

PAS UNE SEULE FEMME REFOULÉE : ÉLARGIR L'ACCÈS À DES SOINS COMPLETS DE SANTÉ REPRODUCTIVE EN CÔTE D'IVOIRE

GUIDE DE PRÉSENTATION



Lignes directrices de la présentation

PAS UNE SEULE FEMME REFOULEE : ÉLARGIR L'ACCÈS A DES SOINS COMPLETS DE SANTÉ REPRODUCTIVE EN CÔTE D'IVOIRE

REMERCIEMENTS

« Pas une seule femme refoulée : élargir l'accès à des soins complets de santé reproductive en Côte d'Ivoire » est un outil de plaidoyer multimédia élaboré conjointement par Population Reference Bureau et le groupe de travail de SAFE ENGAGE en Côte d'Ivoire. Nous remercions tous les membres de ce groupe pour leur temps et leur dévouement : Association de Femmes Juristes de Côte d'Ivoire ; Association Ivoirienne pour le Bien-Etre Familial ; Agence Ivoirienne de Marketing Social ; Association de Soutien à l'Autopromotion Sanitaire et Urbaine ; Association des Sages-Femmes Ivoirienne ; CARE ; Comité National de Lutte contre les Violences Faites aux Femmes et aux Enfants, Ministère de la famille, de la Femme et de l'Enfant ; EngenderHealth ; Ipas ; Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Direction des Soins Infirmiers et Maternels ; Médecins du Monde ; Ministère de la Promotion de la Jeunesse de l'Emploi des Jeunes et du Service Civique, Direction de la Protection des Jeunes ; Mission des jeunes pour l'éducation, la santé, la solidarité et l'inclusion ; Office Nationale de la Population, Ministère du Plan et du Développement ; Pathfinder ; Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Programme National de Santé de la Mère et de l'Enfant ; Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Programme National De La Santé Scolaire Et Universitaire-Santé Adolescents Et Jeunes ; Population Services International – Côte d'Ivoire ; Réseau des Champions Plaidoyer pour le Financement Adéquat de la Santé ; Réseau des Jeunes Ambassadeurs SR-PF Côte d'Ivoire ; Société de Gynécologie et Obstétrique de Côte d'Ivoire.

La présentation a été écrite par Kate Gilles, directrice de programme, et Charlotte Greenbaum, analyste politique, avec la contribution de Lori Ashford, consultante indépendante. Elle a été conçue et produite par Pamela Mathieson, productrice de supports vidéo et numériques, N'Namdi Washington, graphiste et éditrice numérique, et Jessica Woodin, conceptrice principale. Merci également à Charlotte Feldman-Jacobs, vice-présidente associée des programmes internationales de PRB, et à Heidi Worley, directrice de la rédaction de PRB, pour leurs conseils et leurs contributions critiques.

© 2019 Population Reference Bureau. Tous droits réservés.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION AU GUIDE DE LA PRÉSENTATION	1
BUTS DE LA PRÉSENTATION	1
OPPORTUNITÉS POUR EFFECTUER LA PRÉSENTATION.....	1
UTILISER DE LA PRÉSENTATION AVEC DIFFÉRENTES AUDIENCES	2
CONSIDÉRATIONS SUPPLÉMENTAIRES	3
INSTRUCTIONS POUR LA PRÉSENTATION.....	3
SCRIPT DE LA PRÉSENTATION	5
DOCUMENT D'ACCOMPAGNEMENT « MESSAGES CLÉS »	13
GUIDE DE DISCUSSION.....	18
QUESTIONS FRÉQUEMMENT POSÉES.....	20
RESSOURCES ADDITIONNELLES	27



Introduction au guide de la présentation

Ce guide de présentation est destiné à aider les utilisateurs à tirer le meilleur parti de la présentation ENGAGE « Pas une seule femme refoulée : élargir l'accès à des soins complets de santé reproductive en Côte d'Ivoire ». Le guide comprend des documents complémentaires, tels que le script complet de la présentation ; les références ; les messages clés avec des captures d'écran ; les QFP et un guide de discussion pouvant être utilisé pour susciter une interaction et un dialogue au niveau de l'audience.

Après la revue du guide de présentation, vous saurez comment :

1. identifier les opportunités d'utilisation de la présentation ENGAGE avec différents publics,
2. répondre aux questions fréquemment posées sur la présentation,
3. encourager le dialogue avec les audiences sur les messages clés de la présentation.

Buts de la présentation

Le but de la présentation multimédia ENGAGE « Pas une seule femme refoulée : élargir l'accès à des soins complets de santé reproductive en Côte d'Ivoire » est de sensibiliser aux causes et aux conséquences des avortements non sécurisés en Côte d'Ivoire et d'accroître le soutien à un meilleur accès à des services complets de santé reproductive, y compris des services d'avortement sécurisé et la contraception.

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

Les objectifs spécifiques de la présentation sont :

- d'informer les membres de l'audience sur les taux élevés de grossesses non désirées et d'avortements non sécurisés en Côte d'Ivoire, ainsi que sur les raisons pour lesquelles une femme pourrait rechercher un avortement,
- d'encourager les membres de l'auditoire à discuter du lien entre les grossesses non désirées et les avortements non sécurisés, ainsi que de l'amélioration de l'accès à la contraception comme stratégie clé pour surmonter ces difficultés,
- de comparer la Côte d'Ivoire à d'autres pays de la région et du monde et de fournir des exemples d'endroits où l'accès accru aux services d'avortement sécurisé a été suivi d'une réduction du nombre de décès maternels,
- de décrire le contexte juridique de l'avortement en Côte d'Ivoire, y compris les engagements juridiques internationaux en matière de santé de la reproduction, en particulier le Protocole de Maputo,
- de promouvoir les investissements dans les programmes de planification familiale, les services d'avortement sécurisé et les soins après avortement en tant que composantes des soins de santé essentiels en Côte d'Ivoire,
- d'illustrer comment l'accès à des soins complets de santé sexuelle et reproductive peut aider les femmes et les filles à atteindre leur plein potentiel et contribuer au développement national durable.

Opportunités pour effectuer la présentation

Cette présentation ENGAGE et les documents de support sont des outils destinés aux professionnels impliqués dans la santé reproductive, l'avortement sécurisé et l'équité du genre à tous les niveaux—académique, des politiques, de la prestation de services, du plaidoyer et des communautés.

Les audiences cibles de cette présentation sont :

- **principales** : décideurs en matière de politiques dans de nombreux secteurs et aux niveaux national, régional et des districts, défenseurs de l'avortement sécurisé et de la santé reproductive, associations de professionnels du domaine médical, groupes de femmes et groupes religieux, et organisations locales ou internationales fournissant des services de santé.

- **secondaires** : tous ceux et celles qui influencent ces groupes—y compris les défenseurs, les médias, les responsables civils et religieux, les responsables de programmes et autres responsables communautaires.

Nous encourageons les utilisateurs à faire cette présentation lors de réunions de commissions parlementaires, de conférences, de briefings sur les politiques, de formations pour les jeunes, de tables rondes, de réunions d'experts et dans des contextes éducatifs pouvant inclure les audiences cibles. La présentation est un outil efficace de sensibilisation au fardeau de l'avortement non sécurisé, de la mortalité et de l'invalidité maternelle qui lui sont liées, ainsi qu'à la nécessité de modifier les politiques afin de lutter contre cette pratique en utilisant les meilleures données probantes disponibles.

Utiliser la présentation avec différentes audiences

La présentation ENGAGE est conçue pour une utilisation dans divers cadres ou environnements. Certaines voies par lesquelles la présentation peut être utilisée pour atteindre différentes audiences sont listées ci-dessous.

DÉCIDEURS EN MATIÈRE DE POLITIQUES

- Présenter les données les plus récentes sur les liens entre avortement non sécurisé et mortalité maternelle en Côte d'Ivoire, les décrire et donner des exemples de pays ayant élargi l'accès à l'avortement médicalisé et réduit par conséquent les taux de mortalité maternelle.
- Informer les décideurs en matière de politiques sur les taux d'avortement et la sûreté des avortements en Côte d'Ivoire, ainsi que sur les preuves que les restrictions légales ne réduisent pas le taux d'avortement.
- Attirer l'attention sur les engagements nationaux et internationaux pris par la Côte d'Ivoire concernant des informations et des services complets et de qualité en matière de santé reproductive, et recommander des domaines dans lesquels les engagements peuvent être renforcés.
- Démontrer le bon rapport coût-efficacité de l'accès à la planification familiale et à l'avortement sécurisé, ainsi que l'importance du financement de services complets de santé de la reproduction.

