

Expériences de l'avortement au Bénin: déterminants sociaux et parcours de soins dans le département de l'Atlantique



African Population and
Health Research Center



Table des matières

Liste des tableaux	ii
Liste des figures	ii
Liste des abréviations et acronymes	ii
Equipe de recherche	iii
Remerciements	iv
Résumé exécutif	v
Introduction	1
Démarche méthodologique	4
Résultats	10
1. Déterminants sociaux des grossesses non désirées	10
2. Grossesses non désirées et processus de décision d'avortement	21
3. Parcours de recherche d'aide et de soins	30
4. Perceptions et expériences des soins complets d'avortement (SCA)	39
5. Soins après avortement (SAA)	43
Discussion	51
Conclusion et recommandations	56
Références	59

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des adolescentes et des femmes interrogées	7
Tableau 2 : Caractéristiques des informateurs clés	8
Tableau 3 : Raisons justifiant le recours à l'avortement	27
Tableau 4 : Informations sur les méthodes de l'avortement et leurs sources	32
Tableau 5 : Exemple de multiplication de méthodes	37

Liste des figures

Figure 1 : Déterminants socio-économiques des grossesses non désirées	21
--	-----------

Liste des abréviations et acronymes

ABPF	Association Béninoise pour la Promotion de la Famille
ACS	Agents de Santé Communautaire
APHRC	African Population and Health Research Center
CEG	Collège d'Enseignement Général
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
DRFMT	Direction de la Recherche, de la Formation et de la Médecine Traditionnelle
DSSR	Droits et Santé Sexuelle et Reproductive
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MAJ	Mouvement Action Jeunes
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
SAA	Soins Après Avortement
SAC	Soins Complètes d'Avortement
SVT	Sciences de la Vie et de la Terre
VBSG	Violence Basée sur le Sexe et le Genre

Equipe de recherche

APHRC

Ramatou Ouedraogo
Inès Boko
Vanessa Sékpon
Aubierge Kpatinvoh
Eunice Amoussou
Stéphanie Mahamé
Christelle Liliane Kafando
Gladys Akinyi

Rutgers

Jonna Both
Camillo Antillon

ABPF

Ibrahim Moussa

Référence suggérée

APHRC, Rutgers, et ABPF (2022). Expériences de l'avortement au Bénin: Déterminants sociaux et parcours de soins dans le département de l'Atlantique. APHRC, Nairobi, Kenya

Remerciements

Cette recherche ethnographique a été menée par l'African Population and Health Research Center (APHRC), Rutgers et ABPF dans le département de l'Atlantique avec le soutien de la Loterie Néerlandaise dans le cadre du programme Sa Santé, Ses Choix¹. L'équipe de recherche souhaite remercier les autorités administratives du département de l'Atlantique, ainsi que les responsables des structures sanitaires publiques et privées pour leur soutien continu du début de la recherche jusqu'à sa diffusion. Aux agents de santé, nous disons merci pour nous avoir acceptés et impliqués dans leur quotidien et pour avoir facilité la collecte des données.

Nous remercions également la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME) et la Direction de la Recherche, de la Formation et de la Médecine Traditionnelle (DRFMT) pour leur soutien à la mise en œuvre de l'étude. Nous sommes reconnaissants au Dr. Roch Hounghinih et au Dr. Nathalie Sawadogo pour avoir révisé le protocole. Nos remerciements s'adressent également aux partenaires du programme Sa Santé, Ses Choix (MAJ, IPAS Afrique Francophone, DKT FWACA, Women First Digital) pour leur soutien pendant la collecte des données et leur participation dans la validation des résultats de l'étude, ainsi qu'aux autres participants à la réunion de validation, notamment les représentants du ministère de la Santé, les représentants des communes, les soignants du secteur public comme privé, les chercheuses et les chercheurs, les organisations travaillant dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, ainsi que les participant·e·s à l'étude. Nous tenons aussi à remercier le Dr. Martin Bangha (APHRC), Saskia Hüsken (Rutgers), Genevieve Agossa (ABPF) et Drabo Seydou (Université d'Oslo) pour avoir accompagné la mise en œuvre de cette recherche et pour avoir relu le rapport. Nos sincères remerciements vont aussi à Yanick Folly, photographe, pour les belles photos qui donnent vie aux expériences des femmes et des soignants confrontés à cette problématique.

Nous serons éternellement reconnaissants aux adolescentes, aux femmes et à leurs proches, aux prestataires de soins et aux personnes en capacité de décision du département de l'Atlantique, des communes d'Abomey-Calavi et d'Allada qui ont participé à l'étude. De plus, nous remercions les filles et les femmes qui ont fait preuve d'hospitalité envers notre équipe et l'ont accueillie dans leurs maisons, dans leurs vies et leurs espaces privés. Vous avez partagé avec l'équipe de recherche une phase très intime et difficile de votre vie, ces histoires qui se devaient d'être racontées afin de mettre en lumière les difficultés que de nombreuses adolescentes et femmes rencontrent au cours de leur vie, mais qui restent si souvent cachées. Le partage de ces histoires contribuera à améliorer les expériences d'autres adolescentes et femmes à l'avenir. Nous sommes profondément impressionnés par votre courage et vous remercions de votre confiance. Vos histoires provoquent à juste titre de la colère, de l'indignation et de la tristesse; nous espérons que cette étude incitera toutes les parties prenantes à agir, et à cette fin, le rapport se termine par des recommandations fortes et urgentes. Enfin, nous sommes reconnaissants et profondément impressionnés par l'équipe talentueuse et dévouée de chercheuses qui a passé six mois sur le terrain à mener cette étude ethnographique et qui s'est ensuite jointe à nous pour l'analyse et la rédaction: Eunice Amoussou, Aubierge Kpatinvoh, Stéphanie Mahamé et Vanessa Sekpon.

¹<https://rutgers.international/programmes/she-makes-her-safe-choice/>

Résumé exécutif

Au Bénin, jusqu'en octobre 2021, l'avortement n'était autorisé que lorsque la grossesse met en danger la vie et la santé de la femme, en cas de viol, d'inceste ou de malformation congénitale. La grande majorité des femmes optant pour l'avortement hors de ces circonstances ont recours à des méthodes et procédures non sécurisées qui mettent en danger leur santé et leur vie. Le ministère de la Santé estime qu'entre 15 à 20% des décès maternels résulteraient d'avortements non sécurisés. Bien que les recherches sur la problématique des avortements à risque émergent dans le pays, elles demeurent insuffisantes pour documenter les facteurs culturels et religieux, le processus de prise de décision et d'accès aux méthodes d'avortement ainsi que l'implication des proches (partenaires, mères, pères, etc.). Afin de mieux comprendre les expériences des filles et des femmes confrontées aux grossesses non désirées, la manière dont différents facteurs (sociaux, culturels et légaux) s'imbriquent pour façonner leurs parcours d'avortement, nous avons conduit une recherche ethnographique entre février et août 2021 dans le département de l'Atlantique situé au sud du Bénin. L'étude a été réalisée dans le cadre du programme Sa Santé, Ses Choix financé par la Loterie Néerlandaise. Les données ont été produites à partir d'observations participantes conduites dans des centres de santé et dans les communautés environnantes, ainsi que d'entretiens approfondis et de discussions informelles avec plusieurs participants dont 41 adolescentes et femmes ayant eu une expérience d'avortement et 21 de leurs proches (mères, tantes, sœurs, frères, ami.e.s), ainsi que 14 partenaires de femmes ayant eu une expérience d'avortement, 40 informateurs clés (soignants, vendeurs de médicaments, leaders communautaires, des responsables administratives...). Nous avons également mené 15 discussions de groupe avec des jeunes hommes et des jeunes femmes, des mères et des pères.

Les résultats montrent que les facteurs familiaux et individuels jouent un rôle primordial dans l'exposition des adolescentes et des femmes aux pratiques sexuelles à risque, tandis que les facteurs socio-économiques apparaissent comme des catalyseurs dans le renforcement de leur vulnérabilité. Cela se traduit par de nombreuses filles et jeunes femmes vivant dans des conditions socio-économiques difficiles, les conduisant à abandonner l'école pour trouver un emploi, à être confiées par les parents à des ménages en ville, et à s'engager dans des transactions sexuelles. Cette précarité et ces pratiques sexuelles interviennent dans un contexte d'absence d'éducation sexuelle et de faible utilisation des méthodes modernes de contraception à cause du tabou autour du sujet de la sexualité, de la stigmatisation et des peurs entourant l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Ensemble, ces facteurs conduisent à la vulnérabilité des adolescentes et des femmes face aux grossesses non désirées. Une fois enceinte, le processus décisionnel en matière d'avortement s'avère complexe et influencé par divers raisons et acteurs. Les adolescentes et les femmes se retrouvent ainsi face au dilemme consistant à choisir entre les risques d'une grossesse non désirée (stigmatisation, déscolarisation, violence, aggravation de leur précarité économique...) et ceux de l'avortement (risques de complications comme décès et infertilité, poursuites judiciaires, stigmatisation).

Pour ce qui est des itinéraires de recours à l'avortement, les résultats montrent que la recherche de l'information sur les méthodes pour avorter et sur la localisation des services s'effectue bien souvent avec discrétion (compte tenu de la loi et de la réprobation sociale) qui amenuise les chances d'accéder à des informations sûres et des méthodes d'avortement sécurisé. Dans cette quête discrète de méthodes pour avorter, les adolescentes et les femmes ont recours à des confidents (ami.e.s et autres proches), mais aussi à des agents de santé, à des vendeurs ou des vendeuses informels de médicaments ou de plantes et tisanes, et à internet. Aussi, les parcours des femmes montrent que celles qui ont eu recours aux professionnels de la santé pour obtenir un avortement bénéficient de soins plus sécurisés que celles qui ont provoqué l'avortement avec des méthodes d'auto-avortement à base de plantes, de boissons alcoolisées ou de médicaments divers (Sédaspir, Nivaquine). Ces méthodes d'auto-avortement étaient

beaucoup plus prégnantes parmi les femmes vivant en milieu rural, qui contrairement à celles vivant en milieu urbain ou disposant de ressources, avaient peu de marges de manœuvre quant aux méthodes dont elles disposaient. Les données montrent aussi une tendance à combiner les méthodes ou à multiplier les tentatives conduisant souvent à des complications. Le recours et l'accès aux soins complets d'avortement (SCA) requiert, quant à lui, d'avoir du courage et le soutien du partenaire ou des proches qui ont souvent un réseau social plus vaste, et des moyens financiers pour trouver les prestataires enclins à offrir ces services mais souvent invisibles à causes du cadre législatif ainsi que la stigmatisation des SCA.

Alors qu'un nombre important de femmes ont fait l'expérience de complications post-avortement, la crainte de la stigmatisation et leurs interprétations de ces complications ont retardé, ou parfois empêché le recours aux soins après avortement (SAA). Dans les structures de santé publiques, l'accès aux services de SAA était souvent entravé par le manque d'équipement et de personnel qualifié, par la systématisation de la prescription de l'échographie et parfois par le coût élevé des services. En outre, de longues attentes avant d'être prise en charge, des difficultés interactionnelles avec les soignants, le manque d'intimité lors de la prise en charge et la non implication des patientes dans la prise de décision concernant leurs soins ont impacté la qualité des soins reçus. De plus, les résultats mettent en lumière des occasions manquées en ce qui concerne la contraception post SAA en raison de counseling contenant des informations parfois inadaptées ou incomplètes poussant les femmes à choisir des méthodes de courte durée qu'elles abandonnent ensuite, ou à décliner l'utilisation des contraceptifs à cause de la persistance de leurs peurs des effets secondaires.

L'étude souligne le besoin de politiques et d'interventions claires pour lutter contre la vulnérabilité des filles et des jeunes femmes face aux grossesses non désirées et pour réduire les obstacles auxquels elles se confrontent lorsqu'elles recherchent des services d'avortement. D'autres recommandations portent sur l'amélioration de l'accès aux SCA et SAA et de leur qualité dans les structures de santé à travers la disponibilité de services complets, abordables et adaptés aux besoins des adolescentes et des femmes, ainsi que la disponibilité d'un personnel qualifié et d'équipements fonctionnels.

Introduction



Nous avons fait la connaissance de Fifa², élève de 15 ans, dans un des centres de santé de la commune d'Allada, alors qu'elle s'y était rendue pour demander des services d'avortement. Elle et Amos, son partenaire, élève de 17 ans qui l'accompagnait, ont été reçus par la responsable de la clinique qui les a ensuite orientés vers notre équipe de recherche afin que nous les enrôlions dans l'étude. Au fil des rencontres, nous avons appris à connaître ces deux adolescents et comprendre dans quel contexte la grossesse était intervenue et ce qui les motivaient à rechercher des services d'avortement. Nous avons ainsi appris que Fifa est née d'une famille polygame de 11 enfants qui étaient en perpétuelle concurrence. Deuxième épouse jamais acceptée par la première, la mère de Fifa a six enfants, dont deux filles et quatre garçons. Avant la grossesse, Fifa, brillante élève, était la fille préférée de sa mère, celle sur qui elle comptait le plus pour réussir dans les études et dans la vie en générale afin de prendre soin d'elle dans ses vieux jours. Le père de Fifa est un dessinateur dont les affaires ne marchent plus depuis quelques années, tandis que sa mère est une ancienne couturière qui s'est reconvertie dans la vente d'escargots.

Fifa fit la connaissance d'Amos pendant les vacances scolaires de 2020, alors qu'elle attendait devant le portail de leur concession. Il entreprit alors de la courtiser avec parfois l'aide de ses camarades d'école, jusqu'à ce que Fifa finisse par céder à ses avances, comme elle l'explique :

² Tout au long de ce rapport, nous utiliserons des pseudonymes pour protéger l'identité de tous celles et ceux qui ont participé à cette étude.

“

Avant lui, je n'étais jamais sortie avec un autre homme (...) les hommes me parlent [courtisent] mais je ne les écoute pas (...) je ne veux pas qu'ils viennent dans ma maison (...). Lui, j'ai accepté de sortir avec lui parce que comme on est dans la même école, on peut se voir, c'est à cause de ça que moi je l'ai accepté.

”

Commence alors pour chacun d'eux, la première aventure amoureuse. En dehors de petites rencontres dans la cour de récréation, Fifa faisait de temps en temps escale chez Amos afin de partager de petits moments entre amoureux. À ces occasions, ils s'embrassaient, s'offraient des caresses en cachette, sans passer à l'acte sexuel. En effet, Fifa n'osait pas aller plus loin car elle a entendu régulièrement sa maman dire qu'à chaque fois qu'une femme a un rapport sexuel, elle tombe enceinte. Même si Fifa savait, grâce au cours de sciences de la vie et de la terre (SVT) dispensé en classe de 3ème, que ce que disait sa mère n'était pas totalement avéré, elle savait le risque de grossesse présent. Pour cela, ses amies lui avaient parlé du comptage des jours du cycle pour éviter les mauvais jours (période d'ovulation) susceptibles de conduire à ces grossesses.

Un jour, à l'occasion de la célébration de la Saint Valentin (communément appelée fête des amoureux), Fifa rendit visite à Amos et accepta de rentrer dans son appartement. Une fois dans l'appartement, ce dernier tout nu l'aurait prise par surprise. Elle a expliqué avoir essayé en vain de se dérober, mais aurait fini par se laisser faire devant la force d'Amos :

“

Moi je ne savais pas qu'il était dans la chambre là-bas, donc il est venu me croiser là-bas, je ne sais pas ce qui s'est passé avant qu'il me force à faire (...) Bon, il voulait me caresser, donc moi je ne savais pas qu'il voulait des rapports sexuels avec moi, donc il m'a forcé à faire des rapports sexuels, moi aussi j'ai accepté.

”

Selon Fifa, la « force » dont elle parle n'avait rien à avoir avec la violence physique, mais plutôt à l'insistance et l'étreinte d'Amos. Ils n'ont pris aucune disposition pour éviter la survenue d'une grossesse, lors de ce rapport qui s'est avéré être la première expérience sexuelle pour tous les deux. A la date de ses menstrues, Fifa les a attendues en vain. Elle en a alors informé Amos et ensemble ils ont décidé qu'elle fasse un test de grossesse dans une clinique. Le test se révéla positif. Commença alors la descente aux enfers pour Fifa, qui, de colère, en voulut à Amos de l'avoir forcée à avoir un rapport sexuel. Elle pensa tout de suite à l'avortement parce que non seulement elle avait peur de la réaction de ses parents, en l'occurrence celle de sa mère, mais aussi parce qu'elle ne voulait pour rien au monde affronter les critiques des voisins et des camarades de classe. En outre, garder cette grossesse pour Fifa était synonyme d'hypothéquer son avenir, de l'empêcher de continuer ses études et de réaliser ses ambitions.

Le cas de Fifa est illustratif des circonstances dans lesquelles surviennent les grossesses non désirées chez les adolescentes et les femmes, ainsi que des décisions qu'elles sont amenées à prendre face à cet événement reproductif fort récurrent en Afrique sub-saharienne. En effet, les grossesses non désirées sont estimées à 21,6 millions chaque année en Afrique, et près de quatre sur dix (38 %) se terminent par un avortement provoqué, dont seulement 24% seraient qualifiés de sécurisés³ (Singh et al. 2017). Cependant, plus de 42% des femmes en âge de procréer vivent dans des pays où les lois régissant l'avortement sont restrictives, dont une grande majorité (93%) dans les régions dites en développement (Singh et al. 2017). Jusqu'en Octobre 2021, la loi béninoise n'autorisait l'avortement que lorsque la grossesse mettait en danger la vie et la santé de la femme, en cas de viol et d'inceste ou de malformation congénitale. La loi a été amendée en Octobre 2021 et permet désormais aux femmes de bénéficier de services d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) lorsque « la grossesse est susceptible d'aggraver ou d'occasionner une situation de détresse matérielle, éducationnelle, professionnelle ou morale ». Avant cet amendement⁴, la grande majorité des femmes optant pour l'avortement hors des circonstances légales avait recours à des méthodes et des procédures non sécurisées pouvant entraîner de graves complications voir des décès

³Les avortements sont considérés comme sûrs lorsqu'ils sont pratiqués avec une méthode recommandée par l'OMS et adaptée à la durée de la grossesse, et lorsque la personne qui pratique l'avortement possède les compétences nécessaires. (who.int)

⁴La loi a certes été amendée, mais les conditions d'accès à l'avortement restent inchangées, car les décrets d'application permettant la mise en œuvre de cette nouvelle loi sont encore en cours d'élaboration.

(Singh, 2006; Guillaume et Rossier 2018). Au Bénin, il n'existe pas de statistiques gouvernementales officielles sur l'ampleur des avortements, mais les données sur les complications liées aux avortements clandestins et aux pratiques contraceptives démontrent la récurrence des avortements à risque et des complications associées (Baxerres et al. 2018; Ministère de la santé 2019). Une étude menée en 2001 montre, par exemple, que sur 1957 femmes admises à la suite de complications post-avortement, 969 femmes souffraient de complications liées à des avortements provoqués (Goyaux et al. 2001). Quant aux décès, le ministère de la Santé estime qu'entre 15 à 20% des décès maternels résulteraient d'avortements non sécurisés (Ministère de la Santé 2019)⁵.

Bien que les recherches sur la problématique des avortements à risque émergent dans le pays, elles demeurent insuffisantes pour saisir de manière exhaustive les facteurs proximaux et distaux qui contribuent à accroître le fardeau des avortements à risque. Les aspects les moins étudiés pour déterminer leur rôle dans les parcours d'avortement sont, par exemple, les facteurs culturels et religieux, les informations sur lesquelles les adolescentes et les femmes s'appuient pour prendre leurs décisions reproductives, ainsi que l'implication des partenaires, des mères et des autres personnes en interactions avec elles. Aussi, la plupart des recherches sur l'avortement est menée dans les centres urbains au détriment des zones rurales. En conséquence, très peu de données sont disponibles sur les informations, le processus décisionnel et les méthodes d'avortement dans les zones rurales. L'une des raisons qui expliquent l'absence de ces éléments dans les analyses pourrait être le mode de recrutement des participantes de ces recherches qui se focalise principalement sur les centres de santé lors des soins après avortement (SAA). De même, peu d'attention a été accordé aux études ethnographiques qui requièrent une variété d'approches (en milieu clinique et communautaire par exemple) sur une longue période, et permettent de mieux saisir la complexité des conditions de vie des participantes et leurs relations sociales et amoureuses, parmi tant d'autres.

Dans cette recherche qualitative, l'équipe de recherche a adopté une approche ethnographique pour documenter les expériences d'adolescentes et de femmes béninoises confrontées à des grossesses non désirées⁶. L'objectif principal était d'explorer la manière dont elles prennent la décision d'avorter dans leurs contextes sociaux, culturels et légaux spécifiques, afin de mieux comprendre la complexité des facteurs conduisant à un avortement et la manière dont ces facteurs s'imbriquent pour façonner leurs parcours en matière d'avortement ainsi que l'issue (sécurisée ou non).

Les données recueillies dans le cadre de cette recherche devraient permettre de mieux comprendre les expériences des filles et des femmes lorsqu'elles sont confrontées à des grossesses non désirées, ainsi que les logiques entourant le choix des méthodes d'avortement. Nous espérons que ces informations permettront aux professionnels de la santé, aux ONG et aux décideurs politiques et législatifs d'informer et d'intensifier leurs efforts pour promouvoir la santé et les droits sexuels et reproductifs des filles et des femmes, afin d'éviter des décès maternels au Bénin.

⁵A voir aussi Benin parliament votes to legalise abortion | Reuters

⁶Tout au long du rapport, nous utilisons l'expression « grossesse non désirée » pour désigner les grossesses se terminant par un avortement. Il peut s'agir de grossesses non planifiées, et dans certains cas de grossesses planifiées, qui pour des raisons complexes deviennent non désirées.

Démarche méthodologique



Site de l'étude

Cette recherche a été effectuée au Sud du Bénin, dans le département de l'Atlantique. Le choix de ce département s'est fait sur la base de plusieurs critères. Le premier est relatif aux indicateurs de la santé reproductive de la zone. Le département de l'Atlantique est l'un de ceux enregistrant un fort taux de recours aux SAA et un taux élevé de besoins non satisfaits en contraception. Selon l'annuaire statistique de santé, 1921 femmes ont eu recours à des services de SAA, dont plus de 50% parmi celles âgées de 15 à 24 ans (Annuaire statistique de santé 2019). De plus, seulement 14% des femmes y utiliseraient des méthodes contraceptives modernes, avec un taux de besoins non satisfaits en planification familiale de l'ordre de 37,5% chez les femmes en union et 42,4% chez celles hors union. Aussi, le département enregistrerait un taux élevé de violence basée sur le genre, pouvant conduire à des grossesses non-désirées et à des avortements. Or, à l'image d'une bonne partie du pays, cette zone dispose de très peu d'informations sur le recours à l'avortement non sécurisé et l'accès aux SAA souvent nécessaire en cas de complications résultant d'avortements (spontanés comme provoqués).

Le département de l'Atlantique est le département le plus peuplé du Bénin avec une population de 1.398.229 habitants (RGPH4 2013). Les groupes socioculturels majoritairement présents sont les Fon, les Adja et apparentés et les Aïzo. Les religions dominantes sont le Catholicisme, suivi des religions dites traditionnelles telles que le Vodou, le Christianisme Céleste et les Evangeliques. Les principales activités exercées dans ce département sont l'agriculture (maïs, manioc, légumes et fruits tels que l'ananas), ainsi que l'élevage, la pêche et la pisciculture, le commerce et les activités de transformation des produits vivriers et de rente.

Aussi, le département est composé de huit communes dont cinq sont purement rurales (dont une lacustre). Les données de cette recherche ont été collectées dans deux de ces communes, notamment la commune d'Allada (rurale) et la commune d'Abomey Calavi (urbaine) qui abritent les deux structures sanitaires publiques de référence du département. Dans chacune de ces communes⁷, les assistantes de recherche se sont positionnées pendant six mois dans un arrondissement urbain ou péri-urbain et un arrondissement rural, soit au total quatre arrondissements afin d'observer les dynamiques autour de l'avortement. Dans ces quatre arrondissements, les données ont été collectées dans quatre structures sanitaires publiques et en population. Il s'agit notamment de deux structures de référence, ainsi que deux structures sanitaires de niveau primaire (qui figuraient parmi celles ayant le nombre de SAA le plus élevé de chacun des arrondissements). Les données ont aussi été collectées dans quatre structures sanitaires privées basées dans chacun des arrondissements. La collecte des données en population a ciblé les communautés qui sont rattachées à l'aire sanitaire des structures de soins sélectionnées.

Entrée sur le terrain

Les données ont été collectées entre février et août 2021. L'équipe de collecte des données était composée de quatre assistantes de recherche ayant une formation en anthropologie et en sociologie. L'entrée sur le terrain a été précédée d'un atelier de formation de cinq jours, en présentiel. Les travaux de l'atelier ont porté sur l'introduction au projet et l'ethnographie, les objectifs et la conception de l'étude, les questions et les outils de recherche, ainsi que l'éthique de la recherche. L'atelier de formation a également permis à l'équipe de faire des jeux de rôle et de réaliser un pré-test afin d'améliorer les outils de recherche avant le démarrage effectif de la collecte des données.

Avant d'entrer sur le terrain au mois de février 2021, l'équipe de recherche a obtenu une approbation éthique du Comité d'éthique et de Recherche de l'Institut des Sciences Biomédicales Appliquées (ISBA) et de l'APHRC, de même qu'une autorisation du ministère de la Santé. Au niveau local, nous avons aussi sollicité et obtenu les autorisations des responsables des aires sanitaires et des structures de santé, ainsi que celles des autorités communales.

Dans chacune des structures sanitaires, les assistantes de recherche ont été présentées aux responsables qui les ont ensuite introduites auprès des équipes et des unités concernées par l'objet de la recherche. L'entrée au niveau des communautés s'est, quant à elle, effectuée grâce à la présence de l'équipe de recherche dans les structures sanitaires, à travers laquelle les assistantes de recherche ont pu effectuer des « balades d'étude » et discussions informelles, et être mises en contact avec des relais communautaires, les responsables d'établissements scolaires ou de centres de formation. Il est important de noter que la recherche a été introduite au niveau communautaire en utilisant une thématique plus large (c'est-à-dire la santé sexuelle et reproductive des adolescentes et des femmes) afin de garantir la confidentialité et de protéger les femmes qui ont accepté de partager leur expérience d'avortement.

Sur le terrain, nous avons été confrontées à différentes contraintes liées essentiellement à la sensibilité du sujet de l'avortement et à son invisibilité. Tandis que dans certaines structures de santé les soignants ont tout de suite été ouverts à la recherche et prompts à nous informer de la présence de patientes ayant bénéficié de SAA et à nous impliquer dans la prise en charge, dans d'autres structures, les soignants se sont montrés plus fermés et il y avait le silence autour des cas pris en charge et parfois un refus de nous impliquer dans leurs activités. Dans ces cas de réticence, il a fallu construire des rapports et gagner la confiance sur une longue période. Cela s'est effectué en offrant notre appui là où nous le pouvions (voir paragraphe suivant). L'équipe a organisé des réunions de retour d'expériences quotidiennes et hebdomadaires avec les assistantes de recherche pour discuter du progrès, assurer la continuité de la formation et résoudre des défis émergents. A mi-chemin de la collecte des données, l'équipe a organisé un atelier de formation de remise à niveau. Au niveau communautaire, les réticences se sont traduites par l'hésitation, voire l'incapacité de bon nombre des relais et personnes ressources à nous aider dans l'identification des femmes, compte tenu du tabou du sujet. Seules quelques personnes ressources (relais communautaires, enseignants, infirmières dans les collèges, zemidjans⁸ ...) ont accepté de nous appuyer.

⁷Nous faisons un choix délibéré de ne pas indiquer dans ce rapport les noms exacts des communes dans lesquelles la recherche a été menée afin de protéger la confidentialité des participants à la recherche (notamment les filles et les femmes, leurs proches et les prestataires de santé).

