaharienne et que le taux de mortalité maternelle dû à cette forme d'avortement demeure encore élevé.

Loin de faire disparaître les avortements, les lois restrictives les retranchent dans la clandestinité et obligent les femmes à s'orienter vers des solutions non médicalisées qui aboutissent à une importante morbidité et mortalité. Chaque année, dans le monde, entre 4,7 % et 13,2 % des décès maternels sont imputables à un avortement non médicalisé. Or selon l'OMS, en plus de l'éducation sexuelle, l'utilisation de méthodes contraceptives efficaces, la prise en charge rapide des complications et la fourniture d'avortements sécurisés et légaux pourraient permettre d'éviter les décès et les incapacités liés à l'avortement.

En Côte d'Ivoire, le taux de grossesses non désirées reste encore élevé. Au niveau national, une grossesse sur quatre (26,4 %) n'est pas planifiée (Kpebo, Djoukou, Aké, Tano Sassor, et Aka, 2018). En 2012, selon l'EDSCI-III, 30 % des jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans avaient déjà commencé leur vie féconde dont 23 % étaient déjà mères (Ministère de la santé de Côte d'Ivoire, 2012). Par ailleurs, l'article 366 du code pénal ivoirien de 1981, n'autorise l'avortement que pour une nécessité de sauvegarder la vie de la mère gravement menacée. Compte tenu de son caractère illégal, il existe très peu de chiffres sur l'avortement en Côte d'Ivoire. Cependant, l'avortement clandestin y est une pratique répandue avec une prévalence de 42,5 % (Bénie Bi Vroh et al. 2012). Les complications des avortements, estimées à 55,2 % en 2012, étaient responsables d'environ 15 % des décès maternels en Côte d'Ivoire (EDS/MICS, 2012).

La littérature sur l'avortement en Côte d'Ivoire révèle une forte stigmatisation de sa pratique, malgré l'ampleur du phénomène. Dans un tel contexte, le plaidoyer en faveur du principe de sécurisation

des avortements en Côte d'Ivoire fait face à de nombreux défis dont les normes socioculturelles et religieuses (Kra et Juanola, 2018). Pour mieux renseigner les politiques de santé publique relatives à la santé de la reproduction, une meilleure connaissance des données de contexte s'impose et justifie, entre autres, la présente recherche socio-anthropologique.

3. RAPPEL DES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

La recherche, dont nous présentons ici les résultats, se focalise sur l'avortement clandestin. Elle vise à connaître les logiques, les pratiques et les perceptions qui y sont liées, et que le cadre législatif restrictif engendre.

Plus spécifiquement, il s'agit de :

- Analyser les pratiques d'avortements clandestins, avec un focus sur la pratique de l'avortement médicamenteux
- Identifier les différents acteurs (familles, partenaires, personnels de santé...) impliqués dans les trajectoires d'avortement (processus de décision et pratiques)
- Analyser les itinéraires d'accès aux services d'avortement clandestins
- Analyser les pratiques des professionnels de santé autour des soins post-avortement et les discours professionnels autour de l'avortement
- Analyser les conséquences (sociales et sanitaires) des avortements pour les femmes y ayant recours
- Comprendre l'écart existant entre la réalité des pratiques d'avortements clandestins et le dispositif institutionnel mis en place.

4. CADRE D'ANALYSE DE L'ÉTUDE

L'hypothèse qui a organisé la présente recherche est la suivante : le cadre légal restrictif a favorisé un marché social de l'avortement clandestin sur lequel se rencontrent informellement une demande sociale diversifiée ainsi qu'une offre de services d'avortement tout aussi diversifiée.

4.1. ANALYSE DU MARCHÉ SOCIAL DE L'AVORTEMENT

L'analyse du marché social clandestin de l'avortement prend en compte la structure de la demande d'avortement ainsi que l'offre de service qui y répond.

LA DEMANDE SOCIALE D'AVORTEMENT CLANDESTIN

L'analyse compréhensive de la demande sociale d'avortement porte une attention à la connexion entre les quatre dimensions suivantes: la sexualité, la grossesse, le non-désir d'enfant et de parentalité et enfin le passage à l'acte (avortement).

La première étape vers les grossesses non désirées est l'acte sexuel. L'analyse de la demande sociale commence d'abord par l'identification du profil des femmes en demande d'avortement, de la nature des relations et des pratiques sexuelles qui sont à l'origine des grossesses (2^e étape). En lien avec les conditions de survenue de la grossesse, l'analyse se focalise ensuite sur la construction psychosociologique de la non-désirabilité de la

grossesse et de la parentalité (3^e étape) et enfin sur l'itinéraire de l'avortement, depuis la décision d'avorter jusqu'à l'effectivité de l'avortement. Et ce, en prenant en compte les conseils, le financement de l'acte et les diverses formes sociales d'accompagnement de l'entourage (4^e étape).

Il faut donc entendre par analyse de la demande sociale, la compréhension des liens entre relations/pratiques sexuelles, contexte de grossesse, décision du non-désir d'enfant et de parentalité et les déterminants des choix d'itinéraires de l'avortement.

OFFRE DE SERVICES D'AVORTEMENT

À la demande sociale répond aussi une offre de services clandestins d'avortement. Il faut comprendre par offre de services d'avortement, la diversité des acteurs (prestataires de services, professionnels de la santé ou non), de services (accès aux moyens d'avortement) et des méthodes d'avortement, leurs coûts, ainsi que les intermédiations. Dans l'analyse de l'offre de services d'avortement, une attention particulière a été portée au recours au Misoprostol en termes d'accessibilité

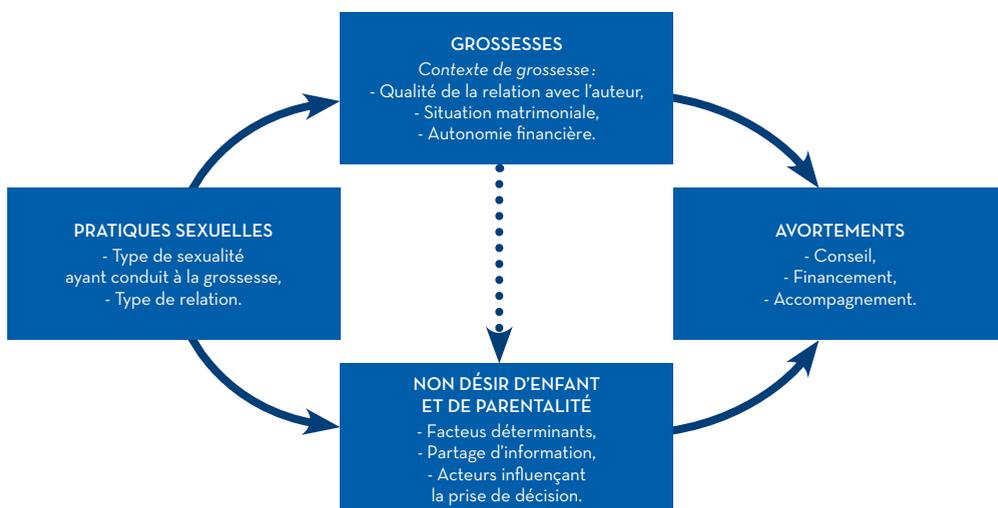


FIGURE 1 Schéma du cadre conceptuel de l'étude.

(coût et disponibilité), et à la perception que les parties prenantes ont de ses utilisations ainsi que la logique qui sous-tend ses usages détournés.

4.2. MODALITÉS DE GESTION DES COMPLICATIONS POST-AVORTEMENTS

Dans cette étude, une analyse des modalités de gestion des complications post-avortement a été faite. Il s'est agi d'identifier les différents choix d'itinéraires de gestions des complications post-avortement et de comprendre les modes de bricolage par lesquels, dans les centres de santé, les acteurs conjuguent l'illégal et le légal dans le procès de gestion des complications.

4.3. PERCEPTION SOCIALE DES CONSÉQUENCES LIÉES AUX AVORTEMENTS CLANDESTINS

Un des objectifs de cette étude est d'analyser les conséquences sociales des avortements pour les femmes y ayant eu recours. L'analyse des conséquences socialement perçues du fait d'avoir pratiqué clandestinement l'avortement a privilégié deux dimensions : (i) l'estime de soi après avortement, (ii) et la relation avec l'environnement social y compris le sentiment de stigmatisation potentielle par l'entourage.

4.4. ANALYSE DU DISPOSITIF INSTITUTIONNEL FACE AUX AVORTEMENTS CLANDESTINS

Dans l'analyse du dispositif institutionnel face aux avortements clandestins, l'étude cherchait en priorité à élucider (i) les écarts entre le cadre légal régissant l'avortement et les pratiques, notamment l'usage du Misoprostol, (ii) les facteurs qui favorisent la persistance de l'avortement malgré son interdiction, (iii) les contradictions dans l'application de la législation révélées par les pratiques de gestion des complications.

Conjuguée avec la compréhension du dispositif institutionnel, l'analyse du marché informel que ces pratiques d'avortement induisent permettra

de comprendre les dynamiques des avortements clandestins malgré l'interdiction de la pratique.

4.5. RÉSULTATS ATTENDUS

En résumé, les résultats attendus de l'étude étaient les suivants :

1. Une analyse de la demande sociale d'avortement est effectuée.
2. La structuration de l'offre de services d'avortements clandestins y compris l'utilisation du Misoprostol est analysée.
3. Les conséquences liées aux avortements clandestins sont connues.
4. Une cartographie des modalités de gestion des complications d'avortement est établie à partir de la typologie des complications et des choix d'itinéraires.
5. Une analyse du dispositif institutionnel face aux avortements avec un focus sur les tensions entre les normes et les pratiques est effectuée.
6. Des recommandations pour renforcer le plaidoyer pour une meilleure internalisation du protocole de Maputo sont formulées.

5. MÉTHODOLOGIE

La présente étude concerne les districts sanitaires de Méagui et Soubré. Le choix de ces deux districts est motivé par le fait qu'ils constituent des zones d'intervention de Médecins du Monde (MdM). Compte tenu du silence qui entoure l'objet à l'étude, l'équipe de recherche s'est appuyée sur la qualité des relations de confiance entre MdM et les personnes-ressources. Médecins du Monde a constitué ainsi un bon relais pour faciliter la pénétration du terrain. Faire la recherche dans un tel contexte a permis à l'équipe de réduire la marge de méfiance des informateurs pour aborder des sujets aussi délicats. L'introduction de l'équipe sur le terrain par MdM aura permis de briser la glace et de faciliter l'abordage en un temps record des considérations intimes qu'appelle une étude sur les avortements clandestins.

5.1. LA COLLECTE DES DONNÉES

Dans le cadre de cette étude, l'analyse du marché social de l'avortement (offre de services et demande sociale) est essentiellement qualitative. Pour la collecte des données, trois catégories d'informateurs ont été ciblées: (i) les femmes ayant eu recours à des avortements et/ou ayant bénéficié de prise en charge des complications post-avortement; (ii) les prestataires formels ou informels des services de santé; (iii) des membres de l'entourage des femmes plus ou moins impliqués dans la gestion de l'avortement et de ses complications. La collecte de données auprès de ces différentes catégories d'informateurs s'est faite à partir de matrice de guides d'entretiens articulés autour d'items différents (annexe 3, page 93). Un tableau récapitulatif des différentes catégories d'informateurs a été élaboré (annexe 5, page 100).

Concernant les femmes ayant pratiqué les avortements clandestins, la méthode de récit d'expérience calquée sur la méthode de récit de vie a permis de recueillir des informations sur leur vécu (sexualité, contexte de survenue de la grossesse, décision d'avorter) ainsi que sur leur trajectoire du processus abortif (partage d'informations, stratégies d'accès à l'offre, choix de la méthode), incluant la gestion des complications, pour celles qui en ont bénéficié. Des guides d'entretiens ont également été administrés aux prestataires des services de santé (médecins, sages-femmes, infirmiers) pour comprendre les pratiques locales d'avortement, ainsi que les modes et logiques de gestion de leurs complications. Ces entretiens avec les prestataires ont aussi permis de capter leurs perceptions sur l'usage détourné du Misoprostol et sur la pertinence du dispositif institutionnel face aux avortements clandestins.

Outre les entretiens avec les prestataires de santé, les femmes ayant avorté et leur entourage, des entretiens semi-directifs ont été menés avec des acteurs institutionnels (AIBEF, SOGOCI, EngenderHealth, PNSME, ARSIP). Ces entretiens étaient focalisés sur leur compréhension et leurs perceptions du dispositif institutionnel, ainsi que

sur leurs interprétations de l'écart entre les engagements pris par la Côte d'Ivoire au niveau international et les modalités de mise en œuvre de ces engagements au niveau national et local.

La matrice de la collecte de données comportait 6 items abordés avec les catégories de personnes-ressources selon l'avantage comparatif de chacun par rapport aux objectifs spécifiques de chaque item:

→ Item 1: Analyse de la demande sociale d'avortement

Objectif visé: À partir du récit d'expérience de vie des femmes, comprendre les liens entre les pratiques sexuelles, les facteurs exogènes et la décision d'avortements clandestins.

Informateurs clés: Femmes ayant pratiqué des avortements, Prestataires de santé, Membres de l'entourage des femmes ayant pratiqué des avortements.

→ Item 2: Analyse de l'offre de service d'avortement

Objectif visé: À partir de l'expérience des prestataires et des femmes, analyser l'offre de services d'avortement à travers les types de services, les acteurs et les itinéraires.

Informateur clés: Femmes ayant pratiqué des avortements, Prestataires de santé, Membres de l'entourage des femmes ayant pratiqué des avortements.

→ Item 3: Perceptions des conséquences sociales de l'avortement

Objectif visé: À partir de l'expérience de vie des femmes, évaluer dans le système de représentations, la perception sociale des conséquences de l'avortement clandestin.

Informateurs clés: Femmes ayant pratiqué des avortements.

→ Item 4: Gestion des complications médicales post-avortement

Objectif visé: Montrer comment l'avortement continue d'être clandestin alors que

la gestion de ses complications se donne des atours légaux.

Informateurs clés: Femmes ayant pratiqué des avortements, Prestataires de santé, Membres de l'entourage des femmes ayant pratiqué des avortements.

→ **Item 5: Connaissances et perceptions sociales de la réglementation**

Objectif visé: Analyser les connaissances locales et les perceptions sociales de la réglementation vis-à-vis des avortements clandestins.

Informateur clés: Femmes ayant pratiqué des avortements, Prestataires de santé, Membres de l'entourage des femmes ayant pratiqué des avortements.

→ **Item 6: Analyse des dispositions institutionnelles face aux avortements clandestins**

Objectif visé: Analyser l'écart entre les engagements internationaux pris par la Côte d'Ivoire et les modalités de leur application aux niveaux national et local.

Informateurs clés: Acteurs institutionnels.

5.2. ETHNOGRAPHIE DE LA MISE À DISPOSITION DU MISOPROSTOL

Au cours de cette étude, une attention particulière a été portée au Misoprostol intervenant comme molécule dans les avortements clandestins. L'ethnographie de l'accès à cette molécule visait à apprécier les interactions qui se structurent autour de la demande de ce médicament. La méthode consistait à simuler en pharmacie la demande de médicaments à base de Misoprostol notamment le Cytotec. L'observation s'est faite au cours de la demande de ce produit auprès de 6 pharmacies à Soubré et 4 pharmacies à Méagui.

Il s'est agi, comme un client tout-venant, de demander ce médicament dans les officines et d'observer les comportements des agents en situation. Cette expérience a été faite dès les premiers jours de notre arrivée à Soubré, avant même

les civilités avec les Directeurs Départementaux de la santé et les autres acteurs.

5.3. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES, CONSENTEMENT DES PARTICIPANTS ET ASSURANCE DE LA FIABILITÉ DES DONNÉES

Les objectifs et la méthodologie de cette étude ont été validés par le Comité national de l'éthique et de la recherche. Le sujet traité (avortement clandestin) touchant à l'intimité et à la sexualité des personnes à interroger, nous avons pris le soin de faire signer un formulaire de consentement à chaque enquêté (annexe 2, page 91). Pour les enquêtés âgés de moins de 18 ans, nous avons également enregistré le consentement oral à participer aux entretiens. Le formulaire de consentement fut précédé d'une notice d'information (annexe 1, page 90).

Proposé à signature avant l'administration du guide d'entretien, ce formulaire certifie que l'enquêté a parfaitement compris la nature, les objectifs et le déroulement de l'étude ainsi que le contenu même du formulaire et de la note d'information jointe qui lui ont été présentés et commentés. Il atteste également que:

- l'enquêté a eu la possibilité de poser toutes les questions qu'il souhaitait et a obtenu des réponses satisfaisantes pour chacune d'entre elles;
- qu'il a eu la possibilité de faire appel à une tierce personne pour éclaircir l'ensemble des interrogations soulevées par sa participation à cette étude;
- qu'il a compris les conditions de sa participation, en particulier:
 - qu'il avait la possibilité de ne pas participer à cette étude et que malgré son accord à participer;
 - qu'il avait le droit de refuser de répondre à certaines des questions qui lui ont été posées lors des entretiens sans avoir à fournir de justification.
- qu'il a pris conscience de la possibilité qui lui était réservée d'interrompre à tout moment sa participation à cette étude sans avoir à justifier

sa décision, ni à en subir un quelconque préjudice.

Une fois l'accord de l'informateur obtenu, l'enquêteur a lu ou a fait lire le formulaire de consentement/assentiment verbal et demandé une fois encore si le participant acceptait de prendre part à l'étude.

Dès que l'informateur a pris connaissance ou relu le formulaire de consentement ou d'assentiment (annexe 2, page 91), il/elle l'a signé et daté en deux exemplaires. Il en a remis une copie à l'enquêteur et en a gardé une. Pour les informatrices analphabètes et les femmes de moins de 18 ans dont la confidentialité sur les informations fournies doit respecter le principe de non-malfaisance, l'accord a été matérialisé par un enregistrement audio.

Dans le cadre de la présente recherche, les stratégies d'assurance de la fiabilité des données garantissant la qualité de l'étude étaient les suivantes :

- Une garantie de confidentialité des réponses aux informateurs. À cet effet, les entretiens ont été anonymisés et les noms des interviewés ont été changés pour préserver la confidentialité.
- L'établissement d'un lien de confiance avec les informateurs.
- La création d'une atmosphère conviviale lors de la collecte pour en faciliter le processus.

5.4. ÉCHANTILLONNAGE ET STRATÉGIES D'IDENTIFICATION DES INFORMATEURS

Étant donné le caractère intime de l'objet en discussion et le silence qui entoure l'avortement considéré comme étant illégal, l'étude a été marquée par un difficile accès aux informateurs. Conscients de cette difficulté, les bénéficiaires des soins post-avortements et les prestataires au sein des services de santé ont constitué pour nous la porte d'entrée pour l'identification des autres catégories d'informateurs.

Après les premiers entretiens avec les bénéficiaires de soins post-avortements, la technique de boule de neige était prévue pour le recrutement des femmes ayant pratiqué les avortements. Cependant, au cours de la collecte, la mission a essuyé le refus des femmes interviewées d'aider à l'identification d'autres femmes ayant fait l'expérience de l'avortement. Les arguments évoqués pour justifier cette attitude étaient le souci de ne pas « trahir » la confiance de leurs proches qui ont partagé avec elles leurs itinéraires et leurs pratiques de l'avortement.

La stratégie a été de recourir aux travailleurs sociaux pour faciliter l'accès à certains informateurs notamment les femmes ayant pratiqué les avortements et certains membres de l'entourage ou des circuits informels de l'avortement (avorteuses traditionnelles, vendeurs de médicaments chinois).

Au total, 82 interviews ont été réalisées. Cet échantillon est réparti de la façon suivante :

- Femmes ayant eu recours à un avortement (35);
- Femmes ayant bénéficié de soins post avortement dans les structures sanitaires (12);
- Prestataires de santé investis dans la prise en charge des complications post-avortements (14);
- Autres acteurs, membres de l'entourage des femmes et ayant un niveau d'influence et de pratique dans la trajectoire des femmes (avorteuses traditionnelles, auteur de la grossesse, ami, médecins, infirmiers, vendeurs de médicaments...) (16);
- Acteurs institutionnels à Abidjan (5).

5.5. CALENDRIER DE LA MISSION

La mission s'est déroulée suivant le calendrier présenté en annexe 4 (page 99).

5.6. PRÉSENTATION DU PLAN DE RESTITUTION DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Le présent rapport sur les pratiques d'avortements et leurs conséquences sur la santé des

femmes à Soubré et à Méagui est subdivisé en sept parties :

- La première section (introduction) présente le contexte de l'étude, rappelle les objectifs de l'étude, la méthodologie de l'étude, les difficultés, les limites et la dimension éthique de l'étude.
- La deuxième section analyse les données de contexte, l'ampleur et les spécificités régionales de la pratique des avortements clandestins.
- La troisième partie analyse la demande sociale d'avortement clandestin à travers les 4 étapes du processus : la sexualité, le contexte de survenue de la grossesse, le non-désir d'enfant et de parentalité, et finalement le passage à l'acte (avortement).
- La quatrième section fait une analyse de l'offre de services d'avortement clandestin via les acteurs impliqués, les services, les coûts et les intermédiations. Dans cette analyse de l'offre de services d'avortement, une attention particulière a été portée au recours au Misoprostol en termes d'accessibilité (coût et disponibilité), et à la perception que les parties prenantes ont de ses utilisations ainsi que la logique qui sous-tend ses usages détournés.
- La cinquième partie analyse les modalités de gestion des complications post-avortement ainsi que les choix d'itinéraires.
- La sixième section de ce rapport se focalise sur la perception des conséquences sociales des avortements clandestins.
- La septième section analyse le dispositif institutionnel face aux avortements clandestins à travers une mise en évidence des écarts entre le cadre légal régissant l'avortement et les pratiques, notamment l'usage du Misoprostol, les facteurs qui favorisent la persistance de l'avortement malgré son interdiction en Côte d'Ivoire.
- La conclusion synthétise les principaux enseignements tirés de cette étude et regroupe les recommandations en les inscrivant dans les stratégies envisagées pour le renforcement du plaidoyer.

**DONNÉES DE CONTEXTE,
AMPLEUR ET SPÉCIFICITÉS LOCALES
DE LA PRATIQUE DES AVORTEMENTS
À SOUBRÉ ET À MÉAGUI**

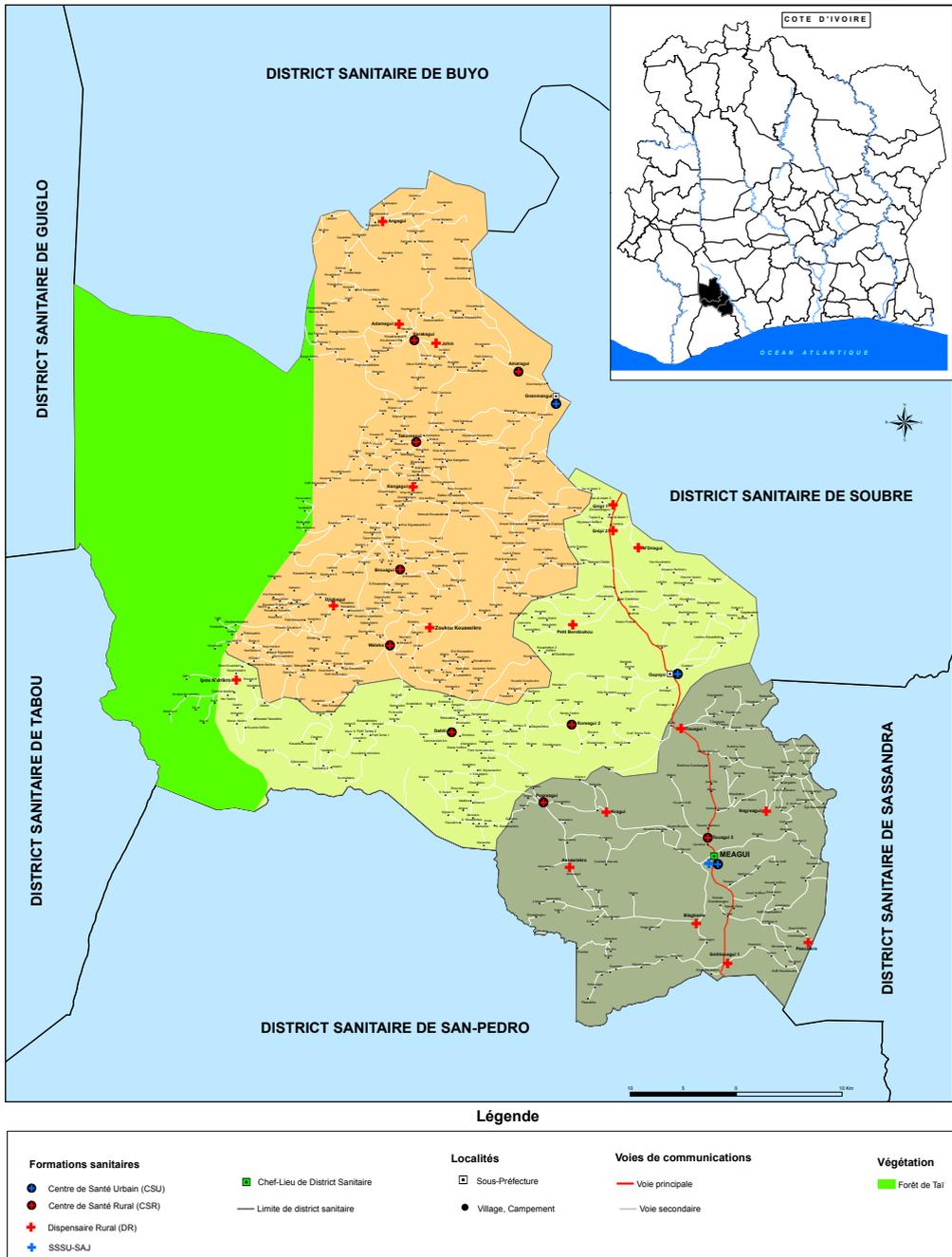


FIGURE 2 Carte du District sanitaire de Méagui (source: Direction départementale de la santé de Méagui).

La recherche socio-anthropologique sur les pratiques des avortements et leurs conséquences sur la santé des femmes en Côte d'Ivoire s'est effectuée dans les districts sanitaires de Soubré et de Méagui.

