

---

2017

## Compte rendu de la réunion régionale des comités de plaidoyer pour avortement médicalisé

Fatou Mbow  
*Population Council*

Follow this and additional works at: [https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments\\_sbsr-rh](https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-rh)  
**How does access to this work benefit you? Let us know!**

---

### Recommended Citation

Mbow, Fatou. 2017. "Compte rendu de la réunion régionale des comités de plaidoyer pour avortement médicalisé." Dakar: Population Council.

This Report is brought to you for free and open access by the Population Council.



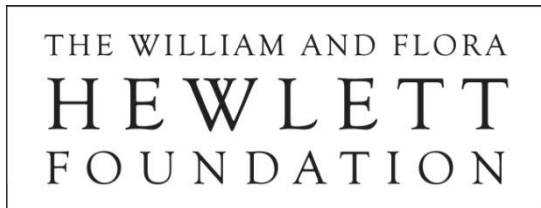
# COMPTE RENDU REUNION REGIONALE DES COMITES DE PLAIDOYER POUR AVORTEMENT MEDICALISE

Fatou Bintou Mbow

Le Population Council s'attelle aux questions cruciales de santé et de développement – qu'il s'agisse d'endiguer la progression du VIH, d'améliorer la santé reproductive et d'offrir aux jeunes la promesse d'une vie satisfaisante et productive. Par ses travaux de recherche en biomédecine, en sciences sociales et en santé publique dans 50 pays, il s'efforce d'apporter avec ses partenaires des solutions qui conduisent à des politiques, des programmes et des technologies plus efficaces, pour améliorer la vie partout dans le monde. Fondé en 1952, le Population Council est une organisation non gouvernementale à but non lucratif. Il siège à New York sous la conduite d'un conseil d'administration international.

Population Council  
Sacré Cœur 3. Lot 85. BP 21027  
Dakar, Sénégal  
Tel: (221) 33 859 5300  
Fax: (221) 33 824 1998  
email:

[popcouncil.org](http://popcouncil.org)



La Fondation William et Flora Hewlett est une fondation de bienfaisance non partisane et privée qui avance des idées et soutient les institutions pour promouvoir un monde meilleur.

Citation recommandée : Fatou Bintou Mbow. 2017. "Compte rendu de la réunion régionale des comités de plaidoyer pour avortement médicalisé." Dakar : Population Council.



# Remerciements

Le Population Council remercie le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, à travers la Direction de la santé de la reproduction et de la survie de l'enfant et le comité national de plaidoyer pour l'accès à l'avortement médicalisé (Taskforce) pour leur appui dans l'organisation de cet évènement.

Nous remercions également tous les participants à la rencontre de partage des résultats pour leur présence, leur intérêt, leurs contributions et recommandations pertinentes.

Cette réunion a été possible grâce à l'appui financier de la Fondation William and Flora Hewlett. Qu'elle en soit remerciée.

# Résumé Exécutif

En partenariat avec le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS), particulièrement la Direction de la santé de la reproduction et de la survie de l'enfant et le comité national de plaidoyer pour l'accès à l'avortement médicalisé (Taskforce), le bureau du Population Council du Sénégal a organisé une réunion régionale des comités/associations de plaidoyer pour avortement médicalisé de l'Afrique de l'ouest francophone. La réunion a eu lieu le 24 octobre 2017 à l'hôtel Fleur de Lys à Dakar, Sénégal. Elle avait pour but de discuter des avancées notées dans l'accès à l'avortement médicalisé et mettre en exergue les efforts des pays de la région ouest africaine. De manière spécifique, elle visait à :

- Favoriser la collaboration des comités/associations de plaidoyer de la région
- Partager les expériences et les expertises
- Stimuler les efforts de plaidoyer pour que les lois sur l'avortement soient modifiées.

Au cours de la réunion, quatre (4) pays ont partagé leur expérience sous forme de présentations Power Point. Ces présentations ont été l'occasion d'ouvrir les discussions.

Au total, 38 participants de huit (8) pays (y compris le Sénégal) ont assisté à la rencontre, parmi lesquels, une parlementaire, des représentants du gouvernement (Ministères de la santé, de la famille et de la justice), représentants de comités/associations de plaidoyers, représentants d'ONG et partenaires techniques et financiers.

A l'issue de la réunion, les recommandations suivantes ont été formulées :

## **Concernant la législation**

- Renforcer le plaidoyer pour le financement des interventions visant une amélioration des lois sur l'avortement médicalisé.
- Faire une analyse situationnelle du cadre juridique des différents pays
- Renforcer l'engagement des politiques, des législateurs, etc.

## **Concernant la collaboration**

- Renforcer la mobilisation régionale avec la création d'un réseau régional.
- Mieux investir/impliquer l'OOAS dans la mise en œuvre des interventions.
- Pour les mobilisations, investir les réseaux sociaux.
- Encourager la production et le partage de données à travers la publication des rapports d'études et ainsi faire des évidences des éléments de plaidoyer.
- Poursuivre les échanges entamés dans le cadre de cette réunion à travers un webinaire compte tenu du temps jugé insuffisant accordé à cette réunion.

## **Concernant le contenu des messages**

- Améliorer le contenu des messages en changeant l'orientation du discours. Faire de l'avortement un problème de société et de santé. Mettre en avant la nécessité de préserver la santé de la femme et se rapprocher de la définition de la santé de l'OMS.

- Revoir les terminologies utilisées et les adapter aux différents contextes. Ex : au lieu de « accès à l'avortement médicalisé », dire « lutte contre les avortements clandestins ». Au lieu de « interruption volontaire de grossesse (IVG) », dire « interruption de grossesse à risque ».
- Impliquer les communautés de base afin de pouvoir utiliser leur langage, leur mode de communication et leurs ressentis.
- Continuer et médiatiser ce genre d'évènement régional pour montrer que ce n'est pas l'affaire d'un seul pays, et que même dans les autres pays des difficultés et des défis existent.

#### **Concernant le renforcement des capacités**

- Renforcer les capacités des acteurs en matière de clarification des valeurs.
- Renforcer les capacités des communautés afin de les pousser à porter le plaidoyer.