⁸Zemidjaman ou Zemidjan signifie chauffeur d'un taxi-moto

Immersion et construction de relations d'enquête

Une partie de la recherche a consisté en une immersion dans les centres de santé sélectionnés (publics comme privés). Les assistantes de recherche ont observé les services de SAA, mais aussi d'autres services offerts dans les centres ciblés, tels que les soins prénatals, les soins postnatals, les accouchements, les services ambulatoires, et les services d'urgence. L'observation des services autres que les SAA nous a permis de documenter la manière dont le personnel soignant interagit avec les patients d'autres unités ou départements par rapport aux patientes prises en charge pour des complications d'avortement. Pendant l'observation des structures sanitaires, les assistantes de recherche ont participé à des tâches telles que le remplissage de registres, carnets et dossiers, ainsi que l'orientation des patientes dans l'établissement. Elles ont passé la majeure partie du temps à observer les procédures d'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) pour le traitement des patientes souffrant de complications post-avortement. Par moment, elles aidaient les soignants à tenir une torche pour les aider à avoir une meilleure vue du col de l'utérus, ou réconfortaient les patientes face à la douleur qu'implique la procédure. Faire face à ces situations n'a pas été facile pour les assistantes, surtout dans les cas de décès dont elles ont été témoins. Les diverses réunions hebdomadaires et appels individuels avec les membres de l'équipe leur ont permis de surmonter ces épreuves et continuer à collecter les données.

L'observation de l'offre de service de SAA nous a permis de saisir les rapports entre les soignants et les patientes prises en charge pour des complications, la manière dont ces services sont intégrés dans l'offre globale des structures, les étapes dans le parcours de soins, et l'impact du stigma de l'avortement sur les pratiques. Notre présence nous a aussi permis d'identifier 37 patientes prises en charge pour des complications ou soins complets d'avortement. Une fois ces patientes identifiées et leur consentement obtenu, les assistantes de recherche ont observé le processus de prise en charge, y compris leurs interactions avec les soignants, ainsi qu'avec leurs proches, tout en ayant des discussions informelles avec elles. À la fin du processus de soins, les assistantes de recherche ont obtenu un second consentement de 19 des 37 patientes pour les suivre au sein de leur communauté. En plus du suivi de ces participantes au sein de leur communauté et pour en apprendre davantage sur ces mêmes communautés, l'équipe a passé du temps, dès le début de l'étude, à observer des zones et activités clés telles que les marchés, les salons de coiffure, les restaurants, les établissements scolaires, les centres de formation, les réunions communautaires et les pratiques culturelles, ainsi que les flux de population. Cela a aussi permis d'identifier des alliés potentiels susceptibles d'aider à entrer en contact avec les participantes ciblées (c'est-à-dire les adolescentes et les femmes qui ont subi un avortement pendant la période d'étude ou dans un passé récent ainsi que leurs proches). Tout en suivant les participantes et en observant le cadre plus large de la communauté, les assistantes de recherches ont endossé, tout naturellement et suivant les besoins, différents rôles, comme celui de mentor ou de conseillère auprès des jeunes filles, notamment en échangeant sur la façon de traverser la puberté et en les orientant vers des prestataires de soins en cas de besoin.

Grâce à l'immersion dans la communauté, au soutien des relais communautaires, des enseignants et autres acteurs cités plus haut, ainsi qu'à l'approche dite « boule de neige », nous avons identifié 22 filles et femmes supplémentaires qui ont été suivies tout au long de la période d'étude (ce qui porte le total à 41, soit 19 participantes recrutées dans les centres de santé et 22 dans la communauté). Le recrutement de ces participantes s'est fait de manière à protéger la confidentialité. Dans les collèges et les ateliers, par exemple, les jeunes femmes ont été recrutées lors des séances d'échanges sur la santé sexuelle et reproductive, et après qu'elles aient donné leur consentement. Dans la communauté, les femmes ont été identifiées à travers des conversations informelles et avec l'aide des acteurs cités plus haut. Au cours de la première rencontre, l'assistante de recherche a expliqué les objectifs de l'étude et négocié un prochain rendez-vous dans un lieu qui convenait à la participante. Il est important de noter que seules les participantes qui ont donné leur consentement ont été suivies et interviewées. En ce qui concerne le consentement des mineures, nous n'avons pas recherché le consentement parental, car cette requête pouvait mettre les mineures en danger et violer leur vie privée, du fait que de nombreuses femmes ont recours aux services d'avortement en secret. Nous avons donc demandé et obtenu une exemption du consentement parental auprès du comité d'éthique. Les assistantes de recherche ont été formées à porter une attention particulière sur la manière de communiquer sur l'étude pour bien expliquer aux

mineures dans un langage familier les risques potentiels, les avantages et les détails de la participation, afin d'assurer leur compréhension, en particulier de leur droit de refuser de participer à l'étude.

Procédure des entretiens et profil des participants à la recherche

Notre approche nous a permis d'identifier en tout 41 adolescentes et femmes ayant eu une expérience d'avortement. Ces participantes ont été recrutées suivant des critères d'âge et la période de l'avortement. Ainsi, nous avons privilégié dans un premier temps les femmes ayant entre 15 et 24 ans et celles dont l'avortement est intervenu au plus un an avant le démarrage de l'étude. Nous avons, par la suite, ouvert la participation aux femmes de plus de 24 ans dont les cas étaient récurrents et à cause de difficultés à recruter les femmes plus jeunes en milieu rural. Certaines participantes ont refusé ou abandonné l'étude après le premier contact en raison de la complexité du sujet ou de la gêne qu'induisait chez elles l'évocation du sujet. Les entretiens et échanges informels ont été réalisés majoritairement en Fon, en Aïzo et quelques rares fois en Français. L'interaction constante des assistantes de recherche avec les participantes à travers des visites à domicile, des sorties dans les lieux de distraction, une offre de soutien moral et une orientation vers des services ont permis de construire des relations de confiance qui ont permis aux participantes de partager leurs expériences. Le tableau ci-dessous résume la diversité de profils sociodémographiques des participantes.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des adolescentes et des femmes interrogées

Caractéristiques		Fréquence (N=41)
Age (ans)	15-17	8
	18-24	21
	25-30	5
	31-40	7
Niveau d'études	Pas d'éducation formelle	7
	Primaire	7
	Secondaire et lycée	21
	Université	6
Lieu de résidence	Urbain	10
	Peri-urbain	8
	Rural	23
Situation matrimoniale	Mariée/En couple	8
	Divorcée/Séparée/Veuve	5
	Célibataire (jamais mariée)	28
Occupation	Elève/Étudiante	17
	Employée/Travailleuse dans l'informel*	22
	Chômeuse/Femme au foyer	2

*Couturières, coiffeuses, serveuses et apprenties coiffeuses et couturières, puisage d'eau, coursière.

Des entretiens approfondis et des discussions informelles ont également été menés avec 21 proches de femmes ayant participé à l'étude, notamment des mères, une tante, une cousine, des sœurs, un frère et des amies. Les entretiens et les discussions ont porté, entre autres, sur leur relation avec les participantes, leur rôle dans le processus de prise de décision et de recherche de soins, et les raisons qui ont guidé leur implication et leur rôle. Ces proches n'ont été contactés qu'après avoir obtenu l'accord des participantes elles-mêmes. Nous avons également mené des entretiens approfondis avec 14 partenaires de filles et de femmes ayant eu recours à l'avortement. Parmi eux, 10 étaient les partenaires des jeunes femmes interrogées dans le cadre de l'étude, et l'accord de ces dernières a été obtenu au préalable. Les autres ont été recrutés séparément par l'intermédiaire des participantes, d'enseignants, de relais communautaires. Les entretiens avec les partenaires visaient à documenter leurs perspectives sur le parcours d'avortement de leur partenaire, y compris le type de relation dans laquelle ils étaient engagés avant la grossesse, les pratiques relatives à la prévention de la grossesse, leur réaction à l'annonce de la grossesse et leur rôle dans le processus de décision, ainsi que le parcours de recherche de soins.

Les entretiens avec les femmes, leurs proches et leurs partenaires ont été complétés par des entretiens et des observations auprès de diverses personnes clés dans les parcours d'avortement des femmes et dans le domaine plus large des Droits et Santé Sexuelle et Reproductive (DSSR) dans le département. Leurs profils sont résumés dans le tableau 2. Les observations, les entretiens et les discussions informelles avec ces acteurs clés visaient à comprendre leur rôle dans la prestation de services d'avortement et de soins post-avortement dans le département, y compris leur degré d'implication, les défis rencontrés, les politiques et les directives en matière d'offre de services d'avortement, la formation et les équipements dans les structures de santé. Ces personnes clés ont été identifiées à travers notre immersion dans les structures et les communautés ciblées en utilisant l'approche dite « boule de neige ».

Tableau 2 : Caractéristiques des informateurs clés

Caractéristiques		Fréquence (N=40)
Rôle/Poste	Relais communautaires Pairs éducateurs	5
	Autorités coutumières et religieuses	7
	Agents de santé (public/privé)*	20
	Pharmaciens Vendeurs informels de médicaments	5
	Accoucheuses traditionnelles Tradipraticiens	3
Sexe	Homme	15
	Femme	25

*Sages-femmes, aides-soignantes, gynécologues, infirmier-e-s

Enfin, nous avons également mené 15 discussions de groupe (trois dans chacune des communes de la recherche), dont sept groupes avec des jeunes hommes et des jeunes femmes âgés de 18 à 24 ans, quatre avec des mères et quatre avec des pères âgés de 25 à 65 ans. Contrairement à la norme qui autorise 8 à 12 participants par discussion, il nous a fallu réduire ce nombre à six au maximum pour respecter les mesures barrières inhérentes à la pandémie du Covid-19. Afin de maintenir confidentiel le sujet principal et protéger les participants de la recherche de toute forme de stigmatisation, les sujets des discussions de groupe ont porté sur la santé sexuelle et reproductive de manière générale, notamment sur la dynamique sociale et culturelle dans laquelle s'inscrit l'éducation sexuelle, la prévention de grossesses, l'avortement, avec un focus sur la transition vers l'âge adulte, les perceptions des grossesses prémaritales dans la communauté, la communication entre parents et filles, la prise de décision en matière de reproduction, l'avortement provoqué (sensibilisation, terminologies locales pour le nommer, et causes). Les discussions de groupe ont été menées principalement dans les langues Fon et Aizo.

Analyse des données

Tous les entretiens formels et les discussions de groupe ont été enregistrés avec l'accord des participants. Les fichiers audios ont été anonymisés, ainsi que les notes de terrain. Les fichiers audios ont été transcrits fidèlement et traduits en Français lorsque nécessaire. En ce qui concerne l'analyse des données, le développement du schéma de codage et l'analyse subséquente étaient à la fois basés sur la théorie (sur la base du protocole de recherche) et sur les données (en se basant sur des thèmes supplémentaires émergeant des données). Les données ont été codées à l'aide du logiciel Dedoose après vérification de la cohérence de l'approche de codage parmi les membres de l'équipe. Pendant le codage, l'équipe s'est réunie en ligne chaque semaine pour discuter des codes émergents ou des doublons, et échanger sur les sections pour lesquelles les membres n'étaient pas sûrs du code à attribuer. Les résultats sont présentés à partir de verbatims tirés des notes d'observation, d'entretiens et discussions informelles avec des participants dont les noms ont été modifiés pour protéger leur identité.

Résultats

1. Déterminants sociaux des grossesses non désirées



Plusieurs facteurs concourent à la vulnérabilité des adolescentes et femmes aux grossesses non désirées. Comme on a pu le voir dans le cas de Fifa, les éléments mis en cause sont, entre autres, la non utilisation des contraceptifs, l'éducation sexuelle avec des informations parfois contradictoires, mais aussi les conditions socio-économiques.

Circonstances socio-économiques

Les résultats de la recherche montrent que les filles et femmes ayant eu des expériences de grossesses non désirées vivaient dans des conditions socio-économiques précaires, à l'exception de quelques-unes qui avaient un emploi assez bien rémunéré et qui étaient capables de subvenir à leurs besoins. Cette précarité était beaucoup accentuée chez les femmes vivant en milieu rural. Pour les jeunes participantes toujours sous la tutelle et la charge de leurs parents, leur situation socio-économique était le reflet de celle de leurs parents. Ainsi, la plupart des filles qui vivaient dans des foyers où les parents exerçaient des emplois très peu rémunérés de maçon, menuisier, petit commerçant ou agriculteur était confrontée à une précarité. La petite Umeh, par exemple, élève de 17 ans, est la deuxième d'une fratrie de trois enfants. Son père actuellement sans emploi et sa mère vendeuse dans une boutique se sont séparés lorsqu'elle avait 7 ans. Depuis lors, elle habite dans le village où nous l'avons rencontrée avec son père et sa sœur aînée dans une maison achetée par le grand-père paternel, dont la famille dépend entièrement pour ses besoins du quotidien. En dehors des adolescentes, certaines participantes de plus de 25 ans (célibataires ou séparées) ayant été confrontées à des grossesses non désirées qu'elles ont portées à terme, vivaient aussi chez des proches dont elles dépendent, comme cette participante :

“ Bon, au village ici, c’est le puits que tout le monde fait. Par rapport au manger, c’est Dieu le créateur qui nous aide. Concernant le manger, je ne sais plus ce que je vais dire hein, parce que la chose m’énerve quoi- ça m’énerve. Comme il [le père de son enfant] s’est marié maintenant, s’il trouve 500 ou 1000 francs il me donne, s’il me donne trop, un montant qui peut représenter un million à mes yeux, c’est deux milles hein ! (.). C’est quand il veut qu’il nous donne hein ! Moi-même j’appelle mes parents pour demander de l’argent, s’ils trouvent, ils m’envoient. Et là, je ne l’attends pas avant de manger. (17 ans, séparée, puisage d’eau, milieu rural) ”

Cette dépendance financière vis-à-vis du père de son enfant et de ses proches est vécue par cette participante comme fort gênante, ce qui l’amène parfois à ne pas les solliciter. De fait, il arrivait que bon nombre parmi elles manquent de moyens pour subvenir à certains besoins vitaux comme l’achat de nourriture ou de serviettes hygiéniques, l’argent de poche pour l’école ou l’argent pour les produits de beauté. Un participant à un groupe de discussion souligne cet état de fait dans le département :

“ Nous les papas disons des insanités aux enfants, c’est de part toute la localité hein, il n’y a pas d’exception. (.). Tous les parents n’en sont pas conscients, il suffit qu’on fasse des enfants et c’est fini. Ils te diront qu’elle est déjà née et que déjà qu’elle sait s’habiller, qu’elle aille se battre. Que peut faire un enfant de 8 ans ? C’est pour cela que beaucoup parmi eux placent les enfants auprès d’autres personnes pour qu’elles fassent le commerce avec eux. (Groupe de discussion des pères, milieu rural) ”

Comme il l’explique, les enfants seraient très tôt laissés à eux-mêmes du fait de l’incapacité des parents à les prendre en charge, surtout lorsque leur nombre est élevé. Il n’est donc pas rare de retrouver des fillettes de 8 ans censées subvenir à leurs propres besoins. Comme alternative, certains parents placeraient ces fillettes auprès de proches ou de ménages en ville. Ce fut le cas de Niyola, 21 ans, née d’une mère ménagère et d’un père cultivateur, troisième d’une famille de 8 enfants. Niyola est allée à l’école jusqu’en classe de CE2 avant de voir son parcours scolaire s’arrêter à cause des difficultés que rencontrait son père pour assumer ses frais de scolarité. Elle fut donc envoyée vers plusieurs proches de la famille en ville contre la promesse qu’elle soit scolarisée :

“ J’allais chez des gens et quand je vais là-bas, ils ne me mettent pas à l’école, l’école que j’avais fréquenté jusqu’au CE2 avant de commencer par aller de personne en personne, c’est pour ça que je n’ai pas pu aller à l’école jusqu’à terminer. (Niyola, 21 ans, séparée, vendeuse, milieu rural) ”

C’est ainsi qu’elle se retrouva déscolarisée et employée comme domestique contre des rémunérations de 500 ou 1000 FCFA (~ USD 1 ou 2\$) qui étaient envoyées à son père. Le corollaire de cette précarité des proches est la déscolarisation d’un nombre important de jeunes femmes dans la zone d’étude, comme on a pu le voir dans le cas de Niyola. La prise de décision de l’abandon de la scolarité vient des parents ou des tuteurs et parfois des femmes elles-mêmes. C’est l’expérience d’Aurore, une jeune fille en classe de 3ème dans la commune d’Allada qui a décidé d’abandonner l’école du fait de difficultés liées à l’acquisition de ses fournitures :

“ L’argent ne va pas te suffire et tu vas commencer à souffrir et dans la souffrance tu ne peux pas étudier. Quand la rentrée commence, il [le père] peut refuser d’acheter les cahiers et c’est maman qui va s’échiner pour tout acheter. C’est pour cela que je pense que c’est mieux que j’apprenne quelque chose. C’est difficilement que papa accepte de les acheter. (20 ans, célibataire, sans emploi) ”

A la place de l'école, certaines filles et jeunes femmes se sont lancées dans des formations professionnelles (couture, coiffure) afin de pouvoir s'insérer le plus rapidement possible dans la vie professionnelle. De plus, pour subvenir à leurs besoins, ces adolescentes et ces jeunes femmes se lancent dans des activités très peu rémunérées telles que la vente d'articles divers, les travaux domestiques, les corvées et la vente d'eau, des emplois de serveuse, ou de vendeuse. Pour en revenir à Niyola, son père lui proposa, lors d'une de ses visites au village, de faire de la vente ambulante avec sa belle-mère. Elle refusa cette proposition et décida d'aller à Abomey-Calavi pour faire un apprentissage de coiffure. N'ayant pas les moyens pour payer sa formation, elle a continué de faire des petits jobs notamment laver des motos, faire des courses pour les gens. Cela lui a permis d'épargner 5000 FCFA (~ USD 10 \$) pour commencer sa formation. Faute de moyens pour payer le reste de ses frais de formation, elle décida d'aller travailler en tant que serveuse dans le bar d'un village voisin pour pouvoir poursuivre son apprentissage de coiffure. C'est dans ce bar qu'elle fit la connaissance de l'homme qui l'a mise enceinte pour la première fois.

Par conséquent, nous avons noté une tendance des adolescentes et des jeunes femmes à s'engager dans des transactions sexuelles leur permettant de subvenir à leurs besoins et parfois à ceux de leur famille. Cela nous amène aux types de relations dans lesquelles ces adolescentes et jeunes filles étaient engagées avant leur grossesse.

Des jeunes entre relations transactionnelles et éphémères

Bien que la sexualité prémaritale soit remise en cause dans les localités de la recherche, nos données montrent que la plupart des jeunes femmes interviewées sont entrées dans la sexualité entre l'âge de 15 et 19 ans, tant en zones urbaines que rurales. Tout comme Fifa dont le cas a été présenté en introduction, certaines adolescentes et jeunes femmes étaient engagées dans une relation amoureuse avec des camarades de classe ou des jeunes de leur âge et souvent à l'insu de leurs parents.

D'autres adolescentes et jeunes femmes étaient plutôt dans une relation clairement transactionnelle, bien souvent avec des hommes plus âgés et mariés ou en couple (voire la section suivante pour plus de détails sur ces pratiques). Dans un groupe de discussion à Abomey-Calavi, les participants ont relevé le cas particulier des filles scolarisées ou faisant un apprentissage qui s'adonnent à de telles pratiques :

“

Dans le cas des apprentis, ce sont souvent des gens placés, ce sont des enfants placés. Même pour les enfants qui sont auprès de leurs propres parents, ils n'ont pas souvent les moyens et quand on leur glisse un peu de petits sous, 1000 francs, 2000 francs, elles se laissent. Il y a aussi celles des CEG [Collège d'Enseignement Général] là, souvent, celles qui s'inscrivent au CEG n'ont souvent pas les moyens, donc quand les garçons leur donnent un peu de sous seulement, elles se livrent. (Groupe de discussion, jeunes, milieu urbain)

”

Nous avons aussi noté deux cas de femmes engagées dans des relations abusives ayant abouti à une grossesse chez l'une d'elles. Une de ces femmes est Niyola. Après qu'elle ait commencé à travailler dans le bar, son patron s'est mis à lui faire des avances qu'elle a rejetées. Suite à cela, il a décidé de retenir son salaire jusqu'à ce qu'elle accepte d'avoir des relations sexuelles avec lui. La deuxième participante a, quant à elle, été régulièrement droguée à base d'une tisane mélangée avec du Sodabi⁹, et sexuellement abusée par un homme supposé la soigner :

“

Donc le papa [le guérisseur] a demandé qu'on m'amène chez lui le lendemain et qu'il va guérir le mal dont je souffre dans au plus une semaine (...). Le même jour où je suis partie, le papa a dit que c'est la sorcellerie, qu'il y a un homme et une femme qui m'ont ensorcelée, mais que tout va s'arranger puisque je suis déjà au bon endroit. (...) Il allait se coucher quand je lui ai demandé la tisane qu'il voulait me faire. (...) Il a ramené une tisane de couleur rouge et m'a expliqué que cette tisane m'aidera et qu'en temps normal on le fait avec de l'eau mais qu'avec mon état de

⁹Une liqueur locale de palme distillée.

santé actuelle c'est mieux d'y aller avec de l'alcool pour un résultat rapide. Donc il l'a fait avec un litre d'alcool et m'a remis la moitié que j'ai commencé à utiliser mais ça m'a secouée, j'étais constamment fatiguée, c'est comme si j'allais m'évanouir, je dormais seulement, j'étais sans force même me lever pour aller uriner était devenue difficile pour moi. (...) Donc dans mon sommeil il venait pour avoir des relations intimes avec moi sans que je ne sache. Et c'est un de ces aides qui m'a informée un jour, je l'ai même traité de menteur. (23 ans, vendeuse, séparée, milieu rural)

Les résultats de cette recherche montrent également que les adolescentes et les jeunes femmes sont engagées dans des relations de courte durée. Avant l'âge de 20 ans, la plupart avait changé au moins une fois de partenaire sexuel avec des cas de grossesses non désirées qui se sont soldés par un avortement ou un accouchement d'enfants vivant à leur charge. Les raisons de ce changement de partenaire varient selon la nature des relations. Certaines adolescentes et jeunes femmes ont expliqué que la décision de quitter leurs relations antérieures était liée au manque de sérieux et d'investissement du partenaire dans la relation. Martine, par exemple, était dans sa sixième relation lorsque nous avons fait sa connaissance. Alors que la dernière semble prometteuse (ils sont maintenant fiancés), les précédentes ont pris fin pour des raisons liées à l'infidélité ou le manque d'engagement du partenaire comme elle l'explique :

On s'est séparé parce qu'il [le partenaire] a fini par me dire que je ne suis pas le genre de personne qu'il voulait. (...) J'ai eu un deuxième qui a fini par me dire que sa mère n'accepterait pas une mère célibataire donc, moi je ne vais pas renoncer à mon enfant pour lui hein, je suis partie. Le troisième, il avait déjà une femme, bon, on a quand même essayé mais c'était compliqué parce que je n'arrivais pas à trouver ma place dans la relation en réalité ; j'avais l'impression d'être plus impliquée que lui, j'ai fini par renoncer à ça aussi. (28 ans, en couple, facilitatrice, milieu urbain)

Dans ces situations, les participantes ont relevé le fait que le partenaire était dans plusieurs relations à la fois, et n'avait d'autres projets que d'avoir des rapports sexuels. Les jeunes femmes ou leurs partenaires ont donc fini par mettre fin à leur relation, et dans bon nombre de cas, la rupture a été précipitée par la survenue d'une grossesse, comme l'explique une des participantes :

Celui dont je suis tombée enceinte l'année passée, celui-là, c'est un homme très riche inh, nous avons fait près d'un an comme ça et je lui ai dit que je n'ai plus eu mes périodes, il m'a répondu que son pasteur lui a dit qu'il ne peut pas épouser deux femmes sinon, qu'avant il avait l'intention de le faire. (40 ans, divorcée, vendeuse, milieu péri-urbain)

Alors que le manque de sérieux était la principale raison avancée par certaines participantes pour justifier les séparations d'avec leurs partenaires, d'autres ont affirmé avoir changé de partenaire à cause de la situation économique de ce dernier, comme l'explique Cica au sujet de son ex-petit ami :

Je pense qu'il est à un niveau inférieur (...), parce que la licence, il ne l'a pas d'abord, ça fait un, secondo, la vie que moi je supporte, les défis, les réalités que moi je vois tous les jours, par exemple, là où je suis au moins chaque mois par exemple, je donne telle somme à la maison, pour dire ok je vous aide avec ça pour le loyer au moins, mais lui ne paye rien de tout ça, ne paie pas le courant, ne paie rien, il est avec les parents et totalement à leur charge. Donc entre quelqu'un comme ça et quelqu'un comme moi, forcément, il est en dessous de moi (...). L'idéal pour moi, c'est que mon homme soit supérieur à moi. Je n'ai jamais voulu avoir un homme qui soit inférieur à moi parce que je me dis, j'ai aussi un objectif, j'ai des parents que je dois soutenir ou j'ai aussi des besoins. Donc qu'un homme, au lieu d'être une aide pour moi, devienne encore un poids, que je dois encore supporter en plus de mes parents ou bien en plus de ce que je dois faire pour moi-même, c'est compliqué en fait. (23 ans, célibataire, étudiante, milieu urbain)

A cause des contributions financières attendues d'elles dans leur famille et compte tenu de leur situation économique précaire, les jeunes femmes expliquent qu'elles doivent se « débrouiller », chose qui consiste parfois à se mettre dans des relations avec des hommes susceptibles de les appuyer financièrement. Dans ces cas-là, il peut s'agir d'une relation avec un homme ayant une bonne situation économique mais aussi dont l'objectif serait le mariage. Lorsqu'elles s'aperçoivent du contraire ou lorsqu'elles rencontrent un homme avec une meilleure situation, elles peuvent choisir de rompre.

Par ailleurs, lorsque certaines femmes décident de rester avec un partenaire économiquement faible, elles n'hésitent pas à entretenir des relations purement transactionnelles avec d'autres hommes. En effet, lorsque Cica était encore relation avec son petit ami qu'elle espérait épouser, elle entretenait aussi des relations avec d'autres hommes pour se faire de l'argent et répondre aux besoins de sa famille :



Étant femme, vu que les gens, d'autres personnes seront là à te draguer, à courir derrière toi, et tout, forcément quand il n'arrive pas, je me tourne vers les autres et je leur dis ah, il faut que tu m'aides et je dis ce que je dois dire pour qu'ils puissent m'aider donc (...) bon, au quotidien souvent, il y a des semaines où il y a des gens qui me, me donnent souvent, il y aura quelqu'un qui va me donner 5 000 ou bien, il y aura quelqu'un qui va me donner forcément 10 000 [~ USD 20\$]. (23 ans, célibataire, étudiante, milieu urbain)



Celles qui travaillent dans des bars comme Niyola mentionnée précédemment, ont expliqué qu'elles font régulièrement face aux propositions de sexe des clients de ces bars et comment elles finissent par céder en raison de l'importance de l'argent qu'elles perçoivent de ces hommes. Si certaines participantes le font par nécessité et aussi sous pression, d'autres le feraient sous l'incitation de leurs pairs. En effet, bon nombre d'adultes et de leaders d'opinions ont souligné l'influence des pairs dans les relations transactionnelles malgré l'effort de certains parents à subvenir aux besoins de leurs filles :



La première stratégie est qu'elles se disent qu'elles vont avoir de l'argent chez cet homme. Je vais sucer le sang de ce monsieur mais finalement, c'est le contraire qu'on observe. Oui! Elle décide de lui soutirer des sous, compte tenu de l'information qu'une de ses amies lui avait déjà donnée à propos de son copain. (Groupe de discussion parents-homme, milieu rural)



Cette pratique trouverait sa source dans les expériences fructueuses d'autres jeunes filles, qui exhiberaient les bénéfices de ces relations transactionnelles. Toutefois, ne maîtrisant pas toujours les codes de ces relations transactionnelles, notamment la négociation des rapports sexuels et des mesures de prévention, elles en feraient les frais sous la forme de grossesses non désirées ou d'infections sexuellement transmissibles (IST). Les participants ont aussi relevé la situation particulière des filles vendeuses de rue ou des vidomègon (enfants confiés à des proches ou d'autres gens) en ville, qui sillonnent les rues en longueur de journée sur la demande de leurs mères ou de leurs tuteurs. Selon eux, ces enfants et ces jeunes filles seraient particulièrement vulnérables aux transactions et aux abus sexuels, comme l'explique un participant d'un groupe de discussion :



Celles qui vendent pour leurs parents, elles n'ont pas encore l'âge mais les parents, la maman dit à l'enfant de ne pas oser rentrer tant qu'elle ne finit pas de vendre toute la marchandise, si tu ne vends pas, ne rentre pas. Parfois, cet enfant, à cause de cette recommandation de sa mère, pourrait se promener avec la marchandise jusqu'à même aller s'allonger quelque part pour dormir un peu, peut-être sous un arbre. Si tu l'interroges, elle te dira qu'elle a perdu de l'argent lors de la vente et qu'elle sera battue une fois à la maison et étant dans cette situation de peur, si elle tombe sur un garçon qui a un peu de sous, ce dernier va l'aider. (...) elle est obligée de passer de chantier en chantier entre les maçons, les ouvriers comme moi, qui malgré leur âge, n'ont pas de la sagesse. Ils cherchent juste à se satisfaire, ils ne regardent ni l'âge ni la condition de la fille. Je suppose qu'elle a perdu 1000 francs et que son bienfaiteur lui donne 2000 francs sans même rien lui dire ce jour-là, c'est la petite qui repassera le lendemain en guise de reconnaissance pour

le saluer, le remercier. Cela commence comme ça à petit coup. (Groupe de discussion, parents-homme, milieu rural)

”

Comme l'explique ce participant, et comme le confirment certaines jeunes femmes qui ont été impliquées dès leur jeune âge dans ce genre d'activités, certaines mineures se retrouveraient dans des relations sexuelles avec des hommes beaucoup plus âgés, parfois sur la base d'un sentiment de reconnaissance. La peur de se faire battre par leur mère ou leur tutrice motiverait ces filles à accepter l'argent de ces hommes et ensuite le sentiment de reconnaissance et de redevabilité peut amener à garder le contact et à s'inscrire dans une relation pouvant aboutir à une grossesse.