1. MÉAGUI : UNE PROLIFÉRATION D'OFFRE CLANDESTINE DE SERVICES DE SANTÉ

Méagui, commune située dans la région de la Nawa, a pour chef-lieu de région Soubré. C'est une ville située dans le sud-ouest de la Côte d'Ivoire sur l'axe San-Pedro-Soubré, à 71 kilomètres de San-Pedro et à 51 kilomètres de Soubré. Elle a été érigée en département en septembre 2012. Le peuple autochtone de Méagui est d'ethnie Bakoué. Il appartient au grand groupe Krou. Cependant, plusieurs populations allochtones et étrangères se sont massivement installées à Méagui, attirées par le couvert forestier plutôt favorable aux activités agricoles et commerciales.

Quant au District sanitaire de Méagui, il a été créé en 2018 et couvre environ 2 500 kilomètres carrés. Il compte une population d'environ 320 975⁶ habitants répartis sur **3 sous-préfectures, 68 villages et 2 415 campements**. Pour satisfaire les besoins de santé des populations, le district dispose seulement de **31** structures publiques de santé dont :

- 3 centres de santé urbains
- 9 centres de santé ruraux
- 18 dispensaires ruraux
- 1 service de santé des adolescents et jeunes (SSSU-SAJ) offrant des services de Planification Familiale et de prévention des IST.

Cette insuffisance de l'offre de soins constitue une opportunité d'installation et de développement pour des structures et mécanismes alternatifs, en réponse à la demande de soins de santé des populations à laquelle les services publics de santé n'arrivent plus à répondre. Ce

est le plus souvent des ONG et des infirmeries privées sans existence légale qui ont proliféré dans la localité. À la base, ces ONG locales et autres acteurs communautaires venaient en appui aux structures étatiques pendant les campagnes de sensibilisations relatives en grande partie au Programme Elargi de Vaccination (PEV) et aux activités communautaires de lutte contre le VIH-Sida. Profitant de ce que les structures étatiques éprouvaient des difficultés à couvrir la totalité de l'aire du district, ces ONG se sont socialement légitimées par le partenariat informel avec les structures sanitaires au cours des campagnes conjointement effectuées, ont progressivement grignoté une part des prérogatives en matière d'offre de services de santé (soins, vente de médicaments, petite chirurgie, etc.) et les ont transformées en opportunité d'établissement. Certaines s'installent dans les villages où il n'existe pas de dispensaire rural, construisent des 'cases de santé' et prestent leurs services sanitaires aux populations. En marge de ce partage de prérogatives avec les structures sanitaires étatiques, en plus d'être proche des usagers, ces ONG créent un autre avantage concurrentiel : les prestations sont à moindre coût comparées aux tarifs pratiqués dans les services publics. Elles performant en octroyant des cartes d'assurance aux communautés moyennant un certain montant, donnant droit à des prestations à coût réduit alors que la couverture maladie universelle (CMU) envisagée par l'État est encore dans sa phase expérimentale.

La prolifération d'ONG et infirmeries privées informelles dans la zone pose par ailleurs le problème de la certification et de la qualification des prestataires qui y dispensent les soins. De plus, le système se reproduit sur ses propres bases. Comment ? La plupart des ONG et infirmeries privées sont tenues par des aides-soignants qui, le plus souvent, disposent en tout et pour tout d'une attestation de travail. Ces documents légitiment à leurs yeux l'établissement de leurs officines. En termes de qualification, la formation des apprenants se fait au sein des structures dans lesquelles ils servent. Cette formation est envisagée dans la perspective d'une transmission du savoir de

6 RGPH 2014.



FIGURE 3 District sanitaire de Soubré (source : Direction départementale de la santé de Soubré).

l'agent communautaire ou de l'aide-soignant responsable de la structure à la nouvelle recrue. Ainsi, un tel apprentissage fait sur le tas, se veut pratique, sans le moindre détour par le système officiel de formation à l'action sanitaire. L'apprenant, quant à lui se doit d'observer et de répéter les gestes et prescriptions de son maître-formateur. Après un temps qui sera défini comme nécessaire pour sa formation, il pourra, avec les compétences acquises, ouvrir son cabinet soit dans la localité où ailleurs. Abou, agent de santé communautaire et responsable d'ONG locale à Méagui décrit ainsi le cursus de formation pour ouvrir une clinique privée au niveau local:

« Dans ce grand Méagui il y a que deux cliniques si on veut voir qui ont une autorisation. Tous les autres, chacun est venu s'installer comme ça, (...) Sinon les gens ils s'en vont se faire former et quand ils viennent, tu entends quelque part, quelqu'un a pris un bâtiment, il est dedans, il commence à exercer. Y'a des formations qui sont reçues particulièrement dans les cliniques déjà installées soit pas les médecins ou les infirmiers diplômés d'État à la retraite qui ont créé des cliniques et puis, ils donnent des formations. »

Cependant, quelques membres du personnel du système sanitaire parallèle, soit pour se perfectionner, soit pour renforcer leur légitimité auprès des populations, négocient informellement des formations de renforcement de capacité auprès de structures locales agréées. Il n'est pas rare de voir ce personnel, afficher dans leurs salles de consultation, des diplômes et attestations de participation à des séminaires. En dépit de leur faible qualification, ces prestataires, implantés dans la localité, sont désormais perçus par les populations comme étant un recours de proximité

efficace en matière de facilitation d'un accès géographiquement et économiquement avantageux aux soins de santé. Abou, cité précédemment traduit les représentations des populations de ces acteurs locaux de la santé en ces termes :

« ... Tu t'entêtes à essayer d'aider, si ça se passe bien, tu es le meilleur docteur de la personne, ce n'est pas ça ? Ils vont t'appeler docteur, mais c'est toi qui sais que tu n'es pas docteur ...ça vous a fait rire un peu, parce que c'est comme ça même que les gens m'appellent. Parce qu'eux, ils ne connaissent pas la différence... »

2. SOUBRÉ : FORTE PRÉSENCE DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE CHINOISE

Soubré, chef-lieu de la région de la Nawa comme précisé dans les lignes précédentes, est située au sud-ouest du pays, à 400 km d'Abidjan. Elle a une population de 464 554 habitants⁷. Elle est une circonscription administrative riche en potentialités agricoles et forestières faisant de la région l'un des pôles économiques les plus importants de la Côte d'Ivoire. Le peuplement du département de Soubré est diversifié, démontrant qu'il est aussi un pôle d'immigration important. Sa population est composée de Bakoué, de Bété, et de Kouzié, les trois groupes ethniques autochtones auxquels il faut ajouter des allochtones Akan (Baoulé, Agni, Abron Abey, Attié, Ebrié), Voltaïque (Sénoufo, Tabgbana, Lobi, Koulango, Djimini, Nafana), et Mandé (Malinké, Yacouba, Toura, Gouro). Le département de Soubré, à l'instar de Méagui, regroupe de nombreuses communautés non ivoiriennes attirées par la rente forestière, en provenance majoritairement du Burkina Faso. Outre la communauté Burkinabè, le département de Soubré regroupe plusieurs autres communautés issues des pays suivants: Niger, Ghana, Nigéria, Togo, Sénégal, Bénin, Liban, etc.

Si à Soubré et Méagui les infrastructures publiques de santé sont insuffisantes, l'on y relève aussi une très faible densité de personnels médicaux⁸. Selon, l'OMS, la norme de l'indicateur de

⁷ RGPH, 2014.

⁸ Selon l'OMS, l'indicateur « densité de professionnel médicaux » renseigne sur la disponibilité en ressource humaines pour le système de santé et prend en compte les principaux professionnels de soins de santé notamment les médecins et autres cliniciens, les infirmiers et les sages-femmes. Voir www.sante.gouv.ci/assets/fichiers/RHS.pdf.

densité de personnels médicaux est de 23 pour 10 000 habitants. En Côte d'Ivoire en 2016, il n'y avait que 5 professionnels de santé pour 10 000 habitants. Déjà loin de la norme recommandée par l'OMS, cette situation révèle également de grande disparité régionale, avec 50 % des régions qui sont au-dessus de la valeur nationale. Selon le Ministère ivoirien de la santé, si aucune région sanitaire n'a atteint la norme recommandée, la région du Gboklé-Nawa-San-Pedro qui inclut Soubré et Méagui, quant à elle, présente la plus faible densité de personnels médicaux en Côte d'Ivoire : **3,069** %⁹.

Au plan sanitaire, le district de Soubré couvre **60** établissements sanitaires publics et privés répartis de la façon suivante :

- 1 hôpital général
- 5 centres de santé urbains
- 13 centres de santé ruraux
- 26 dispensaires ruraux
- 1 service de santé des adolescents et jeunes offrant des services de Planification Familiale et de prévention des IST.
- 15 établissements de santé privés (dispensaires catholiques, hôpitaux privés, cliniques...)

Outre les structures de santé publiques et les 06 pharmacies, le marché du médicament à Soubré se caractérise par une forte présence de médicaments d'origine chinoise appelés localement « médicaments chinois » et des plantes médicinales. On dénombre seulement dans la ville de Soubré 24 magasins de vente de médicaments chinois appelés communément « clinique chinoise ». Dans la nomenclature des prestataires des services de santé, les vendeurs de médicaments chinois sont sous-classés dans le registre de la médecine traditionnelle. Par conséquent, les produits sont disponibles et accessibles sans ordonnance médicale. Au travers des campagnes de vente, ces vendeurs proposent leurs médicaments aux populations aussi bien dans les villages que dans les campements.

Pour disposer d'un point de vente de médicaments chinois, il n'existe aucune restriction.

L'ouverture d'un point de vente ou d'une clinique chinoise se fait moyennant la somme de 60 000 F CFA auprès du syndicat des vendeurs de médicaments traditionnels. Le paiement d'une telle somme permet au vendeur d'être répertorié ainsi que sa structure. Le même paiement sous-entend également une autorisation à disposer d'un magasin/clinique pour les consultations, la vente et même de faire du counseling, particulièrement pour ce qui concerne le recours aux comprimés abortifs.

Lambert, 34 ans, vendeur de médicaments à Soubré :

«... Euh vous voulez vendre médicament là aussi ? Bon on a notre syndicat qui est là ici. Comme ça, on t'indique chez lui voilà on a un papier, voilà c'est lui qui fait papier la pour nous, voilà on appelle ça ANADAMCI.

«... Ça veut dire organisation des vendeurs de... j'ai oublié un peu le truc faut m'excuser. « Tu vas le voir, lui il va te faire ça d'abord avant que voilà maintenant on fait ça à 60 000 francs. Maintenant, quand tu as ça, où tu veux t'installer, bon en tout cas ils aiment quand tu es installé en ville là, quand tu es dans un coin, quand on dit telle personne on sait qui il est... Tu peux faire, mais il faut très souvent rester en place voilà si tu es installé comme ça y'a pas de problème... Voilà, là on peut facilement te retrouver. Voilà on fait une formation bon dans l'année souvent on fait 2 fois... Voilà c'est le président, c'est lui qui fait, c'est lui qui donne les cours.

« Voilà si tu vois que tu n'as pas encore fait les cours, il ne veut pas te donner le papier parce que tu ne connais pas les médicaments voilà tu dois faire petite formation, il te dit bon ça la ça soigne tant voilà son nom et puis en fonction de ça maintenant il te délivre les papiers, OK d'accord. Voilà c'est le papier il te donne là hein non, non, on ne demande pas niveau d'études. »

CONCLUSION PARTIELLE

L'analyse des données de contexte renseigne un aspect essentiel pour comprendre le marché informel de l'avortement clandestin à Méagui et à Soubré. Outre l'insuffisance d'infrastructures publiques de santé, l'offre de soins à Soubré et Méagui se caractérise également par une très faible densité des ressources humaines en santé.

Si à Méagui, l'insuffisance de l'offre de soins a pu constituer une opportunité d'installation et de développement pour des structures et mécanismes d'offre de soins alternatifs, mais informels, à Soubré, la forte présence de médicaments d'origine chinoise appelés localement « médicaments chinois » et des plantes médicinales notamment abortives ont contribué à structurer une trame d'offre de service d'avortement clandestin particulièrement remarquable, et facilitant l'accès aux services d'avortement pour les femmes en demande.

ANALYSE DE LA DEMANDE SOCIALE D'AVORTEMENT

Les données collectées ont permis de mieux connaître le profil des femmes en demande de services d'avortement, le contexte de survenue de la grossesse et le processus de construction de la décision d'avorter.

1. PROFIL DES FEMMES EN DEMANDE DE SERVICES D'AVORTEMENT

Dans le cadre de cette étude socio-anthropologique sur les pratiques d'avortements 47 femmes ayant eu recours à au moins un avortement ont été interviewées. L'âge de ces femmes varie entre 15 et 39 ans avec plus de présence des femmes de moins de 25 ans (87,23 %) soit 41 cas sur 47. Les cas de femmes de 25 à 39 ans représentent 6 cas

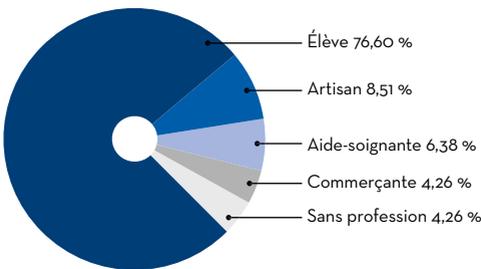


FIGURE 4 Répartition des femmes ayant avorté selon leur profession (source : CUB, 2019).

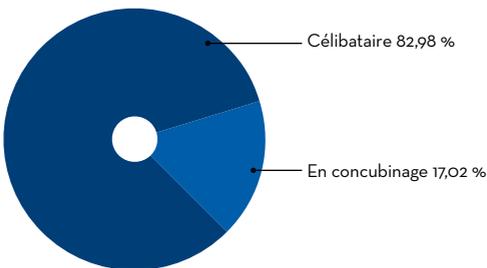


FIGURE 5 Répartition des femmes ayant avorté selon leur situation matrimoniale (source : CUB, 2019).

sur 47 soit 12,77 %. Cette surreprésentation des jeunes de moins de 25 ans s'explique par deux facteurs :

- L'étude a été réalisée dans les villes de Méagui et Soubré, zones d'intervention de Médecins du Monde.
- Les femmes ont été sélectionnées avec l'appui des partenaires de Médecins du Monde, notamment les centres sociaux et les Services de Santé Scolaires et Universitaires (SSU-SAJ).

Pour chaque femme, l'étude a concerné toutes les interruptions volontaires de grossesses effectuées, avec un accent particulier sur la dernière interruption. Dans le récit d'expérience des femmes, la période 2016-2019 constitue l'intervalle de temps privilégié, soit les 3 dernières années.

1.1. 76 % DES FEMMES AYANT PRATIQUÉ UN AVORTEMENT SONT DES ÉLÈVES

Dans notre échantillon, la plupart des femmes ayant pratiqué l'avortement sont des **élèves** (76 %). Les autres exercent un métier (apprentis coiffeuses, petites commerçantes, aides-soignantes...) qui ne leur permet pas de subvenir correctement à leurs besoins (figure 4).

1.2. PLUS DE 82 % SONT CÉLIBATAIRES

À la lecture du graphique (figure 5), il ressort que 82,98 % des femmes ayant pratiqué les avortements sont célibataires, et 17,02 % vivent en concubinage.

1.3. 64 % ONT EFFECTUÉ LEUR AVORTEMENT AVANT L'ÂGE DE 20 ANS

La demande d'avortement est fortement liée à l'âge (figure 6). Elle concerne en général souvent

¹⁰ Appellation locale des cybercriminels. Ces cybercriminels en raison des nombreuses poursuites judiciaires dont ils font l'objet dans la capitale (Abidjan) se sont réfugiés dans les zones de Soubré et Méagui. Ils se caractérisent par la pratique d'une sexualité débridée et la possession de fortes sommes d'argent susceptibles de constituer un appât pour les jeunes femmes.

des adolescentes. Pour Jules, prestataire de santé à Soubré, ce sont en majorité des :

« Adolescentes, sinon la tranche d'âge quatorze, vingt ans, (...) des élèves, des couturières, des coiffeuses, le plus fréquent ce sont les écolières ».

Ces adolescentes âgées de 14 à 20 ans sont très souvent confrontées à des grossesses qui surviennent dans des conditions particulières. Pour beaucoup de ces cadettes sociales, la sexualité se présente comme une découverte qui marque l'appartenance au monde des adultes. Cette sexualité est également vécue à la fois comme un jeu, mais aussi comme un billet d'insertion sociale dans les cercles d'amies où l'absence d'expériences à partager avec ses pairs est socialement perçue comme un signe d'enfance prolongée. Cette frange de la population vit la sexualité dans l'insouciance du lendemain et dans un rapport de difficile négociation avec le partenaire de sexe masculin quant au port du préservatif. Leur rapport à la sexualité démontre qu'elles n'ont aucune maîtrise de la transformation de leur corps et des risques sexuels qui y sont liés. Les grossesses

non désirées sont les conséquences de facteurs psycho-sociologiques.

La survenance d'une grossesse devient alors un problème qu'il faut résoudre par tous les moyens.

Ces résultats confirment la thèse de la sexualité précoce soulignée par d'autres études (Boni Serges, 2004). D'autant que les premières relations sexuelles débouchent sur une grossesse.

1.4. 38,6 % DES AUTEURS DE CES GROSSESSES SONT DES ÉLÈVES

Les partenaires principaux de cette sexualité précoce sont le plus souvent **les élèves**, mais aussi les agriculteurs, les petits commerçants et les jeunes « brouteurs »¹⁰ qui utilisent l'appât du gain pour négocier des rapports sexuels non protégés. Ces données se recourent avec celles relatives à l'identité des auteurs de grossesses non désirées telles qu'analysées dans l'étude sur les grossesses en milieu scolaire (Akindès, 2016). Au plan socioprofessionnel, les auteurs des grossesses des jeunes filles encore scolarisées se retrouvent par ordre d'importance parmi les élèves,

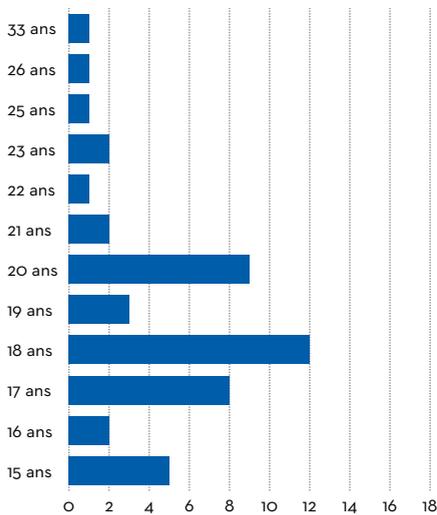


FIGURE 6 Âge au moment de l'avortement (en nombre de cas correspondants).

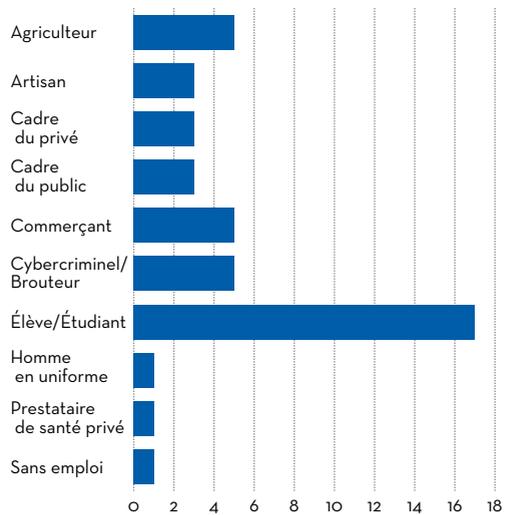


FIGURE 7 Répartition des enquêtes selon la profession de l'auteur (en nombre de cas correspondants).

les hommes de petits métiers et les agriculteurs avec une variation dans ces positions ordinales, d'une ville à une autre.

2. DES GROSSESSES SURVENUES EN CONTEXTE DE GRANDE VULNÉRABILITÉ

La plupart du temps, les femmes tombent enceintes dans des contextes de **grande vulnérabilité**. Ces formes de vulnérabilité peuvent se résumer en trois catégories : une situation de **dépendance** liée à leur **statut** socio-économique, à la **non-maîtrise de leur corps et de la sexualité**, et à l'**usage aléatoire du préservatif et des méthodes contraceptives**.

2.1. STATUT SOCIOÉCONOMIQUE PRÉCAIRE ET UNE DÉPENDANCE VIS-À-VIS DES PARENTS

Dans les deux districts sanitaires de l'étude (Soubré et Méagui), la majorité des jeunes filles scolarisées et/ou en apprentissage d'un métier vivent en dehors du cadre familial. Elles louent des maisons seules et ont, dans certains cas, la responsabilité de la gestion de leurs frères et sœurs cadets. Les parents vivant au campement ne les approvisionnent pas régulièrement en ressources financières. Devant la rareté des ressources et la nécessité de survivre, ces filles se trouvent obligées de se livrer sur un marché sexuel moyennant des vivres et des ressources pécuniaires. La désarticulation entre les besoins socioéconomiques et financiers des filles et l'incapacité des parents à pourvoir à ces besoins favorisent chez celles-ci une recherche d'alternative dans laquelle le sexe apparaît comme valeur-atout d'échange pour elles.

Le rapport sur les grossesses précoces en milieu scolaire avait largement mis l'accent sur la contribution des facteurs socioéconomiques à la prise de risques sexuels qui débouchent parfois sur des grossesses non planifiées. Elles montraient comment la sexualité des filles est sujette aux inégalités de pouvoir de décision au cours des relations sexuelles, le plus souvent en défaveur

des filles. Cette étude vient en confirmation de ce qu'avaient déjà observé d'autres études en Côte d'Ivoire. Talnan et al (2004) avaient déjà établi une relation significative entre les conditions de vie des filles et leurs attitudes envers le condom lors de leurs relations sexuelles. Ils ont montré que celles qui vivent dans des conditions socio économiques défavorables à leur plein épanouissement sont proportionnellement plus nombreuses à ne pas utiliser le condom lors des relations sexuelles. Les jeunes femmes se trouvent fragilisées lorsque le partenaire marque une préférence pour les rapports sexuels non protégés.

Toujours en raison de conditions socioéconomiques précaires, quelques unes (2 cas) ont fait l'expérience d'abus sexuel ou de pressions économiques à visée sexuelle de la part de leur « tuteur » et/ou leur « patron » :

Éliane, 39 ans, pâtissière à Méagui a contracté sa grossesse à l'issue de relations sexuelles non consenties avec son tuteur pendant sa période de scolarisation : *« Bon, c'était lui qui m'abordait (...) voilà il m'a forcé. En fait, je vivais chez lui en tant qu'élève et c'est dans ça qu'il a abusé de moi ».*

Dans ce contexte d'échanges de pratiques sexuelles contre des moyens de survie, les grossesses ne sont pas planifiées et constituent désormais un « problème » surtout en situation d'interdiction de pratique de l'avortement volontaire.

2.2. USAGE ALÉATOIRE DES MOYENS DE CONTRACEPTION ET DU PRÉSERVATIF

Plus les femmes débutent l'activité sexuelle tôt, moins elles utilisent les préservatifs et les méthodes contraceptives. Par conséquent, cela les expose davantage à la survenue de grossesses non désirées.

La précocité des relations sexuelles se double d'une tendance à mésuser des méthodes contraceptives (34/47 cas), soit par méconnaissance de ces moyens chez les jeunes femmes (35/47

cas) ou par refus d'usage du préservatif d'un des partenaires (23/47 cas), souvent les jeunes garçons. Ce qui confirme la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes relevée par l'étude MdM (Médecin du Monde, GO-Mogo, PAC&CI, 2017: 25) et explique «l'efficacité mitigée» des préservatifs et des contraceptifs dont parle la même étude (Médecin du Monde, GO-Mogo, PAC&CI, 2017: 37), malgré l'effort de communication sur les méthodes contraceptives et la disponibilité des services de santé sexuelle pour les adolescents et jeunes (SSSU-SAJ) à Soubré et Méagui. En dépit de toutes ces actions menées dans les districts sanitaires de Soubré et de Méagui, et du taux de prévalence contraceptive qui semble s'améliorer¹¹, le nombre de grossesses non désirées continue paradoxalement de croître¹².

De ce fait, la sexualité des jeunes qui conduit le plus souvent aux grossesses non désirées est, la plupart du temps, non protégée. Aussi, l'incapacité des jeunes à négocier la protection dans le virage à risque du passage à l'acte sexuel, le plus souvent au cours de rapports inattendus, est-elle l'un des facteurs importants dans la survenue des grossesses non désirées. Tina, une élève de 21 ans, le jour du rapport sexuel, n'a pas été en mesure de négocier le port du préservatif avec son partenaire. Les relations sexuelles ont donc eu lieu dans la pleine conscience des risques de tomber enceinte:

«... Je ne prenais rien, je comptais, comme on nous a appris à l'école comment on compte, donc c'est sur ça je regarde...

maintenant le jour on a pris grossesse là, lui-même il savait très bien que grossesse peut venir de là.

«... Lui-même il savait très bien que j'étais dans une mauvaise... donc quand je suis arrivée je lui ai dit ha aujourd'hui là, que je suis en danger donc faut même pas tu vas me provoquer...

«Faut pas faire, il dit non, que ahi! si on finit, je vais te donner truc or, les trucs ah, comment on appelle ça... déparasitant...là comme ça, ça va rien faire.

«C'est ça je lui ai dit humm si tu fais, je vais

rien prendre, je vais laisser pour voir si je suis femme.

«... Et j'ai laissé, j'ai vu que vraiment que je suis femme [rire] maintenant c'est devenu problème...»

Ce constat est à mettre également en relation avec les résultats de l'étude de Doyle (2012) qui soulignait qu'en Côte d'Ivoire, le comportement sexuel de beaucoup d'adolescent-e-s de 15 à 19 ans est à risque aussi bien par rapport aux grossesses non désirées que pour le VIH/IST en raison de la tendance non seulement à la multiplication des partenaires, mais aussi à l'utilisation insuffisante du préservatif ou d'autres contraceptifs. Le cas plus récent des «tontines sexuelles¹³» qui, au cours de l'année 2019, s'est révélé dans les lycées et collèges d'Abidjan et dans certaines villes de l'intérieur, rappelle la rapidité de l'évolution des mœurs sexuels chez les jeunes ainsi que la banalisation des risques liés à une sexualité libérée et sans souci de protection. La sexualité du défi et la quête jusqu'au-boutiste du plaisir, laquelle justifie chez certains jeunes, filles et garçons, la prise de distance avec les préservatifs, pourtant premier recours lors des premiers rapports (Médecin du Monde, GOMogo, PACCI, 2017), mais vite abandonnés, pour les raisons qui précèdent. Abandon qui les expose à la prolifération des maladies sexuellement transmissibles, mais aussi aux grossesses non désirées qui débouchent le plus souvent sur des avortements. Les déterminants de cette mutation dans la sexualité juvénile méritent d'être mieux compris si l'on veut adresser les risques qui y sont liés. Car pour les jeunes en Côte d'Ivoire, dans le procès de construction

¹¹ Selon l'étude Esso (2019: 11), «le taux de prévalence contraceptive est de 29,7 % (30,7 %) pour les filles) contre 27,8 % en 2018 (étude mi-parcours MdM) et 13,1 % en 2017 (étude baseline MdM)»

¹² Le nombre de grossesse est passé dans la seule ville de Soubré de 64 cas pour l'année scolaire 2016-2017 à 124 cas en 2017-2018.