# Executive Summary

In partnership with the Ministry of Health and Social Action (MSAS), in particular the Directorate of Reproductive Health and Child Survival and the National Advocacy Committee for Access to Safe Abortion (the Taskforce), the Population Council's Senegal Office organized a regional meeting of advocacy committees and associations to advance medical abortion in Francophone West Africa. The meeting was held on October 24, 2017 at the Fleur de Lys Hotel in Dakar to discuss progress made to improve access to safe abortion and to highlight the efforts of countries in the West African region. Specifically, the aims of the meeting were to:

- Foster collaboration of advocacy committees and associations in the region
- Share experience and expertise
- Stimulate advocacy efforts to change the laws on abortion.

To open the discussion, four countries shared their experience in PowerPoint presentations. A total of 38 participants from eight countries (including Senegal) attended the meeting, including a parliamentarian, government representatives (Ministries of Health, Family, and Justice), representatives of advocacy committees and associations, NGO representatives, and technical and financial partners.

The following recommendations were made:

## **Regarding legislation**

- Strengthen advocacy for funding interventions aimed at improving the laws for safe abortion
- Conduct a situation analysis of the legal framework for abortion in the different countries
- Strengthen the engagement of politicians and legislators.

## **Regarding collaboration**

- Strengthen regional mobilization with the creation of a regional network
- Engage WAHO in implementing interventions
- Invest in social networks to mobilize participation
- Encourage production and sharing of data through reports and publications to provide evidence for advocacy
- Continue the discussions initiated during this meeting through webinars.

## **Regarding messaging**

- Improve the content of messages by changing their orientation. Focus on abortion as a problem of society and health. Highlight the need to preserve women's health and move closer to WHO's definition of health
- Review terminology used and adjust this for different contexts; for example, instead of "access to safe abortion", use "argue against clandestine abortions" and instead of "voluntary interruption of a pregnancy ", use " interruption of pregnancy at risk".
- Involve grassroots communities to express the issue in their language and feelings.
- Continue and mediate this kind of regional events to show that access to safe abortion is not the work of one country, and that difficulties and challenges are shared across countries.

## **Regarding capacity building**

- Strengthen the actors' capacities on "clarification of values"
- Build the capacity of communities to advocate.



# Liste des acronymes et abréviations

AN	Assemblée Nationale
DSRSE	Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant
IVG	interruption volontaire de grossesse
MdM	Médecins du Monde
MM	Mortalité maternelle
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONFP	Office national de la famille et de la population
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
SSR	Santé sexuelle et reproductive

# Contexte et Justification

La Charte Africaine des droits de l'Homme et des peuples du 27 juin 1981 reconnaît formellement en ses articles 16 et 18<sup>1</sup> les droits des femmes et des filles à la santé. De manière spécifique, leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive, ont été pris en compte par le Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples (plus connu sous le nom de Protocole de Maputo) relatif aux Droits de la femme en Afrique. En effet, ce Protocole, adopté en 2003, stipule en son **article 14** que : « ...Les Etats prennent toutes les mesures appropriées pour : *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 ; fournir aux femmes des services pré et postnatals et nutritionnels pendant la grossesse et la période d'allaitement et améliorer les services existants ; 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.*

Trois années plus tard, en septembre 2006, lors de la session spéciale de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union Africaine tenue à Maputo, un plan d'action pour la mise en œuvre du cadre d'orientation continental pour la promotion des droits sexuels et reproductifs en Afrique a été adopté pour l'horizon 2010. En juillet 2010, au cours du sommet des chefs d'Etat et de gouvernement de Kampala, ce cadre d'orientation a été prolongé jusqu'en 2015. Par ailleurs, en 2010, une conférence continentale sur la santé maternelle et la survie de l'enfant en Afrique a également été organisée par la Commission de l'Union Africaine et avait pour thème : « Atteindre les OMD via la réduction accélérée de la mortalité maternelle (MM) et infantile en Afrique ». L'année suivante, une Stratégie Africaine de la Santé pour 2007-2015 a été élaborée dans le but de renforcer les systèmes de santé en Afrique, afin de réduire la charge représentée par la maladie à travers l'amélioration de l'exploitation des ressources, des systèmes, des politiques et de la gestion des questions sanitaires. Cette Stratégie a fait prendre conscience de l'urgence de mettre en œuvre le cadre d'orientation continental pour la promotion des droits sexuels et reproductifs en Afrique.

Par conséquent, dans la plupart des pays africains, la question des droits sexuels et reproductifs des femmes et des filles occupe une place majeure dans les politiques et stratégies en matière de santé reproductive en vue de prévenir les grossesses non désirées et combattre la MM qui demeure encore un fléau pour le continent. En effet, à travers le monde, c'est en Afrique subsaharienne que le taux de MM est le plus fort : 510 décès pour 100 000 naissances. Environ 830 femmes meurent chaque jour dans le monde du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, et la quasi-totalité des décès maternels (99%) se produisent dans des pays en développement, dont plus de la moitié (62 %) en Afrique subsaharienne<sup>2</sup>.

Des efforts ont été notés avec la mise en place des législations nationales, de même que la signature et la ratification d'instruments de droit international, comme le Protocole de Maputo. Ce Protocole exige des États signataires qu'ils combattent la discrimination à l'égard des femmes, sous toutes ses formes, en adoptant les mesures appropriées aux plans législatifs, institutionnels et autres. Toutefois, l'article 14 du Protocole est ignoré par la quasi-totalité des États signataires, obligeant ainsi leurs citoyennes porteuses de grossesses non désirées suite à un viol ou inceste à les garder malgré elles ou à recourir à l'infanticide ou aux avortements à risque. Quelle que soit l'option, elle est le plus souvent accompagnée de conséquences sociales, économiques, juridiques, psychologiques et sanitaires. Parfois même, elles y perdent la vie. En 2014, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les complications lors d'un

---

<sup>1</sup>Article 16 « Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. Les Etats parties à la présente Charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie ».

-Article 18 : « l'Etat a le devoir de veiller à l'élimination de toute discrimination contre la femme et d'assurer la protection des droits de la femme... tels que stipulés dans les déclarations et conventions internationales ».

