

OBJECTIFS À NOTRE PORTÉE

ÉLARGIR L'ACCÈS À L'AVORTEMENT SÉCURISÉ

GUIDE DE PRÉSENTATION



Lignes directrices de la présentation

OBJECTIFS À NOTRE PORTÉE : ÉLARGIR L'ACCÈS À L'AVORTEMENT SÉCURISÉ

REMERCIEMENTS

« Objectifs à notre portée : élargir l'accès à l'avortement sécurisé » est un outil de plaidoyer multimédia développé par le Population Reference Bureau. La présentation a été écrite par Lori Ashford, consultante, et Marissa Pine Yeakey, directrice de programme. Elle a été conçue et produite par Pamela Mathieson, productrice de supports vidéo et numériques, N'Namdi Washington, graphiste et éditeur numérique, et Jessica Woodin, conceptrice principale.

La présentation a été élaborée en suivant les conseils d'un Groupe Consultatif Technique Mondial composé de chercheurs, de défenseurs de la planification familiale et de l'avortement sécurisé et de professionnels de la santé. Nous remercions les membres de ce groupe pour leur temps et leur dévouement, notamment : Akinrinola Bankolé, PhD., M.A., maîtrise en sciences, Institut Guttmacher; Jennifer Blum, maîtrise en santé publique, Projets de Santé de Gynuity ; Paul Blumenthal, doctorat en médecine, maîtrise en santé publique, Population Services International; Ambassadrice Eunice Brookman-Amisshah, M.B. Ch.B., F.R.C.O.G (*diplôme de médecine et de chirurgie, boursière du Collège royal d'obstétrique et de gynécologie*); Alejandra Cardenas, maîtrise en droit, Centre pour les droits de la reproduction ; Barbara B. Crane, Ph.D, M.A.; Patrick G. Ilboudo, Ph.D., Agence de Médecine Préventive, Burkina Faso; Faustina Fynn-Nyame, licence en sciences infirmières, Population Services International; Ndola Prata, doctorat en médecine, maîtrise en sciences, Centre Bixby pour la population, la santé et la durabilité à l'Université de Californie, Berkeley ; et John Townsend, Ph.D., Population Council.

Nous disons également merci à Charlotte Feldman-Jacobs, vice-présidente associée, PRB, et Kate P. Gilles, directrice de programme, PRB, pour leurs conseils et leurs contributions critiques.

© 2019 Population Reference Bureau. Tous droits réservés.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION AU GUIDE DE PRÉSENTATION	1
BUTS DE LA PRÉSENTATION	1
OPPORTUNITÉS POUR EFFECTUER LA PRÉSENTATION.....	1
UTILISATION DE LA PRÉSENTATION AVEC DES AUDITOIRES VARIÉS	2
CONSIDÉRATIONS SUPPLÉMENTAIRES	3
INSTRUCTIONS RELATIVES À LA PRÉSENTATION	3
SCRIPT DE LA PRÉSENTATION	5
DOCUMENT D'ACCOMPAGNEMENT « MESSAGES CLÉS »	13
GUIDE DE DISCUSSION.....	17
QUESTIONS FRÉQUEMMENT POSÉES.....	19
NOTE SUR LES DONNÉES	27
RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES	29



Introduction au guide de présentation

Ce guide de présentation est destiné à aider les utilisateurs à tirer le meilleur parti de la présentation ENGAGE « Objectifs à notre portée : élargir l'accès à l'avortement sécurisé ». Le guide comprend des documents complémentaires, tels que le script entier de la présentation, les références, les messages clés avec des captures d'écran, les questions fréquemment posées et un guide de discussion pouvant être utilisé pour susciter une interaction et un dialogue entre les membres de l'auditoire.

Après avoir lu ce guide de présentation, vous saurez comment :

1. identifier les opportunités d'utilisation de cette présentation de ENGAGE avec des publics variés
2. répondre aux questions fréquemment posées sur la présentation
3. Encourager le dialogue avec l'auditoire sur les messages clés de la présentation.

Buts de la présentation

Le but de la présentation multimédia ENGAGE « Objectifs à notre portée : élargir l'accès à l'avortement sécurisé » est de sensibiliser le public aux causes et aux conséquences des avortements non sécurisés, en particulier en Afrique, et d'accroître le soutien à un meilleur accès à des services complets de santé reproductive, y compris les services d'avortement sécurisé.

La présentation met en évidence le rapport entre les politiques de restriction de l'avortement, le taux général d'avortement et la proportion des avortements non sécurisés. Elle met également en lumière les données indiquant une amélioration de la sécurité et une réduction de la mortalité maternelle à la suite de modifications de politiques visant à élargir l'accès à des services d'avortement sécurisé.

Les objectifs spécifiques de la présentation sont :

- d'informer sur la prévalence de l'avortement non sécurisé dans le monde et en Afrique, ainsi que des raisons pour lesquelles une femme pourrait chercher à se faire avorter
- de mettre en lumière les pays où un accès plus important à l'avortement sécurisé a permis d'accroître la sûreté de la procédure et de réduire le nombre de décès maternels
- d'encourager les membres de l'auditoire à discuter de la nécessité d'accroître l'accès aux services d'avortement sécurisé et d'investir dans les programmes de planification familiale afin de réduire les grossesses non désirées
- de promouvoir une vision des services d'avortement sécurisé comme étant une composante des soins de santé essentiels.

Opportunités pour effectuer la présentation

Cette présentation ENGAGE et les documents de support sont des outils destinés aux professionnels impliqués dans la santé reproductive, l'avortement sécurisé et l'équité des genres à tous les niveaux – académique, politiques, concernés par la prestation de services et les environnements communautaires. Les publics cibles de cette présentation sont :

- **publics principaux** : Organes régionaux de gouvernance, décideurs internationaux de politiques, décideurs gouvernementaux de politiques et donateurs pour le développement, en mesure d'allouer des ressources et de faire avancer l'avortement sécurisé dans l'agenda des pays africains au niveau des politiques et des programmes.
- **publics secondaires** : Tous ceux / toutes celles qui influencent les décideurs de haut niveau en matière de politiques, y compris les défenseurs, les médias, les responsables civils et religieux, les responsables de programmes et autres leaders communautaires.

Nous encourageons les utilisateurs à effectuer cette présentation lors de conférences, de briefings sur les politiques, de réunions d'experts et dans des contextes éducatifs où des publics cibles pourraient être présents. La présentation constitue un outil efficace de sensibilisation au fardeau que constitue l'avortement non sécurisé, la mortalité et les infirmités liées à l'avortement non sécurisé, ainsi qu'à la nécessité de modifier les politiques en vue de lutter contre l'avortement non sécurisé en utilisant les meilleures données probantes disponibles.

Utilisation de la présentation avec des auditoires variés

La présentation ENGAGE est destinée à être utilisée dans des contextes ou environnements divers, en particulier lorsque les pays africains mettent en œuvre les Objectifs de Développement Durable et continuent de travailler à la mise en œuvre intégrale du Protocole de Maputo et d'autres engagements régionaux. Différentes manières d'utiliser la présentation pour atteindre des publics variés sont énumérées ci-dessous :

DÉCIDEURS DE POLITIQUES

- Informer les décideurs de politiques sur le nombre d'avortements pratiqués dans le monde et en Afrique, et sur le fait que les restrictions juridiques contre l'avortement ne le rendent pas moins fréquent
- Montrer le rôle que l'extension de l'accès à l'avortement sécurisé dans certains pays africains a joué dans la réduction de la mortalité maternelle et dans l'amélioration de la sûreté de la procédure
- Démontrer le rapport coût-efficacité de la planification familiale et de l'accès à l'avortement sécurisé, ainsi que la nécessité d'augmenter le financement alloué aux efforts de planification familiale
- Réitérer la nécessité de mettre en conformité les politiques et lois existantes en matière d'avortement avec les accords internationaux tels que le Protocole de Maputo.

DÉFENSEURS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE ET DE L'AVORTEMENT SÉCURISÉ

- Fournir aux défenseurs des données probantes susceptibles d'inciter les décideurs à élargir l'accès à l'avortement sécurisé
- Souligner la manière dont un meilleur accès à l'avortement sécurisé améliorera la santé des femmes et réduira le taux de mortalité maternelle
- Fournir des exemples de modifications de politiques ayant permis l'amélioration des soins de santé des femmes.

DONATEURS

- Montrer l'importance du financement des services de santé de la reproduction, y compris les programmes de planification familiale, dans la prévention des grossesses non désirées
- Mettre en évidence les lacunes dans le continuum des services de soins de santé reproductive causées par le manque d'accès à l'avortement sécurisé, situation qui entraîne des décès maternels.

LES MÉDIAS

- Éduquer les médias à l'importance d'accroître l'accès aux services d'avortement sécurisé et de santé reproductive
- Informer les médias sur les données exactes et fiables qui existent sur l'avortement
- Souligner les avantages qu'un accès étendu à l'avortement sécurisé peut avoir pour la société et pour les femmes et les jeunes filles en particulier.

Considérations supplémentaires

Vous pouvez rendre cette présentation plus intéressante pour votre auditoire en y ajoutant des informations sur les expériences et les pratiques locales dans différents pays africains, en particulier celles qui s'appliquent à votre public. Nous vous encourageons à personnaliser le script ou à ajouter des détails spécifiques à votre auditoire.

- **Taille de l'auditoire.** Avec des groupes plus réduits, vous pouvez fournir une analyse plus approfondie basée sur des histoires ou des expériences réelles, car vous en savez généralement plus sur les individus qui composent le groupe. Devant des auditoires plus importants, vous devrez peut-être prendre plus de temps lors de la présentation avec script pour définir les concepts généraux et vous assurer que la présentation est pertinente pour tous les auditeurs.
- **Niveau de connaissance.** Il est toujours plus prudent de supposer que les termes techniques que vous pourriez employer dans la présentation ne sont pas très familiers pour votre auditoire. Si vous faites une présentation en direct, nous vous conseillons de suivre le script et de fournir des définitions pour les termes susceptibles d'être nouveaux pour certains auditeurs.

Instructions relatives à la présentation

Cette présentation ENGAGE est disponible en deux formats :

1. une présentation au format Flash sans voix off, accompagnée d'un script de présentation afin qu'elle puisse être délivrée en direct par un présentateur. Cette présentation nécessite que vous cliquiez manuellement tout au long de la présentation. En suivant le script compris dans ce guide, vous pouvez faire avancer la présentation d'une diapositive à la fois, en lisant le récit qui va avec chaque diapositive à mesure que vous avancez. Cette présentation nécessite le logiciel Adobe Flash.
2. une présentation avec voix off. Cette présentation est sous forme de vidéo et ne vous oblige pas à faire avancer chaque diapositive. Vous pouvez jouer la vidéo en streaming ou la télécharger directement depuis le site www.prb.org. Cette présentation nécessite un lecteur de films tel que Windows Media Player pour pouvoir être visionnée sur un ordinateur.

Nous recommandons à tous les présentateurs potentiels de s'exercer au script afin de déterminer leur degré de confort avec chaque présentation. Le niveau de confort doit guider la décision concernant la version la mieux adaptée à chaque événement particulier.

La présentation a également été adaptée et est disponible sous forme de :

VIDÉOS DE TRÈS COURTE DURÉE

En plus des deux présentations ENGAGE complètes, il existe six vidéos de très courte durée. Ces vidéos sont des extraits d'une à trois minutes de la présentation, qui traitent d'un sujet spécifique, tel que « Les modifications des politiques pour un avortement plus sécurisé ». Ces vidéos peuvent être utilisées pour renforcer les activités de plaidoyer ou pour capter l'attention de l'auditoire lorsque le temps ne permet pas une présentation complète.