¹³ La mise en commun de ressources financières par les élèves aux fins de se payer les services d'un-e professionnel-le de sexe. Cette pratique est tournante et permet à terme à chaque membre du groupe de bénéficier de services qu'il n'aurait pu acquérir par ses seuls moyens.

d'une identité urbaine nouvelle, la pratique d'une sexualité conquérante voire prédatrice (Bhana, 2015) participe de la culture juvénile du bluff et de l'affirmation de soi (Newell, 2009).

À Soubré et à Méagui, comme à Dakar (Adjmagbo et al 2013) le discours normatif sur la sexualité et la parentalité post-maritale valorisée n'empêche pas l'évolution notable dans des moeurs sexuelles des jeunes et des adolescent-e-s. Une telle évolution masque à peine les enjeux économiques des relations sexuelles instrumentalisées.

D'autre part, l'on assiste à une utilisation hasardeuse des méthodes contraceptives dont le préservatif (22/47 cas). En effet, lorsque ces jeunes femmes se mettent sous méthode contraceptive, elles en oublient parfois les heures de prise et les dates de renouvellement (12/47 cas).

Confirme le cas de Adjara, 18 ans, élève qui raconte les circonstances de la prise de grossesse :

« Pour 3 mois, je mettais¹⁴ pour 3 mois... Je ne savais pas que la date était finie ».

Géné, 35 ans, couturière, est encore plus radicale vis-à-vis des méthodes contraceptives :

« En tout cas, comprimé là j'avais suivi ça, mais quand j'ai pris là après là ça m'a pas trop plu donc j'ai laissé... quand je suis comme ça là ça me fait comme de pousser, comme une femme enceinte de pousser donc c'est ça qui a fait que j'ai arrêté... Caoutchouc (préservatif) là non, moi-même je n'aime pas. Eeh (rires) c'est-à-dire moi-même je n'aime pas c'est tout... dans un temps-là, lui (concupin) il avait parlé de ça c'est moi qui ai refusé... »

Quant à Awa, 19 ans, élève, elle justifie sa prise de distance par l'oubli fréquent :

« Souvent je prenais les pilules, souvent j'oubliais, donc en même temps j'ai laissé ».

Les effets secondaires des méthodes contraceptives utilisées tels que les dérèglements hormonaux ont également été évoqués comme étant l'une des raisons qui freinent les jeunes femmes dans leur utilisation (14/47 cas).

En outre, les préjugés à l'endroit d'autres méthodes comme les implants empêchent certaines femmes d'y adhérer. Pour Angèle, 17 ans, élève l'implant est un choix contraceptif risqué parce que :

« Quand tu places là ça se perd, à force de trop grossir ça se perd dans ton corps donc ça fait que on ne retrouve pas ça pour enlever ».

Les méthodes contraceptives sont également perçues comme susceptibles de créer la stérilité chez les femmes. En raison de ces préjugés, elles ne les utilisent pas. Pour se prémunir des grossesses non désirées, elles ont recours soit à la pilule du lendemain dont l'utilisation est le plus souvent mal maîtrisée, soit au coït interrompu ou encore à la méthode très aléatoire du calcul ou comptage des jours du cycle menstruel (méthode Ogino-Knaus).

3. DÉTERMINANTS DE LA PRISE DE DÉCISION D'AVORTER ET DU REPORT DU DÉSIR DE PARENTALITÉ

Outre le contexte de survenue des grossesses caractérisé par une grande vulnérabilité, pour la plupart des femmes enquêtées, la grossesse serait précoce (45/47 cas). Pour certaines, elle n'est pas survenue au « bon moment ». Pour d'autres, elles s'estiment encore « jeunes », « pas du tout prête » ou « encore élève ». Confirment les propos de Syntiche, Maman et Florence, respectivement âgées de 19 ans, 17 ans et 26 ans expriment la survenue précoce de leur grossesse :

Syntiche : « J'avais pas prévu de faire enfant en ce moment. Comme je parlais à

¹⁴ Contraceptifs injectables de 3 mois.

*l'école, j'allais passer les examens tout ça...
À cause de mes études.»*

*Maman : « À l'heure la, seulement je ne
veux pas avoir un enfant dèh. Je veux
continuer les études... ça va me retarder. »*

*Florence : « En tout cas moi je ne voulais
pas garder cette grossesse dèh. Je n'étais
pas heureuse parce que cela ne doit
pas arriver. Même si ça doit arriver, pas
maintenant. »*

La décision d'avorter est avant tout un choix de report dans le temps du désir d'enfant et de parentalité en raison d'un certain nombre de facteurs déterminants qui peuvent découler du port de la grossesse. Trois facteurs contribuent à la prise de décision d'avorter : Il s'agit de l'accès facile à l'avortement, de la prégnance d'un sentiment de culpabilité et du sentiment de l'incapacité de parentalité.

3.1. L'ACCÈS RELATIVEMENT FACILE À L'AVORTEMENT

Dans les districts sanitaires de Méagui et Soubré, lorsque l'on ne peut pratiquer l'abstinence ou répondre aux exigences d'une sexualité protégée, en cas de grossesse non désirée, pouvoir avorter semble ne pas être un souci majeur. Car pour les jeunes femmes, les compétences locales existent. L'offre de services informels d'avortement est diversifiée particulièrement à Méagui et à Soubré, comme souligné dans la présentation du système sanitaire local. Elle tient dans la multiplicité des cliniques et infirmeries privées, la disponibilité et la facilité d'accès aux médicaments chinois aussi bien dans les cliniques chinoises qu'auprès des femmes dans les marchés. Aussi, la présence des vendeuses de médicaments traditionnels dans les quartiers et villages constitue-t-elle des opportunités pour les femmes en demande d'avortement. À cela s'ajoute, l'efficacité socialement reconnue des méthodes d'avortement et de leur réputation construite et transmise de bouche à oreille par celles qui en ont déjà fait l'expérience. Ainsi,

la conscience d'une facilité d'accès aux compétences locales disposées à pratiquer l'avortement renforce les femmes dans la banalisation de l'acte sexuel et du recours à l'avortement plutôt comme mode de régulation de la fécondité, tendance depuis les années 90 que relevaient déjà certaines études en Côte d'Ivoire (Desgrées du Loû et al, 1993; Guillaume, A. et A. Desgrées du Loû 2002). D'où la rapidité de la décision souvent prise par les femmes d'avorter. Cette croyance dans les compétences des services informels d'avortement favorise la tendance au recours à l'avortement. Comme le souligne Rico, prestataire de santé de la localité, ces prestataires de santé sont sollicités :

*« Nous sommes sollicités par des coups
de fils... Même pas à Soubré, à l'extérieur
même de Soubré, il y a des gens qui
nous appellent. Même ici, nos amis aussi.
Doc, voici tel problème. En tout cas,
nous sommes sollicités par rapport à ça...
L'année passée il y a déjà eu un cas comme
ça à Méagui. Ils ne sont pas venus à moi,
ils m'ont appelé par le biais d'un ami. »*

Les accoucheuses et les vendeuses de médicaments traditionnels sont toutes autant sollicitées, comme l'explique Idriss, membre de l'entourage d'une femme ayant avorté :

*« ... Souvent les jeunes femmes quand
elles détectent qu'il y a une femme dans le
quartier qui fait ce genre de truc là, elles
vont vers elles pour lui dire que bon ! J'ai
un tel problème je veux que tu m'aides... »*

3.2. PRÉGNANCE D'UN SENTIMENT DE CULPABILITÉ...

A. ... face à la transgression de normes sociales et culturelles relatives aux conditions de parentalité

La parentalité est perçue chez les femmes comme le résultat d'un processus de construction de soi. L'atteinte de ce point d'achèvement renvoie, selon elles, à la satisfaction de plusieurs

conditions préalables : le mariage, l'indépendance économique, et à défaut, la reconnaissance de la grossesse par l'auteur. Dans le système de représentations de la plupart des femmes, la survenue d'une grossesse non désirée pendant qu'on est 'encore élève' et célibataire est perçue et vécue comme une **transgression des normes sociales**. Par conséquent, prendre une grossesse, c'est prendre le risque d'être en porte-à-faux vis-à-vis de ces valeurs et de ce parcours attendu de tout parent pour sa progéniture féminine. La grossesse est de fait source de culpabilité et l'avortement est envisagé comme la solution à la honte induite par la parentalité sans ses préalables.

Le sentiment de culpabilité est vécu et exprimé essentiellement à travers la crainte de ce que pensera, dira et fera le père. Est corrélée à la peur du père, la peur de la décision redoutée de la **déscolarisation** (si la fille est encore scolarisée) que le père pourrait être amené à prendre, en réaction à ce que la famille considère comme étant un déshonneur et une désobéissance, source de honte également pour la mère. La peur de la décision redoutée de la scolarisation justifie en effet les propos ci-après de certaines femmes ayant avorté :

Angèle, 17 ans, élève, interviewée dans l'entourage d'une femme ayant avorté :
« Moi-même j'ai eu peur pour elle, parce que si ses parents apprenaient ça ils allaient réagir, ils allaient la chasser de la maison. C'est pour ça on a tenté de faire les choses, on a tenté de faire les avortements pour que ses parents ne puissent pas savoir qu'elle était enceinte. »

Awa, 19 ans, élève, femme ayant avorté :
« C'était un accident, je ne voulais pas, mais c'était un accident, c'est arrivé. J'étais obligée d'enlever parce que c'est mon grand frère qui paie mes études quoi ! Et puis, il est un peu compliqué en tout cas. »

La peur de la gestion psychologique et sociale des allusions au manque de responsabilité dont

la prise de grossesse précoce serait un marqueur qui conduit rapidement à la décision d'avorter. La décision d'avorter comme modalité de gestion de la **culpabilité des femmes qui tombent enceintes sur fond de vulnérabilité décrite dans les lignes précédentes prend aussi appui sur l'idée** que les femmes elles-mêmes se perçoivent insuffisamment matures pour éduquer un enfant et pour assumer les responsabilités sociales, morales qu'implique le fait d'être parents.

À l'analyse de la fréquence des sources de peur (figure 8), le mot **PAPA** est le plus récurrent dans le discours des femmes. Pour ne pas décevoir le père, la pratique de l'avortement s'avère donc un **recours ultime**.

Déborah, 25 ans, aide-soignante, a avorté pour ne pas décevoir son père qui s'était investi économiquement dans sa recherche d'emploi :

« Mon papa allait parler sur moi, parce qu'il a dit qu'il vient de payer le travail pour moi et je viens de commencer. S'il apprend que



FIGURE 8 Réurrence de mots exprimant la culpabilité d'avoir enfreint les normes sociales relatives aux conditions de parentalité (source : CUB, 2019).

je suis enceinte, il va me dire de rembourser son argent. Parce que ça été même chose pour mon premier fils. Je travaillais à Soubré là-bas quand je suis tombée enceinte, c'est ça je suis venue ici là...»

Elo, 22 ans, Sans emploi, quant à elle, a décidé d'avorter pour éviter de subir la sanction de la répudiation que le père a précédemment appliqué sur les aînés :

«... Chez nous là, quand nos grandes sœurs prenaient des grossesses, mon papa les chassait de la maison, donc je n'ai pas voulu garder... Mon papa, parce qu'il n'a pas eu d'enfant garçon oh, donc quand ses filles déconnent comme ça, il met ça sur ma maman ».

Pulché 19 ans, élève, a préféré garder la discrétion sur sa grossesse et l'avortement et ce même à l'auteur. En tant que fille de pasteur et espoir de sa famille, il importait pour elle de conserver l'image que l'entourage avait d'elle et que sa famille avait d'elle-même :

«...Bon la peur quoi, j'ai ressenti la peur, parce que étant l'unique fille de mes parents, la dernière surtout et puis la seule qui fréquente encore, j'ai eu peur même d'aller dire, supposons à mon papa. Actuellement, il est à Gagnoa tout ça et puis je l'appelle pour dire ah je suis enceinte, c'est pour dire tout court arrête tes études, va chez lui qui t'as enceintée... moi je me sens pas prête à l'heure-là, à arrêter mes études, donc là, j'ai mis dans ma tête que si je lui dis là, il va me dit d'arrêter mes études. J'ai préféré ne dire à personne, une discrétion et puis...»

Les mêmes sentiments de culpabilité, de honte et de regret éprouvés par les femmes ayant fait l'expérience de l'avortement clandestin ont été également observés dans une étude (Dassa Kolou et al, 2009) sur les femmes ayant vécu l'interruption volontaire de grossesse à Lomé au Togo.

B. ... et aux représentations sociales des grossesses rapprochées

Dans les couples, la plupart des naissances s'inscrivent dans un schéma de désir et de planification familiale. Cependant, il arrive que des grossesses soient contractées sans que le couple ne soit prêt ou apte à recevoir l'enfant qui naîtra. Dans certaines communautés traditionnelles, les grossesses rapprochées sont perçues comme une absence de gestion de la sexualité féminine et sont source de railleries et de moqueries pour ces femmes. Afin d'éviter le regard des autres, les femmes qui se retrouvent avec des grossesses rapprochées optent pour l'avortement (9/47 cas). Douceur, 22 ans, élève, témoigne :

« Je venais d'accoucher oh. Mon enfant avait 6 mois. Je ne pouvais pas faire deuxième enfant. L'écart était trop petit, 6 mois entre 2 enfants. Je ne m'attendais pas à ça. Lui-même (auteur de la grossesse) quand je lui ai dit. Il dit ah! Tu es devenue femme Dioula ou bien? Tu viens d'accoucher là. Je suis partie enlever, ça n'a même pas duré quand j'ai su.»

Dans un ordre d'idées différentes, au cours des entretiens, la mission a rencontré des cas d'avortements volontaires (3/47 cas) pratiqués informellement par des femmes ayant subi des césariennes au cours d'une grossesse précédente, mais qui ont préféré, pour leur santé, interrompre les grossesses qui surviennent par la suite.

3.3. INCAPACITÉ À ASSUMER LA PARENTALITÉ

A. ... en raison du déni de la grossesse par l'auteur

Chez les jeunes femmes, la survenue de la grossesse est toujours objet de surprise, **mais aussi de choc**, de **désarroi**, de **perplexité**, de **peur du déshonneur**, de **peur du rejet** de la famille et de la communauté. Ce qui veut dire que la grossesse ne s'inscrit pas dans un choix de vie,

ne serait-ce que dans le court terme. Comme nous l'avons expliqué précédemment, elle est le plus souvent le résultat d'une **sexualité précoce et non maîtrisée**.

Carmen, 20 ans, élève, ne s'imaginait jamais tomber enceinte à l'issue de relations sexuelles non protégées :

« On ne se protégeait pas... Mais j'avais les règles douloureuses que j'ai soignées... Je ne comptais pas tout ça, la maladie faisait que moi, je me disais si je fais je ne vais jamais tomber enceinte... »

Florence, 26 ans, aide-soignante, quant à elle a tout simplement oublié ses méthodes de calcul de jours du cycle menstruel :

« Je n'ai jamais utilisé les médicaments, pilules. Souvent, on calculait les jours, bonne période, mauvaise période... donc ça été un oubli. »

Victoire, 21 ans, élève, est tombée enceinte car son partenaire et elles avaient un usage aléatoire du préservatif et une préférence pour le coït interrompu :

« Souvent on utilise le préservatif, souvent aussi c'est le coït interrompu. Le préservatif, lui (auteur de la grossesse) il n'aime pas trop. Moi, je préfère le coït interrompu. Ce jour-là, nous tous on avait bu donc... »

Les femmes ayant contracté ces grossesses non désirées sont, dans leur grande majorité, **dépendantes économiquement** des parents et/ou du conjoint et vivent dans des conditions économiques précaires avec de faibles revenus. Par conséquent, elles n'ont guère les moyens d'assumer les responsabilités liées à la parentalité.

De telles situations de précarité complexifient les relations avec l'auteur de la grossesse. La plupart du temps, les dispositions psychologiques et

la réaction de l'auteur de la grossesse renforcent la prise de décision d'avorter. Généralement l'on observe chez l'auteur, le **refus de prendre en charge la grossesse**. L'auteur nie la paternité de la grossesse (21/47 cas) car celle-ci implique de nombreuses responsabilités qu'il n'est pas prêt à assumer. Dans ce contexte, il suggère implicitement ou explicitement à la femme le recours à l'avortement dans un premier temps. Le partenaire de Carmen, 20 ans, élève lui a ainsi suggéré d'avorter pour lui permettre de continuer ses études en ces termes :

« Si tu avortes là tu es libérée. Comme tu dis tes parents sont compliqués, si tu as pris grossesse tu ne vas plus fréquenter tu vas te retourner. La seule solution que j'ai pour toi, je vais payer médicaments tu vas faire passer la grossesse. »

L'homme ayant un grand pouvoir de décision concernant également l'issue de la relation, son refus de prendre en charge la grossesse suscite ou renforce chez les femmes la décision d'avorter. Car aussi, le désir de parentalité et donc de laisser la grossesse aller à son terme est le plus souvent conditionné par les capacités financières de l'auteur et surtout sa volonté à prendre en charge la grossesse. Carmen, élève, citée précédemment, a du taire sa volonté de garder sa grossesse car son partenaire ne voulait pas la prendre en charge :

« ...S'il acceptait j'allais laisser ça dépendait de lui sa volonté... Au début quand il m'a parlé de ça j'étais d'avis avec lui, mais après quand je lui ai dit ça, il dit pas question que je ne connais pas ses parents et que si je laisse la grossesse il va casser sa puce (carte SIM)... Je vais m'en fuir et tu vas te retrouver seule avec ton enfant avec tes parents et tu vas abandonner tes études tu vas te retrouver au village. Donc il m'a encouragé et j'ai dit j'ai compris... »

En situation de fragilité économique, les femmes ne disposent pas d'une autonomie de

décision et d'une capacité de négociation de ce désir de parentalité.

Le temps de constat d'une grossesse non planifiée est, un moment de grands tiraillements, de nombreuses pressions et de stress, pour les jeunes femmes, le plus souvent, écartelée entre l'horloge de la gestion d'une grossesse et les incertitudes du lendemain, surtout lorsque se rajoute le déni de paternité par l'auteur. L'avortement se présente alors comme le dernier recours pour mettre fin à toutes ces incertitudes.

B. ... et par souci de vivre en conformité avec des valeurs dites traditionnelles

Les grossesses hors mariages sont perçues au sein de plusieurs communautés, comme acte honteux et constitue une cause de déshonneur pour la famille et surtout pour le père de la fille. C'est le cas par exemple de la communauté Burkinabè fortement représentée à Soubré et à Méagui. Dans la communauté Mossi « être enceinte sans avoir un mari, va au-delà du déshonneur. C'est un sacrilège ». C'est la violation d'un interdit social, une expression de grande désobéissance aux valeurs socioculturelles. Un tel conservatisme culturel trouve ses fondements dans l'attachement des immigrés de longue durée à des valeurs dites cardinales par lesquelles ils tentent de maintenir des liens avec leurs terroirs d'origine. Au cours des enquêtes, les membres de la communauté Mossi d'origine Burkinabè vivant dans les deux localités, l'ont explicitement exprimé. La sauvegarde de leurs liens avec leurs communautés d'origine, selon eux, passe par le maintien et le strict respect des croyances liées aux pratiques sexuelles des jeunes femmes d'origine Mossi. Ainsi, une jeune femme Mossi enceinte sans être mariée, est exclue de la famille. Elle n'a plus accès à la maison familiale et est interdite d'accès physique à son père et à ses frères. Car, selon ces croyances, entrer en contact avec la parenté de sexe masculin entraînerait des conséquences graves, pouvant aller jusqu'à la mort.

En témoigne l'histoire de Maï, 18 ans, Burkinabè, célibataire, et élève. Maï vit à Soubré chez une tutrice Burkinabè. Ses parents, avancés en âge, sont retournés au Burkina Faso et ont confié leurs plantations à Abou, Burkinabè, et auteur de sa grossesse. Elle raconte que c'est sa première grossesse bien qu'ayant débuté l'activité sexuelle à 14 ans. Cette grossesse est le résultat d'un seul rapport sexuel sans usage de préservatifs. Elle la qualifie de « problème ». Ayant informé l'auteur de la grossesse, celui-ci lui a suggéré de procéder à un avortement. Elle est d'avis pour l'avortement. Les motifs qu'elle avance sont les suivants :

«... Si mes parents savent... Là c'est gâté chez nous à la maison...»

« Je peux plus aller chez moi parce que je suis enceinte.

« Chez nous-mêmes ! Où mes parents sont, je ne peux plus aller là-bas.

Je pouvais laisser la grossesse, mais comme si je laisse la grossesse là, l'enfant là n'aura pas de père. Moi je vais me faire du mal....»

«... Si je garde la grossesse, moi et mes parents, comme ça là. Pour parler pour dire bonjour là, on peut plus se dire ça. C'est à cause de ça même. C'est à cause de ce problème qui est au milieu là. Sinon même là, avortement même qui est là là, moi même je ne suis pas intéressée. Mais le problème qui est là, si je laisse la grossesse là, moi et puis mon papa on ne peut plus se dire bonjour ».

Cette forte volonté de maintenir le lien social conduit les jeunes femmes à prendre la décision d'avorter, malgré le désir d'avoir un enfant exprimé par certaines. Pour celles-ci, le maintien du lien social familial prime sur leur désir de parentalité et celui de l'auteur. Sauvegarder les rapports familiaux est une nécessité vitale, car prendre le risque de vivre à l'écart de sa famille équivaut au choix d'être un renégat de la société donc au choix de ne plus exister socialement. La rupture du lien avec la famille et la communauté est considérée pour les femmes comme une perte de leur

appartenance et donc d'une dimension essentielle de leur vie. Ce déchirement s'observe même chez les femmes nées de relations mixtes, c'est-à-dire de père burkinabè et de mère ivoirienne.

CONCLUSION PARTIELLE

Trois enseignements majeurs ressortent de l'analyse de la demande sociale des avortements clandestins.

Le premier enseignement tiré du terrain de Soubré et de Méagui est le suivant : L'analyse de la demande d'avortement montre un profil de femmes en majorité, jeunes, élèves et célibataires. Les grossesses non désirées interviennent chez les femmes dans un contexte de vulnérabilité du fait de leur dépendance socioéconomique, mais aussi de la non-maîtrise de la contraception et de l'usage approximatif du préservatif. L'accident des grossesses appelle par conséquent une demande d'avortements de plus en plus forte.

Deuxième enseignement : l'interruption volontaire de grossesse, malgré son interdiction, est de plus en plus utilisée dans ces localités comme un mode de régulation de la fécondité. Ce constat est à mettre en relation avec la disponibilité d'une offre de services d'avortement clandestins renforcée par la facilité d'accès aux produits abortifs chinois. La conjugaison de ces deux facteurs contribue à une prise de liberté sexuelle précoce et à un usage laxiste des moyens contraceptifs, malgré les efforts consentis¹⁵ pour améliorer les connaissances en santé sexuelle et reproductive des jeunes des localités.

Troisième enseignement : ce n'est pas parce que l'accès à l'interruption volontaire de grossesse est limité qu'il y a moins d'avortement ou que le nombre d'avortements diminue. Les raisons qui conduisent à la pratique de l'avortement clandestin sont diversifiées. Elles vont de l'accès facile aux services d'avortement clandestin à l'incapacité à assumer la parentalité pour diverses raisons en passant par la peur de la gestion de la honte et du déshonneur.

Quatrième enseignement : au Bénin, au Burkina Faso (Baxerres et al, 2018) et au Ghana (Atakro et al, 2019) la peur des parents, le désir des jeunes et des adolescentes de poursuivre leur scolarité et la situation socioéconomique des femmes ont été identifiés comme étant les facteurs majeurs qui contribuent à la décision d'avorter. Il en est de même aussi à Soubré et à Méagui. Cependant, l'étude révèle chez les jeunes et les adolescent·es à Soubré et à Méagui un facteur contextuel additionnel concourant également au recours à l'avortement clandestin : une prise de liberté avec les moyens contraceptifs.

¹⁵ Selon une enquête sur les connaissances en santé sexuelle et reproductive et les barrières liées à l'utilisation des méthodes contraceptives ainsi que les services de planification familiale par les adolescentes et les jeunes de 10 à 24 ans des collèges et lycées publics des districts sanitaires de Soubré, Méagui et Buyo, 79,3 % des enquêtés·es ont déjà entendu parler des méthodes contraceptives.

ANALYSE DE L'OFFRE DE SERVICES D'AVORTEMENT

Dans cette section, l'analyse de l'offre de service d'avortement se focalisera sur la trajectoire du processus abortif (partage d'informations, stratégies d'accès à l'offre, choix de la méthode), incluant la gestion des complications, pour celles qui en ont bénéficié. Les résultats présentés dans cette session sont également issus du traitement des entretiens effectués, à partir de guides d'entretiens (annexe 3, page 93) administrés aux prestataires des services de santé (médecins, sages-femmes, infirmiers) pour comprendre les pratiques locales d'avortement, ainsi que les modes et logiques de gestion de leurs complications. Cette partie se concentre sur l'analyse de l'itinéraire d'accès aux services à travers plusieurs étapes : le partage d'information autour de la grossesse, les stratégies d'accès à l'offre de services et la gestion du processus d'avortement.

1. DU PARTAGE D'INFORMATIONS AUTOUR DE LA GROSSESSE À LA DÉCISION D'AVORTER

Depuis le constat de la grossesse, la prise de décision d'avorter et le passage à l'acte, se concrétisent dans un circuit sélectif de partage de l'information organisé autour de la grossesse d'abord et de la discrétion sur la décision d'avortement ensuite. La gestion de l'information autour de ces deux événements majeurs dans la vie des jeunes femmes configure des cercles subjectifs de confiance construits par les femmes incluant dans la majorité des cas l'auteur de la grossesse.