<sup>2</sup> OMS, « Mortalité maternelle », Aide-mémoire N° 348, novembre 2015.

avortement pratiqué dans de mauvaises conditions constituaient pour 8 % l'une des principales causes de MM<sup>3</sup>. Pourtant, l'accès à l'avortement médicalisé consacré par le protocole de Maputo prend en considération une question humanitaire qui contribue à sauver des vies. Toutefois, il a été noté dans la plupart des pays africains une violation manifeste des droits en santé sexuelle et reproductive des femmes et des filles, malgré les dispositions de l'article 14 du Protocole de Maputo.

C'est dans ce contexte que Le Population Council, en collaboration avec la Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant et le Comité de plaidoyer pour l'accès à l'avortement médicalisé au Sénégal (plus communément appelé « Taskforce »), a initié cette grande rencontre afin de discuter sur les avancées notées dans l'accès à l'avortement médicalisé et mettre en exergue les efforts des pays de la région ouest africaine. Partant du principe que toutes les femmes, y compris les filles, doivent avoir accès à l'avortement dans de bonnes conditions de sécurité dans le plein respect du cadre législatif et à des soins de qualité, un accent particulier a été mis sur les obstacles et les défis auxquels sont confrontés les pays, mais également sur les bonnes pratiques mises en œuvre.

La réunion s'est tenue le 24 octobre 2017 à Dakar, Sénégal. Initialement prévue à l'Hôtel Radisson Blu dans le cadre de l'Assemblée générale de RHSC qui a été reportée pour des questions de sécurité, elle a quand même été maintenue à la suite d'une analyse du risque par l'équipe de PC et a finalement eu lieu à l'hôtel Fleur de Lys des Almadies à Dakar.

## Objectifs de la Réunion

L'objectif général de cette rencontre était de faire l'état des lieux de l'accès à l'avortement médicalisé dans les pays de l'Afrique de l'ouest francophone. De manière spécifique, il s'agissait de :

- Favoriser la collaboration des comités/associations de plaidoyer de la région
- Partager les expériences et les expertises
- Stimuler les efforts de plaidoyer pour que les lois sur l'avortement soient modifiées.

## Méthodologie

Quatre (4) expériences de pays relatives à l'accès à l'avortement médicalisé ont été présentées. Il s'agissait en l'occurrence de celles de la Tunisie, du Burkina Faso, du Maroc et du Sénégal. Ces présentations ont servi de prétexte pour ouvrir les discussions. La Session a été modérée par le Dr Marième Mady Dia Ndiaye, chef de la Division de planification familiale de la DSRSE.

---

<sup>3</sup> Dr Lale Say, Doris Chou, Alison Gemmill, Özge Tunçalp, Ann-Beth Moller, Jane Daniels, A Metin Gülmezoglu, Marleen Temmerman, Leontine Alkema. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis, 2014.

# Déroulement de la session

## INTRODUCTION ET MOTS DE BIENVENUE

La réunion a été introduite par le chef de la Division de planification familiale de la DSRSE qui a commencé par des mots de bienvenue à l'endroit des participants. Dans son intervention, elle a remercié les participants de leur présence malgré le contexte. Elle a insisté sur les conséquences des grossesses non désirées et sur certains indicateurs de santé maternelle qui font des avortements clandestins un problème majeur de santé public, notamment en Afrique de l'ouest. En dépit des efforts de plus en plus importants consentis au cours de la dernière décennie par les Etats pour améliorer la santé sexuelle et reproductive des populations, de nombreux obstacles, notamment juridiques, continuent à freiner les progrès réalisés pour réduire les grossesses non désirées. D'où l'intérêt d'une telle réunion pour permettre aux acteurs des différents pays d'échanger sur leurs expériences respectives, et de référer leurs actions dont les résultats pourraient contribuer à la baisse de la MM dans la région.

Les mots de bienvenue de Population Council ont été prononcés par le représentant de Population Council-US, en l'occurrence Mr John Townsend, Directeur Stratégie pays, et Directeur par intérim du bureau du Sénégal, qui est revenu sur les raisons ayant conduit au changement de lieu de la réunion. Il a également remercié les participants de leur présence en dépit du contexte. Il a magnifié la collaboration entre le MSAS et la contribution de Population Council dans la mise en œuvre du programme national de Santé de la Reproduction/Planification Familiale, et a rappelé que cette réunion est à placer à la suite de la conférence régionale africaine sur l'avortement qui a eu lieu à Addis-Abeba, en Ethiopie en novembre 2016.

Toujours en guise d'introduction, suite à la présentation des objectifs et de l'agenda de la réunion par Mme Fatou Bintou Mbow, chargée de programmes de Population Council - Sénégal, le représentant pays du bureau de Population Council Ghana, Mr Placide Tapsoba, a informé sur la Déclaration de la conférence régionale africaine sur l'avortement, en résumant les engagements des 260 chercheurs, défenseurs, décideurs et bailleurs présents à la réunion de Addis-Abeba à développer et diffuser les données probantes et à combler les lacunes qui subsistent en matière de recherche. De manière spécifique, il s'agit de :

- Responsabiliser les gouvernements africains pour qu'ils traitent en priorité l'élimination de l'avortement non sécurisé au cours de la décennie à venir.
- Étendre la base de données probantes pour contribuer à de meilleurs programmes et politiques, en particulier dans les pays avec des lois sur l'avortement restrictives et un taux élevé d'avortements non sécurisés, mais également dans les pays ayant assoupli leurs lois sur l'avortement.
- Faire entendre la voix des jeunes femmes dans la réforme de politique, la conception de programme et les conversations sur leurs préférences et leurs besoins.
- Veiller à la vaste diffusion des recherches et à la promotion de leur utilisation par les décideurs politiques, les organisations de la société civile, les prestataires de santé et d'autres parties prenantes pour favoriser les politiques améliorant la qualité et la disponibilité de l'avortement sécurisé et le traitement des complications de l'avortement non sécurisé.
- Mobiliser les ressources et l'engagement politiques nécessaires au niveau national et au sein de la communauté régionale et globale pour développer des données probantes, partager les résultats et reproduire les réussites en matière de programmes et de politiques.