Or, ces échanges interviennent dans un contexte de faible utilisation des moyens de contraception et d'absence d'éducation sexuelle.

Une éducation à la sexualité entre absence et tension normative

Selon les parents, le manque d'éducation sexuelle des jeunes est la cause première des grossesses non désirées chez les adolescentes et les jeunes filles dans le département de l'Atlantique. Pour certains pères de famille, l'absence de dialogue entre les parents, les aînés et les jeunes exposerait la jeunesse aux risques d'une sexualité qu'ils qualifient de précoce et malsaine. En effet, les parents, surtout les mères, ne prendraient pas le temps de discuter de la sexualité avec leurs filles afin de les préparer à affronter les risques auxquels elles pourraient être confrontées. Cela serait lié au tabou du sujet qui ferait que les parents éprouveraient une gêne à le faire, comme l'explique une mère :

“

Mes enfants ? Est-ce que moi j'ai le temps pour m'asseoir et parler de ces choses et leur enseigner ces choses ? Comment est-ce que je peux prendre ce genre de sujet et aller faire face à mon enfant pour lui en parler ? Comment on dit ce genre de choses à des enfants ? (Mère d'une participante, milieu urbain)

”

D'autres parents et acteurs clés citent aussi le manque de temps chez les parents pour s'asseoir et discuter avec leurs enfants. En milieu urbain comme rural, les activités quotidiennes absorberaient les parents au point où les enfants seraient parfois laissés à eux-mêmes durant toute la journée. Ce manque de suivi amènerait les jeunes à s'adonner à des pratiques pouvant conduire à des grossesses précoces ou non désirées.

Aussi, le manque de connaissance en matière de sexualité de certaines mères serait aussi une cause de l'absence d'éducation sexuelle chez les adolescentes. Selon les participants, cette situation s'explique par le fait que certaines mères se retrouvent précocement parents sans avoir eu le temps de recevoir de leur propre mère les connaissances et aptitudes en la matière. Elles n'auraient donc pas connaissance de cette étape de transmission de savoir entre mère et fille, voire ne disposeraient pas des informations à fournir si elles avaient l'envie et le courage d'avoir cette discussion. Cela est expliqué par un des participants :

“

Mais il faudrait que la personne ait cette éducation de base avant de la transmettre aux autres. Vous voyez, par exemple, les naissances rapprochées, celles qui le font ne connaissent pas leur cycle. Si toi, tu ne connais pas pour toi, comment pourrais-tu en parler à ton enfant alors ? Tu ne peux pas, ce serait compliqué ! (Groupe de discussion, parents-homme, milieu rural)

”

Lorsque certains parents arrivent malgré tout à engager une discussion sur la sexualité avec leur fille, l'accent, selon les participants, serait mis sur l'abstinence sexuelle et les risques que comportent les rapports sexuels (la grossesse, les maladies), au lieu de comment prévenir ces risques. Umeh par exemple, dont le cas a été mentionné précédemment, a eu le courage d'informer sa mère lorsqu'elle a eu ses premières règles à l'âge de 12 ans. Celle-ci lui aurait prodigué des conseils sur l'hygiène menstruelle, en

omettant les informations liées à la sexualité, notamment le fait que les règles étaient potentiellement synonymes de grossesse en cas de rapports non protégés. Une omission qu'elle a jugé handicapante pour elle et faisant d'elle une « sous informée » par rapport aux questions de sexualité et surtout aux méthodes pour se protéger des grossesses et des infections. Tout comme la mère d'Umeh, les mères lors des groupes de discussion ont expliqué qu'elles conseillaient à leurs filles, dès leurs premières règles, « de ne pas sortir avec les garçons » et « de ne pas s'en approcher » :



Je leur dis, puisque vous allez déjà ailleurs [expression pour signifier avoir ses menstrues] si quelqu'un fait quelque chose et tombe enceinte, ses études vont s'arrêter et je ne serai pas là pour supporter. Je ne suis pas dedans, n'allez pas en compagnie des garçons. C'est ce que je leur dis. (Mère d'Umeh)



Ainsi, en l'absence de discussions avec les parents ou aînés sociaux, les jeunes partageraient des informations et expériences entre pairs, ou rechercheraient des informations dans les médias. Ces sources d'informations, selon les parents interviewés, favoriseraient la pérennisation des « erreurs » et une vulnérabilité aux différents risques. Ils induiraient des envies de faire comme les autres : porter les mêmes marques d'habits, avoir un téléphone portable ou sortir avec des garçons/hommes.

Pour celles qui sont à l'école, celle-ci apparaîtrait également comme une autre source d'information où les cours de biologie permettent aux jeunes femmes d'acquérir des informations sur leur corps, le cycle menstruel, les risques que comportent les rapports sexuels non protégés (IST, VIH, grossesses non planifiées), mais également sur les moyens pour se prémunir de ces risques, notamment les moyens de contraception. Il en est de même de l'éducation fournie par les ONGs et les programmes gouvernementaux visant l'éducation à la sexualité des jeunes, à travers différents canaux tels que l'éducation par les pairs (par exemple le Mouvement d'Action des Jeunes - MAJ) ou les réseaux sociaux. Il faut noter que les jeunes des milieu ruraux sont très peu, voire pas du tout, touchés par ces programmes de santé reproductive des adolescents et des jeunes (SRAJ), surtout lorsque la localité ne fait pas partie des zones couvertes par les interventions. Toutefois, les parents voient ces informations comme celles qui risquent de *Gblé-gblé* [littéralement gâter] leurs enfants et leur donner l'envie de se lancer dans la sexualité. De ce fait, certains parents interdiraient à leurs enfants de participer à de telles séances ou leur demandent d'ignorer les informations qui leur ont été fournies. Par conséquent, les jeunes femmes se retrouvent prises dans une tension quand il s'agit de décider lesquelles de ces informations peuvent les aider à gérer les risques auxquels elles sont régulièrement confrontées. Surtout, lorsque cela concerne l'utilisation des contraceptifs.

L'utilisation de la contraception entre stigmatisation et crainte des effets secondaires

Les adolescentes et les femmes ont expliqué accéder aux informations sur les méthodes contraceptives à travers diverses sources. Toutefois, la qualité des informations reçues variait d'une source à une autre. La plupart des filles scolarisées accèdent aux informations à travers des chapitres des cours de (SVT) des classes de troisième et de terminale. Avant ce niveau, elles ne seraient pas exposées au sujet de la contraception, ou lorsque c'est le cas, elles confessent ne pas avoir la chance de poser des questions pour mieux comprendre. C'est ce qu'explique cette jeune fille en classe de troisième :



Personne ne nous a montré ça. Si on ouvre la dernière page de notre livre, il y a ces dessins-là, avec des informations. Euh, bon, quand on demande ça des fois au monsieur [l'enseignant] il n'aime pas trop expliquer. Ils disent que non, on est des enfants, tout ça. Mais quand, quand je prends par exemple le livre de la classe de terminale en SVT, il y a un peu plus de détails dedans et aussi d'après les recherches aussi. (19 ans, célibataire, élève, milieu péri-urbain)



Comme cela apparaît dans ces propos, même si les livres contiennent des informations sur la contraception, le refus des enseignants d'aborder le sujet ou le fait de donner peu d'informations sur le sujet, montre une non-application du contenu des programmes par les enseignants qui ne se sentiraient pas toujours à l'aise pour discuter de questions liées à la sexualité des jeunes. De leur côté, les élèves se refuseraient à poser des questions pour éviter d'attirer l'attention sur une sexualité prémaritale généralement réprouvée. De même, compte tenu du grand nombre d'abandons scolaires parmi les participantes, certaines n'ont pas eu l'occasion d'être exposées à ces informations.

En dehors de l'école, les proches, les amies, les vendeuses de médicaments, les centres de santé, les ONGs et les pharmacies seraient les sources principales d'informations sur la contraception. Certaines participantes affirment, par exemple, qu'elles ont été orientées par des ami·e·s vers les centres de santé ou les pharmacies pour avoir des informations. Parmi celles-ci, il y a des élèves, des ménagères, des vendeuses et des apprenties :

“

En classe de 3eme, j'avais un copain, mais à cause de son instabilité, je ne voulais pas tomber enceinte de lui. C'est là qu'un de mes amis m'a dit d'aller à la pharmacie. C'est là que le pharmacien m'a dit qu'il y a des comprimés qu'on utilise sur trois mois. Ce n'est qu'à la pharmacie qu'on m'en a parlé, mais je ne l'ai acheté que le jour où j'en avais vraiment besoin. (26 ans, célibataire, vendeuse dans une pharmacie, milieu urbain)

”

Trois éléments émergent de cet extrait. D'abord, le manque ou le caractère vague des informations avant de se présenter à la pharmacie, car la participante partage qu'elle n'a pas appris jusqu'à ce moment « que de telles choses existent et qu'on en vendait à la pharmacie ». Deuxièmement, même après la visite à la pharmacie, l'information reçue semblait toujours vague puisqu'elle fait référence à « des comprimés qu'on utilise sur trois mois », chose qui laisse penser à une confusion entre les pilules contraceptives, qui sont prises tous les jours, et les injections contraceptives, qui ont une efficacité d'entre un et trois mois. Finalement, le fait d'acheter la méthode « que le jour où [elle] en avait vraiment besoin » pourrait être lié à la tendance à assujettir l'usage des méthodes contraceptives aux rapports sexuels dans un contexte où ceux-ci apparaissent comme imprévisibles.

Facteurs justifiant la non utilisation ou l'abandon des méthodes contraceptives

Les données montrent une faible prévalence contraceptive parmi les filles et les femmes impliquées dans cette recherche. Lorsque nous les avons interrogées sur leurs pratiques contraceptives avant la grossesse, la grande majorité ont répondu qu'elles n'utilisaient aucune méthode moderne de contraception, ou en utilisaient de manière sporadique. L'une des raisons qui expliquent cette situation est la difficulté d'accès ou l'indisponibilité des méthodes préférées. Le préservatif, par exemple, a été présenté comme un des moyens privilégiés par un bon nombre de participantes et de partenaires interrogés parce qu'il offre une double protection contre les grossesses et contre les IST. Toutefois, la plupart des jeunes n'utilisent pas le préservatif lors des rapports sexuels du fait d'oubli ou de la gêne que certains éprouvent à s'en procurer :

“

Souvent, j'avais envie de prendre des préservatifs mais je ne prends pas sur moi aux moments où on a l'habitude de faire des rapports sexuels. Je n'en dispose pas sur moi. Mais lorsqu'on fait des rapports, je lui demande de prendre souvent de l'eau salée pour pouvoir libérer un peu et uriner. (Jeune homme, 23 ans, célibataire, étudiant, milieu péri-urbain)

”

En l'absence de ces préservatifs, il se rabattrait sur l'utilisation de l'eau salée après les rapports sexuels, une méthode qui lui a été conseillée par sa grande sœur. Aussi, l'opposition du partenaire et l'irrégularité des rapports sexuels émergent comme des raisons de la non utilisation du préservatif, comme l'explique une des participantes :

“

Au début, j'ai aussi commencé avec les préservatifs mais à la longue, il n'aimait pas trop ça, donc par négligence je dirai, parce que bon, il est un peu loin de moi. (24 ans, célibataire, étudiante, milieu urbain)

”

Cette participante, comme bien d'autres, a relevé l'opposition de son partenaire à l'utilisation d'une méthode contraceptive. En effet, nous avons constaté que les petits amis ou les fiancés s'opposaient à l'utilisation du préservatif et des méthodes hormonales de contraception car ils voient en elles la femme à épouser avec qui il n'est pas important d'utiliser le préservatif. La non-utilisation de ces méthodes témoignerait de leur sérieux et de leur engagement dans la relation. Aussi, il apparaît que dans les relations transactionnelles, les rapports sexuels seraient souvent non protégés car ces partenaires occasionnels s'opposeraient à l'utilisation du préservatif, en évoquant le manque de plaisir dans les rapports avec préservatif.

Une autre raison majeure à la non-utilisation des méthodes contraceptives serait les effets secondaires (déjà vécus ou dont elles ont entendu parler dans leur entourage), qui sont entre autres : la prise de poids, les saignements, les pertes blanches, les migraines, la fatigue, les douleurs au niveau des hanches, l'interruption des règles, mais aussi l'infertilité. Le partage avec leurs pairs d'expériences d'effets secondaires des contraceptifs génère des craintes d'expériences similaires. Une des participantes, âgée de 36 ans, raconte qu'elle a eu deux expériences difficiles avec les méthodes contraceptives, notamment le DIU et les injectables de trois mois, sous la forme de saignements, d'absence des règles et d'une prise de poids. Ces effets secondaires l'ont motivée à arrêter d'utiliser les contraceptifs par crainte du risque qu'elle en perçoit pour sa santé et sa fertilité. Elle a ainsi choisi de donner la priorité à sa santé plutôt que la prévention d'une grossesse non planifiée susceptible de chambouler son parcours de vie. L'expérience des femmes comme elles se combinent généralement aux rumeurs dans la communauté créant une réticence vis-à-vis des contraceptifs chez les nouvelles utilisatrices :

“

Je ne veux pas en faire. Certaines personnes disent que quand on fait le planning on est en période tout le temps. D'autres disent que ça fait grossir. Donc, moi je ne sais plus quoi choisir. D'autres disent qu'il y en a en injectable qu'on fait chaque trois mois mais qu'avant de le faire, il faut faire certains examens pour voir si ton groupe sanguin correspond avec l'injection, mais je n'en ai jamais fait. Il y en a qu'on met dans le col, d'autres dans le bras et qu'on peut l'enlever après mais, j'ai dit non à tout. (40 ans, divorcée, vendeuse, milieu péri-urbain)

”

Cette crainte des effets secondaires de la contraception est si prégnante qu'elle va jusqu'à empêcher l'utilisation des méthodes contraceptives après un avortement provoqué. Cica, par exemple, a pris l'engagement d'utiliser une méthode contraceptive avant de se voir offrir des soins complets d'avortement dans une clinique d'un département voisin. Toutefois, après avoir quitté la clinique, elle a recherché des conseils auprès de ses proches sur la méthode qui lui était proposée :

“

Le contrat c'était que, après qu'elle m'ait permis d'enlever la grossesse là, que je vienne faire le truc dans l'utérus [DIU] là, donc j'avais eu peur dans le temps, (...) j'ai vraiment eu peur parce que je me suis renseignée par rapport à ça et ils ont dit, ils ont dit que avec stérilet je peux devenir stérile. (23 ans, célibataire, étudiante, milieu urbain)

”

La crainte d'une éventuelle stérilité chez Cica alors qu'elle n'a que 23 ans et sans enfant, l'a amenée à ne pas retourner dans le centre de santé pour bénéficier du DIU. Ainsi, il est courant d'entendre au sein de la communauté que l'utilisation des méthodes contraceptives peut conduire à des difficultés de conception ou à la stérilité surtout chez les jeunes filles. Ces perceptions, intériorisées par les jeunes femmes elles-mêmes, font des méthodes contraceptives l'apanage des femmes mariées ou des jeunes filles ayant déjà accouché. Il est important de noter que ces perceptions trouvent parfois leurs fondements dans les discours d'agents de santé. La mère d'une jeune fille ayant fait l'expérience d'un avortement confesse :

“

Un autre agent de santé m'a dit que le planning n'est pas bon. C'est pour celles qui ont déjà accouché. Pour une fille qui n'a encore jamais eu d'enfant, le planning n'est pas une bonne chose, si on lui fait ça et qu'après, elle ne trouve pas d'enfant ? Et j'ai demandé en ce qui concerne la pilule et il m'a également dit qu'il ne me conseillerait pas les comprimés, et que je dois seulement lui donner des conseils. (Mère d'une élève, milieu rural)

”

En plus du risque de stérilité, l'adoption de méthodes contraceptives par les jeunes filles est perçue dans la communauté comme une motivation à la débauche à travers la multiplication des partenaires sexuels. Il est largement perçu qu'avec les contraceptifs ces filles se sentiraient en sécurité, à l'abri des grossesses et seraient plus ouvertes à des opportunités de sexe comme l'explique une maman :

“

Je me dis : irais-je aussi leur faire l'injection et comme elles vont constater cela, elles vont se dire que leur maman les a déjà sécurisées et elles vont pousser des ailes, elles vont mener une vie de débauche, faire du désordre, s'amuser avec le sexe n'importe comment, je ne sais pas si vous me comprenez ? Donc c'est dans ce doute que je suis et je n'ai pas encore décidé de faire d'injection à un enfant jusqu'à aujourd'hui. (Mère d'une participante, milieu péri-urbain)

”

Celles qui tentent l'expérience sont traitées de prostituées et de vagabondes sexuelles comme le rapporte une des participantes d'un groupe de discussion réalisé avec les mères dans un des villages :

“

La fille qui est à bas âge et qui porte déjà des choses dans le bras, on appelle cette fille « ashao », c'est-à-dire prostituée, vagabonde. Aucun homme ne la satisfait, elle pense passer sur tous les hommes que Dieu a envoyés sur cette terre et les escroque (...) Donc, cette femme ne peut jamais rester dans un foyer, elle risque de détruire toute la famille (...) Même si mon fils est derrière elle, je vais dire non, je ne la veux pas car son parcours est très grand.

”

Chez certaines participantes, l'abandon de la contraception serait dû aux contraintes liées à l'utilisation de certains types de méthodes. La prise des pilules contraceptives, par exemple, est perçue comme contraignante parce qu'elle doit se faire tous les jours à la même heure, ce qui exige une certaine rigueur. Les méthodes de courte durée ou celles dépendantes des prestataires comme les injectables requièrent également de se rendre fréquemment dans les centres de santé, avec de nombreuses implications telles que trouver du temps en tant qu'élève par exemple, le risque de rencontrer quelqu'un qu'elle connaît, et le coût financier.

Ainsi, plusieurs facteurs déterminent la non-utilisation des méthodes contraceptives par les adolescentes et femmes du département. Parfois, ces méthodes contraceptives modernes sont remplacées par des méthodes naturelles ou mystiques.

Recours aux méthodes naturelles, populaires ou mystiques

Cette recherche a mis en évidence une variété d'autres méthodes populaires et naturelles utilisées par les participantes et leurs partenaires pour éviter les grossesses non désirées. Dans les entretiens, plusieurs participantes ont rapporté l'usage du sel comme méthode contraceptive. Elles l'utiliseraient de deux manières : en breuvage ou toiletteage intime après un rapport sexuel perçu comme à risque. Son utilisation permettrait, selon elles, d'évacuer le sperme libéré dans le vagin. Un jeune homme, partenaire d'une fille qui a eu une grossesse non désirée, partage aussi son expérience sur l'utilisation de l'eau salée et de l'alun (une variété de sel) comme méthodes contraceptives :

“

Donc, c'est ce que je lui demandais de faire si jamais on a des rapports sexuels entre le 9ème et le 10ème jour. Je lui demandais de prendre de l'eau salée si elle rentre à la maison. C'est une de mes grande-sœurs qui me l'a recommandée. Elle a dit, après les rapports sexuels, de dire à mes partenaires de prendre de l'eau salée pour pouvoir évacuer les spermatozoïdes que j'ai laissés. Bon, je lui [sa petite amie] ai demandé de prendre du sel dans l'eau et de boire, mais je ne lui ai pas exigé une quantité donnée. Il y a également le truc là qu'on appelle *Sidakin*¹⁰. (...) C'est ça que les jeunes amis utilisent et me le recommandent souvent mais je ne le fais pas. Donc, sidakin, ils le mettent dans une bouteille et après rapport sexuel, ils obligent leur partenaire à boire ça, et après quelques deux minutes, celle-ci ira aux toilettes. C'est un peu ça. (Jeune homme, 23 ans, étudiant, milieu péri-urbain).

”

Deux éléments méritent d'être soulignés dans cet extrait. Premièrement, la circulation, apparemment répandue, de ces informations parmi les jeunes, y compris les jeunes hommes, et entre générations (entre petits frères et grandes sœurs). La deuxième concerne l'incertitude et les discordances quant au dosage et au timing pour l'utilisation de cette eau salée. Certains participants expliquent que cette toilette intime devrait se faire immédiatement après le rapport et en profondeur au risque que les spermatozoïdes aient le temps de migrer et de féconder l'ovule, alors qu'avec ce jeune homme, l'utilisation est faite par la fille une fois qu'elle retourne chez elle.

Les participants ont aussi mentionné l'usage de feuilles, racines et noyaux en tisane pour la prévention des grossesses non désirées. Parmi les plantes mentionnées figurent une feuille appelée *Gbègbéman* et une racine appelée *Kodô* macérées dans le *Sodabi* :

“

Ils ont dit *Gbègbéman* et *Kodô* que j'ai fait dans une bouteille. C'est un fruit qui s'appelle *gbègbè* et c'est très amer et on fait ça avec du *Kodô* en bouteille, oui, et on y ajoute du *Sodabi* et ça travaille bien. En le prenant, toi-même tu constates, après les rapports sexuels, le sperme coule à travers le slip, ça coule à travers le slip. C'est après avoir fini les rapports sexuels qu'on boit. (29 ans, célibataire, vendeuse, milieu péri-urbain)

”

Des objets tels des bagues et cauris délivrés par des tradi-thérapeutes seraient également utilisés par les femmes et les hommes pour la prévention des grossesses :

“

Oui *Akwèkoun* [cauris] ou *Akwèhouécoun* [cauris blancs], c'est quelque chose du genre qu'elles avalent, peut-être, pour un an comme pour deux ans. (...) Avant qu'elle ne tombe enceinte, ce qui fait que c'est renouvelable chez eux aussi (...) Il y a d'autres qui placent des bagues aux doigts, il y a des bagues qu'on leur donne, elles placent aux doigts et c'est quand elles enlèvent qu'elles peuvent tomber enceinte. Même chose pour les hommes. J'ai rencontré un cas, ils placent aussi des bagues et c'est quand, ils enlèvent la bague qu'ils peuvent enceinter une femme. (Informateur clé, milieu urbain)

”

Enfin, les participants ont évoqué d'autres méthodes naturelles telle que le coït interrompu ou la méthode du calendrier consistant à éviter les jours « dangereux ». Toutefois, nous avons noté des confusions dans le moment du cycle perçu comme « dangereux », avec certaines participantes et partenaires le situant vers le 9-10e jour et d'autres vers le 14e jour du cycle. D'autres utiliseraient des médicaments modernes tels les antipaludéens comme sorte de pilule du lendemain. Une participante âgée de 39 ans, par exemple, vivant en milieu péri-urbain, explique qu'après avoir des rapports sexuels dans sa période d'ovulation, elle achète de la *Maloxine* (médicament antipaludéen) qu'elle prend dans les jours qui suivent.

Pour conclure ce chapitre qui s'est attaché à décrire comment les grossesses non désirées sont survenues chez les femmes impliquées dans cette recherche, nous avons résumé dans la figure ci-dessous la multiplicité des facteurs conduisant à ce phénomène.

¹⁰Alun en langue fon.

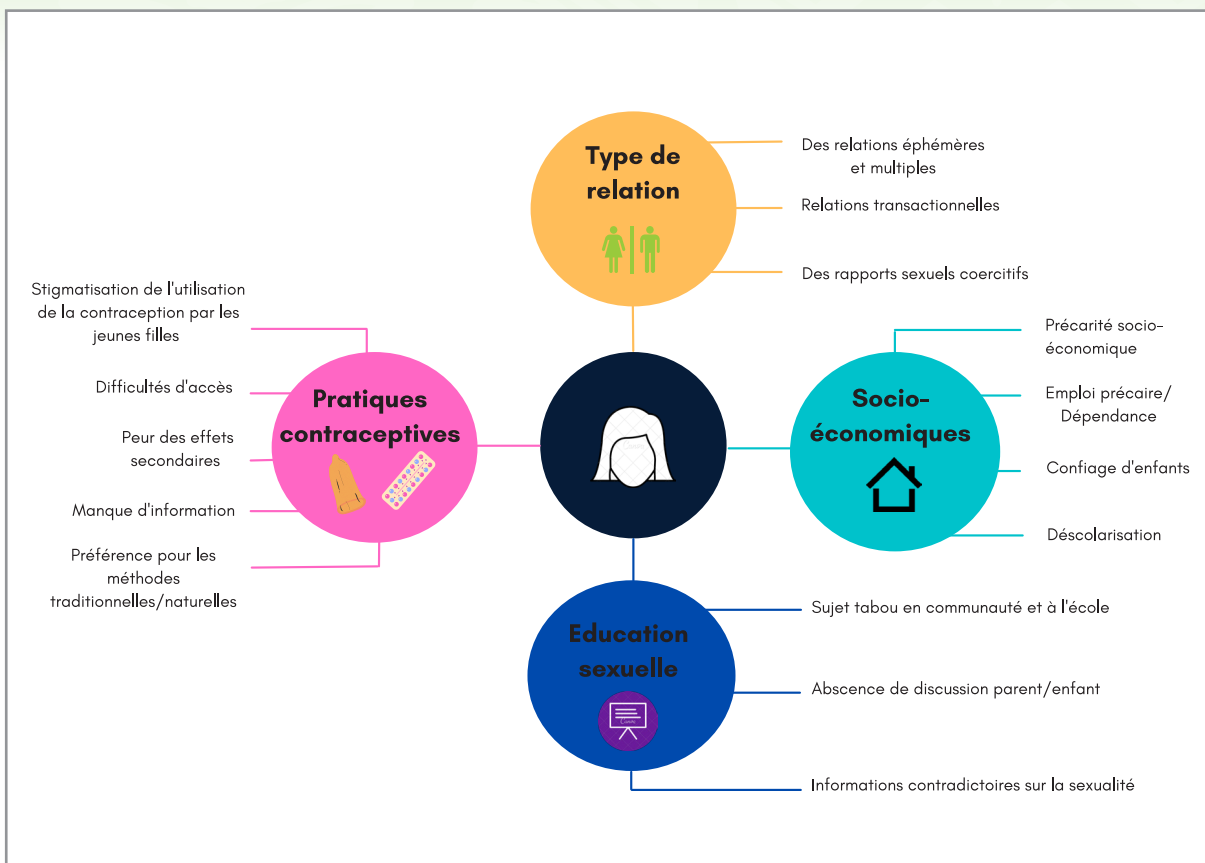


Figure 1 : Déterminants socio-économiques des grossesses non désirées

2. Grossesses non désirées et processus de décision d'avortement



Reconnaissance de la grossesse

Selon les femmes rencontrées, l'absence de règles, surtout chez celles qui étaient sexuellement actives, serait le signe de « problème » qui nécessite une solution. Cette absence de règles s'accompagne chez bon nombre de femmes d'autres signes tels que la fatigue, les vomissements, la perte d'appétit ou le changement du teint. Dans le processus de recherche d'explication à cette absence des règles, certaines impliqueraient des proches dans l'espoir d'être aidées. Pour certaines femmes avec qui nous avons discuté, faire un test de grossesse est apparu alors comme le premier réflexe en cas de retard de règles suite à une activité sexuelle non protégée ou jugée « risquée ». Cela consisterait pour certaines à se rendre seule ou accompagnée par des proches ou le conjoint dans les centres de santé pour faire un test rapide de grossesse, une échographie ou de test sanguin. D'autres achèteraient des tests rapides chez les vendeuses informelles de médicaments ou dans les pharmacies, et réaliseraient le test elles-mêmes.