1.1. L'INFORMATION DE LA GROSSESSE : LE CERCLE RESTREINT DE L'AUTEUR ET DE L'AMIE

La surprise de la grossesse et la gestion de l'information autour de cet événement, le plus souvent vécu par les femmes comme un désastre, montrent à quel point elles installent les femmes dans une fragilité à défaut d'un espace social dédié à l'information sur les recours possibles en cas de survenance d'une grossesse non planifiée. Dans la plupart des cas, l'information de la grossesse

est partagée dans un premier temps avec l'auteur (38/47 cas) de la grossesse et dans certains cas, avec l'amie (9/47 cas). L'auteur de la grossesse est souvent la première personne et le plus souvent l'unique personne informée.

Sido, 21 ans, élève a seulement informé l'auteur de sa grossesse. Même sa meilleure amie n'en a pas été informée. Les raisons qu'elles évoquent sont les suivantes :

« On peut se dire tout, mais on se dit pas tout... Parce que où elle est là même, moi je sais qu'elle a des secrets qu'elle ne me dit pas. Donc, je ne peux pas tout lui dire... Lui (auteur de la grossesse) je lui ai dit c'est parce que c'est lui le père... »

En fonction de la réaction de celui-ci et de ses dispositions psychologiques face à la grossesse, l'information est partagée avec l'amie. Rarement, au cours des quatre premières semaines, l'information ne sort de ce cercle restreint de l'auteur et de l'amie. Au moment du passage à l'acte, le cercle de partage de l'information s'élargit de façon contrôlée.

1.2. LE MOMENT DU PASSAGE À L'ACTE : ÉLARGISSEMENT SOUS CONTRAINTE DU CERCLE DE PARTAGE DE L'INFORMATION

En raison de l'interdiction volontaire de grossesse, les femmes en demande d'avortement ne peuvent s'orienter vers les dispositifs formels de santé. La prohibition de l'avortement les contraint à s'orienter vers les circuits informels. Passé le temps de la surprise occasionnée par la survenue de la grossesse, la conduite à tenir après que la décision ait été prise d'avorter, pour des raisons diverses, conduit la plupart du temps les femmes en demande d'avortement à rechercher les moyens d'accéder à l'information sur les possibilités d'accès aux services informels susceptibles de les aider à se défaire de la grossesse. Cette quête d'informations les contraint à élargir le cercle de partage de l'information et à

les inscrire de fait dans des réseaux de circulation de l'information avec des femmes ayant fait l'expérience de l'avortement ou des personnes ayant des contacts avec les prestataires de services abortifs.

Mais comme il a été souligné dans les lignes précédentes, si l'information de la grossesse se partage avec l'auteur et l'amie, la prise de décision et les démarches afférentes se font presque exclusivement avec l'amie et le plus souvent sans l'auteur de la grossesse. L'amie, en fonction de son expérience du champ, est la principale confidente sur la vie de la grossesse en même temps qu'elle est une personne-ressource associée à la recherche de l'information et à la mise en pratique de la décision d'avortement : que ce soit à travers l'achat de médicaments, la mise en contact avec un spécialiste de la santé, l'intermédiation avec les prestataires ou l'accompagnement dans le suivi de la posologie. Les parents quant à eux, sont généralement exclus du partage de l'information de la prise de décision par crainte de les voir s'opposer à la décision d'avorter.

À Méagui comme à Soubré, l'offre de services d'avortement se structure dans l'informel, en marge du secteur public de santé encore soumis à l'interdiction de pratiquer l'interruption volontaire de grossesse tant que la vie de la mère n'est pas en danger. Cette interdiction a favorisé l'émergence et la floraison d'un marché local de médicaments chinois spécialement dédiés à l'interruption des grossesses, et permis l'organisation de circuits institutionnalisés dédiés à cet acte médical.

Face à cette pluralité d'offres clandestines de services d'avortement, les femmes choisissent des pratiques en fonction des conseils des personnes rencontrées, mais aussi de la confiance en l'efficacité de la méthode et du statut de prestataire.

¹⁶ Elo, 22 ans, sans emploi Soubré.

¹⁷ Pulché, 19 ans, élève, Soubré.

2. ACCÈS À L'OFFRE DE SERVICES D'AVORTEMENT

2.1. LA RÉPUTATION DANS LE CHOIX DU PRESTATAIRE

Il existe une variété de prestataires intervenant dans l'offre informelle de services d'avortement. Cependant, le choix d'une méthode et le recours à un certain type de prestataire sont fonction de leur réputation construite dans les réseaux d'information sur les avortements d'une part, et d'autre part, par la relation de confiance que les femmes en demande ont pu réussir à établir avec l'un ou l'autre prestataire.

Les vendeurs de médicaments chinois : Ils disposent de boutiques dans la ville de Soubré. Ces boutiques sont généralement situées aux alentours des marchés, des hôpitaux et cliniques. La réputation de ces vendeurs est construite sur la base de rumeurs et de **témoignages** sur l'efficacité des produits vendus par des proches. Elo raconte comment l'expérience d'une amie a été déterminante dans le choix du prestataire : « bon, en ce temps-là, c'était une camarade qui m'a dit ça. Qu'elle est partie faire un avortement de quatre mois ! or pour moi faisait un mois¹⁶ ». Le témoignage des proches concernant la réputation d'un prestataire rassure et renforce la **confiance** en celui-ci. Ainsi, c'est à partir de l'expérience réussie d'une amie que Pulché, 19 ans, élève, s'est orientée vers une « clinique chinoise » :

« C'est à Gagnoa qu'on a parlé de ça avec ma camarade de classe. Elle dit, y'a les comprimés chinois qui enlèvent grossesse, donc c'est ici je me suis renseignée. J'ai vu une clinique ... chinoise, je suis rentrée là-bas pour me renseigner, et puis on m'a dit que ça dépend du nombre de mois que ta grossesse a.... Depuis Gagnoa j'ai reçu l'information que y'a les comprimés qui peuvent évacuer la grossesse¹⁷ ». La réputation de certains médicaments justifie qu'ils soient facilement recommandés dans les réseaux d'informations.

Les **infirmiers et médecins**: Leur réputation est construite de fait par leur **statut de prestataire** de santé assermenté dans un premier temps. Conscients de la faute professionnelle que constitue la pratique de l'avortement, certains infirmiers ou médecins acceptent de poser l'acte que si et seulement si la demandeuse d'avortement est une personne qui fait partie de leurs cercles de sociabilité.

Billy, 34 ans, membre de l'entourage d'une femme ayant avorté nous explique le réseautage qui permet d'accéder aux services d'avortements de la part des prestataires de santé des services publics:

«... Quand on en a parlé, elle m'a demandé... s'il était possible au niveau de la médecine conventionnelle, est ce qu'il était possible ? Est-ce que cela peut se faire ? ... Je lui ai dit c'était possible si et seulement si la confidentialité était là...était gardée. Et il ne fallait pas que le prestataire soit exposé pour ne pas qu'il y ait des poursuites plus tard...».

Ce qui permet d'éviter les indiscretions et, à terme, des sanctions disciplinaires. Ils sont en effet par rapport aux femmes en demande des

18 Pour comprendre le fonctionnement du marché des produits abortifs chinois, dans un premier temps, nous avons sollicité l'appui d'une de nos interviewées, une fille plus jeune (21 ans). Les médicaments lui ont été fournis par le vendeur avec la posologie sur indication de l'âge fictif de la grossesse (1 mois et demi) moyennant la somme de 20 000 FCFA (soit 15 000 FCFA pour l'avortement et 5 000 FCFA pour la gestion des complications inclus). Les médicaments servis étaient dissimulés dans des sachets et étaient présentés en dehors de leur conditionnement originel. Les dates de péremptions étaient largement dépassées. Après avoir acquis et identifié les médicaments à usage d'avortement, la Mission a pu observer ensuite leur disponibilité dans les points de vente de médicaments chinois. De manière discrète nous avons observé les transactions autour de ces produits ainsi que les arguments mobilisés par les vendeurs pour convaincre l'acheteur des médicaments chinois. Deux expressions revenaient souvent: «c'est bon», «c'est efficace». C'est par ces mots que les vendeurs rassuraient leur client sur la qualité et l'efficacité des produits abortifs servis en fonction de l'âge de la grossesse annoncé.

«Tontons» ou des «amis à... papa». Le statut de prestataire de santé facilite l'établissement d'une relation de confiance avec les jeunes femmes en demande. De sorte qu'elles en arrivent facilement à se confier, à s'ouvrir et à solliciter l'aide.

ONG, cliniques et infirmeries privées: On en dénombre 300 environ dans le district de Méagui. Elles ont l'avantage comparatif de la proximité avec les populations des campements et des villages. Ces ONG offrent des services de santé aux populations et vendent des médicaments de tout genre (chinois y compris). Selon les usagers de ces services, ces infirmeries privées construisent leur réputation sur la disponibilité du matériel de curetage et du personnel technique, contrairement aux centres de santé étatiques. Bob, 54 ans, membre d'ONG et ayant travaillé dans le passé dans des structures confirme la disponibilité du matériel au sein de ces structures:

«Sinon lorsqu'on exerçait dans d'autres endroits, ils ont le matériel pour les curetages. Ils ont le matériel tout et tout».

2.2 LE CHOIX DE LA MÉTHODE D'AVORTEMENT : UN MOMENT D'ARBITRAGE ENTRE COÛT, RISQUE PERÇU ET GAIN ATTENDU

Outre la diversité des méthodes, le choix des femmes en matière de méthode d'avortement se base sur un arbitrage entre le coût, le risque perçu et le gain attendu dans la gestion du processus d'avortement.

A. De la popularité des médicaments abortifs chinois

Pour comprendre le fonctionnement du marché des produits utilisés pour les avortements dans les points de vente des «médicaments chinois», nous avons également simulé la demande de médicaments à usage abortifs¹⁸. À la différence de ce qui a pu être observé dans les officines privées, il existe une **forte disponibilité de médicaments chinois** à

usage abortif. Les coûts varient de **5 000 à 15 000 FCFA**. En plus du coût relativement réduit des médicaments chinois, les usagers expriment leur **confiance** en l'efficacité de ces médicaments. Outre la disponibilité et l'accessibilité économique, l'accessibilité géographique de ces produits constitue, selon les usagers et le personnel médical interrogé, un avantage comparatif certain de ces médicaments dits chinois. Ces produits parviennent aux populations les plus reculées vivant dans les campements grâce aux vendeurs ambulants. Pour réaliser l'avortement de sa petite amie, Amda, 19 ans, saigneur d'Hévéa s'est procuré les médicaments chinois auprès de ces vendeurs ambulants :

« Y a un jeune qui vend ça... Y a un jeune qui prend, parce que quand ceux qui sont en brousse ici qui vendait les comprimés sur moto là c'est ça... Le jeune la, il vient et puis il s'en va. »

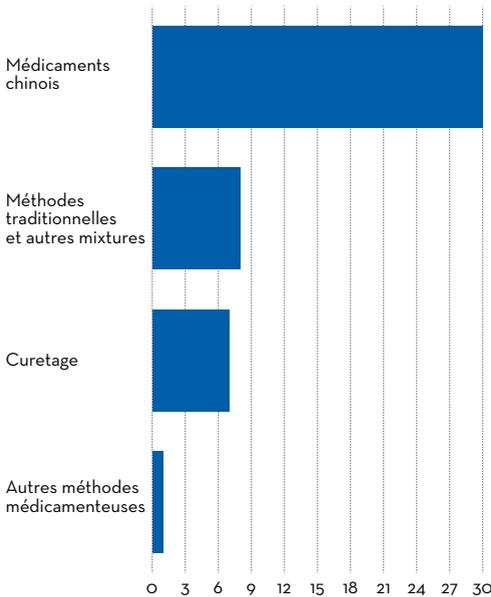


FIGURE 9 Choix des méthodes d'avortement, en nombre de cas correspondants (source : CUB, 2019).

Géné, 35 ans, couturière, qui habitait dans un campement explique comment elle a pu se procurer les comprimés pour faire l'avortement :

« ...Ce n'est pas à l'hôpital, c'est chez les Chinois. J'ai payé ça chez les jeunes qui prennent les comprimés là, c'est les Chinois... Il n'a pas une place...il se promenait... il reste en brousse (villages et campements) pour aller vendre maintenant souvent il peut faire 3 jours là-bas et puis 4^e jour il sort. »

L'analyse des pratiques d'avortements (figure 9) a mis en évidence le recours fréquent à la méthode médicamenteuse par les femmes comparativement aux autres méthodes (traditionnelles, curetage...). La grande accessibilité des médicaments chinois, justifie la préférence des femmes pour cette méthode. À Soubré comme à Méagui les deux **médicaments chinois** les plus utilisés sont connus sous les noms usuels suivants : **Yumicao** et **100 %**. La place prise par les produits chinois sur le marché de l'avortement marque une spécificité de Soubré et de Méagui en matière de pratique de l'avortement. Car en Côte d'Ivoire, dans une étude récente effectuée par Aké-Tano (Aké-Tano et al, 2017) sur les pratiques d'avortement des lycéennes à Yamoussokro, par ordre de fréquence, les méthodes de recours sont l'ingestion de produits médicamenteux, l'ingestion des plantes/décoctions, l'insertion de corps étrangers dans la cavité vaginale et le curetage. Les médicaments chinois n'apparaissent pas parmi les marqueurs des pratiques.

Ces médicaments chinois sont recherchés surtout pour leurs effets secondaires. Selon les vendeurs, ces médicaments seraient indiqués pour les maladies de l'appareil reproducteur féminin notamment les fibromes, les myomes, les kystes, et dans certains cas les anémies sévères. Comme pour détourner l'attention de l'inconnu sur la raison principale de la demande de ces médicaments, ils ajoutent négligemment, après avoir insisté sur les indications principales, que les effets secondaires de ces médicaments produisent des



FIGURE 10 « Yumicao » et « 100 % », médicaments chinois utilisés à des fins d'avortements.

contractions et provoquent des avortements en cas de grossesses. Or ces médicaments sont le plus souvent achetés pour leurs effets secondaires, que pour leur indication première. Leur fonction abortive est reconnue et même prise en compte par les usagers.

B. Absence de recours au Misoprostol

L'observation participante de l'accès au Misoprostol dans 10 (dix) pharmacies (6 à Soubré et 4 à Méagui) réalisée par la mission a permis de comprendre que cette molécule peut être accessible en officine sans ordonnance médicale. En pharmacie les noms commerciaux du Misoprostol sont : Cytotec et Artotec. Leur coût varie de 5000 à 8000 FCFA. À Méagui, seul l'Artotec était disponible seulement dans deux pharmacies sur quatre. À Soubré, l'Artotec et le Cytotec n'étaient guère disponibles ni dans les 06 pharmacies de la ville, ni à la pharmacie du district sanitaire.

L'ethnographie de l'accès à ces médicaments en pharmacie a permis de faire les constats suivants : la demande de ces médicaments est presque toujours entourée d'une complicité et d'attitudes convenues entre client et agent de comptoir des pharmacies. La demande s'accompagne presque

systématiquement d'une baisse de la voix de la part de l'agent de comptoir, mais aussi d'un sourire et d'un regard complice entre le vendeur et l'acheteur potentiel. Ces échanges de signes convenus et de non-dits surtout perceptibles chez les agents de comptoir semblent insinuer une connivence sans parole sur le projet d'usage détourné du produit lorsqu'il est demandé sans ordonnance. D'autant que les indications premières de ces médicaments n'ont rien d'illégal si leur demande est validée par une ordonnance médicale. Malgré leur rareté, l'accessibilité à ces produits en pharmacie ne semblait pas être conditionnée outre mesure par l'obligation de présentation d'une ordonnance médicale. L'indisponibilité de Artotec et du Cytotec à Soubré comme à Méagui rendait quasi nulle son accessibilité à des fins abortives dans les deux localités où ces deux produits ne sont quasiment pas connus comme le sont Yumicao et 100 %.

L'absence du Cytotec en officine relevée par la Mission est à mettre en lien avec le constat fait par les autorités sanitaires du débordement de l'usage AMM (Autorisation de Mise sur le Marché), de la suspicion qui pèse sur l'usage détourné de cette molécule sur fond de rappel des « nombreuses complications hémorragiques, voire mortelles » (cf.

annexe 6, page 103). Cependant, Cytotec n'est plus commercialisé depuis le 1er mars 2018 en France. Par conséquent, les grossistes en Côte d'Ivoire n'en reçoivent plus et ne les rendent donc plus disponibles dans les officines. Puisqu'en France, l'arrêt de la commercialisation de Cytotec n'était pas d'ordre sanitaire, mais plutôt une décision souveraine du laboratoire Pfizer, aucun rappel des lots n'est réalisé. Les unités restantes de Cytotec, en France comme en Côte d'Ivoire, restent par conséquent disponibles sur les rayons des officines jusqu'à épuisement des stocks.

C. Le curetage : une pratique restée taboue

La méthode de curetage dont les coûts varient entre 35 000 et 60 000 FCFA est estimée chère comparativement aux autres méthodes (chinoises et traditionnelles). Cependant en dépit du coût, le curetage est jugé « plus sûr » par les femmes y ayant eu recours. Les prestataires de ce service sont uniquement les agents de santé du secteur public, des cliniques privées ou des ONG. Le curetage se pratique dans la clandestinité. Le choix de cette pratique est déterminé par la « compétence du prestataire » subjectivement appréciée par la requérante sur la base de la rumeur. Cette méthode est jugée efficace et sans conséquences par la plupart des femmes y ayant eu recours. Cependant, en raison de la douleur et du coût qui y sont associés, peu de femmes l'utilisent.

Chez les femmes ayant pratiqué le curetage, il existe une conscience des risques liée aux autres méthodes, principalement les médicaments chinois. Emmanuela, 20 ans, élève, a opté pour le curetage comme choix de méthode d'avortement en raison de la conscience des risques qu'elle a de l'usage des médicaments chinois :

« Je sais que y'a des femmes qui utilisent des comprimés, mais moi j'ai dit que je ne peux pas prendre comprimés. Parce que comprimé là, si je prends que ça commence à la maison... parce que, un avortement toutes les femmes se cachent pour faire. Donc si je prends des

comprimés à la maison que ça tourne mal, bon, je peux mourir ».

Pour cette catégorie de femmes peu rassurées par les médicaments chinois, le curetage s'avère être le choix 'idéal' car il élimine non seulement la grossesse, mais évite de devoir gérer les indiscretions qui peuvent survenir à la moindre apparition à la maison des effets secondaires des médicaments chinois.

Le recours à l'avortement par curetage nécessite des connexions avec un réseau de connaissances et de proches qui ont des relations de confiance avec des prestataires de santé. L'avortement étant pénalisé, la stratégie d'approche des prestataires de santé est le plus souvent qualifiée de « compliquée ». Billy, 34 ans, traduit cette stratégie d'approche des prestataires de santé en des termes suivants :

« Très souvent c'est X qui connaît Y qui peut vraiment te conduire vers un prestataire de santé sinon, que c'est vraiment difficile que quelqu'un te dise que oui, je suis capable de te dire faire telle ou telle chose » .

La condition pour bénéficier de leur implication dans la réalisation d'un avortement est que la confidentialité soit garantie.

En raison des risques de poursuite judiciaire, les prestataires de service de curetage s'entourent de plus en plus de garanties dont la décision à l'improviste du moment et du lieu de l'opération à la seule discrétion de l'agent de santé. Toutes ces dispositions dénotent donc d'une conscience de la prise de risque liée à l'opération de curetage motivée chez les agents de santé par le gain qui y est associé. Cependant la mission a relevé une pudeur du personnel de santé à en parler sans tabou. Les histoires rapportées d'arrestation d'agents de santé pour cause de pratique d'avortement illégal ont engendré une grande réticence à aborder la question du curetage resté clandestin dans le milieu médical local.

D. Les méthodes dites traditionnelles

Après la méthode médicamenteuse chinoise, l'usage de méthodes traditionnelles constitue le second recours des femmes en demande d'avortement. La plus courante des méthodes traditionnelles utilisées en milieu rural (campements et villages) est l'introduction dans l'utérus de tiges de fougères en vue de déloger le fœtus. Cette pratique est souvent combinée avec l'absorption d'infusions végétales (fleurs de caféiers, de coton...) par voie orale ou par lavement purgatif. Les méthodes traditionnelles comprennent également l'absorption (en purge) de tessons de bouteilles. Ces méthodes sont les moins chères. Elles coûtent généralement moins de 1 000 francs CFA. **Les techniques dites traditionnelles relèvent du domaine des savoirs populaires sur l'avortement transmis de génération en génération** et appris au cours de causeries entre amies de classes, avec la tante du village ou encore la mère, etc.

Les accoucheuses et les vendeuses de médicaments traditionnels fournissent également des services d'avortement. Ces praticiennes ont une connaissance des effets abortifs des plantes et autres décoctions. Pour ce faire, elles préparent elles-mêmes les décoctions et les mixtures qu'elles fournissent aux femmes en demande d'avortement. Le marché des médicaments traditionnels fonctionne par réseau. La fourniture de services d'avortement par les accoucheuses est déterminée exclusivement par l'appartenance à ces réseaux de connaissances ou par la référence à une personne proche de ces réseaux.

E. La multiplicité des recours

L'itinéraire abortif peut consister dans une pluralité de recours, et peut être parfois un recours à plusieurs méthodes qui se succèdent. Les entretiens effectués avec les femmes ayant avorté ont révélé qu'en cas d'échec d'une première tentative, elles se voient dans l'obligation de recourir à d'autres méthodes utilisant ainsi de façon successive différentes méthodes jusqu'à la réussite de l'avortement. Certaines formes

de succession de méthodes ou d'association de méthodes sont les suivantes :

Des plantes médicinales aux médicaments chinois : Cas de Tina, 21 ans, élève.

«... Ma camarade m'a dit "j'ai des médicaments ici". Je savais qu'elle a déjà fait aussi (avortement). C'est ça elle est partie enlever les feuilles elle m'a donné... Je me purgeais avec une fois tous les matins pendant une semaine. Mais après une semaine, mais je ne voyais rien... J'étais à un mois une semaine de grossesse. C'est ça ma grande sœur m'a appelée un jour quand j'ai commencé à me purger puis il n'avait rien, un jour elle m'a appelé pour me demander tu as quoi.... C'est ça ma sœur là m'a appelée que il y a un médicament que les Chinois vendent ça que c'est dix mille, si tu as dix milles sur toi faut envoyer on aller payer.... On a payé ça vers le marché là... J'ai pris ça sur trois jours... Maintenant le troisième jour-là, c'est ça c'est venu, mes règles sont venues...»

Des médicaments chinois au curetage : cas de Pharelle, 19 ans, élève à Soubré

«... J'ai pris médicament chinois pour enlever grossesse là... Non ce n'est pas moi, c'est eux (auteur de la grossesse et amis) qui ont acheté... Ce sont les jeunes là qui ont acheté pour venir me donner et puis maintenant, ils m'ont montré comment on prend... C'était 3 mois de grossesse. Hum ça je ne connais pas le prix hein... J'ai pris... C'est tombé, mais ce n'est pas tout qui est tombé... parce que quand j'ai commencé à saigner, j'avais l'impression que j'allais voir donc quand je suis partie dans la douche j'ai essayé de vomir et y a quelque chose qui est tombé donc j'ai appelé ma tante elle n'a qu'à venir voir ce qui est tombé. «... Ma tante est venue et puis elle a vu, et puis elle dit OK peut être c'est la grossesse qui est tombée. Donc on a attendu une

semaine, on a fait test de grossesse et on a vu que c'était toujours là encore... On a attendu maintenant pour faire curetage là... C'est 40 000 Francs...»

«... C'était chez le monsieur même à la maison, il avait beaucoup de trucs avec ciseau et puis y a quelque chose qui tire c'était beaucoup comme ça, chose on prend pour faire opération c'était là-bas. Je lui ai demandé c'est pourquoi? Il dit c'est ça on prend pour faire et puis y avait d'autres trucs c'est comme louche, y avait beaucoup de trucs même c'est plat plat comme c'est ça il met là-bas pour faire ouverture et puis il prend louche là, c'était douloureux hein!»

Le recours de ces différents choix est inspiré des conseils prodigués par l'entourage selon les entités nosologiques le plus souvent contradictoires sur la hiérarchie dans l'efficacité des méthodes.

CONCLUSION PARTIELLE

De l'analyse de l'offre de services d'avortement, l'étude a ressorti cinq enseignements.

Premier enseignement. L'expérience d'avortement est individuelle et difficile à partager pour celles qui l'ont vécu. La découverte de la grossesse, la décision et la pratique d'avortement sont vécues en effet comme une souffrance tue. Au cours des interviews des femmes qui ont fait l'expérience de l'avortement, les interruptions de récits, les nombreux vides dans la restitution du parcours de l'avortement ou encore les difficultés à conter le récit témoignent de la souffrance endurée. L'interdiction de l'avortement entraîne de fait l'absence d'espaces légaux d'échanges et de discussions avec les femmes quant à la conduite à tenir face à cette situation. La gestion des expériences d'avortement reste individuelle et confidentielle et se nourrit d'informations informelles collectées dans les réseaux tous aussi informels. Autant l'information sur la grossesse

reste confinée dans les réseaux de confiance au cœur desquels se trouvent généralement les amies et l'auteur de la grossesse, autant la décision de l'avortement se connecte à un stock de savoirs sur l'avortement circulant sur les marchés informels de vente de produits abortifs, eux-mêmes organisés en faisceaux de systèmes de médiation entre les potentiels utilisateurs, anciens clients et une frange du personnel médical. L'informalisation de l'accès à l'avortement induite de fait par l'interdiction de l'avortement favorise la prise de risques sanitaires par l'usage des conseils qui circulent dans ces réseaux.

Deuxième enseignement. L'interdiction de l'avortement a fait prospérer la pratique de l'avortement clandestin. Dans les deux localités, cette pratique est dominée par la **méthode médicamenteuse chinoise**. Le recours aux médicaments abortifs chinois se justifie dans le cas de Soubré et Méagui par la grande disponibilité des produits, la confiance placée d'une part en l'efficacité du produit et d'autre part au statut et à la légitimité des acteurs intervenant dans le circuit. Les modalités d'accès aux produits (prix modulés et possibilités d'achat) s'inscrivent le plus souvent dans un réseau informel de clients-vendeurs négociant leur survie avec une dose de méfiance vis-à-vis de personnes non reconnues dans le réseau.

Troisième enseignement. Le Misoprostol, est une molécule plutôt rare dans les pharmacies locales. Les enquêtes ont révélé que cette rareté est la conséquence logique d'un retrait progressif de ce produit du marché par le laboratoire Pfizer. Il n'apparaît quasiment pas à Soubré et à Méagui comme une solution pour avorter. Y est plutôt plus fréquent, le recours aux médicaments chinois qui échappent au contrôle des autorités de régulation du marché des produits pharmaceutiques. Le retrait progressif du Misoprostol et l'alerte lancée par le Ministère de la Santé sur son usage détourné créent des opportunités pour un meilleur ancrage des médicaments chinois qui dominent le marché de l'offre de services abortifs.