Ainsi, Mr Tapsoba a précisé que cette réunion constitue un premier jalon pour les recommandations de la conférence de Addis-Abeba qui sont à prendre en compte dans les plans d'actions pays.

## PRESENTATION DES EXPERIENCES PAYS

Quatre présentations ont permis de découvrir l'expérience de 4 pays :

## Tunisie : L'avortement en Tunisie, 50 ans d'histoire et de pratique

Cette présentation a été faite par Dr Amira Yaakoubi du Groupe Tawhida Ben Cheikh. Elle a été préparée en collaboration avec Mr Adnene Ben Haj Aissa Directeur de la Coopération Technique Office National de la Famille et de la Population (ONFP). La présentation laisse apparaître une évolution du taux de MM du pays qui passe de 700 à 45 pour 100 000 entre 1946 et 2014.

Dans ce pays, la pratique et la législation en matière d'avortement a beaucoup évolué : la 1ère loi sur l'avortement a été promulguée en Juillet 1967 : 3 premiers mois de grossesse, pas avant le 5ème enfant, nécessité du consentement du conjoint, par un médecin spécialiste, dans une structure hospitalière publique ou privée. En septembre 1973 : la loi 214 est modifiée, et l'avortement est pratiqué sans tenir compte du nombre d'enfants et sans le consentement du conjoint. En 2000, l'autorisation de mise sur le marché du Mifégyne / Misoprostol est obtenue, et c'est le début de la pratique de l'Avortement médicamenteux (AM) dans 4 grands centres de PF. En 2004, l'AM est introduit dans 4 des 24 Centres régionaux de l'Office National de la Famille et de la Population (ONFP). En 2008, la méthode est étendue au niveau de 10 régions supplémentaires. En 2010 : Extension à 22 sur 24 régions. En 2015 : Extension aux 24 régions de la Tunisie. Le protocole de l'AM utilisé dans les centres de l'ONFP est celui de l'OMS.

La légalisation de l'avortement a permis la réduction des complications dûes à l'avortement clandestin.

L'introduction de l'AM en Tunisie a contribué à la promotion de la santé des femmes et à la réduction de la MM (Réduction du risque des infections et des traumatismes notamment chez les femmes à risque et Réduction des risques liés à l'anesthésie). Elle a aussi permis d'offrir un choix de service supplémentaire à la femme : Près de 50 % des femmes choisissaient l'AM en 2002 contre 80% actuellement. 73% des femmes optent pour l'AM si elles ont le choix. 91,3% se déclarent satisfaites de l'AM et 8,7% : ont exprimé leur mécontentement suite à l'échec de la méthode ou mauvaise tolérance du protocole.

Entre 2004 et 2016 on note une tendance à la hausse de l'AM comparé à l'avortement chirurgical qui baisse considérablement. L'AM est toujours la première méthode (plus de 70% des avortements).

Après 2010-2011, plusieurs constats ont été faits : Il n'y a pas de changement dans la "loi" mais dans les attitudes, dans un contexte socio- culturel en pleine mutation ; L'avortement est toujours légal, mais il devenu parfois inaccessible et tabou ; Il y a une augmentation de la stigmatisation ; Certains prestataires refusent de procurer les services d'avortement ; Il y a une auto-censure/peur dans un environnement devenu encore plus conservateur. Une autre étude, « Global Turnaway » informe sur l'existence de barrières à l'avortement légal : Barrières bureaucratiques (systèmes de références inefficaces, délais prolongés pour les services) ; Pressions Sociales (pour garder la grossesse (surtout pour les femmes mariées) ; Visites Répétées (au moins deux visites ou plus avant de prendre une décision) ; Raisons médicales inadaptées pour le refus (l'asthme, les troubles immunitaires et le diabète).

Malgré la légalisation de l'avortement des défis demeurent à savoir :

- Modification de la loi pour l'AM
- Refus du personnel de pratiquer l'AM pour conviction religieuse
- Manque de Statistiques au niveau du privé (confidentialité et fiscalité)
- Approvisionnement en lien avec le budget de l'Etat.
- Autorisation de mise sur le marché (AMM) pour les deux médicaments associés.
- L'IVG médicamenteuse ne figure pas dans les textes ou circulaires du Ministère de la santé.
- Les médicaments pour l'IVG médicamenteuse n'existent pas sur la nomenclature des hôpitaux.
- L'Etat est tenu de respecter le choix de la femme et de ne pas l'entraver, ni directement ni indirectement ; de protéger la femme en empêchant les tiers de faire obstacle et de mettre en œuvre les mesures appropriées d'ordre législatif, administratif, budgétaire, judiciaire ou autre.
- La criminalisation des services de santé requis par les femmes, notamment l'avortement, est une forme de discrimination contre les femmes qu'il faut combattre.
- Sensibilisation des prestataires de soins dans le domaine de SSR.
- Engagement du secteur privé dans l'AM.

**Ainsi en Tunisie :**

- L'avortement est une procédure médicale légale en Tunisie depuis 1973 ; elle est régie par une loi claire qui donne le droit à la femme d'avorter au cours du premier trimestre de la grossesse. Au-delà de ce terme, l'avortement peut être effectué pour des raisons médicales.
- La légalisation de l'avortement n'a pas donné une augmentation du nombre d'avortements (selon une étude de l'ONFP) mais assure la prise en charge adéquate des femmes demandeuses d'avortement.
- Au sein des structures médicales, certains prestataires refusent de pratiquer l'avortement pour des convictions personnelles et peuvent ainsi mettre en jeu la vie de la femme qui s'adresse généralement à d'autres personnes non habilitées pour effectuer l'avortement.
- Les avortements clandestins sont une cause de décès et de maladies chez les femmes à qui la demande a été refusée.
- Les femmes qui désirent avorter, mais finissent par garder l'enfant sont victimes de stigmatisation et de problèmes psychologiques avec une vulnérabilité plus élevée aux maladies et à la pauvreté.
- En dehors de la santé de la femme, les grossesses qui arrivent à terme peuvent donner des abandons d'enfants.
- Les obstacles à l'avortement causent donc des coûts humains et économiques pour le pays.
- Collaboration entre l'état et la société civile en cours qui est à valoriser et à entretenir.