Cependant, nous avons noté que contrairement à ces participantes, d'autres femmes ne font pas de test de grossesse, s'appuyant sur la similitude des symptômes avec des expériences de grossesses antérieures. Le délai de confirmation de la grossesse était ainsi variable, allant d'une semaine à plus de deux mois. Ce délai était influencé par les connaissances de la femme en matière de symptômes de grossesse et sa capacité à se procurer un test ou à se faire tester, chose qui dépendait aussi de facteurs comme la peur d'être vue, les contraintes financières ou géographiques. Dans le cas de Tasha, étudiante de 23 ans, l'absence de son syndrome prémenstruel et sa connaissance de son cycle ont fait qu'elle a pu confirmer sa grossesse par un test seulement une semaine après le retard des règles. En effet, l'absence de ses symptômes prémenstruels qui se manifestent par des douleurs abdominales a attiré son attention. Puis elle en a parlé à son partenaire, qui s'est procuré un test de grossesse qu'ils ont utilisé une semaine après la date prévue de ses règles. Il faut noter que dans ce cas, la bonne communication de la jeune femme avec son partenaire et le soutien qu'il lui a apporté semble avoir facilité l'accès à un test et accélérer la confirmation de la grossesse. Au contraire, Prisca, une jeune femme apprentie de 18 ans, a attendu le mois suivant le retard de ses règles avant de faire un test de grossesse, malgré l'inquiétude et les symptômes qu'elle a remarqués. Elle nous a expliqué qu'elle pensait que c'était simplement un retard et ne disposait pas non plus d'argent pour aller se faire tester.

Une fois la grossesse confirmée, les adolescentes et les femmes ont été embarquées dans le processus de prise de décision pour continuer ou interrompre la grossesse.

Raisons du maintien de la grossesse non désirée

Cette recherche a mis en exergue la pluralité de raisons susceptibles d'amener une femme à garder une grossesse non désirée. L'une des raisons évoquées par les adolescentes et les femmes est l'échec de tentatives d'avortement associées à un âge avancé de la grossesse, ainsi que l'influence dissuasive des proches. Le cas de Rafiath, 24 ans, dont les parents se sont séparés lorsqu'elle était très jeune, illustre ce cas de figure. Vivant avec son père et les sœurs de ce dernier, elle a fait, à 17 ans, l'expérience d'une grossesse non désirée qu'elle met sous le compte de la naïveté et du manque d'éducation sexuelle. Lorsque Rafiath a découvert sa grossesse, elle a immédiatement eu le désir d'avorter pour ne plus avoir de lien avec son petit ami avec qui elle cherchait à rompre depuis peu, et aussi par peur de la réaction de son père et de son entourage. Bien que le diagnostic de la grossesse se soit fait assez rapidement après l'absence de ses règles, le parcours d'avortement en lui-même fut long car son copain et elle n'avaient pas les moyens pour s'offrir des services d'avortement provoqué et clandestin. Pendant qu'ils multipliaient les tentatives pour arrêter la grossesse, l'âge de celle-ci avançait. Ce retard dans le processus a conduit ses proches à découvrir la grossesse que Rafiath avait réussi à cacher pendant cinq mois :



J'étais déjà à quatre mois, mon ventre était complètement sorti et je me cachais. J'ai réussi à cacher ça jusqu'à 4-5 mois. Et il fut un jour, j'avais enlevé mon habit devant mes tantes et elles ont remarqué ça, elles ont commencé par crier hé ! hé ! telle personne est enceinte. Et tout le monde pleurait déjà. Parce que au fait, dans ma famille, j'étais une fille respectée, je travaillais beaucoup à l'école donc tout le monde comptait sur moi, pour que j'aie de l'avant, pour réussir.



Effrayée par les réactions de ses tantes, elle a poursuivi intensément sa quête de services d'avortement qui l'a conduite dans un centre de santé où, après une longue négociation du prix de l'avortement du fait de l'âge avancé de la grossesse, elle devait subir une aspiration. Alors que le soignant était sur le point d'intervenir, le père de Rafiath a appelé sur son portable lui interdisant formellement de commettre un tel acte et menaçant de faire emprisonner toutes les personnes impliquées. C'est ainsi qu'elle se résigna à garder la grossesse et à accoucher de sa fille.

Ainsi, la découverte tardive de la grossesse chez certaines femmes ou l'âge avancé de la grossesse (du fait de l'étalement de la phase de tentatives) les conduisent à garder des grossesses qu'elles ne désiraient pas à la base. Cette situation peut être aggravée par l'intervention de proches, qui comme le père de Rafiath peuvent menacer de dénoncer les adolescentes et les femmes en question. En effet, même s'il existe très peu de poursuites, la plupart des avortements en question restent parmi ceux qui ne rentrent pas dans le cadre des avortements autorisés par la loi avant son amendement. De même, la méconnaissance des clauses de la loi qui régulent l'avortement dans le pays, force certaines femmes à recourir à des services clandestins, même si elles remplissent les conditions pour bénéficier de ces services. Interrogées sur leur connaissance de la loi, seules quelques rares femmes avaient une connaissance des clauses de la loi. La majorité d'entre elles savaient qu'il existe une loi, mais ne savaient rien des clauses comme l'atteste cette participante :

“

I¹¹ : est-ce que vous savez par hasard ce que dit la loi au Bénin en matière d'interruption volontaire de grossesse?

P : ouais il paraît c'est interdit

I : ok et tout, tout, tout sur toute la ligne

P : oui c'est interdit complètement

I : ok (...) donc il n'y a pas de fenêtre ?

P : non, non (23 ans, célibataire, étudiante, milieu urbain)

”

A cause de leur connaissance limitée de la loi et du tabou autour du sujet de l'avortement, ces femmes se croient toujours dans l'illégalité et susceptibles de poursuites. De fait, les menaces des proches ou du partenaire peuvent les amener à surseoir à une décision d'interrompre la grossesse.

Si dans le cas de Rafiath, son père a tenu à ce qu'elle garde la grossesse pour la protéger et l'a ensuite acceptée dans la famille et soutenue jusqu'à l'accouchement, d'autres jeunes femmes ont été contraintes de garder leur grossesse en guise de punition. Une mère explique comment elle a effrayé sa fille en lui imposant de garder sa grossesse :

“

Je lui dis ok, tu vas garder jusqu'à mettre l'enfant au monde. Automatiquement quand j'ai dit ça, elle a commencé par pleurer en me suppliant, qu'elle va se suicider, qu'elle va faire ci, qu'elle va faire ça (...). Je lui ai dit que même si tu pleures maintenant, je n'ai plus le choix, la chose [grossesse] ne reste pas en bas, elle monte toujours [devient visible], si ton père vient, je vais lui dire. (Mère d'une participante, milieu péri-urbain)

”

La punition consiste aussi à les donner en mariage à l'auteur de la grossesse dans le cadre des arrangements existant au sein des communautés en cas de grossesse prémaritale. Cependant, il faut souligner que ce type de mariage arrangé ne réussit pas toujours à cause du caractère improvisé. Cela conduit parfois à des séparations, forçant la jeune femme à rejoindre le domicile familial et à faire face seule aux besoins de son enfant. Ce fut le cas de la mère de Cica, qui n'a eu de cesse de rappeler à sa fille que c'était de sa faute si elle n'a pu réaliser son destin.

Enfin, certaines femmes décident aussi de garder leur grossesse à cause de leurs perceptions des risques de l'avortement. Il s'agit des risques sociaux sous la forme de la stigmatisation de l'avortement, perçu comme un crime dans les normes sociales et religieuses. De ce fait, les femmes qui avortent et leurs

¹¹I est pour intervieweur, P est pour participante

proches risquent un «jugement divin» et des sanctions sociales. Cette stigmatisation peut venir aussi bien des personnes extérieures que des proches des jeunes femmes :



Je lui ai dit « tu [la jeune fille] amènes ton carnet là, ils sauront ce qui t'est arrivé ! ». (...) je lui ai dit « c'est ton choix non ? ». Elle m'a dit « quand ils vont lire le carnet, ils vont commencer par en parler et les gens vont l'apprendre et commencer par me regarder de travers ». Je lui ai dit « c'est ton choix non, en allant tu prends ton carnet ». (Mère d'une participante, milieu urbain)



Le carnet dont il est question dans ce témoignage se rapporte à un carnet de santé dans lequel était enregistré l'historique de la prise en charge de cette jeune élève de 17 ans. Sa mère voulait qu'elle l'amène avec elle à l'école pour justifier ses absences lors de son hospitalisation pour des SAA, afin que les gens sachent ce qu'elle a fait et qu'elle en subisse la honte. Le risque se rapporte aussi aux conséquences de l'avortement. En effet, les femmes expliquent avoir grandi dans un contexte où il est courant d'entendre parler ou d'être témoin de cas de femmes qui meurent ou gardent des séquelles graves après un avortement, surtout quand elles tentent d'avorter « des enfants tellement têtues ou durs de tête » ou « d'un enfant Vodoun » comme l'explique cette participante :



Mais l'enfant est Vodoun, c'est pourquoi cela est arrivé [décès de la femme], ce n'est pas un enfant ordinaire, il n'est pas comme les autres, on ne devait pas l'avorter. (21 ans, vendeuse, en couple, milieu rural)



L'un dans l'autre, la crainte de ces risques médicaux et sociaux de l'avortement et l'intériorisation de ce stigma peuvent conduire certaines femmes à garder la grossesse et faire face à une autre forme de stigma que celui qui motive la décision d'autres femmes à aller vers l'avortement.

Motivation de la décision d'avortement

L'une des principales raisons évoquées par les femmes dans la prise de décision d'avortement est le manque de préparation pour avoir une grossesse et enfanter, qu'elles expriment par « je ne suis pas prête ». Cette expression « je ne suis pas prête » se rapporte tant aux conditions socio-économiques, aux plans d'éducation et aux aspirations professionnelles de la femme, qu'à des aspects structurels tels que les normes autour des grossesses prémaritales, le stigma consécutif à l'avortement, etc. Les élèves et étudiantes, par exemple, craignaient l'impact de la grossesse sur la poursuite de leurs études, comme l'explique Carine :



J'étais en première année, je me suis dit, si je tombe enceinte, je vais gâcher les efforts de mon père parce qu'il avait, pour ma première année il avait assumé la scolarité et tout, je n'avais plus aucun problème, donc quand j'ai pensé à ça je me suis dit encore un autre enfant sans aucun diplôme, sans encore ma licence et tout ça (...) je me suis dit bon que je ne pouvais pas garder. (24 ans, étudiante, célibataire, zone urbaine)



Comme illustré dans ces propos, certaines élèves et étudiantes se perçoivent comme un investissement de leurs parents qui consentiraient des sacrifices financiers afin de les maintenir à l'école pour qu'elles puissent réussir et s'occuper d'eux dans leurs vieux jours. Or, la grossesse mettrait en péril cet investissement car l'élève ou l'étudiante pourrait se voir forcée d'interrompre ses études à cause de la contrainte physique que représente la grossesse et la prise en charge d'un enfant, mais aussi du stigma qui prévaut dans un contexte où les grossesses prémaritales sont perçues comme une déviance. Les normes sociales et religieuses dans les communautés rurales comme urbaines concernées par cette recherche ne conçoivent la grossesse que dans le cadre du mariage. Il est donc attendu des jeunes filles qu'elles se marient avant d'être enceintes. Cela « honorerait » la fille ainsi que ses parents, qui apparaîtraient comme ayant réussi l'éducation de leur fille. Pour certaines femmes rencontrées sur le terrain, faire en sorte de pouvoir être

comptée parmi les « honorées » est le but de toute une vie. Dans ce contexte, quand une femme tombe enceinte et que cela est connu de tous, elle perd « son honneur », et est sanctionnée de diverses manières notamment l'interdiction de se rendre aux cultes religieux, d'applaudir lors des séances de louanges, ou de communier. Cette liste non exhaustive de sanctions révèle à quel point une grossesse prémaritale peut être difficile à vivre pour les jeunes filles, surtout lorsqu'elles sont toujours élèves. Ces jeunes femmes sont qualifiées de « trop gâtées » par leurs pairs, leurs parents et les membres de la communauté. C'est la crainte de ce stigma qui a poussé toutes les élèves interviewées dans cette recherche ou leurs proches à recourir à l'avortement. En plus du regard des autres à l'école, elles avaient aussi peur de la réaction négative de leurs parents qui se manifeste souvent par la violence physique, verbale, ou le refus de payer leurs études. Maeva raconte la réaction de sa mère lorsqu'elle lui a annoncé sa grossesse :

“ Je lui ai difficilement raconté ce qui m'est arrivé. Ma mère a mis les deux mains sur la tête en disant la fille-là m'a tué, où vais-je aller ? A qui vais-je dire ça ? Qui peut m'aider ? Comment tu peux me couvrir d'autant de honte ma fille ? d'un geste brusque, elle m'a poussée et s'est réfugiée dans la cuisine, certainement pour ne pas attirer l'attention de mon papa (...). Elle m'a demandé ce que je compte faire de la grossesse, je ne savais quoi répondre, arrivées dans un tournant où presque personne ne nous voyait, elle m'a à nouveau posé la question, je n'avais toujours pas de réponse, elle m'a donné deux paires de gifles (...) j'ai été surprise par sa réaction mais je n'ai pas osé pleurer, je pouvais lire du mépris et de la colère dans ses yeux. Je me suis arrêtée et je tremblais de partout. (Maeva, 19 ans, élève, célibataire, milieu rural) ”

En effet, si les parents sont honorés lorsque la jeune fille est mariée vierge ou sans enfant, ils perdent leur honneur et leur respect lorsque le contraire se produit. Ce déshonneur est encore plus accentué lorsque les parents occupent des rôles de leaders dans la communauté.

En dehors des élèves, la crainte de la stigmatisation est aussi prégnante chez les autres catégories de jeunes femmes célibataires, comme l'explique cette participante de 24 ans :

“ Il ouvre la bouche, il me dit ce n'est pas un problème, qu'on va garder, qu'il est prêt, je dis quoi? Je lui ai dit non, que je ne peux pas, on est à l'église, (...) je ne peux pas, cette honte-là, pardon éloigne ça de moi, parce qu'il y avait une sœur qui était tombée enceinte dans l'église et c'était vraiment la honte, on l'a vraiment insultée, tout ça, c'était pas vraiment facile, c'était compliqué, des rumeurs par-ci, les moqueries dans les coins, chacun dans son coin en train de dire, j'ai pensé à tout ça, j'ai dit que je ne peux pas. (24 ans, célibataire, étudiante, milieu urbain) ”

Chrétienne évangélique, elle a pris la décision d'interrompre sa grossesse pour éviter la honte qu'elle pourrait ressentir quand sa communauté découvrirait sa grossesse, malgré le souhait de son compagnon de la voir garder la grossesse. Garder la grossesse représentait pour elle un échec et une déviance, contrairement à son compagnon qui, parce qu'il ne porte pas la grossesse et qu'il est un homme, serait moins jugé. Être témoin de l'expérience d'autres jeunes femmes renforcerait ces jeunes femmes dans l'idée qu'elles doivent se départir de la grossesse. En milieu rural, les données ont aussi mis en exergue la honte que représente une grossesse adultérine. C'est le cas de Mathilde, une veuve de 28 ans, mère de trois enfants. Après la mort de son mari, la belle-famille a décidé de la remarier au jeune frère de son mari alors qu'elle était plutôt attirée par le frère aîné de ce dernier. En effet, dans leur tradition, on ne peut pas épouser les frères aînés du défunt mari mais plutôt les jeunes frères. Mathilde n'a donc pas eu d'autres choix que de se conformer à la décision de sa belle-famille. Mais elle trouvait, de temps en temps, les moyens de rejoindre le frère aîné dont elle était amoureuse, et les deux tenaient en cachette des rapports sexuels jusqu'à ce qu'elle tombe enceinte de lui. Afin d'éviter des problèmes en famille, et causer le bannissement de son amoureux, les deux ont tôt fait de prendre la décision d'avorter.

Certaines femmes considéraient qu'elles n'étaient pas « prêtes » pour une grossesse car elles rencontraient déjà des difficultés économiques à se pendre elles-mêmes en charge ou à gérer les précédents enfants et prenaient la décision d'interrompre la grossesse afin de ne pas aggraver leur pauvreté. D'autres femmes

vont jusqu'à se projeter dans le futur, et prennent la décision d'interrompre la grossesse pour éviter une souffrance inévitable à l'enfant à naître. Olivia, évoque cet aspect, mais souligne un ensemble d'autres éléments qui l'obligent à opter pour un avortement.

“

Si je garde l'enfant, l'enfant va souffrir selon moi parce que je n'ai pas de travail. Chéri aussi, lui-même, il n'a pas de travail stable, et encore moi je pars à l'école, donc chez nous, avec la loi qui est là maintenant, tu ne peux pas être enceinte et continuer l'école. Non, tu dois abandonner. (Olivia, 19 ans, célibataire, élève, milieu péri-urbain)

”

Il est important de noter que la loi¹² qui encadre les grossesses non désirées en milieu scolaire au Bénin autorise les jeunes filles enceintes à continuer les cours et vise plutôt à sanctionner les hommes auteurs de ces grossesses. La vision d'Olivia sur cet aspect pourrait donc être due à une mauvaise compréhension de la loi, surtout en ce qui concerne la personne à sanctionner en cas de grossesse chez une élève.

Dans d'autres cas, c'est plutôt la peur de répéter une expérience antérieure de grossesse non désirée - où le partenaire a fui ses responsabilités en laissant l'enfant à la charge de la femme - qui motive la décision d'avortement. Ce fut le cas pour Niyola dont la première maternité était à la base désirée, mais dont le désengagement et la maltraitance du partenaire après la naissance de l'enfant ont contribué à en faire un cauchemar :

“

Quand j'étais tombée enceinte de mon premier enfant, c'est les maltraitances qui étaient devenues trop, les insultes du côté de la coépouse, (...) chaque jour ce sont des disputes et tu seras en train de bavarder et l'homme sera en train de te battre. C'est tout ça que j'ai regardé et je me suis dit que jamais je ne pourrai supporter ça. (21 ans, séparée, vendeuse, milieu rural)

”

Elle rejoint alors le domicile de son père et doit faire face seule à sa grossesse et par la suite aux besoins de son enfant. Pour cela, elle cumulait deux commerces de nourriture dont le revenu parvenait à peine à subvenir à ses besoins et ceux de son enfant. En plus de cela, elle était souvent stigmatisée et violentée par ses frères à cause de son statut de mère célibataire et de *Tangninon*¹³. Elle nous confia d'une voix tremblante, les yeux imbibés de larmes :

“

Si mes belles sœurs font mal quelque chose et j'en parle ou bien mes frères et sœurs font mal quelque chose et j'en parle, mes frères, ils se mettent à m'insulter et me dire qu'ils ne m'ont pas demandé de devenir tante à la maison. Et ils disent les choses, de sortir de la maison et de m'en aller [sa voix tremble] mes grands frères disent ça. J'ai des oncles qui viennent et ils disent à mes frères de me chasser de la maison, que pourquoi je suis ici depuis, que je ne peux pas rester dans la maison et devenir *Tangninon*. Il y a tous ces problèmes, et je suis dans ces souffrances.

”

Elle nous explique que pour pouvoir rester à la maison, elle choisit de se taire, ou de sortir et ne revenir que lorsque les tensions se calment et que les « coupe-coupe et bâtons sont baissés ». C'est dans ce contexte fort précaire qu'elle tomba enceinte d'un apprenti chauffeur dans son village. Alors qu'elle voulait garder la grossesse, ce dernier lui imposa comme condition pour garder la grossesse, qu'elle continue de vivre chez ses parents le temps pour lui de finir son apprentissage. Niyola se résolut alors à interrompre la grossesse pour éviter d'aggraver sa situation :

“

Ils vont raconter beaucoup de choses. Ils diront que le premier est là et que j'ai encore eu le courage d'amener encore une autre grossesse et que cela ne se passera pas ici, de vite quitter la maison pour aller chercher où résider. Des trucs du genre sortiront forcément.

”

¹² Voir la loi No 2015-08 Code de l'enfant, article 170 (L'enfant qui tombe enceinte avant la fin de la scolarité, a le droit de la poursuivre ou de la reprendre) <https://assemblee-nationale.bj/wp-content/uploads/2020/03/code-de-l-enfant.pdf>

¹³ En langue Fon, littéralement la tante qui as eu un mariage raté et qui revient vivre dans le domicile familial.

Certaines femmes ont aussi jugé qu'elles n'étaient pas prêtes au regard de la situation économique de leur partenaire. L'exemple de Léocadie montre comment les circonstances et les perspectives socio-économiques du partenaire peuvent également influencer le choix d'une femme en matière d'avortement. Dans son cas, elle a jugé après la découverte des conditions de vie de son partenaire, que ce dernier ne répondait plus aux critères du mari rêvé :

“ Je suis allée le voir chez lui une fois. D'abord sa condition de vie, quand j'ai vu sa condition de vie, je me suis dit Ah ça, c'est la totale ça, c'est pas la peine... Euh, son père est un zemidjanman, je ne savais pas, c'est quand j'étais partie là-bas que je l'ai su, son père est zemidjanman, sa mère vend des tomates, piments, les condiments devant leur maison et la maison, la maison n'était même pas à eux. La maison était pour, je dirai pour un cousin ou un grand frère. Je suis rentrée dans la chambre, c'était vraiment cassé, ce n'était pas du euh, c'était pas carrelé, c'était juste du ciment et tout ça. Je ne me voyais pas du tout dans ça, personnellement, je ne me voyais pas du tout dans ça, quand je pensais à tout ça, à la condition de sa famille, il n'avait pas un emploi et j'ai aussi remarqué que, c'est vrai, il travaillait mais il prenait en charge ses frères, [...] une partie de la scolarité de ses frères et leurs fournitures, je me suis dites humm, me marier avec un tel homme, je ne pourrai pas. (24 ans, célibataire, étudiante, milieu urbain) ”

Cette découverte a coïncidé avec celle de la grossesse. En conséquence, elle a décidé d'interrompre la grossesse pour s'offrir les chances de rencontrer un homme remplissant les critères recherchés. Dans le tableau ci-dessous, les différentes raisons qui jouent un rôle dans la décision d'avorter sont détaillées. Ce tableau présente sept cas sur les 41 femmes, afin de souligner la complexité des décisions relatives à l'avortement et la multiplicité des facteurs impliqués. Dans de nombreux cas, plusieurs de ces raisons coïncident et s'additionnent, rendant la décision d'avorter encore plus vitale.

Tableau 3 : Raisons justifiant le recours à l'avortement

Age	Nature de la relation	Raisons de l'avortement
16 ans	Petit-ami (rapport sexuel contraint)	Je me suis dit que si je gardais l'enfant, ma grande sœur allait se moquer de moi et m'insulter. Parce que je me suis dit que si mon père l'apprenait, il allait mettre fin à ma scolarisation et allait m'interdire aussi d'apprendre un travail.
17 ans	Petit-ami	...je me suis dit que si ma maman l'apprend parce qu'elle m'a toujours rappelé que je suis son seul enfant donc de ne pas tomber enceinte pour la honnir c'est pour ça ...
19 ans	Petit-ami	...l'enfant va souffrir selon moi, je n'ai pas de travail, Chéri aussi n'a pas de travail stable ; je pars encore à l'école...tu ne peux pas être enceinte et continuer l'école non, tu dois abandonner...
20 ans	Petit-ami	Comme je n'ai pas encore fini ma formation...
23 ans	Petit-ami	Je ne pouvais pas lui dire ça parce qu'il, lui il est aussi quelqu'un, il n'est pas encore prêt pour avoir un enfant, vu avec la situation qu'il est en train de traverser ce moment-ci
23 ans	Sexe transactionnel avec un visiteur du café de sa mère	...je souhaite trouver un bon emploi pour essuyer les larmes de ma mère..., préserver ma réputation et celle de ma mère qui est responsable d'église.

35 ans	Mariée	...Ce que j'ai pensé c'est héé je serai en conflit comme ça, et tomber encore enceinte et accoucher c'est ce que j'ai pensé...
40 ans	Divorcée. En Couple avec nouvel homme	J'ai quatre enfants avec deux hommes différentsje ne suis plus mariée... ...j'ai rencontré un monsieur mais il n'est pas du tout sérieux... ... il ne m'aide pas financièrement...

Personnes impliquées dans la prise de décision

Influence du partenaire dans la prise de décision d'avortement

Dans la majorité des cas, les femmes ont affirmé que la décision d'interrompre la grossesse était leur propre initiative. Dans plusieurs cas, le partenaire était d'accord ou la décision a été prise de concert avec lui, et il a soutenu son choix. Dans l'extrait suivant, par exemple, la jeune femme raconte comment elle a partagé avec son partenaire sa décision d'avorter et comment il a appuyé sa décision :



Bon, le jour-là, on est sorti à 19h et on a parlé. Il m'a demandé qu'on va faire comment, et moi je lui ai dit que je ne peux pas garder la grossesse. Donc, il me dit que j'ai fait mon choix, donc il est là pour me supporter. C'est ce qu'il a dit. (15 ans, célibataire, élève, milieu péri-urbain)



Dans les cas où les partenaires n'étaient pas d'accord avec la décision d'avorter, certains ont fini par accepter la décision de la femme après quelques jours de négociation avec elle. Dans les quelques cas où les partenaires ont maintenu leur position, les femmes ont interrompu la grossesse à leur insu. Il est important de noter que dans certains cas, la décision de recourir à l'avortement est prise par l'adolescente ou la femme suite à une défaillance du partenaire sous la forme d'un déni de paternité, d'une disparition ou d'un refus de s'engager. Niyola, dont le cas a été évoqué précédemment, voulait dans un premier temps garder sa grossesse car elle espérait que cette grossesse lui permettrait de quitter la maison familiale où elle subissait nombre de brimades et de violence à cause de son statut de fille-mère :



Quand je suis tombée enceinte, je l'ai informé et il m'a dit qu'il ne peut faire autrement pour me supporter. Et je lui ai dit que moi-même, je vais supporter la grossesse et il dit qu'il n'a nulle part où me mettre. Quand il a dit ça je lui ai dit de chercher de l'argent pour qu'on loue et il m'a dit qu'il n'a pas les moyens et que c'est mieux pour moi de rester chez mes parents. C'est de là que je lui ai dit que je ne peux pas rester chez ma maman pour une première grossesse et faire encore la même chose pour la seconde que cela ne peut pas se passer ainsi.