DIAPORAMA ADAPTABLE

Un diaporama adaptable contenant les six vidéos de très courte durée ainsi que de simples diapositives de données et de texte peut être personnalisé en fonction des besoins du présentateur. Par exemple, certaines vidéos de très courte durée peuvent être supprimées pour se concentrer sur des aspects spécifiques de la présentation, où le texte à l'écran peut être modifié afin de mieux refléter les besoins spécifiques en matière de plaidoyer. Le diaporama adaptable nécessite Microsoft PowerPoint pour être visionné et modifié.

Pour l'utiliser, ouvrez le fichier pour modifier ou présenter en mode Diaporama comme vous le feriez avec toute autre présentation PowerPoint.

EXIGENCES TECHNOLOGIQUES

Pour effectuer des présentations ENGAGE, vous aurez besoin d'un ordinateur portable ou d'un ordinateur de bureau avec :

- au moins 2,4 GHz de vitesse de processeur
- au moins 3 Go de RAM (mémoire vive)
- un processeur Intel Core 2 Duo
- le logiciel Adobe Flash. Si votre ordinateur portable ou votre ordinateur de bureau ne dispose pas de Flash, vous pouvez télécharger une version gratuite du programme sur le site www.adobe.com/products/flashplayer/ (requis pour les présentations sans voix off) OU BIEN
- un lecteur de film tel que Windows Media Player (requis pour une présentation commentée, avec voix off).

Instructions relatives à la présentation (sans voix off)

POUR OUVRIR LA PRÉSENTATION

- Double cliquez sur l'icône « f » du carré rouge (« f » correspond à Flash). La fin du nom de fichier sera « .exe »
- Votre ordinateur peut vous mettre en garde contre ce type de fichier. Ceci est courant avec les fichiers en .exe. Ce fichier peut être ouvert en toute sécurité et ne contient pas de virus ni de logiciels nuisibles pour votre ordinateur
- Redimensionnez la fenêtre. La fenêtre peut s'ouvrir en petite taille et être décentrée sur l'écran de votre ordinateur. Vous pouvez agrandir ou réduire la fenêtre de présentation en cliquant sur la case située au bas de la présentation, qui montre deux flèches diagonales pointant l'une vers l'autre ou à l'opposé l'une de l'autre.

POUR SE DÉPLACER DANS LA PRÉSENTATION

- Vous pouvez cliquer en avant et en arrière dans la présentation de deux manières : en utilisant les flèches avant et arrière de votre clavier, ou bien en pointant votre souris sur les doubles flèches avant et arrière dans la barre grise inférieure de la présentation. Vous pourriez trouver plus facile de vous déplacer dans la présentation à l'aide des flèches du clavier car vous n'aurez pas à vous soucier de pointer votre souris au bon endroit à l'écran.
 - La **flèche avant** fait avancer la présentation. Ce saut se fera vers la prochaine diapositive, la prochaine puce ou la prochaine animation.
 - La **flèche arrière** vous ramène à la diapositive précédente. Si la diapositive précédente inclut une animation, la flèche arrière vous mènera au début de la diapositive.
- Vous pouvez cliquer sur la case **Menu** dans la barre inférieure de la présentation pour passer à n'importe quel point de la présentation. Lorsque vous cliquez sur Menu, une liste de toutes les diapositives de la présentation apparaît. Lorsque vous pointez votre souris sur un numéro de diapositive particulier, une image du début de cette diapositive apparaît instantanément. Lorsque vous cliquez, la présentation passe directement à cette diapositive. Vous pouvez utiliser ce menu pour passer directement au début, à la fin ou à tout autre point de la présentation.
- Toutes les animations sont enregistrées à l'avance et ne sont pas interactives.
- Si vous cliquez deux fois par accident, **vous passerez directement à la diapositive suivante de la séquence**. Si cela se produit, la diapositive ne correspondra pas à ce que vous dites. Faites attention !
- Chaque écran de la présentation est numéroté, en commençant par 1. Ces numéros correspondent au script. Certains « écrans » individuels contiennent des animations et changent donc au fur et à mesure de leur lecture.

UTILISER ENSEMBLE LA PRÉSENTATION ET LE SCRIPT

- Le script de présentation contient toute la narration nécessaire à la présentation, accompagnée d'instructions chaque fois que vous devez cliquer pour avancer d'une diapositive.
- Chaque fois que le script dit « Cliquez en Avant », cliquez sur la flèche « avant » de votre clavier pour faire avancer la présentation d'un écran. Chaque clic dans la présentation est inclus dans le script avec un numéro. Celui-ci correspond au coin inférieur gauche de l'écran et le script qui suit représente la narration de cet écran.

Instructions relatives à la présentation (avec voix off)

POUR OUVRIR ET LIRE LA PRÉSENTATION

- Double-cliquez sur le fichier vidéo. La fin du nom de fichier sera « .mp4 ».
- Redimensionnez la fenêtre. La fenêtre peut s'ouvrir en une petite taille et être décentrée sur l'écran de votre ordinateur. Vous pouvez redimensionner la fenêtre en faisant glisser la barre supérieure ou en faisant glisser les coins pour rendre l'image plus petite ou plus grande. Passez en mode plein écran en appuyant Ctrl + F sur votre clavier.
- Vérifiez que les haut-parleurs de votre ordinateur fonctionnent et que le volume est assez élevé. Vous pourrez trouver utile d'employer un haut-parleur portable afin d'amplifier le son pour les grands groupes.
- Cliquez sur le bouton « play ». La présentation se jouera comme une vidéo.

SCRIPT DE LA PRÉSENTATION

Objectifs à notre portée : élargir l'accès à l'avortement sécurisé Une présentation multimédia ENGAGE

Diapositive 1

Objectifs à notre portée : élargir l'accès à l'avortement sécurisé

Diapositive 2

Parmi les décisions les plus importantes que les femmes et les couples prennent au cours de leur vie, il y a celles de choisir d'avoir des enfants, et quand les avoir. Il s'agit de décisions intimement personnelles, et aussi d'un droit humain universellement reconnu.¹

En outre, pour les femmes, le moment et le nombre de naissances peuvent avoir un impact considérable sur leur santé et celle de leurs enfants.

Diapositive 3

Les femmes peuvent tomber enceintes pendant environ 30 ans, mais la plupart ne veulent que quelques enfants. Il n'est donc pas rare qu'elles soient confrontées à des situations où elles se retrouvent enceintes, mais ne peuvent pas ou ne veulent pas mener la grossesse à terme.

Diapositive 4

Dans le monde entier, les grossesses non désirées sont courantes. Environ **4 grossesses sur 10** sur la planète sont involontaires, et **plus de la moitié** d'entre elles se terminent par un avortement provoqué.² L'avortement est plus fréquent dans certains pays, mais il n'existe pas de pays où il n'y en a pas.³

Diapositive 5

Près de la moitié des avortements provoqués dans le monde chaque année, soit 25 millions, sont effectués de **façon non sécurisée**, c'est-à-dire à l'aide d'une méthode inappropriée ou par un prestataire non formé, ou les deux à la fois.⁴

Diapositive 6

L'avortement non sécurisé met en péril la santé et la vie des femmes : c'est l'une des principales causes de décès maternel, qui représente environ **1 décès sur 7** liés à la grossesse et à l'accouchement. Il est responsable d'innombrables cas de maladie et d'invalidité.⁵

Diapositive 7

La mortalité et l'invalidité maternelles sont un problème particulièrement important en **Afrique**, qui a les taux les plus élevés de toutes les régions du monde.

Diapositive 8

[Témoignage vidéo] : En tant que sage-femme, je soutiens l'accès à l'avortement sécurisé. Nous avons eu des problèmes de septicémie parmi les femmes qui arrivent tard ou simplement les femmes qui ont subi un avortement non sécurisé. Je soutiens donc cet accès car nous voulons éviter ces problèmes de septicémie.

Diapositive 9

Les pays africains peuvent effectuer des changements pour réduire la mortalité et l'invalidité causées par des avortements non sécurisés. Pour améliorer la santé des femmes, les décideurs doivent comprendre que:

- **rendre l'avortement illégal ne l'empêche pas de se produire**, mais il le rend moins sécurisé
- **les avortements non sécurisés entraînent des coûts élevés** pour les femmes, pour leurs familles et pour les systèmes de santé
- les **experts en santé publique sont d'accord sur ce qui peut être fait** pour protéger la santé des femmes.

Examinons les preuves.

Diapositive 10

En Afrique, plus de **8 millions d'avortements** se produisent chaque année.⁶

Cela équivaut à une moyenne d'environ **un avortement par femme au cours de la vie**. Bien sûr, toutes les femmes n'ont pas recours à un avortement. Mais vous connaissez probablement une femme qui a eu recours à l'avortement — une sœur, une cousine, une amie, une collègue, ou une voisine

Diapositive 11

Des recherches ont montré que l'avortement se produit chez les femmes et les jeunes filles de **tous âges et de tous milieux socioéconomiques**, riches et pauvres, qu'elles soient mariées ou célibataires, et qu'elles aient eu ou non des enfants au moment de l'avortement.⁷

Diapositive 12

Une femme ou une jeune fille peut choisir d'interrompre une grossesse pour de nombreuses raisons, comme par exemple :⁸

- les préoccupations financières
- le sentiment qu'il est trop tôt pour avoir un enfant, ou le fait de ne plus vouloir d'autres enfants
- la stigmatisation liée au fait d'avoir un enfant hors mariage
- les préoccupations sur la santé ou les risques pour la femme
- ou lorsque la grossesse est causée par le viol ou l'inceste.

Les femmes n'ont souvent nulle part où aller dans ces situations.

Diapositive 13

Plus de 9 femmes africaines sur 10 en âge de procréer vivent dans des pays dotés de lois sur l'avortement restrictives.⁹

- Dans 10 pays africains sur 54, l'avortement n'est autorisé en aucun cas.
- Dans huit pays, il est autorisé uniquement pour sauver la vie de la femme.
- Dans 32 pays, il est limité à certaines situations, par exemple pour sauver la vie de la femme, préserver sa santé physique ou mentale, ou dans les situations de viol, d'inceste ou d'anomalie fœtale.
- Dans quatre pays — la Tunisie, le Cap-Vert, l'Afrique du Sud et la Zambie — l'avortement est largement autorisé.

Diapositive 14

Pourtant, le statut juridique de l'avortement n'a guère d'influence sur sa fréquence. Dans toute l'Afrique, entre 30 et 40 avortements par 1.000 femmes se produisent chaque année, quelles que soient les lois.¹⁰

Diapositive 15

En revanche, les taux d'avortement sont beaucoup plus faibles en Amérique du Nord et dans certaines régions d'Europe où l'avortement est largement autorisé depuis 20 ans ou plus. Dans ces régions, la contraception moderne est largement répandue et utilisée, ce qui entraîne moins de grossesses inattendues.¹¹

Diapositive 16

Et dans ces régions, presque tous les avortements - plus de 9 sur 10 - sont réalisés de façon sécurisée.

En Afrique, en revanche, en moyenne seulement un quart des avortements, sont réalisés dans des conditions sécurisées.¹²

Diapositive 17

Dans les sous-régions d'Afrique, 12 à 29 % des procédures sont sécurisées, à l'exception de l'Afrique australe, où 71 % des avortements sont sécurisés.¹³ Cette région comprend l'Afrique du Sud, l'un des quatre pays où l'avortement est largement autorisé.

Des preuves indiquent que l'interdiction de l'avortement n'empêche pas l'avortement de se produire – elle le rend moins sécurisé. Et inversement, lorsque l'avortement est légalement autorisé, il n'est pas nécessairement plus fréquent, mais il est beaucoup plus sécurisé.

