

PRÉSERVER LA SANTÉ ET BÂTIR L'AVENIR DU BURKINA FASO :

Rendre accessible l'avortement sécurisé

GUIDE DE PRÉSENTATION



**Préserver la santé
et bâtir l'avenir du Burkina Faso**

Rendre accessible
l'avortement sécurisé

PRB

INFORMER
AUTONOMISER
PROGRESSER

safe
ENGAGE

Lignes directrices de la présentation

PRÉSERVER LA SANTÉ ET BÂTIR L'AVENIR DU BURKINA FASO : RENDRE ACCESSIBLE L'AVORTEMENT SÉCURISÉ

REMERCIEMENTS

« Préserver la santé et bâtir l'avenir du Burkina Faso : rendre accessible l'avortement sécurisé » est un outil de plaidoyer multimédia développé conjointement par le Population Reference Bureau et le groupe de travail de SAFE ENGAGE au Burkina Faso.

La présentation a été écrite par Marissa Falk, conseillère politique, Kristen Pattersen, directrice de programme, et Cathryn Streifel, conseillère politique principale, avec la contribution de Jill Chanley, analyste politique. 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 composé de chercheurs, de défenseurs de la planification familiale et de l'avortement sécurisé et de professionnels de la santé du Burkina Faso. Nous remercions les membres de ce groupe pour leur temps et leur dévouement, notamment : Association Burkinabé pour le Bien-Etre Familial (ABBEF), Jeunes Ambassadeurs pour la Santé de la Reproduction et la Planification Familiale, Conseil Burkinabé des Organisations de Développement Communautaire (Burcaso), Association des Femmes Juristes du Burkina Faso, Société des Gynécologues et Obstétriciens du Burkina Faso (SOGOB); Marie Stopes Burkina Faso, Association Burkinabé des Sages-Femmes (ABSF), Planned Parenthood Global, Pathfinder International, Médecins du Monde France, Réseau des parlementaires en santé, population et développement, Direction de la Santé de la Famille du Ministère de la Santé, Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP), et le Réseau Africain Jeunesse Santé et Développement au Burkina Faso (RAJS/BF).

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	2
UTILISER LA PRÉSENTATION AVEC DIFFÉRENTS PUBLICS	2
CONSIDÉRATIONS SUPPLÉMENTAIRES	3
INSTRUCTIONS RELATIVES À LA PRÉSENTATION	3
SCRIPT DE LA PRÉSENTATION	6
DOCUMENT D'ACCOMPAGNEMENT « MESSAGES CLÉS »	12
GUIDE DE DISCUSSION	17
QUESTIONS FRÉQUEMMENT POSÉES	19
RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES	25

Introduction au guide de présentation

Ce guide de présentation est destiné à aider les utilisateurs à tirer le meilleur parti de la présentation ENGAGE « Préserver la santé et bâtir l'avenir du Burkina Faso : rendre accessible 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 avec l'auditoire.

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

1. identifier les opportunités d'utilisation de la présentation 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 « Préserver la santé et bâtir l'avenir du Burkina Faso : rendre accessible l'avortement sécurisé » est de sensibiliser le public aux causes et aux conséquences des avortements non sécurisés au Burkina Faso et d'accroître le soutien à un meilleur accès à des services complets de santé reproductive, y compris les services d'avortement sécurisé et la contraception moderne.

La présentation décrit le contexte juridique de l'avortement au Burkina Faso, met en évidence les indicateurs clés liés aux grossesses non désirées, à l'avortement et à la mortalité maternelle et compare le Burkina Faso à d'autres pays de la région et du monde.

Les objectifs spécifiques de la présentation sont :

- d'informer les membres de l'auditoire sur les taux élevés de grossesses non désirées et d'avortements non sécurisés au Burkina Faso
- d'encourager les membres de l'auditoire à échanger à propos du lien entre les grossesses non désirées et les avortements non sécurisés, ainsi que sur l'importance de l'accès à la contraception moderne
- de comparer le Burkina Faso à d'autres pays de la région et du monde, et de fournir des exemples d'endroits où l'extension de l'accès aux services d'avortement sécurisé a été suivi d'une réduction du nombre de décès maternels
- de décrire le contexte juridique de l'avortement au Burkina Faso, y compris les engagements en matière de santé de la reproduction, en particulier la Loi sur la santé de la reproduction de 2005 et les modifications du Code pénal de 2018
- d'illustrer les risques et coûts de l'avortement non-sécurisé pour les femmes, les familles, et le pays ainsi que les obstacles qui empêchent les femmes, particulièrement celles vivant en milieu rural, d'accéder à ce service
- de promouvoir les investissements dans les programmes de planification familiale, les services d'avortement sécurisé et les soins après avortement en tant que composantes des soins de santé essentiels au Burkina Faso
- d'illustrer comment l'accès à des soins complets de santé sexuelle et reproductive peut aider les femmes et les jeunes filles à atteindre leur plein potentiel et contribuer à un développement national durable.

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, politique), concernés par la prestation de services, le plaidoyer et les environnements communautaires. Les publics cibles de cette présentation sont :

- **publics principaux** : décideurs en matière de politiques dans de nombreux secteurs et aux niveaux national, régional et des districts, défenseurs de l'avortement sécurisé et de la santé reproductive, associations de professionnels du domaine médical, groupes de femmes et groupes religieux, et également organisations locales ou internationales fournissant des services de santé.
- **publics secondaires** : tous ceux qui influencent ces groupes, y compris les portes-paroles, 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 réunions de commissions parlementaires, de conférences, de briefings sur les politiques, de formations pour les jeunes, de tables rondes, de réunions d'experts et dans des contextes éducatifs pouvant inclure les publics cibles. La présentation constitue un outil efficace de sensibilisation au fardeau que constituent 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.

Utiliser la présentation avec différents publics

La présentation ENGAGE est destinée à être utilisée dans des contextes ou environnements divers. Différentes manières d'utiliser la présentation pour atteindre des publics variés sont énumérées ci-dessous.

DÉCIDEURS DE POLITIQUES

- Présenter les données les plus récentes sur les liens entre l'avortement non sécurisé et la mortalité maternelle au Burkina Faso et donner des exemples de pays ayant élargi l'accès à l'avortement sécurisé et réduit par conséquent leurs taux de mortalité maternelle
- Informer les décideurs politiques sur les taux d'avortement au Burkina Faso et la sûreté des avortements sécurisés, ainsi que sur les preuves du fait que les restrictions légales ne réduisent pas le taux d'avortement
- Décrire les risques et coûts de l'avortement non sécurisé pour les femmes, les familles et le pays ainsi que les obstacles qui empêchent les femmes, particulièrement celles vivant en milieu rural, d'accéder à ce service
- Démontrer le bon rapport coût-efficacité de l'accès à la planification familiale et à l'avortement sécurisé, ainsi que l'importance du financement de services complets de santé de la reproduction
- Attirer l'attention sur les engagements nationaux concernant la planification familiale ainsi que sur le contexte juridique au Burkina Faso concernant l'avortement, et indiquer les domaines dans lesquels les engagements peuvent être renforcés pour élargir l'accès aux services dans le cadre de la loi.