Dans deux cas exceptionnels, nous avons noté une coercition reproductive où le partenaire a imposé sa décision à la femme en profitant de son pouvoir ou en utilisant la tromperie. Dans le premier, une femme raconte comment son partenaire l'a obligée à poursuivre sa grossesse qu'elle voulait interrompre, et les graves conséquences que cela a eu pour elle :



J'étais apprentie quand je suis tombée enceinte de lui pour le premier enfant. Mes amies et moi on a tout fait pour enlever ça et on n'y est pas arrivé (...). On a essayé plusieurs choses : de la Guinness, des tisanes et aussi du paracétamol. Et quand il a appris que j'essayais d'avorter, il n'a rien dit. Il est un jour venu me chercher pour qu'on aille chez un agent de santé pour voir la grossesse, et ils m'ont fait une injection. Après j'ai appris que l'injection était pour sécuriser la grossesse, de sorte que je n'arrive plus à avorter quel que soit ce que j'allais prendre. Et depuis, mon apprentissage s'est arrêté et je souffre dans sa maison. (23 ans, en couple, sans activité, milieu urbain)



Ce fut le contraire pour Umeh, la jeune élève de 17 ans que le partenaire a fait avorter contre son gré et sans l'informer. En effet, lors d'une discussion antérieure, ce dernier avait dit à sa petite-amie qu'elle garderait la grossesse si cela survenait au cours de leur relation pour lui montrer son attachement. Un mois après cette discussion, la jeune femme n'eut pas ses règles et fit un test de grossesse qui s'est avéré positif. Elle communiqua le résultat du test par téléphone à son petit ami qui alors changea de discours et usa de ruse pour lui faire prendre des pilules abortives :

“ C'est ce jour-là qu'il m'a dit qu'on va avorter (...). Il a dit que si je garde maintenant, qui va s'occuper de moi ? En plus, je vais laisser l'école et mes parents ne seront pas contents (...). Je lui ai répondu, même si on me maltraite, je vais accepter, que je vais garder ça. [...] J'ai refusé et il m'a laissée, il n'a rien dit de plus et il m'a dit que je vais garder. Après deux semaines environ, je ne me sentais pas bien et je lui ai dit ça. J'avais les maux de tête aussi et il avait dit qu'il allait me payer des comprimés, des médicaments et c'est de là qu'il m'a donné des médicaments, j'ai pris ça. (Umeh, 17 ans, célibataire, élève, milieu rural) ”

Influence de la mère et d'autres proches dans la prise de décision d'avortement

Tout comme les partenaires, les mères joueraient un rôle clé dans la prise de décision de recours à l'avortement dans le département de l'Atlantique. Dans certains cas, la mère était l'initiatrice de la décision d'interrompre la grossesse, sans que la fille ne soit consultée. Dans le cas de Maeva, 19 ans et élève dans un village, sa mère a, dans un premier temps, énergiquement réagi à l'annonce de la grossesse et, dans un second temps, l'a simplement réveillée un matin pour la conduire avec son père dans la clinique où l'avortement a été effectué :

“ Elle m'a réveillée à 5 heures et m'a demandé d'aller me laver, elle-même s'est lavée, mon papa s'est réveillé et est venu s'asseoir au salon, ce n'est pas de ses habitudes. Je redoutais une réunion familiale au cours de laquelle je passerai un mauvais quart d'heure et qui pourrait sceller mon avenir pour toujours. Ma maman s'est habillée et est venue s'asseoir près de mon père, si la terre pouvait s'ouvrir et m'avalier, j'ai à peine porté un habit quand ma maman m'a demandée de sortir, mon père a sorti sa moto et nous a remorqués, il ne m'a rien dit du tout, il ne m'a même pas adressé une seule parole, c'était un silence de cimetière durant le trajet qui nous a conduit dans une clinique. Mon père a garé pour que nous puissions descendre et il est reparti aussitôt nous laissant seules, j'ai suivi ma maman pour rentrer dans la clinique. (Maeva, 19 ans, élève, milieu rural) ”

Nous avons aussi noté qu'en plus de prendre la décision à la place des jeunes femmes, les proches peuvent s'inscrire dans une démarche encore plus coercitive en faisant avorter les jeunes femmes à leur insu. Une des participantes raconte comment sa grande sœur a manœuvré pour la faire avorter :

“ Moi pour mon premier avortement, c'est ma grande sœur qui m'a fait ça [avorter] je ne savais même pas que j'étais enceinte. (...) Mes seins devenaient de plus en plus jolis et ma sœur aussi l'a observé un jour quand je me lavais. Sans rien me dire, elle est allée triturer la feuille dont je vous ai parlé tout à l'heure, m'en a donné et j'ai bu. Après ça elle m'a dit de venir pour qu'elle contrôle si je suis enceinte ou non c'est à ce moment qu'elle a envoyé le truc [tige flexible] dans mon vagin. (...) j'ai failli mourir, j'avais mal au bas ventre, au dos, dans la hanche, tout mon corps, c'était insupportable. Je ne savais pas qu'elle me faisait avorter. (23 ans, vendeuse, séparée, milieu rural) ”

Dans d'autres cas, la mère peut prendre la décision d'avortement en collaboration avec sa fille et d'autres membres de la famille. C'est le cas de Gbéta dont la mère a initié et pris la décision d'avortement de commun accord avec sa fille et ses frères et sœurs après analyse de la situation. En effet, Gbéta, âgé de 18 ans, mère célibataire d'une fille de 2 ans, vivait avec sa grande sœur depuis plusieurs années. Alors

qu'elle était enceinte sans le savoir, c'est sa grande sœur qui a eu des soupçons. N'étant pas prête à assumer un deuxième enfant de sa sœur et sous l'effet de la colère, la grande sœur l'aurait renvoyée au village chez leur mère pour que cette dernière puisse gérer la situation. C'est ainsi qu'après analyse de leurs conditions de vie et de l'implication d'un deuxième accouchement dans la vie de Gbéta et celle de ses proches, la famille décida d'un commun accord qu'elle devait avorter. La maman avec qui nous avons eu plusieurs entretiens, s'est expliquée sur les raisons de sa décision, entre autres, pour se sauver de la honte, mais aussi pour ne pas s'enfoncer davantage dans la précarité :

“

Oui, c'est moi-même qui ai regardé dans mon esprit et dit ça comme ça, parce que j'ai vu que là où on est maintenant, je suis avec les coépouses. Mon mari a épousé une femme en plus de moi hein, et je suis dans la polygamie. Comme je suis en polygamie, si elle vient et je ne cours pas de cette manière et qu'une telle chose prend de l'ampleur, ils vont se moquer de moi. C'est pour ça que j'ai fait une telle chose. (Mère de Gbéta, milieu rural)

”

Une fois la décision prise, les adolescentes, les jeunes femmes et parfois leurs proches ont dû se lancer dans la quête d'informations et la recherche de services pour interrompre la grossesse.

3. Parcours de recherche d'aide et de soins



Interrogées sur ce que les filles et les femmes font pour interrompre une grossesse non désirée, dans le cadre d'une des discussions de groupe dans un milieu rural, les jeunes femmes ont répondu ce qui suit :

“

P1: moi, je dis que je ne veux pas de médicament, que la prise de médicament entraîne une mort subite

I : qu'est-ce qui vous amène à dire que le médicament entraîne la mort subite ?

P1 : ma maman m'a dit, quand j'ai eu mes premières règles [...] c'est en ce moment que ma maman m'a dit que si on a de rapport sexuel avec un homme et qu'on tombe enceinte et prend des médicaments sur ça, que cela entraîne la mort subite et que ce n'est pas bien
I: d'accord.

P2 : lorsque tu as pris le médicament et que ça détruit tes intestins ou que ça t'apporte un problème, ça peut entraîner la mort.

”

Leurs réponses ainsi que celles des autres participantes ayant eu une expérience d'avortement, montrent que lorsqu'il s'agit d'avortement, l'information dominante qui circule est celle liée aux risques de cette pratique. Cet extrait donne aussi un aperçu des sources de ces informations - ici la mère - et du moment où ces informations sont partagées avec les filles (quand elles ont leurs premières règles par exemple). Dans cette section, nous allons explorer les informations dont disposent les adolescentes et les femmes sur l'avortement, les sources d'informations supplémentaires et comment l'ensemble de ces informations influence leur parcours d'avortement.

Informations dont disposent les filles et les jeunes femmes sur l'avortement

Les données de cette recherche montrent que les adolescentes et les femmes du département avaient des connaissances sur l'avortement ainsi que sur certaines méthodes avant d'être confrontées au besoin de tels services. En milieu rural comme en milieu urbain, elles disent avoir appris très tôt par des voies différentes, comme les jeunes filles du groupe de discussion (mentionné ci-dessus) que la prise de certains médicaments pour avorter entraînerait une mort subite. Les femmes adultes dans la même zone rurale expliquent également qu'elles hésitent à donner à quelqu'un des informations sur les méthodes d'avortement, « car si les choses tournent mal, elles peuvent remonter jusqu'à vous, la personne qui a donné ce conseil ». L'idée que tout avortement est synonyme de mort ou de complications graves est très significative dans les récits des femmes adultes et des jeunes filles rencontrées dans les zones rurales comme urbaines. Ces informations sont le fruit de cas dont elles ont été parfois témoins, des conseils que leurs mères leur donnent pour leur faire peur et les dissuader, mais aussi d'informations qu'elles entendent dans leurs interactions avec les membres de leurs communautés, à la radio, ou dans les enseignements de leur l'église :



On nous avait fait un enseignement comme ça à l'église depuis que j'avais 17 ans, 18 ans, donc quand j'ai vu ce qu'ils ont écrit sur YouTube là, je me suis rappelée (...). C'était un documentaire sur le nombre d'avortement qui était fait en Amérique, quoi (...). On voyait dans la vidéo des femmes qui venaient à l'hôpital, pour un certain nombre de raisons, se faire avorter en fait. On voyait une machine, des trucs que le médecin avait utilisés là, il aspirait des trucs. J'en ai vu même un là, jusqu'à 4 mois. Le truc était déjà formé tout et tout (...). La dame a souffert plus que les autres. (23 ans, étudiante, célibataire, milieu urbain)



Comme on peut le voir dans ce témoignage, en plus de mettre en garde les filles et les femmes contre les conséquences de l'avortement, ces sources leur fourniraient aussi des informations sur de potentielles méthodes pour interrompre une grossesse. Les jeunes femmes expliquent qu'elles ont aussi entendu parler parmi leurs amies de certaines méthodes abortives, par exemple d'une combinaison de citron et de potasse qu'on peut boire pour avorter, ou boire toute une bouteille de coca-cola frais. D'autres informations portent sur les travaux lourds et sur l'eau savonneuse comme techniques abortives :



Il y a certaines filles, quand elles tombent enceintes, elles commencent par faire des travaux de force ou bien elles vont commencer par faire fréquemment la lessive, parce qu'on a dit que si on est enceinte et on met les mains dans l'eau savonneuse, la grossesse tombe. (Groupe de discussion, jeunes, milieu rural)



Les méthodes additionnelles mentionnées sont : boire de l'eau chaude ou du café, mélanger la potasse avec le Sodabi, boire des tisanes amères à base de momordique ou de caïlcédrat par exemple. L'idée que certaines filles et femmes vont à l'hôpital pour se faire avorter est aussi connue, mais les participantes savaient très peu sur les techniques utilisées dans ces hôpitaux et ces centres de santé et se posaient aussi des questions sur les implications légales d'une telle méthode (la possibilité de se faire arrêter par exemple). Les connaissances se rapportaient majoritairement aux méthodes traditionnelles ou naturelles. Quasiment, aucune des participantes n'avait connaissance des méthodes médicamenteuses

d'avortement à base de Misoprostol par exemple, avant leur grossesse et leur expérience d'avortement. Le Tableau 4 ci-dessous montre les connaissances que certaines des filles et des femmes avaient des méthodes d'avortement avant leur expérience.

Tableau 4 : Informations sur les méthodes de l'avortement et leurs sources

Age	Lieu de résidence	Connaissances préalables des méthodes d'avortement	Sources d'informations
15 ans	Péri-urbain	Médicaments ou aller à l'hôpital	Enseignant du cours SVT
17 ans	Rural	Les tisanes et le citron	Ses patronnes
18 ans	Rural	Prendre Guinness ou Moca	La communauté
19 ans	Péri-urbain	SevenUp + Potasse, eau salée, feuilles, Kodô	Les amies de sa grande sœur et les femmes dans le quartier
21 ans	Rural	la nivaquine et la potasse	Les amies
24 ans	Rural	Quinine et Kodô	Les amies
35 ans	Urbain	Tisane à base de momordique ou de caïlcédrat	D'autres femmes du même âge
36 ans	Urbain	Médicaments (Sédaspir + Alabukun) Médicaments traditionnels comme Kouinsoé + potasse + un talokpémi (le petit verre à liqueur) de Sodabi	Les personnes de la communauté

Une fois qu'elles sont tombées enceintes et qu'elles ont décidé qu'elles n'étaient pas en mesure de garder leur grossesse, les participantes se sont appuyées sur ces connaissances préalables des méthodes d'avortement pour orienter leurs démarches et rechercher des informations additionnelles pour décider de quelle méthode utiliser.

Accès aux informations supplémentaires

Compte tenu du stigma entourant les grossesses prémaritales et l'avortement, ainsi que les interprétations du cadre légal, la recherche des informations complémentaires pour interrompre la grossesse se devait d'être la plus discrète possible selon les participantes. Dans cette recherche d'informations ou d'aide, la confiance était le critère clé pour impliquer l'entourage : souvent une amie, une sœur ou une connaissance en qui la femme enceinte ou son partenaire estime pouvoir faire confiance pour préserver le secret, comme l'explique Cica :



Tu devais savoir à qui tu allais parler en fait pour que cette personne ne se retourne pas contre toi après ou n'aille pas dire aux parents et tout donc c'était compliqué. (23, étudiante, milieu urbain)



Certaines ont recours à certaines personnes de leur entourage parce qu'elles avaient l'assurance que celles-ci pouvaient leur apporter l'aide ou l'information escomptée, soit parce que la personne a déjà

eu une expérience d'avortement soit parce qu'elle peut lui fournir les informations nécessaires. Dans le cas de Cica, son choix s'est porté sur un ancien partenaire qui l'avait aidé à faire un avortement par le passé. Elle explique qu'elle était consciente qu'il l'insulterait pour être tombée de nouveau enceinte, mais qu'il saurait l'aider pour trouver quelqu'un pour faire l'avortement et garder le secret parce qu'il espère toujours la reconquérir. Son ex-partenaire l'a effectivement grondée, mais lui a tout de même trouvé le contact d'un médecin offrant des services d'avortement. Quel que soit le raisonnement guidant le recours à l'entourage ou son implication, les adolescentes et les femmes sont, malgré tout, conscientes du fait que cela n'est jamais sans risque, surtout lorsque la personne ne fournit pas l'aide espérée et s'évertue plutôt à convaincre la femme de continuer la grossesse, voire à divulguer son secret. Pour éviter ce risque et protéger leur secret, les filles et les femmes auraient tendance à présenter indirectement leur requête à leurs ami·e·s et proches en la faisant passer pour celle d'une autre amie.

Il arrive que lorsque la personne sollicitée ne dispose pas des informations demandées, elle fasse aussi recours à d'autres proches, comme ce fut le cas pour Prisca, une jeune femme de 18 ans. Dans sa quête d'informations et d'aide, elle s'est confiée à une ancienne camarade de classe qui avait eu recours à l'avortement par le passé. Cette dernière l'aurait orientée vers sa maman qu'elle pensait assez expérimentée pour lui donner les informations nécessaires. Si Prisca a d'abord hésité de peur que la mère de son ancienne camarade de classe en parle à ses parents, elle a fini par accepter l'idée après avoir été convaincue par son amie :

“

J'ai fréquenté avec sa fille et quand j'ai perdu mes règles, j'ai expliqué cela à la fille et la fille a dit que je vais acheter le test et faire. Si j'achète le test et le fais et que ce n'est pas ça donc, elle va me parler mais si c'est ça, donc elle va m'indiquer une chose. (...). Et j'ai dit que non, j'irai en parler à sa maman maintenant et qu'elle ira le dire à mes parents et qu'ils vont commencer par me battre et elle a dit qu'elle n'ira pas en parler à mes parents. Et j'ai été chez la maman et la maman m'a posé des questions et j'ai tout raconté à la maman. (Prisca, 18 ans, apprentie, milieu rural)

”

La mère de son ancienne camarade de classe a effectivement gardé le secret et l'a aidée en lui donnant une tisane à base de feuilles écrasées qu'elle devait boire les yeux fermés. Tout comme Prisca, plusieurs jeunes femmes ont reçu de leurs amies, voisines, collègues, mères, ou sœurs des conseils pour utiliser des méthodes à bases de plantes, notamment des amansins (décoction ou tisanes en Fon) à base de racines ou d'écorce de caïlcédrat, appelés Kodô ou diverses autres plantes très amères comme la graine de ricin. La femme peut acheter ces *amansins* chez des tradipraticiens ou dans d'autres commerces informels de médicaments ou bien les concocter elle-même. Une participante qui a reçu cette décoction d'un tradipraticien explique que la prescription a été associée à une consultation du *Fâ* (divinité). Cette pratique permettrait de vérifier si les dieux sont d'accord que la grossesse soit avortée et d'obtenir des informations sur le type de feuille à utiliser pour pratiquer ledit avortement.

D'autres femmes ont reçu en première information ou comme informations supplémentaires l'utilisation des boissons (alcoolisées) telles que la Guinness et le *Sodabi*. En plus de ces boissons, les participantes se sont vues aussi conseiller des médicaments dont le Paracétamol, le Sédaspir ou la Nivaquine. Ces médicaments étaient parfois à prendre avec du jus de citron ou du café. Une seule femme a reçu le conseil d'utiliser le Cytotec (médicament utilisé pour pratiquer des avortements sécurisés). Elle habitait en milieu urbain et avait obtenu l'information de ses camarades de classe.

En dehors de ces méthodes à utiliser directement par la femme elle-même, certaines se sont vues conseiller le recours à des prestataires. Une participante de 31 ans vivant en milieu rural s'est confiée à sa voisine vendeuse dans une pharmacie qui l'a alors mise en contact avec un prestataire qui offrirait ces services. Dans ces cas de figure, le prestataire pouvait se déplacer à domicile chez la femme, ou bien il fallait que cette dernière effectue un déplacement dans un centre de santé qui pouvait être une clinique privée ou un centre de santé public.

Quelques adolescentes et femmes nous ont confié avoir recherché des informations sur les méthodes d'avortement sur internet, à travers Google et YouTube, comme l'explique Cica :

“ Je suis allée chercher sur internet en fait [...]. J'ai vu aspiration machin, un truc comme ça. Cette aspiration là j'ai vu sur YouTube quand j'ai lancé la recherche sur Google [...]. J'ai cherché : 'enlever une grossesse' ou un truc du genre [...]. Ils ont envoyé des trucs pleins qui parlaient de : aspiration, médicament, curetage ou bien quelque chose. (Cica, 23, étudiante, milieu urbain) ”

Comme on peut le voir, en fonction des termes de recherche et de la précision, la femme peut trouver informations générales sur des méthodes d'avortement, y compris l'auto-avortement à base de médicaments, de plantes, de substances, ou le recours à des prestataires de santé, voire des informations plus précises. C'est ce qu'a constaté cette participante en utilisant le terme « médicament pour avorter » :

“ J'ai été sur internet, j'ai cherché un peu les différents moyens d'avortement qui existent, euh les médicaments qui pouvaient provoquer l'avortement, lesquelles on pouvait obtenir sans ordonnance et j'ai constaté dans mes recherches que tout ce qui pouvait faire l'affaire était forcément sous ordonnance, le Cytotec notamment. (28 ans, en couple, facilitatrice, milieu urbain) ”

Ainsi, l'accès aux nouvelles technologies de la communication comme un ordinateur ou un téléphone portable avec des données mobiles pour aller sur l'internet, permet aux adolescentes et aux femmes qui ont un certain niveau d'instruction de rechercher en toute discrétion des informations sur la manière d'interrompre leur grossesse, comme on a pu le voir pour Cica et cette participante. Contrairement à de jeunes femmes telles que Prisca (18 ans) qui ont peu de ressources, qui résident dans un village, qui sont très peu ou pas instruites, qui ne disposent pas toujours de téléphone portable ou d'ordinateur et qui ont donc un faible accès à l'internet.

Dans la recherche des informations et des méthodes pour interrompre leur grossesse, nos données montrent qu'il est rare de voir les femmes chercher plusieurs sources d'informations avant de décider quelle méthode utiliser. Le secret autour de la grossesse non désirée et la stigmatisation de l'avortement empêcheraient une recherche approfondie d'informations et une évaluation minutieuse des options. Toutefois, la recherche se poursuivra lorsqu'une méthode proposée ou choisie n'aura pas donné le résultat escompté.

A part les amies, les partenaires ou parents, les participantes ou leurs partenaires se sont aussi adressés aux fournisseurs de médicaments (secteur formel ou informel), soit pour acheter un médicament dont un tiers leur aurait parlé ou qu'ils ont déjà utilisé dans une précédente expérience, soit pour obtenir des informations sur de potentiels médicaments pour interrompre une grossesse. Du fait des restrictions légales en matière d'avortement et des exigences liées à la vente des médicaments abortifs dans les pharmacies (présentation d'une ordonnance dûment signée et tamponnée par un prestataire enregistré et intervenant dans un établissement de santé reconnu), nous avons noté une propension des femmes à recourir aux vendeurs informels de médicaments. Les exemples de Martine et Rafiath permettent d'illustrer ces contraintes liées au recours aux pharmacies. En effet, après avoir découvert le nom du Cytotec grâce à une amie, Rafiath et son compagnon ont passé quasiment deux mois à essayer de trouver une prescription, jusqu'à ce que la sœur (agent de santé) d'une de leurs amies accepte de le faire :

“ On était dans la même classe, on était en troisième, seconde je dirai, j'étais déjà en seconde, oui j'étais en seconde. Donc elle m'a dit Cytotec. J'ai commandé ça à mon copain. Il est parti à la pharmacie on lui a dit forcément qu'il devrait venir avec ordonnance. On a commencé par chercher, on s'est rapproché d'une amie qui a aussi un ami dont la sœur est infirmière qui devait nous trouver l'ordonnance, il nous a trouvé ça. Il a écrit, il nous a remis l'ordonnance, on a acheté ça. (Rafiath, 24 ans, étudiante, célibataire, milieu urbain) ”

Malheureusement, la tentative avec le Cytotec a échoué à cause de l'âge avancé de la grossesse selon elle, mais aussi éventuellement à la non maîtrise de la posologie. Martine pour éviter ces errements a choisi d'aller directement au marché de Tokpa, où elle a d'abord essayé plusieurs refus :

“

Moi je, je me suis dit mais je ne connais pas de médecin qui pourrait me prescrire ce truc. Qu'est-ce que je fais, qu'est-ce que je fais ? Et comme dans le temps, Tokpa était encore bien animé avec les faux médicaments, j'ai dit « il n'y a rien qu'on ne trouve pas là-bas (rire). J'irai chercher ». J'ai été chez une première dame, elle m'a dit « vous cherchez quoi ? », je dis « Cytotec », elle dit « Ah non ! je n'en vends pas einh ! » (rire). J'ai été chez la deuxième personne, « qu'est-ce qu'on appelle comme ça ? ah non, moi je n'en vends pas hein ! ». Je dis humm médicament-là ça a un code, c'est sûr que ça a un code, façon elles répondent « je ne vends pas hein, je ne vends pas hein », c'est peut-être un truc qu'on ne vient pas demander comme ça. (28 ans, en couple, facilitatrice, milieu urbain).

”

C'est finalement un vendeur qui, après avoir remarqué sa présence prolongée dans le marché et après lui avoir expliqué les raisons du refus de ses collègues, a fini par le lui vendre. En plus de déroger à la règle de vente de médicaments comme le Misoprostol, ces commerces informels de médicaments offriront d'autres produits pharmaceutiques dont les effets secondaires induiraient des avortements.

En dehors des distributeurs de médicaments, les femmes et leurs proches se sont aussi approchés de prestataires de soins pour interrompre la grossesse. Soit parce qu'elles ont fait le diagnostic de leur grossesse dans des structures de santé ou juste pour « tenter ma chance », ces femmes ont sollicité l'aide de ces soignants. Elles ont eu, par moment, gain de cause ou ont été orientées vers d'autres prestataires (nous reviendrons sur ces pratiques en rapport avec les soins complets d'avortement dans la prochaine section).

Les logiques guidant le choix des méthodes

Les données de cette recherche montrent que, dans la majorité des cas, le choix de la méthode de l'avortement a été guidé par la quantité d'information dont disposaient les femmes, l'accessibilité aux méthodes d'avortement, mais aussi par leur perception de la sécurité. Ainsi, certaines femmes se sont contentées de la méthode dont elles avaient connaissance alors que d'autres ont eu une opportunité réelle de choisir. Lorsque nous comparons les expériences de Cica et Prisca par exemple (décrites ci-dessus), on voit que Cica a eu accès à des informations plus diverses par le biais d'internet et de son ancien partenaire, et a finalement opté pour un avortement sécurisé en milieu clinique. Prisca, en revanche, n'a pas eu accès à beaucoup d'informations ou de contacts. Elle s'est contentée de ce qui était à sa disposition, se fiant à ce que sa copine et sa mère lui ont conseillé d'utiliser et sans avoir la moindre idée du résultat.

En milieu rural, la majorité des femmes (15 sur 23 résidentes en milieu rural) ont utilisé des tisanes et des décoctions à base de plantes parce qu'il s'agit d'une pratique très connue se transmettant entre femmes et entre générations, mais aussi parce que ces méthodes sont disponibles un peu partout et peuvent être utilisées en toute discrétion (étant donné qu'elles sont utilisées aussi en d'autres intentions). La femme peut donc aller acheter ces décoctions ou les préparer elle-même sans éveiller les soupçons, contrairement aux méthodes telles que le recours aux prestataires qui nécessitent de visiter les centres de santé (chose qui accroîtrait les risques de divulgation). Il en est de même des médicaments divers et des boissons alcoolisées dont l'accès est simplifié (car en vente partout) et dont l'utilisation n'éveille généralement pas de doute et n'expose pas la femme au risque de stigmatisation. Dans certains cas, le choix de ces méthodes d'auto-avortement à partir de procédés néo-traditionnels à base de plantes ou médicaments était lié soit à la confiance en l'efficacité de ces médicaments, soit à des mauvaises expériences personnelles ou vécues par des proches avec l'avortement chez les prestataires. L'une des participantes (23 ans et élève dans un centre de formation en cuisine) a eu un premier avortement dans une clinique, pour lequel le soignant a procédé à un curetage dont l'expérience fut très douloureuse et traumatisante. Lorsqu'elle a été confrontée à une autre grossesse deux ans plus tard, elle a préféré utiliser des décoctions car elle ne voulait pas répéter cette expérience et risquer la mort. Pourtant, la plupart des expériences de complications et de recours aux SAA ont résulté de cas où les participantes ont essayé différentes méthodes par elles-mêmes. Onze des douze participantes ayant eu recours aux SAA, avaient utilisé des décoctions, des tisanes ou des médicaments (Sédaspir, Nivaquine).

Enfin, une des raisons qui a guidé le choix des méthodes traditionnelles, des médicaments ou des boissons alcoolisées, est le manque de moyens financiers. Ce fut le cas de cette vendeuse de 21 ans dans une localité péri-urbaine, qui s'est vu proposer les services d'un *doto* (soignant) contre la somme de 25.000 FCFA (~ USD 50\$). N'ayant pas les moyens pour assumer ces frais, elle s'est rabattue sur des amansins et des comprimés qui lui auraient coûté en tout 300 FCFA (~ USD 0,5\$) :

“

P : c'est pour qu'elle m'aide que je lui en ai parlé mais, finalement, elle n'a plus été utile. Elle m'a dit de trouver 25.000 francs pour qu'elle appelle un *doto* qui va me le faire.

I : ok et pourquoi vous n'avez plus opté pour son choix ?

P : c'est à cause de l'argent. Quand moi je lui ai parlé, je pensais qu'elle avait tisane pour ça et c'est devenu une question financière alors que moi je n'en dispose pas (21 ans, élève en cuisine, célibataire, milieu péri-urbain)

”

Pour ce qui est du recours à des prestataires (à domicile comme dans les structures sanitaires), la principale motivation était la sécurité des services offerts. Malgré la nécessité que cela impliquait de s'ouvrir à d'autres personnes, les participantes expliquent avoir fait ce choix pour éviter des complications, voire des décès :

“

Il m'a dit que son amie lui a dit qu'il y a un médicament qu'on va payer à la pharmacie que je vais boire, je vais mettre ça sur la langue ou quelque part, je ne sais pas trop. Quand il m'a expliqué ça, moi j'ai eu peur de ça, j'ai refusé que je peux pas prendre ça, donc il m'a proposé d'aller à l'hôpital. (...) Bon moi j'ai, j'ai accepté d'aller à l'hôpital, mais je n'ai pas accepté de prendre le médicament de son amie, j'ai accepté d'aller à l'hôpital, que ça serait un peu sécurisé, pour que ça ne pose pas de problème demain. (19 ans, élève, célibataire, milieu péri-urbain)

”

Dans les cas des plus jeunes dont les proches (Par exemple : père, mère, oncle) ont fini par découvrir la grossesse et être impliqués dans le processus décisionnel, le choix aurait été fait par ces derniers. Ils se seraient chargés de trouver l'information, de contacter les prestataires, puis les amener dans les cliniques pour que l'avortement soit effectué.