# Burkina Faso : Avancées, obstacles et défis dans la mise en œuvre de la loi sur l'avortement au BURKINA FASO

L'expérience du Burkina a été le résultat d'une présentation commune préparée par :

- **Cécile Thiombiano**, membre de l'Association des femmes juristes du Burkina (AFJBF) en poste à Médecin du Monde (MdM) en tant que Coordinatrice Plaidoyer Mission du Burkina.
- **Elsa Kuntziger**, Coordinatrice régionale grossesses non désirées, Médecin du Monde.
- **Honorable Salimata Zignodo Konaté**, Députée, membre du Réseau des Parlementaires « Femmes et Développement » (RéPaFeD).
- **Clarisse Nadembega**, Présidente de l'Association des femmes juristes du Burkina (AFJBF).

Au Burkina Faso, la MM est de 330 pour 100 000 NV (EMDS 2015) ; Selon une étude de 2013 (Guttmacher Institute), 10.000 femmes ont recours chaque année à un avortement clandestin ; 65% des femmes qui décident d'avorter ont moins de 24 ans ; 1/3 des grossesses sont non désirées et 1/3 des GND aboutissent à un avortement ; 10% de la MM est due aux avortements non médicalisés ; Seules 3% des femmes interrompent leur grossesse avec l'aide d'un médecin.

Concernant le cadre juridique de l'avortement au Burkina Faso, il est noté le principe général de l'interdiction avec quelques exceptions : grossesse issue de viol ; cas incestueux ; malformation de l'enfant ; vie de la mère en danger.

Pourtant des engagements internationaux et régionaux ont été pris : La Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes (CEDEF) de 1979 ratifiée le 28 novembre 1984 ; le Protocole relatif aux droits de la femme en Afrique (2003). Le protocole de MAPUTO ratifié en 2006.

## Axes d'intervention des acteurs :

- Renforcement du système de santé et mobilisation communautaire (MdM France au Sahel)
- Plaidoyer (MdM, Réseau Femmes et Développement/RePaFed, Association des Femmes Juristes du Burkina Faso/AFJ-BF...).

## Résultats obtenus

- Existence d'alliés sur l'amélioration du cadre juridique de l'avortement sécurisé (OSC, Parlementaires, Points focaux secteurs de l'administration publique, réseau de jeunes) de plus en plus mobilisés depuis 2014 ; plus de 40 parlementaires engagés et formés sur la clarification des valeurs ; plus de 27 organes de presse formés ; Initiative CAPSSR ;
- Argumentaires et textes de révision des lois présentés aux Ministères (Exemple AFJ-BF) ;
- Soutien du plaidoyer par des autorités politiques pour l'évolution possible des lois ;
- Ouverture des débats sur l'avortement au sein de l'Assemblée Nationale (AN) à la session parlementaire (levée d'un tabou) ;
- Témoignages et publications de presses dénonçant le silence des lois et la pratique clandestine tueuse ;
- Engagements de parlementaires du RéPaFeD pour des propositions de projets de loi ou révision de loi.

## Obstacles

- Réticences de certains acteurs (déclaration liée au 'Gag rule' qui a été réactivé par le Président Trump) ;
- Insuffisance de coordination des interventions ;
- Conflits de leadership des acteurs communautaires ;
- Insuffisance des financements pour les interventions spécifiques.

## Défis

- Continuer les formations sur la clarification des valeurs sur l'avortement (perspective toute l'AN au niveau de MdM en collaboration avec RéPaFeD) ;
- Mobilisation Régionale (Alliance) ;
- Encourager l'évolution des lois (élargissement les conditions d'accès à l'avortement) : Mineurs, Santé mentale, etc... avec la Convention Programme #2, « Promouvoir le droit à décider pour réduire la morbi-mortalité liée aux grossesses non désirées » MdM-AFD) ;
- Levée des réserves et barrières en place des procédures judiciaires dans les conditions actuelles d'autorisation ;
- Données et évidences sur les avortements à risque.

## Maroc : les stratégies payantes d'un plaidoyer sur l'avortement dans un royaume chérifien

Présentation faite par le **Pr. Chafik Chraïbi**, Gynécologue obstétricien, Président de l'Association Marocaine de Lutte contre les Avortements Clandestins.

Au Maroc le dispositif législatif relatif à l'avortement est très restrictif : l'article 449 du code pénal prévoit en cas d'avortement des sanctions pécuniaires et des peines d'emprisonnement à l'endroit de la femme qui s'est livrée à l'avortement, l'avorteur, même si l'acte n'a pas abouti, le vendeur des produits avortant et les complices d'avortement.

### Conséquences :

Pratique de l'avortement clandestin :

- **Médicalisé** très lucratif (1500-10.000 dh), accompagné de stress avec risque incarcérable par des gynécologues, généralistes, chirurgiens, etc.
- **Non médicalisé** par infirmières, sages-femmes, faiseuses d'anges et autres, à un prix moins élevé, mais avec des complications gravissimes.

Face aux conséquences sanitaires dramatiques et autres conséquences sociales et économiques ont été notées : abandons d'enfants, infanticides, suicides, expulsion du cercle familial, prostitution, crimes d'honneur et incarcération de médecins. Des solutions ont été mises en place :

- Prévention : éducation sexuelle (école, associations, parents), promotion des méthodes de contraception efficaces et contraception d'urgence.
- Plaidoyer pour la légalisation de l'avortement (du moins partiel).

Cela a suscité un débat national. C'est dans ce contexte que naît l'association marocaine de lutte contre les avortements clandestins (AMLAC) en 2008 qui mène plusieurs activités.