DÉFENSEURS DE LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

- Fournir aux défenseurs des données fiables pour soutenir leur plaidoyer concernant la planification familiale, l'avortement sécurisé, et la mortalité maternelle
- Décrire les risques et coûts de l'avortement non-sécurisé pour les femmes, les familles et le pays
- Souligner comment un meilleur accès à l'avortement sécurisé et à la contraception peut améliorer la santé des femmes et réduire la mortalité maternelle

- Fournir des exemples de modifications de politiques et de lois qui ont permis d'améliorer les soins de santé des femmes.

ASSOCIATIONS DE PROFESSIONNELS DU DOMAINE MÉDICAL

- Démontrer l'importance du financement de services complets de santé reproductive, y compris les programmes de planification familiale, dans la prévention des grossesses non désirées
- Souligner les conséquences négatives de l'avortement non sécurisé
- Mettre l'accent sur l'importance d'intégrer des soins complets d'avortement dans les formations préalables et continues des médecins, des infirmières et des sages-femmes.

LES MÉDIAS

- Fournir aux journalistes les données précises et fiables les plus récentes sur la santé sexuelle et reproductive, en particulier sur l'avortement, au Burkina Faso
- Mettre l'accent sur les avantages que l'accès accru à des services complets de santé sexuelle et reproductive, y compris l'avortement sécurisé, peut avoir pour la société, en particulier pour les femmes et les jeunes filles.

Considérations supplémentaires

Vous pouvez rendre cette présentation plus intéressante pour votre auditoire en y ajoutant des informations ou des exemples particulièrement pertinents pour leur secteur ou leur zone géographique. 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. Dans les groupes plus grands, 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. Ce format 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 diffusée sous forme de vidéo et ne vous oblige pas à faire avancer chaque diapositive. Vous pouvez diffuser 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 trois vidéos de très courte durée. Ces vidéos sont des extraits de trois à cinq minutes de la présentation, qui traitent d'un sujet spécifique, tel que le contexte juridique. Ces vidéos peuvent être utilisées pour renforcer les activités de plaider ou pour capter l'attention de l'auditoire lorsque le temps ne permet pas une présentation complète.

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 à l'adresse 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 pour la présentation (sans voix off)

POUR OUVRIR LA PRÉSENTATION

- Double-cliquez sur l'icône du carré rouge « f » (qui 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 avec votre souris sur un numéro de diapositive particulier, une image du début de cette diapositive apparaît instantanément. Lorsque vous cliquez sur votre souris, 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 « Diapositive », 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. Le numéro correspond au coin inférieur gauche de l'écran et le script qui suit est la narration de cet écran.

Instructions pour la présentation (avec voix off)

POUR OUVRIR ET LANCER 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 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 sur 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 pour amplifier le son pour les grands groupes.
- Cliquez sur le bouton « play ». La présentation débutera comme une vidéo.

SCRIPT DE LA PRÉSENTATION

Préserver la santé et bâtir l'avenir du Burkina Faso : rendre accessible l'avortement sécurisé

Une présentation multimédia ENGAGE

Diapositive 1

Préserver la santé et bâtir l'avenir du Burkina Faso : rendre accessible l'avortement sécurisé

→ Diapositive 2

Les femmes et les jeunes filles jouent un rôle important dans la société burkinabè. Nos sœurs, tantes, mères, épouses, nièces et filles représentent le cœur de nos foyers, dans une culture bâtie sur des communautés fortes, sur une foi profonde et des familles étendues et dynamiques.

→ Diapositive 3

Les femmes contribuent de manière importante à la société en tant que membres de la population active. Elles sont décideuses, éducatrices ou professionnelles de santé. Elles jouent également un rôle fondamental comme mères.

→ Diapositive 4

Aujourd'hui, les femmes sont davantage en mesure de planifier la construction de leur famille, ce qui les aide à atteindre leurs objectifs professionnels et à consacrer plus de ressources à chacun de leurs enfants.

→ Diapositive 5

En partie grâce à l'adoption de la contraception moderne, le nombre moyen d'enfants par femme diminue dans notre pays. En 1993, chaque femme avait en moyenne 6,9 enfants, et en 2017 ce nombre était descendu à 5,2. D'après les prévisions, ce nombre passera à 4,7 d'ici 2020.¹

→ Diapositive 6

Aujourd'hui, la planification familiale est une priorité de santé publique dans notre pays. En 2005, cette priorité a été renforcée par l'adoption de la Loi sur la santé de la reproduction.²

→ Diapositive 7

En 2011, le gouvernement a accueilli la Conférence internationale sur la population et le développement au cours de laquelle est né le Partenariat de Ouagadougou. Suite à cette conférence, le Burkina Faso a élaboré un plan national de repositionnement de la planification familiale dans lequel le gouvernement a fixé des engagements financiers.³ En 2017, les autorités ont renouvelé et élargi leur engagement en créant le Plan National de Développement Économique et Social, ainsi que le Plan national d'accélération de la Planification Familiale.⁴

→ Diapositive 8

Dans ce contexte de volonté politique renforcée, la proportion de femmes en âge de procréer utilisant une méthode moderne de contraception a augmenté considérablement, passant de seulement 4 % en 1993 à environ 27 % en 2019.⁵

Bien que cette augmentation soit encourageante, le Burkina Faso reste en retard par rapport aux progrès réalisés dans d'autres pays du continent africain. En comparaison, en Ouganda à peu près 30 % des femmes en âge de procréer utilisaient une méthode moderne de contraception en 2018. Au Kenya en 2018, ce taux s'élevait à environ 45 %.⁶

→ Diapositive 9

La contraception est le moyen le plus efficace pour réduire le taux de grossesses non désirées, et elle permet de réduire le nombre d'avortements non sécurisés et de décès maternels.

→ Diapositive 10

Lorsque les femmes en âge de procréer souhaitent éviter ou retarder une grossesse mais n'utilisent en réalité aucune méthode de contraception moderne, elles ont un besoin non satisfait en matière de planification familiale. Si la moitié des femmes burkinabè avec un besoin non satisfait utilisaient une méthode de contraception moderne, chaque année il y aurait 116 000 grossesses non planifiées en moins, ce qui conduirait à 37 000 avortements non sécurisés et 350 décès maternels en moins.⁷

→ Diapositive 11

Au Burkina Faso, un tiers des grossesses ne sont pas planifiées et un tiers de celles-ci se terminent par un avortement, soit au total 1 grossesse sur 10. Dans notre pays en 2012, à peu près 100 000 grossesses ont été volontairement interrompues. La grande majorité de ces avortements ont été pratiqués de manière clandestine et non sécurisée.⁸

→ Diapositive 12

Lors d'un entretien, un gynécologue burkinabè a déclaré :

« Elles [les femmes porteuses de grossesse non désirée] vont aller de prestataire en prestataire peut-être jusqu'à rencontrer quelqu'un qui accepte de le faire. Et souvent elles vont tomber sur des gens qui ne maîtrisent rien mais qui sont à la recherche de l'argent et c'est là qu'on se retrouve avec des complications. »

(Gynécologue, 13 ans de service)⁹

→ Diapositive 13

Parmi les femmes burkinabè qui ont recours à un avortement, 41 % se tournent vers des praticiens traditionnels et 23 % se font avorter elles-mêmes.¹⁰ Ces deux manières de mettre fin à une grossesse constituent donc la majorité des cas.