Quatrième enseignement. Quelle que soit la méthode d'avortement choisie, l'offre de services d'avortement se fait dans la discrétion et dans un cercle restreint. La communication autour des méthodes d'avortement dépend de la qualité des relations préexistantes entre les intermédiaires et les prestataires d'une part, les intermédiaires et les femmes en demande, d'autre part. Ce réseau se fonde sur l'expérience vécue des proches et la supposée efficacité des produits abortifs. Dans très peu de cas, la compétence du prestataire fait l'objet de questionnement. Celui-ci est plutôt perçu par les femmes en demande comme l'aide, le sauveur qui apporte une solution au problème que constitue la grossesse. Au moment du passage à l'acte d'avortement, la conscience des risques ou complications potentielles liées à l'acte est presque absente chez les femmes en demande.

Cinquième enseignement. L'informalisation contrainte de la pratique d'avortement constitue un risque majeur pour la santé des femmes surtout lorsqu'elles doivent faire face à des complications de divers ordres après l'acte.

La problématique des complications et de leurs différentes modalités de gestion fera l'objet de développement dans la section suivante.

GESTION DES COMPLICATIONS POST-AVORTEMENTS

La représentation sociale des complications des avortements structure le mode de gestion auquel les femmes et les prestataires ont recours.

1. PERCEPTIONS SOCIALES ET SANITAIRES DES COMPLICATIONS D'AVORTEMENT

Les perceptions des complications post-avortement varient en fonction du type d'acteurs en présence.

1.1. PERCEPTION DIFFÉRENCIÉE DES SAIGNEMENTS

A. Entre retour des menstrues pour les femmes...

Chez les femmes ayant pratiqué l'avortement à l'aide de la méthode médicamenteuse chinoise, les saignements sont interprétés comme le retour des menstrues et par conséquent un indicateur du succès de l'avortement même si ceux-ci sont abondants et d'une durée anormalement longue. Elo, 22 ans, sans emploi, Soubré, a interprété les saignements anormalement longs comme une réussite de l'avortement qu'elle a réalisé :

« ... Après, quand les menstrues veulent venir là, le bas ventre te fait mal là, c'est comme ça, ça faisait et après, le saignement. Le troisième jour, ce n'est pas venu trop. C'est le quatrième jour que c'est venu beaucoup sur deux jours et puis le reste là est venu normalement comme mes menstrues.... sur une semaine ou deux on dirait. Je n'ai pas compté les jours, mais quand j'ai saigné, je me suis dit que c'est passé. »

L'apparition de saignements non accompagnés de douleur sur une durée inférieure à 7 voire 15 jours ne nécessite pas selon elles de recherche de voies de gestion des complications. Une telle perception des saignements post-avortement ne renvoie pas à la présence de complications

liées au risque de la pratique chez les femmes. Celles-ci ne voient donc pas l'intérêt de se rendre dans un centre de santé en cas de saignement prolongé.

B. Et complications post-avortement selon les prestataires

Pour les prestataires de santé, le premier indicateur faisant penser à des complications post-avortement sont des saignements très abondants de plus de deux jours. En effet, pour un prestataire de santé :

« Lorsqu'ils sont très abondants et supérieurs à deux jours, ils constituent des complications, et doivent faire l'objet de prise en charge dans une structure de santé. »

D'autres complications sont liées aux saignements abondants. Il s'agit notamment de l'anémie sévère.

1.2. PERCEPTION COMMUNE DES DOULEURS PELVIENNES, INFECTIONS DE L'APPAREIL GÉNITAL ET PRÉSENCE DES RESTES D'AVORTEMENT DANS L'UTÉRUS COMME COMPLICATIONS D'AVORTEMENT

Lorsque les saignements qui surviennent après l'avortement sont accompagnés de symptômes tels que les fièvres, les douleurs pelviennes, et/ou de signe d'infection de l'utérus, il existe alors une interprétation commune (tant chez les prestataires que chez les femmes) de ces symptômes comme complications d'avortement. Sur le long terme, la complication d'avortement la plus souvent perçue et redoutée est la stérilité secondaire de femmes, tel que l'expliquent les termes de ce prestataire de santé de Soubré.

« Les conséquences au niveau de la mère. Déjà ça peut entraîner la mort. Elle peut avoir des infections vaginales. Ça peut même aboutir à la stérilité. »

Face à ces complications, les femmes empruntent des itinéraires variés de gestion des complications.

2. PLURALITÉ DES ITINÉRAIRES DE GESTION DES COMPLICATIONS D'AVORTEMENTS CLANDESTINS

Les mécanismes de gestion des complications post-avortement sont le plus souvent en lien avec le type de méthodes abortives utilisé. Le refus de l'offre de service d'avortement dans les services publics amène les demandeuses de service de gestion des complications à s'orienter encore vers le marché clandestin qui n'offre pourtant guère de prise en charge efficiente de ces complications.

2.1. RECOURS AUX MÉDICAMENTS CHINOIS ET AUX PLANTES MÉDICINALES

En cas de complication après avortement, les femmes ont aussi recours le plus souvent à des médicaments fournis par les vendeurs de médicaments chinois. Les médicaments conseillés (Norfloxacine, injection en intra-musculaire...) et le plus souvent utilisés ont pour objectif d'arrêter les saignements, réduire les douleurs, enlever les restes d'avortements et limiter les risques d'infections. Outre l'usage des médicaments chinois, les femmes ont également recours aux plantes médicinales traditionnelles et/ou aux services d'accoucheuses, C'est le cas d'Anna, 34 ans, qui a utilisé les feuilles de Djéka¹⁹ pour la gestion de ses complications post avortement :

« Non je ne suis pas allée à l'hôpital parce que je me dis que si je m'en vais à l'hôpital ils vont dire tu as avorté... Donc, moi-même, il y a médicament que je connais je suis allée payer. C'est les feuilles de Djéka là avec le poivre long. Je prenais pour préparer. Je bois...²⁰ »

¹⁹ Feuilles utilisées en soin post-accouchement ou post-avortement en boisson ou en purge.

²⁰ Anna, 34 ans commerçante, Soubré.

En cas de complication post-avortement, les accoucheuses et les vendeuses de médicaments traditionnels fournissent également des plantes dont les effets recherchés (en purge principalement, et en boisson) sont d'arrêter les saignements et les douleurs pelviennes suite aux tentatives d'avortement.

2.2. GESTION DE COMPLICATIONS POST-AVORTEMENT EN MILIEU HOSPITALIER : ENTRE RUSE DES FEMMES ET OBLIGATIONS PROFESSIONNELLES DES PRESTATAIRES

La prise en charge des complications après avortement fait partie du paquet minimum d'activités des personnels de santé. Ces derniers reçoivent les formations en matière de prise en charge des complications pendant leur cursus. Une fois sur le terrain, ils reçoivent des enseignements post-universitaires visant à renforcer leurs capacités ou à les remettre à niveau.

Le secteur public étant en incapacité de répondre aux demandes d'avortements des femmes, celles-ci ont recours à des offres de services alternatifs précisées dans les lignes précédentes. Mais, en cas de complications difficiles à gérer suite à l'usage des médicaments chinois et des plantes médicinales, elles s'orientent vers les services publics, malgré leur connaissance du cadre légal restrictif vis-à-vis de l'avortement.

Dans les services publics, toute femme ayant subi un avortement spontané ou provoqué bénéficie des services de santé dédiés aux soins pour avortement avec ou sans complications.

En dépit de la pénalisation de la pratique, des croyances et perceptions personnelles vis-à-vis de l'avortement, les prestataires de santé se trouvent alors dans l'obligation professionnelle de prendre en charge les femmes qui se présentent le plus souvent dans un état grave engageant leur pronostic vital (coma, anémie...). Pour Alice, 54 ans, prestataire de santé, le recours aux établissements

publics pour la gestion des complications fait appel à cette obligation du corps médical :

« Elles s'en vont, elles font exprès, elles disent que, si je suis en danger là. Ils seront tenus à me recevoir. »

A. Mise en place de stratégies de résilience en l'absence de matériels de gestion des complications dans les structures publiques de santé

La prise en charge médicale des complications post-avortement est fonction du plateau technique de la structure et de la gravité des signes de complication. La notion de gravité est laissée à l'appréciation de l'agent de santé. Dans les dispensaires et les maternités ruraux, la gestion des complications va du curage digital à l'aspiration manuelle intra-utérin (AMIU), en passant par la référence aux centres de santé urbains.

Les agents ont connaissance de l'AMIU, mais en l'absence de matériel, ils utilisent les moyens existants notamment la prescription d'antibiotiques à fort dosage (cotrimoxazole, flagyl), d'antidouleurs, et d'antianémiques, du Misoprostol par voie rectale et vaginale. En milieu urbain par contre, pour la gestion des complications les prestataires utilisent l'aspiration manuelle intra-utérine.

B. Des enregistrements de cas sans spécification des origines de la complication

Il existe dans les registres de soins curatifs au sein des structures publiques, un enregistrement

clair des cas de complication d'avortement pris en charge. Cependant, dans la plupart de ces structures visitées, il est rarement spécifié que les cas de complication d'avortement pris en charge sont des cas d'interruption volontaire de grossesse ou d'avortement spontané.

Plusieurs raisons justifient le manque de précision quant à l'enregistrement des cas :

→ L'impossibilité, à quelques exceptions près (reste de tiges de coton ou de tessons de bouteilles dans l'utérus) pour les prestataires de déterminer si l'avortement est provoqué ou pas. Puisque les femmes ayant provoqué un avortement auraient généralement tendance à le présenter comme un avortement spontané selon Papy, prestataire de santé :

« Les femmes qui arrivent ne vous diront jamais qu'elles ont pris des médicaments pour avorter. Quel que soit ce que tu leur dis pour les rassurer elles te disent que c'est tombé seul ! »

→ Le fait que la prise en charge des complications d'avortement ne fasse pas partie de la gratuité ciblée²¹ n'en fait pas un objet de déclaration obligatoire. En outre, il n'existe pas de coût homologué pour la prise en charge des complications d'avortement. Les coûts sont déterminés par le prestataire en fonction du matériel et des médicaments utilisés.

→ Aussi, le non-enregistrement répond à la fois à la gestion des risques potentiels de sanctions, mais aussi à une autre logique : celle de la dissimulation. Car l'enregistrement de tous les cas de complications d'avortement mentionnés dans le registre de soins curatifs pourrait faciliter l'estimation du montant perçu par le prestataire. L'absence de transparence et de traçabilité de l'enregistrement des cas peut donc être interprétée comme une stratégie d'autoprotection des prestataires en cas de contrôle.

²¹ Les politiques de gratuité consistent à abolir les paiements formels, directs payés par le patient au prestataire de santé. Le champ d'application de cette gratuité varie sur deux axes : d'abord la population ciblée qui va de certains groupes spécifiques plus ou moins important à l'ensemble de la population présente sur un territoire : ensuite, le panier de soins couvert par cette gratuité, qui peut se limiter à certains services spécifiques pour couvrir un panier de soins plus large voire même l'ensemble du panier de soins délivrés au niveau des services de santé primaires.

CONCLUSION PARTIELLE

L'étude a permis de faire les constats suivants :

Premier constat. L'informalisation de la pratique d'avortement et les perceptions différenciées des complications qui y sont associées déterminent les choix d'itinéraires de gestion. En effet, l'on relève deux circuits de gestion des complications d'avortement. D'une part, les circuits de gestion informelle, et d'autre part, le recours aux structures de santé publique. Dans l'un ou l'autre circuit, les stratégies de gestion des complications d'avortement sont le résultat d'un arbitrage entre perceptions des complications, coût, accessibilité et gain attendu.

Deuxième constat. Le recours aux structures hospitalières comme modalité de gestion des complications d'avortement est illustratif d'une ruse des femmes en demande pour 'légaliser' la gestion de leur avortement dont le processus de prise en charge a démarré dans l'informel. En effet, bien informées des dispositions qui autorisent les services publics de santé à prendre en charge les complications post-avortements et sur la base de fausses déclarations quant aux circonstances de la survenue de leur état, elles s'orientent vers les établissements publics de santé pour gérer les complications des avortements pratiqués à l'origine dans les circuits informels. Elles rusent ainsi avec l'obligation professionnelle pour les agents des services publics de prendre en charge les cas de complications d'avortement.

PERCEPTIONS SOCIALES DES CONSÉQUENCES DE L'AVORTEMENT

Les perceptions sociales des conséquences de l'avortement clandestin sur la vie des femmes y ayant eu recours sont de divers ordres. Ces représentations sociales de l'avortement sont différenciées et se situent au moment de la demande et/ou en post-abortum.

1. D'UNE VISION SALVATRICE DES AVORTEMENTS EN SITUATION DE DEMANDE...

En situation de demande d'avortement, la grossesse est chosifiée par les femmes et est présentée comme un poids, un problème. Elles ont recours à des terminologies pour se soulager de ce qui paraît une charge. La non-prise de conscience des risques encourus pendant la demande de l'avortement vient corroborer le caractère pesant de la grossesse dans leurs différentes relations sociales comme l'illustre le propos de Maman, 17 ans, élève :

« Je ne pensais pas là-bas aux risques d'abord dès ! À l'heure-là, l'essentiel si j'avais enlevé la grossesse c'est ça je pouvais me soucier de tout ça (conséquences) la. »

Malgré la connaissance des risques et les craintes ressenties à l'usage de certaines

méthodes, le recours à l'avortement paraît être la solution idéale afin d'éviter de mettre en péril sa vie, son avenir et le lien social. Dans ce contexte, l'avortement est en effet perçu comme une panacée, comme la « solution » au problème qui « n'arrange pas » les femmes. Pour illustrer l'espoir qu'elles placent en l'avortement, elles utilisent des expressions comme « enlever, libérer, débarrasser, évacuer et nettoyer » comme pour marquer le caractère pesant de la grossesse sur leur vie et leur avenir. Le tableau (figure 11) récapitule les terminologies utilisées pour parler de la grossesse et de l'avortement par les femmes en demande ou les femmes qui en ont fait l'expérience.

Cependant, dans la phase post-abortum, les sentiments évoluent et varient selon le contexte familial et/ou communautaire.

2. ...À L'EXPRESSION DE REGRETS EN POST-ABORTUM

Les femmes ayant eu recours clandestinement à l'avortement sont bien souvent dans une attitude de silence sur ce qu'elles ont vécu. Se taire sur le fait d'avoir avorté, c'est avant tout pour ces femmes, d'éviter les jugements négatifs et leurs impacts potentiels sur les relations familiales et/ou communautaires. Entourer l'expérience vécue

Grossesse non désirée	Avortement
Ça ne m'arrange pas	Je veux évacuer
J'ai un problème	Il faut trouver une solution
Je suis coincée	Je veux me libérer
Je suis foutue	Je veux faire passer
C'est fini	Je veux me débarrasser de ça
C'est gâté	Je veux enlever tout ça
C'est un accident	Je veux nettoyer
Ça va me retarder	Il faut m'aider

FIGURE 11 Tableau de terminologies servant à décrire la grossesse non désirée et l'avortement chez les femmes en demande de services (source: CUB, 2019).

du sceau d'un secret, c'est aussi éviter toute forme de stigmatisation sur fond d'un regret profond provoqué par la tension entre les pesanteurs morales autour de l'acte d'avorter et l'impératif de se défaire d'une grossesse non désirée en situation d'impossibilité d'assumer les charges d'une parentalité. L'expression du regret ponctue quasiment tous les récits des femmes, marquant ainsi la prégnance du sentiment de culpabilité après l'avortement. Solange, Fatim, Victoire et Pharelle illustrent par leur propos ces sentiments de regrets partagés par la plupart des femmes ayant pratiqué l'avortement :

Solange, 25 ans, élève, célibataire :

« Chaque jour même, je regrette ...pour les deux (avortements) même. Je pense que c'est à cause de ça BAC là ça marche pas, c'est troisième année là.... Et puis quand je vois la fille de ma grande sœur ... ça me fait un peu mal, je me dis si je savais, ma fille allait faire CP1, CP2. Je prie, je demande pardon à Dieu. »

Fatim, 22 ans, aide-soignante, célibataire :

« Moi-même j'ai déjà fait ça (avortement), mais je ne conseille pas quelqu'un de faire ça...parce cet enfant que j'ai jeté là, peut-être que c'est grâce à lui ils vont me connaître dans le pays. Parce que, je serai grand type et il va m'enlever de tout ça là... je ne sais pas comment m'exprimer même... et puis cet enfant-là je l'ai jeté en tout cas ça me fait mal jusqu'à présent. »

Pharelle, 19 ans, élève, célibataire.

« Ça me fait mal, c'est 100 % regret même que si même là j'arrêtais école ou bien mon enfant n'avait pas de père c'est mieux que de me mettre dans les situations comme ça. Et si demain je ne fais pas enfant, que vais-je faire ? »

L'expérience de l'avortement vécue conduit celles qui l'ont connue à vivre avec inquiétude : l'avenir de leur santé reproductive par crainte d'éventuelles conséquences physiologiques de l'avortement. Après le recours à l'avortement, les femmes sont souvent animées de deux sentiments contradictoires : sentiment victimaire et la culpabilité. Elles se considèrent victimes de la situation financière qui les a conduites à faire ce choix, victimes de la confiance placée en leur partenaire qui leur a imposé des rapports non protégés, mais aussi victimes potentielles des méthodes d'avortement utilisées, par peur de leurs effets secondaires. Mais en même temps, elles culpabilisent. Soit à cause de leur attachement à des valeurs religieuses, soit parce que l'avortement est mal accepté dans l'opinion publique, voire punie par la loi.

2.1. APPARITION D'UNE CONSCIENCE DES RISQUES LIÉS À LA PRATIQUE DES AVORTEMENTS

Dans la section 1 du présent rapport (p. 29 et suivantes), nous avons relevé chez les jeunes femmes ayant fait l'objet de l'enquête, une tendance à prendre des libertés avec les méthodes contraceptives et à utiliser l'interruption volontaire de grossesses plutôt comme un moyen de régulation des grossesses en raison de la présence d'une offre diversifiée de services d'avortement clandestin. Ce n'est qu'après la réalisation de l'avortement que les femmes prennent conscience des risques liés à sa pratique. La conscience du risque est quasi absente au moment de la demande de service motivée par des urgences. De façon générale, cette conscience des risques se construit par une lecture morale de l'acte et la peur de voir sa fertilité compromise par l'avortement. Il en résulte un sentiment d'avoir fauté en avortant et une peur de la stérilité comme « sanction divine ». Carmen estime que les conséquences de l'avortement sont irréversibles :

« Les conséquences là, sont irréversibles. Tu as fait deux, trois avortements. Au moment où tu auras besoin d'un enfant, tu peux

ne pas avoir. Et puis peut-être que, cette grossesse-là, c'est ce seul enfant que Dieu a voulu te donner, et puis tu as enlevé. Ce n'est vraiment pas un truc à conseiller.»

Aussi, la gestion des complications après un avortement conduit-elle les femmes qui en ont fait l'expérience, comme Mazo, 22 ans, élève, à penser souvent à la **mort** :

« Ça été compliqué quoi, j'ai eu plus peur, mais, j'avais peur des médicaments indignés, mais j'ai eu peur du comprimé qu'ils m'ont donné là parce que ça m'a beaucoup fatigué... Parce que je saignais beaucoup, je n'avais plus de force... J'ai failli mourir... J'ai peur que ça me rende stérile en tout cas.»

Également pour Géné, 35 ans, couturière, la conscience du risque est apparue après l'avortement :

« ... Je me suis dit que grossesse là je vais faire passer, mais quand j'ai dit ça je n'ai pas pensé à la mort c'est quand j'ai fini maintenant que j'ai vu sang là c'est ça j'ai pensé que j'ai fait du mal.»

Quant à Pomme 20 ans, élève, elle affirme que malgré qu'il y ait la conscience du danger, cela n'empêche parfois pas la réalisation de l'acte au moment précis :

« J'avais peur...avant même de le faire, nous tous on sait même que c'est pas bon... Lorsque tu es face de la situation, tu ne penses même pas même. Tu sais que c'est pas bon, mais tu fais quand même.»

2.2. AVORTEMENT COMME DÉCONSTRUCTION DE L'IDENTITÉ FÉMININE

L'expérience de l'avortement affecte également la part subjective de l'identité féminine. Après l'expérience d'un avortement, les femmes ont le

sentiment d'avoir touché à ce qui fonde leur féminité : la plénitude de leur statut de femme par la procréation. Car la peur des effets secondaires de l'avortement les fait douter de leur santé reproductive et les inscrivent dans une démarche de reconstruction de soi selon des modalités variées :

→ **Soit, par le recours à la religion** : les récits de trajectoire d'avortement des femmes sont ponctués d'expressions de regret en rapport avec l'acte posé, mais aussi de sentiment d'auto-culpabilisation. Certaines d'entre elles se considèrent désormais comme des « assassins » comme l'exprime Victoire, 21 ans, élève :

« Souvent ça m'arrive à penser... Bon ! Souvent je pleure même... Parce que je me dis que, même... Mais moi aussi je suis devenue assassin, j'ai tué un être humain.»

Ces femmes essaient donc de soulager cette auto-culpabilisation par la repentance et la dévotion, observent des périodes de jeûnes, se confessent auprès des guides religieux et, pour les chrétiennes, demandent des messes en tout anonymat ou changeant d'identité, comme pour implorer le pardon divin. Les propos de Solange, 25 ans, élève illustrent fort bien cet état d'esprit post-avortement :

« Chaque jour même, je regrette, je prie, je demande pardon à Dieu... Je suis partie me confesser à l'église là-bas.»

→ **Soit, par l'oubli, ou le déni de l'acte posé** : Pour éviter de culpabiliser par rapport à l'avortement qu'elles estiment « justifié », certaines femmes tentent de gérer le post-avortement par le déni et l'oubli. Elles se refusent à y repenser par souci de se déculpabiliser et/ou se libérer. Pour cette catégorie de femmes, l'évocation de l'avortement au cours des entretiens fut des moments d'intenses douleurs psychologiques. Au cours des entretiens, elles manifestaient leur choix de vivre dans le déni par les longs silences ou encore de courtes phrases faites de non-dits en réponse aux questions qui leur étaient

posées. Ethnographiquement, ces silences en disent long sur les maux psychologiques sur lesquels elles n'entendent plus mettre des mots. Comme si revenir sur les épisodes de l'avortement leur rappelait des traces et des souvenirs douloureux qu'elles avaient délibérément fait le choix de biffer de leur vie.

Les conséquences de l'avortement sur les femmes ne sont pas que psychologiques. Elles sont aussi relationnelles.

3. MODIFICATION DES RAPPORTS AVEC L'ENTOURAGE

La pratique de l'avortement est un facteur de bouleversement de la vie des femmes qui en ont connu. Ces bouleversements s'observent soit, dans la relation avec l'auteur de la grossesse, soit dans le couple lorsque la femme est mariée ou vit maritalement.

Dans la majorité des cas, l'on a pu noter la **fin de la relation amoureuse** avec l'auteur de la grossesse. La grossesse révèle le plus souvent la fragilité des relations marquée par la fuite des responsabilités de l'auteur face à la survenue de la grossesse et par la rupture du lien de confiance quand celui-ci n'est pas associé à la prise de décision d'avorter. Ou encore, elle montre la précarité de la relation en raison des difficultés à rassembler la somme nécessaire pour passer à l'acte même lorsque les deux parties s'accordent sur le non-désir d'enfant ou le report de la parentalité.

Dans les ménages, la pratique de l'avortement donne lieu à des tensions dans le couple. Car, la responsabilité de l'avortement est encore inégalement répartie, même lorsque la décision a été prise d'un commun accord. La responsabilité de la grossesse non désirée qui a conduit à l'avortement est généralement imputée à la femme, soit pour n'avoir maîtrisé sa fécondité, soit parce qu'elle aurait, selon son conjoint ou son compagnon, un agenda caché : piéger l'homme. En cas de dissension ou de moindre dispute au sein du

couple, le registre accusateur du conjoint vis-à-vis de la femme sur fond de non-respect de l'interdit moral de l'avortement prend le pas. Il en résulte souvent un affaiblissement du lien affectif.

Aussi, après un avortement, les incertitudes autour des chances pour la femme de procréer sont diversement gérées au sein des couples qui en ont fait l'expérience. L'avenir de la relation étant le plus souvent conditionné par la capacité de procréation de la femme, le désir d'enfant devient un objet de conflit pour des raisons différentes. L'homme le pose comme condition pour continuer la relation tandis que la femme vit cette conditionnalité comme une hantise. L'histoire d'Elo, 22 ans, sans emploi illustre ces cas rencontrés :

« En ce moment quand je faisais ces deux avortements de lui là, on ne vivait pas ensemble parce que je n'avais pas encore eu le bac. (...) Il m'a dit que de laisser, j'ai dit que je ne suis pas prête donc il est allé dire ça à ses frères pour me convaincre de laisser. La deuxième fois, lui il a informé ses frères. Son frère m'a même supplié. S'il te plaît, ne fais pas passer la grossesse. (...) On fait palabre de ça (avortement) souvent. Parce qu'il m'a dit que lui il voulait enfant et moi je n'ai pas gardé et aujourd'hui on cherche enfant. Souvent je lui pose des questions : si demain tu apprends que je suis stérile, tu vas me laisser ? Il ne me répond pas ou bien il me dit que lui il a déjà un enfant... Je sais que si aujourd'hui, je fais un test et puis on me dit que je suis enceinte là, j'aurai une grande joie contrairement aux autres années. »

Aussi, la découverte de la grossesse et/ou la fuite de l'information sur l'avortement pratiqué ont pu provoquer chez certaines femmes l'effritement des liens avec certains membres de leurs familles. Ceux-ci se sentent, de fait, trahis de n'avoir pas été informés et de n'avoir pas été associés à la gestion de ces risques (grossesse et avortement) dont les conséquences auraient pu rejaillir sur

tous. Il en résulte une perte de confiance dans la femme ayant pratiqué l'avortement.