Dans l'ensemble, lorsque l'on compare les femmes qui ont eu recours à des méthodes néo-traditionnelles à celles qui ont eu recours à des méthodes médicamenteuses ou chirurgicales, on constate que celles qui se sont dirigées vers les médicaments sécurisés comme le Cytotec ou les structures sanitaires avaient un niveau d'instruction un peu plus élevé ou étaient soutenues par leurs proches ou leurs partenaires. Entre outre, il apparaît dans les entretiens que le choix du recours aux soignants ou aux méthodes médicamenteuses était plus fréquent en milieu urbain qu'en milieu rural. Sur les 41 femmes suivies, 18 ont eu recours à un prestataire de soins (dans le privé comme dans le public), dont 14 en milieu urbain et quatre en milieu rural.

Multiplier les tentatives pour s'assurer que ça marche

Les données sur le choix des méthodes et parcours d'avortement dans le département de l'Atlantique montrent aussi un mélange des méthodes et une multiplication des tentatives. En effet, parmi celles qui ont auto-induit leur avortement à base de méthodes néo-traditionnelles, certaines ont cumulé plusieurs méthodes (par exemple : tisane + boisson alcoolisée + comprimés), de manière consécutive ou simultanée, afin de maximiser leur chance de réussir l'avortement. L'histoire de Joséphine en est un exemple :

“

La dame m'a dit d'acheter Kodô et d'aller préparer pour boire ça tiède avec les comprimés de Sédaspir (...). J'ai commencé, mais le Sédaspir qu'elle m'a vendu n'est pas de bonne qualité, parce que ça se casse en morceaux de lui-même. J'en ai tellement pris sans aucun résultat (...).

Deux comprimés, elle m'a dit de prendre deux avec la tisane (...). J'ai pris ça pendant un temps et j'ai compris que ce n'est pas efficace parce que je n'ai pas obtenu le résultat escompté. (40 ans, vendeuse, divorcée, milieu péri-urbain)

”

Suite à cet échec, elle a recherché d'autres comprimés de Sédaspir, racheté le Kodô, et préparé une autre tisane de « feuilles de couleur rouge et la branche est un peu longue, et j'ai cherché seulement quelques feuilles ». Elle a utilisé ces trois remèdes ensemble en deuxième intention pour pouvoir arrêter la grossesse. Le cas de Joséphine montre qu'elle ne s'est pas seulement contentée de prendre plusieurs mélanges, mais a augmenté les doses dans l'espoir que cela fonctionne, non seulement pour le premier mélange, mais aussi pour le second. Si dans le cas de Joséphine elle est parvenue à interrompre la grossesse à la deuxième tentative, d'autres ont fini par recourir à des soignants après l'échec des tentatives qu'elles ont initiées seules.

Il faut souligner que cette combinaison des méthodes et la multiplication des tentatives induisent parfois des complications comme ce fut le cas pour Joséphine et aussi des coûts élevés pour ces adolescentes et ces femmes du fait de la multiplication des tentatives, mais aussi du coût de la prise en charge des complications. Le Tableau 5 ci-dessous donne un aperçu des formes de multiplication de méthodes d'avortement auxquelles les femmes ont eu recours pour provoquer un avortement.

Tableau 5 : Exemple de multiplication de méthodes

Age	Milieu	Méthodes utilisées
19 ans	Péri-urbain	1ère tentative : eau salée, nivaquine + pilules contraceptives 2ème tentative : avortement en clinique
22 ans	Rural	Sédaspir + Kodô
22 ans	Rural	Nivaquine (5 comprimés) + jus de citron
23 ans	Urbain	1ère tentative : deux différentes décoctions à base de plantes médicinales + consultation du Fâ 2ème tentative : avortement dans une clinique.
23 ans	Urbain	Guinness + tisanes + Paracétamol.
24 ans	Urbain	1ère tentative : Cytotec 2ème tentative : Guinness 3ème tentative : médicament inconnu
26 ans	Péri-urbain	Nivaquine + Café
40 ans	Péri-urbain	1ère tentative : Sédaspir avec du vin, suivi par Sédaspir avec Kodô. 2ème tentative : Kodô + Sédaspir + Ibuprofen, Kodô + Sédaspir feuilles rouges

Expérience de l'avortement en soi : quand peur, remords, douleur et stress s'emmêlent

Cica était couchée en position gynécologique sur un lit d'examen, l'air inquiet et perdu, le regard vide et rempli de remords. Les yeux rivés sur le plafond, elle s'exclama en début d'intervention « qu'est-ce que je suis en train de faire ? ooh Dieu ! ». (...) À l'introduction de l'aspirateur, Cica respira bruyamment puis

poussa des sanglots comme si elle voulait pleurer mais n'y arrivait pas, elle sanglotait. Le médecin l'invita à se détendre et à ne pas se durcir mais Cica avait très peur, la respiration bruyante, les difficultés à parler et la façon dont elle bougeait lors du soin en disaient long. (...) Cica se mit à pleurer à chaudes larmes, de grosses gouttes de larmes coulaient sur ses joues. (...) Le docteur lui demanda de le laisser finir son travail avant que l'effet de l'anesthésie ne passe. Mais Cica continua de se plaindre de douleurs, poussa un cri, écarquilla les yeux, fixa le plafond et dit « oh Docteur tchoo [Tcho=Interjection fon et qui inspire la pitié] » Elle respirait bruyamment la bouche ouverte, le gynécologue lui dit que c'est fini, retira l'aspirateur puis vida son contenu dans un plateau que tenait la sage-femme. Cica, tout en sanglots, ferma les yeux et se mit à pleurer. (Notes d'observation, clinique privée, milieu urbain)

Comme décrit dans ces notes d'observation, Cica explique avoir vécu une expérience très difficile avec l'aspiration manuelle intra utérine (AMIU), malgré l'utilisation d'analgésiques et le soutien du médecin. Son expérience est marquée par la peur, la douleur physique et la culpabilité comme on a pu le voir. Ces émotions ont aussi été évoquées par les autres participantes, et se sont parfois traduites par du stress à cause des échecs des tentatives, des difficultés à trouver une méthode ou de l'argent pour payer les frais d'avortement.

Concernant la douleur, celle-ci a varié d'une participante à une autre, suivant les méthodes utilisées. Les AMIU de manière générale ainsi que les autres types d'avortement en clinique ont été décrits comme particulièrement douloureux malgré l'utilisation d'antidouleur dans certains cas. La douleur était aussi présente dans le cas de celles qui ont utilisé des méthodes à bases de plantes ou autres médicaments :

“

J'étais à la maison hey! Mal de ventre hey !! J'ai vu mon père au séjour des morts [son père est décédé], j'avais mal au ventre, on dirait que c'est maintenant je veux accoucher hein, ha non, j'ai eu d'horribles douleurs (...) J'ai cru qu'il allait revenir me trouver morte dans la chambre là même ! J'ai eu mal au ventre comme ça jusqu'à à un moment donné, orrhhh ! j'avais déjà tout cassé dans la chambre hein. Non j'ai roulé au sol fatigué. (Martine, 28 ans, facilitatrice, milieu urbain)

”

Ces douleurs sont accompagnées bien souvent d'un mal-être à l'image de Cécile. Trois jours après la prise des comprimés et de la potion, elle commença par ressentir des malaises qu'elle exprima par « je ressentais des choses », qui se sont manifestées plus tard par un amaigrissement spectaculaire associé à des malaises « je ne me sentais plus du tout bien dans le corps ». Tout comme Martine, Cécile explique avoir eu vraiment peur, essentiellement de mourir. Une autre jeune femme, Chantal, élève de 20 ans dit s'être rappelée les expériences d'autres femmes qui n'ont pas pu sortir vivantes de leurs tentatives d'avortement. Du coup, elle s'est très vite mise à prier demandant à Dieu de l'aider à s'en sortir vivante. La plupart des femmes ont expliqué avoir éprouvé une certaine crainte à l'idée d'avorter et cette peur était encore plus intense lorsqu'elles sont arrivées au lieu de l'avortement ou lorsqu'elles s'apprêtaient à utiliser l'abortif quel qu'il soit.

Face à cette douleur et cette peur, les adolescentes et les femmes ont aussi mentionné l'obligation qu'elles avaient de souffrir en silence pour ne pas divulguer leur avortement, mais aussi parce qu'on leur a ordonné. En effet, Fifa (élève de 15 ans) a fait un avortement dans la maison d'un « docteur » et a été instruite de ne pas crier :

“

J'ai eu mal mais il m'a interdit de crier, quand-même moi j'étais en train de pleurer. (...) il m'a interdit de crier parce qu'il y a les enfants dans la maison (...) il m'a dit de ne plus aller au sexe quoi, parce que j'ai eu mal maintenant non et j'ai répondu oui. (15 ans, élève, milieu rurale)

”

Le cas particulier de cette jeune élève nous montre que la douleur est parfois utilisée comme mesure corrective par certains soignants afin de dissuader les adolescentes et les jeunes femmes à s'engager dans le sexe. Cette punition est faite parfois de commun accord avec les proches, comme ce fut le cas pour Lucrèce dont l'avortement a été effectué par un soignant ami de son père. Avant sa prise en charge, Lucrèce explique que le docteur l'a insultée (après avoir subi un traitement similaire de la part de son

père) et après, il lui a expliqué comment il allait procéder tout en insistant sur la douleur qu'il comptait s'assurer qu'elle subisse. Ensuite, son père l'a laissée seule dans la clinique en lui disant qu'elle pouvait « mourir, que ça ne le concerne pas ».

4. Perceptions et expériences des soins complets d'avortement (SCA)



Nous avons déjà vu que les femmes ont très souvent recours à des méthodes néo-traditionnelles (tisanes, boissons, médicaments divers) pour provoquer leurs avortements, et que le souci de la discrétion et le manque de ressources (réseau de connaissances, argent) avait beaucoup influencé ces choix. Dans certains cas, nous avons vu des femmes chercher de l'aide ou des soins dans un centre de santé pour les SCA, surtout dans les cas où le partenaire masculin, un père, une mère ou un oncle était impliqué dans le parcours d'aide ou de soins. Dans la plupart des cas, ces derniers avaient soit des relations, soit le courage, soit l'argent nécessaire ou soit une combinaison de ces éléments pour aider la femme à accéder aux services d'un professionnel de la santé. Cette section se penche sur l'offre de SCA, du point de vue des soignants, afin de saisir les obstacles et les opportunités pour les femmes d'accéder à des options de SCA de qualité dans le contexte béninois.

Interrogés sur leurs perceptions quant à l'offre de soins complets d'avortement, les discours des soignants (gynécologues, sages-femmes, comme infirmiers) mettent en exergue trois postures. La première catégorie voit dans les SCA « l'interruption de la vie de l'enfant à naître parce que la vie commence depuis la fécondation ». Ces soignants dont les perceptions sont fondées sur leur appartenance religieuse et leur éducation ne conçoivent les SCA que lorsque ceux-ci sont motivés par des impératifs médicaux (comme stipulé dans la loi) tels une grossesse mettant en danger la vie de la femme, ou une malformation fœtale. Certains soignants étendent ces exceptions aux grossesses issues de viol ou d'inceste qu'ils qualifient de situations médico-sociales en raison de la violence que ces grossesses impliquent :

“

La troisième circonstance, c'est des circonstances moins formelles du point de vue médical, ce sont des grossesses issues de viol, d'agressions sexuelles ou d'inceste. Ce ne sont pas des raisons médicales mais plus sociales. En fait, là encore, je n'ai pas de problèmes particuliers pour l'interruption. Donc c'est la catégorie des interruptions pour raisons disons médico-sociales. (Soignant, structure de référence, milieu urbain)

”

Hormis ces cas de figures, la plupart de ces soignants sont fortement opposés à l'offre de soins complets d'avortement volontaire comme l'explique cette participante :

“

Moi particulièrement, je n'offre pas ce service, je suis contre et ma foi me l'interdit, je ne peux aider à supprimer une vie mais je connais des collègues qui le font en privé donc si je sensibilise la femme et je constate qu'elle y tient, je l'oriente tout simplement vers ces collègues (Soignante, structure de référence, milieu urbain)

”

Les soignants se verraient constamment rappeler cet interdit et ces valeurs par les proches pour prévenir toute tentation de ne pas les respecter :

“

On m'a toujours dit depuis que j'ai soutenu et je suis rentrée, le jour que je suis rentrée, ma maman m'a appelée voilà, tu as ton diplôme, tu n'as pas été formée pour tuer des bébés, c'est pour donner des vies, je t'en prie faut jamais accepter sauf si la vie de la maman est en danger. C'est ce qu'elle, elle m'a dit le soir quand je suis rentrée. (Soignante, centre de santé primaire, milieu rural)

”

Ces professionnels peuvent refuser catégoriquement d'offrir des services d'avortement présentés comme contraires à leur valeur, mais surtout au regard de la loi qui vient renforcer leur position. Il ressort de nos données que ces soignants travaillent à convaincre les femmes de garder leur grossesse en leur rappelant la loi, les risques de l'avortement clandestin, mais aussi en leur proposant des services gratuits de CPN et d'accouchement. En témoignent ces propos d'un des soignants interviewés :

“

Qu'est-ce que je fais lorsque des femmes viennent solliciter les services d'interruption de grossesse ? (...) lorsque c'est une IVG pure et classique donc aucune raison médicale derrière, la première chose que je fais c'est d'examiner, de confirmer l'existence de la grossesse et de confirmer sa localisation intra-utérine par une échographie pelvienne. La deuxième chose que je fais c'est de comprendre les raisons de la demande d'interruption de la grossesse. La troisième chose que je fais habituellement c'est d'essayer de proposer d'autres solutions autre que l'interruption de la grossesse (...) y compris même suivre sa grossesse gratuitement jusqu'à l'accouchement et même de réaliser gratuitement son accouchement. (Soignant, structure de référence, milieu urbain)

”

Selon ces soignants, lorsque leurs conseils et les propositions échouent et que la femme aura certainement malgré tout recours à l'avortement, parfois ils l'orientent vers des collègues ou des centres qui offriraient ces services de manière sécurisée. En effet, les soignants disent travailler en réseau et connaître des pairs ouverts à ces services ou susceptibles d'offrir ces services :

“

On se connaît, parmi nous on connaît ceux qui sont, en première année, deuxième année, troisième année, quatrième année, ceux que ça ne gêne pas et ceux dont la, c'est-à-dire comment je vais dire, ceux dont les conditions religieuses empêchent ou bien ils ne sont pas convaincus de le faire. (Soignant, structure de référence, milieu urbain)

”

Par ailleurs, il faut souligner que cette deuxième catégorie de prestataires, les prestataires « ouverts » aux soins complets d'avortement volontaire, sont difficilement identifiables à cause des implications de leur pratiques (les risques juridiques mais aussi sociales). Cette catégorie était aussi initialement opposée à l'avortement. La confrontation à des situations aurait contribué à transformer leurs valeurs et leurs positions sur la question des avortements provoqués. Dans certains cas, cette transformation serait intervenue pendant leur formation professionnelle ; dans d'autres cas, au fil de leur interaction avec des patientes comme ce fut le cas pour cette participante :



Moi quand j'ai fini la formation j'ai juré ne pas faire ça, avortement complet j'ai juré de ne pas le faire, et même pendant les années les gens venaient et je refusais d'offrir ces services. Il s'est fait qu'il y a une dame qui est venue pour que je lui offre ces services, c'est une connaissance d'une de mes patientes, elle est venue ici elle a présenté son cas. Le jour-là elle a parlé, j'ai dit que je ne fais pas, elle a tout dit, après ça elle a été ailleurs. Quand elle a été ailleurs j'ai rencontré, je crois trois ou quatre mois après, ma patiente qui l'avait envoyée ici et je lui ai dit « ah toi tu m'as envoyé un tel cas ici non ? pourquoi m'as-tu envoyé une chose pareille ? » et elle m'a dit « maman, la dame est allée faire ça ailleurs et elle est décédée !! ». Quand elle m'a dit ça j'ai eu la chair de poule, je me suis dit je pouvais lui faire ça parce que moi j'ai appris dans ma formation et même par l'aide d'autres formateurs sur le terrain à faire l'avortement sécurisé et si je n'ai pas utilisé mon savoir-faire pour sauver des vies alors que j'ai prêté serment pour sauver des vies. Le jour-là, ça m'a fait mal parce que je vois la fille, son image comme ça, en fleur de jeunesse, je la voyais le jour-là me supplier « maman pardon, aidez-moi !! » et j'ai dit je ne fais pas, et elle est partie, je me suis dit si je l'aidais à faire ce service-là peut-être qu'elle serait encore en vie parce qu'il paraît qu'après ça elle est rentrée et elle a saigné et puis bon, elle a saigné, elle a saigné, elle a saigné, on l'a emmenée à l'hôpital elle en est morte. (Soignante, milieu urbain, structure privée)



Ces expériences conduiraient donc ces soignants à prioriser les raisons qui poussent les femmes à rechercher les avortements, et à leur offrir les services pour éviter qu'elles ne risquent leur santé ou leur vie. La formation dont fait cas ce prestataire inclut les procédures pour l'interruption de grossesse (interruption médicamenteuse et AMIU), mais aussi d'autres composantes telles que l'offre de counseling et de contraceptifs, ainsi que des formations sur la clarification des attitudes et la transformation des valeurs pour améliorer les rapports avec les bénéficiaires et la qualité des services.

Il est important de noter que certains soignants fondamentalement opposés à l'IVG et chez qui la transformation des valeurs ne se serait pas opérée ou serait en cours se retrouveraient à offrir ces services à cause de la manne financière que cela représente ou parce que cela rentre dans les prérogatives de leur employeur. Par conséquent, la tension morale qui les habite entre leurs valeurs contre l'avortement et la nécessité d'offrir ces services se reflète dans la qualité des soins offerts. Le cas de Cica toujours, qui a bénéficié à deux reprises de ces SCA est illustratif des pratiques de ces deux types de soignants offrant des services de SCA. En effet, elle a eu une première expérience de grossesse non désirée qu'elle n'a pas voulu garder car elle ne se sentait pas « prête ». L'auteur de la grossesse l'a donc amenée dans un centre de santé offrant des services de SCA où elle a bénéficié d'une IVG médicamenteuse dans une interaction difficile et « humiliante » avec la soignante. Elle aurait subi un interrogatoire très brusque, qu'elle a trouvé déplacé ainsi que des injures quant à son style de vie, le fait qu'elle fasse « ses affaires » et que les soignants soient obligés d'en faire les frais :



Elle mâchait un chewing-gum et elle faisait son malin, la sage-femme là [...]. Je te jure, elle m'a dit, « maintenant où est la personne qui t'as mise enceinte ? ». Des trucs bizarres, des questions bizarres, « maintenant lui, il est là-bas, toi tu es ici », des trucs, thrrr, des choses bizarres quoi. Et elle dit que « Anh et maintenant, pourquoi tu ne peux pas garder? Quand tu étais en train de faire [rapports sexuels] tu ne savais pas ». Elle m'a trop, elle m'a vraiment embêtée quoi. Je ne pouvais même pas pleurer et j'ai dû garder le silence, je ne pouvais pas pleurer. (Cica, 23, étudiante, milieu urbain)



Cette agressivité a continué même pendant le rendez-vous de contrôle durant lequel la prestataire « *voulait me faire truc-là, elle m'a dit de monter, de me déshabiller et tout et pour me regarder[examiner] elle me fait 'Koun [sorte d'insulte], on vous dit de bien faire la chose, comment tu as fait et tu es tombée enceinte même, regarde comment la chose est tout fermé [vagin], comment tu as fait pour tomber enceinte même ? Comment la chose [le pénis] a fait jusqu'à entrer dedans [le vagin]'. Des trucs bizarres quoi, franchement, elle m'a offensée la dame-là, elle m'a trop offensée* ».

Elle obtint ainsi son avortement sécurisé et reprit le cours de sa vie. Malheureusement, ayant refusé l'offre de contraceptifs dans le cadre des SCA par peur des effets secondaires, elle s'est retrouvée de nouveau enceinte deux ans plus tard suite à un mauvais usage du préservatif avec son copain. Ne se sentant toujours pas « prête », elle est arrivée à convaincre son petit ami pour l'avortement. Son ex-ami, responsable de la première grossesse, l'a aidée à trouver le contact d'un autre soignant offrant de tels services. Contrairement à sa première expérience, elle qualifie ce dernier de très doux, professionnel et attentionné :



En fait, il a une manière de parler avec les gens, c'est quelqu'un de très calme et bon, je ne sais pas, il est simple. Parce que, le fait que, si par exemple, il était agressif avec moi comme les autres dames qui posaient trop de questions, lui par exemple, il ne m'a pas demandé forcément pourquoi tu veux faire ça ? Qui t'a envoyé ici ? Des trucs comme ça, il ne m'a pas demandé. C'est qu'une fois il m'a demandé qui t'a envoyé ici et j'ai dit j'ai eu son numéro par l'intermédiaire d'un ami à un cousin et c'était un Dr. (Cica, 23, étudiante, milieu urbain)



En somme, tandis que Cica était au centre de l'attention du second prestataire, la première a manqué d'empathie avec des propos moralisateurs et insultants, exprimant sa frustration face à la violation des normes par Cica, mais aussi à sa propre tension morale. Bon nombre de femmes ayant bénéficié de soins auprès de ce type de prestataires, ont relaté des expériences similaires.

La troisième catégorie de soignants sont ceux qui seraient dans l'entre deux, ni pour, ni contre l'interruption volontaire de grossesse.



Il y a ceux qui n'ont pas une position tranchée mais qui, compte tenu de la situation, peuvent le faire ou peuvent ne pas le faire. (Soignant, structure de référence, milieu urbain)



Ces soignants seraient aussi confrontés au quotidien à des requêtes de services d'avortement qui en appellent à leur sensibilité, mais n'oseraient pas les offrir à cause du cadre légal qui pourrait les inquiéter.

Concernant les coûts des SCA, ils ont varié d'une femme à une autre suivant une multitude de paramètres tels que la méthode utilisée (AMIU ou avortement médicamenteux), l'établissement, le prestataire ou la structure et la capacité de la femme ou ses proches à négocier. Rentre aussi en ligne de compte le type de relation entre la cliente, la personne qui l'accompagne ou la référente et le professionnel offrant la prestation. Cica a payé au total 70.000 FCFA (~ USD 140\$) pour son second avortement (y compris les frais de consultation, les examens divers et l'acte lui-même facturé à 30.000 FCFA). Une autre participante a, quant à elle, payé 30.000 FCFA (~ USD 60\$) dans une autre clinique, après avoir réussi à négocier le prix à la baisse.

5. Soins après avortement (SAA)



Après que le partenaire de la jeune élève Umeh (dont l'histoire a été évoquée dans les sections précédentes) ait initié son avortement à son insu, elle a commencé à se sentir mal, avec des douleurs au ventre et aussi des saignements. Sa grande sœur qui a remarqué son état a appelé leur mère pour l'en informer. Sa mère, sans savoir ou soupçonner quoi que ce soit, l'a amenée dans un centre de santé de son village où les soignants ont diagnostiqué une crise de paludisme et l'ont hospitalisée pendant deux jours pour des soins. Le lendemain de sa sortie d'hôpital, elle recommença à avoir de vives douleurs au ventre accompagnées de saignements. Pour éviter que sa sœur et son père s'aperçoivent de son état, elle a essayé de supporter la douleur et les saignements en silence pendant deux jours. Au troisième jour et toujours en proie à des douleurs, quelque chose tomba entre ses jambes alors qu'elle était allée uriner. Elle informa donc son petit ami qui alors lui avoua avoir provoqué l'avortement. Umeh pensa alors que tout était fini quand le surlendemain, elle commença à saigner abondamment. Elle se résolut donc à informer son père, qui à son tour appela sa mère. Elle fut ramenée dans le centre de santé du village de sa mère, où après interrogatoire de l'infirmière, Umeh finit par avouer la grossesse et l'avortement :

“

Je lui ai dit que j'avais raté mes règles et j'avais fait un test de grossesse, que j'étais enceinte, que j'étais venue à l'hôpital, on m'a traité le paludisme. Après cela, le vendredi, la nuit-là, j'avais les maux de ventre et j'avais pris un médicament, Dolamine, c'est après cela que j'avais commencé par saigner et je lui ai dit ça. Elle m'avait dit que Dolamine ne pouvait pas provoquer ça, et je lui ai expliqué ce qui s'est passé, que mon copain m'avait donné des comprimés (...) et elle, elle m'a demandé que c'était quels comprimés et j'avais dit que je ne connais pas.

”

L'infirmière partagea cette information avec la mère d'Umeh, et tenta tant bien que mal d'arrêter l'hémorragie. Mais devant la persistance des saignements, l'infirmière prit la décision de les référer dans un centre hospitalier où les soignants ont établi le diagnostic d'un « avortement incomplet suite à la prise de quatre comprimés sur grossesse ». Après ce diagnostic, elle a été, dans un premier temps, traitée avec du Misoprostol par les soignants, qui par la suite ont dû procéder à une AMIU devant la persistance des saignements. Elle fut gardée en observation pendant deux jours dans le centre de référence avant de regagner son domicile.

Le cas d'Umeh met en exergue les complications auxquelles de nombreuses femmes se confrontent lorsqu'elles tentent d'interrompre une grossesse avec différents moyens populaires et médicaux. Dans

cette recherche, 12 participantes sur 41 ayant eu recours à l'avortement ont été confrontées à des complications qu'elles ont géré de différentes manières, y compris en ayant recours aux structures de santé pour des SAA. Le cas d'Umeh met aussi en lumière le processus décisionnel pour recourir aux soins, y compris l'interprétation des signes de complications, les personnes impliquées, ainsi que le type de soins dont elles sont susceptibles de bénéficier dans les structures de soins. Cette section sera consacrée à ce processus de recours aux SAA.

