

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

Note de synthèse

Introduction

Au Bénin, on estime que les décès liés aux avortements provoqués et non sécurisés causent entre 15 et 20% des décès maternels.¹ Du fait de la restriction juridique et du stigma social autour l'avortement, de nombreuses adolescentes et femmes confrontées à des grossesses non désirées utilisent des méthodes non sécurisées qui mettent en danger leur santé et leur vie. Jusqu'à récemment au Bénin, l'avortement n'était autorisé que lorsque la grossesse mettait en danger la vie et la santé de la femme ou en cas de viol, d'inceste ou de malformation congénitale. Bien que le Bénin travaille de manière constante à augmenter le taux de prévalence contraceptive, les grossesses non désirées demeurent récurrentes. L'accès à l'avortement sécurisé reste donc essentiel pour éviter les avortements à risque qui menacent la vie des adolescentes et des femmes béninoises. A cet égard, l'amendement récent de la loi sur l'avortement en Octobre 2021 au Bénin constitue une grande avancée. Elle 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 ». Toutefois, dans l'attente de décrets d'application de cette loi, les adolescentes et femmes continuent de recourir à des méthodes souvent non sécurisées.



La recherche

Dans la perspective de documenter les expériences des adolescentes et des femmes en matière d'avortement et cerner au mieux les logiques et les facteurs façonnant les parcours d'avortement, l'African Population and Health Research Center (APHRC), Rutgers et l'Association Béninoise pour la Promotion de la Famille (ABPF) ont conduit une recherche ethnographique entre février et août 2021 dans le département de l'Atlantique situé au Sud du Bénin dans le cadre du programme Sa Santé Ses Choix. Les données ont été produites à partir d'une immersion dans quatre communes (deux rurales, deux urbaines/péri-urbaines) pendant six mois. L'approche a combiné une observation participante dans des centres de santé et dans les communautés environnantes, ainsi que des entretiens approfondis et des discussions informelles avec plusieurs acteurs dont 41 adolescentes et femmes ayant eu une expérience d'avortement, 21 de leurs proches (mère, tante, sœur, frère, amies), 14 partenaires de femmes ayant eu une expérience d'avortement, ainsi que 40 informateurs clés (soignants, vendeurs de médicaments, leaders communautaires, responsables administratives). Des discussions de groupe (12) ont également été menées avec des jeunes hommes et femmes, et des parents, mères et pères.



¹Ministère de la Santé (2019) Évaluation Stratégique sur les grossesses non-désirées, les avortements et la contraception au Bénin; Benin parliament votes to legalise abortion | Reuters

Résultats

Déterminants sociaux des grossesses non-désirées

Cette recherche met en évidence une pluralité de facteurs contribuant à la vulnérabilité des adolescentes et des femmes face aux grossesses non désirées (Figure 1). Il s'agit notamment :

- De conditions socio-économiques précaires qui poussent les adolescentes et les femmes à s'engager dans des relations sexuelles transactionnelles.
- D'un manque d'information et d'éducation sur la sexualité qui se traduit par des parents et des adultes référents (y compris les enseignants) qui peinent à aborder le sujet de la sexualité et celui de comment éviter les grossesses, ou bien le font de manière abstraite à cause du caractère tabou du sujet.
- D'une faible utilisation des contraceptifs modernes en raison de la crainte des effets secondaires, de l'influence des partenaires sexuels, de la stigmatisation de l'utilisation de la contraception par les adolescentes et les jeunes femmes (utilisation associée à des mœurs légères), ainsi que des contraintes dans l'accès aux méthodes de leur choix.