- Sensibilisation de l'opinion publique : débats nationaux, conférences, presse, congrès, publications dans des revues nationales et internationales médicales et non médicales, etc.
- Sensibilisation des médecins : débats au conseil de l'ordre, dans les sociétés savantes ;
- Interpellation des responsables politiques et leaders d'opinion ;
- Lettre ouverte au législateur ;
- Journées d'étude au parlement, 2ème chambre ;
- Mémorandum comité constitution ;
- Lettre au conseiller royal ;
- Collaboration avec les associations féministes et droit de l'homme ;

Amendement de la loi : La loi ne permet l'avortement que lorsqu'il vise à sauvegarder la vie ou **la santé** de la mère à condition qu'il y est consentement du conjoint. En l'absence de ce consentement il faut avoir celui du médecin chef de la préfecture et en cas d'urgence il suffit que ce dernier soit seulement avisé.

D'où la proposition suivante : « L'avortement n'est pas puni quand il vise à sauvegarder la vie ou la **santé physique, mentale ou sociale** de la mère ».

**Dénouement** : Suite au reportage de « Envoyé spécial » à la télévision France 2, l'opinion publique nationale et internationale a été sensibilisée, et cela a conduit à une colère du gouvernement qui a été suivie de sanctions (Le président de l'AMLAC a été relevé de son poste de chef de service à l'hôpital). Suite au soutien des réseaux sociaux et associations, il a été noté une intervention royale.

Les recommandations des commissions royales ont conduit à un assouplissement de la loi en cas de : viol, inceste, malformations fœtales, handicap mental et pour préserver la santé (art 453).

### Obstacles :

Ils sont d'ordre politique, religieux (sensibilisation du conseil des oulémas) et éthique (pro vie).

**Conclusion** : Au Maroc, l'assouplissement de la loi a permis :



- Meilleures conditions sanitaires, d'où réduction de la MM (13%)
- Réduction de mortalité néonatale et des enfants abandonnés
- Travail dans un cadre légal
- Transparence vis-à-vis du monde
- Coût moins élevé.

## **Sénégal : L'expérience du comité de plaidoyer pour l'accès à l'avortement médicalisé : Innovations, contraintes, acquis et défis.**

Présentation faite par **Amy Sakho**, Membre de l'Association des Juristes Sénégalaises (AJS), Coordonnatrice du Comité national de plaidoyer pour l'accès à l'avortement médicalisé (Taskforce).

Création de la Taskforce face à une législation nationale défavorable à l'accès à l'avortement médicalisé aux femmes et aux jeunes filles en cas de viol, d'inceste ou d'atteinte à la santé ou à la vie de la mère ou du fœtus et suite à un diagnostic situationnel des avortements à risque au niveau national commandité par la Division de la Santé de la Reproduction (DSR) en 2010.

La Taskforce est un comité pluridisciplinaire chargé de mener des stratégies visant à informer les décideurs et le public sur la problématique de l'avortement à risque pour parvenir au changement social et légal en faveur de la réforme de la loi sur l'avortement. Son objectif est d'amener l'Etat à mettre le code pénal et la loi sur la santé de la reproduction en conformité avec l'article 14 du Protocole de Maputo. Elle est structurée en 3 groupes cibles ayant chacun un objectif spécifique.

- Groupe Cible Communauté : mener des activités de sensibilisation au niveau communautaire et particulièrement auprès des leaders religieux et les jeunes.
- Groupe Cible Parlementaires : dérouler toutes les activités relatives à l'adoption de la loi et qui impliquent les parlementaires, les institutions de la République et autres acteurs clés.
- Groupe Cible Media : Assurer la visibilité du plaidoyer de la Taskforce ; Produire des types de supports médiatiques appropriés à l'objectif de la Taskforce ; Sensibiliser les journalistes et l'opinion publique sur les objectifs de la Taskforce par des activités et supports médiatiques.

### **Innovations :**

- Mise en place d'un comité de plaidoyer pour l'avortement médicalisé par un démantèlement de l'Etat ;
- Création du comité suite aux recommandations émises par les acteurs ;
- Pluridisciplinarité des membres du comité ;
- Structuration par groupe de travail du comité ;
- Implication des religieux en amont.

### **Succès au niveau communautaire :**

- Sensibilisation : les communautés ont été informées et sensibilisées à travers les nombreuses activités de communication sur l'avortement médicalisé ;
- Acceptation : 2500 pétitions ont été signées en un an, dont 2000 en version papier et 500 en ligne ;
- Adhésion : les communautés sont en mesure d'expliquer les différentes conditions citées pour l'avortement médicalisé et d'expliquer les argumentaires avancés ;
- Appropriation : les communautés informées servent de relais pour des messages sur l'avortement médicalisé ;
- Engagement : familles, élus locaux, enseignants et éducateurs, prestataires de santé et leaders communautaires se sont engagés à être des ambassadeurs dans le combat pour la modification de la loi SR ;
- Des religieux se sont engagés à faire des prêches et sermons autour de la question ;
- 09 familles religieuses sur dix consultées ont désigné des représentants pour participer à l'atelier de validation de l'argumentaire religieux.

### **Succès au niveau des acteurs clés**

- Engagement de prestataires de santé avec des recommandations sur les conditions de réalisation de l'avortement médicalisé ;
- Déclaration du Président de la République en faveur de l'avortement médicalisé en cas d'inceste et de viol (télé France 2015) ;
- Engagement du Président du Groupe parlementaire majoritaire de l'Assemblée Nationale pour l'adoption d'une loi autorisant l'avortement dans les conditions de l'article 14 du Protocole de Maputo ;
- Livret d'engagement des parlementaires à soutenir la loi ;

- Intégration par le comité technique (mise en place suite aux recommandations du comité CEDAF) des propositions de la taskforce pour permettre l'accès à l'avortement médicalisé en cas d'inceste et de viol.

### **Succès au niveau des médias**

- Ouverture et maintien du débat public sur l'avortement depuis 4 ans ;
- Intérêt inattendu manifesté par les médias sénégalais sur le sujet demeuré longtemps tabou. Depuis 2013, de très nombreuses sollicitations ont été adressées au groupe, y compris par des médias internationaux tels que Al Jazeera, BBC Afrique, New York Times, RFI, etc. ;
- Mise à disposition des supports de communication de bonne qualité scientifique et technique ;
- Internationalisation du débat qui a suscité un passage devant le comité CEDAF des Nations Unies.