→ Diapositive 14

De plus, ces deux manières de mettre fin à une grossesse sont celles qui engendrent le plus de complications. En effet, 57 % des femmes qui ont recours à un praticien traditionnel et 51 % des femmes qui se font avorter elles-mêmes subissent des complications.¹¹

[Témoignage Vidéo] : On sait que cette jeune fille-là qu'on le veuille ou pas va aller faire l'avortement parce que souvent elle arrive à le dire. Madame, je suis désolée, je vais aller avorter. Quand c'est comme ça, ça te tombe sur la tête. Ce qu'on dit, je ne te conseille pas, je ne veux pas les conséquences, mais si ça arrivait ne reste pas à la maison, si tu saignes. Ne reste pas à la maison, si tu as une douleur. S'il y a un problème, tu agis à tout moment si tu sens que ça ne va pas, il faut revenir.

Ces conséquences graves de l'avortement non sécurisé peuvent non seulement compromettre la santé des femmes, mais nuisent aussi au bien-être de la famille, et enlèvent au pays des ressources importantes.

→ Diapositive 15

Cette situation peut être évitée. Lorsqu'il est pratiqué conformément aux recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'avortement est une intervention très sûre.¹²

L'interruption de grossesse est médicalement sûre lorsqu'il s'agit d'un traitement chirurgical ou médicamenteux pratiqué dans des établissements de santé publics ou privés adéquats et effectué par un personnel qualifié.¹³

→ Diapositive 16

En revanche, un avortement non sécurisé ne remplit aucun de ces critères, ou bien ne remplit qu'un seul de ces critères.¹⁴

→ Diapositive 17

Dans le monde entier, l'avortement non sécurisé est le plus dangereux là où son accès est le plus restreint par la loi.¹⁵

→ Diapositive 18

L'avortement est juridiquement limité au Burkina Faso. La Loi sur la santé de la reproduction de 2005 et le Code pénal révisé en mai 2018 sont les deux principaux documents du Burkina Faso encadrant l'accès à l'interruption de grossesse. À la suite des révisions apportées au Code pénal par l'Assemblée nationale, l'interruption volontaire de grossesse n'est actuellement autorisée que dans les cas suivants :

- pour préserver la santé de la femme à tout âge gestationnel si un médecin atteste que la grossesse la met en danger
- pendant les 14 premières semaines pour les cas de viol et d'inceste attestés par le ministère public
- ou bien s'il existe une malformation fœtale reconnue incurable par un médecin au moment du diagnostic.¹⁶

La Loi sur la santé de la reproduction de 2005 n'est pas à jour car elle n'inclut pas les modifications apportées au code pénal.

→ Diapositive 19

Bien que l'avortement soit autorisé dans ces cas selon la loi, de nombreux obstacles empêchent les femmes d'accéder à ce service.

La première barrière est un manque de connaissance des lois qui prescrivent les cas dans lesquels l'avortement est autorisé. Effectivement, seulement 37 % des femmes en âge de procréer connaissent ces lois.¹⁷ Il y a aussi un manque de connaissance parmi les prestataires de service.

[Témoignage Vidéo] : Il n'y a même pas une semaine nous avons dû recevoir un coup de fil par un agent de santé qui ne croyait pas à un juge et qui veut être sûr qu'effectivement le code pénal a été révisé au Burkina ici et en capitale donc vous savez vous voyez donc c'est vrai pour que la femme vraiment puisse en jouir il faut qu'elle connaisse. On peut rendre toutes les lois favorables mais si elles n'utilisent pas ces lois parce qu'elles ne les connaissent pas elles ne vont pas en jouir.

→ Diapositive 20

Un deuxième obstacle est le fait que le Code pénal rende obligatoire une chaîne d'étapes complexes et laborieuses pour accéder à l'avortement, surtout pour les femmes vivant en milieu rural.

Afin d'obtenir une ordonnance d'interruption de grossesse, les femmes doivent subir un examen médical fait par un médecin afin de démontrer que la santé de la mère est en danger, qu'il y a eu une agression sexuelle, ou bien qu'il y a une malformation fœtale incurable. Ceci peut constituer un obstacle insurmontable pour les femmes vivant en milieu rural car les Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) dans les zones rurales ne sont pas dotés de médecins ou du matériel nécessaire pour offrir des services de qualité.¹⁸ Les femmes doivent donc se rendre à l'hôpital, ce qui peut nécessiter un trajet difficile et coûteux.

→ Diapositive 21

Dans le cas de viol ou d'inceste, les femmes doivent aussi voir le ministère public. Ceci doit avoir lieu avant la quatorzième semaine de grossesse.

Ces obstacles font partie des raisons pour lesquelles tant de femmes au Burkina Faso ont recours à une interruption de grossesse non sécurisée.

→ Diapositive 22

Les avortements non sécurisés sont dangereux pour la santé. Les complications sévères de l'interruption de grossesse non sécurisée incluent des avortements incomplets, des saignements, des infections, et des perforations utérines.¹⁹

→ Diapositive 23

Au Burkina Faso, les jeunes femmes et les adolescentes, ainsi que les femmes pauvres vivant en milieu rural sont particulièrement vulnérables aux complications liées à l'avortement non sécurisé.²⁰

→ Diapositive 24

Il est plus difficile pour les femmes pauvres vivant dans les zones rurales que pour celles vivant en milieu urbain d'accéder aux services et aux soins après avortement.

Dans les zones urbaines du pays, 1 femme pauvre sur 10 qui a eu recours à un avortement provoqué souffre de complications qui ne sont jamais traitées. En milieu rural, cette proportion est plus élevée : 2 femmes pauvres sur 10 ayant avorté subissent des complications non traitées.²¹

→ Diapositive 25

Cela est problématique étant donné que 97 % des interruptions de grossesse réalisées en milieu rural sont non sécurisées. Ces avortements non sécurisés entraînent des complications qui pourraient être évitées.²²

Les avortements non sécurisés ont aussi des conséquences sur le niveau d'instruction et le statut social des femmes.