DÉFENSEURS DE LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

- Fournir aux défenseurs des données fiables susceptibles d'inciter les décideurs à élargir l'accès à l'avortement sécurisé et à des services de contraception.
- Souligner comment un meilleur accès à l'avortement sécurisé et à la contraception peut améliorer la santé des femmes et réduire la mortalité et l'invalidité maternelles.
- Fournir des exemples réussis de modifications de politiques et de lois qui ont permis d'améliorer les soins de santé des femmes.

ASSOCIATIONS DE PROFESSIONNELS DU DOMAINE MÉDICAL

- Démontrer l'importance du financement de services complets de santé reproductive, y compris les programmes de planification familiale, dans la prévention des grossesses non désirées.
- Souligner les conséquences négatives du vide dans le continuum des services de soins de santé reproductive causé par le manque d'accès à l'avortement sécurisé et aux soins après avortement.
- Mettre l'accent sur l'importance d'intégrer des soins complets d'avortement dans les formations préalables et continues des médecins, des infirmier(ère)s et des sages-femmes.

LES MÉDIAS

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

Considérations supplémentaires

Vous pouvez rendre cette présentation plus intéressante pour votre public en y ajoutant des informations ou des exemples particulièrement pertinents pour leur secteur ou leur zone géographique. Nous vous encourageons à personnaliser le script ou à ajouter des détails spécifiques à votre audience.

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

Instructions pour la présentation

Cette présentation ENGAGE est disponible en deux formats :

1. Une présentation Flash sans narration, accompagnée d'un script pour pouvoir être livrée en direct par un présentateur. Ce format nécessite que vous cliquiez manuellement tout au long de la présentation. En suivant le script inclus dans ce guide, vous pouvez faire avancer la présentation une diapositive à la fois, en lisant le récit de chaque diapositive au fur et à mesure. Cette présentation nécessite le logiciel Adobe Flash.
2. Une présentation avec narration. Cette présentation est diffusée sous forme de vidéo et ne vous oblige PAS à faire avancer chaque diapositive. Vous pouvez diffuser la vidéo en streaming ou la télécharger directement de www.prb.org. Cette présentation nécessite un lecteur de film tel que Windows Media Player pour pouvoir être visionnée sur un ordinateur.

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

EXIGENCES TECHNOLOGIQUES

Pour faire des présentations ENGAGE, vous aurez besoin :

- d'un ordinateur portable ou un ordinateur de bureau avec
 - au moins 2,4 GHz,
 - au moins 3 Go de RAM,
 - un processeur Intel Core 2 Duo,
 - le logiciel Adobe Flash. Si votre ordinateur portable ou votre ordinateur de bureau ne dispose pas de Flash, vous pouvez télécharger une version gratuite du programme à l'adresse www.adobe.com/products/flashplayer/ (requis pour les présentations sans narration) ; OU
 - un lecteur de film tel que Windows Media Player (requis pour la présentation avec narration).

Instructions pour la présentation (sans narration)

POUR OUVRIR LA PRÉSENTATION

- Double-cliquez sur l'icône du carré rouge 'f' ('f' correspond à Flash). La fin du nom de fichier sera « .exe ».
- Votre ordinateur peut vous mettre en garde contre le fichier. Ceci est courant avec les fichiers .exe. Ce fichier peut être ouvert en toute sécurité et ne contient pas de virus ni de logiciels nuisibles pour votre ordinateur.

- Redimensionnez la fenêtre. La fenêtre peut s'ouvrir en petite taille et être décentrée sur l'écran de votre ordinateur. Vous pouvez agrandir ou réduire la fenêtre de présentation en cliquant sur la case située au bas de la présentation qui montre deux flèches diagonales pointant l'une vers l'autre ou à l'opposé l'une de l'autre.

POUR SE DÉPLACER DANS LA PRÉSENTATION

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

UTILISER ENSEMBLE LA PRÉSENTATION ET LE SCRIPT

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

Instructions pour la présentation (avec narration)

POUR OUVRIR ET LANCER LA PRÉSENTATION

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

PRÉSENTATION SCRIPT

Pas une seule femme refoulée : élargir l'accès à des soins complets de santé reproductive en Côte d'Ivoire

Une présentation multimédia ENGAGE

Diapositive 1

Pas une seule femme refoulée : élargir l'accès à des soins complets de santé reproductive en Côte d'Ivoire.

Diapositive 2

Dans la vie des femmes et des couples, choisir d'avoir des enfants et à quel moment figure parmi les décisions les plus importantes. Ces décisions très personnelles peuvent avoir une énorme incidence sur la santé et le bien-être des femmes et des jeunes filles, de leurs maris, de leurs familles et de leur communauté tout entière. La capacité de prendre ces décisions est aussi un droit humain universellement reconnu.

Diapositive 3

En Côte d'Ivoire, les femmes et les couples ont besoin de pouvoir prendre ces décisions librement, avec un accès à des informations et des services complets en matière de santé de la reproduction.

Diapositive 4

Le pays a déjà effectué d'importants investissements dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive et a appelé à une révolution contraceptive en Côte d'Ivoire qui garantirait une contraception volontaire pour tous. Ces investissements comprennent la campagne zéro grossesse à l'école, des engagements importants en faveur du programme Family Planning 2020, et d'une participation active dans le Partenariat de Ouagadougou.¹

Diapositive 5

Ce sont des étapes critiques, mais le pays reste le seul pays du Partenariat de Ouagadougou à ne pas avoir une loi qui affirme le droit des individus et des couples à bénéficier des informations et des services de santé de la reproduction.²

Diapositive 6

En plus, les investissements dans la contraception répondent seulement à une partie du continuum de soins essentiels en matière de santé sexuelle et reproductive. Il est essentiel d'investir dans des services de haute qualité sur le continuum entier, y compris les soins prénatals, postnatals, d'accouchement, après avortement et les services d'avortement sécurisé.

Diapositive 7

Les femmes et les filles peuvent être parfois confrontées à la décision d'interrompre une grossesse. Les recherches montrent qu'en Côte d'Ivoire et dans le monde, l'avortement survient chez les femmes de tous âges et de tous milieux socio-économiques, mariées ou non, et avec ou sans enfants.³

Diapositive 8

Plusieurs raisons peuvent pousser les femmes et les jeunes filles à solliciter un avortement :

- des soucis financiers.
- la grossesse résultant d'un viol ou d'un inceste.
- le désir de poursuivre des études.
- la stigmatisation associée au fait d'enfanter hors mariage.
- un partenaire absent ou qui refuse la paternité.

Diapositive 9

Les femmes qui prennent la décision d'interrompre une grossesse méritent des soins compatissants, complets et de haute qualité, un principe affirmé dans plusieurs politiques nationales.⁴ Cependant, la plupart des femmes en Côte d'Ivoire n'ont pas accès à des services d'avortement sécurisé et légal.