Diapositive 18

En Afrique du Sud, où l'avortement a été légalisé en 1996, le nombre de femmes décédées suite à des complications dues à l'avortement a diminué de 90 %.¹⁴

Diapositive 19

Un autre exemple est l'Éthiopie, où la loi sur l'avortement a changé en 2005, élargissant les cas dans lesquels les femmes peuvent obtenir un avortement, y compris pour les mineures de moins de 18 ans. Entre 2008 et 2014, la part des avortements réalisés de manière sécurisée dans les établissements de santé est passée d'environ un quart à plus de la moitié.¹⁵

En Éthiopie et ailleurs, il reste beaucoup à faire pour que tous les avortements soient réalisés de manière sécurisée.

Diapositive 20

Lorsqu'un avortement est effectué conformément aux directives de l'Organisation mondiale de la Santé, sous la supervision ou par les soins d'un prestataire de santé qualifié et dans un établissement qui satisfait aux normes médicales minimales, les complications majeures sont extrêmement rares.¹⁶

Diapositive 21

Dans les endroits où l'accès à l'avortement est très restreint, les procédures sécurisées ne sont souvent disponibles que pour les femmes vivant en milieu urbain, qui peuvent se permettre de payer un médecin privé ou peuvent avoir accès à un traitement médical suite à un avortement.

La plupart des autres femmes n'ont pas ces possibilités, rendant l'accès aux soins extrêmement inéquitable.

Même dans les pays où la loi autorise l'avortement dans certaines circonstances, des femmes peuvent rencontrer des difficultés pour obtenir une procédure légale sécurisée.

Diapositive 22

Certaines **restrictions politiques** limitent les lieux où les procédures peuvent être effectuées, ou les personnes qui peuvent les fournir.

Certains **professionnels de la santé** ne connaissent pas les lois, ou hésitent à fournir ces services.

Et **certaines femmes** ne cherchent pas ces services parce qu'elles craignent la stigmatisation ou ont peur d'être signalées à la police.

Diapositive 23

Ce type d'obstacles conduit de nombreuses femmes ayant des grossesses non planifiées à avoir recours à des avortements clandestins, qui sont généralement non sécurisés. Ce sont souvent des femmes qui vivent dans des zones rurales, qui sont moins instruites, jeunes ou célibataires.

Diapositive 24

Les jeunes femmes en particulier, sont plus susceptibles que les femmes plus âgées de subir un avortement non sécurisé parce qu'elles ne savent peut-être pas où aller, peuvent ne pas être en mesure de payer, ou craignent la honte ou des traitements humiliants.

Diapositive 25

Les méthodes d'avortement non sécurisées peuvent ne pas mettre fin à la grossesse et, pire encore, entraîner des complications médicales graves, une invalidité de longue durée et même le décès de la femme.

Diapositive 26

Au-delà du risque pour la santé et la vie des femmes, l'avortement non sécurisé et ses complications imposent **des coûts** aux familles et aux systèmes de santé qui sont déjà en difficulté financière.

Diapositive 27

Une étude réalisée en 2012 a révélé que chaque année, environ **1,6 million de femmes** en Afrique étaient traitées pour des complications dues à un avortement non sécurisé.¹⁷ Ces traitements sont coûteux parce qu'ils exigent du personnel qualifié, des interventions chirurgicales, des médicaments et des fournitures, ainsi que des séjours à l'hôpital.

Diapositive 28

Une étude au Rwanda a estimé que le coût total était de 93 dollars US par patiente et en Ouganda de 131 dollars US.¹⁸

Avec autant de femmes ayant recours à des avortements non sécurisés, les coûts des soins après avortement s'additionnent rapidement : jusqu'à 1,7 million de dollars US au Rwanda et 13,9 millions de dollars US en Ouganda.¹⁹

Selon des estimations récentes, le coût des avortements non sécurisés dans les régions en développement est **10 fois** supérieur à ce que représenterait la prise en charge d'avortements sécurisés.²⁰

Diapositive 29

L'une des méthodes les plus rentables pour prévenir les grossesses non désirées et les avortements non sécurisés est la planification familiale volontaire.

Diapositive 30

Mais elle est sous-utilisée en Afrique, où près de la moitié des femmes qui veulent retarder la première grossesse ou arrêter d'avoir des enfants n'utilisent aucune méthode contraceptive moderne.²¹

Diapositive 31

Répondre aux besoins des femmes en matière de contraception est une stratégie essentielle pour réduire les grossesses non désirées, les avortements non sécurisés et les décès maternels.

Diapositive 32

Les gouvernements, les donateurs et les professionnels de la santé en Afrique ont œuvré pour étendre l'accès des femmes et des jeunes filles à des soins de santé de la reproduction efficaces et abordables, comprenant la planification familiale, les soins apportés pendant le travail et l'accouchement, les soins postnatals et les soins après avortement.

Diapositive 33

Pourtant, une lacune majeure demeure dans le continuum des soins : chaque année, au moins 6 millions de femmes en Afrique interrompent leur grossesse de manière non sécurisée.²²

Les conséquences sont désastreuses. Jusqu'à 26 000 femmes et jeunes filles meurent chaque année des complications dues à des avortements réalisés de manière non sécurisée.²³

Diapositive 34

Des preuves indiquent qu'un changement de politique peut faire la différence pour sauver des vies et faire en sorte que les femmes et les jeunes filles qui ont besoin de se faire avorter aient accès à des procédures légales et sûres.

Diapositive 35

Nous avons besoin d'un engagement à l'égard de la santé et des droits en matière de procréation des femmes et des jeunes filles aux échelons les plus élevés des gouvernements, afin de :

- transformer les accords internationaux en lois, en politiques et en actions
- adopter et diffuser des directives pour donner accès à des avortements sécurisés
- et accroître l'accès aux contraceptifs modernes.

Diapositive 36

Dans divers accords internationaux, dont le Programme de développement durable à l'horizon 2030, les gouvernements africains se sont engagés à rendre les soins de santé sexuelle et reproductive accessibles à tous, en particulier à ceux qui sont les plus vulnérables aux problèmes de santé.

Diapositive 37

Cinquante et un pays africains ont signé le **Protocole de Maputo** de 2003 — une feuille de route visant à garantir les droits des femmes et à atteindre un accès universel aux soins de santé sexuelle et reproductive.²⁴

Diapositive 38

Le protocole stipule que les pays signataires doivent autoriser « 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. »²⁵

Les lois de nombreux pays africains ne respectent pas cet engagement.

Diapositive 39

Par conséquent :

Les gouvernements doivent **réviser leurs lois sur l'avortement** afin de donner aux femmes et aux jeunes filles un meilleur accès à des procédures sûres, à l'abri de la honte ou de la stigmatisation.

Les ministères de la santé doivent **veiller à ce que les femmes aient accès à l'avortement dans toutes les circonstances autorisées par les lois en vigueur.**

L'Union africaine fournit des conseils qui peuvent aider les parlementaires à aligner leurs lois sur le Protocole de Maputo, et aider les ministères de la santé à interpréter et à appliquer les lois existantes en matière d'avortement afin que moins de femmes aient recours à des procédures clandestines et dangereuses.²⁶

Diapositive 40

Un deuxième domaine de travail est **l'adoption et la diffusion de directives** pour la mise en place de services d'avortement sécurisés et complets, en veillant **à ce que les prestataires disposent des compétences, des ressources et du soutien** nécessaires pour fournir des services sécurisés.

Diapositive 41

L'Organisation Mondiale de la Santé a publié des normes et des directives fondées sur des données probantes sur la façon de fournir des soins d'avortement complets, qui ont été adoptées dans le monde entier.²⁷

Diapositive 42

Les directives les plus récentes précisent que les procédures au cours des trois premiers mois peuvent être assurées en toute sécurité par des non-médecins correctement formés.²⁸

Diapositive 43

L'une de ces procédures est l'avortement médicamenteux, dans lequel les femmes prennent des comprimés par voie orale pour mettre fin à une grossesse. Il est sûr, économique et les femmes peuvent le faire elles-mêmes avec les bonnes informations sur la posologie appropriée.

Diapositive 44

Un troisième domaine d'action crucial est **la promotion d'un accès généralisé à l'information sur la planification familiale, à la consultation et à une gamme complète de méthodes contraceptives efficaces** pour permettre aux femmes de planifier et d'espacer leurs grossesses à des moments qui leur conviennent ainsi qu'à leur famille. L'accès accru à la planification familiale est particulièrement important, car les couples africains veulent aujourd'hui des familles plus petites que celles de leurs parents.

Diapositive 45

Partout dans le monde, les femmes et les jeunes filles veulent contrôler leur corps et leur vie, et les femmes et les jeunes filles du monde entier ont des grossesses involontaires et non désirées.

Diapositive 46

Il est tragique que des femmes et des jeunes filles de pays africains et d'autres pays en développement meurent chaque jour à cause d'affections qui pourraient être évitées avec des technologies relativement simples.

Les prestataires en première ligne ont vu les résultats des avortements clandestins non sécurisés et sont conscients qu'il s'agit d'un problème bien réel.

Diapositive 47

[Témoignage vidéo] : C'est quand elles meurent qu'elles se précipitent à l'hôpital. Et alors on essaie de leur sauver la vie. Mais si la société... si notre société peut accepter l'idée d'un avortement sécurisé, je pense que cela va nous aider, nous les femmes, cela nous évitera de mourir.

Diapositive 48

Sécuriser l'avortement pour toutes les personnes qui en ont besoin est faisable, économique et humain.

Diapositive 49

En veillant à ce que toutes les femmes et tous les couples puissent prendre des décisions sûres qui privilégient leur santé, leurs besoins familiaux et leurs objectifs personnels, nous faisons un pas audacieux dans l'accroissement de l'équité et la réalisation des objectifs de développement de l'Afrique.