Comme souligné dans la session 1, la peur du mécontentement du père est centrale dans le vécu de l'après-avortement. L'expérience d'Iris, 17 ans, élève, qui, depuis son avortement, a observé un changement dans ses rapports avec son père est assez illustrative de ce type de situation :

« Bon, par rapport à ma maman. Elle a su me comprendre, elle et ma tata ont su me comprendre. Mais papa... Bon je ne peux pas dire qu'il a fait de la discrimination puisqu'il a été déçu d'une part, mais... après ça... C'est quand on est deux que je sens qu'il n'est pas trop content. »

L'avortement redéfinit aussi chez les femmes le rapport aux contraceptifs.

4. GESTION DE LA SEXUALITÉ POST-AVORTEMENT

L'expérience de l'avortement entraîne deux réactions chez les femmes.

D'une part, elle incite les femmes à développer des réflexes plus responsables dans la gestion de leur sexualité. La tendance globale est d'être plus attentive à la protection des rapports ou à se mettre sous contraceptif pour éviter des grossesses non planifiées. En matière de choix de contraceptif, les méthodes les plus courantes auxquelles ont recours les femmes sont : l'implant contraceptif, et l'injectable de 3 mois.

Ange 2, 18 ans, coiffeuse, affirme que son refus de pratiquer à nouveau l'avortement l'a conduit au choix d'une méthode contraceptive :

« ... C'est quand on a fini tout ça là (avortement) et puis mes menstrues sont venues encore, et puis je suis venue la voir pour lui dire elle n'a qu'à trouver solution pour ne pas que je tombe encore enceinte

et puis enlever les grossesses... et puis elle m'a dit y'a quelque chose pour ça que c'est implant, OK je suis venue elle a placé...je veux plus jamais enlever une grossesse encore. »

Après les complications suite à l'avortement Inès, 18 ans, élève, a opté pour les implants avec une longue durée :

« ... Quand ils ont fini de laver dans mon ventre, ils ont placé pilules là...hum, hum, implant... pour cinq ans. »

D'autre part, la hantise d'avoir avorté au moins une fois installe le doute dans l'esprit de bien de femmes quant à leur capacité à procréer, surtout lorsqu'elles ont fait l'expérience de l'avortement en étant célibataires. Lorsque les conditions socioéconomiques s'améliorent, la prise d'une nouvelle grossesse devient un test de maternité comme pour éprouver leur santé sexuelle et reproductive. Tel est le cas de Yasmine, Mariam qui comme la majorité des filles rencontrées, se posent les questions sur la possibilité d'une future maternité :

Yasmine, 17 ans, élève : *« Parce que ce n'est pas bon. Ça pouvait me tuer même. Si je me marie ça peut faire que je ne vais pas avoir enfant. Je regrette même à cause de ça je prie Dieu pour ça. Quand j'étais enfant, je me suis dis que je n'allais faire avortement. Mais aujourd'hui je prends jeûne pour cela. »*

Mariam, 19 ans, élève : *« J'ai peur, je ne sais pas si c'était le seul enfant que Dieu m'a donné et j'ai fait l'avortement, donc souvent, ça me fait pleurer. »*

CONCLUSION PARTIELLE

Trois enseignements ressortent de l'analyse de la perception sociale des conséquences de l'avortement.

Premier enseignement. Le recours à l'avortement clandestin est différemment perçu par les femmes avant et après l'acte. Si, au départ, l'avortement est généralement perçu comme une solution radicale aux '*problèmes*' que posent une grossesse non désirée, une forme de résilience ultime à un choc, après l'acte, cette perception salvatrice de l'avortement se trouve relativisée pour faire place, chez la plupart des femmes, au regret d'avoir avorté et à un sentiment profond de culpabilité doublée d'une conscience post-abortum des risques liés à un tel choix.

Deuxième enseignement. L'étude a également relevé que les femmes ayant connu l'avortement sortent rarement indemnes psychologiquement de cette expérience. Elles tentent de résilier au choc psychologique, soit par la dévotion, soit par le déni de l'expérience vécue. Au-delà de l'aspect psychologique, l'expérience de l'avortement affecte également les liens relationnels : détérioration des liens avec l'entourage ; modification de relations pouvant aller jusqu'à la rupture de la relation amoureuse, effritement des liens affectifs dans le couple.

Troisième enseignement. Finalement, la conscience du risque dans la phase post-abortum conduit les femmes la plupart du temps à envisager un autre rapport plus rigoureux à la contraception.

**COMPRENDRE L'ÉCART
ENTRE LA RÉALITÉ DE L'AVORTEMENT
ET LES DISPOSITIONS INSTITUTIONNELLES**

L'objectif de la présente section est de comprendre l'écart existant entre la réalité des pratiques d'avortements clandestins observé par exemple à Soubré et à Méagui et le dispositif institutionnel mis en place pour lutter contre les IVG ainsi que les positions qui se dessinent dans l'espace public autour de la réglementation sur l'avortement.

1. LA RÉGLEMENTATION SUR L'AVORTEMENT : UNE LECTURE À PARTIR DE SOUBRÉ ET DE MÉAGUI

Le cadre légal vis-à-vis de l'avortement prévoit une pénalisation de l'avortement pour les cas suivants : avortement provoqué, tentative d'avortement, vente et distribution de Misoprostol, et même la fourniture d'informations relatives à l'avortement, en dehors des cas limitativement prévus par la loi (article 366 du code pénal ivoirien). Cependant au niveau local, vu du terrain, la Mission constate une application sélective de la loi sur fond d'un déni de la réalité.

1.1. UNE TENDANCE À LA PÉNALISATION DES CONSÉQUENCES ET NON DE LA PRATIQUE DE L'AVORTEMENT CLANDESTIN

Les sections précédentes de ce rapport mettaient l'accent sur la généralisation de la pratique des avortements dans les localités de Soubré et Méagui. Ce qui veut dire en clair que la réglementation nationale sur l'avortement n'est pas aussi dissuasive qu'elle n'y paraît et que l'existence d'une loi contre les avortements n'empêche pas les acteurs de les pratiquer, pourvu que la pratique soit discrète et bien circonscrite à l'intérieur de réseaux eux-mêmes à peine discrets. Vu de Soubré et de Méagui, tout se passe comme si le législateur est dans un déni non seulement de la pratique, mais de l'ampleur du phénomène. Car la pénalisation de l'avortement semble en discordance avec la transformation à risque de sa pratique.

Cependant, lorsque surviennent des complications graves qui débouchent sur une perte en vie humaine à l'issue d'un avortement, la tolérance à la discrétion de la pratique de l'avortement prend fin et l'auteur de l'acte peut être dénoncé auprès des autorités et même puni. Dans la ville de Soubré, plusieurs interviewés et/ou prestataires rapportent le cas d'une jeune fille décédée dans la région, des suites de complications d'avortement. Le prestataire de cet avortement a été mis aux arrêts selon Angèle 17 ans, élève :

« J'ai entendu y'a un docteur qui a fait avortement d'une fille, mais l'avortement qu'il a fait là, il n'a pas bien fait l'avortement... Il a mal fait l'avortement donc ils ont dit non que ah monsieur, vous avez fait ça vous n'avez pas bien fait parce que elle saigne, elle saigne beaucoup, actuellement là on sait pas ce qu'on va faire, donc ce qu'il a fait là c'était pas normal, donc ils ont appelé la police pour venir l'arrêter parce que qu'il a fait n'était pas normal, même si il devait enlever la grossesse il devait faire un truc propre pour ne pas que elle puisse avoir des trucs, qu'elle meurt de douleurs à la suite de ça. »

Ce fait semble avoir marqué les consciences et rappeler que la loi existe, mais ne s'applique, non pas en cas de découverte de la pratique d'avortement proprement dite, tant qu'elle reste à peine cachée, mais si et seulement si l'acte a des conséquences qui affectent l'opinion publique. De telles données de contexte contribuent à structurer des perceptions locales marquées par deux tendances.

1.2. PERCEPTION DE LA RÉGLEMENTATION SUR L'AVORTEMENT : LES POINTS DE VUE DES PRESTATAIRES DE SERVICE DE SANTÉ

Comment les prestataires de services de santé à Méagui et à Soubré perçoivent-ils la réglementation sur l'avortement ? Deux tendances se dégagent de l'analyse des perceptions de la réglementation sur l'avortement, du point de vue

de cette catégorie d'acteurs. Au niveau local, la tendance est globalement favorable à la réglementation, mais avec quelques nuances.

A. La tendance pro-réglementation

Confrontés à l'ampleur de l'avortement clandestin dans la localité, certains prestataires des services de santé, arc-boutés aux principes moraux, estiment que la réglementation est bien adaptée aux réalités locales. Ils perçoivent favorablement la sévérité de la réglementation au motif que son objectif est de protéger la santé des femmes en ne les exposant pas aux risques liés aux avortements clandestins. Toujours parmi les rigoristes, d'autres estiment que la réglementation serait plutôt un moyen de mettre fin aux excès de la pratique de l'avortement clandestin qui, comme dans la localité, conduit les jeunes femmes à abandonner les méthodes contraceptives. Ce courant pro-réglementation est plutôt ancré. Leur perception de la réglementation trouve son fondement dans les données de contexte marqué par la propension à utiliser l'avortement comme mode de régulation des grossesses comme souligné dans la section 1 du présent rapport (p. 29 et suivantes). Une telle position notée chez certains prestataires a été également relevée au Ghana, où pourtant la loi sur l'avortement se veut plus libérale, comparativement à celle de la Côte d'Ivoire, du Nigeria que du Mali (Atakro, confidence Alorse et al 2019).

B. La tendance réformiste : la légalisation de l'avortement sous certaines conditions

Une autre tendance estime que le cadre réglementaire des avortements doit être révisé. Car, selon elle, l'interdiction de l'IVG n'a jamais empêché le phénomène de se développer. Pour ce courant de pensée, adapter le cadre réglementaire et le rendre plus réaliste en respectant le droit des femmes à choisir d'avorter ou non atténuerait le recours aux avortements clandestins et les prises de risques par le recours à des méthodes d'avortement non sécurisées. En insistant sur l'ampleur de la pratique malgré son interdiction, ce courant recommande que l'on fasse confiance aux femmes

en donnant cette liberté de choix dont les femmes sauront, dans l'absolu, faire usage sans en abuser. Car pour eux, il y aurait plusieurs circonstances qui peuvent amener une femme à ne pas garder une grossesse. Fort de ces arguments, le courant réformiste suggère la légalisation de la pratique de l'avortement sous certaines conditions.

Toujours selon cette tendance, la légalisation de la pratique de l'avortement sous certaines conditions permettrait de faciliter l'accès de certaines femmes à des services plus sécurisés, en réduisant de fait le recours à l'informel ainsi que les risques de complication. L'avis de Kwam, prestataire de santé est tributaire de cette tendance :

«... Si on permettait l'avortement jusqu'à trois mois comme les gens le font dans certains pays, ça allait entraîner moins de dégâts, et ça allait diminuer le coût au profit même des personnes qui pratiquent, de ceux qui veulent avorter... Aujourd'hui ce qui est interdit euh, les gens donnent un prix parce que c'est interdit... Oui, comme tu dis c'est interdit, si je le fais, faut que tu payes fort.»

Pour être comprise, l'asymétrie entre la réglementation et les pratiques qui trouve sa projection dans l'ampleur du phénomène dans des localités comme Soubré et Méagui doit être rapprochée des contradictions au plan national de la ratification du protocole de Maputo.

2. LE PRINCIPE DE SOUVERAINETÉ

La Côte d'Ivoire a ratifié le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes (Protocole de Maputo de 2003) le 9 mars 2012.

En son article 14, ce protocole stipule que « Les États assurent le respect et la promotion des droits de la femme à la santé, y compris la santé sexuelle et reproductive. Ces droits comprennent :

a) le droit d'exercer un contrôle sur leur fécondité;

b) le droit de décider de leur maternité, du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances;

c) le libre choix des méthodes de contraception;

d) le droit de se protéger et d'être protégées contre les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA;

e) le droit d'être informées de leur état de santé et de l'état de santé de leur partenaire, en particulier en cas d'infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA, conformément aux normes et aux pratiques internationalement reconnues;

f) le droit à l'éducation sur la planification familiale.

Les États prennent toutes les mesures appropriées pour :

a) assurer l'accès des femmes aux services de santé adéquats, à des coûts abordables et à des distances raisonnables, y compris les programmes d'information, d'éducation et de communication pour les femmes, en particulier celles vivant en milieu rural;

b) fournir aux femmes des services pré et postnataux et nutritionnels pendant la grossesse et la période d'allaitement et améliorer les services existants;

c) protéger les droits reproductifs des femmes, particulièrement en autorisant l'avortement médicalisé, en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus.

22 <http://oidici.org/loi/2019/08/17/le-code-penal-2019/lois-article-par-article/codes>.

23 Article 14 alinéa 2 c du protocole de Maputo : « Les États prennent des mesures pour toutes les mesures appropriées pour protéger les droits reproductifs des femmes, particulièrement en autorisant l'avortement médicalisé, en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus. »

24 Enquête Démographique et de Santé, 2012.

25 Rapport d'évaluation des Objectifs de Développement Durable, 2018.

Depuis la ratification de ce protocole, aucune disposition relative aux avortements (article 14.c) n'a été mise en application. Pourquoi l'engagement moral et politique pris par l'État reste-t-il inappliqué, particulièrement de l'article 14.c, bien que l'État ivoirien l'ait dûment ratifié ? Plusieurs raisons sont à la base de cet écart existant entre la ratification et l'effectivité de ce protocole.

2.1. DES SOURCES DU NON-RESPECT DES OBLIGATIONS APRÈS LA RATIFICATION DES PROTOCOLES INTERNATIONAUX

Les entretiens avec des autorités du Ministère de la santé ont révélé que l'attitude attentiste de l'État ivoirien vis-à-vis des dispositions à prendre à propos de l'avortement suite à la signature du Protocole trouve sa justification dans l'évocation récurrente du principe de souveraineté adossée au caractère perçu comme non contraignant du protocole. L'État de Côte d'Ivoire a ratifié le Protocole de Maputo, mais ne se sent nullement obligé d'en appliquer certaines dispositions surtout en l'absence de sanctions ni de pressions politiques venant de l'intérieur.

Ce principe de souveraineté est souvent évoqué lorsqu'il s'agit de la révision du cadre juridique de réglementation des avortements. Il a servi d'argument de blocage dans :

→ La **non-adoption d'une loi sur la santé de la reproduction**. La Côte d'Ivoire est en 2019, le seul pays (Afrique de l'ouest) qui ne dispose pas de loi sur la Santé de la Reproduction prenant en compte les dispositions de Maputo relatives aux avortements.

→ La **révision partielle** de la loi relative au code pénal de 1981²². Selon l'article 366 de ce code pénal, une peine de prison allant d'un à dix ans sanctionne les prestataires de services d'avortement d'une part, et une peine de six mois à deux ans est prévue pour la femme ayant avorté. Cette loi a été abrogée en 2019. Dans le nouveau code pénal, les articles 425 à 428 (relatifs à l'avortement) du code pénal ivoirien révisé de 2019 prévoient toujours

un emprisonnement de six mois à deux ans pour la femme ayant avorté. Cependant, un amendement a tout de même été apporté à l'article 427 étendant l'absence d'infraction au cas de viol, mais seulement à la demande de la femme. Une telle révision des articles (425 à 428) prend en partie en compte les dispositions du protocole de Maputo²³, exceptée la dépénalisation de l'avortement pour cause d'inceste. Si cela est déjà une avancée même timide, elle est loin d'être à la mesure de l'ampleur du phénomène et de l'urgence du besoin de dépénalisation de l'avortement tout court pour favoriser une médicalisation sécurisée de sa pratique.

De fait, l'absence d'un cadre légal en phase avec les réalités de l'avortement continue de justifier la réticence des prestataires des structures de santé à fournir aux femmes en demande des services d'avortement sécurisés. Il n'est plus de doute sur le fait que l'ampleur du phénomène pose question. Et plusieurs études l'ont déjà montré. En effet 14 % des décès maternels sont imputables aux avortements clandestins. L'avortement clandestin est à la base de 614 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2012²⁴. Selon le rapport d'évaluation des Objectifs de Développement Durable, la problématique de l'avortement clandestin s'impose comme un véritable problème de santé publique car elle demeure, même après 2012, la cause de nombreux décès maternels : le taux est de 645 pour 100 000 naissances vivantes²⁵.

3. LES ACTEURS NON ÉTATIQUES ET LA QUESTION DE L'AVORTEMENT

Comment les acteurs non étatiques interfont-ils dans la tension entre la démarche de ratification du protocole et la non-effectivité de son application ? Les enquêtes révèlent que, chez les acteurs non étatiques, il existe un double positionnement vis-à-vis de l'avortement en fonction du type d'acteurs en présence.

3.1. POUR LES RELIGIEUX : L'ABSTINENCE ET L'ÉDUCATION SEXUELLE PLUTÔT QUE LA LIBÉRALISATION DE L'AVORTEMENT

En Côte d'Ivoire, sur la dépénalisation de l'avortement, le point de vue des religieux représentés par l'ARSIP (Alliance des religieux contre le VIH/sida et les autres pandémies) est sans équivoque : « la vie de tout être humain est sacrée ». En raison de ce principe, l'interruption d'une grossesse ne saurait se justifier. Cependant, selon les autorités religieuses rencontrées, l'interruption de grossesse peut être autorisée lorsque la grossesse présente un danger pour la vie de la mère, ou dans les situations de viol et d'inceste. Cette position semble plus tolérante que la réglementation en vigueur et se rapproche mieux des dispositions relatives au protocole de Maputo en son article 14.c :

« La femme ait le droit d'avorter au cas où la grossesse provient des rapports sexuels qui lui ont été imposés de force ou si elle a été engrossée par son père ou si enfin la grossesse peut mettre en danger sa vie ou celle de l'enfant qu'elle porte ou si elle ou l'enfant qu'elle porte risque d'avoir des problèmes mentaux à cause de la grossesse. »

Qu'ils soient chrétiens ou musulmans, les religieux s'opposent au recours volontaire à l'avortement sans condition. Si l'approche moraliste essentiellement conséquentialiste domine leur position au point d'inclure les situations de viol et d'inceste dans les modalités d'autorisation de l'avortement, une libéralisation de la pratique sur la base de la seule volonté des femmes leur paraît inacceptable et donc est à écarter. Car tableur sur la seule volonté des femmes peut être source de débordements contraires à la morale religieuse. Pour les religieux, la problématique des avortements est encore envisagée sous l'angle du contrôle social des mœurs. Car ils perçoivent la plupart du temps les avortements clandestins comme étant la conséquence d'une sexualité débridée. Ils s'opposent de fait à la libéralisation de l'avortement par crainte d'une tolérance à ce qu'ils

considèrent comme étant une perversion des mœurs. Toujours pour cette catégorie d'acteurs dont la position sur la question de l'avortement pèse dans la posture conservatrice de l'État, la lutte contre les grossesses non désirées doit se faire plutôt à travers la **promotion de l'abstinence** et de **l'éducation sexuelle complète**. En outre, toujours pour les religieux, deux préalables devraient être mis en place dans l'éventualité d'une libéralisation de l'avortement : **des** mécanismes de gestion de la **sexualité pré-maritale** et la **répression des auteurs** de grossesses non désirées chez les mineures.

Dans l'impossibilité de la réalisation de ces préalables dans le court terme, des **limites à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse doivent demeurer**. Cependant, les religieux reconnaissent la nécessité et le bien fondé de prendre en charge les complications post-avortement, malgré leur opposition à la libéralisation des avortements.

3.2. MALGRÉ TOUT, QUELQUES INITIATIVES DE PROMOTEURS DU VOLET AVORTEMENT DU PROTOCOLE DE MAPUTO

Malgré le caractère restrictif de la loi sur l'avortement et la prégnance des croyances religieuses à la base de la réticence morale vis-à-vis de l'idée de la dépénalisation de l'avortement, malgré les conséquences sanitaires, sociales et psychologiques des avortements rendus clandestins, en Côte d'Ivoire comme au Ghana, pays voisin où la loi est moins restrictive (Aniteye and Mayhew, 2019) plusieurs partenaires s'investissent activement dans la promotion du changement d'attitude des prestataires de santé ou dans le changement de comportements plus favorables des jeunes et des adolescent-e-s à la santé sexuelle et de la reproduction. Même si l'État semble traîner le pas concernant l'application des dispositions de Maputo relatives à l'avortement, des initiatives sont prises en faveur de la réduction de la mortalité maternelle imputable aux avortements clandestins. Certains acteurs non étatiques continuent de faire du plaidoyer visant à améliorer

l'accès des femmes à l'avortement sécurisé et aux soins de qualité après avortement. Ces initiatives se déclinent sous plusieurs formes : des formations, des efforts de renforcement du plateau technique pour la prise en charge des complications d'avortements (Fonds des Nations unies pour la population, Care International...), des sessions d'information sur la primauté de la loi internationale (Engenderhealth...).

La plupart de ces initiatives partent plutôt du principe philosophique et politique de la nécessité d'octroyer le droit à chaque femme d'avoir accès à des avortements sécurisés. Toutes ces positions se déploient dans un environnement national ivoirien.

Toutes ces positions se déploient et se côtoient dans un environnement national ivoirien sans la problématique de l'avortement et de la qualité de la réglementation qui l'encadre ne fasse l'objet d'un débat de politique publique.

CONCLUSION PARTIELLE

Premier enseignement. Vu de Soubré et de Méagui, la perception de la réglementation sur l'avortement révèle deux sentiments : (i) le déni aussi bien de la réalité que de l'ampleur du phénomène par l'État. Mais aussi (ii) une application plutôt sélective de la loi. Cette sélectivité dans l'application de la loi repose sur ce qu'ils considèrent comme étant la pénalisation des conséquences de l'avortement clandestin que de la pratique de l'avortement clandestin lui-même.

Deuxième enseignement. La perception de la pertinence de la réglementation sur l'avortement divise en deux catégories les prestataires de services de santé, avec d'un côté les pro-réglementation (4/14 prestataires) et les réformistes (10/14 prestataires). Si les premiers perçoivent favorablement la sévérité de la réglementation au motif que son objectif est de protéger la santé des femmes en ne les exposant pas aux risques liés aux avortements clandestins, de l'autre, les

réformistes (10/14 prestataires), quant à eux, estiment que la légalisation de la pratique de l'avortement sous certaines conditions permettrait de faciliter l'accès des femmes à des services plus sécurisés, en réduisant de fait le recours à l'informel ainsi que les risques qu'il induit.

Troisième enseignement. L'État de Côte d'Ivoire a ratifié le Protocole de Maputo depuis 2003, mais ne s'est senti nullement obligé jusque-là d'en appliquer certaines dispositions relatives à l'avortement. L'analyse du discours des représentants de l'État chargés des politiques publiques de santé sexuelle et reproductive a montré comment le principe de souveraineté est convoqué pour justifier la non-mise en application du protocole dûment ratifié.

Quatrième enseignement. Autour de la question de l'avortement, des dynamiques contradictoires sont observées au sein des acteurs non étatiques, dont certains tentent discrètement d'influencer la réglementation dans un sens comme dans un autre. Si des initiatives éparses en faveur de l'octroi du droit à chaque femme d'avoir accès à des avortements sécurisés, existent, elles restent encore timides. Les autorités religieuses dont le poids politique sur les décisions concernant la santé sexuelle et reproductive est non négligeable, quant à eux, affichent, une position moins conservatrice que celle de l'État. Elles élargissent la possibilité d'interruption des grossesses non pas seulement en cas de danger pour la vie de la mère, mais aussi dans les situations de viol et d'inceste.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les résultats de l'étude ont révélé que l'interdiction de l'interruption volontaire de grossesse n'a jamais empêché le phénomène de se développer. Dans le contexte particulier de Soubré et Méagui, la faible couverture sanitaire a été une opportunité pour les structures informelles telles que les cliniques chinoises, les infirmeries privées et les vendeurs de médicaments chinois d'être les principaux pourvoyeurs de services d'avortement clandestins. Malgré le manque de qualification des prestataires y exerçant et l'absence totale de contrôle exercé sur les médicaments chinois, le recours fréquent des populations à ces structures informelles et à ces produits a contribué à les légitimer sur le marché sanitaire.

La problématique des avortements, concerne en général, des jeunes femmes dont l'âge varie entre 15 et 20 ans célibataires et économiquement vulnérables pour la plupart d'entre elles.

Il existe chez les femmes une réelle demande de services d'avortement non satisfaite dans les structures publiques en raison de sa pénalisation. Cette asymétrie entre la demande sociale d'avortement pour diverses raisons et l'offre publique de structures d'accueil dédiées, a favorisé le développement d'une offre alternative de soins abortifs. Sur le marché informel de l'offre de service d'avortement, la préférence des femmes pour la méthode médicamenteuse chinoise à Soubré et Méagui est favorisée par des données de contexte sanitaire propice à l'expansion de cette offre alternative de soins.

La pratique de l'avortement donne lieu à des conséquences sociales différemment perçues et vécues par les femmes ayant pratiqué l'avortement. En effet, chez les femmes, l'expérience de l'interruption volontaire de grossesse les affecte psychologiquement et socialement. Elles y résilient par la mise en place de stratégies de reconstruction d'elles-mêmes qui incluent généralement une gestion plus responsable de leur sexualité.

En cas de complication, le choix des itinéraires et des modalités de gestion dépend de la

perception des parties prenantes, que ce soit les femmes ayant fait l'expérience de l'avortement ou les prestataires.

L'analyse des dispositions institutionnelles face à l'avortement et de sa perception dans le milieu des prestataires des services de santé publique a mis en évidence trois constats: (i) le décalage entre la réglementation et l'ampleur de la pratique de l'avortement; (ii) la perception locale selon laquelle l'application de la réglementation serait plus sélective parce que les conséquences de l'acte seraient plus punies que l'acte lui-même; (iii) l'État a ratifié le Protocole de Maputo et ses représentants s'abritent derrière le principe de souveraineté pour justifier une posture plutôt attentiste, (iv) la position des religieux plus nuancée que celle de l'État conforte ce dernier dans sa posture, (v) des initiatives en faveur du respect des droits des femmes à avoir accès à des avortements sécurisés, mais ne contribuent pas pour l'heure à infléchir la position de l'État. Comme le relèvent Bajos et Ferrand (2006: 6), «l'interdiction ou l'autorisation de l'avortement dépasse largement les seules considérations morales ou démographiques, en raison de son impact sur la vie et la santé des femmes. Car, en raison de la faible diffusion de la contraception dans certains pays et de ses échecs dans les autres, avorter reste encore la seule solution pour les femmes qui se retrouvent enceintes sans l'avoir prévu et ou ne veulent pas d'une naissance.»