Diapositive 10

Sous la loi actuelle en Côte d'Ivoire, l'avortement n'est autorisé que dans le cas où la vie de la femme est en danger. Et trois médecins doivent confirmer que la femme répond aux critères légaux.⁵

Diapositive 11

Cette loi est en contradiction avec les engagements internationaux de la Côte d'Ivoire : en 2003, le Protocole de Maputo a été adopté par l'Union africaine, énonçant, parmi d'autres droits, le droit des femmes à accéder à l'avortement en cas de viol, d'inceste, d'anomalie fœtale grave et de risque pour la santé de la mère.⁶

Diapositive 12

La Côte d'Ivoire, comme beaucoup d'autres pays africains, a signé et ratifié le Protocole de Maputo, mais n'a pas révisé les lois nationales pour entrer en conformité avec cet engagement.⁷

Diapositive 13

La législation nationale stricte de la Côte d'Ivoire n'a pas empêché les femmes de solliciter l'avortement. Une étude de 2007 a indiqué que 43 % des femmes ivoiriennes qui sont déjà tombées enceintes ont eu recours à une interruption volontaire de grossesse.⁸ Mais l'interdit légal les pousse à recourir à des méthodes clandestines et non sécurisées, les exposant à des risques de blessure et même de décès.⁹

Diapositive 14

Un avortement sécurisé est un soin « chirurgical ou médicamenteux avec mifepristone/ misoprostol, pratiqué dans des structures de santé publiques ou privées adéquates » et « par un prestataire dûment formé. »¹⁰

Diapositive 15

En revanche, un avortement non sécurisé ne remplit aucun de ces critères ou ne remplit qu'un seul de ces critères.¹¹

Diapositive 16

Selon une étude récente, plus de six avortements sur dix en Côte d'Ivoire en 2018 étaient non sécurisés.¹²

Diapositive 17

L'avortement non sécurisé contribue fortement à la mortalité et à l'invalidité maternelles dans le monde et il est estimé responsable de plus d'un décès sur six liés à la grossesse en Afrique de l'Ouest.¹³

Diapositive 18

Le ratio de mortalité maternelle en Côte d'Ivoire est estimé à 614 décès pour 100 000 naissances vivantes. Ce chiffre est beaucoup plus élevé que celui des pays voisins, y compris le Sénégal (273), le Mali (368), le Burkina Faso (341) et le Niger (535).¹⁴

Diapositive 19

Il est prouvé qu'un cadre légal restrictif ne réduit pas le nombre d'avortements—il les rend tout simplement moins sûrs. Et inversement, là où il y a peu de contraintes sur l'avortement, les taux ne sont pas plus élevés mais les procédures sont beaucoup plus sécurisées.

Diapositive 20

En Afrique de l'Ouest, où l'accès à l'avortement sécurisé est généralement fortement restreint, environ 31 avortements pour 1000 femmes ont été réalisés chaque année entre 2010 et 2014.¹⁵ Selon une étude de PMA2020, les taux estimés d'avortement probables en Côte d'Ivoire en 2017, qui a l'un des cadres légaux les plus stricts, étaient même plus élevés, se situant entre 37 et 51 avortements pour 1000 femmes.¹⁶

Diapositive 21

En revanche, en Europe de l'Ouest et du Nord et en Amérique du Nord, régions où l'avortement est largement autorisé, les taux d'avortement se situent entre 16 et 18 pour 1000 femmes.¹⁷ Dans ces régions, la contraception moderne est largement disponible et utilisée, ce qui entraîne moins de grossesses non-désirées.¹⁸

Diapositive 22

Et dans ces régions, presque tous les avortements—plus de 9 sur 10—sont réalisés en toute sécurité.

En Afrique de l'Ouest, en revanche, seulement 15% des avortements sont réalisés dans des conditions sécurisées.¹⁹

Maintenant, observons l'exemple d'un pays africain qui a modifié sa loi afin d'élargir l'accès à l'avortement sécurisé.

Diapositive 23

En Afrique du Sud, où une loi libérale sur l'avortement est entrée en vigueur en 1996, le nombre de femmes décédées de complications liées à l'avortement a chuté de 90%.²⁰

Diapositive 24

Imaginez combien de vies de femmes pourraient être sauvées si la Côte d'Ivoire élargissait l'accès aux soins complets d'avortement et de contraception grâce à une révision du cadre juridique et à des investissements dans les services de santé.

Diapositive 25

L'accès à des services d'avortement complets et légaux peut sauver la vie des femmes et, par conséquent, fait partie d'un continuum de soins essentiels à la santé et au bien-être des femmes et des filles.

Diapositive 26

Une autre composante essentielle du continuum de soins est l'accès à la contraception, qui peut prévenir les grossesses non désirées, réduire les avortements non sécurisés et prévenir les décès maternels en Côte d'Ivoire.

Diapositive 27

Le gouvernement a engagé des investissements importants pour soutenir l'accès à la contraception volontaire et, au cours de ces dernières années, le taux de prévalence contraceptive moderne en Côte d'Ivoire chez les femmes âgées de 15 à 49 ans a augmenté de 14 % en 2012 à 21 % en 2018.²¹ Cependant, c'est insuffisant pour atteindre l'objectif de 36 % d'ici 2020 pour le taux de prévalence contraceptive moderne, inscrit dans le Plan d'action national budgétisé de planification familiale.²²

Diapositive 28

En outre, 27% des femmes en union ont un besoin de contraception non-satisfait.²³ Cela veut dire que plus d'1 femme sur 4 souhaite retarder sa première grossesse ou la prochaine, ou ne plus avoir d'enfants mais n'utilise aucune forme de contraception. Ces femmes peuvent faire face à une grossesse non désirée. La contraception constitue le moyen le plus efficace de réduire le nombre de grossesses non désirées, ainsi que le nombre d'avortements non sécurisés.

Diapositive 29

En Côte d'Ivoire et ailleurs, les jeunes femmes ont souvent beaucoup de mal à accéder aux services de contraception.²⁴ Elles ne savent pas forcément où obtenir ces soins, ne sont pas en mesure de payer les coûts associés aux prestations, même minimes, font face à une stigmatisation ou s'inquiètent d'être l'objet de discrimination de la part des prestataires de services.

Diapositive 30

Avec un accès limité à la contraception, les jeunes femmes—en particulier celles qui sont célibataires—sont davantage susceptibles de faire face à une grossesse non désirée.

Diapositive 31

Témoignage

Diapositive 32

Une étude menée auprès de lycéennes ivoiriennes à Yamoussoukro a révélé que plus de 25% sont tombées enceintes au moins une fois. Parmi celles-ci, près de 62% ont eu recours à un avortement. Et 44 % des élèves ayant avorté ont souffert de complications.²⁵

Diapositive 33

« Les femmes en milieu rural, les femmes qui n'ont jamais été scolarisées et les femmes les plus pauvres sont plus souvent confrontées aux avortements à haut risque. »²⁶

Diapositive 34

L'impact des grossesses non désirées et des avortements non sécurisés va au-delà de chaque femme et s'étend à leurs familles, à leurs communautés et à la nation.

Diapositive 35

Chaque année en Côte d'Ivoire, des dizaines de milliers de femmes se rendent dans des établissements de santé pour des soins relatifs à des complications liées à l'avortement. Près de 29 400 femmes ont reçu des Soins Après Avortement dans les établissements publics de santé en 2015.²⁷

Diapositive 36

Les soins après avortement sont légaux dans tous les pays, y compris la Côte d'Ivoire, et sont reconnus comme services essentiels.²⁸ Et pourtant, seuls 40% des centres de santé publics en Côte d'Ivoire inclus dans l'enquête la plus récente de PMA2020 disposent des fonctions fondamentales minimales pour fournir des soins vitaux après avortement, et aucun ne dispose de fonctions fondamentales complètes.²⁹

Diapositive 37

Des estimations récentes montrent que le coût des prestations des soins après des avortements non sécurisés dans les pays en développement équivaut à plus de dix fois les dépenses qui seraient engagées si tous les avortements étaient réalisés de façon sécurisée.³⁰ En investissant dans l'avortement sécurisé, la Côte d'Ivoire peut économiser l'argent actuellement utilisé pour traiter les conséquences et les complications des avortements pratiqués de manière non sécurisée et peut réduire la mortalité et l'invalidité maternelles.

Diapositive 38

Avec des investissements intelligents dans le continuum complet de soins de santé, la Côte d'Ivoire peut soutenir une révolution contraceptive, réduire les grossesses non désirées et l'avortement non sécurisé, et ouvrir la voie à un développement durable qui améliorera la santé et le bien-être de sa population.

Diapositive 39

Les décideurs peuvent prendre des mesures immédiates visant à réduire la mortalité et l'invalidité maternelles et permettre aux femmes et aux filles ivoiriennes de réaliser leur plein potentiel.

Diapositive 40

Premièrement, les décideurs devraient plaider dans plusieurs secteurs—y compris la santé, l'éducation, la planification et le développement, les finances, et la jeunesse—pour fournir un continuum complet de soins de santé reproductive et prendre des engagements budgétaires.