Références pour le Script

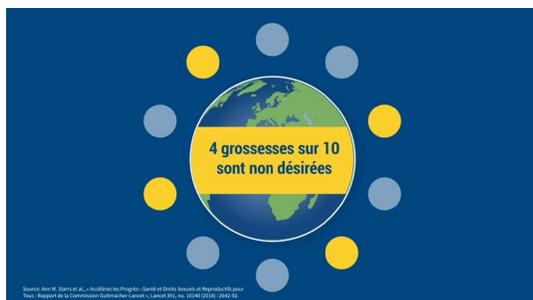
- 1 Fonds des Nations-Unies (ONU) pour la Population, *Programme d'Action Adopté à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, Le Caire, Sept. 5-13, 1994* (New York : Fonds de l'ONU pour la Population, 2004) ; et ONU, *Déclaration de Beijing et Plateforme d'Action* (New York : Nations-Unies, 1995).
- 2 Ann M. Stars et al., « Accélérer le progrès – Santé et droits sexuels et reproductifs pour tous : Rapport de la Commission Guttmacher-Lancet », *Lancet* 391, no. 10140 (2018) : 2642-92.
- 3 Stars et al., « Accélérer le progrès – Santé et droits sexuels et reproductifs pour tous ».
- 4 Susheela Singh et al., *Avortement dans le Monde en 2017 : Progrès inégaux et accès inégal* (New York : Institut Guttmacher, 2018).
- 5 Nicholas J. Kassebaum et al., « Niveaux et causes de la mortalité maternelle à l'échelle mondiale, régionale et nationale de 1990 à 2013 : Analyse systématique de l'étude sur la charge mondiale de morbidité 2013 », *Lancet* 384, no. 9947 (2014).
- 6 Singh et al., *Avortement dans le Monde en 2017*.
- 7 Sophia Chae et al., « Caractéristiques des femmes obtenant un avortement provoqué dans certains pays à revenu faible ou intermédiaire », *PLOS ONE* 12, no. 3 (2017). DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172976>.
- 8 Sophia Chae et al., « Raisons pour lesquelles les femmes ont des avortements provoqués : Synthèse des résultats obtenus dans 14 pays », *Contraception* 96, no. 4 (2017) : 233-41.
- 9 Institut Guttmacher, « Avortement en Afrique », Fiche d'information, (mars 2018), consulté à l'adresse www.guttmacher.org/fact-sheet/abortion-africa, le 24 septembre 2018.
- 10 Singh et al., *Avortement dans le Monde en 2017*.
- 11 Singh et al., *Avortement dans le Monde en 2017*.
- 12 Singh et al., *Avortement dans le Monde en 2017*.
- 13 Singh et al., *Avortement dans le Monde en 2017*.
- 14 Janie Benson, Kathryn Anderson et Ghazaleh Samandari, « Réduction de la mortalité liée à l'avortement à la suite d'une réforme des politiques : Données probantes de Roumanie, d'Afrique du Sud et du Bangladesh », *Santé Reproductive* 8, no. 39 (2011). DOI : <https://doi.org/10.1186/1742-4755-8-39>.
- 15 Ann M. Moore et al., « Incidence estimée de l'avortement provoqué en Éthiopie, 2014 : Changements dans la prestation de services depuis 2008 ». *Perspectives internationales sur la santé sexuelle et reproductive* 42, n° 3 (2016): 111-20.
- 16 Ushma D. Upadhyay et al, « Incidence des visites aux services d'urgence et complications après un avortement », *Obstétrique & Gynécologie* 25, no. 1 (2015) : 175-183.
- 17 Susheela Singh et Isaac Maddow-Zimet, « Traitement en milieu hospitalier des complications médicales résultant d'une interruption de grossesse non sécurisée dans les pays en développement, 2012 : une revue des données probantes de 26 pays », *BJOG : Une Revue Internationale d'obstétrique et de gynécologie* 123, no. 9 (2015) : 1489-98.
- 18 Michael Vlassof et al., « Le coût des soins post-avortement pour le système de santé au Rwanda », *Politique et planification de la santé* 30 no. 2 (2015) : 223-33, et Michael Vlassof et al., « Le Coût des soins de santé post-avortement pour le système de santé en Ouganda », *Politiques et planification de la santé* 29 no. 1 (2014) : 56-66.
- 19 Michael Vlassof et al., « Le coût des soins post-avortement pour le système de santé en Ouganda », et Michael Vlassof et al., « Le coût des soins de santé post-avortement pour le système de santé au Rwanda »
- 20 Singh et al., *Avortement dans le Monde en 2017*.
- 21 Institut Guttmacher, « Faire la somme : Investir dans la contraception et dans la santé de la mère et du nouveau-né en Afrique », Fiche d'informations (décembre 2017), consulté à l'adresse : www.guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017, le 25 septembre 2018.
- 22 Institut Guttmacher, « L'avortement en Afrique ».
- 23 Kassebaum et al., « Niveaux et causes de la mortalité maternelle à l'échelle mondiale, régionale et nationale entre 1990 et 2013 ».
- 24 Union africaine, *Protocole à la Charte africaine des Droits de l'Homme et des peuples, relatif aux droits des femmes en Afrique*, consulté à l'adresse suivante : <https://au.int/fr/traew/traiters/protocole/african-creative-african-charterhuman-and-peoples-rights-rights-women-africa>, le 24 septembre 2018.
- 25 Union africaine, *Plan d'Action 2016-2030 de Maputo pour l'opérationnalisation du Cadre continental des politiques en faveur de la santé et des droits sexuels et reproductifs* (Addis-Abeba : Union africaine, 2015), consulté à l'adresse <https://au.int/en/documents/20160329>, le 24 septembre 2018.
- 26 Union Africaine, *Interprétation et mise en œuvre des lois existantes sur l'avortement en Afrique* (Nairobi : Alliance africaine Ipas pour la santé et les droits reproductifs des femmes et la Commission de l'Union Africaine, 2013).
- 27 Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Avortement sécurisé : Directives techniques et en matière de politiques à l'intention des systèmes de santé*, Deuxième Édition (Genève : OMS, 2012).
- 28 OMS, *Rôle du personnel de santé dans la prestation de soins d'avortement sécurisé et de contraception post-avortement* (Genève : OMS, 2015).

Document d'accompagnement « Messages Clés »

Le document d'accompagnement relatif aux Messages Clés est un bref document qui comprend des « instantanés » visuels de la présentation ENGAGE. Il est destiné à être succinct et à servir de support visuel ainsi qu'à être lu. Nous vous encourageons à l'utiliser lorsque vous effectuez la présentation devant un auditoire.

OBJECTIFS À NOTRE PORTÉE : ÉLARGIR L'ACCÈS À L'AVORTEMENT SÉCURISÉ

MESSAGES CLÉS



Certaines des décisions les plus importantes que les femmes et les couples prennent au cours de leur vie sont si et quand avoir des enfants. Pour les femmes, le moment et le nombre de leurs accouchements peuvent énormément affecter leur santé et celle de leurs enfants.

Près de 4 grossesses sur 10 dans le monde sont non désirées et plus de la moitié de ces grossesses aboutissent à un avortement provoqué.¹



Près de la moitié des avortements provoqués dans le monde, soit 25 millions chaque année, sont pratiqués de manière non sécurisée, c'est-à-dire en utilisant une méthode inappropriée ou par un prestataire non formé, ou les deux.²

L'avortement non sécurisé constitue l'une des principales causes de décès maternel. Il est responsable d'environ 1 décès sur 7 liés à la grossesse et à l'accouchement.³



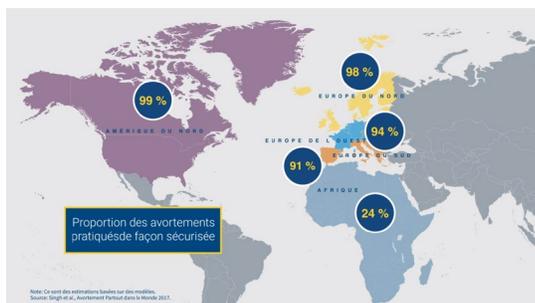
Les pays d'Afrique peuvent apporter des changements en vue de réduire les décès et les infirmités maternels dus à des avortements non sécurisés.

- Rendre l'avortement illégal ne l'empêche pas d'être pratiqué, mais le rend moins sécurisé
- Les avortements non sécurisés entraînent des coûts élevés pour les femmes, pour leurs familles et pour les systèmes de santé
- Les experts en santé publique sont d'accord sur ce qui peut être fait pour protéger la santé des femmes.



En Afrique, plus de 8 millions d'avortements se produisent chaque année.⁴ Ce nombre équivaut à une moyenne d'environ un avortement par femme au cours de sa vie.

Des recherches indiquent que l'avortement survient chez les femmes et les jeunes filles de tous âges et de tous milieux socioéconomiques, riches et pauvres, mariées ou non, ayant actuellement des enfants ou non.⁵



Plus de 9 femmes africaines sur 10 en âge de procréer vivent dans des pays dotés de lois restrictives sur l'avortement.⁶

À travers l'Afrique, entre 30 et 40 avortements pour 1000 femmes surviennent chaque année.⁷ Les taux d'avortement sont beaucoup plus faibles en Amérique du Nord et dans des régions d'Europe.⁸ Dans ces régions, l'avortement a été largement autorisé depuis 20 ans ou plus, et la contraception moderne est largement disponible et utilisée. Dans ces régions, presque tous les avortements sont effectués de manière sécurisée, alors qu'en Afrique, un quart seulement des avortements, en moyenne, sont sécurisés.⁹



Lorsqu'un avortement est réalisé conformément aux directives de l'Organisation Mondiale de la Santé, les complications majeures sont extrêmement rares.¹⁰ Les méthodes d'avortement non sécurisées n'interrompent souvent pas la grossesse et, pire, peuvent entraîner des complications médicales graves, une infirmité de longue durée, et même le décès de la femme.

Une étude réalisée en 2012 a révélé que chaque année, environ 1,6 million de femmes en Afrique étaient traitées pour des complications liées à un avortement non sécurisé.¹¹

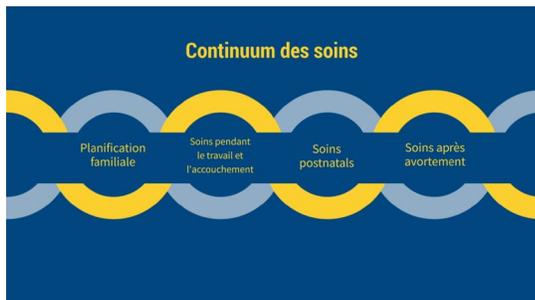


Le traitement des complications liées à l'avortement non sécurisé est coûteux, car il nécessite du personnel qualifié, des interventions chirurgicales, des médicaments et des fournitures ainsi que des hospitalisations.

Les coûts pour les systèmes de santé montent rapidement – jusqu'à 1,7 million de dollars US au Rwanda et 13,9 millions de dollars US en Ouganda en 2012.¹²

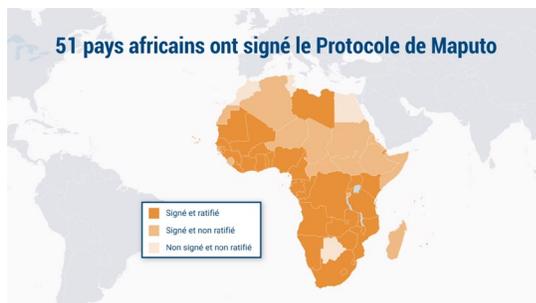


L'une des façons les plus économiques de prévenir les grossesses non désirées et l'avortement non sécurisé est la planification familiale volontaire. Pourtant, elle est sous-utilisée en Afrique, où près de la moitié des femmes qui veulent retarder la maternité ou arrêter d'avoir des enfants n'utilisent pas de méthode contraceptive moderne.¹³



Les gouvernements, les donateurs et les professionnels de santé à travers l'Afrique se sont employés à élargir l'accès des femmes et des jeunes filles à des soins de santé reproductive efficaces et d'un coût abordable, y compris la planification familiale, les soins liés au travail et à l'accouchement, les soins post-partum et les soins post-avortement.

Pourtant, une lacune majeure demeure dans le continuum des soins : chaque année, au moins 6 millions de femmes en Afrique interrompent leur grossesse de manière non sécurisée, entraînant annuellement jusqu'à 26 000 décès maternels dus aux complications liées à un avortement non sécurisé.¹⁴



Cinquante et un pays africains ont signé l'accord de Maputo de 2003 – une feuille de route visant à atteindre un accès universel à des soins de santé sexuelle et reproductive.¹⁵ Le protocole stipule que les pays signataires devraient autoriser « l'avortement médical en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste, et lorsque la poursuite de la grossesse met en danger la santé physique et mentale de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus ».¹⁶

Les lois de nombreux pays africains, même dans les pays signataires du protocole, ne sont toujours pas conformes à cet engagement.



Des données probantes indiquent qu'une modification des politiques peut faire la différence et sauver des vies, et veiller à ce que les femmes et les jeunes filles qui ont besoin de se faire avorter aient accès à des procédures légales sécurisées.