Sur la base des résultats de l'étude socio-anthropologique sur les pratiques des avortements clandestins et leurs conséquences sur la santé des femmes, l'équipe de recherche formule les recommandations suivantes:

À L'ADRESSE DU MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION ET DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

1. Évoluer vers une vision plus claire en matière politique d'éducation à la santé sexuelle et reproductive. Par rapport à la problématique de l'éducation sexuelle et de la reproduction à

l'intersection de la politique de prévention des fléaux du VIH/sida, des IST, des grossesses non désirées et des avortements à risque chez les jeunes, quelques points des conclusions de l'étude (Akindès, 2016) sur les grossesses non désirées en milieu scolaire effectuée par la Chaire pour le compte du ministère de l'Éducation, gardent encore toutes leurs pertinences.

Après analyse du dispositif d'offre publique d'éducation sexuelle et génésique au cycle secondaire de l'enseignement général, l'étude relevait six faiblesses qui limitent la capacité de l'école à répondre à la demande sociale d'éducation sexuelle des jeunes. Ces faiblesses sont :

- La qualification et les compétences des enseignants affectés aux enseignements d'EDHC.
- Les interférences des valeurs culturelles des formateurs dans les enseignements sur la sexualité.
- Une pédagogie pro-abstinence de l'éducation à la santé sexuelle encore trop discrète sur les alternatives en matière de protection.
- Un décalage entre le niveau de la scolarité auquel sont introduites les informations sur la puberté et sa gestion et l'âge d'entrée en activité sexuelle.
- Une pédagogie de l'éducation à la santé sexuelle peu sensible à la problématique du genre et du pouvoir dans les comportements sexuels à risques.
- Une absence de politique nationale en matière d'éducation à la santé sexuelle et génésique.

La littérature (Haden, 2009) relative aux expériences nationales de prévention et de gestion des conséquences des grossesses non désirées enseigne que, pour mettre en place des stratégies appropriées de réduction des grossesses non planifiées chez les jeunes et les adolescentes, et espérer réduire les avortements à risque, il est recommandé de tacler directement tous les facteurs qui influencent la trajectoire sociale des jeunes et les conduisent vers le risque de parentalité précoce.

La Mission recommande au ministère de l'Éducation nationale et au ministère de la Santé d'évaluer vers la définition d'une politique publique d'éducation sexuelle en Côte d'Ivoire. Une telle politique devra faire l'objet d'un cadrage de ce qui devra tenir lieu de philosophie de l'offre publique d'éducation à la santé sexuelle et génésique en Côte d'Ivoire. À cet effet la Mission recommande que des États généraux de la sexualité des jeunes en milieu scolaire soient organisés. À partir d'une photographie objective des comportements sexuels des jeunes et des adolescent·e·s, ces États généraux devront se pencher sur le concept de programme d'éducation sexuelle à envisager. Celui-ci pourrait s'inspirer du cadre de référence élaboré par la région européenne de l'OMS, elle aussi confrontée également à de nombreux problèmes en matière de santé sexuelle (OMS, 2013), en l'adaptant aux réalités sociologiques et culturelles nationales.

L'augmentation des IST et du VIH/Sida et depuis peu, le phénomène des grossesses non désirées en milieu scolaire font de la sexualité des jeunes un problème majeur de population. Leur développement récent incite à repenser les façons parcellaires d'adresser ces problèmes et à envisager une alternative aux réponses actuelles plutôt en termes de politique globale d'amélioration de la santé sexuelle. L'objectif visé devra désormais être de donner aux jeunes une éducation sexuelle tournée vers leurs « besoins » réels de connaissances et leurs réalités. Cette approche alternative de la sexualité en milieu scolaire devra se défaire des peurs et des préjugés et permettre aux jeunes « de connaître la sexualité aussi bien en termes de risques que de potentialités, afin qu'ils puissent développer une attitude positive et responsable dans ce domaine » (OMS, 2010 : 5).

Quatre raisons justifient la mise en place d'une telle approche alternative.

- *La première.* Les conséquences auxquelles expose l'approche pudique de la sexualité des jeunes ne peuvent être maîtrisées rien qu'à travers des actions éparpillées (messages

de sensibilisation, distribution de préservatifs, programmes d'éducation à la santé sexuelle sur des bases moralisantes et en déphasage total avec la réalité de leurs pratiques sexuelles) souvent mal coordonnées.

- *La deuxième.* Plusieurs études (Kohler and al. 2008; Mueller and al, 2008) ont montré combien l'éducation sexuelle destinée à fournir aux jeunes les informations et les compétences nécessaires pour prendre des décisions saines et éclairées sur le sexe les protègent mieux contre les risques tels que les grossesses précoces et les avortements à risque.
- *La troisième.* Le droit de l'enfant à l'information reconnu par la Convention onusienne des droits de l'enfant rédigée en 1989 et ratifiée par la grande majorité des États autorise l'évolution vers une telle approche alternative. Rappelons qu'en vertu de l'article 13 de cette convention, l'enfant a le droit de s'exprimer librement, de chercher, recevoir et communiquer des informations et idées de toutes sortes. En vertu de l'article 19, les États ont l'obligation de fournir aux enfants les mesures éducatives pour les protéger, notamment contre les abus sexuels.
- *La quatrième.* Le constat de la précocité et de l'hyperactivité sexuelle des jeunes appelle l'urgence d'un tel changement d'approche et contraint à aborder plus frontalement cette problématique de la sexualité des jeunes.

Cependant, le cadrage politique d'une telle approche alternative ne peut être envisagé que dans un cadre concerté. Un tel cadrage politique nécessite une large consultation des partenaires du système éducatif, des jeunes en tant que public cible et de tous les acteurs, bilatéraux et multilatéraux impliqués dans l'offre de ressources et de services divers en matière de santé sexuelle et génésique en milieu scolaire. Ce cadrage appelle une définition claire et pragmatique de ce qui doit tenir lieu de vision du Gouvernement en matière de politique d'éducation à la santé sexuelle et de la reproduction; et ce, en lien avec sa politique de population. C'est cette vision qui devra être traduite en opérations à travers les campagnes de sensibilisation, les conseils et divers services

en SSR offerts par les OSC, les activités des clubs de santé et des centres de santé en matière d'accompagnement de la sexualité des jeunes. Une fois définie, une telle politique, pour être efficiente, devra être assortie des ressources financières adéquates pour la mise en œuvre des mesures et des initiatives contenues dans le Plan, lequel doit s'inscrire résolument dans la perspective de réduction, voire d'éradication du phénomène.

En guise d'éclairage d'un tel projet de cadrage et à partir des leçons tirées de l'analyse des causes du développement du phénomène des grossesses non désirés et des avortements clandestins en Côte d'Ivoire ainsi que des réponses qui y sont données, la Mission suggère que trois dimensions soient prises en compte: (i) tout en mettant l'accent sur l'importance de l'abstinence qui est le choix le plus sûr et en donnant aux jeunes et aux adolescents les raisons et les moyens de ne pas basculer dans une activité sexuelle précoce, les pouvoirs publics devront assumer la proposition de solutions de rechange à l'abstinence pour leur permettre de prendre des décisions éclairées qui respectent leurs propres valeurs. Une telle option doit transparaître à travers les curricula; (ii) il convient également de s'assurer de l'intégration de la problématique du genre et du pouvoir dans les transactions sexuelles dans les curricula, car c'est la difficulté des filles à négocier l'usage de préservatifs, résultat d'un pouvoir asymétrique de décision presque toujours en défaveur des filles, qui conduit à des rapports non protégés et à risques multidimensionnels; (iii) impliquer les jeunes dans l'élaboration des programmes de communication destinés à les rendre plus conscients de leurs droits à l'information sur la santé sexuelle et des risques sexuels est aussi un impératif. Au cœur de ce qui doit tenir lieu de politique nationale de santé sexuelle, la co-construction du concept de sexualité responsable et des pratiques qui doivent la faire advenir devra constituer l'une des bases de discussions avec les jeunes, si l'on voudrait en maximiser l'appropriation.

À L'ADRESSE DE L'ONG MÉDECINS DU MONDE. NOUS RECOMMANDONS :

2. Le partage des conclusions de la présente étude ainsi que celles d'autres études sur les causes et les conséquences du développement de l'avortement clandestin avec les parlementaires, les web activistes et les slameurs. Cette diffusion de l'information permettra d'élever le niveau collectif de conscience des risques en vue de sortir l'opinion publique de la lecture moralisante du phénomène.

3. La sortie de la logique de face-à-face entre l'État et les acteurs non étatiques pour impliquer dans la sensibilisation au changement d'attitude vis-à-vis de l'avortement, les web activistes, les slameurs afin que l'initiative en faveur du changement soit portée par des acteurs locaux plus sensibles à la problématique.

4. La réalisation de capsules et d'un film documentaire à partir de la présente étude pour servir d'instruments de dialogue social autour de la question.

5. Le développement d'un partenariat avec les centres de recherches et les universités s'avère nécessaire. Ces partenariats permettront de réaliser des études portant sur les points de blocages dans le mouvement qui devra se mettre en place autour de l'idée de faire bouger la position de l'État sur la question des avortements. Ces études faciliteront la prise en compte de ces facteurs de blocage dans les plaidoyers. Le développement de ce partenariat permettra d'accompagner le mouvement de conscientisation en faveur d'une application du Protocole de Maputo, particulièrement en son article 14 C.

À L'ENDROIT DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE L'ONG MÉDECINS DU MONDE ET DES AUTRES PARTENAIRES AU DÉVELOPPEMENT.

6. Les efforts en faveur de l'éducation à la santé sexuelle et reproductive ne doivent pas être relâchés. Étant donné que l'informalisation contrainte de

la pratique d'avortement constitue un risque majeur pour la santé des femmes, l'éveil de la conscience des risques sur leur santé permettra d'orienter les femmes en demande de services vers des choix de méthodes sur la base de critères plus objectifs.

7. La littérature reste faible en Côte d'Ivoire sur l'évolution rapide des mœurs sexuelles et l'évaluation des besoins d'éducation qu'appelle une telle transformation des pratiques sexuelles. À la lumière de ces mutations, les comportements sexuels doivent être mieux étudiés ainsi que le rapport des jeunes et des adolescent-e-s aux moyens contraceptifs. Il est important que ces mutations soient mieux cernées afin que les réponses en termes d'éducation sexuelle et de la reproduction soient plus adaptées. La Mission recommande au ministère de la Santé de nouer des partenariats avec les départements de sociologie et d'anthropologie des universités ivoiriennes afin de développer des recherches contextualisées sur la sexualité des jeunes, le tout visant à éclairer les politiques publiques d'éducation sexuelle et reproductive en direction des jeunes.

À L'ENDROIT DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ, NOUS RECOMMANDONS :

8. Une amélioration du dispositif de prise en charge des complications au niveau des structures hospitalières. Ce renforcement du dispositif passe d'une part, par la formation du personnel aux considérations éthiques et morales liées à leur implication dans la prise en charge, et d'autre part, par l'approvisionnement des structures de santé en ressources matérielles pour la prise en charge des complications.

9. Une amélioration de l'accès aux services de *planification familiale*.

BIBLIOGRAPHIE

- Adjamagbo, A. and P. A. Koné. 2013. «Situations relationnelles et gestion des grossesses non prévues à Dakar.» *Population* 68(1): 67-96.
- Aké-Tano, S. O. P., et al. 2017. «Pratiques d'avortement chez les lycéennes à Yamoussoukro, Côte d'Ivoire.» *Santé Publique* 29: 711-717.
- Akindès F. 2016. *Les grossesses en milieu scolaire en Côte d'Ivoire*. Ministère de l'éducation Nationale. Projet d'Urgence à l'Éducation de Base (PUAEB). Rapport final. Côte d'Ivoire. Abidjan, 218p.
- Atakro, C., Alorse,, et al. (2019). «Contributing factors to unsafe abortion practices among women of reproductive age at selected district hospitals in the Ashanti region of Ghana.» *BMC Women's Health* 19:60: 1-17.
- Bajos, N. and M. Ferrand. 2006. «L'avortement ici et ailleurs. Introduction.» *Sociétés contemporaines* 61(1): 5-18.
- Baxerres, C., et al. 2018. «Gestion des grossesses non désirées au Bénin et au Burkina Faso. Situations affectives et pratiques populaires d'avortement.» *Anthropologie et santé* 16: 1-21.
- Bhana, D. (2015). «Sex, gender and money in African teenage conceptions of love inHIV contexts.» *Journal of Youth Studies* 18(1): 1-15.
- Bohannan, P. & Elst, D. V. D. 1993. *Asking and Listening. Ethnography as Personal Adaptation*, Illinois, Waveland Press, Inc.
- Boni, S. 2004. *Evaluation de l'utilisation de la planification familiale chez l'adolescente en Côte d'Ivoire*. 51, 203-206.
- CLB F. 2013. Unsafe abortion: a serious public health issue in a poverty stricken population. *Reprod Clim.*;2(8):2-9.
- Charte Africaines des droits de l'Homme et des Peuples, 2010. Tableau de ratification: Protocole à la charte africaine des droits de l'Homme est des droits des femmes en afrique. *Commission Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples*.
- Dassa, S. K., et al. 2009. «Représentation et vécu de l'interruption volontaire de grossesse chez les femmes à Lomé (Togo).» *Perspectives Psy* 48(4): 326-332.
- Doyle, A, M. et Al. 2012. The sexual behavior of adolescents in sub-Saharan Africa: patterns and trends from national surveys'. *Tropical Medicine and International Health*, Vol 17, issue 7, pp 796-807.
- Desgrées Du Lou, A., P. M., I. Viho, C. Welffens-Ekra (1993). «Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan: une cause de la baisse de la fécondité?» *Population* (3): 427-446.

- Guillaume, A. et A. Desgrées du Loû (2002). «Fertility Regulation among Women in Abidjan, Côte d'Ivoire: Contraception, Abortion or Both?» *International Family Planning Perspectives* 28(3. Sept): 159-166.
- EDS/MICS. 2012. Ministère de la Santé, Côte d'Ivoire.
- Esso L. J. C. E., 2019. *Enquête sur les connaissances en santé sexuelle et reproductive et les barrières liées à l'utilisation des méthodes contraceptives ainsi que les services de planification familiale pour les adolescentes et les jeunes de 10 à 24 ans des collèges et lycées publics des districts sanitaires de Soubré-Méagui-Buyo*. Médecins du Monde. Abidjan. 100p.
- Gebremedhin, Merhawi, Semahegn, Usmael, Tofik and Tesfaye, Gezahegn, 2018. Unsafe abortion and associated factors among reproductive aged women in Sub-Saharan Africa: a protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMC*. 7:1130:1-5.
- Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE, Shah IH. 2006. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Sex Reprod Health*: 1-6. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69481-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69481-6).
- Haden, A., et al. 2009. «Teenage pregnancy and social disadvantage: Systematic review integrating controlled trials and qualitative studies.» *BMJ* (Online) 339: 1182-1185.
- Kohler, P. K., et al. 2008. «Abstinence-only and comprehensive sex education and the initiation of sexual activity and teen pregnancy.» *Journal of Adolescent Health* 42: 344-351.
- Kpebo D. O. D, Tanoh A. O , & Aka J, 2018. «Correlates of unintended pregnancies in Ivory Coast: Results from National survey». *Science Journal of Public Health* 6: 6-14.
- Krah, M. & Juanola, L. 2018. *Évaluation des besoins de Plaidoyer pour l'avortement sécurisé en Côte d'Ivoire*. Royal Tropical Institute - Health Unit.
- Loi Rehnström U., Lindgren M., Faxelid E, Oguttu, M., and Klingberg-Allvin, M., Decision-making preceding induced abortion: a qualitative study of women's experiences in Kisumu, Kenya. *BMC*, 15:166. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-062-6>
- Marin, A. 2009b. Une anthropologie de la bioéthique: Contexte local et expérience vécue de l'avortement versus discours bioéthique en Moldavie. Note de recherche. *Anthropologie et Société*, 33, 160-175.
- Médecin du Monde, GO-Mogo, PAC&CI, 2017. *Enquête sur les connaissances des adolescent-e-s et jeunes (10 à 24) des lycées et collèges publics de Soubré et Méagui en matière de santé sexuelle et reproductive et sur l'utilisation des services de planification familiale*. District sanitaire de Soubré et de Méagui. Médecins du Monde, Abidjan. 48p.

- Mueller, T., E., et al. 2008. «Association between sex education and youth's engagement in sexual intercourse, age at first intercourse, and birth control use at first sex.» *Journal of Adolescent Health* 42: 89-96.
- Muller, J. H. 1994. Anthropology, Bioethics and Medicine: A provocative Trilogy. *Medical Anthropology Quarterly*, 8, 448-467.
- Newell, S. (2009). *Godrap Girls, Draou Boys, and the Sexual Economy of the Bluff in Abidjan, Cote d'Ivoire*. *Ethnos: Journal of Anthropology* 74(3): 379-402.
- Organisation Mondiale de la Santé. 2004. *Rapport sur la santé dans le monde*, OMS, Genève.
- OMS (2010). *Standards pour l'éducation sexuelle en Europe. Un cadre de référence pour les décideurs politiques, les autorités compétentes en matière d'éducation et de santé et les spécialistes*. Lausanne, OMS Bureau régional pour l'Europe et BZgA - Santé sexuelle Suisse.
- Office National de la Population. 2018. *Revue des vingt cinq ans de mise en œuvre de la déclaration d'Addia Abebe sur la population et le Développement en Afrique*. Ministère du Plan et du Développement.
- Ouedraogo, R. 2016. «Faire dire l'avortement». Postures et enjeux méthodologiques d'une ethnographie du secret au Burkina Faso. *Parcours anthropologiques* 35-53.
- Rehnström Loi U, Gemzell-Danielsson K, Faxelid E, Klingberg-Allvin M. 2015. Health care providers' perceptions of and attitudes towards induced abortions in sub-Saharan Africa and Southeast Asia: a systematic literature review of qualitative and quantitative data. *BMC Public Health*. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1502-2>.
- Thonneau, P. 2001. Mortalité maternelle et avortements dans les pays en développement. *Development studies* 1-20.
- République de Côte d'Ivoire. 2012. Enquête Démographique et de Santé.
- Vroh, J. B. B., Tiembre, I., Attoh-Toure, H., Kouadio, D. E. Kouakou, L. & Coulibaly, L. 2012. Epidémiologie des avortements provoqués en Côte d'Ivoire. *Santé Publique*, 24, 67-76.
- WHO. 2004. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality*. Geneva: World Health Organization.

ANNEXES

ANNEXE 1. NOTICE D'INFORMATIONS

Madame/Monsieur,

Merci d'avoir accepté de nous recevoir. Je suis [nom de l'enquêteur] de la Chaire Unesco de Bioéthique de l'Université Alassane Ouattara de Bouaké. Le responsable de cette étude est le Professeur Francis Akindes de la même université. De nombreuses femmes et jeunes femmes qui souhaiteraient éviter ou différer une grossesse n'ont toujours pas accès à la contraception. Il en résulte des grossesses non désirées ou encore des avortements à risque avec de plus en plus de cas de décès.

L'étude pour laquelle nous avons jugé important d'échanger avec vous vise à comprendre les conditions dans lesquelles s'effectuent ces avortements à risque. Votre contribution sera précieuse pour cette étude.

Il ne s'agit pas de vous juger et de juger les personnes qui vous ont aidé lorsque vous aviez eu ce souci, mais plutôt d'apprendre de votre expérience. À partir des leçons que nous apprendrons des personnes-ressources comme vous, des propositions seront faites pour renforcer la stratégie de lutte contre les avortements à risque qui ont de graves conséquences sur la santé des femmes et diminuent leurs chances de procréer. Comprenez donc pourquoi votre collaboration est d'une importance capitale pour nous.

Vous êtes libres de participer à cet entretien ou de l'arrêter à tout moment si vous vous sentez mal à l'aise. Vous pouvez également décider de répondre ou pas à des questions que nous serons amenés à vous poser. Soyez assurée. Ces informations resteront confidentielles.

Avant de commencer l'entretien nous souhaitons vous soumettre un formulaire de consentement que vous voudriez bien signer pour marquer votre accord à participer à cette étude. Voudriez-vous bien le signer ?

ANNEXE 2. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e) M....., certifie avoir parfaitement compris le contenu du présent formulaire et de la note d'information jointe au présent formulaire qui m'ont été présentés et commentés. J'en ai discuté avec M....., qui m'a expliqué la nature et les objectifs et le déroulement de cette étude. J'atteste avoir eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais et avoir obtenu des réponses satisfaisantes pour chacune d'entre elles. J'ai eu la possibilité de faire appel à une tierce personne pour éclaircir l'ensemble des interrogations soulevées par ma participation à cette étude. Je comprends les conditions de ma participation, en particulier que j'avais la possibilité de ne pas participer à cette étude et que malgré mon accord à participer, j'ai le droit de refuser de répondre à certaines des questions qui me seront posées lors des entretiens sans avoir à fournir de justification. Je connais la possibilité qui m'est réservée d'interrompre à tout moment ma participation à cette étude sans avoir à justifier ma décision, ni à en subir un quelconque préjudice.

J'atteste avoir été informé des faits suivants :

Les personnes qui réalisent cette recherche sont tenues au strict respect du secret professionnel et s'engagent à prendre les mesures nécessaires à la conservation de la plus stricte confidentialité. Mon identité fera l'objet d'une codification avant enregistrement et traitement informatique et ne sera jamais mentionnée dans les publications qui en découleront,

L'entrevue est en lien avec la connaissance des pratiques et les perceptions liées à l'avortement par les différents acteurs des communautés dans un cadre légal restrictif engendrant un difficile accès à des méthodes sûres d'avortement, des complications et des risques pour la santé des femmes. Les résultats de cette étude seront utilisés pour produire des recommandations sur les processus institutionnels en vue de définir une approche de plaidoyer permettant de contribuer à une meilleure prise en charge des soins liés à l'avortement en Côte d'Ivoire. Par contre les chercheurs qui mènent cette étude ne sont pas des médecins et cette recherche ne comprendra donc aucun acte médical (ni consultation, ni prélèvement, ni soin, ni traitement).

J'accepte que les données recueillies à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement informatique et de publications scientifiques. J'ai bien noté que mon droit d'accès aux données me concernant s'exerce à tout moment pendant la durée de l'étude auprès des chercheurs et que je pourrai exercer mon droit de rectification et d'opposition.

Mon consentement ne décharge en rien les personnes réalisant cette étude de leurs responsabilités. Je consens donc librement à participer à cette étude dans les conditions précisées dans la note d'information et dans le présent document.

Une copie de la fiche du consentement m'a été remise.

Fait à, le .././....

Signature / Empreinte digitale

Nom du participant

Je soussigné(e)....., chercheur menant l'entretien, certifie avoir communiqué à Mr (Mme), toutes les informations utiles sur les objectifs et les modalités de cette étude.

Je m'engage à faire respecter les termes de ce formulaire de consentement, afin de mener cette étude dans les meilleures conditions, conciliant le respect des droits et des libertés individuelles et les exigences d'un travail scientifique.

Fait à, le .././....

Signature

Facultatif en cas de participation d'un tiers à l'expression du consentement:

Je soussigne(e), certifie que a été informé dans la clarté des objectifs et des conditions de réalisation de l'étude et que l'expression du consentement s'est faite en toute liberté.

Fait à, le .././....

Signature

ANNEXE 3. GUIDES D'ENTRETIEN

**GRILLE D'ENTRETIEN À ADRESSER
AUX FEMMES AYANT AVORTÉ ET/OU
BÉNÉFICIÉ DE SOINS POST-AVORTEMENT**

Mots introductifs: Merci d'avoir accepté de nous recevoir. Je suis [nom de l'enquêteur] de la Chaire Unesco de Bioéthique de l'Université Alassane Ouattara de Bouaké. Le responsable de cette étude est le Prof. Francis AKINDES de la même université. De nombreuses femmes et jeunes femmes qui souhaiteraient éviter ou différer une grossesse n'ont toujours pas accès à la contraception. Il en résulte des grossesses non désirées ou encore des avortements à risque avec de plus en plus de cas de décès dus à ces avortements à risque. L'étude pour laquelle nous avons jugé important d'échanger avec vous vise à comprendre les conditions dans lesquelles s'effectuent ces avortements à risque. Votre contribution sera précieuse pour cette étude.

Il ne s'agit pas de vous juger et de juger les personnes qui vous ont aidé lorsque vous aviez eu ce souci, mais plutôt d'apprendre de votre expérience. À partir des leçons que nous apprendrons des personnes-ressources comme vous, des propositions seront faites pour renforcer la stratégie de lutte contre les avortements à risque qui ont de graves conséquences sur la santé des femmes et diminuent leurs chances de procréer. Comprenez donc pourquoi votre collaboration est d'une importance capitale pour nous.

Vous êtes libres de participer à cet entretien ou d'arrêter l'entretien à tout moment si vous vous sentez mal à l'aise. Vous pouvez également décider de répondre ou pas à des questions que nous serons amenés à vous poser. Soyez assurée. Ces informations resteront confidentielles.

Avant de commencer l'entretien nous souhaitons vous soumettre un formulaire de consentement que vous voudriez bien signer pour marquer votre accord à participer à cette étude. Voudriez-vous bien le signer ?

**Item 1: Analyse de la demande sociale
d'avortement**

Objectif: À partir du récit d'expérience de vie des femmes, comprendre les liens entre les pratiques sexuelles, les facteurs exogènes et la décision d'avortements clandestins

A. Sexualité

- À quel âge avez eu votre premier rapport sexuel ?
- Combien de grossesses avez-vous déjà contracté ?
- Combien d'avortements avez-vous provoqué ?
- Quel âge aviez-vous lorsque vous contractiez cette/ces grossesse(s) ?
- Étiez-vous scolarisée/en activité ?
- Quel était votre statut matrimonial ?
- Dans quelle situation la/les grossesse(s) est-elle survenue ?

B. Grossesse et prise décision d'avortement

- Qu'avez-vous ressenti quand vous avez appris que vous étiez enceinte ? Étiez-vous prête à avoir un enfant ?
- À la découverte de votre grossesse qui avez-vous informé ? Qui n'avez-vous pas informé ?
- À la découverte de votre grossesse, quels facteurs vous ont-ils incité à prendre la décision d'avorter ?
- Qu'est ce qui vous a poussé à prendre cette décision ?
- Comment avez-vous procédé ?
- Savez-vous que ceux qui pratiquent l'avortement peuvent être punis par la loi ?
- À qui avez vous fait part de votre décision d'avorter en premier ?
- Quelles sont les personnes qui vous ont accompagnées dans votre prise décision ?

(En cas d'avortements multiples, questions à poser pour chacun des avortements.)