Ils doivent allouer un financement adéquat aux produits et services de santé reproductive. Ces décideurs peuvent également parler ouvertement—à leurs collègues et à leurs électeurs—des avantages à élargir l'accès aux soins complets d'avortement et de contraception.

Diapositive 41

Deuxièmement, les gestionnaires de programmes de santé devraient intégrer les soins complets d'avortement, y compris les soins après avortement, dans la formation initiale et continue des médecins, des sages-femmes et des infirmiers.

Diapositive 42

Enfin, les décideurs devraient introduire et adopter une loi sur la santé reproductive qui affirme le droit des individus et des couples à recevoir des informations et des services de santé de la reproduction, conformément aux droits énoncés dans le Protocole de Maputo. Sans une telle loi, il n'y a pas de cadre juridique pour soutenir l'accès aux services et aux informations de santé sexuelle et reproductive.

L'avant-projet de loi constitue une première étape importante pour remédier à cette situation.

Diapositive 43

En refusant aux femmes l'accès à l'avortement sécurisé nous les rejetons quand elles ont le plus besoin de notre compassion et de notre attention. Élargir l'accès au continuum complet des soins de santé sexuelle et reproductive dans les circonstances décrites dans le protocole de Maputo, permettrait à la Côte d'Ivoire de réduire la mortalité et l'invalidité maternelles et d'investir avec plus de succès dans l'avenir de ses femmes et de ses filles, ainsi que dans son propre avenir en tant que nation.

Notes de fin (script)

- 1 Ministère de l'Éducation nationale, République de Côte d'Ivoire, *Plan accéléré de réduction des grossesses à l'école (2013-2015) - Campagne Zéro grossesse à l'école en Côte d'Ivoire*, consulté à l'adresse www.prb.org/youthfpcorecard/french/, le 6 mars 2019 ; *Planification Familiale (FP) 2020, Côte d'Ivoire* : Commitment Maker Since 2012, consulté à l'adresse www.familyplanning2020.org/entites/92/commitments, le 6 mars 2019 ; et République de Côte d'Ivoire, *Plan national de développement 2016-2020*, consulté à l'adresse www.prb.org/youthfpcorecard/french/, le 6 mars 2019.
- 2 Le Partenariat de Ouagadougou, « Adoption du projet de loi sur la santé de la reproduction », consulté à l'adresse <https://partenariatouaga.org/adoption-du-projet-de-loi-sur-la-sante-de-la-reproduction/>, le 4 février 2019.
- 3 Susheela Singh et al., *L'avortement dans le monde 2017 : progrès inégaux et accès inégal* (New York : Institut Guttmacher, 2018).
- 4 Ministère de la Santé et de la Lutte contre le sida, République de Côte d'Ivoire, *Plan stratégique de la planification familiale 2012-2016*, consulté à l'adresse www.prb.org/youthfpcorecard/french/, le 11 décembre 2018 ; Office national de la population, République de Côte d'Ivoire, *Politique nationale de population* consulté à l'adresse www.prb.org/youthfpcorecard/french/, le 11 décembre 2018.
- 5 Côte d'Ivoire : Le Code pénal (Édition 2017), Loi. No. 1981-640 Juillet 1981 Instituant le Code pénal. Livre premier, Dispositions communes à l'ensemble des infractions, Les dispositions préliminaires, consulté à l'adresse www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/49255/128598/F-1693355407/CIV-49255.pdf, le 9 janvier 2018.
- 6 Commission Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, « Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique », consulté à l'adresse www.achpr.org/fr/instruments/women-protocol/, le 6 mars 2019.
- 7 Commission Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, « Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique », consulté à l'adresse www.achpr.org/fr/instruments/women-protocol/, le 6 mars 2019.
- 8 Joseph Bénié Bi Vroh et al., « Épidémiologie des avortements provoqués en Côte d'Ivoire », *Santé publique* 24, (2012) : 67-76.
- 9 Performance Monitoring and Accountability (PMA) 2020, « Enquête PMA2020 sur l'avortement : Côte d'Ivoire, Résultats clés, Juillet-août 2018 », consulté à l'adresse www.pma2020.org/sites/default/files/Cote_dIvoire_AbortionModule_Brief_FR_FINAL.pdf, le 11 mars 2019.
- 10 Singh et al., *L'avortement dans le monde 2017* ; Bela Ganatra et al., "Global, Regional, and Subregional Classification of Abortions by Safety, 2010-14: Estimates From a Bayesian Hierarchical Model," *Lancet* 390, no. 10110 (2017): P2372-81.
- 11 Singh et al., *L'avortement dans le monde 2017* ; Bela Ganatra et al., "Global, Regional, and Subregional Classification of Abortions by Safety, 2010-14: Estimates From a Bayesian Hierarchical Model," *Lancet* 390, no. 10110 (2017): P2372-81.
- 12 Performance Monitoring and Accountability (PMA) 2020, « Enquête PMA2020 sur l'avortement : Côte d'Ivoire, Résultats clés, Juillet-août 2018 », consulté à l'adresse www.pma2020.org/sites/default/files/Cote_dIvoire_AbortionModule_Brief_FR_FINAL.pdf, le 11 mars 2019.
- 13 Nicholas J. Kassebaum et al., "Global, Regional, and National Levels and Causes of Maternal Mortality During 1990-2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013," *Lancet* 384, no. 9947 (2014).
- 14 "Pregnancy-Related Mortality Ratio," Demographic and Health Surveys, various years, consulté à l'adresse <https://statcompiler.com/en/>, le 11 mars 2019.
- 15 Singh et al., *L'avortement dans le monde 2017*.
- 16 Performance Monitoring and Accountability (PMA) 2020, « Enquête PMA2020 sur l'avortement : Côte d'Ivoire, Résultats clés, Juillet-août 2018 », consulté à l'adresse www.pma2020.org/sites/default/files/Cote_dIvoire_AbortionModule_Brief_FR_FINAL.pdf, le 11 mars 2019.
- 17 Singh et al., *L'avortement dans le monde 2017*.
- 18 Singh et al., *L'avortement dans le monde 2017* ; Toshiko Kaneda, Charlotte Greenbaum, and Kaitlyn Patierno, *2018 Fiche de données sur la population mondiale* (Washington, DC : Population Reference Bureau, 2018).
- 19 Singh et al., *L'avortement dans le monde 2017*.
- 20 Rachel Jewkes et al., "The Impact of Age on the Epidemiology of Incomplete Abortions in South Africa After Legislative Change," *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 112, no. 3 (2005): 355-59.
- 21 Performance Monitoring and Accountability (PMA) 2020, « PMA2020/Côte d'Ivoire, Indicateurs clés de planification familiale, Juillet-août 2018, Vague 2 », consulté à l'adresse www.pma2020.org/sites/default/files/FR-Cdl-Vague2-2018-FP-Brief.pdf, le 11 mars 2019 ; et Institut national de la statistique (INS) et ICF International, *Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples de Côte d'Ivoire 2011-2012* (Calverton, Md : INS et ICF International, 2013).
- 22 Ministère de la Santé et de la Lutte contre le sida, République de Côte d'Ivoire, *Plan d'action national budgétisé de planification familiale, 2015-2020*, (Juillet 2014), consulté à l'adresse www.prb.org/youthfpcorecard/french/, le 6 mars 2019.
- 23 Performance Monitoring and Accountability (PMA) 2020, « PMA2020/Côte d'Ivoire, Indicateurs clés de planification familiale, Juillet-août 2018, Vague 2 », consulté à l'adresse www.pma2020.org/sites/default/files/FR-Cdl-Vague2-2018-FP-Brief.pdf, le 11 mars 2019.
- 24 Population Reference Bureau, « Tableau de bord des politiques de planification familiale pour les jeunes (March 2018), working paper » consulté à l'adresse www.prb.org/wp-content/uploads/2017/03/Tableau_de_bord_des_politiques_planification_familiale-pour-les-jeunes_3_5_2018.pdf, le 5 février 2019 ; Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, République de Côte d'Ivoire, *Politique nationale de santé des adolescents et des jeunes 2016-2020*, consulté à l'adresse <http://www.sante.gouv.ci/userfiles/file/Politique%20Nationale%20Sant%C3%A9%20Adolescents%20et%20Jeunes.pdf>, le 11 janvier 2019.
- 25 Sassor Odile Purifine Aké-Tano et al., « Pratiques d'avortement chez des lycéennes à Yamoussoukro, Côte d'Ivoire », *Santé Publique* 29, n° 5 (2017) : 711-17.
- 26 Performance Monitoring and Accountability (PMA) 2020, « Enquête PMA2020 sur l'avortement : Côte d'Ivoire, Résultats clés, Juillet-août 2018 », consulté à l'adresse www.pma2020.org/sites/default/files/Cote_dIvoire_AbortionModule_Brief_FR_FINAL.pdf, le 11 mars 2019.
- 27 Pathfinder International, "Executive Summary of Pathfinder International Landscape Analysis: Côte d'Ivoire," unpublished report, Abidjan, Côte d'Ivoire, 2017.
- 28 Maureen R. Corbett and Katherine L. Turner, "Essential Elements of Postabortion Care: Origins, Evolution, and Future Directions," *International Family Planning Perspectives* 29, no. 3 (2003): 106-111 ; Sneha Barot, "Implementing Postabortion Care Programs in the Developing World: Ongoing Challenges," *Guttmacher Policy Review* 17, no. 1 (2014): 22-28 ; et Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, « Circulaire n° 0525, relative aux soins obstétricaux d'urgence », 2007.
- 29 Performance Monitoring and Accountability (PMA) 2020, « Enquête PMA2020 sur l'avortement : Côte d'Ivoire, Résultats clés, Juillet-août 2018 », consulté à l'adresse www.pma2020.org/sites/default/files/Cote_dIvoire_AbortionModule_Brief_FR_FINAL.pdf, le 11 mars 2019.
- 30 Susheela Singh, Jacqueline E. Darroch, and Lori S. Ashford, *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2014* (New York: Guttmacher Institute, 2014).