[Témoignage Vidéo] : J'ai dû suspendre mes études après l'avortement pendant 2 années, voilà. Du côté social, je... La famille n'a plus confiance en moi. Il y a cette confiance là que j'ai perdue donc je ne suis pas trop considéré dans la famille. Sinon à part cela je ne suis plus vue comme avant, enfant aimé comme il se doit. Je suis marginalisée, plutôt.

→ Diapositive 26

Au niveau du pays, les avortements non sécurisés enlèvent des ressources précieuses car la prise en charge des complications des avortements non sécurisés peut englober une part significative du budget des établissements de santé. Par exemple, à Ouagadougou, deux hôpitaux publics auraient pu économiser 9,7 millions de CFA en 2010 si, à la place de fournir des soins après avortement pour des complications liées à des interventions non sécurisées, ils avaient fourni des services d'avortement sécurisés.²³

→ Diapositive 27

En 2018, le gouvernement a consacré environ 215 milliards de CFA à la santé.²⁴ Des investissements plus efficaces dans la santé pourraient réduire ces coûts et permettre d'aller plus loin. L'accès à l'interruption médicamenteuse de grossesse légale est un exemple d'investissement dans un service de santé de la reproduction qui pourrait produire d'immenses bénéfices. Cette méthode, mise en avant dans les directives de l'OMS, consiste à interrompre la grossesse par la prise de médicaments.²⁵ Cette méthode est très sûre, plus discrète, et désormais largement disponible dans de nombreux pays dans le monde.

→ Diapositive 28

En plus de mettre en danger la santé des femmes et d'épuiser les ressources financières de notre système de santé, l'avortement non sécurisé contribue à la mortalité maternelle. L'Afrique est le continent où l'on compte le plus de décès liés à cette intervention. En 2014, au moins 9 % des décès maternels en Afrique subsaharienne étaient dus à une interruption de grossesse non sécurisée.²⁶ Et en Afrique de l'Ouest 17,6 % des décès maternels étaient dus à l'avortement en 2013.²⁷ Étant donné que 85 % des avortements en Afrique de l'Ouest sont non sécurisés, il est probable que la plupart de ces décès ont été causés par des avortements non sécurisés.²⁸

→ Diapositive 29

Au Burkina Faso, la mortalité maternelle est estimée à 320 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2017. Ce chiffre est plus élevé que dans d'autres pays du continent africain, y compris le Sénégal et le Rwanda.²⁹ Les décideurs peuvent prendre des mesures pour affronter ce problème et sauver la vie des femmes burkinabè.

→ Diapositive 30

Examinons deux exemples de pays qui, en modifiant leurs lois, ont observé une baisse significative du nombre de décès dus aux interruptions de grossesse non sécurisées et rendu l'intervention plus sûre.

→ Diapositive 31

En Tunisie, où l'avortement est devenu pleinement légal en 1973, le taux de mortalité maternelle a baissé fortement au cours des années suivantes : de 294 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1980 à 46 en 2013.³⁰

→ Diapositive 32

Plus récemment, en 2005, l'Éthiopie a libéralisé sa loi sur l'avortement et élargi les conditions dans lesquelles les femmes pouvaient accéder à une interruption de grossesse sécurisée. Entre 2008 et 2014, la part des avortements effectués en dehors des établissements de santé est passée de 73 % à 47 % de l'ensemble des interruptions de grossesse.³¹

→ Diapositive 33

Les interdictions et les restrictions n'empêchent pas les avortements, mais rendent l'intervention moins accessible et moins sûre, et mettent en danger la vie et le bien-être des femmes.³²

[Témoignage Vidéo] : Quelqu'un est venu. La personne est dans une phase où si on n'agit pas la personne va mourir. Qu'est-ce qu'il faut faire ? Est-ce qu'il faut laisser et juger ? Ou bien il faut courir pour agir ? Moi je pense qu'il faut agir.

→ Diapositive 34

Des mesures importantes et immédiates peuvent être prises par les ministères clés afin de mettre en œuvre le changement au Burkina Faso.

→ Diapositive 35

Le ministère de la Santé peut s'assurer que les modifications apportées au Code pénal en 2018 soient reprises dans la Loi sur la santé de la reproduction de 2005 et dans le décret d'application. Le décret d'application de la loi révisée fournira aux prestataires de services des directives sur les cas où ils doivent légalement pratiquer un avortement sécurisé.

L'Assemblée nationale pourra ensuite adopter cette nouvelle loi.

→ Diapositive 36

Le ministère de la Santé peut inclure l'avortement médicamenteux sécurisé et légal dans les responsabilités de routine des sages-femmes et maïeuticiens, et donner aux et infirmiers la formation et l'autorisation de pratiquer ce soin. Ceci permettra aux femmes, surtout celles qui vivent en milieu rural, d'avoir accès à l'avortement médicamenteux et sécurisé dans les CSPS.

→ Diapositive 37

Le ministère de la Justice et le garde des Sceaux devraient renforcer les connaissances des acteurs de la chaîne judiciaire sur les lois en vigueur concernant l'avortement.

Ce ministère, en partenariat avec le ministère de l'Action sociale, devrait également élaborer des procédures accélérées pour les victimes de violences sexuelles, car le processus actuel est trop laborieux et représente un obstacle parfois insurmontable pour ces femmes.

→ Diapositive 38

En élargissant l'accès à l'avortement sécurisé dans le cadre de la loi, notre pays pourra développer le potentiel des femmes et des jeunes filles en veillant à ce que toutes les burkinabè aient accès à un continuum de soins de santé de la reproduction complet et de haute qualité. Ainsi, notre nation diminuera la mortalité maternelle et réduira les dépenses liées à la prise en charge des complications des interruptions de grossesse non sécurisées.

→ Diapositive 39

Le Burkina Faso, Pays des hommes intègres, propulsé par des femmes faisant avancer nos foyers. Maintenons le progrès déjà réalisé en matière de santé et de développement et travaillons, ensemble, pour engendrer un avenir plus lumineux qui préservera la santé de nos sœurs, tantes, mères, épouses, nièces et filles.