Gestion des complications et recours aux soins

La reconnaissance et la gestion des complications commencent par l'interprétation des signes. Si Umeh, parce qu'elle ignorait son avortement, a associé ses premiers saignements à un retour difficile de ses règles, les autres adolescentes et femmes, quant à elles, s'y attendaient ou avaient été informées du risque de saignements et de douleurs. De fait, elles n'ont pas toujours perçu ces saignements comme des complications et un signe de danger. C'est la persistance et l'ampleur des saignements et des douleurs qui ont fini par leur faire prendre conscience que « quelque chose ne tournait pas rond ». Il s'agit par exemple de violentes douleurs qui « clouent sur place » ou des saignements sous forme de caillots et qui maintiennent la femme dans les toilettes comme ce fut le cas de Martine :



Dans un premier temps, j'étais contente, je me suis dit « voilà enfin l'expulsion aura lieu », sauf que les saignements ont commencé et ne se sont plus arrêtés hein. J'ai, j'ai tenu comme ça sur plusieurs jours. A un moment donné, je ne pouvais même plus aller nulle part hein, parce que je saignais tout le temps abondamment. Donc même à la maison j'étais quasi H24 [24h/24] à la douche, j'avais des caillots de sang qui sortaient tout le temps 'gouglou glou glou glou glou'. (...) J'étais faible, anémiée, j'allais mourir hein, hum. (28 ans, facilitatrice, milieu urbain)



Malgré ces saignements qu'elle savait anormaux, Martine a décidé de ne pas se rendre dans un centre de santé pour des soins par crainte de la réaction des soignants et par crainte que ses proches et ceux de son compagnon découvrent qu'elle était enceinte et avait avorté :



Mais je ne suis pas allée à l'hôpital hein, j'irai leur dire quoi à l'hôpital ? Que j'ai introduit graine d'arachide pour avorter ? Et ce qu'il [le partenaire] veut? Lui il veut éviter que la famille soit au courant que je suis enceinte encore jusqu'à on veut avorter et tout et j'irai me retrouver à l'hôpital? j'ai supporté ça hein. (28 ans, facilitatrice, milieu urbain)



A la place, elle a fait appel à une amie à qui elle a suggéré d'aller chercher une tisane vendue par une dame qui l'avait aidée quelque temps auparavant à soigner des règles abondantes. Cependant, comme elle n'arrivait plus à se tenir debout et se déplaçait sur le ventre, son amie, devant la gravité de son état, a préféré chercher de l'aide auprès d'un ami infirmier. D'autres jeunes femmes interviewées ont aussi expliqué que, par peur de la réaction des soignants et de la publicisation qu'implique le recours aux soins, elles ont choisi de « prendre sur moi », de « supporter » la douleur ou les saignements, surtout lorsqu'elles perçoivent cela comme une punition de Dieu pour avoir avorté. Certaines femmes ont préféré recourir à l'automédication à base d'antidouleurs, d'antibiotiques ou de plantes comme le Kodô (une racine amère connue pour ses propriétés abortives) ou les feuilles d'acacia pour gérer la complication :



Je me suis contentée de beaucoup d'eau chaude, des tisanes, et tout. J'ai eu de la chance peut-être. (18 ans, célibataire, élève, milieu rural)



Suivant la gravité de leur état, ces remèdes ont marché pour certaines participantes, tandis que d'autres ont fini par aller vers des structures de soins privées ou publiques. Il faut noter que certaines femmes, après avoir supporté et caché la douleur et les saignements pour garder leur secret, ont fini par informer

leurs proches comme l'ont fait Umeh et Martine pour bénéficier de leur aide. Ces derniers se sont alors chargés de prendre la décision de les amener pour les soins. Il arrive aussi que la jeune femme garde le secret autour de son mal jusqu'à perdre connaissance, ce qui amène les proches à prendre le relais dans la gestion de la complication. L'ami infirmier de Martine était venu chez elle dans l'intention de la soigner à domicile, avant de réaliser que son état nécessitait plus que cela lorsqu'elle a perdu connaissance :

“

Je lui ai dit la vérité, que j'ai fait l'avortement mais que je, je n'ai pas fait le suivi qu'il faut, il a dit Ah que c'est grave. L'état dans lequel il m'a vu, il était venu lui pour me faire juste une injection mais il a dit c'est [...] c'est devant eux je me suis évanouie et ça a commencé par aller dans tous les sens ! Ce sont les voisins qui ont dû aller alerter et trouver une voiture kpatakpata au quartier. Je n'étais même pas consciente quand je suis arrivée à l'hôpital. (28 ans, facilitatrice, milieu urbain)

”

Si dans son cas ses amis qu'elle a informés ont fait le choix de l'emmener immédiatement dans un hôpital pour sa prise en charge, pour d'autres femmes les parents se sont retrouvés à tenter d'autres recours avant de parvenir à la structure adaptée. L'un dans l'autre, la crainte du stigma et les errements dans la recherche de solutions retardent l'accès aux soins de ces patientes aboutissant à des complications très graves, voire des décès dont les cas ont été rapportés par plusieurs participantes :

“

Il y avait une dame dans notre quartier que je connaissais et elle a fait un bébé, tu vois un peu? Quelques temps encore, pas longtemps, elle est tombée encore enceinte, paix à son âme, elle est décédée après. Euh personne ne savait, ce qui a été dit après le décès, c'est qu'elle a fait avortement, donc elle a pris le Kodô en question avec d'autres médicaments, ce qui a fait que ça a tué le fœtus dans son ventre. Mais le fœtus n'est pas sorti et ça a commencé par pourrir, pourrir son utérus tout ça-là donc, ce qui fait qu'elle a commencé par sentir les maux de ventre après, elle est partie à l'hôpital, c'était trop tard. On lui a fait l'opération, elle est décédée. (23 ans, célibataire, étudiante, milieu urbain)

”

Durant les observations dans les structures sanitaires, nous avons été témoin du décès d'une jeune femme qui a été admise tardivement et pour qui les soignants n'ont rien pu faire. L'une des participantes a aussi été admise avec des plaies avancées au niveau des parties intimes qui rendaient impossible le diagnostic comme l'expliquait un des soignant pendant sa prise en charge :

“

Telle qu'elle a des plaies partout entre les jambes et le vagin, on ne peut rien. Si ses parents honorent bien les ordonnances, on verra si après 72h de tri-antibiothérapie sa santé permettra de lui faire une échographie pour voir ce qui se passe à l'intérieur. Dans son état actuel, il n'y a que les injections pendant 72h avec possibilité de passer aux comprimés plus tard si tout se passe bien. Si jamais on met le doigt maintenant ou le spéculum ou autres instruments, ça risque de s'enfoncer avec les débris ce qui pourrait créer une inflammation et une infection beaucoup plus grande. Dans son état actuel, pas d'échographie, pas d'AMIU (Soignant, structure de référence, milieu rural).

”

Son état a finalement nécessité quasiment un mois d'hospitalisation et des soins onéreux.

Disponibilité des services SAA

Toutes les structures sanitaires du département de l'Atlantique n'étaient pas en mesure d'offrir des soins après avortement pour diverses raisons, surtout lorsque l'état de la femme nécessitait une AMIU. Par exemple, les deux centres de santé primaires où nous avons collecté les données, ne disposaient pas d'agent formé ou du matériel approprié (par exemple le kit AMIU) pour offrir ces services de SAA :

“

Non je n'ai encore fait rien du genre [formation] si par hasard vous qui faites ce travail en programmez, nous allons le faire. (Soignante, milieu rural)

”

“

On n'a plus l'appareil d'AMIU parce que la dernière fois j'ai constaté que c'est l'anneau qui reste au niveau du piston qui est perdu. Or sans l'anneau l'appareil ne peut plus fonctionner. Donc on a plus de matériel pour faire l'AMIU du coup on réfère les femmes qui veulent faire l'AMIU vers un hôpital. (Soignante, milieu rural)

”

Par conséquent, ces structures choisiraient de référer vers d'autres structures les patientes qui se présentent avec des complications, surtout pendant les gardes tenues le plus souvent par les aides-soignantes qui ne bénéficient d'aucune formation :

“

Elle a perdu son bébé aux environs de 3 heures du matin. Suite à cela, elle a été accompagnée dans un centre de santé par son mari. C'est une structure publique. L'équipe de garde du centre de santé leur a juste ouvert une petite fenêtre pour savoir la raison de leur visite. Après explication, quelqu'un leur a dit d'aller directement à l'Hôpital de Zone, elle n'a pas pu voir la personne puisqu'elle n'est pas sortie pour lui parler. Elle a donc quitté ce centre pour venir à l'hôpital de Zone (Notes d'observation)

”

Toutefois, en fonction de l'état des patientes, certains soignants comme dans le cas d'Umeh, tentent de les prendre en charge au moyen de curetage digital, de perfusion ou de traitement antibiotique. Mais Umeh a fini par être référée vers une autre structure à cause de l'importance de ses saignements et parce que le personnel soignant était dans l'incapacité d'évacuer l'utérus.

Bien que les sages-femmes comme les gynécologues, formés et disposant des équipements requis, puissent offrir les services de SAA au Bénin, nous avons noté dans deux des structures de santé que les sages-femmes réfèrent systématiquement les cas d'AMIU aux gynécologues soit pour des raisons liées à la politique d'un des centres suite à l'emprisonnement d'une sage-femme, soit aussi pour des raisons de convenances personnelles :

“

En entrant dans la salle de garde pour me changer, j'ai vu la sage-femme qui venait de quitter la garde et qui discutait avec une autre dame. De ce que j'ai entendu de leur conversation, il semblerait qu'il soit question d'une collègue décédée qui aurait fait la prison pour une AMIU qui aurait mal tourné. Et la sage-femme disait qu'elle personnellement n'aime pas du tout faire les AMIU et avec ce qui est arrivée à l'autre dame, elle est encore plus réticente. (Notes d'observation)

”

Du fait de ce manque de formation et d'équipements, mais aussi de ces convenances personnelles des soignants, les patientes finissent souvent par être référées vers d'autres collègues ou d'autres centres, ce qui retarde leur accès aux services de SAA, met leur vie en danger et induit des coûts importants. Ces coûts par exemple amèneraient les patientes et leur famille à refuser parfois les références, donnant lieu à des négociations :

“

Souvent quand tu veux les référer, par exemple la femme qui a saigné maintenant, si au moment où elle est arrivée et nous on ne disposait pas de notre appareil pour faire pratiquer l'AMIU et qu'on leur demande d'aller à l'hôpital elles n'aiment pas- elles n'aiment pas du tout” (Sage-femme, structure de santé primaire, milieu rural).

”

Interactions prestataire-patiente pendant les SAA

Pratiques autour du diagnostic des cas d'avortement

Lorsque les patientes sont admises dans les structures sanitaires primaires comme de référence, les soignants procèdent de diverses manières pour savoir s'il s'agit ou non d'un avortement, et de quel type d'avortement il s'agit (spontané ou provoqué, incomplet, en cours). Les approches courantes seraient l'examen clinique et l'interrogatoire de la patiente. Toutefois, nous avons noté la systématisation de l'échographie comme outil de diagnostic. Si l'échographie permet de poser un diagnostic « sûr » selon les soignants (confirmation de la présence ou non d'une grossesse, grossesse viable ou non, débris ovulaires...), son accessibilité pose parfois problème surtout en milieu rural et dans les cas où les patientes manquent de ressources pour honorer les prescriptions :

“

Nous n'avons pas l'appareil pour faire l'échographie ici donc si c'est les cas d'avortement, nous les référons vers X [ville la plus proche] ou tout autre endroit où elles seront bien prises en charge. (Aide-soignante, structure de santé primaire, milieu rural)

”

S'agissant de faire la différence entre avortement provoqué et avortement spontané, les soignants expliquent qu'il est souvent difficile de faire ce type de diagnostic du fait de la similitude des tableaux cliniques, mais aussi du secret qui entoure la pratique. En effet, certaines patientes iraient jusqu'à risquer leur vie en taisant l'information, comme ce fut le cas d'une des patientes décédées :

“

Le monsieur lui [une sage-femme] a répondu « quand on parle à un enfant et il n'écoute pas les conseils de ses parents, voilà les conséquences, elle est morte, c'est Sédaspir 10 comprimés qu'elle a pris sur la grossesse pour avorter, on n'a pas vite appris mais on ne pouvait aussi pas dire ça à l'hôpital de peur que les doto [soignants] refusent de la soigner, pourtant ce qui doit arriver est arrivé, ça servira de leçon à ses sœurs et copines, la maman souffre énormément ». Tout le monde était ébahi, la sage-femme a pris la parole « nonnnn, ce n'est pas vrai, qu'est-ce que la fille là a fait comme ça ? C'est dommage ! peut-être que si vous aviez dit ça dès votre arrivée à l'hôpital, les médecins auraient pu mieux faire. Vous n'auriez pas dû cacher la vérité, c'est trop tard maintenant, paix à son âme ». (Notes d'observation, structure de référence, milieu urbain)

”

Tandis que certains soignants se contentent juste de poser le diagnostic d'avortement et de procéder à l'évacuation de l'utérus, certains se baseraient sur les aspects cliniques tels que l'abondance des saignements et l'état du col pour poser leur diagnostic :

“

C'est la manière dont elle saignait qui nous a amené à lui poser ces questions pour savoir la prendre en charge. C'est de cette manière qu'on procède avant qu'elles ne disent la vérité sinon elles ne le disent jamais. Parce que si la personne n'a rien pris sur la grossesse et commence par saigner nous autres avons des signes pour reconnaître ça et si elle prend aussi des choses cela donne un autre signe. (Soignante, structure de santé primaire, milieu rural)

”

Comme illustré dans les propos de cette soignante, le tableau clinique est souvent associé à un interrogatoire, qui peut s'avérer long et accompagné parfois de menaces :

“

Le soignant qui était venu du bloc lui a demandé ce qu'elle a avalé et elle a dit qu'elle n'a rien pris du tout. Il lui a dit qu'on allait l'amener à l'écho et que l'écho allait révéler toute la vérité. Il lui dit que si elle mentait, après l'écho il l'enverrait en prison (Notes d'observation, structure de référence)

”

Ces interrogatoires mettent en mal les rapports entre les soignants et les patientes avec d'une part des soignants qui perçoivent les patientes comme ne disant jamais la vérité, et les traitant de menteuses, et d'autre part des patientes qui se sentent agressées et stigmatisées. Une participante nous relate son expérience :



Oui le docteur a commencé par me poser des questions, ouhoun ! A son arrivée, il est venu m'examiner, il est venu voir mes entrejambes et m'a demandé ce que j'ai pris jusqu'à avoir des plaies, il m'a demandé ce que j'ai pris sur la grossesse et voulait aussi savoir comment la fausse couche s'est passée. Donc, la manière dont il me parlait était un peu brutale, mais je lui ai répondu, je lui ai dit que j'ai pris tel, tel et il m'a dit que je ne dis pas la vérité, mais je lui ai dit que c'est la vérité que j'ai pris Sédaspir et Kodô et il m'a dit que je mens. Mais je lui ai dit que je n'ai rien pris d'autres. (40 ans, divorcée, vendeuse, milieu péri-urbain)



Communication soignant-patiente

Selon les soignants interviewés et les informations obtenues lors de nos observations, il existe deux principales procédures pour l'évacuation du produit de conception (ou débris utérins) : la méthode médicamenteuse et l'AMIU. Le choix des procédures se ferait suivant l'état de la patiente au moment de son admission, mais aussi de la politique interne des structures sanitaires. Dans une des structures de référence par exemple, l'évacuation médicamenteuse était l'option par défaut, sauf pour les avortements hémorragiques :



En première intention, c'est la méthode médicamenteuse pour toutes les grossesses qui sont euuh, pour les avortements incomplets, méthode médicamenteuse sauf lorsqu'il y a une hémorragie importante. Donc on est obligé d'agir dans l'urgence pour interrompre l'hémorragie. En ce moment-là, on fait la méthode chirurgicale, l'AMIU. (Soignant, structure de référence, milieu urbain)



La seconde structure quant à elle oscillait entre les deux procédures, et parfois le curetage, suivant le niveau d'ouverture du col et la quantité des débris ovulaires :



S'il est incomplet [l'avortement] on fait un curetage si au moins deux doigts peuvent entrer. Si deux doigts ne peuvent pas entrer dans le col, on fait une aspiration manuelle intra-utérine, si les débris sont importants, plus de 17mm, moins que ça, on peut utiliser le, comment on appelle ça, Misoprostol par voie orale pour faire expulser le reste et on leur prescrit l'ordonnance dite du post-abortion (Soignant, structure de référence, milieu péri-urbain)



Concernant l'implication des patientes, nous avons constaté à travers nos observations dans les structures sanitaires et dans nos entretiens avec les patientes et soignants que dans la majorité des cas, les femmes n'étaient pas associées au choix des procédures, même lorsqu'elles se présentent avec un état sans hémorragie. Elles sont le plus souvent simplement informées qu'on va leur *klohomy* (littéralement laver le ventre en Fon), des produits à acheter et du coût de l'acte. Or selon les soignants, la norme à la réception d'une patiente, voudrait qu'ils prennent le temps de discuter avec elle pour établir et communiquer le diagnostic, expliquer la procédure de prise en charge et, dans la mesure du possible, impliquer la femme dans la prise de décisions. Le non-respect de cette norme s'expliquerait entre autres par leur charge de travail qui ne leur laisserait pas le temps d'établir ce type de communication, surtout dans les centres de référence qui reçoivent un nombre important de cas urgents :



[Soupir] le problème c'est que tu n'as pas toujours le temps en toute honnêteté de prendre le temps vraiment, avec tout le monde, tout le temps. Faut aussi admettre qu'à force de ne pas toujours le faire aussi, on rentre dans une mécanisation de la conduite à tenir et voilà. Des patients

qui nécessitent peut-être un peu plus d'attention, n'en bénéficient peut-être plus vraiment. (Soignant, structure de référence, milieu péri-urbain)



En dehors du manque de communication quant aux procédures, quelques patientes ont aussi relevé l'antipathie et le manque de respect de certains soignants. Cela s'est illustré à travers les longs interrogatoires pour qu'elles avouent leur avortement, le discours moralisateur par rapport à l'avortement, les gestes brusques pendant les procédures, les insultes comme la qualification de menteuses, les menaces :



Ils m'ont insultée à [les soignants]. Ils m'ont dit que comme je savais que ça allait se passer de la sorte, pourquoi alors je n'ai pas fui ça jusqu'à tomber enceinte. (16 ans, célibataire, élève, milieu urbain)



Respect de la vie privée et de confidentialité

La confidentialité dans les questions de santé en général et de l'avortement en particulier est capitale car, pour les femmes, se rendre dans un centre de santé pour parler des complications d'avortement est un sujet gênant. Pour cela, la protection de la vie privée des patientes serait obligatoire selon les agents de santé. Toutefois, nous avons noté que les espaces de soins et les interactions manquaient souvent de ce respect de la vie privée. Dans certains centres, la disposition de la salle d'accueil et le faible niveau d'insonorisation rendaient audible les échanges entre les patientes et les soignants par les autres patientes qui attendent dans la salle d'attente. De fait, cela ne permet pas aux patientes d'avoir une certaine intimité pour exposer leur problème. C'est seulement au cours de la consultation proprement dite que la patiente dispose d'un peu d'intimité. Quant à l'AMIU, elle se faisait le plus souvent dans la salle d'accouchement où se trouvent des parturientes, qui deviennent alors témoins des interrogatoires précédemment mentionnés.

Coût de la prise en charge

Le coût de la prise en charge d'un cas de complication liée à l'avortement n'était pas standard. Ce coût variait selon le centre de soins, les types de soins offerts et la gravité de la complication. Les notes suivantes donnent un exemple du montant et des éléments impliqués dans le coût, et des contraintes que rencontrent parfois les patientes pour honorer ces frais :



Vers 15h30, en arrivant sur son dossier, SF [une sage-femme] l'a appelé et lui a prescrit les antibiotiques oraux et les pilules Laafia en lui disant que c'était fini et qu'elle pourrait rentrer dès qu'elle aurait payé l'acte d'AMIU (qui s'élèvent à 15.000 francs) et les autres frais d'hospitalisation. Elle a pris son ordonnance et est retournée se coucher dans son lit. Après un moment, elle est revenue voir SF en tenant son téléphone et lui disant que son parent voudrait lui parler. De ce que j'ai compris, le parent en question travaille dans l'hôpital et voudrait qu'on la libère sans qu'elle n'ait à payer la facture. SF a expliqué à la personne que ce n'est pas à son niveau à elle que le billet de sortie se délivre et qu'elle risquait de se compromettre en lui enlevant le cathéter sans avoir vu le billet de sortie et que le mieux serait que le parent en question négocie directement avec les gens de la caisse ou de la sortie pour qu'ils la laissent partir, quitte à ce qu'il vienne régulariser après. (Notes d'observation, structure de référence)



La patiente admise avec des plaies dont nous avons évoqué le cas précédemment s'est retrouvée avec une facture d'environ 60.000 FCFA (~ USD 120\$). Malgré les aides qu'elle a reçues de ses proches, elle a quitté le centre difficilement car il lui manquait 10.000 FCFA (~ USD 20\$) pour payer la totalité des frais. En effet, un des traits communs de la majorité des patientes est leur difficulté à régler les frais de leur prise en charge. Dans ces cas de figure, elles libèrent les chambres mais n'ont pas le droit de rentrer à la maison. Ainsi, dans certains centres publics, nous avons constaté dans les couloirs ou devant les salles

d'hospitalisation la présence de patientes en attente de régler les frais de leurs soins. Elles peuvent rester à errer dans l'hôpital pendant des semaines, le temps que leurs proches parviennent à réunir suffisamment d'argent pour payer les frais.

Contraception post-avortement

Concernant les services de planification familiale après la prise en charge des complications d'avortement, les données de cette recherche montrent un counseling quasi systématisé dans les centres. Toutefois, le contenu de ce counseling variait selon le profil des patientes. Par exemple nous avons vu qu'il avait été conseillé à la mère d'une adolescente traitée pour des complications post-avortement d'éviter les contraceptifs hormonaux qui seraient mauvais pour les jeunes filles et de plutôt enseigner l'abstinence à sa fille. Ainsi, les adolescentes et les jeunes femmes se verraient soit proposer la pilule, soit exhorter à l'abstinence sexuelle :



Elle [la soignante] m'a demandé de recommencer à reprendre mes médicaments [pilule]. (...) ma maman m'a instamment refusé de faire cette méthode contraceptive [DIU]. La dame [sage-femme] me l'a aussi refusé sous prétexte que je n'ai pas encore accouché. (26 ans, célibataire, vendeuse en pharmacie, milieu urbain)



Toutefois, nous avons noté qu'un nombre important des femmes ont quitté les centres de santé sans une méthode contraceptive. Dans un bon nombre de cas, les patientes ont demandé à aller réfléchir ou consulter leur partenaire, mais ne sont jamais revenues, ou ont tout simplement refusé de choisir une méthode, comme l'explique cette participante :



Ils m'ont parlé du planning et j'ai dit que je ne veux pas entendre parler de ça, que ça ne me plaît pas. Ils m'ont dit qu'il y a le planning familial que je peux faire pour ne plus tomber enceinte pour ne plus revivre ces cas et je leur ai dit que je ne veux même pas entendre parler de ça. (19 ans, célibataire, élève, milieu rural)



Les motifs évoqués pour justifier ces refus sont les mêmes que nous avons énumérés sous les déterminants des grossesses non désirées, notamment la crainte des effets secondaires et du stigma. Parmi les rares femmes qui ont quitté les structures sanitaires avec une méthode contraceptive, certaines ont abandonné l'utilisation au bout de quelques mois, toujours par crainte des effets secondaires, ou parce qu'elles manquaient d'informations sur l'accès à la méthode car le plus souvent les méthodes étaient de courte durée d'action. Après le counseling, une des participantes, élève de 17 ans, a choisi la pilule qui lui a été prescrite pour trois mois. Mais elle a manqué d'informations supplémentaires sur comment se procurer d'autres pilules et continuer l'utilisation. Du coup, elle a arrêté l'utilisation à la fin des trois plaquettes :



Elle m'a prescrit des pilules et d'autres médicaments, j'ai pris les pilules pendant les trois mois. (...) comme c'est fini là, je ne sais pas comment j'irai payer ça à la pharmacie (...) si je vais là, on va me demander l'ordonnance ? (17 ans, célibataire, apprentie, milieu rural)



Par conséquent, elles se retrouvent de nouveau enceintes. Tout au long de la recherche, nous avons noté plusieurs cas d'avortements répétés, dont une participante qui en était à cinq avortements pour cause de non utilisation de méthodes contraceptives.

Discussion



Les données recueillies dans cette recherche permettent d'explorer et de comprendre la manière dont les processus de prise de décision d'avortement, l'avortement lui-même et l'après-avortement est vécu par les filles et les femmes, leurs partenaires et leurs proches dans le département de l'Atlantique. Nous avons eu l'opportunité au cours de cette étude de discuter avec plusieurs acteurs impliqués dans ces parcours afin de saisir cette pratique et les expériences des femmes dans leurs complexités.

Le contexte social et économique des grossesses non désirées

Les résultats de cette étude montrent que les conditions économiques des femmes et de leurs proches sont déterminantes dans leur degré de vulnérabilité face aux grossesses non désirées. Nos données montrent que la majorité des adolescentes et des femmes vivent dans des situations de précarité qui les amènent à se retrouver dans des relations transactionnelles dont le but est de pouvoir subvenir à des besoins vitaux et contribuer aux charges de leurs familles. Déscolarisées très tôt et/ou placées auprès de proches comme aide au commerce ou travaux ménagers, les précédentes recherches ont montré les exploitations multiformes et les abus auxquels le *vidomègon* (confiage des enfants en Fon) expose les adolescentes et les jeunes filles (Couao-Zotti 2009). Bien que cette pratique trouve une validité sociale et soit légitimée pour les jeunes femmes concernées (Morganti 2014), notre recherche met en évidence la précarité socio-économique dans laquelle vivent ces adolescentes et ces jeunes femmes, ce qui les contraint à des relations transactionnelles et les expose à des abus sexuels dans lesquels les auteurs apparaissent comme des « bienfaiteurs ». Ces transactions ne concernent pas que les plus jeunes mais s'étendent aussi aux femmes adultes pour lesquelles les données ont montré à quel point la migration des hommes à la recherche d'un emploi contraint à la prostitution leurs épouses restées sans ressource (Ministère de la Santé du Bénin 2019:17). En plus des transactions sexuelles, cette recherche met aussi en exergue la dimension éphémère des relations amoureuses. En effet, du fait du manque d'engagement des partenaires dans des relations amoureuses que certaines jeunes femmes espèrent voir aboutir au mariage, elles sont contraintes de multiplier les relations, voire gérer plusieurs relations simultanément pour ne pas perdre du temps et augmenter leur chance de trouver un mari dans un contexte de pression et d'injonction au mariage (Ouedraogo et Guillaume 2017). Les relations sexuelles imbriquées dans ces relations et cette situation de précarité interviennent dans un contexte d'absence d'éducation sexuelle et de faible utilisation des méthodes modernes de contraception. En effet, nos données mettent en évidence le manque d'échanges entre les parents et les enfants en matière de sexualité du fait du tabou autour du sujet, mais aussi du manque de temps chez les parents pour créer ces espaces d'échanges. Dans les quelques occasions où ces échanges interviennent (lorsque la jeune femme a ses premières

règles par exemple) la discussion se focalise essentiellement sur l'abstinence ainsi que les dangers des rapports sexuels. Ces messages, assez abstraits en soi (« ne pas s'approcher des hommes », « ne pas 'sortir' avec les hommes » pour ne pas tomber enceinte), masquent les informations dont les filles ont besoin pour éviter une grossesse non désirée. De même, conscients que leurs enfants reçoivent des informations plus complètes via d'autres sources, nous avons constaté une tendance des parents (confirmée par les jeunes) à remettre en question les informations reçues de ces autres sources. De fait, l'éducation sexuelle des jeunes apparaît comme un espace où règne une tension normative consécutive aux contradictions dans les informations reçues par les jeunes (Fernandes et Pierre 2018). Pour ce qui est des pratiques contraceptives, bien que la majorité des adolescentes et des femmes aient entendu parler d'une méthode contraceptive à travers différentes sources, nos données montrent une défiance vis-à-vis de ces méthodes considérées comme « nuisibles » à leur santé et à leur fertilité. D'autres études ont également relevé l'impact des peurs des effets secondaires des méthodes contraceptives (Boko et al. 2017, Bagnan et al. 2017). Cette recherche met aussi en évidence la stigmatisation de l'utilisation de la contraception chez les jeunes dans le département de l'Atlantique, un stigma qui se manifeste par les remarques désobligeantes dans la communauté mais aussi dans les centres de santé comme documentées par différentes études en Afrique sub-saharienne (Ouattara et al. 2009; Makenzius 2019). Ces perceptions et ce stigma constituent des barrières parfois rédhitoires à l'utilisation des méthodes contraceptives par les adolescentes et les jeunes femmes qui craignent, d'une part, le regard de leur communauté, voire des soignants, et d'autre part d'être infertiles dans un contexte où la maternité est fortement valorisée et définit le statut de la femme. A la place des méthodes modernes et hormonales, et comme démontré par des précédentes recherches, les adolescentes et les femmes ont recours à une pluralité de moyens néo-traditionnels tels que l'eau salée, la Nivaquine, le Sédaspir ou les tisanes pour éviter de tomber enceinte (Ahissou et al. 2021; Boko et al. 2017). En plus de la croyance en l'efficacité de ces méthodes, cette pratique serait justifiée par le fait que « demander un tel médicament n'expose pas une jeune femme à une stigmatisation sociale, car le médicament n'est pas considéré comme une méthode contraceptive par les prestataires » (Ahissou et al. 2021). Compte tenu de l'efficacité limitée (et non prouvée) de ces méthodes alternatives, de la faible capacité des adolescentes et des femmes à prédire le moment des rapports sexuels et de l'utilisation limitée du préservatif, les grossesses non désirées deviennent un événement récurrent dans le parcours de vie de ces jeunes femmes.