Document d'accompagnement « Messages clés »

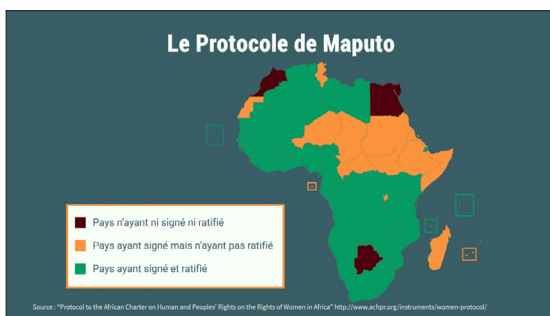
Le document d'accompagnement « Messages clés » est un bref document qui comprend des « instantanés » visuels de la présentation ENGAGE. Il est succinct et peut servir à la fois de support visuel et de document destiné à être lu. Nous vous encourageons à l'utiliser lorsque vous faites la présentation à une audience.

PAS UNE SEULE FEMME REFOULÉE : ÉLARGIR L'ACCÈS À DES SOINS COMPLETS DE SANTÉ REPRODUCTIVE EN CÔTE D'IVOIRE

MESSAGES CLÉS



Dans la vie des femmes et des couples, choisir d'avoir des enfants et à quel moment figure parmi les décisions les plus importantes. Les femmes et les filles peuvent être confrontées à la décision d'interrompre une grossesse. Elles méritent des soins compatissants, complets et de haute qualité.

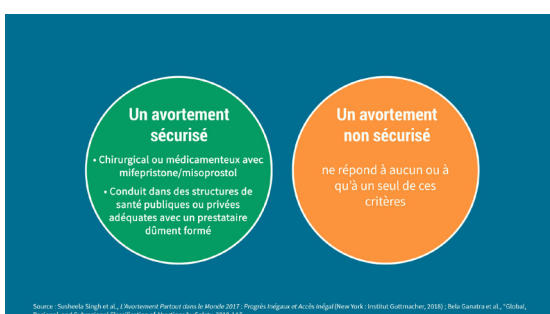


En 2003, le Protocole de Maputo a été adopté par l'Union africaine, énonçant, entre autres droits, celui des femmes à accéder à l'avortement en cas de viol, d'inceste, d'anomalie fœtale grave et de risque pour la santé de la mère.

La Côte d'Ivoire a signé et ratifié le Protocole de Maputo, mais n'a pas révisé ses lois nationales pour être en conformité avec cet engagement.¹



La législation nationale stricte de la Côte d'Ivoire n'a pas empêché les femmes et les filles de solliciter l'avortement. Une étude de 2007 a indiqué que 43 % des femmes ivoiriennes qui sont déjà tombées enceintes ont eu recours à une interruption volontaire de grossesse.² Mais l'interdit légal les pousse à recourir à des méthodes clandestines et non sécurisées, les exposant à des risques de blessure et même de décès.³

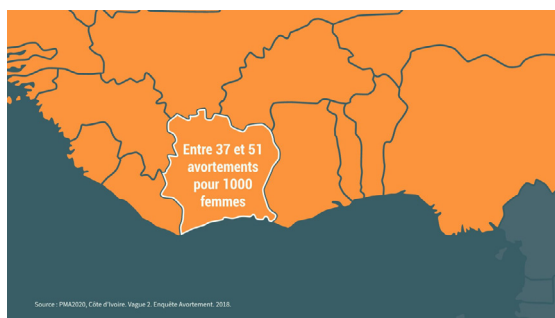


Un avortement sécurisé est un soin chirurgical ou médicamenteux avec mifepristone/misoprostol, pratiqué dans des structures de santé publiques ou privées adéquates, et par un prestataire dûment formé. L'avortement sécurisé sauve la vie de la femme. En revanche, un avortement non sécurisé ne remplit aucun de ces critères ou ne remplit qu'un seul de ces critères.⁴



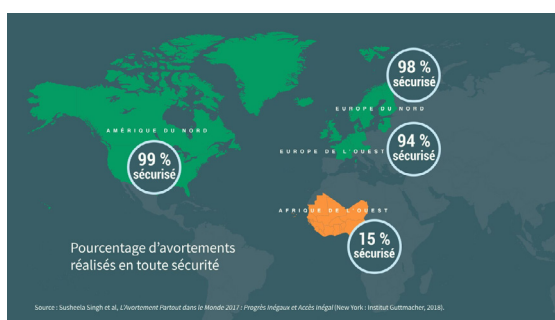
Selon une étude récente, plus de six avortements sur dix en Côte d'Ivoire en 2018 étaient non sécurisés.⁵

L'avortement non sécurisé contribue fortement à la mortalité et à l'invalidité maternelles : il est estimé responsable de plus d'un décès sur six liés à la grossesse en Afrique de l'Ouest.⁶



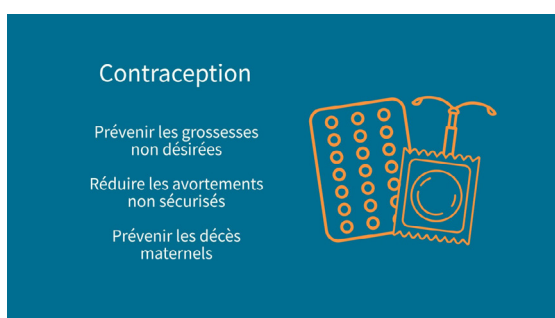
En Afrique de l'Ouest, où l'accès à l'avortement sécurisé est généralement fortement restreint, environ 31 avortements pour 1000 femmes ont été réalisés chaque année entre 2010 et 2014. Les taux estimés d'avortement probables en Côte d'Ivoire sont même plus élevés : entre 37 et 51 pour 1000 femmes.⁷

En revanche, en Europe de l'Ouest et du Nord et en Amérique du Nord, régions où l'avortement est largement autorisé, les taux d'avortement se situent entre 16 et 18 pour 1000 femmes. Dans ces régions, la contraception moderne est largement disponible et utilisée, ce qui entraîne moins de grossesses non-désirées.⁸

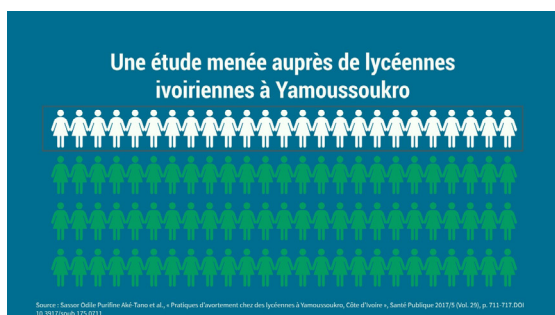


Dans les régions où l'avortement est largement autorisé, presque tous les avortements—plus de neuf sur dix—sont réalisés en toute sécurité.