Premièrement, les gouvernements doivent réviser les lois sur l'avortement afin de donner aux femmes et aux jeunes filles un meilleur accès à des procédures sécurisées, sans embarrasser ni stigmatiser. Les ministères de la santé doivent assurer aux femmes un accès à l'avortement en toutes circonstances autorisées par les lois en vigueur. L'Union Africaine fournit des conseils qui peuvent aider les ministères de la santé à mettre leurs lois en conformité avec le Protocole de Maputo.¹⁷



Deuxièmement, les gouvernements doivent adopter et diffuser les directives pour la prestation de services d'avortement sécurisés et complets et s'assurer que les prestataires ont les compétences, les ressources et le soutien nécessaires pour fournir des services de manière sécurisée. L'Organisation Mondiale de la Santé a publié des normes et des directives fondées sur des données probantes pour la prestation de soins complets en matière d'avortement. Ces normes et directives ont été adoptées dans le monde entier.



Un troisième domaine d'action crucial est de promouvoir un accès généralisé à l'information sur la planification familiale, au conseil et à une gamme complète de méthodes contraceptives efficaces afin de permettre aux femmes de planifier et d'espacer leurs grossesses à un moment convenables pour elles et pour leurs familles. Accroître l'accès à la planification familiale est particulièrement important car les couples africains désirent aujourd'hui des familles plus réduites que celles de leurs parents.

Sécuriser l'avortement pour toutes les personnes qui en ont besoin est faisable, économique et humain

Rendre l'avortement sécurisé pour toutes les femmes et les filles qui en ont besoin est réalisable, économique et empreint de compassion.

En veillant à ce que toutes les femmes et tous les couples puissent prendre une décision sûre qui privilégie leur santé, leurs besoins familiaux et leurs objectifs personnels, nous effectuons un pas en avant audacieux dans l'accroissement de l'équité et la réalisation des objectifs de développement de l'Afrique.

Références pour les Documents relatifs aux Messages Clés

- 1 Ann M. Starks et al., « Accélérer le progrès – Santé et droits sexuels et reproductifs pour tous : Rapport de la Commission Guttmacher-Lancet », *Lancet* 391, no. 10140 (2018) : 2642-92.
- 2 Susheela Singh et al., *Avortement dans le Monde 2017 : Progrès inégaux et accès inégal* (New York : Institut Guttmacher, 2018).
- 3 Nicholas J. Kassebaum et al., « Niveaux et causes de la mortalité maternelle à l'échelle mondiale, régionale et nationale entre 1990 et 2013 : Analyse systématique de l'étude sur la charge mondiale de morbidité 2013 », *Lancet* 384, no. 9947 (2014).
- 4 Singh et al., *Avortement dans le Monde 2017*.
- 5 Sophia Chae et al., « Caractéristiques des femmes obtenant un avortement provoqué dans certains pays à revenu faible ou intermédiaire », *PLOS ONE* 12, no. 3 (2017). DOI : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172976>.
- 6 Institut Guttmacher, « Avortement en Afrique », Fiche d'information, (mars 2018), consulté à l'adresse www.guttmacher.org/fact-sheet/abortion-africa, le 24 septembre 2018.
- 7 Singh et al., *Avortement dans le Monde en 2017*.
- 8 Singh et al., *Avortement dans le Monde en 2017*.
- 9 Singh et al., *Avortement dans le Monde en 2017*.
- 10 Ushma D. Upadhyay et al., « Incidence des visites aux services d'urgence et complications après un avortement », *Obstétrique & gynécologie* 25, no. 1 (2015) : 175-183.
- 11 Susheela Singh et Isaac Maddow-Zimet, « Traitement en milieu hospitalier des complications médicales résultant d'une interruption de grossesse non sécurisée dans les pays en développement, 2012 : Une revue des données probantes de 26 pays », *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 123, no. 9 (2015) : 1489-98.
- 12 Michael Vlassof et al., « Le coût des soins post-avortement pour le système de santé au Rwanda », *Health Policy and Planning* 30 no. 2 (2015) : 223-33; et Michael Vlassof et al., « Le coût des soins de santé post-avortement pour le système de santé en Ouganda » *Health Policy and Planning* 29 no. 1 (2014) : 56-66.
- 13 Institut Guttmacher, « Faire la somme : Investir dans la contraception et dans la santé de la mère et du nouveau-né en Afrique », Fiche d'information (décembre 2017), consulté à l'adresse : www.guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017, le 25 septembre 2018.
- 14 Institut Guttmacher, « L'avortement en Afrique » ; et Kassebaum et al., « Niveaux et causes de la mortalité maternelle à l'échelle mondiale, régionale et nationale entre 1990 et 2013 ».
- 15 Union africaine, *Protocole à la Charte africaine des Droits de l'Homme et des peuples, relatif aux droits des femmes en Afrique*, consulté à l'adresse suivante : <https://au.int/fr/traew/traiters/protocole/african-creative-african-charterhuman-and-peoples-rights-rights-women-africa>, le 24 septembre 2018.
- 16 Union africaine, *Plan d'Action 2016-2030 de Maputo pour l'opérationnalisation du Cadre continental des politiques en faveur de la santé et des droits sexuels et reproductifs* (Addis-Abeba : Union africaine, 2015), consulté à l'adresse <https://au.int/en/documents/20160329>, le 24 septembre 2018.
- 17 Union Africaine, *Interprétation et mise en œuvre des lois existantes sur l'avortement en Afrique* (Nairobi : Alliance africaine Ipas pour la santé et les droits reproductifs des femmes et la Commission de l'Union Africaine, 2013).

Remerciements

La présentation a été élaborée sous les conseils d'un Groupe Consultatif Technique composé de chercheurs, défenseurs de la planification familiale et de l'avortement sécurisé et de professionnels de la santé. Nous remercions les membres de ce groupe pour leur temps et leur dévouement, notamment : Akinrinola Bankole, Ph.D., M.A., maîtrise en sciences, Institut Guttmacher ; Jennifer Blum, maîtrise en santé publique, Projets de santé de Gynuity ; Paul Blumenthal, doctorat en médecine, maîtrise en santé publique, Population Services International; Ambassadrice Eunice Brookman-Amisah, M.B. Ch.B., F.R.C.O.G (*diplôme de médecine et chirurgie, boursière du Collège royal d'obstétrique et de gynécologie*); Alejandra Cardenas, maîtrise en droit, Centre pour les droits reproductifs ; Barbara B. Crane, Ph.D, M.A.; Patrick G. Ilboudo, Ph.D., Agence de Médecine Préventive, Burkina Faso ; Faustina Fynn-Nyame, licence en sciences infirmières, Population Services International ; Ndola Prata, doctorat en médecine, maîtrise en sciences, Bixby Center for Population, Health, and Sustainability (*Centre Bixby pour la population, la santé et la durabilité*) à l'Université de Californie, Berkeley ; et John Townsend, Ph.D., Population Council.

Références Photographiques :

- © Areeya_ann / iStock / Getty Images Plus / Getty Images
- © Champc / iStock / Getty Images Plus / Getty Images
- © Derejeb / iStock / Getty Images Plus / Getty Images
- © Jack0m / DigitalVision Vectors / Getty Images
- © MOAimage / Moment / Getty Images
- © Mseidelch / iStock Unreleased / Getty Images
- © PeopleImages / E+ / Getty Images

© 2019 Population Reference Bureau. Tous Droits Réservés.

Voir la présentation complète en ligne à :
www.prb.org/SAFE-ENGAGE



Guide de discussion

Après avoir effectué la présentation ENGAGE « Objectifs à notre portée : élargir l'accès à l'avortement sécurisé », vous aurez l'occasion de susciter la discussion entre les membres de l'auditoire. Nous vous encourageons à organiser cet échange autour des recommandations incluses dans la présentation et à demander aux participants les types d'actions qu'ils peuvent entreprendre pour améliorer la santé reproductive des femmes et rendre meilleure l'accès à des services d'avortement sécurisé.

Des exemples de questions de discussion sont énumérés ci-dessous.

DISCUSSION SUR L'ACCÈS À L'AVORTEMENT SÉCURISÉ

1. Êtiez-vous au courant du nombre élevé d'avortements qui se produisent en Afrique et de la prévalence des décès maternels liés à des avortements non sécurisés ? Qu'avez-vous appris aujourd'hui sur ces liens ?
2. Cette présentation a permis de partager des données montrant que le nombre d'avortements pratiqués dépend peu des lois et que, dans certains pays où l'avortement est légal et accessible, le nombre d'avortements est assez faible. Êtiez-vous au courant de ce rapport auparavant ? Comment pouvons-nous aider davantage de personnes à comprendre que les avortements ont lieu, même quand il existe des restrictions juridiques ?
3. Les gens ont des opinions diverses sur l'avortement. Cette présentation a-t-elle eu une incidence sur votre perception de la question ou votre point de vue sur les femmes qui ont accès aux services d'avortement ?
4. Les femmes de tous les milieux socio-économiques cherchent à se faire avorter. Quelles sont quelques-unes des nombreuses raisons pour lesquelles les femmes recherchent un avortement ?
5. Cette présentation a porté sur le fardeau que représente l'avortement non sécurisé pour la société en termes de décès et de coûts pour le système de santé, mais il existe de nombreux autres types de coûts associés à l'avortement non sécurisé. Quels sont les coûts supplémentaires potentiels pour les femmes, pour les familles et pour la société ?
6. Comment une focalisation accrue sur les services de santé sexuelle et reproductive pour les hommes et les femmes peut-elle les aider à réaliser leur plein potentiel et à mener les pays Africains à de meilleurs résultats en matière de développement ?
7. Pour les familles, quels sont les avantages potentiels de la réduction des grossesses non désirées et des avortements non sécurisés ?

DISCUSSION SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE ET LA SANTÉ REPRODUCTIVE

8. L'utilisation de la planification familiale s'est accrue en Afrique subsaharienne, mais de nombreuses femmes n'utilisent pas de contraceptif même lorsqu'elles ne veulent pas tomber enceintes. Selon vous, quelle en est la raison ?
9. De nombreuses personnes ont des points de vue différents sur la planification familiale. Avez-vous appris quelque chose qui vous donne une opinion différente sur la planification familiale, notamment en ce qui concerne l'impact de ces problèmes sur la santé et le bien-être ?
10. Comment la situation géographique (par exemple, vivre dans une zone rurale par rapport à vivre dans une zone urbaine) influence-t-elle la possibilité pour une personne d'accéder aux services de soins de santé, y compris aux soins de santé de la reproduction ? Est-ce une question d'équité ?
11. Quels sont les obstacles rencontrés par les femmes, les hommes et les couples lorsqu'ils essaient de planifier et d'espacer les naissances de leurs enfants ?
12. Selon vous, en quoi la planification familiale change-t-elle quelque chose pour : (a) les familles (b) les communautés et (c) les pays ?

DISCUSSION SUR LES RECOMMANDATIONS

13. Que peuvent faire les organisations de santé reproductive pour élargir l'accès à l'avortement sécurisé ?
14. La présentation comprenait plusieurs actions recommandées aux gouvernements. En plus de ces actions, que pensez-vous pouvoir faire d'autre, dans votre vie personnelle ou au niveau professionnel, pour favoriser un meilleur accès à des services d'avortement sécurisé ? Avec qui d'autre pourriez-vous partager cette présentation ? [Encouragez les gens à être précis et réalistes dans les actions qu'ils suggèrent]
15. Quels types d'engagements et de politiques les gouvernements et les organes directeurs régionaux peuvent-ils prendre et mettre en œuvre pour réduire le nombre de décès maternels dus à des avortements non sécurisés et élargir l'accès à des soins de santé reproductive financièrement abordables ?
16. Comment les gouvernements peuvent-ils être motivés à conformer leurs lois et politiques actuelles sur l'avortement aux divers accords internationaux, tels que le Protocole de Maputo, qui appellent à rendre les soins de santé sexuelle et reproductive accessibles à tous ?
17. Comment les gouvernements et les décideurs de politiques peuvent-ils s'assurer que les prestataires de soins de santé disposent des compétences, des ressources et du soutien nécessaires pour fournir des services de manière sécurisée et efficace ?