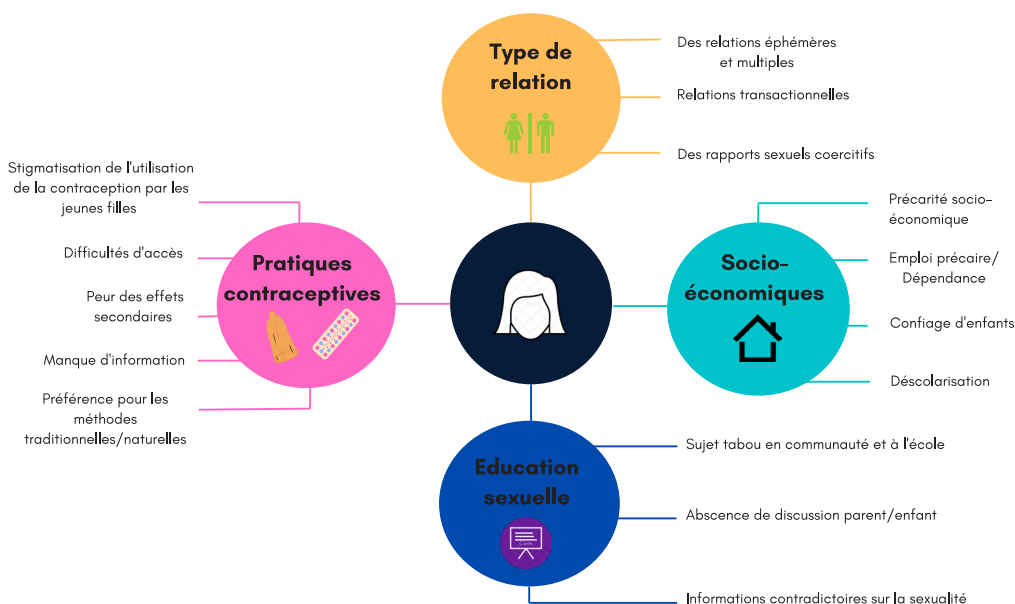


Figure 1: déterminants socio-économiques des grossesses non-désirées



Parcours décisionnel et logiques de recours aux méthodes d'avortement

- Le processus décisionnel en matière d'avortement apparaît comme complexe et influencé par divers facteurs et acteurs.
- Les adolescentes et les femmes se retrouvent face au dilemme consistant à choisir entre les risques d'une grossesse non désirée (notamment le stigma, la déscolarisation, le rejet familial, l'aggravation de leur précarité économique) et ceux de l'avortement (en l'occurrence la stigmatisation de l'avortement, les poursuites judiciaires, le risque des complications, voire les décès).
- Pour ce qui est des itinéraires de recours aux avortements provoqués, la recherche de l'information sur les méthodes pour avorter et le lieu où trouver ces services s'effectue bien souvent dans une grande discrétion (compte tenu de la loi et de la réprobation sociale). Ce besoin de discrétion amenuise les chances d'accéder à des informations sûres et des méthodes d'avortements sécurisés. Dans cette quête discrète de méthodes pour avorter, les femmes et les adolescentes font recours à des confidents (ami·e·s et autres proches), mais aussi à des agents de santé, des vendeurs informels de médicaments, des vendeuses de plantes et de tisanes et à internet.
- Le rôle des mères est essentiel; elles sont fortement impliquées dans la prise de décision et la recherche des soins d'avortement pour éviter que la honte n'affecte la famille et pour protéger leur mariage.
- Les adolescentes et les femmes vivant en milieu rural ont moins de marge de manœuvre en termes d'accès aux méthodes relativement plus sécurisées, comme le Misoprostol ou les Soins Complets d'Avortement (SCA) contrairement à celles vivant en milieu urbain. Cela est dû au manque d'information et au manque de moyens financiers pour accéder à ces méthodes.
- Lorsque des membres de la famille tels que les parents ou les partenaires masculins sont impliqués de manière positive dans le parcours, cela augmente les chances que la femme/fille accède à un avortement sécurisé du fait de leur contribution financière et de leurs réseaux de connaissance.
- La plupart des femmes vivant en milieu rural se contente de concoctions, de médicaments divers (Nivaquine, Sedaspir) ou de boissons alcoolisées pour essayer d'arrêter leurs grossesses. Nous avons aussi noté une tendance des adolescentes et femmes à combiner les méthodes ou à multiplier les tentatives conduisant souvent à des complications.