Références pour le Script

- 1 Desiré Lohé Konaté, Tinga Sinaré et Michka Seroussi, Enquête démographique et de santé Burkina Faso 1993 (Calverton, MD : Institut National de la Statistique et de la Démographie et Macro International, 1994), Institut National de la Statistique et de la Démographie - INSD, Programme d'Appui au Développement Sanitaire - PADS, Programme National de Lutte contre le Paludisme - PNLP et ICF, 2018. Enquête sur les indicateurs du paludisme au Burkina Faso, 2017-2018. Rockville, Maryland, USA : INSD, PADS, PNLP et ICF, ainsi que Gouvernement du Burkina Faso, Plan National de Développement Économique et Social (PNDES) 2016-2020, consulté à l'adresse : www.finances.gov.bf/index.php?option=com_edocman&task=document.viewdoc&id=468&Itemid= le 8 jan. 2019.
- 2 Plan national de relance de la Planification Familiale, Janvier 2013, <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2018/05/Plan-National-de-Relance-de-la-Planification-Familiale-2013-2015.-Burkina-Faso.pdf>
- 3 Plan National de Relance de la Planification Familiale, Janvier 2013, <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2018/05/Plan-National-de-Relance-de-la-Planification-Familiale-2013-2015.-Burkina-Faso.pdf>
- 4 Plan National d'Accélération de la Planification Familiale du Burkina Faso 2017-2020, septembre 2017 <http://ec2-54-210-230-186.compute-1.amazonaws.com/wp-content/uploads/2017/11/Burkina-Faso-CIP-2017.pdf>. Plan National de Développement Économique et Social 2016-2020, http://cns.bf/IMG/pdf/pndes_2016-2020-4.pdf
- 5 Desiré Lohé Konaté, Tinga Sinaré et Michka Seroussi, Enquête démographique et de santé Burkina Faso 1993 (Calverton, MD : Institut National de la Statistique et de la Démographie et Macro International, 1994). https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR256/FR256E_WFR_Burkina_Faso_2010.pdf, [PMA 2020/Burkina Faso, Planification Familiale, Décembre 2018-Janvier 2019. https://www.pma2020.org/sites/default/files/FR-Burkina-R6-FP-Brief-v1-20190325.pdf](https://www.pma2020.org/sites/default/files/FR-Burkina-R6-FP-Brief-v1-20190325.pdf)
- 6 PMA 2020/Kenya, novembre-décembre 2018 (Round 7), <https://www.pma2020.org/sites/default/files/PMA2020-Kenya-R7-FP-brief.pdf>, PMA 2020/Uganda avril-mai 2018 (Round 6), <https://www.pma2020.org/sites/default/files/PMA2020-Uganda-R6-FP-brief.pdf>
- 7 Guttmacher Institute, Avantages liés à la satisfaction des besoins en matière de contraception moderne au Burkina Faso, En Bref, New York, Guttmacher Institute, 2011, Série 2011, No. 1.
- 8 Akinrinola Bankolé et al., *Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso : Causes et conséquences* (New York, Institut Guttmacher, 2013).
- 9 Marie Stopes International operations research, policy briefing, à paraître.
- 10 Institut Guttmacher, « L'Avortement au Burkina Faso », *Fiche d'informations* (Février 2014), consulté à l'adresse www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb-abortion-in-burkina.pdf le 18 décembre. 2018, et Akinrinola Bankolé et al., *Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso : Causes et conséquences*.
- 11 Akinrinola Bankolé et al., *Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso : Causes et conséquences*.
- 12 World Health Organization (WHO), *Health Worker Roles in Providing Safe Abortion Care and Post-Abortion Contraception*, Genève, WHO-OMS, 2015.
- 13 Susheela Singh et al., *L'Avortement dans le Monde en 2017 : Progrès inégaux et accès inégal* (New York, Institut Guttmacher, 2018).
- 14 Idem.
- 15 Idem.
- 16 Assemblée Nationale du Burkina Faso, « Loi No. 025-2018/an portant Code Pénal, Révisions proposées au Code Pénal » (Mai 2018), consulté à l'adresse <https://academiedepolice.bf/index.php/telechargement/category/38-codes?download=163:la-loi-portant-code-penal> le 18 décembre 2018.
- 17 Akinrinola Bankolé et al., *Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso : Causes et conséquences*.
- 18 Amnesty International, 2009, Giving Life, Risking Death Maternal Mortality in Burkina Faso, <https://www.amnesty.org/download/Documents/44000/afr600012009en.pdf>
- 19 Akinrinola Bankolé et al., *Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso : Causes et conséquences*, et World Health Organization (OMS), *Health Worker Roles in Providing Safe Abortion Care and Post-Abortion Contraception*.
- 20 Akinrinola Bankolé et al., *Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso : Causes et conséquences*.
- 21 Idem.
- 22 Guttmacher Institute, Abortion in Burkina Faso, Fact sheet, février 2014 <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb-abortion-in-burkina.pdf>
- 23 Patrick G.C. Ilboudo et al., « Estimating the costs for the treatment of abortion complications in two public referral hospitals: a cross-sectional study in Ouagadougou, Burkina Faso », *BMC Health Services Research* 16, no. 1 (2016), p. 559.
- 24 Direction de l'administration des finances du Ministère de la santé, 2018, Ouagadougou, Burkina Faso.
- 25 World Health Organization, *Health Worker Roles in Providing Safe Abortion Care and Post-Abortion Contraception*.
- 26 Say L et al. Global Causes of Maternal Death: a WHO Systematic Analysis., *Lancet Glob Health*, juin 2014, 2(6):e323-33. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X. Epub 2014 May 5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25103301>
- 27 GBD 2015 Maternal Mortality Collaborators. Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 7 octobre 2016, 388, p. 1775–1812.
- 28 Ganatra B et al., Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model, *The Lancet*, 2017, 390(10110), p. 2372–2381, doi:10.1016/S0140-6736(17)31794-4.
- 29 Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division, Genève, World Health Organization (OMS), 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 30 Gapminder.org, « Ratio de la mortalité maternelle », consulté à l'adresse www.gapminder.org/tools le 8 janvier 2019.
- 31 Institut Guttmacher et Ipas, « Les avortements provoqués et les soins après-avortement chez les adolescentes en Éthiopie », *Fiche d'informations* (mars 2018), consulté à l'adresse suivante : www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/adolescent-abortion-ethiopia.pdf le 18 décembre 2018.
- 32 Susheela Singh et al., *L'Avortement dans le Monde en 2017 : Progrès inégaux et accès inégal* (New York, Institut Guttmacher, 2018).

Document d'accompagnement « Messages clés »

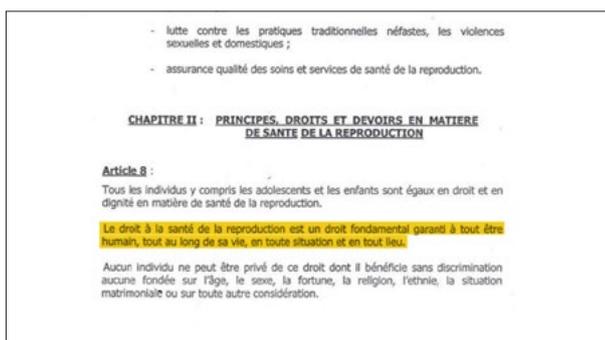
Le document d'accompagnement relatif aux messages clés est un bref document qui comprend des « instantanés » visuels de la présentation ENGAGE. Il est succinct et destiné à servir de support visuel ainsi qu'à être lu. Nous vous encourageons à l'utiliser lorsque vous effectuez la présentation devant un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

PRÉSERVER LA SANTÉ ET BÂTIR L'AVENIR DU BURKINA FASO : RENDRE ACCESSIBLE L'AVORTEMENT SÉCURISÉ

MESSAGES CLÉS

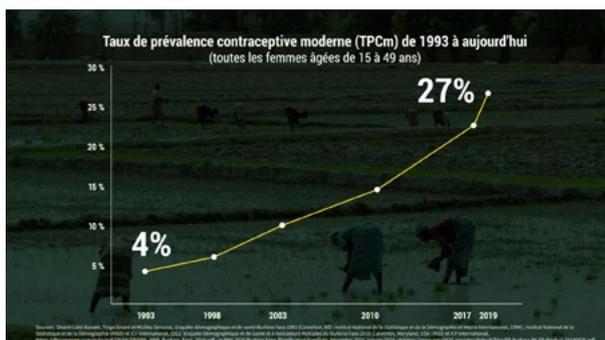


Les femmes et les jeunes filles jouent un rôle important dans la société burkinabè. Les femmes contribuent à la société en tant que membres de la population active et elles jouent également un rôle fondamental comme mères.