Questions Fréquemment Posées

Souvent, les membres de l'auditoire ont des questions portant sur la présentation. Certaines de ces questions peuvent être spécifiques aux informations présentées (données, images, figures, sources d'information) alors que d'autres peuvent être liées au sujet de façon générale. Pour les questions portant sur des points de données spécifiques inclus dans la présentation, vous pouvez consulter les références citées dans le script.

Vous trouverez ci-dessous certaines Questions Fréquemment Posées et quelques suggestions de réponses.

QUESTIONS PORTANT SUR LA PRÉSENTATION

Q. À quel point vos données sont-elles précises ?

A. Les données que nous avons partagées dans cette présentation proviennent des sources les plus précises disponibles. Ces sources comprennent des revues scientifiques telles que *The Lancet and Obstetrics and Gynecology*, des organisations de recherche comme Institute for Health Metrics and Evaluation et Guttmacher Institute, ainsi que des organismes régionaux, y compris l'Union africaine et l'Organisation Mondiale de la Santé.

Q. Comment savez-vous le nombre d'avortements qui ont lieu chaque année ?

A. Nous utilisons des estimations du Guttmacher Institute, un organisme de recherche qui collabore avec des experts du monde entier pour déterminer le nombre d'avortements qui surviennent annuellement. Il a testé et affiné sa méthodologie pendant plusieurs décennies. Dans certains pays, les statistiques officielles sur l'avortement sont disponibles et fiables. Dans d'autres, les statistiques doivent être vérifiées au moyen d'enquêtes et d'interviews, et dans beaucoup d'autres, il n'existe aucune statistique sur l'avortement. Dans ce dernier cas, les avortements sont estimés indirectement à l'aide d'autres données disponibles, telles que le nombre total de naissances, de grossesses, le pourcentage des grossesses déclarées intentionnelles ou non désirées, le pourcentage des grossesses identifiées comme ayant abouti à une fausse couche, le nombre de décès maternels, d'utilisatrices de contraceptifs, les taux d'échec en matière de contraception, etc. Ces données étant des estimations, vous pouvez parfois voir des nombres différents rapportés par des sources différentes. Cette variation est due aux sources des données et aux méthodes statistiques utilisées.

Q. Vous avez partagé des données sur le taux et la sécurité des avortements pour seulement certaines régions du monde. Qu'en est-il des autres régions du monde ?

A. Ce tableau présente les meilleures estimations du nombre annuel d'avortements et du taux d'avortement correspondant (le nombre annuel d'avortements pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans) pour la période allant de 2010 à 2014. Il fournit également des estimations du nombre d'avortements pratiqués de façon sécurisée.

Région	Nombre annuel d'avortements de 2010 à 2014 (en millions)	Taux général d'avortement de 2010 à 2014 (Nombre d'avortements pour 1000 âgées de 15 à 44 ans)	Pourcentage des avortements pratiqués de manière sécurisée
AFRIQUE	8,2	34	24,4
De l'Est	2,7	34	23,9
Centrale	1,0	35	11,8
Du Nord	1,9	38	29,0
Australe	0,5	34	73,5
De l'Ouest	2,1	31	15,3
ASIE	35,5	36	62,1
Centrale	0,7	42	Inconnu
De l'Est	12,8	36	88,9
Du Sud-Est	5,1	35	59,6
Du Sud	15,0	37	42,2
De l'Ouest	1,9	34	51,5

Région	Nombre annuel d'avortements de 2010 à 2014 (en millions)	Taux général d'avortement de 2010 à 2014 (Nombre d'avortements pour 1000 âgées de 15 à 44 ans)	Pourcentage des avortements pratiqués de manière sécurisée
AMÉRIQUE LATINE & CARAÏBES	6,5	44	23,6
Les Caraïbes	0,6	59	25,4
Amérique Centrale	1,3	33	18,4
Amérique du Sud	4,6	48	24,9
AMÉRIQUE DU NORD	1,2	17	99,0
EUROPE	4,3	29	88,8
De l'Est	2,6	42	85,8
Du Nord	0,3	18	97,9
Du Sud	0,8	26	91,2
De l'Ouest	0,6	16	93,5
Océanie	0,1	19	66,3

Source : Susheela Singh et al, Avortement dans le Monde en 2017 : Progrès inégaux et accès inégal (New York : Institut Guttmacher, 2018).

Q. Vous avez montré une carte de l'Afrique avec la légalité de l'avortement classifiée en quatre catégories. Comment avez-vous déterminé les catégories de légalité utilisées dans cette présentation ?

A. À travers l'Afrique, les lois sur l'avortement et les circonstances dans lesquelles l'avortement est légal varient énormément. Dans un souci de simplicité et de clarté dans cette présentation, nous avons créé quatre grandes catégories de légalité sur la base du rapport Avortement dans le Monde en 2017 de l'Institut Guttmacher.¹ Cette publication classifie la légalité de l'avortement comme suit :

- interdit en toutes circonstances
- uniquement autorisé pour sauver la vie de la femme
- autorisé sous certaines conditions
- largement autorisé.

Même parmi les pays regroupés dans cette présentation, il peut exister une variation importante. De plus, la situation juridique dans certains pays peut avoir changé depuis la création de cette présentation. Pour plus d'informations sur les lois en vigueur dans des pays spécifiques, veuillez consulter : Guttmacher Institute's *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access* and WHO's *Global Abortion Policies Database*.²

Q. Vous n'utilisez que deux catégories de sécurité de l'avortement dans la présentation. Pourquoi n'avez-vous pas utilisé les trois catégories de sécurité — sécurisé, moins sécurisé et le moins sécurisé — couramment utilisées par les chercheurs et les défenseurs ?

A. Bien que les chercheurs et les défenseurs aient décidé de classifier les avortements en trois catégories au cours de ces dernières années, pour l'auditoire visé par cette présentation, la nuance entre « moins sécurisé » et « le moins sécurisé » n'est pas aussi importante que de comprendre l'ampleur générale de l'avortement non sécurisé. Alors que les distinctions ont des considérations programmatiques importantes — les conséquences d'un avortement moins sécurisé peuvent être très différentes des conséquences d'un avortement le moins sécurisé — les avortements « moins sécurisés » et « les moins sécurisés » constituent en fin de compte des avortements non sécurisés. Pour cette raison, nous avons choisi de présenter les données et les messages de sécurité de l'avortement en deux catégories : sécurisé et non sécurisé.

Q. Les personnes figurant sur les photographies et vidéos de votre présentation ont-elles donné leur consentement ?

A. Nous avons le droit légal d'utiliser toutes les photographies et vidéos comprises dans cette présentation. Les photographies de cette présentation sont uniquement à titre illustratif. Elles n'impliquent aucun état de santé ou des comportements particuliers des personnes figurant dans cette présentation.

Q. Vos statistiques font-elles référence à la fois à l'avortement spontané (fausse couche) et à l'avortement provoqué ?

A. Cette présentation indique qu'il y a plus de 8 millions d'avortements en Afrique chaque année. Ce nombre fait référence aux avortements provoqués et n'inclut ni les avortements spontanés, ni les fausses couches.³

QUESTIONS PORTANT SUR L'AVORTEMENT⁴

Q. Vous parlez d'enfants non désirés dans cette présentation. Il n'y a pas d'enfants non désirés en Afrique.

A. Dans cette présentation, nous mettons l'accent sur les grossesses non désirées. Les grossesses non désirées peuvent être soit voulues, soit mal programmées, ce qui veut dire que la femme peut vouloir avoir un enfant, mais pas à ce moment précis. Des données probantes indiquent que beaucoup de femmes africaines se retrouvent dans une situation inimaginable, aggravée par le fait que toutes les portes leur sont fermées.

Q. Nous devrions promouvoir l'adoption au lieu de l'avortement. Pourquoi n'avez-vous pas abordé la question de l'adoption dans cette présentation ?

A. L'adoption est une composante importante des services complets de grossesse non désirée. Cependant, dans cette présentation, nous nous concentrons sur la question de la santé maternelle et examinons la contribution de l'avortement non sécurisé à la mortalité et aux infirmités maternelles.

Q. L'avortement n'est-il pas simplement une idée occidentale imposée aux pays africains par des étrangers ?

A. D'après mon expérience, les femmes de tous les pays ont leur propre esprit et leur propre volonté, et les données montrent qu'il y a des femmes en Afrique qui recherchent un avortement. Le protocole de Maputo, élaboré par les pays africains à travers l'Union Africaine, comprend l'article 14 : « Droits en Matière de Sexualité et de Reproduction », qui stipule que les parties doivent veiller à ce que le droit des femmes à la santé, y compris la santé sexuelle et reproductive, soit respecté et promu, y compris : « le droit des femmes à contrôler leur fécondité, le droit des femmes à décider si elles veulent avoir des enfants, le nombre d'enfants et l'espacement des enfants, le droit de choisir n'importe quelle méthode de contraception, le droit à l'éducation à la planification familiale et le droit à des services de santé adéquats, accessibles et financièrement abordables, y compris des programmes d'information, d'éducation et de communication destinés aux femmes, en particulier dans les zones rurales. »

Q. Lorsque l'avortement est légal, cela n'encourage-t-il pas davantage d'avortements ?

A. Comme indiqué dans cette présentation, les données dans le monde montrent que la restriction légale de l'avortement ne réduit PAS le nombre d'avortements pratiqués. L'Europe de l'Ouest, avec des lois libérales sur l'avortement, enregistre les taux d'avortement les plus bas, alors que de nombreuses régions d'Afrique et d'Amérique latine, avec des lois très restrictives, enregistrent des taux d'avortement beaucoup plus élevés. Légaliser l'avortement le rend sûr et réduit la probabilité que les femmes recourent à un avortement pratiqué de manière non sécurisée. Le meilleur moyen de réduire le nombre d'avortements est d'assurer à toutes les femmes un accès à une contraception fiable et de qualité, afin qu'elles puissent choisir si elles veulent avoir des enfants et quand.

Q. L'avortement est un instrument de contrôle des populations.

A. Nous sommes contre le contrôle des populations et nous nous opposons à la coercition en matière de santé de la reproduction, qu'il s'agisse d'avoir un enfant ou non. Nous voulons réduire le nombre de femmes qui se font du mal parce qu'elles recherchent et pratiquent un avortement non sécurisé. Les femmes devraient pouvoir prendre de manière volontaire et sans contrainte toutes les décisions concernant leur santé et leur bien-être, y compris celles liées à leur santé sexuelle et reproductive.

Q. Ma religion dit que l'avortement est immoral.

A. Chaque personne a ses propres croyances en matière de foi et de religion, et chaque individu devrait avoir le droit de prendre des décisions concernant sa vie qui soient conformes à ses croyances personnelles. Les femmes qui interrompent leur grossesse et ne sont pas en mesure d'accéder à des soins d'avortement sécurisés peuvent risquer leur santé ou leur vie avec un avortement non sécurisé. Beaucoup de personnes pensent qu'il est immoral de ne pas fournir des services sécurisés et donc de permettre que des femmes meurent d'un avortement non sécurisé. Nous croyons que chaque femme devrait être libre de prendre des décisions en matière de santé en fonction de ses propres valeurs morales et croyances religieuses et sans contrainte.

Q. Un homme a autant à dire à propos de la poursuite d'une grossesse qu'une femme. Il devrait exister une loi qui exige sa permission avant qu'une femme puisse se faire avorter.