### **Contraintes**

- Environnement socioculturel et religieux peu favorable ;
- Insuffisance de l'engagement de certains acteurs clés ;
- Déformation du message de la Taskforce par une certaine presse.

### **Leçons apprises**

#### **Au niveau des communautés**

- Les communautés s'approprient le sujet si elles sont impliquées dès le début ;
- L'utilisation des langues locales facilite la communication et enrichie les échanges.

#### **Au niveau des institutions de la République et autres acteurs clés**

- L'approche par les Présidents de Commissions Parlementaires est une stratégie plus efficace que les rencontres individuelles ;
- L'implication d'acteurs clés dans l'exécution des activités de plaidoyer permet d'avoir un cachet officiel.

#### **Au niveau médiatique**

- Le projet initial défini en 2013 de faire changer la loi en 120 jours était ambitieux car l'environnement socioculturel et législatif du Sénégal évolue lentement ;
- Les journalistes ne sont pas systématiquement réfractaires à discuter des questions d'avortement. Il est important de les approcher sans préjugé et de les impliquer en les associant aux enjeux de la problématique.

#### **Défis :**

- Faire adopter la loi au plus tôt ;
- Assurer la mise en œuvre de la loi.

### **Conclusion**

Il apparaît ainsi qu'en Afrique de l'Ouest, les lois sur l'avortement sont restrictives. En dépit de l'existence d'une loi, l'avortement dans certains cas reste inaccessible même pour les victimes de violences sexuelles.

Au fil des ans des progrès ont été réalisés. La production d'évidences sur les avortements à risque et leurs conséquences, certes insuffisantes, a contribué dans certains pays africains à la révision des lois sur l'avortement. Même dans les cas où l'avortement est légalisé, le défi consiste à faire appliquer la loi car certaines expériences ont montré que des femmes sont victimes de stigmatisation et ne peuvent y accéder à cause de l'attitude de certains prestataires et de la communauté en général.

# Discussions

Les principales contributions soulevées lors des discussions à la suite des présentations ont porté sur :

- Le manque de coordination nationale en Côte d'Ivoire pour aborder la question de l'avortement malgré les indicateurs alarmants. Par exemple une étude de l'Association du Bien-être Familial rapporte 640 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. De ce fait des recommandations ont été requises pour savoir les actions à entreprendre pour obtenir le consensus au niveau de la société.
- En Tunisie, malgré le fait que la loi sur l'avortement existe depuis 50 ans, il existe toujours des défis/difficultés pour son application. Par exemple, il existe des prestataires qui refusent le service à certaines patientes. Est-ce que pour garantir l'accès des femmes à ce service on ne pourrait pas envisager une évolution de cette loi afin de prévoir des sanctions ?
- Le malaise de certains acteurs face à l'insuffisance d'engagement de certaines structures étatiques au Sénégal (ex : Direction de la Famille) face aux efforts fournis par la Taskforce.
- La part des avortements clandestins dans la non réalisation des OMD 4 et 5 en 2015. Pour certains acteurs, il faut traquer ces indicateurs et les utiliser dans les messages.
- La requête des participants de la Guinée pour avoir des exemples de messages adressés aux communautés et sur les canaux utilisés pour les atteindre.
- La priorité pour le Bénin serait un partage des supports/données qui pourrait servir de source d'inspiration.
- La considération du modèle du Maroc qui fait de l'avortement médicalisé une question de santé comme une référence.
- Requête du Maroc sur la nécessité pour le Burkina Faso de bien montrer comment prouver pour les cas de malformation.
- L'engagement des autorités qui semble être un maillon essentiel.
- L'exemple du Ghana où le changement de la loi s'est fait pendant un évènement spécial.
- Le coût social et économique des pratiques. Pour certains acteurs il serait intéressant de voir combien ça coûte au pays.
- La signification du concept de « clarification des valeurs » et leur importance dans le renforcement des capacités des acteurs.
- La nécessité de faire des consensus sur les terminologies utilisées afin d'adapter les messages à chaque cible pour éviter de heurter certaines sensibilités. Ex : au lieu de « accès à l'avortement médicalisé », dire « lutte contre les avortements clandestins ». Au lieu de « interruption volontaire de grossesse (IVG) » dire « interruption de grossesse à risque ».

# Recommandations

A l'issue de la réunion, les recommandations suivantes ont été formulées :

## Concernant la législation

- Renforcer le plaidoyer pour le financement des interventions visant une amélioration des lois sur l'avortement médicalisé.
- Faire une analyse situationnelle du cadre juridique des différents pays.
- Renforcer l'engagement des politiques, des législateurs, etc.

## Concernant la collaboration

- Renforcer la mobilisation régionale avec la création d'un réseau régional.
- Mieux investir/impliquer l'OOAS.
- Pour les mobilisations, investir les réseaux sociaux.
- Encourager la production et le partage de données à travers la publication des rapports d'études et ainsi faire des évidences des éléments de plaidoyer.
- Poursuivre les échanges entamés dans le cadre de cette réunion à travers un webinaire compte tenu du temps jugé insuffisant accordé à cette réunion.

## Concernant le contenu des messages

- Améliorer le contenu des messages en changeant l'orientation du discours. Faire de l'avortement un problème de société et de santé. Mettre en avant la nécessité de préserver la santé de la femme et se rapprocher de la définition de la santé de l'OMS.
- Revoir les terminologies utilisées et les adapter aux différents contextes.
- Impliquer les communautés de base afin de pouvoir utiliser leur langage, leur mode de communication et leurs ressentis.
- Continuer et médiatiser ce genre d'évènement pour montrer que ce n'est pas l'affaire d'un seul pays, et que même dans les autres pays des difficultés et des défis existent.

## Concernant le renforcement des capacités

- Renforcer les capacités des acteurs en matière de clarification des valeurs.
- Renforcer les capacités des communautés afin de les pousser à porter le plaidoyer.