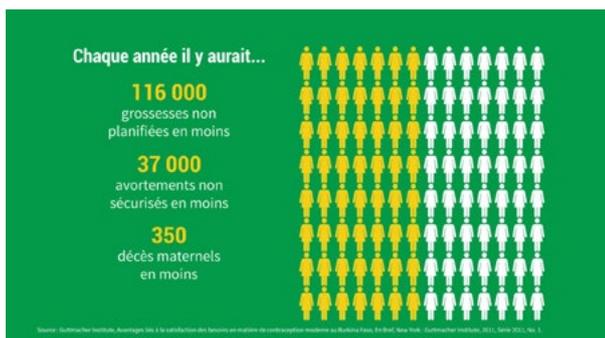


Aujourd'hui, les femmes sont davantage en mesure de planifier la construction de leur famille, ce qui les aide à atteindre leurs objectifs professionnels et à consacrer plus de ressources à chacun de leurs enfants.

La planification familiale est une priorité de santé publique dans notre pays. En 2005, cette priorité a été renforcée par l'adoption de la Loi sur la santé de la reproduction.¹



La proportion de femmes en âge de procréer utilisant une méthode moderne de contraception a augmenté considérablement, passant de seulement 4 % en 1993 à environ 27 % en 2019.²



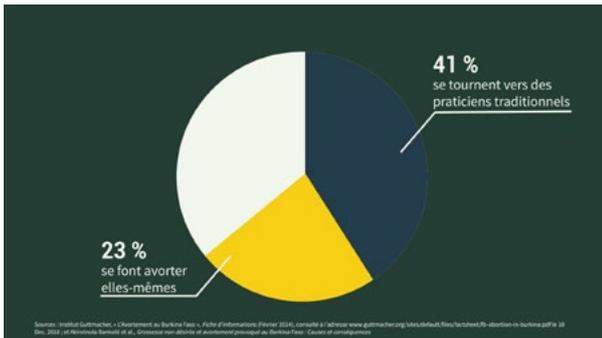
La contraception est le moyen le plus efficace pour réduire le taux de grossesses non désirées, et elle permet de réduire le nombre d'avortements non sécurisés et de décès maternels.

Si la moitié des femmes burkinabè avec un besoin non satisfait utilisaient une méthode de contraception moderne, il y aurait chaque année 116 000 grossesses non planifiées en moins, ce qui conduirait à 37 000 avortements non sécurisés et 350 décès maternels en moins.³



Au Burkina Faso, un tiers des grossesses ne sont pas planifiées et 1 grossesse sur 10 se termine par un avortement.

En 2012, la grande majorité des avortements ont été pratiqués de manière clandestine et non sécurisée.⁴

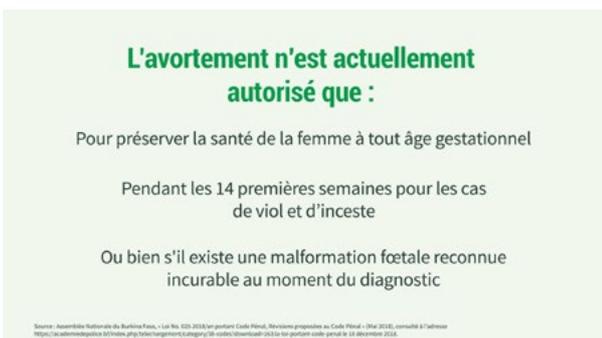


Parmi les femmes burkinabè qui ont recours à un avortement, 41% se tournent vers des praticiens traditionnels et 23% se font avorter elles-mêmes.⁵ Ces deux manières de mettre fin à une grossesse constituent donc la majorité des cas et sont celles qui engendrent le plus de complications.



Cette situation peut être évitée. Lorsqu'il est pratiqué conformément aux recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'avortement est une intervention très sûre.⁶

L'interruption de grossesse est médicalement sûre lorsqu'il s'agit d'un traitement chirurgical ou médicamenteux pratiqué dans des établissements de santé publics ou privés adéquats et effectué par un personnel qualifié.⁷



L'avortement non sécurisé est le plus dangereux là où son accès est le plus restreint par la loi.⁸

Au Burkina Faso, l'interruption volontaire de grossesse n'est actuellement autorisée que :

- Pour préserver la santé de la femme à tout âge gestationnel
- Pendant les 14 premières semaines pour les cas de viol et d'inceste
- Ou bien s'il existe une malformation fœtale reconnue incurable.⁹

Bien que l'avortement soit autorisé dans ces cas selon la loi, de nombreux obstacles empêchent les femmes d'accéder à ce service et les amènent à avoir recours à une interruption de grossesse non sécurisée.



Les jeunes femmes et les adolescentes, ainsi que les femmes pauvres vivant en milieu rural sont particulièrement vulnérables aux complications liées à l'avortement non sécurisé.¹⁰

Dans les zones urbaines du pays, 1 femme pauvre sur 10 qui a eu recours à un avortement provoqué souffre de complications qui ne sont jamais traitées. En milieu rural, cette proportion est plus élevée : 2 femmes pauvres sur 10 ayant avorté subissent des complications non traitées.¹¹



Au niveau du pays, les avortements non sécurisés enlèvent des ressources précieuses car la prise en charge des complications des avortements non sécurisés peut engloutir une part significative du budget des établissements de santé. Des investissements plus efficaces dans la santé pourraient réduire ces coûts. L'accès à l'interruption médicamenteuse de grossesse légale est un exemple d'investissement dans un service de santé de la reproduction qui pourrait produire d'immenses bénéfices.



Les interdictions et les restrictions n'empêchent pas les avortements, mais rendent l'intervention moins accessible et moins sûre, et mettent en danger la vie et le bien-être des femmes.¹²



Des mesures importantes et immédiates peuvent être prises par les ministères clés afin de mettre en œuvre le changement au Burkina Faso.