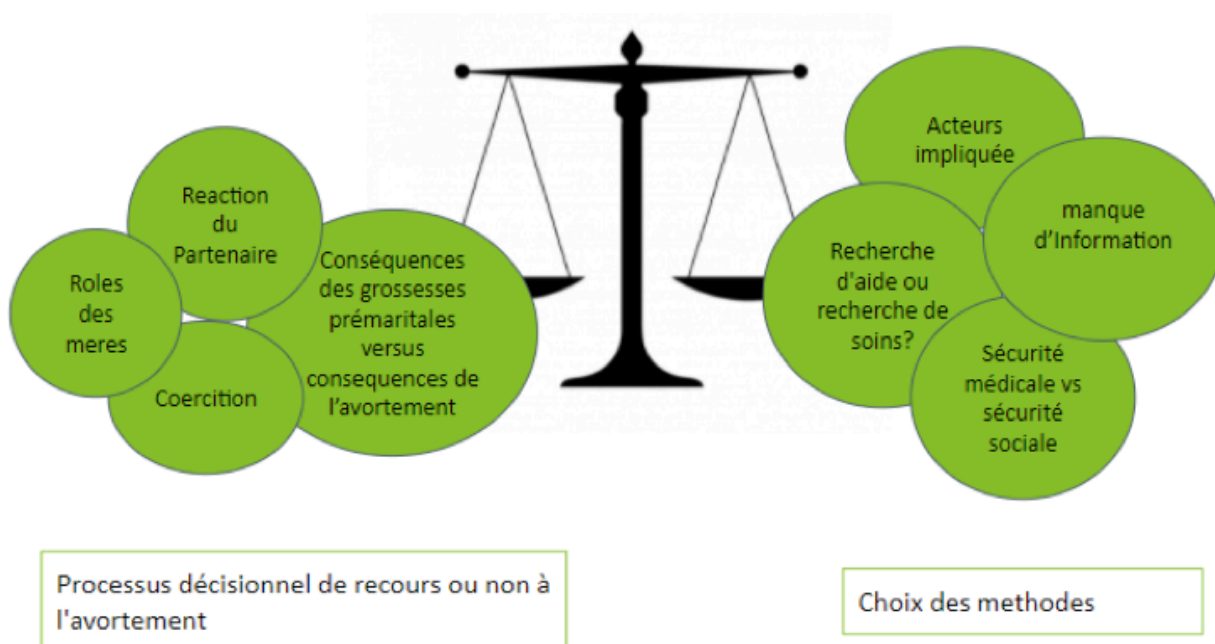


Figure 2 : Parcours décisionnel et logiques de recours aux méthodes d'avortement

Recours et expériences des soins après avortement

- Bien que les complications après avortement soient récurrentes (12/41 des participantes), la crainte de la stigmatisation et les interprétations que les femmes font de ces complications retardent, voire empêchent le recours aux Soins Après Avortement (SAA).
- Dans les structures de santé publique, l'accès aux services de SAA est souvent entravé par le manque d'équipement et de personnel qualifié, la systématisation de la prescription de l'échographie et le coût élevé des services dans certaines structures.
- En outre, de longs délais d'attentes avant d'être prise en charge, des cas de difficultés interactionnelles (manque de respect et d'empathie de la part de certains 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 tous été signalés comme des obstacles à la qualité des soins reçus.
- De plus, nous avons constaté des occasions manquées en ce qui concerne la contraception post SAA en raison de counseling aux contenus parfois inadaptés ou incomplets poussant les femmes à choisir des méthodes de courte durée, qu'elles abandonnent ensuite, ou à décliner l'utilisation des contraceptifs en raison de la persistance de leurs craintes d'effets secondaires.



Conclusions et recommandations

Nos résultats mettent en évidence les principaux obstacles auxquels les adolescentes et femmes du département de l'Atlantique sont confrontées dans leurs choix reproductifs et leur parcours d'avortement, et la manière dont ces obstacles entravent leur accès à l'information et aux services sécurisés. De ce fait, les adolescentes et les jeunes femmes sont exposées à des risques de décès ou des handicaps à la suite de complications liées à l'avortement non sécurisé. Il est donc impératif de mettre en place des mesures et des actions afin de réduire cette vulnérabilité des femmes et adolescentes face aux grossesses non planifiées et améliorer l'accès aux services d'avortement sécurisés. Cela implique les actions suivantes :

1

Aux décideurs politiques nationaux :

Rendre effective la mise en œuvre de la nouvelle loi en développant les **décrets et directives d'application** de la loi, en **allouant les ressources indispensables** (financières, humaines, logistiques, etc.) et en la **diffusant** auprès des professionnels de la santé et de la population.

2

Aux secteurs de la santé :

Améliorer l'accès et la qualité des services de SCA et SAA, y compris la formation des soignants (concernant les procédures de soins, la transformation des valeurs et attitudes (VCAT), et le counseling en matière de contraception post SAA), amélioration des infrastructures et les équipements de SCA et SAA, répertorier les soignants et les cliniques offrant les SCA pour faciliter les références et les recours à ces services par les adolescentes et les femmes dans le besoin.

S'attaquer aux peurs associées aux méthodes contraceptives en développant des outils de communication et en mettant en place des personnes référentes pour répondre aux préoccupations des adolescentes et femmes en matière de contraception et en cas de complications liées aux méthodes de contraception (effets secondaires, angoisses liées à leurs perceptions).

3

Aux secteurs de l'éducation :

Renforcer l'éducation complète à la sexualité en tant que composante essentielle de la préparation des jeunes à des pratiques sexuelles sûres, en adoptant une approche globale de l'école dans le développement et la mise en œuvre des programmes. Par exemple en impliquant les parents, les enseignants, les prestataires et les jeunes pour assurer une plus grande cohérence dans les messages et une compréhension commune de l'importance de cette intervention éducative.

4

Aux parents et acteurs communautaires :

Prévenir l'engagement des adolescentes et des femmes dans les relations transactionnelles en subvenant aux besoins de leurs filles et en leur offrant des formations et des opportunités professionnelles qui leur permettront d'accéder à des emplois afin de réduire leur dépendance.

5

Aux adolescentes et aux (jeunes) femmes :

S'informer sur la sexualité, la contraception et l'avortement sécurisé auprès de sources d'information de confiance, telles que les cliniques, les pairs éducateurs tels que ceux du Mouvement d'Action Jeunes (MAJ), les structures de santé, ou les ressources en ligne telles que <https://findmyethod.org/fr/>



Remerciements

Cette recherche a été menée dans le cadre du programme Sa Santé, Ses Choix financé par la Loterie Néerlandaise (NPL) de 2018 à 2021. Pour plus d'informations sur le programme voir: She Makes Her Safe Choice - Rutgers

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.



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