C. Avortement : le passage à l'acte

- Quelles techniques d'avortement avez-vous utilisé ? Pourquoi ?
- Qui a financé votre avortement ? a hauteur de combien ? Était-il informé que vous envisagiez d'avorter ?
- Qui vous a orienté ?
- Qui vous accompagné pour faire l'avortement ?
- Où avez-vous pratiqué l'avortement ?
- Comment cela s'est-il passé ? Combien de temps le processus a-t-il mis ?
- Est-ce qu'il existe des réseaux/personnes qui peuvent aider les femmes à se faire avorter ?

(En cas d'avortements multiples, questions à poser pour chacun des avortements.)

Item 2 : Analyse de l'offre de service d'avortement

Objectif : À partir de l'expérience des prestataires et des femmes, analyser l'offre de services d'avortement à travers les types, les acteurs et les itinéraires.

A. Les types et structures de l'offre de services d'avortement

- Quelles sont les différentes méthodes d'avortement que vous connaissez ?
- Qui sont les praticiens de ces différentes méthodes ?
- Comment fait on pour rencontrer ces praticiens ?

Item 3 : Conséquences des avortements sur la santé des femmes (analyse de genre)

Objectif : À partir de l'expérience de vie des femmes d'évaluer dans le système de représentations la perception sociale des risques liés à l'avortement clandestin aux niveaux social, sanitaire et économique.

A. Conséquences sociales

- Quelles sont actuellement selon vous les conséquences de l'avortement sur votre vie en votre vie en général (scolarité, les relations avec votre famille...)?
- les relations avec l'auteur de la grossesse, votre santé ? Votre vie en général ?
- Avez-vous été victime d'un eforme de jugement/stigmatisation pendant votre expérience d'avortement ?
- Pensez vous que l'avortement pourra avoir des conséquences sur votre avenir ?

B. Conséquences économiques

- Est-ce que cet avortement a-t-il eu une influence sur votre scolarité/votre activité ?
- Le coût de cet avortement a-t-il eu une influence sur votre activité/projet ?

C. Conséquences sanitaires

- Avez-vous subi des effets secondaires après l'avortement (décrivez ces complications) ?
- Quels sont les conséquences de l'avortement sur votre santé ?
- Quelles sont selon vous les conséquences de l'avortement sur la santé ?

Item 4 : Gestion des complications médicales post-avortement

Objectif : Montrer comment l'avortement continue d'être clandestin alors que la gestion de ses complications par le détour de la ruse médicale se donne des atours légaux.

A. Typologie des complications

- Quelles sont les complications auxquelles les femmes sont exposées ?
- Quelles ont été les complications liées à votre avortement ?

B. Choix d'itinéraire et modalités de gestions des complications ?

- Comment avez-vous géré les complications liées à l'avortement ? Êtes-vous allée à l'hôpital ?
- Quelles sont les prestations que la structure offre en matière de soins post-avortement ?

C. Perception des itinéraires

- Quels sont les produits/médicaments qui vous été demandé pour la gestion des complications ?
- Combien cela vous-a-t-il coûté ?
- Qui a financé la prise en charge des complications ?

GRILLE D'ENTRETIEN À ADRESSER AUX PRESTATAIRES DE SANTE ET AUTRES ACTEURS IMPLIQUES DANS LES TRAJECTOIRES D'AVORTEMENT (MÉDECINS, SAGES-FEMMES, INFIRMIERS...)

Mots introductifs : Merci d'avoir accepté de nous recevoir. Je suis [*nom de l'enquêteur*] de la Chaire Unesco de Bioéthique de l'Université Alassane Ouattara de Bouaké. Le responsable de cette étude est le Prof. Francis AKINDES de la même université. De nombreuses femmes et jeunes femmes qui souhaiteraient éviter ou différer une grossesse n'ont toujours pas accès à la contraception. Il en résulte des grossesses non désirées ou encore des avortements à risque avec de plus en plus de cas de décès dus à ces avortements à risque. L'étude pour laquelle nous avons jugé important d'échanger avec vous vise à comprendre les conditions dans lesquelles s'effectuent ces avortements à risque. Votre contribution sera précieuse pour cette étude.

Il ne s'agit pas de vous juger et de juger les personnes que vous avez aidées, si le cas s'est présenté, mais plutôt d'apprendre de votre expérience. À partir des leçons que nous apprendrons des personnes-ressources comme vous, des propositions seront faites pour renforcer la

stratégie de lutte contre les avortements à risque qui ont de graves conséquences sur la santé des femmes et diminuent leurs chances de procréer. Comprenez donc pourquoi votre collaboration est d'une importance capitale pour nous.

Vous êtes libres de participer à cet entretien ou d'arrêter l'entretien à tout moment si vous vous sentez mal à l'aise. Vous pouvez également décider de répondre ou pas à des questions que nous serons amenés à vous poser. Soyez rassuré, ces informations resteront confidentielles.

Avant de commencer l'entretien nous souhaitons vous soumettre un formulaire de consentement que vous voudriez bien signer pour marquer votre accord à participer à cette étude. Voudriez-vous bien le signer ?

Caractéristiques de l'acteur

- Sexe :
- Activité : gynécologue, infirmiers, sages-femmes, tradi-praticienne, vendeur de médicament, etc.
- Depuis combien d'années pratiquez-vous cette activité ?
- Lieu de résidence (Milieu rural/Milieu urbain)

Item 2: Analyse de l'offre de service d'avortement

Objectif : À partir de l'expérience des prestataires, comprendre les logiques de l'offre de services d'avortement selon les types, les acteurs et les itinéraires.

A. Les types et structures de l'offre de services d'avortement

- Quelles sont les différentes méthodes d'avortement que vous connaissez ?
- Qui sont les praticiens de ces différentes méthodes ?
- Quelle est selon vous, la méthode la plus utilisée par les femmes ici ? Pourquoi ?
- Connaissez-vous les conditions pour y avoir accès ?
- Combien coûte chaque méthode ?
- Quels sont par ordre d'importance les endroits où se pratique l'avortement ici ?

B. Les pratiques des professionnels de santé :

- Êtes-vous parfois sollicité pour des avortements ? Si oui à peu près combien de fois par an ?
- D'habitude, comment est ce que les femmes approchent le personnel de santé lorsqu'elles veulent faire un avortement ? (Démarche et arguments le plus souvent avancés par les demandeuses)
- À quels types de personnel se réfèrent-elles en particulier par ordre d'importance ? (infirmiers, sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues) ?
- Quelles sont les méthodes utilisées par les prestataires pour avorter ?
- Quels peuvent-être, selon vous, les raisons de l'implication de certains professionnels de santé dans la pratique des avortements clandestins ?
- «La loi sur l'avortement fait peur». Que pensez-vous de cette phrase ?
- La loi est censée être dissuasive, mais dissuade-t-elle vraiment selon vous ?

C. Recours au Misoprostol

Connaissances générales sur le Misoprostol

- Connaissez-vous le Misoprostol ?
- Dans quel cadre le Misoprostol est-il généralement prescrit ?
- Sous quelles appellations se présente cette molécule en Côte d'Ivoire ?
- Combien coûte ce médicament ?
- Est-il disponible dans toutes les pharmacies ?
- Est-il vendu en dehors des pharmacies ?
- Peut-on s'en procurer sans ordonnance médicale ?

Utilisation du Misoprostol dans le cadre des avortements

- Selon certaines personnes le Misoprostol est utilisé pour faire des avortements, Si oui, comment le Misoprostol est : Acquis ? Sous quelles formes ? Utilisé pour produire l'avortement ?
- Que pensez-vous de cette forme d'usage du Misoprostol ?

- À part le Misoprostol, avez-vous connaissance d'autres médicaments utilisés à des fins d'avortement ?

Item 3: Conséquences des avortements sur la santé des femmes (analyse de genre)

Objectif: À partir de l'expérience locale des prestataires, évaluer les conséquences de l'avortement sur la santé des femmes.

A. Conséquences sanitaires

- Pouvez-vous témoigner des conséquences de l'avortement sur la santé des femmes ici ? (descriptions des types de conséquences)
- Avez-vous connaissance de femmes qui ont subi des conséquences de l'avortement sur leur santé ?
- Comment vivent-elles cette situation ?

Item 4: Gestion des complications médicales post-avortement

Objectif: Montrer comment l'avortement continue d'être clandestin alors que la gestion de ses complications par le détour de la ruse médicale se donne des atours légaux.

A. Typologie des complications

- Quelles sont les complications auxquelles les femmes sont exposées pendant et après les avortements ?

B. Gestion pratique des complications post-avortements

- Que fait-on ici, lorsqu'une femme se présente avec des complications post-avortement ?
- Quelle est la conduite à tenir recommandée dans la prise en charge des complications post-avortement ?
- Qu'est-ce qui se fait réellement ?
- Pensez-vous qu'en prenant ainsi en charge les complications, l'on est encore en conformité avec la loi sur les avortements ?

- Que pensez-vous du fait que l'avortement soit interdit, mais qu'il vous soit autorisé de gérer les complications qui en découlent ?
- Pensez-vous que la réponse de l'État sur la question de l'avortement soit en adéquation avec les réalités du terrain chez les femmes que vous connaissez mieux ?

Item 5: Analyse des dispositions institutionnelles face aux avortements clandestins

A. Perceptions de la confrontation des pratiques au cadre légal

- Pensez-vous qu'en prenant ainsi en charge les complications, l'on est encore en conformité avec la loi sur les avortements ?
- Que pensez-vous du fait que l'avortement soit interdit, mais qu'il vous soit autorisé de gérer les complications qui en découlent ?
- Pensez-vous que la réponse de l'État sur la question de l'avortement soit en adéquation avec les réalités du terrain chez les femmes que vous connaissez mieux ?

B. Opinion du personnel de santé sur l'amélioration de l'accès à l'avortement

- Que pensez-vous d'une éventuelle liberté donnée aux femmes de décider de garder la grossesse ou pas ?
- Quelles pourraient être, selon vous, les avantages et les inconvénients de ce droit, s'il leur était accordé ?
- Pensez-vous que la loi sur l'avortement doit être revue ? Pourquoi ?
- Connaissez-vous le protocole de Maputo ? Si oui, y êtes-vous favorable ?
- Quelles stratégies peut-on mettre en œuvre pour renforcer le plaidoyer en vue de l'effectivité du Protocole de Maputo (sur le volet relatif à l'avortement) ?

C. Traitement de la question des avortements clandestins au niveau local

- Existe-t-il des sensibilisations sur l'avortement dans la localité ?
- Si oui, qui en sont les porteurs ?
- Quels sont les messages véhiculés ? Par qui ? En direction de qui ? Et depuis quand ?

GRILLE D'ENTRETIEN À ADRESSER AUX ACTEURS INSTITUTIONNELS

Mots introductifs: Merci d'avoir accepté de nous recevoir. Je suis [nom de l'enquêteur] de la Chaire Unesco de Bioéthique de l'Université Alassane Ouattara de Bouaké. Le responsable de cette étude est le Prof. Francis AKINDES de la même université. De nombreuses femmes et jeunes femmes qui souhaiteraient éviter ou différer une grossesse n'ont toujours pas accès à la contraception. Il en résulte des grossesses non désirées ou encore des avortements à risque avec de plus en plus de cas de décès dus à ces avortements à risque. L'étude pour laquelle nous avons jugé important d'échanger avec vous vise à comprendre les conditions dans lesquelles s'effectuent ces avortements à risque. Votre contribution sera précieuse pour cette étude.

Il ne s'agit pas de vous juger et de juger les personnes qui vous ont aidé lorsque vous aviez eu ce souci, mais plutôt d'apprendre de votre expérience. À partir des leçons que nous apprendrons des personnes-ressources comme vous, des propositions seront faites pour renforcer la stratégie de lutte contre les avortements à risque qui ont de graves conséquences sur la santé des femmes et diminuent leurs chances de procréer. Comprenez donc pourquoi votre collaboration est d'une importance capitale pour nous.

Vous êtes libres de participer à cet entretien ou d'arrêter l'entretien à tout moment si vous vous sentez mal à l'aise. Vous pouvez également décider de répondre ou pas à des questions que nous serons amenés à vous poser. Soyez assurée. Ces informations resteront confidentielles.

Avant de commencer l'entretien nous souhaitons vous soumettre un formulaire de consentement que vous voudriez bien signer pour marquer votre accord à participer à cette étude. Voudriez-vous bien le signer ?

Caractéristiques du répondant :

- Type de structure (publique ou associative)
- Sexe du répondant :
- Position (décideur/agent d'exécution/leader communautaire)

Item 5: Analyse des Dispositions institutionnelles face aux avortements clandestins

A. Obligations morales de la Côte d'Ivoire: signature et ratification du Protocole de Maputo, (CIPD, Caire, 1994; conférence de Maputo en 2003)

- Quelles sont les obligations mises en pratique et non mises en pratique par la Côte d'Ivoire vis-à-vis des engagements de Maputo et de la CIPD concernant spécifiquement l'accès aux avortements sécurisés ?
- Quels sont les risques de pénalisation de la Côte d'Ivoire en cas de non- respect de ses engagements ?
- Quelles sont les modalités d'une meilleure prise en charge des complications post-avortement ?

B. Analyse du cadre légal

- Qu'est ce qui bloque l'écriture et l'adoption d'une loi de la santé de la reproduction en Côte d'Ivoire?
- Quelles sont les positions autour de la question des avortements médicamenteux en Côte d'Ivoire ?
- Quels sont les tenants de ces positions (sources?) ?
- Par rapport au code pénal (article 366 relatif à l'avortement), que se passerait-il selon vous si la loi SR est adoptée ?

- Savez-vous que le Misoprostol est utilisé en Côte d'Ivoire à des fins d'avortement? Si oui, qu'en pensez-vous ?
- Les pratiques d'utilisation du Misoprostol (pour l'avortement) ont-elles une influence sur les modalités d'accès au produit (coût, régulation de l'utilisation, accessibilité) ?
- Peut-on arriver un jour à un consensus sur l'idée d'avortement sécurisé ?
- Comment sur la base de votre expérience, comment peut-on arriver à un consensus sur l'idée d'avortement sécurisé ?
- Quelles stratégies peut-on mettre en œuvre pour renforcer le plaidoyer en vue de l'effectivité du Protocole de Maputo (sur le volet relatif à l'avortement) ?

ANNEXE 4. CHRONOGRAMME DÉTAILLÉ DE L'EXÉCUTION DE LA RECHERCHE SUR LES AVORTEMENTS ET LEURS CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ DES FEMMES EN CÔTE D'IVOIRE

Tâches	Nombre de jours	Dates	Personnes ressources	Livrables
Phase 1: Préparation collecte données				
Réunion d'immersion dans la problématique	1 jour	25 Mars 2018	Chercheur principal 3 assistants de recherche	Plan de travail Chronogramme
Rédaction du cadre conceptuelle de l'étude	3 jours	26 et 28 Mars	Chercheur principal 3 assistants de recherche	Cadre conceptuel
Rédaction du protocole pour le Comité	2 jours	29 et 30 Mars	Chercheur principal 3 assistants de recherche	Approbation de comité
Dépôt du protocole de recherche au CNER	1 jour	1 ^{er} avril 2019	Chercheur principal	Reçu de dépôt
Formation de l'équipe sur la problématique de l'avortement	2 jours	1 ^{er} et 2 avril (Abidjan)	Chercheur principal 3 assistants de recherche	Guide d'entretien finalisé et maîtrisée Procédures de transfert des enregistrements audio définies
Formation au logiciel Nvivo	2 jours	3 et 4 avril	Chercheur principal 3 assistants de recherche	Rapport de formation
Analyse documentaire	2 jours	5 et 7 avril 2019	Chercheur principal 3 assistants de recherche	Rapport sur l'état de la question en CI
Réunion de démarrage: présentation de l'équipe et de la méthodologie de l'étude au comité de pilotage	1 jour	9 avril (Bouaké)	Chercheur principal 3 assistants de recherche + Membres de la chaire UNESCO de Bioéthique	Rapport de réunion
Prise en compte des observations	2 jours	10 et 11 Avril	Chercheur principal 3 assistants de recherche	Guide méthodologique amendé
Pré-test des outils de collecte	1 jour	12 Avril (Bouaké)	Chercheur principal 3 assistants de recherche	Guide d'entretien corrigé
Débriefing du pré-test	2 jours	15 et 16 Avril	Chercheur principal 3 assistants de recherche	
Suivi du volet administratif de la mission	3 jours	17 au 19 Avril (Abidjan)	Assistants de recherche	Courriers et autorisation signés Assurance de voyage établie
Phase 2: Travaux de terrain				
Départ pour le terrain Soubré-Méagui	1 jour	21 Avril	3 assistants de recherche	
Enquêtes de terrain à Soubré-Méagui	19 jours	22 Avril au 10 Mai	3 assistants de recherche	Rapport hebdomadaire sur la base d'une matrice fournie par le chercheur principal
Suivi + Enquêtes de terrain à Abidjan + recherche de données complémentaires et revue biographique + préparation de la rédaction du rapport		22 Avril au 10 Mai	Chercheur principal	Analyse documentaire Plan de rédaction du rapport
Retour de terrain	1 jour	11 Mai		
Phase 3: Transcription et notes de synthèse de terrain				
Poursuite du travail de transcription commencé depuis le 22 Avril		11 Mai et 21 Mai	Transcripteurs	Verbatim finalisés
Débriefing notes de synthèse de terrain	1 jour	14 Mai (Bouaké)	Chercheur principal 3 assistants de recherche	
Préparation du rapport intermédiaire	3 jours	15 au 17 Mai	Chercheur principal 3 assistants de recherche	Rapport intermédiaire
Remise des notes de terrain	1 Jour	20 Mai	Chercheur principal	
Analyse Nivodes données	15 jours	21 Mai au 4 Juin	Chercheur principal 3 assistants de recherche	

Tâches	Nombre de jours	Dates	Personnes ressources	Livrables
Phase 4: Rapport final				
Rédaction	10 jours	5 juin au 15 Juin	Chercheur principal 3 assistants de recherche	Rapport intermédiaire
Remise du rapport (draft)	1 jour	17 Juin	Chercheur principal	Rapport intermédiaire
Restitution à Abidjan	1 jour	21 Juin (IRD-Abidjan)	Chercheur principal 3 assistants de recherche	Rapport d'Atelier de restitution
Prise en compte des observations	3 jours	24 Juin au 26 juin	Chercheur principal 3 assistants de recherche	Rapport tenant compte des observations
Remise du rapport final	1 jour	27 Juin 2019	Chercheur Principal	Rapport final

ANNEXE 5. TABLEAU DE PRÉSENTATION DÉTAILLÉ DE L'ÉCHANTILLON

Femmes ayant effectué au moins un avortement sans complications prises en charge par une structure de santé

N° d'ordre	Pseudonyme	Âge	Situation matrimoniale	Situation socioprofessionnelle	Religion
1	Tina	21	Célibataire	Élève	Chrétienne
2	Adjara	18	Célibataire	Élève	Musulmane
3	Affouss	18	Célibataire	Élève	Musulmane
4	Maman	17	Célibataire	Élève	Chrétienne
5	Mary	17	Célibataire	Élève	Chrétienne
6	Awa	19	Célibataire	Élève	Musulmane
7	Reine	17	Célibataire	Elève	Chrétienne
8	Orange	21	Célibataire	Aide-soignante	Chrétienne
9	Pomme	20	Célibataire	Élève	Chrétienne
10	Elo	22	Concubinage	Sans emploi	Chrétienne
11	Sido	21	Célibataire	Elève	Chrétienne
12	Gene	35	Concubinage	Couturière	Chrétienne
13	Marie	20	Célibataire	Sans emploi	Chrétienne
14	Douceur	22	Concubinage	Élève	Chrétienne
15	Syntiche	19	Célibataire	Commerçante	Chrétienne
17	Mai	18	Célibataire	Elève	Musulmane
18	Fleur	20	Célibataire	Elève	Chrétienne
19	Pharelle	19	Célibataire	Elève	Chrétienne
20	Victoire	21	Célibataire	Elève	Chrétienne
21	Priscille	20	Célibataire	Elève	Chrétienne
22	Rosine	20	Célibataire	Elève	Chrétienne
23	Chantal	17	Célibataire	Elève	Chrétienne
24	Epi	15	Célibataire	Elève	Chrétienne
25	Fatou	17	Célibataire	Elève	Chrétienne
26	Mariam	20	Concubinage	Sans emploi	Musulman
27	Mariam2	19	Célibataire	Élève	Musulman
28	Fatim	22	Célibataire	Élève aide-soignante	Musulmane
29	Pulche	19	Célibataire	Élève	Chrétienne
30	Kim	22	Célibataire	Élève	Chrétienne
31	Prunelle	18	Célibataire	Élève	Chrétienne
33	Pelagie	18	Célibataire	Élève	Chrétienne
34	Solange	25	Célibataire	Célibataire	Chrétienne
35	Ange	34	Célibataire	Gestionnaire de résidence	Chrétienne

**Femmes ayant réalisé au moins un avortement et ayant bénéficié de soins post-avortement
dans les structures publiques de santé**

N° d'ordre	Pseudonyme	Âge	Situation matrimoniale	Situation socioprofessionnelle	Religion
1	Yasmine	17	Célibataire	Élève	Chrétienne
2	Eliane	39	Mariée	Pâtissière	Chrétienne
3	Emmanuella	20	Célibataire	Élève	Chrétienne
4	Mazo	22	Célibataire	Élève	Chrétienne
5	Deborah	25	Célibataire	Aide-soignante	Chrétienne
6	Florence	26	Concubinage	Aide-soignante	Chrétienne
7	Bénédicte	17	Célibataire	Élève	Chrétienne
8	Carmen	20	Célibataire	Élève	Chrétienne
9	Iris	17	Célibataire	Élève	Chrétienne
10	Assétou	19	Célibataire	Élève	Chrétienne
11	Ines	18	Célibataire	Élève	Chrétienne
12	Ange 2	18	Concubinage	Artisan	Chrétienne

Agents accrédités de santé et autres acteurs

N° d'ordre	Pseudonyme	Âge	Type d'acteur	Situation matrimoniale	Religion
1	Emy	48	Agent accrédité de santé	Célibataire	Chrétienne
2	Adjo	32	Travailleur social	Mariée	Chrétienne
3	Assi	42	Travailleur social	Célibataire	Chrétienne
4	Alice	55	Agent accrédité de santé	Mariée	Chrétienne
5	Syl	41	Agent accrédité de santé	Veuve	Chrétienne
6	Estou	56	Agent accrédité de santé	Célibataire	Chrétienne
7	Rico	35	Agent accrédité de santé	Célibataire	Chrétienne
8	Papys	43	Agent accrédité de santé	Marié	Chrétienne
9	Lasentimentale	47	Agent accrédité de santé	Célibataire	Chrétienne
10	Jules		Agent accrédité de santé	Marie	Chrétienne
	La sage 1		Agent accrédité de santé	Marié	Musulmane
11	La sage 2		Agent accrédité de santé	Marié	Musulmane
	La sage 3		Agent accrédité de santé	Marié	Chrétienne
12	Dr Zo	55	Agent accrédité de santé	Célibataire	Musulmane
13	Kwam		Agent accrédité de santé	Marié	Chrétienne
14	Champion	43	Agent accrédité de santé	Marié	Chrétienne

Entourage des femmes ayant avorté
(amis, auteurs de grossesse, vendeurs de médicaments, tradi-praticiens...)

N° d'ordre	Pseudonyme	Âge	Sexe	Situation matrimoniale	Situation socioprofessionnelle	Religion
1	Amda	19	Masculin	Célibataire	Saigneur d'hévéa	Sans religion
2	Angèle	17	Féminin	Célibataire	Élève pro	Chrétienne
3	Jean Paul	34	Masculin	Marié	Agent accrédité de santé	Chrétienne
4	Eliane	23	Féminin	Mariée	Agent de santé communautaire	Chrétienne
5	Tanoh	44	Masculin	Marié	Aide-soignant/ASC/Infirmier	Chrétienne
6	Idriss	40	Masculin	Marié	Aide-soignant/Enseignant	Musulmane
7	Maman Antoinette		Féminin	Veuve	Vendeuse de médicaments traditionnels	Chrétienne
8	Bob	52	Masculin	Célibataire	Aide-soignant/PCA d'ONG	Chrétienne
9	Ama	47	Masculin	Célibataire	Infirmier (ONG)	Chrétienne
10	Abou	43	Masculin	Marié	Agent de santé communautaire	Musulmane
11	Simple	42	Masculin	Marié	Infirmier (ONG)	Chrétienne
12	Gombo	35	Masculin	Marié	Vendeur de médicaments	Musulmane
13	Issouf	28	Masculin	Célibataire	Vendeur de médicaments	Musulmane
14	Lambert	36	Masculin	Concubinage	Vendeur de médicaments	Sans religion
15	Dette	60	Masculin	Veuf	Tradi-praticien	Chrétienne
16	Billy	34	Masculin	Célibataire	Agent de santé communautaire	Chrétienne

ANNEXE 6. NOTE DE SERVICE FAISANT RAPPEL DES CONDITIONS DE PRESCRIPTION DU MISOPROSTOL



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE**

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

Direction de Coordination
du Programme National
de Santé de la Mère et de l'Enfant

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

Union – Discipline – Travail

N° **05 15 13** /MHP/DGS/DC-PNSME/IG/oa]

Abidjan, le **03 JUIN 2019**

NOTE DE SERVICE

A l'attention des :

- Médecins
- Pharmaciens
- Sages-femmes
- Infirmiers
- Autres prestataires de santé

Nous constatons de plus en plus, une délivrance et une utilisation anarchiques sans respect des dispositions légales et réglementaires en la matière de la spécialité Misoprostol (CYTOTEC).

Cette spécialité est détournée de ses indications pour être utilisée à d'autres fins (IVG, ou déclenchement intempestif du travail chez les femmes enceintes ne respectant aucune indication). Il s'en suit de nombreuses complications hémorragiques voire mortelle.

C'est pourquoi par la présente le Ministère de la Santé tient à rappeler les médecins, les pharmaciens, les sages-femmes, les infirmiers à se conformer à une stricte observance des règles de prescriptions de délivrance et d'utilisation de cette spécialité sous peine de sanction disciplinaire et sous préjudice des autres sanctions civiles ou pénales.

Les services compétents du Ministère en charge de la santé, en particulier la Direction Générale de la Santé à travers la DC-PNSME, les Directions régionales et départementales de la santé sont instruits avec l'appui des ordres des différentes professions d'assurer le suivi de cette décision.

Je vous prie de veiller au strict respect de cette note.

Le Directeur de Cabinet

Joseph ACKA