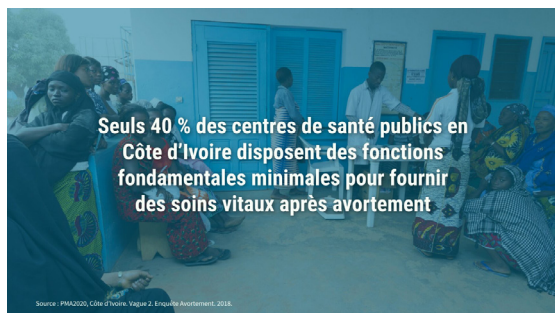
En Afrique de l'Ouest, en revanche, seulement 15 % des avortements sont réalisés dans des conditions sécurisées.⁹



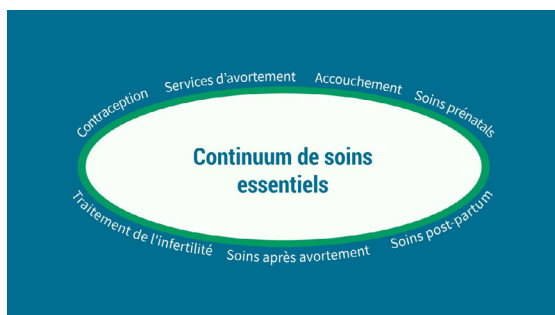
Outre les soins complets d'avortement, l'accès à la contraception est une autre composante essentielle du continuum de soins de la santé. Il peut en effet prévenir les grossesses non désirées, réduire les avortements non sécurisés, et prévenir les décès maternels. Le taux de prévalence contraceptive moderne en Côte d'Ivoire chez les femmes âgées de 15 à 49 ans a augmenté de 14 % en 2012 à 21 % en 2018.¹⁰ Il reste inférieur à l'objectif de 36 % d'ici 2020 pour le taux de prévalence contraceptive moderne, inscrit dans le Plan d'action national budgétisé de planification familiale.¹¹



Avec un accès limité à la contraception, les jeunes femmes—en particulier celles qui sont célibataires—sont davantage susceptibles de faire face à une grossesse non désirée. Une étude menée auprès de lycéennes ivoiriennes à Yamoussoukro a révélé que plus de 25 % sont tombées enceintes au moins une fois. Parmi celles-ci, près de 62 % ont eu recours à un avortement. De plus, 44 % des élèves ayant avorté ont souffert de complications.¹²



Les soins après avortement sont légaux dans tous les pays, y compris la Côte d'Ivoire, et sont reconnus comme services essentiels.¹³ Et pourtant, seuls 40 % des centres de santé publics en Côte d'Ivoire (inclus dans l'enquête la plus récente de PMA 2020) disposent des fonctions fondamentales minimales pour fournir des soins après avortement vitaux, et aucun ne dispose de fonctions fondamentales complètes.¹⁴



Avec des investissements intelligents dans le continuum complet de soins de santé sexuelle et reproductive, la Côte d'Ivoire peut soutenir une révolution contraceptive, réduire les grossesses non désirées et l'avortement non sécurisé, et ouvrir la voie à un développement économique et social durable qui améliorera la santé et le bien-être de sa population.



Les décideurs peuvent prendre des mesures immédiates visant à réduire la mortalité et l'invalidité maternelles.

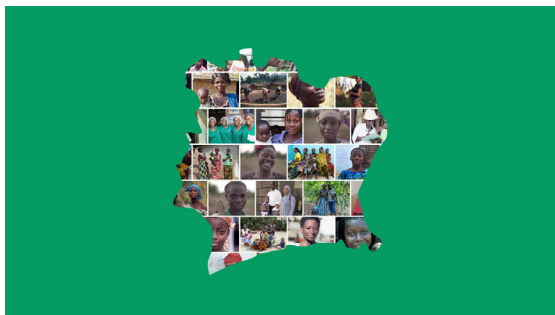
Premièrement, ils devraient plaider dans plusieurs secteurs—y compris la santé, l'éducation, la planification et le développement, les finances, et la jeunesse—pour fournir un continuum complet de soins de santé reproductive.



Deuxièmement, les gestionnaires de programmes de santé devraient intégrer les soins complets d'avortement, y compris les soins après-avortement, dans la formation initiale et continue des médecins, des sages-femmes, et des infirmiers.



Enfin, les décideurs devraient harmoniser les lois et politiques nationales avec le Protocole de Maputo et affirmer le droit des individus et des couples à recevoir des informations et des services de santé sexuelle et de la reproduction.



Élargir l'accès au continuum complet des soins de santé sexuelle et reproductive dans les circonstances décrites dans le protocole de Maputo, permettrait à la Côte d'Ivoire de réduire la mortalité et l'invalidité maternelles et d'investir avec plus de succès dans l'avenir de ses femmes et de ses filles, ainsi que dans son propre avenir en tant que nation.

Références

- 1 Commission Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, « Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique », consulté à l'adresse www.achpr.org/fr/instruments/women-protocol/, le 6 mars 2019.
- 2 Joseph Bénie Bi Vroh et al., « Épidémiologie des avortements provoqués en Côte d'Ivoire », *Santé publique* 24 (2012) : 67-76.
- 3 Performance Monitoring and Accountability (PMA) 2020, « PMA2020/Côte d'Ivoire, Indicateurs clés de planification familiale, Juillet-août 2018, Vague 2 », consulté à l'adresse www.pma2020.org/sites/default/files/FR-Cdl-Vague2-2018-FP-Brief.pdf, le 11 mars 2019.
- 4 Susheela Singh et al., *L'avortement dans le monde 2017 : progrès inégaux et accès inégal* (New York : Institut Guttmacher, 2018) ; et Performance Monitoring and Accountability (PMA) 2020, « Enquête PMA2020 sur l'avortement : Côte d'Ivoire, Résultats clés, Juillet-août 2018 », consulté à l'adresse www.pma2020.org/sites/default/files/Cote_dIvoire_AbortionModule_Brief_FR_FINAL.pdf, le 11 mars 2019.
- 5 Nicholas J. Kassebaum et al., "Global, Regional, and National Levels and Causes of Maternal Mortality During 1990-2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013," *Lancet* 384, no. 9947 (2014).
- 6 Performance Monitoring and Accountability (PMA) 2020, « Enquête PMA2020 sur l'avortement : Côte d'Ivoire, Résultats clés, Juillet-août 2018 », consulté à l'adresse www.pma2020.org/sites/default/files/Cote_dIvoire_AbortionModule_Brief_FR_FINAL.pdf, le 11 mars 2019.
- 7 Singh et al., *L'avortement dans le monde 2017*.
- 8 Singh et al., *L'avortement dans le monde 2017*.
- 9 Performance Monitoring and Accountability (PMA) 2020, « PMA2020/Côte d'Ivoire, Indicateurs clés de planification familiale, Juillet-août 2018, Vague 2 », consulté à l'adresse www.pma2020.org/sites/default/files/FR-Cdl-Vague2-2018-FP-Brief.pdf, le 11 mars 2019 ; et Institut national de la statistique (INS) et ICF International, *Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples de Côte d'Ivoire 2011-2012* (Calverton, Md: INS et ICF International, 2013).
- 10 Ministère de la Santé et de la Lutte contre le sida, République de Côte d'Ivoire, *Plan d'action national budgétisé de planification familiale, 2015-2020*, (Juillet 2014), consulté à l'adresse www.prb.org/youthfpcorecard/french/, le 6 mars 2019.
- 11 Sassor Odile Purifine Aké-Tano et al., « Pratiques d'avortement chez des lycéennes à Yamoussoukro, Côte d'Ivoire », *Santé Publique* 29, n° 5 (2017) : 711-17.
- 12 Maureen R. Corbett and Katherine L. Turner, "Essential Elements of Postabortion Care: Origins, Evolution, and Future Directions," *International Family Planning Perspectives* 29, no. 3 (2003): 106-111 ; Sneha Barot, "Implementing Postabortion Care Programs in the Developing World: Ongoing Challenges," *Guttmacher Policy Review* 17, no. 1 (2014): 22-28 ; et Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, « Circulaire n° 0525, relative aux soins obstétricaux d'urgence », 2007.
- 13 Performance Monitoring and Accountability (PMA) 2020, « Enquête PMA2020 sur l'avortement : Côte d'Ivoire, Résultats clés, Juillet-août 2018 », consulté à l'adresse www.pma2020.org/sites/default/files/Cote_dIvoire_AbortionModule_Brief_FR_FINAL.pdf, le 11 mars 2019.