A. Nous encourageons les femmes à consulter leurs partenaires sur la décision d'interrompre une grossesse, à condition qu'elles se sentent en sécurité en les consultant. Nous encourageons également les hommes à respecter les choix des femmes en matière de maternité, compte tenu, en particulier, du fardeau inéquitable de la grossesse pour les femmes. En exigeant le consentement légal de l'homme pour un avortement, nous perpétuons les obstacles qui peuvent amener les femmes à rechercher un avortement clandestin et non sécurisé et à risquer leur vie.

Q. Les médicaments utilisés pour l'avortement ne peuvent-ils pas être mal utilisés ?

A. Comme pour tous les médicaments prescrits sur ordonnance, les médicaments utilisés pour l'avortement médicamenteux peuvent potentiellement être mal utilisés. Cependant, ces médicaments ont été jugés sûrs et été enregistrés pour utilisation dans certains pays africains. Les prestataires d'avortements, comme tous les prestataires de soins de santé, surveillent l'utilisation correcte de ces médicaments ainsi que leurs effets indésirables.

QUESTIONS PORTANT SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

Q. Pourquoi vous concentrez-vous autant sur la santé sexuelle et reproductive, alors qu'il existe de nombreuses autres questions importantes à régler, telles que l'éducation, la pauvreté, l'accès aux soins de santé ou la sécurité alimentaire ?

A. Oui, ces questions sont importantes et elles sont étroitement liées à la santé sexuelle et reproductive. La capacité à décider si l'on veut avoir des enfants et quand est centrale dans la vie des femmes et cela a une incidence sur leur éducation, leur santé, celle de leurs enfants, ainsi que sur le revenu et le bien-être de leur famille. Ainsi, lorsque nous parlons de pauvreté, d'alimentation et de soins de santé, nous devons prendre en compte ces questions. Les soins de santé sexuelle et reproductive ont fait la preuve de leur bon rapport coût-efficacité. Ils peuvent aider les familles à sortir de la pauvreté et aider les pays africains à atteindre leurs objectifs de développement.

Q. Vous avez beaucoup parlé de planification familiale dans cette présentation, mais vous n'avez rien décrit concernant la planification familiale. Quels sont les choix en matière de planification familiale ou de contraception ?

A. Il existe une large gamme de méthodes contraceptives disponibles pour les femmes et les hommes, en fonction des besoins de chaque individu en matière de reproduction. Certaines méthodes sont plus efficaces que d'autres. Les méthodes les plus couramment utilisées en Afrique sont les pilules contraceptives orales, les injections hormonales et les préservatifs. Les méthodes les plus efficaces sont les méthodes permanentes ou à longue durée d'action : DIU (Dispositifs Intra Utérins), stérilisation féminine et vasectomie. Les couples peuvent également utiliser d'autres méthodes qui reposent sur la connaissance de la période de fécondité de la femme et l'abstention à des relations sexuelles ou l'utilisation d'une autre méthode durant ces jours de fécondité.

Q. N'est-il pas vrai que de nombreuses formes de planification familiale ont des effets secondaires négatifs ?

A. Tous les médicaments peuvent avoir des effets secondaires, mais dans le cas des contraceptifs, ils sont minimes et diffèrent d'une méthode à une autre. Chaque femme ou couple doit trouver la méthode qui lui convient le mieux. Dans tous les cas, il faut comparer les effets indésirables aux risques de devenir enceinte et aux conséquences potentielles d'une grossesse non désirée pour la santé. Pour choisir une méthode appropriée et connaître les effets secondaires possibles, il est préférable de demander conseil à une personne formée à la planification familiale et aux soins de santé rattachés.

Q. Les femmes africaines veulent avoir beaucoup d'enfants. C'est notre tradition d'avoir des familles nombreuses. Alors, comment pouvez-vous dire que les femmes africaines veulent avoir moins d'enfants ?

A. Chaque femme peut décider d'elle-même d'une grossesse et si elle veut ou non un enfant à ce moment précis. Être africain ne signifie pas automatiquement qu'une femme veut avoir beaucoup d'enfants. Beaucoup de femmes et d'hommes africains veulent beaucoup d'enfants, mais beaucoup d'autres préfèrent avoir une famille de petite taille ou ne pas avoir d'enfants du tout. Les données que nous avons partagées lors de cette présentation montrent que beaucoup de femmes qui pourraient bénéficier de la planification familiale et de la contraception ne les utilisent pas. En accroissant l'accès à la planification familiale, nous pouvons assurer à toutes les femmes et couples qui le souhaitent, la possibilité d'utiliser une méthode de contraception.

Q. Dans de nombreux villages d'Afrique, des enfants continuent de mourir de paludisme, de maladies infectieuses ou de malnutrition. Est-il toujours important d'investir dans la santé reproductive et la planification familiale lorsque rien ne garantit que nos enfants survivent ?

A. Il existe de nombreuses menaces graves à la survie des enfants. Cependant, la planification familiale peut véritablement aider les pays à améliorer le taux de survie des enfants et leur santé. La planification familiale fournit aux femmes et aux familles les moyens de prendre des décisions saines sur le moment idéal d'avoir des enfants, la manière de les espacer et le nombre d'enfants à avoir. La planification familiale peut réduire le nombre de naissances qui surviennent à moins de deux ans d'intervalle, ainsi que les accouchements chez les femmes très jeunes et les femmes plus âgées dont les enfants sont plus à risque de complications liées à la santé reproductive. Par exemple, si les femmes espaçaient les naissances d'au moins 36 mois, près de 3 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans pourraient être évités. Dans le même temps, les familles avec moins d'enfants sont plus à même d'investir dans la santé et l'éducation de chaque enfant et de contribuer au revenu de la famille.

Q. N'est-il pas vrai que nous avons besoin d'une population nombreuse pour impulser la croissance économique ?

A. S'il est vrai que des pays comme la Chine et le Brésil ont des économies et des populations importantes, les taux de fécondité, ou le nombre d'enfants par femme, y sont très bas et ont diminué au fil du temps. Lorsque la fécondité a diminué dans ces pays et que les bons investissements ont été mis en place, la croissance économique a pris son envol. Dans le même temps, il existe de nombreux exemples de pays très peu peuplés qui ont également effectué les investissements appropriés et ont été en mesure d'impulser une forte croissance économique, comme la Corée du Sud, Singapour et le Rwanda. Des facteurs tels que la structure d'âge de la population, les systèmes de santé et d'éducation, la politique économique et la gouvernance jouent tous ensemble un rôle beaucoup plus important dans l'impulsion de la croissance économique que la seule taille de la population.

Q. Est-il vrai qu'à mesure que les femmes deviennent plus autonomes, les hommes perdront leur statut et leur pouvoir, ce qui constituera une conséquence négative pour eux ?

A. En fait, les recherches montrent que les inégalités de genre et les disparités de pouvoir nuisent aux hommes comme aux femmes. Par exemple, dans de nombreux contextes, les normes de genre pour les hommes signifient être durs, courageux et agressifs. Par conséquent, les hommes sont plus susceptibles de prendre des risques pouvant nuire à leur santé, comme des activités violentes ou des relations sexuelles non protégées. Tout le monde — garçons et filles, hommes et femmes — est donc rendu vulnérable par des normes et des comportements nuisibles liés au genre. En même temps, tout le monde peut tirer avantage d'une plus grande égalité entre les genres.

Q. Certaines personnes disent que la planification familiale est un instrument de contrôle des populations visant à empêcher les pauvres d'avoir trop d'enfants. Que pensez-vous de cette déclaration ?

A. Il est important que les femmes ne se sentent jamais contraintes en matière de santé reproductive. Les données de cette présentation montrent que beaucoup de femmes et de couples en Afrique veulent utiliser la planification familiale pour retarder, espacer ou limiter leurs grossesses. En veillant à ce que les femmes et les couples qui souhaitent utiliser la planification familiale puissent le faire, ils peuvent choisir le moment propice, l'espacement et la taille de leur famille, entraînant ainsi une amélioration de la santé et du bien-être de la famille, de la communauté et finalement du pays tout entier.

Q. Certains chefs religieux ne soutiennent pas l'utilisation de la planification familiale, en particulier pour les jeunes. Que puis-je faire pour changer les mentalités des chefs religieux à propos de la planification familiale ?

A. À travers le monde, les chefs religieux sont sollicités pour des conseils sur tous les aspects de la vie. L'accès à la contraception et à la planification familiale ne concerne pas seulement l'espacement des naissances, mais aussi le maintien d'une santé optimale à toutes les étapes de la vie et dans tous les domaines liés à la santé reproductive des femmes et des hommes. Dans de nombreuses communautés religieuses, les populations sont confrontées à des problèmes de santé reproductive, tels que la maladie et le décès de femmes lors de l'accouchement, à des problèmes de santé associés à des grossesses trop précoces ou trop rapprochées, aux violences faites aux femmes, et aux infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH / SIDA. Pour gagner le soutien d'un chef religieux, il est utile d'inscrire les problèmes dans les valeurs, les croyances et les directives de la religion à laquelle vous vous adressez. À travers le monde, il existe des exemples de dirigeants de tous les grands groupes religieux qui soutiennent la planification familiale. Travaillez avec eux pour créer des messages qui montrent où, dans la Bible ou dans le Coran, l'espacement des naissances est soutenu et encouragé pour la santé de la mère et de l'enfant. Il est important que les programmes travaillent en partenariat avec ces « défenseurs » pour concevoir des stratégies de sensibilisation communautaires et des messages qui soutiennent la planification familiale dans des contextes religieux.

ATTAQUES PERSONNELLES

Q. Comment pouvez-vous, en tant que femme sans enfants, parler d'avortement ? Ou comment pouvez-vous, en tant qu'homme, parler d'avortement ?

A. Nous pensons que l'avortement est une question que tout le monde a le droit et l'obligation de prendre au sérieux. Je ne suis pas ici pour discuter de mon expérience personnelle avec cette question, mais plutôt pour parler de ce que les données et les recherches montrent sur l'avortement et la santé maternelle dans les pays africains.

Q. Avez-vous déjà eu un avortement ?

A. C'est une question médicale privée et inappropriée pour cette discussion. Ce n'est pas la raison de ma présence ici aujourd'hui. Je suis ici parce que nous avons affaire à un problème politique, social et sanitaire dans notre société. Ce n'est pas à propos de moi personnellement.

Q. Vous êtes médecin. Avez-vous déjà effectué un avortement ?

A. En tant que prestataire de santé, j'ai été formé à la pratique de l'avortement, car l'avortement est médicalement indiqué dans certaines circonstances. Les circonstances de chaque procédure ne constituent pas le sujet de cette présentation. Il est important pour moi, en tant que prestataire de soins de santé, de répondre aux besoins de mes patients en matière de soins de santé et de respecter leur vie privée.

Q. Vous faites la promotion de l'avortement même si cela met en danger la santé des femmes.

A. En fait, nous essayons de montrer que les femmes souffrent de handicaps et meurent à cause d'avortements non sécurisés. Nous voulons rendre sûrs les services liés à l'avortement afin que les femmes qui souhaitent se faire avorter puissent le faire en toute sécurité, sans risquer leur vie. Tout d'abord, avec l'utilisation croissante de la planification familiale, moins de femmes voudront se faire avorter. En élargissant les programmes de planification familiale et en accroissant l'accès aux services liés à l'avortement, nous pouvons promouvoir la santé des femmes.

Q. Faites-vous cette présentation dans un but lucratif, car en tant que médecin, vous gagnerez beaucoup d'argent en réalisant des avortements ?