# Annexes

## ANNEXE 1 : AGENDA

Horaires	Activités	Responsables
12h30-13h00	Accueil et Inscription des Participants	Population Council Taskforce
13h00-14h15	Déjeuner	
14h15 -14h30	Ouverture, mots de bienvenue et introduction	DSRSE Population Council US
14h30 -14h45	<ul style="list-style-type: none"><li>• Présentation des objectifs et de l'agenda de la réunion</li><li>• Déclaration de la conférence régionale africaine sur l'avortement (Addis Abeba) : de la recherche à la politique</li></ul>	Population Council Sénégal Population Council Ghana
14h45 -15h45	<b>Présentations :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Tunisie</b> : l'expérience de la Tunisie, 44 ans après le droit à l'avortement.</li><li>• <b>Burkina Faso</b> : les avancées, obstacles et défis dans la mise en œuvre de la loi sur l'avortement.</li><li>• <b>Maroc</b> : les stratégies payantes d'un plaidoyer sur l'avortement médicalisé dans un royaume chérifien.</li><li>• <b>Sénégal</b> : L'expérience du comité de plaidoyer pour l'accès à l'avortement médicalisé : Innovations, contraintes, acquis et défis.</li></ul>	Participants
15h45-16h45	Discussions	Participants
16h45-17h00	Recommandations et Clôture	Population Council DSRSE

## ANNEXE 2 : LISTE DES PARTICIPANTS

	Pays	Noms et prénom	Structure/Position	Contacts
1.	BENIN	Françoise Sossou Ahouefa ep. Agbaholou	Wildaf	soossou_af@yahoo.fr
2.	BURKINA FASO	Clarisse Nadembega	Association des Femmes Juristes du Burkina (AFJBF)	<a href="mailto:clarissenadembega@yahoo.fr">clarissenadembega@yahoo.fr</a>
3.		Salimata Zignodo	Réseau des Parlementaires « Femmes et Développement » (RéPaFeD) Membre	<a href="mailto:zskonate@yahoo.fr">zskonate@yahoo.fr</a>
4.		Cécile Thiombiano	Médecin Du Monde Coordonnatrice Plaidoyer Mission du Burkina	advocacy.burkina-faso@medecinsdumonde.net
5.		Elsa Kuntziger	Médecin Du Monde Mission du Burkina	elsa.kuntziger@medecinsdumonde.net
6.	COTE D'IVOIRE	Me Sanata Konaté	Association de Femmes Juristes de Côte d'Ivoire (AFJCI) Membre	sanaelle2009@yahoo.fr
7.	GUINEE	Dr Kadiatou Sy	Coalition OSC / PF Coordonnatrice	kadisythiam@gmail.com
8.		Dr Pernamou Traoré	Directeur Exécutif de L'AGBEF	traorepernamou@yahoo.ca
9.	MALI	Mariam Soumaré	Association des Juristes Maliennes	mariamsoumareml@gmail.com
10.		Namory Traoré	MSI Coordonateur Plaidoyer	<a href="mailto:namory@msimali.org">namory@msimali.org</a>
11.	MAROC	Pr. Chafik Chraïbi	Association Marocaine de lutte contre les avortements clandestins (AMLAC), Président	prchafikchraïbi@gmail.com
12.	TUNISIE	Dr. Amira Yaakoubi	Groupe Tawhida Ben Cheikh, Membre	<a href="mailto:yaakoubi.amira@gmail.com">yaakoubi.amira@gmail.com</a>
13.	SENEGAL	Dr Marième Mady Dia Ndiaye	DSRSE Chef de la Division de Planification Familiale	diamareme@gmail.com
14.		Colette Ndoye	DSRSE	condoye@yahoo.fr
15.		Amy Sakho	Comité plaidoyer pour l'accès à l'avortement médicalisé (Taskforce), Coordonnatrice	amilase2011@hotmail.fr
16.		Aida Ndoye	Taskforce	paqan3@gmail.com
17.		Moustapha fall	Taskforce	fallafal@yahoo.fr
18.		Bathor Seck	Taskforce	bathormar@gmail.com
19.		Bineta Samba Dia	Taskforce	diabinetadia@gmail.com
20.		Fatou Thiam	Association des Juristes Sénégalaises	nenefatorodo@hotmail.com
21.		Dr Amy Ndao Fall	Association des Femmes Médecins du Sénégal (AFEMS)	amy.fall-ndao@sanofi.com
22.		Dr Seynabou Ba Diakhaté	Association des Femmes Médecins du Sénégal (AFEMS)	naboubadiakh@yahoo.fr
23.		Abdou A. Mandiang	Association Sénégalaise pour le bien-être familial (ASBEF)	amandiang@yahoo.fr
24.		Bigué Ba Mbodji	Association Nationale des Sages-femmes du Sénégal	ba.biguembodji@yahoo.fr
25.	Boury Thiam	Association Nationale des Infirmiers d'état du Sénégal (ANIIDES)	bourythiam@hotmail.fr	
26.	Ndeye Daro Fall	Comité de lutte contre les violences faites aux femmes (CLVF)	fallndeyedaro@yahoo.fr	
27.	Penda Seck Diouf	Comité de lutte contre les violences faites aux femmes (CLVF)	nenuphar54@yahoo.fr	
28.	Ismaila Ba	Ministère de la Famille et de la Femme	sm2aida@gmail.com	
29.	Julien Ngane Ndour	Ministère de la Justice Direction des Droits Humains	ndourjulienngane@gmail.com	
30.	Ayisha Diop	Gynuity Health Projects Senior Associate	adiop@gynuity.org	
31.	Meagan Byrne	Johns Hopkins University	mbyrne18@jhu.edu	
32.	Lynsey Bourke	DKT	lynsey.bourke@dkf-fwaca.org	

			Regional Programme Manager	
33.		Anouk Habermacher	DKT	anouk@dkt-fwaca.org
34.		Salimata Cissé	MSI	Salimata.cissé@mariestopes.org.sn
35.		John Townsend	Population Council/US	jtownsend@popcouncil.org
36.		Placide Tapsoba	Population Council Ghana, Directeur pays	ptapsoba@popcouncil.org
37.		Fatou Bintou Mbow	Population Council Sénégal, Chargée de programmes	fmbow@popcouncil.org
38.		Babacar Mané	Population Council Sénégal, Consultant	bmané@popcouncil.org