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



Remerciements

« Pas une seule femme refoulée : élargir l'accès à des soins complets de santé reproductive en Côte d'Ivoire » est un outil de plaidoyer multimédia élaboré conjointement par Population Reference Bureau et le groupe de travail de SAFE ENGAGE en Côte d'Ivoire. Nous remercions tous les membres de ce groupe pour leur temps et leur dévouement.

La présentation a été écrite par Kate Gilles, directrice de programme, et Charlotte Greenbaum, analyste politique, avec la contribution de Lori Ashford, consultante indépendante. Elle a été conçue et produite par Pamela Mathieson, productrice de supports vidéo et numériques, N'Namdi Washington, graphiste et éditrice numérique, et Jessica Woodin, conceptrice principale. Merci également à Charlotte Feldman-Jacobs, vice-présidente associée des programmes internationales de PRB, et à Heidi Worley, directrice de la rédaction de PRB, pour leurs conseils et leurs contributions critiques.

© 2019 Population Reference Bureau. Tous droits réservés.

Crédits photos :

© 2013 Nadege Honthaas/ONG AGIS, Courtesy of Photoshare
© 2014 Mohamad Sy-Ar/CCP, Courtesy of Photoshare
© AfrikanMotion / Creatas Video+ / Getty Images Plus / Getty Images
© André Quillien / Alamy Stock Photo
© BlackBoxGuild / POND 5
© Blickwinkel / Alamy Stock Photo
© Boaz Rottem / Alamy Stock Photo
© Charles O. Cecil / Alamy Stock Photo
© Danita Delimont / Alamy Stock Photo
© Erik Sampers/ASK Images / Alamy Stock Photo
© Ethel Wolvovitz / Alamy Stock Photo
© Film Filmryan / Alamy Stock Photo
© Franck - Harold Ntah / EyeEm / Getty Images
© Godong / Alamy Stock Photo
© Hemis / Alamy Stock Photo
© Jake Lyell / Alamy Stock Photo
© Jbdodane / Alamy Stock Photo
© Julien Prieto / EyeEm / Getty Images
© LuisPortugal / iStock / Getty Images Plus / Getty Images
© McPhoto/Burch / Alamy Stock Photo
© MELBA PHOTO AGENCY / Alamy Stock Photo
© Michael Dwyer / Alamy Stock Photo
© Nigel Dickinson / Alamy Stock Photo
© Novarc Images / Alamy Stock Photo
© Olivier Asselin / Alamy Stock Photo
© Roman Yanushevsky / Alamy Stock Photo
© rosn123 / iStock Editorial / Getty Images Plus / Getty Images
© samford / POND 5
© Sean_Warren / iStock / Getty Images Plus / Getty Images
© Stefano Gentile / EyeEm / Getty Images
© subman / E+ / Getty Images
© Tommy Trenchard / Alamy Stock Photo
© Universal Images Group North America LLC / DeAgostini / Alamy Stock Photo
© Vystekimages / Alamy Stock Photo
© Vystekimages / Photononstop / Getty Images
© Walter Rawlings / robertharding / Getty Images
© Zenman / Wikimedia Commons

Crédit de musique :

Shape of Me by Dr. Hollywood, Premium Beat

© 2019 Population Reference Bureau. Tous droits réservés.

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

Guide de discussion

Après avoir effectué la présentation ENGAGE « Pas une seule femme refoulée : élargir l'accès à des soins complets de santé reproductive en Côte d'Ivoire », vous pourriez avoir l'occasion d'encourager la discussion entre les membres de l'auditoire. Nous vous proposons d'orienter les échanges autour des recommandations comprises dans la présentation et de demander à l'audience quels types d'actions elle peut entreprendre pour améliorer la santé reproductive des femmes et l'accès à des services d'avortement sécurisé.

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

DISCUSSION SUR L'ACCÈS À L'AVORTEMENT SÉCURISÉ

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

DISCUSSION SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE ET LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION

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

DISCUSSION À PROPOS DES RECOMMANDATIONS

13. Que peuvent faire les organisations intervenant dans les soins de santé de la reproduction pour élargir l'accès à l'avortement sécurisé ?

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

Questions fréquemment posées

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

Vous trouverez ci-dessous certaines questions fréquemment posées et quelques suggestions de réponses.

QUESTIONS PORTANT SUR LA PRÉSENTATION

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

A. Les données que nous avons partagées dans cette présentation proviennent des sources les plus précises disponibles. Ces sources comprennent des revues scientifiques telles que *Lancet and Obstetrics and Gynecology* (*Lancet et Obstétrique et Gynécologie*), des organisations de recherche telles que l'Institute for Health Metrics and Evaluation (*Institut pour les mesures et l'évaluation de la santé*), Performance Monitoring and Accountability 2020 (*PMA2020-Suivi de la performance et responsabilisation 2020*), et le Guttmacher Institute (*Institut Guttmacher*), ainsi que des organismes régionaux, y compris l'Union africaine et l'Organisation mondiale de la santé.

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

A. Pour les données régionales, nous utilisons des estimations du Guttmacher Institute, un organisme de recherche qui collabore avec des experts du monde entier pour déterminer le nombre d'avortements pratiqués chaque année. Ils ont testé et perfectionné leur méthodologie sur plusieurs décennies. Dans certains pays, les statistiques officielles sur l'avortement sont disponibles et fiables ; dans d'autres, les statistiques doivent être vérifiées au moyen d'enquêtes et d'interviews ; et dans beaucoup d'autres, il n'existe aucune statistique sur l'avortement. Dans ce dernier cas, les avortements sont estimés indirectement à l'aide d'autres données disponibles, telles que le nombre total de naissances, de grossesses, le pourcentage des grossesses déclarées intentionnelles ou non, le pourcentage des grossesses identifiées comme s'étant terminées par une fausse couche, le nombre de décès maternels, les utilisatrices de contraceptifs, les taux d'échec de la contraception, etc.

Pour les données sur l'avortement en Côte d'Ivoire, nous avons utilisé les résultats récemment publiés de PMA2020. PMA2020 a développé une nouvelle méthodologie d'enquête pour mesurer l'incidence de l'avortement. Cette méthodologie prend en compte les avortements déclarés par les femmes elles-mêmes et qui sont très peu signalés (par crainte d'être stigmatisées). Les chercheurs ont généré deux estimations de l'incidence de l'avortement : une estimation directe à partir des réponses auto-déclarées et une estimation indirecte à partir des réponses concernant le confident le plus proche du répondant.

Ces données étant des estimations, vous pouvez parfois voir différents nombres rapportés par différentes sources. Cette variation est due aux sources des données et aux méthodes statistiques utilisées.