A. Les médecins gagnent de l'argent en pratiquant la médecine en général, que ce soit en effectuant des avortements, en procédant à des accouchements ou en effectuant des opérations chirurgicales. En fait, si l'avortement sécurisé était plus largement disponible, il deviendrait moins coûteux, comme nous l'avons vu dans les pays qui ont introduit l'avortement médicamenteux. En tant que médecin, je veux rendre l'avortement sans danger.

QUESTIONS PORTANT SUR LE FINANCEMENT ET LES PARTENAIRES

Q. Qui a élaboré cette présentation ?

A. Cette présentation a été élaborée par le Population Reference Bureau avec les conseils d'un groupe de travail mondial composé de chercheurs, de défenseurs et de professionnels de la santé.

Q. Qu'est-ce que le projet SAFE ENGAGE ?

A. SAFE ENGAGE est un projet de trois ans, lancé en novembre 2017 qui soutient l'accès à l'avortement sécurisé en fournissant aux décideurs les données les plus récentes sur l'avortement et la santé maternelle, et en renforçant la capacité des défenseurs et autres décideurs à utiliser des données probantes pour atteindre les objectifs en matière de politiques.

Q. Qui finance le projet SAFE ENGAGE ?

A. Le Population Reference Bureau a reçu des fonds privés pour mener le projet SAFE ENGAGE.

Q. Le PRB est-il un groupe de plaidoyer ?

A. Le PRB est une organisation privée, à vocation éducative et à but non lucratif, qui a pour but de fournir des données et des faits précis. En tant que tel, elle ne se fait l'avocate directe ni ne plaide directement en faveur de résultats ou de recommandations spécifiques dans les pays. Cependant, elle aide les partenaires locaux à communiquer en s'assurant que leurs messages sont basés sur les données et les informations les meilleures et les plus récentes.

Références pour les Questions Fréquemment Posées

- 1 Susheela Singh et al, *Avortement dans le Monde en 2017 : Progrès inégaux et accès inégal* (New York : Institut Guttmacher, 2018).
- 2 Organisation mondiale de la Santé (OMS), « Base de données mondiale sur les politiques en matière d'avortement », consulté à l'adresse <https://abortion-policies.srhr.org/>.
- 3 Singh et al., *Avortement dans le Monde en 2017*.
- 4 Un grand nombre des questions et réponses fréquemment posées sur l'avortement ont été adaptées de documents publiés par Catholics for Choice, et plus précisément : *Dire la vérité sur la santé reproductive : Un guide pour une communication réussie* (Washington, DC : Catholics for Choice, 2012).

Note sur les données

Cette présentation est destinée à des publics régionaux et mondiaux qui s'emploient à élargir l'accès des femmes à l'avortement sécurisé et à réduire le nombre de décès et d'infirmités dus à des avortements non sécurisés, en particulier en Afrique. Pour donner un aperçu global du sujet, nous présentons des estimations de décès maternels, de la proportion de décès maternels imputables à des avortements non sécurisés, de grossesses non désirées et de leurs résultats, ainsi que d'avortements pratiqués dans différentes conditions de sécurité. Nous nous sommes appuyés sur les sources les plus récentes et les plus rigoureuses qui ont fourni des estimations comparables entre pays ou régions (au mois d'octobre 2018). Pour une liste complète de toutes les sources utilisées, veuillez consulter les Références de script à la page 12 de ce guide de présentation.

Des données nationales comparables sur les niveaux et les tendances en matière d'avortement sont essentielles pour la recherche et les politiques. Elles aident les gouvernements et les décideurs de politiques à comprendre les implications et les conséquences de l'avortement non sécurisé et à élaborer des politiques appropriées pour y remédier. Mais il est difficile d'obtenir de telles données sur l'avortement, qui a tendance à être fortement stigmatisé, sous-déclaré et souvent illégal. Dans les pays où l'avortement est légal et largement disponible, des statistiques officielles sur l'avortement peuvent exister. En revanche, là où l'avortement est limité, un décompte annuel fiable des avortements pratiqués n'est pas disponible et des méthodes d'estimation plus complexes doivent être utilisées.

Actuellement, les seules estimations disponibles sur l'avortement qui conviennent aux comparaisons régionales et globales sont publiées par l'Institut Guttmacher. Cette entité a affiné ses estimations au cours des dernières décennies, collaborant avec des experts du monde entier pour déterminer le nombre d'avortements pratiqués chaque année, dans des conditions sécurisées ou non. Ses dernières estimations pour 1990-1994 et 2010-2014 ont été publiées dans la revue médicale *Lancet* en 2016 et 2017, ainsi que dans le rapport Guttmacher *L'Avortement dans le Monde en 2017 : Progrès inégaux et accès inégal*.

Dans ces analyses de Guttmacher, les chercheurs ont mis en œuvre une nouvelle approche statistique pour estimer l'incidence de l'avortement et la sécurité de l'avortement. Les modèles statistiques utilisent les données d'enquête disponibles sur le nombre total de naissances, de grossesses, les pourcentages des grossesses déclarées comme désirées ou non désirées, les pourcentages des grossesses dont on sait qu'elles ont abouti à une fausse couche, le nombre de décès maternels, la prévalence de l'utilisation des contraceptifs et les taux d'échec de la contraception, parmi d'autres indicateurs. L'approche de modélisation a permis aux chercheurs de faire des inférences statistiques pour présenter des estimations du nombre d'avortements avec des intervalles de confiance de 90%, ce qui reflète la variabilité dans la qualité et la quantité des données disponibles d'un pays à l'autre.

Ces estimations de 2010 à 2014 fondées sur des modèles étant spécifiques au modèle statistique et à l'approche d'estimation de Guttmacher, elles ne peuvent être comparées aux estimations figurant dans d'autres publications sur l'avortement. Par conséquent, nous avons présenté des estimations du nombre d'avortements et des conditions de sécurité provenant de cette source unique afin d'assurer la cohérence. Nous avons présenté uniquement les estimations médianes (ou moyennes) et avons combiné les catégories « moins sécurisé » et « le moins sécurisé » en une seule catégorie « non sécurisé » pour plus de clarté dans la présentation.

Le tableau ci-dessous comprend les estimations régionales du nombre d'avortements. Elles sont tirées de l'analyse de Guttmacher. Les estimations pour chaque région sont présentées avec l'intervalle de confiance de 90% entre parenthèses. Pour des estimations pays par pays, veuillez consulter *Avortement dans le Monde en 2017 : Progrès inégaux et accès inégal*, publié par l'Institut Guttmacher en 2018.

Estimations annuelles du nombre d'avortements pour la période 2010-2014 par zone géographique, utilisées dans « Objectifs à notre portée : élargir l'accès à l'avortement sécurisé »

Région	Nombre annuel d'avortements (millions)	Nombre d'avortements pour 1 000 femmes Âges 15-44	Pourcentage des avortements classés sécurisés	Pourcentage des avortements classés moins sécurisés	Pourcentage des avortements les moins sécurisés
MONDE	55,9 (51,8-68,6)	35 (32-43)	54,9 (49,9-59,4)	30,7 (25,5-35,6)	14,4 (11,5-18,1)
Régions Développées	6,6 (6,0-8,8)	27 (24-36)	87,5 (81,9-89,6)	12,4 (10,2-17,9)	0,08 (0,0-1,36)
Régions en développement	49,3 (45,0-61,4)	36 (33-35)	50,5 (45,2-55,9)	33,2 (27,0-38,3)	16,3 (13,1-20,7)
AFRIQUE	8,2 (7,4-11,3)	34 (31-46)	24,4 (18,6-33,6)	27,6 (21,2-37,0)	48,0 (36,5-52,9)
De l'Est	2,7 (2,4-3,2)	34 (31-41)	23,9 (17,0-33,0)	29,2 (19,9-37,6)	46,9 (36,5-54,9)
Centrale	1,0 (0,7-1,8)	35 (24-62)	11,8 (5,5-30,4)	19,2 (6,7-40,7)	69,0 (38,0-81,2)
Du Nord	1,9 (1,1-4,1)	38 (23-82)	29,0 (11,0-49,9)	26,6 (10,0-46,3)	44,4 (19,5-58,9)
Australe	0,5 (0,3-1,0)	34 (19-69)	73,5 (27,7-93,2)	19,4 (1,5-62,1)	7,1 (2,6-11,1)
De l'Ouest	2,1 (1,9-2,7)	31 (28-39)	15,3 (10,4-24,1)	32,6 (24,1-42,8)	52,1 (40,0-59,8)
AMÉRIQUE DU NORD	1,2 (1,1-1,3)	17 (16-18)	99,0 (97,7-99,8)	0,9 (0,2-2,3)	0,0 (0,0-0,03)
EUROPE	4,3 (4,0-5,5)	2 (27-37)	88,8 (80,3-91,7)	11,2 (7,8-19,3)	0,0 (0,0-0,02)
Du Nord	0,3 (0,3-0,4)	18 (17-20)	97,9 (92,8-99,6)	2,1 (0,4-6,8)	0,03 (0,0-0,9)
Du Sud	0,8 (0,5-1,6)	26 (18-55)	91,2 (85,6-92,9)	8,7 (6,0-13,9)	0,11 (0,0-2,9)
De l'Ouest		16 (12-28)	93,5 (90,6 - 96,1)	6,5 (3,9-9,4)	0,0 (0,0-0,03)

Note : Les estimations entre parenthèses indiquent l'intervalle de confiance de 90 pour cent.

Source : Susheela Singh et al., Avortement dans le Monde en 2017 : Progrès inégaux et accès inégal (New York : Institut Guttmacher, 2018).

Ressources Supplémentaires

Union Africaine, Interpréter et appliquer les lois existantes sur l'avortement en Afrique (Nairobi : Alliance africaine Ipas pour la santé et les droits des femmes en matière de reproduction et la Commission de l'Union Africaine, 2013).

Catholics for Choice, *Dire la vérité sur la santé reproductive : Un guide pour une communication réussie* (Washington, DC : Catholics for Choice, 2012).

Jocelyn E. Finlay, David Canning et June Y.T. Po, « Les lois relatives à la santé reproductive dans le Monde », Document de travail de la PGDA n ° 96, octobre 2012, consulté à l'adresse https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/1288/2013/10/PGDA_WP_96.pdf le 26 septembre 2018.

Institut Guttmacher, « L'avortement en Afrique », fiche d'information, (mars 2018), consulté à l'adresse www.guttmacher.org/fact-sheet/abortion-africa le 24 septembre 2018.

Institut Guttmacher, « Faire la somme : Investir dans la contraception et la santé de la mère et du nouveau-né en Afrique », Fiche d'Information (décembre 2017), consulté à l'adresse www.guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017 le 25 septembre 2018.

Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF), *Comment parler de l'avortement : Un Guide pour des messages fondés sur les droits* (Londres : IPPF, 2015).

Nicholas J. Kassebaum et al., « Niveaux et causes de la mortalité maternelle à l'échelle mondiale, régionale et nationale de 1990 à 2013 : Analyse systématique de l'étude mondiale sur la charge de morbidité 2013 », *Lancet* 384, no. 9947 (2014).

Susheela Singh et al., *Avortement partout dans le Monde 2017 : Progrès inégaux et accès inégal* (New York : Institut Guttmacher, 2018).

Ann M. Starrs et al., « Accélérez les progrès - Santé et droits sexuels et reproductifs pour tous : Rapport de la Commission Guttmacher-Lancet » *Lancet* 391, no. 10140 (2018): 2642-92.

Michael Vlassoff, Susheela Singh et Tsoyoshi Onda, « Le coût des soins après-avortement dans les pays en développement : Analyse comparative de quatre études », *Politique et planification de la santé* 31, no. 8 (2016) : 1020-30.

Organisation Mondiale de la Santé, « Ressources sur l'avortement », consulté à l'adresse www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/en/ le 27 septembre 2018.