Le processus de prise de décision : un espace de négociation des risques

Lorsque les adolescentes et les femmes sont confrontées à une grossesse non-désirée, la prise de décision d'avortement implique une analyse et un passage en revue des conditions socio-économiques de la femme, la nature de la relation avec son partenaire et ses projets de vie. Elle implique aussi une projection dans un futur avec cette grossesse ou ce futur enfant et la communauté dans un contexte où les normes sociales et religieuses ont une place déterminante et induisent une stigmatisation des grossesses prémaritales. La prise de décision apparaît comme un processus dans lequel les adolescentes et les femmes doivent évaluer les risques sociaux des grossesses prémaritales et hors normes (Par exemple : l'abandon des études ou d'une formation, le stigma et la violence de la part des proches, la mise en péril d'une relation à laquelle on tient...) et les risques socio-médicaux de l'avortement (Par exemple : complications ou les décès, la stigmatisation de l'avortement, l'infertilité...) afin de décider lesquels sont moins dangereux pour leur trajectoire de vie. Le processus implique aussi d'autres acteurs dont les plus déterminants sont les partenaires et les mères, dont l'implication contribue à faire pencher la balance d'un côté comme d'un autre. Tandis que pour certaines femmes la décision d'avorter a été prise à l'insu du partenaire, d'autres l'ont prise en collaboration avec ce dernier. Dans les situations où les partenaires ne sont pas d'accord soit pour que la grossesse soit maintenue soit pour le recours à l'avortement, le processus de prise de décision implique des négociations, des rapports de force, voire des tensions qui peuvent contribuer à allonger le processus comme cela été décrit dans d'autres contextes (Ouedraogo et al. 2020). Dans cette recherche, la principale raison que les femmes ont évoqué pour justifier leur décision d'interrompre leur grossesse était « je ne suis pas prête », une expression qui implique un cursus scolaire ou universitaire ou une formation professionnelle à achever, le manque de moyens financiers, le fait de ne pas être mariée ou de dépendre de ses parents, ainsi que des aspects liés à la relation avec le partenaire,

son insistance pour que la femme avorte ou sa possible disparition, mais aussi l'absence d'envie de porter un enfant de ce dernier. On remarque donc, dans cette recherche, que les motivations scolaires ou professionnelles, économiques et relationnelles sont au cœur de la décision d'avortement comme cela a été relevé par d'autres recherches (Baxerres et al. 2018; Bankole et al. 2013 ; Sawadogo 2016). Dans cette recherche, on a montré que les normes sociales et religieuses ont pesé de leur poids dans la balance de la prise de décision, surtout chez les jeunes femmes non mariées, dont le statut transitionnel les assujettit encore plus aux normes spécifiques attribuées au sexe. Il est aussi important de souligner que dans cette recherche, ce sont les femmes qui, dans la plupart des cas, ont pris la décision d'avortement au lieu de leur partenaire sexuel, comme démontré au Kenya (Rehnström Loi 2018). Toutefois, cela était dû dans certains cas à la défaillance de l'homme qui, soit a renié la grossesse et pris ses distances vis-à-vis de la femme, soit conditionne la continuation de la relation au recours à l'avortement. Dans d'autres cas, nous avons constaté une forte implication des mères. Pour celles-ci, la grossesse de leur fille donnerait une mauvaise image d'elles, elles pourraient être injuriées par la communauté voire répudiées par leur mari pour avoir échoué dans l'éducation de leur fille, chose susceptible d'affaiblir leur position vis-à-vis de leurs coépouses (pour celles qui en ont). L'implication d'autres acteurs comme le partenaire et la mère montre que la prise de décision d'avorter n'est pas un événement reproductif individualisé pour les filles et les femmes, mais peut être influencée par l'entourage de la femme (van der Sijpt 2014). Cette recherche relève ainsi la dimension complexe du processus de décision en matière d'avortement qui apparaît de fait comme non linéaire et imprédictible (Ouédraogo et al. 2020).

Parcours de recherche d'aide et de soins pour l'avortement

Les résultats de cette recherche donnent un aperçu des obstacles et des disparités dans l'accès aux informations concernant les services et méthodes d'avortement. Comme montré, l'avortement remet en cause des normes et des valeurs sociales, culturelles et religieuses, qui de fait exposent les personnes qui recourent à l'avortement, leurs ami·e·s et leurs proches aux critiques, à la stigmatisation, à la honte et à des formes de harcèlement psychologique. Par conséquent, la recherche de l'information sur les méthodes pour avorter s'effectue bien souvent dans la discrétion auprès d'une poignée de personnes, comme les ami·e·s et confident·e·s, les voisines, les vendeurs et les vendeuses informels de médicaments ou de plantes et de tisanes. Cette recherche d'information s'effectue d'abord sur la base de la confiance, mais aussi sur la capacité de ces personnes à appuyer les femmes. Cet impératif relatif à la discrétion limite les possibilités de s'ouvrir à beaucoup de personnes, et surtout les opportunités d'obtenir des méthodes sécurisées, surtout chez les femmes vivant en milieu rural et les plus jeunes. Celles-ci se contentent de décoctions et de tisanes, de médicaments divers (Nivaquine, Sédaspir) ou de boissons alcoolisées ; elles ont plus de chance d'être confrontées à des complications. Dans de nombreux cas, cela a aussi conduit à un mixage de méthodes, et souvent une multiplication des tentatives avant que l'avortement n'intervienne, et bien souvent avec des complications. Dans cette quête d'aide, l'accès à internet s'est avéré un atout qui permettait de rechercher les informations en toute discrétion, mais aussi d'accéder à plus d'informations et d'options de choix (le Misoprostol/Cytotec par exemple). Concernant ce médicament, aucune des femmes interviewées n'en avait connaissance avant leur grossesse, et une fois enceinte, seulement deux ont obtenu des informations sur cette méthode à travers internet ou leurs pairs. Pour ce qui est de son accessibilité et de son utilisation, les données montrent que l'obligation de disposer d'une prescription médicale constitue une barrière, qui pousse les femmes à se rabattre sur les commerces informels. Ainsi, aux difficultés d'accès au médicament s'ajoutent les difficultés d'accès aux informations et aux conseils corrects comme ceux qu'un pharmacien ou un prestataire formé pourrait leur fournir, par exemple le dosage, sur la base de l'âge de la grossesse.

Si les résultats de l'étude de Baxerres et al. (2018), conduite à Cotonou ayant démontré que la majorité des femmes souhaitant avorter s'adressaient à des professionnels de santé, est en phase avec les expériences des femmes vivant en milieu urbain dans le département de l'Atlantique, ils sont totalement contraires à celles des femmes vivant en milieu rural où la plupart (15 sur 23) ont eu recours aux décoctions et autres médicaments utilisés pour leurs effets secondaires abortifs. Dans l'ensemble, notre recherche met en évidence un grand nombre de cas d'avortements « autogérés » utilisant l'automédication (28 auto-avortements avec les méthodes néo-traditionnelles contre 18 dans les centres santé, y compris les tentatives multiples). Dans ces choix, les ressources financières, ainsi que le cadre légal jouent un rôle

important. En effet, la méconnaissance de l'ancienne loi et la crainte de poursuites judiciaires a dissuadé de nombreuses femmes de se rendre dans les structures sanitaires, tandis que d'autres femmes à qui cette possibilité a été offerte ont dû se rabattre sur les tisanes faute de moyens pour honorer les frais réclamés par les soignants. Dans cette dynamique, nous avons noté que la plupart des adolescentes et des femmes qui ont bénéficié du soutien de leurs parents ou de leurs partenaires ont pu accéder à des soins sécurisés parce que ces personnes avaient le courage d'aller vers les professionnels et avaient aussi les moyens pour payer les frais exigés.

L'expérience de l'avortement en soi était particulièrement marquée, pour la plupart des participantes, par la peur, le stress, l'angoisse et la douleur. Ces sentiments étaient liés à la crainte de la mort, aux doutes sur les compétences du personnel soignant, à l'angoisse d'être découverte pendant un processus, parfois difficile à cacher à cause des saignements et de la douleur, ou à la hantise de l'échec. Concernant la douleur, celle-ci a varié d'une participante à une autre, suivant les méthodes utilisées. Les procédures impliquant l'AMIU ainsi que les autres types d'avortement en clinique ont été décrits comme particulièrement douloureux malgré l'utilisation, dans certains cas, d'antidouleurs.

L'accès aux soins complets d'avortement

Pour ce qui est des Soins Complets d'Avortement (SCA), alors que la loi béninoise jusqu' au 21 octobre 2021 n'autorisait l'avortement que dans des circonstances spécifiques, cette recherche a aussi permis de documenter les perspectives des soignants quant à l'offre de SCA dans le département (et par extension dans le pays). Ainsi cette recherche a mis en évidence trois positions par rapport à l'offre de SCA : 1) une majorité fondamentalement opposée à l'IVG sauf en cas d'indications médicales, voire socio-médicales (notamment les grossesses résultant d'un viol ou d'un inceste) du fait de leur appartenance religieuse et leur éducation ; 2) une minorité ouverte à l'offre de SCA qui se compose de soignants initialement opposés à l'avortement mais qui ont été confrontés à des situations qui ont transformé leurs valeurs et leur position, les poussant à offrir ces services pour sauver des vies ; 3) et enfin des soignants qui sont dans l'entre-deux, qui hésiteraient à offrir ces services par crainte du cadre légal. Cela suggère que l'amendement de la loi pourrait aider ces derniers à répondre favorablement aux requêtes reçues quotidiennement.

Nos données montrent également que les soignants opposés aux SCA travaillent généralement à convaincre la femme de continuer sa grossesse, et lorsqu'ils échouent, certains la réfèrent à des soignants offrant ces services. Cette recherche révèle aussi le fait que certains parmi ces soignants peuvent offrir des SCA pour des raisons monétaires. Dans ces cas de figure, la tension morale entre leurs valeurs contre l'avortement et la nécessité d'offrir ces services impacte la qualité des soins offerts. Enfin, cette recherche montre que l'imprédictibilité et le niveau souvent élevé du coût de ces soins font que, lorsqu'ils sont proposés aux femmes sans ressources, elles sont contraintes de les décliner en faveur d'autres soins moins coûteux mais qui impliquent des risques plus élevés de complications.

Les recours et accès aux soins après avortement

Pour celles qui se sont retrouvées avec des complications et qui ont dû rechercher des SAA dans des structures de santé publique, nos résultats ont mis en évidence des retards dans la recherche de soins du fait de la crainte de la stigmatisation par la plupart des adolescentes et des femmes, comme l'ont démontré d'autres études (Ouedraogo et Juma 2020; Izugbara et al. 2017). Au sein des structures sanitaires, nos résultats montrent que les soignants ont posé le diagnostic en recourant essentiellement à l'examen physique et à l'échographie. Cependant, dans les structures sanitaires rurales qui ne disposaient pas de services d'échographie, les prestataires ont choisi de référer les patientes vers des centres susceptibles d'offrir ce service, chose qui a eu une implication financière pour les patientes ainsi qu'un retard dans l'accès aux services.

Devant les difficultés à différencier les avortements spontanés des avortements provoqués, l'étude révèle également que les soignants se basent sur des indicateurs subjectifs, tels l'importance des saignements, ainsi que l'âge ou le statut marital, ce qui renforce la stigmatisation des filles non mariées. Ces suppositions étaient accompagnées de longs interrogatoires dans lesquels les patientes étaient

verbalement agressées. Cela va à l'encontre d'une étude réalisée par Evens et ses collègues en 2014 au Kenya, qui ont fait état d'un traitement égal accordé aux femmes, quel que soit leur âge ou leur statut marital. Les auteurs soulignent toutefois que les biais de mémoire et de déférence sociale pourraient avoir influencé les résultats de l'étude.

Les patientes se sont aussi plaintes des longs délais d'attente pour être reçues ou référées vers d'autres services, délais qui étaient à mettre au compte d'une faible disponibilité du personnel formé aux SAA et au manque d'équipements, tel que le kit d'AMIU (surtout dans les structures primaires). Cette situation est similaire à celle observée dans d'autres études où les patientes ont dû attendre pendant de longues heures parce qu'il n'y avait pas de personnel qualifié pour effectuer la procédure, ou parce que les soignants qualifiés étaient submergés de travail, ce qui entraînait des retards (Langer et al. 1997 ; Mutua et al. 2018 ; APHRC et CRSN 2020).

Ensemble, ces mauvaises expériences de la qualité des SAA sous la forme de soins retardés, de l'absence de confidentialité et de discrimination peuvent conduire les filles et les jeunes femmes à retarder le recours aux SAA ou même à y renoncer, mettant ainsi en danger leur vie. Le coût de la prise en charge des complications n'était pas standard. Ce coût variait selon le centre de soins et suivant le type de complication, et pouvait s'avérer onéreux pour les femmes et leurs proches.

Toujours en rapport avec la qualité des soins, de nombreux soignants ont déclaré ne pas offrir aux patientes la possibilité de choisir entre les types de procédures disponibles pour leur traitement, en l'occurrence l'AMIU et l'usage du Misoprostol. Ces résultats sont similaires à ceux obtenus en Argentine, au Kenya et au Burkina Faso, où les soignants n'ont bien souvent pas offert ce choix (Evens et al. 2014 ; Ministère de la Santé du Kenya et APHRC 2020; APHRC et CRSN 2020). Cette situation s'expliquait par leur charge de travail, surtout dans les centres de référence, mais aussi par des présupposés quant à la capacité des patientes à prendre elles-mêmes une telle décision (Steele et Chiarotti 2004). Pourtant, des études antérieures montrent comment le fait de donner aux patientes la possibilité de choisir la procédure d'évacuation utérine pouvait contribuer à réduire la stigmatisation et la violence obstétricale auxquelles les femmes sont confrontées lors des SAA (Ouedraogo et Juma 2020).

Counseling et utilisation de la contraception post SAA

Le counseling en matière de contraception a été reconnu comme un élément clé des SAA parce qu'il permet d'éviter les grossesses répétées non désirées et les demandes d'avortement. Dans une autre étude, effectuée dans un hôpital régional de référence au Bénin, il a été démontré qu'un counseling avait été proposé dans tous les cas de SAA observés (Tognifodé et al. 2016). Notre recherche montre un counseling quasi systématisé dans les centres, mais dont le contenu variait selon le profil des patientes, surtout dans le cas des jeunes filles où les parents et les soignants ont considéré certaines méthodes comme inappropriées pour elles. La recherche montre qu'un nombre important des femmes ont quitté les centres de santé sans avoir choisi d'utiliser une méthode contraceptive. Dans bon nombre de cas, les patientes ont demandé à aller réfléchir ou consulter leur partenaire, mais ne sont jamais revenues. Parmi les participantes de cette recherche, plusieurs étaient à leur deuxième avortement, et l'une était exceptionnellement à son cinquième avortement, en raison d'une non utilisation de la contraception après avortement. Cela implique le besoin de repenser le contenu de ces conseils, la manière dont ils sont effectués afin d'augmenter les chances que les femmes soient réceptives et puissent considérer d'un nouvel œil l'utilisation de ces méthodes. En guise d'exemple, une étude récente montre des résultats prometteurs au Togo après la mise en œuvre d'une approche d'optimisation de la performance et de la qualité des conseils. Après une enquête de base évaluant la pertinence du conseil en contraception après-avortement, des recommandations ciblées et adaptées au contexte du pays ont conduit à une augmentation de 31% à 91% des counseling en planification familiale après SAA. Parmi les patientes conseillées, la fourniture et l'acceptation d'une méthode contraceptive à la sortie de l'hôpital est passée de 37% à 60% (Mugore et al. 2016). Dans le cadre du département de l'Atlantique, voire du Bénin, l'adaptation du counseling aux réalités des femmes, surtout à leurs peurs vis-à-vis de l'usage de ces méthodes et au stigma, ainsi que l'amélioration de la qualité des rapports entre soignants et soignées pourraient aboutir à des résultats similaires.

Conclusion et recommandations



Nos résultats mettent en évidence les principaux obstacles auxquels les filles et les femmes de l'Atlantique sont confrontées dans leurs choix reproductifs et leur parcours vers l'avortement, et la manière dont ces obstacles entravent leur accès à l'information et aux services sécurisés. De ce fait, les filles et les femmes sont exposées à des risques de décès ou de handicap à la suite de complications liées à l'avortement. En ce qui concerne les soins complets d'avortement et les soins après-avortement, nous avons constaté que d'importants obstacles empêchaient l'accès à des services de qualité pour les filles et les femmes du département. Malgré la nouvelle loi sur l'avortement au Bénin, certains de ces obstacles tels que la peur des effets secondaires des contraceptifs hormonaux ou l'attitude des professionnels de la santé envers les femmes qui recherchent des SCA ou SAA, nécessitent des actions qui vont au-delà du changement législatif. Il est donc indispensable de s'attaquer à ces obstacles et à ces lacunes, en mettant l'accent sur les points suivants :

Agir au niveau légal et politique :

- Rendre effective la mise en œuvre de la nouvelle loi en développant les décrets d'application, ainsi que les ressources indispensables pour sa mise en œuvre (financières, humaines, logistiques, etc.).
- Investir dans la communication pour la vulgarisation des amendements récents de la loi sur l'avortement au Bénin et la sensibilisation sur l'existence de cette loi auprès des personnels soignants et du secteur judiciaire, des autorités locales et des populations urbaines comme rurales.
 - Passer par les mairies et les chefs de quartiers pour organiser des campagnes de sensibilisation locales sur cette nouvelle loi ;

- Concevoir des plaquettes ou des notes d'information sur la loi relative à l'avortement et adapter le contenu suivant les cibles potentielles : les femmes des milieux urbains comme ruraux, instruites ou non instruites, jeunes ou adultes, les soignants, les relais communautaires, les enseignants, etc.

Prévenir les grossesses non désirées :

- Renforcer l'éducation à la sexualité en tant que composante essentielle de la préparation des jeunes à des pratiques sexuelles sûres et consensuelles. Cela implique par exemple que la thématique soit incluse dans le cursus scolaire et effectivement abordée par les enseignants afin de fournir davantage d'informations aux jeunes et créer des espaces de discussion pour gérer leurs questions.
- Repenser les interventions en matière d'éducation à la sexualité de manière à impliquer les parents, les prestataires de soins, les enseignants, les organisations communautaires, les autorités locales, ainsi que les jeunes, en adoptant par exemple une « approche holistique » ou « approche globale de l'école ». Cela permettra d'assurer une plus grande cohérence dans les messages délivrés aux adolescents et aux jeunes dans les différents espaces et de renforcer une compréhension commune de l'importance de cette intervention éducative.
- Reformuler les messages et les informations sur les DSSR ou l'éducation à la sexualité en incluant de manière significative les jeunes, leurs parents et les prestataires dans la conception de ces messages, afin de s'assurer qu'ils correspondent aux conceptions et aux valeurs locales.
- Engager des jeunes bien formés pour dialoguer avec leurs pairs en créant l'occasion d'aborder leurs préoccupations concernant l'utilisation de contraceptifs, l'activité sexuelle et les sujets sensibles comme l'avortement. Cela permettra aussi d'assurer les références vers les services adaptés aux jeunes.
- S'attaquer aux peurs, aux expériences et croyances associées aux méthodes contraceptives hormonales :
 - En mettant en œuvre des programmes d'information et de sensibilisation qui répondent aux préoccupations réelles des filles et des femmes en matière de contraception et les informent sur le fonctionnement et les effets potentiels de chaque méthode, ainsi que les cibles. Cela permettra de toucher toutes les catégories d'utilisatrices potentielles quel que soit leur niveau ou leur milieu de vie.
 - En mettant en place des personnes référentes pour répondre aux préoccupations des femmes lorsqu'elles sont confrontées à des complications liées aux méthodes contraceptives (effets secondaires ou angoisses liées à leurs perceptions).
 - Impliquer les hommes dans les interventions axées sur l'adoption des méthodes contraceptives et la démystification des mythes et des idées reçues concernant leur utilisation.
 - Prévenir l'engagement des adolescentes et jeunes filles dans les relations transactionnelles en subvenant à leurs besoins et en leur offrant des formations et des opportunités professionnelles qui leur permettront d'accéder à des emplois afin de réduire leur dépendance.

Améliorer l'accès et la qualité des SCA et SAA :

- S'assurer que les soignants opposés à l'offre de SCA réfèrent systématiquement les femmes en quête de ces services d'avortement vers les cliniques et les soignants offrant ces soins. Cela implique aussi le besoin de répertorier les soignants et les cliniques offrant les SCA afin de faciliter les références et les recours par les filles et les femmes dans le besoin.

- Former les prestataires (dans le public comme dans le privé) pour leur permettre de fournir des services de SCA et SAA de qualité. Cela inclut des modules sur les procédures de soins, le transfert des tâches, le counseling en matière de contraception après avortement et la clarification des valeurs et transformation des attitudes (VCAT) pour réduire la stigmatisation et améliorer le respect des droits reproductifs des adolescentes et des femmes.
- Améliorer les infrastructures de SCA et de SAA pour s'assurer que les équipements fonctionnent et qu'il y ait des consommables en quantité suffisante. Cela requiert l'engagement des gestionnaires de structures pour garantir un approvisionnement efficient en produits et en équipements médicaux. Il est également nécessaire de veiller à ce que les méthodes contraceptives soient facilement disponibles et intégrées dans les services de SCA et de SAA.
- Mettre en place des actions qui visent à l'harmonisation des pratiques de diagnostics, par exemple en éditant un Guide des standards harmonisé avec le Guide actualisé de l'OMS.
- Adresser le manque d'accès aux bonnes informations sur les méthodes d'avortement sécurisé et non sécurisé dans les zones rurales , à travers des canaux de communication appropriés tels que les écoles, la sensibilisation de ménage en ménage, la radio, les pairs).

Références

Ahissou, N.C.A., Benova, L., Delvaux, T., Gryseels, C., Douso, J-P., Goufoudji, S., Kanhonou, L., Boyi, C. Vigan, A., Peeters, K., Sato, M. et Matsui, M. (2021). Modern contraceptive use among adolescent girls and young women in Benin: a mixed-methods study. DOI : <https://doi.org/10.1101/2021.06.07.21257758>

Bagnan, J.A.T., Aboubakar, M., Tognifode, V., Lokossou, M.S.H.S., Obossou, A.A.A., Salifou, K., Assogba, E., et Perrin, R.X. (2017). Side Effects of Hormonal Contraception of Patients in the Family Planning of Centre University Hospital of Mother and Child Lagoon, Cotonou (Benin). *Gynecology and Obstetrics* 7:9. DOI: <https://doi.org/10.4172/2161-0932.1000452>

Bankole, A., Hussain, R., Sedgh, G., Rossier, C., Kabore I. et Guiella G. (2013). Unintended pregnancy and induced abortion in BurkinaFaso: causes and consequences. Guttmacher Institute, New York. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/unintended-pregnancy-burkina-eng.pdf

Baxerres, C., Boko, I., Konkobo, A., Ouattara, F., et Guillaume, A. (2018). Abortion in two francophone African countries: a study of whether women have begun to use misoprostol in Benin and Burkina Faso. *Contraception*, 97(2), 130-136. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.10.011>

Couao-Zotti A.L. (2009). Le phénomène Vidomègon : Une autre forme de trafic d'enfants dans les villes de Cotonou, in Agbu, O. (ed.). *Children and Youth in the Labour Process in Africa*. Codesria: Dakar. https://codesria.org/IMG/pdf/chap_7.pdf

Evens, E., Otieno-Masaba, R., Eichleay, M., McCarraher, D., Hainsworth, G., Lane, C., Makumi, M., et Onduso, P. (2014). Post-abortion care services for youth and adult clients in Kenya: A comparison of services, client satisfaction and provider attitudes. *Journal of Biosocial Science*, 46(1), 1-15. DOI : <https://doi.org/10.1017/S0021932013000230>

Fernandes, A. et Pierre, T., (2018). «L'éducation à la sexualité adolescente entre cristallisation et politisation. Vers un nouveau régime normatif», *Strathèse*, 7/ 2018. Normes et normativités, Strasbourg : Presses universitaires de Strasbourg, URL : <https://strathese.unistra.fr:443/strathese/index.php?id=1225>

Izugbara, C., Egesa, C., Kabiru, C., et Sidze, E. (2017). Providers, Unmarried Young Women, and Post-Abortion Care in Kenya. *Studies in Family Planning*. 48:4, 343-358. DOI : <https://doi.org/10.1111/sifp.12035>

Langer, A., García-Barrios, C., Heimbürger, A., Stein, K., Winikoff, B., Barahona, V., Casas, B., et Ramírez, F. (1997). Improving post-abortion care in a public hospital in Oaxaca, Mexico. *Reproductive Health Matters*. 5(9), 20-28. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(97\)90002-1](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(97)90002-1).

Makenzius, M., McKinney, G. et Ogotu, M. (2019). Stigma related to contraceptive use and abortion in Kenya: scale development and validation. *Reprod Health* 16, 136 (2019). DOI : <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0799-1>

Ministère de la Santé (2019). *Evaluation stratégique sur les grossesses non-désirées, les avortements et la contraception au Bénin*.

Morganti, S. (2014). À l'écoute des « victimes » : les défis de la protection des vidomègon au Bénin. *Autrepart*, 72, 77-94. DOI : <https://doi.org/10.3917/autr.072.0077>

Mugore, S. Kassouta, N.T.K., Sebikali, B., Lundstrom, L., et Saad, A. (2016). Improving the Quality of Postabortion Care Services in Togo Increased Uptake of Contraception. *Global Health, Science and Practice*: 4:3. DOI ; <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-16-00212>

- Mutua, M. M., Manderson, L., Musenge, E., et Ochieng Achia, T. N. (2018). Policy, law and post-abortion care services in Kenya. *PLoS ONE*, 13(9). DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204240>.
- Ouattara, F., Bationo, B. et Gruénais, M. (2009). Pas de mère sans un « mari »: La nécessité du mariage dans les structures de soins à Ouagadougou (Burkina Faso). *Autrepart*, 52, 81-94. DOI : <https://doi.org/10.3917/autr.052.0081>
- Ouédraogo, R. et Guillaume, A. (2017). Un désir d'enfant non abouti ? Grossesse et avortement chez les jeunes femmes à Ouagadougou (Burkina Faso). *Anthropologie et Sociétés*, 41(2), 39–57. DOI : <https://doi.org/10.7202/1042313ar>
- Ouedraogo, R., Senderowicz, L., et Ngbichi, C. (2020). "I wasn't ready": abortion decision-making pathways in Ouagadougou, Burkina Faso. *International Journal of Public Health*. 65(4) 477-486. DOI : <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01359-6>
- Ouedraogo, R. et Juma, K. (2020). From the shadows to light. Perceptions of women and healthcare providers of post-abortion care in Burkina Faso. *Social Science and Medicine*. 260. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113154>
- Rehnström Loi, U. et Lindgren, M., Faxelid, E., Oguttu, M. et Klingberg-Allvin, M. (2018). Decision-making preceding induced abortion: a qualitative study of women's experiences in Kisumu, Kenya. *Reproductive Health*. 15(1), 1-12. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12978-018-0612-6.pdf>
- Rossier, C. (2006). L'avortement : un secret connu de tous : Accès aux services d'avortement et implication du réseau social au Burkina Faso. *Sociétés contemporaines*, 1(61), 41-64. DOI : <https://doi.org/10.3917/soco.061.0041>
- Sawadogo, N. (2016). De l'initiation sexuelle au mariage chez les jeunes urbains burkinabè: Relations, vécu et risques. Presses universitaires de Louvain.Thèses de la Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication, <http://www.i6doc.com/resources/titles/28001100645530/extras/93233-espo-sawadogo-these712-C1-C4-INTWEB.pdf>
- Sijpt, van der, E. (2014). Ambiguous ambitions : on pathways, projects, and pregnancy interruptions in Cameroon, University of Amsterdam, PhD thesis
- Singh, S., Remez, L., Sedgh, G., Kwok, L., et Onda, T. (2017). Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access. New York: Guttmacher Institute, 2018. <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-201>
- Tognifodé M.V, Tonato Bagnan A., Aboubakar M, Lokossou S, Ogoudjobi M, et Perrin R.X. (2018). Connaissances, Attitudes et pratiques des soins apres avortement au Centre Hospitalier Universitaire Departemental du Borgou-Alibori, *Journal de la Société de Biologie Clinique du Bénin* N° 028 ; 15-20 <https://bec.uac.bj/uploads/publication/28c58a8c4a13e03322c7caab9f4397f8.pdf>



**African Population and
Health Research Center**

APHRC Campus, 2nd floor, Manga Close off Kirawa road, Kitisuru.

P.O Box 10787-00100 Nairobi, Kenya.

Office line : +254 020 400 1000, Office Cell: 0722 205 933 or 0733410102 Fax: +254 20 400 1101

Email: info@aphrc.org, Twitter: [@aphrc](https://twitter.com/aphrc), Website: www.aphrc.org