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

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

Région	Nombre annuel d'avortements de 2010 à 2014 (en millions)	Taux général d'avortement de 2010 à 2014 (Nombre d'avortements pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans)	Pourcentage des avortements pratiqués de manière sécurisée
AFRIQUE	8,2	34	24,4
de l'Est	2,7	34	23,9
centrale	1,0	35	11,8
du Nord	1,9	38	29,0
australe	0,5	34	73,5
de l'Ouest	2,1	31	15,3
ASIE	35,5	36	62,1
centrale	0,7	42	<i>inconnu</i>
orientale	12,8	36	88,9
du Sud-Est	5,1	35	59,6
australe	15,0	37	42,2
occidentale	1,9	34	51,5
AMÉRIQUE LATINE & CARAÏBES	6,5	44	23,6
Les Caraïbes	0,6	59	25,4
Amérique centrale	1,3	33	18,4
Amérique du Sud	4,6	48	24,9
AMÉRIQUE DU NORD	1,2	17	99,0
EUROPE	4,3	29	88,8
de l'Est	2,6	42	85,8
du Nord	0,3	18	97,9
du Sud	0,8	26	91,2
de l'Ouest	0,6	16	93,5
OCÉANIE	0,1	19	66,3

Source : Susheela Singh et al., *L'avortement dans le monde 2017* (New York : Institut Guttmacher, 2018).

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

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

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

A. Cette présentation indique qu'il y a entre 37 et 51 avortements probables pour 1000 femmes en Côte d'Ivoire chaque année.¹ Ce nombre fait référence aux avortements provoqués et n'inclut pas l'avortement spontané ni les fausses couches.²

QUESTIONS SUR L'AVORTEMENT³

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

A. Dans cette présentation, nous faisons référence aux grossesses non désirées. Les grossesses non intentionnelles peuvent être, soit non désirées, soit mal programmées, ce qui signifie que la femme veut avoir un enfant, mais pas à ce moment. Des preuves indiquent que beaucoup de femmes ivoiriennes se trouvent dans la difficile situation de faire face à une grossesse non désirée, aggravée par le fait que toutes les portes leur sont fermées.

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

A. L'adoption constitue une composante importante des services complets de santé sexuelle et reproductive, et cette présentation encourage l'accès de tous à l'ensemble du continuum de soins. Dans cette présentation, cependant, nous mettons l'accent sur la question de la santé maternelle et examinons la contribution de l'avortement sécurisé à la mortalité et à l'invalidité maternelles.

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

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

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

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

Q. L'avortement est un instrument de contrôle de la population.

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

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

A. Chacun devrait avoir le droit de prendre des décisions concernant sa vie qui soient conformes à ses croyances personnelles. Des preuves indiquent que des personnes de toutes religions pratiquent l'avortement, mais beaucoup gardent cela secret, en partie à cause de l'opposition formulée par certains chefs religieux. Ce silence et cette stigmatisation n'empêchent pas l'avortement ; ils poussent simplement les femmes à rechercher des avortements clandestins, généralement moins sûrs.³

Les femmes qui désirent interrompre leur grossesse et ne sont pas en mesure d'accéder à des soins d'avortement sécurisés peuvent risquer leur santé ou leur vie avec un avortement non sécurisé.

Beaucoup de personnes pensent qu'il est immoral de ne pas fournir des services sûrs et donc de permettre que des femmes meurent d'un avortement non sécurisé ; ceux-ci incluent les chefs religieux et les personnes de foi qui aident les femmes à accéder à des services d'avortement sécurisé et qui parlent de l'importance de soutenir les femmes. Nous croyons que chaque femme devrait être libre de ses décisions en matière de santé en fonction de sa propre morale et de ses propres croyances religieuses, et sans contrainte.

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

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

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

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

QUESTIONS PORTANT SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

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

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

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

A. Il existe un large éventail de méthodes contraceptives disponibles pour les femmes et les hommes, en fonction des besoins de chaque individu en matière de reproduction. Certaines méthodes sont plus efficaces que d'autres. Les méthodes les plus efficaces sont les méthodes permanentes ou à longue durée d'action : DIU, stérilisation féminine et vasectomie. Les couples peuvent également utiliser d'autres méthodes qui reposent sur la connaissance de la période de fécondité de la femme et l'abstinence sexuelle ou l'utilisation d'une autre méthode durant ces jours fertiles.

Les méthodes les plus couramment utilisées en Côte d'Ivoire sont les injections hormonales, les pilules contraceptives orales et les implants.⁴

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A. Il est important que les femmes ne se sentent jamais contraintes en matière de santé reproductive. Lorsque les femmes et les hommes qui désirent utiliser la planification familiale sont en mesure de le faire, ils peuvent choisir le moment propice, l'espacement et la taille de leur famille, entraînant ainsi une amélioration de la santé et du bien-être de la famille, de la communauté et finalement du pays tout entier.

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

A. Partout dans le monde, les chefs religieux sont sollicités pour des conseils sur tous les aspects de la vie. L'accès à la contraception et à la planification familiale ne concerne pas seulement l'espacement des naissances, mais aussi le maintien d'une santé optimale à toutes les étapes de la vie et dans tous les domaines liés à la santé reproductive des femmes et des hommes. Dans de nombreuses communautés religieuses, les populations sont confrontées à des problèmes relatifs à la santé de la reproduction, tels que la maladie et le décès de femmes lors de l'accouchement ; les problèmes de santé associés à des grossesses trop précoces ou trop rapprochées ; les violences faites aux femmes ; et les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA. Pour gagner le soutien d'un chef religieux, il est utile d'inscrire les problèmes dans les valeurs, les croyances et les directives de la religion à laquelle vous adressez.

Travaillez avec eux pour créer des messages qui montrent où, dans la Bible ou dans le Coran, l'espacement des naissances est soutenu et promu pour la santé de la mère et de l'enfant. Il est important que les programmes travaillent en partenariat avec ces « champions » pour concevoir des messages et des stratégies de sensibilisation de la communauté qui soutiennent la planification familiale dans des cadres religieux.

ATTAQUES PERSONNELLES

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

A. Nous pensons que l'avortement est une question que tout le monde a le droit et l'obligation de prendre au sérieux. Je me soucie profondément du bien-être de mon pays et de mes concitoyens. Je ne suis pas ici pour discuter de mon expérience personnelle avec cette question, mais plutôt pour parler de ce que les données et les recherches montrent sur l'avortement et la santé maternelle en Côte d'Ivoire.

Q. Avez-vous déjà eu un avortement ?

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

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

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

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

A. En fait, nous essayons de montrer que les femmes souffrent de handicaps et meurent à cause d'un avortement non sécurisé. Nous voulons rendre sûrs les services liés à l'avortement, afin que les femmes qui souhaitent se faire avorter puissent le faire en toute sécurité, sans risquer leur vie. Avec l'utilisation croissante de la planification familiale, moins de femmes voudront se faire avorter. À travers l'expansion des programmes de planification familiale et l'accroissement de l'accès aux services liés à l'avortement, nous pouvons améliorer la santé des femmes.

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

A. Les médecins gagnent de l'argent en pratiquant la médecine en général, que ce soit pour pratiquer des avortements, mettre au monde un bébé ou effectuer une opération chirurgicale. En fait, si l'avortement sécurisé était plus largement disponible, il deviendrait moins coûteux, comme nous l'avons vu dans les pays qui ont introduit l'avortement médicamenteux. En tant que médecin, je veux rendre l'avortement sans danger.

QUESTIONS PORTANT SUR LE FINANCEMENT ET LES PARTENAIRES

Q. Qui a élaboré cette présentation ?

A. Population Reference Bureau a élaboré cette présentation avec l'aide d'un groupe de travail mondial composé de chercheurs, des défenseurs, de représentants de gouvernements et de professionnels de la santé.

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

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

Q. Qui finance le projet SAFE ENGAGE ?

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

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

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

Références pour les questions fréquemment posées

Performance Monitoring and Accountability (PMA) 2020, « Enquête PMA2020 sur l'avortement : Côte d'Ivoire, Résultats clés, Juillet-août 2018 », consulté à l'adresse www.pma2020.org/sites/default/files/Cote_dIvoire_AbortionModule_Brief_FR_FINAL.pdf, le 11 mars 2019.

Susheela Singh et al., *L'avortement dans le monde 2017 : progrès inégaux et accès inégal* (New York : Institut Guttmacher, 2018).

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

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

Performance Monitoring and Accountability (PMA) 2020, « PMA2020/Côte d'Ivoire, Indicateurs clés de planification familiale, Juillet-août 2018, Vague 2 », consulté à l'adresse www.pma2020.org/sites/default/files/FR-CdI-Vague2-2018-FP-Brief.pdf, le 11 mars 2019.

Ressources supplémentaires

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