Le ministère de la Santé peut s'assurer que les modifications apportées au Code pénal en 2018 soient reprises dans la Loi sur la santé de la reproduction de 2005 et dans le décret d'application. L'Assemblée nationale pourra ensuite adopter cette nouvelle loi.



Le ministère de la Santé peut inclure l'avortement médicamenteux sécurisé et légal dans les responsabilités de routine des sages-femmes et maïeuticiens, et donner aux infirmiers la formation et l'autorisation de pratiquer ce soin.

Le ministère de la Justice

et le garde des Sceaux devraient renforcer les connaissances des acteurs de la chaîne judiciaire sur les lois en vigueur concernant l'avortement.

Le ministère de la Justice et le garde des Sceaux devraient renforcer les connaissances des acteurs de la chaîne judiciaire sur les lois en vigueur concernant l'avortement.

Ce ministère, en partenariat avec le ministère de l'action sociale, devrait également élaborer des procédures accélérées pour les victimes de violences sexuelles, car le processus actuel est trop laborieux et représente un obstacle parfois insurmontable pour ces femmes.

Ce ministère, en partenariat avec le ministère de l'Action sociale, devrait également élaborer des procédures accélérées pour les victimes de violences sexuelles, car le processus actuel est trop laborieux et représente un obstacle parfois insurmontable pour ces femmes.



En élargissant l'accès à l'avortement sécurisé dans le cadre de la loi, notre pays pourra développer le potentiel des femmes et des jeunes filles en veillant à ce que toutes les burkinabè aient accès à un continuum de soins de santé de la reproduction complet et de haute qualité. Ainsi, notre nation diminuera la mortalité maternelle et réduira les dépenses liées à la prise en charge des complications des interruptions de grossesse non sécurisées. Maintenons le progrès déjà réalisé en matière de santé et de développement et travaillons, ensemble, pour engendrer un avenir plus lumineux qui préservera la santé des femmes et des filles.

Références

- 1 Plan national de relance de la Planification Familiale, Janvier 2013, <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2018/05/Plan-National-de-Relance-de-la-Planification-Familiale-2013-2015.-Burkina-Faso.pdf>
- 2 Desiré Lohé Konaté, Tinga Sinaré et Michka Seroussi, Enquête démographique et de santé Burkina Faso 1993 (Calverton, MD, Institut National de la Statistique et de la Démographie et Macro International, 1994). https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR256/FR256E_WFR_Burkina_Faso_2010.pdf_PMA_2020/Burkina_Faso_Planification_Familiale_décembre_2018-janvier_2019. <https://www.pma2020.org/sites/default/files/FR-Burkina-R6-FP-Brief-v1-20190325.pdf>
- 3 Guttmacher Institute, Avantages liés à la satisfaction des besoins en matière de contraception moderne au Burkina Faso, En Bref, New York, Guttmacher Institute, 2011, série 2011, No. 1.
- 4 Akinrinola Bankolé et al., *Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso : Causes et conséquences* (New York, Institut Guttmacher, 2013).
- 5 Institut Guttmacher, « L'Avortement au Burkina Faso », *Fiche d'informations* (février 2014), consulté à l'adresse www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb-abortion-in-burkina.pdf le 18 Dec. 2018, et Akinrinola Bankolé et al., *Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso : Causes et conséquences*.
- 6 World Health Organization (WHO), *Health Worker Roles in Providing Safe Abortion Care and Post-Abortion Contraception*, Genève, WHO-OMS, 2015.
- 7 Susheela Singh et al., *L'Avortement dans le Monde en 2017 : Progrès inégaux et accès inégal* (New York, Institut Guttmacher, 2018).
- 8 Idem.
- 9 Assemblée Nationale du Burkina Faso, « Loi No. 025-2018/an portant Code Pénal, Révisions proposées au Code Pénal » (mai 2018), consulté à l'adresse <https://academiedepolice.bf/index.php/telechargement/category/38-codes?download=163:la-loi-portant-code-penal>, le 18 décembre 2018.
- 10 Akinrinola Bankolé et al., *Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso : Causes et conséquences*.
- 11 Idem.
- 12 Susheela Singh et al., *L'Avortement dans le Monde en 2017 : Progrès inégaux et accès inégal* (New York, Institut Guttmacher, 2018).

Guide de discussion

Après avoir effectué la présentation ENGAGE « Préserver la santé et bâtir l'avenir du Burkina Faso : rendre accessible 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 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. Étiez-vous au courant du nombre élevé d'avortements pratiqués au Burkina Faso 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. Étiez-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 variées 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. Des femmes de tous les milieux socio-économiques cherchent à se faire avorter. Quelles sont quelques-unes des nombreuses raisons pour lesquelles les femmes souhaitent pratiquer 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 le Burkina Faso à de meilleurs résultats en matière de développement ? Comment l'amélioration de l'accès à l'avortement sécurisé peut-elle influencer sur le développement d'un pays ?
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 DE LA REPRODUCTION

8. L'utilisation de la planification familiale s'est accrue au Burkina Faso, 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 opposition à 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 À PROPOS DES 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 décideurs en matière de politiques. 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'autres pourriez-vous partager cette présentation ? (Encouragez les intervenants à être spécifiques et réalistes dans les actions qu'ils suggèrent.)
15. Quels types d'engagements et de politiques les décideurs 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 décideurs politiques peuvent-ils être motivés à réviser la loi sur la santé de la reproduction de 2005 et le décret d'application pour intégrer les modifications apportées au Code pénal en 2018 ?
17. Comment les décideurs en matière de politiques peuvent-ils être motivés afin qu'ils soutiennent l'inclusion de l'avortement médicamenteux sécurisé et légal dans les responsabilités de routine des sages-femmes, des maïeuticiens et des infirmiers ?
18. Comment les décideurs en matière de politiques peuvent-ils renforcer les connaissances des acteurs de la chaîne juridique sur les lois en vigueur concernant l'avortement ?
19. Comment les décideurs en matière de politiques peuvent-ils créer des procédures accélérées pour les victimes de violence sexuelle ?
20. Comment les décideurs en matière 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 sûre 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 sur des données spécifiques incluses dans la présentation, vous pouvez vous reporter aux 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 fiables ?

A. Les données que nous avons partagées dans cette présentation proviennent des sources les plus précises disponibles. Ces sources comprennent des organisations de recherche telles que le Performance Monitoring and Accountability 2020 (*PMA2020-Suivi de la performance et responsabilisation 2020*), le Guttmacher Institute (*Institut Guttmacher*), et le Gapminder, ainsi que l'Organisation mondiale de la santé et des entités nationales comme l'Institut National de la Statistique et de la Démographie. Lorsque des comparaisons géographiques sont effectuées, les données proviennent de la même source.

Q. Comment connaissez-vous le nombre d'avortements ayant lieu chaque année ?

A. Pour les données sur l'avortement au Burkina Faso, 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. Vos statistiques font-elles référence à la fois à l'avortement spontané (fausse couche) et à l'avortement provoqué ?

A. Cette présentation indique qu'une grossesse sur dix se termine par un avortement au Burkina Faso.¹ Ce nombre fait référence aux avortements provoqués et n'inclut pas l'avortement spontané ni les fausses couches.

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 incluses dans cette présentation. Les photographies de cette présentation sont présentes uniquement à titre illustratif. Elles n'impliquent aucun état de santé ou comportement particulier des personnes figurant dans cette présentation.

QUESTIONS SUR L'AVORTEMENT²

Q. Vous parlez d'enfants non désirés dans cette présentation. Il n'y a pas d'enfants non désirés au Burkina Faso.

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 burkinabè 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 l'adoption dans cette présentation ?

A. L'adoption constitue une composante importante des services complets de santé sexuelle et reproductive, et cette présentation encourage l'accès de tous à l'ensemble du continuum de soins. Cependant, dans cette présentation, nous nous concentrons sur la question de la santé maternelle et examinons l'influence de l'avortement non sécurisé sur la mortalité et les 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 conscience et leur propre volonté, et les données montrent qu'il y a des femmes au Burkina Faso 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 ne provoque-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 sécurisé. 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 de la population.

A. Nous sommes contre le contrôle de la population 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. Des preuves indiquent que des personnes de toutes religions pratiquent l'avortement, mais beaucoup gardent cela secret, en partie à cause de l'opposition formulée par certains chefs religieux. Ce silence et cette stigmatisation n'empêchent pas l'avortement, ils poussent simplement les femmes à rechercher des avortements clandestins, généralement moins sûrs.³

Les femmes qui désirent interrompre 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 sûrs et donc de permettre que des femmes meurent d'un avortement non sécurisé. Cela inclut les chefs religieux et les personnes croyantes qui aident les femmes à accéder à des services d'avortement sécurisé et qui parlent de l'importance de soutenir les femmes. Nous croyons que chaque femme devrait être libre de prendre ses décisions en matière de santé en fonction de sa propre morale et de ses propres 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 destinés à 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 que de nombreuses autres questions importantes doivent être abordées, 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 comme le Burkina Faso à atteindre leurs objectifs de développement.

Q. Vous avez beaucoup parlé d'avortement 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.

Les méthodes les plus couramment utilisées par les femmes burkinabè en union sont les injections hormonales, les pilules contraceptives orales et les implants. Les femmes non mariées et sexuellement actives utilisent le plus souvent les implants et les préservatifs masculins.⁴

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 l'autre. Chaque femme ou couple doit trouver la méthode qui lui convient le mieux. Dans tous les cas, il faut peser les effets indésirables par rapport 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 qui y sont liés.

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

A. Être burkinabè ne signifie pas automatiquement qu'une femme veut avoir beaucoup d'enfants. Beaucoup de Burkinabè veulent beaucoup d'enfants, mais beaucoup d'autres préfèrent avoir une famille de petite taille, ou ne pas avoir d'enfants du tout. La taille de la famille moyenne au Burkina Faso baisse : En 1993, chaque femme avait en moyenne 6,9 enfants, et en 2017 ce nombre était descendu à 5,2.⁵ Les données que nous avons fournies 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 au Burkina Faso, 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 quant 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 au niveau mondial. Par ailleurs, 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 que, à mesure que les femmes deviendront 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 de la population pour 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. Veiller à ce que les femmes et les couples qui souhaitent utiliser la planification familiale puissent le faire leur permet de 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 chez les jeunes. Que puis-je faire pour changer l'attitude 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 me soucie profondément du bien-être de mon pays et de mes concitoyens. 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 au Burkina Faso.

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 pratiqué 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 pratiquant des avortements ?

A. Je ne suis pas payé pour effectuer cette présentation. Je la partage parce que je crois que ces données et ces messages sont importants et contribueront à promouvoir le bien-être de mes concitoyens. 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 du Burkina Faso 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 vocation 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 Akinrinola Bankolé et al., *Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso : Causes et conséquences*.
- 2 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) et Ipas, « *Abortion Stigma Ends Here: A Toolkit for Understanding and Action* » (Chapel Hill, NC, Ipas, 2018).
- 3 Ipas, « *Abortion Stigma Ends Here: A Toolkit for Understanding and Action* » (Chapel Hill, NC, Ipas, 2018).
- 4 PMA 2020/Burkina Faso, Planification Familiale, décembre 2018 - janvier 2019. <https://www.pma2020.org/sites/default/files/FR-Burkina-R6-FP-Brief-v1-20190325.pdf>
- 5 Desiré Lohé Konaté, Tinga Sinaré et Michka Seroussi, Enquête démographique et de santé Burkina Faso 1993 (Calverton, MD, Institut National de la Statistique et de la Démographie et Macro International, 1994), Institut National de la Statistique et de la Démographie - INSD, Programme d'Appui au Développement Sanitaire - PADS, Programme National de Lutte contre le Paludisme - PNLP et ICF, 2018. Enquête sur les indicateurs du paludisme au Burkina Faso, 2017-2018. Rockville, Maryland, USA, INSD, PADS, PNLP et ICF, et Gouvernement du Burkina Faso, Plan National de Développement Économique et Social (PNDES) 2016-2020, consulté à l'adresse : www.finances.gov.bf/index.php?option=com_edocman&task=document.viewdoc&id=468&Itemid= le 8 janvier 2019.

Ressources supplémentaires

African Union, *Interpreting and Implementing Existing Abortion Laws in Africa* (Nairobi, Ipas Africa Alliance for Women's Reproductive Health and Rights and the African Union Commission, 2013).

Catholics for Choice, *Telling the Truth About Reproductive Health: A Guide to Successful Communications* (Washington, DC, Catholics for Choice, 2012).

Guttmacher Institute, "Abortion in Africa," Fact Sheet, (March 2018), consulté à l'adresse www.guttmacher.org/fact-sheet/abortion-africa, le 24 septembre 2018.

Guttmacher Institute, "Adding It Up: Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health in Africa," Fact Sheet, (December 2017), consulté à l'adresse www.guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017, le 25 septembre 2018.

International Planned Parenthood Federation (IPPF), *How to Talk About Abortion: A Guide to Rights-Based Messaging* (Londres, IPPF, 2015).

Ipas, "Abortion Stigma Ends Here: A Toolkit for Understanding and Action," (Chapel Hill, NC, Ipas, 2018).

Nicholas J. Kassebaum et al., "Global, Regional, and National Levels and Causes of Maternal Mortality During 1990-2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013," *Lancet* 384, n° 9947 (2014).

Susheela Singh et al., *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access* (New York: Guttmacher Institute, 2018).

Ann M. Starrs et al., "Accelerate Progress—Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher-Lancet Commission," *Lancet* 391, n° 10140 (2018), pages 2642-92.

World Health Organization, "Resources on Abortion," consulté à l'adresse www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/en/, le 27 septembre 2018.

