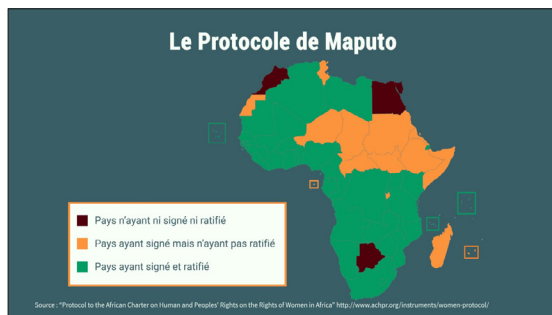


PAS UNE SEULE FEMME REFOULÉE : ÉLARGIR L'ACCÈS À DES SOINS COMPLETS DE SANTÉ REPRODUCTIVE EN CÔTE D'IVOIRE

MESSAGES CLÉS

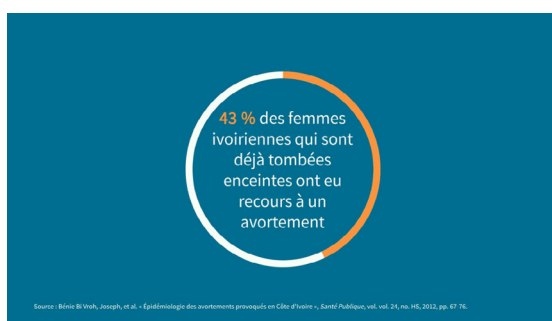


Dans la vie des femmes et des couples, choisir d'avoir des enfants et à quel moment figure parmi les décisions les plus importantes. Les femmes et les filles peuvent être confrontées à la décision d'interrompre une grossesse. Elles méritent des soins compatissants, complets et de haute qualité.

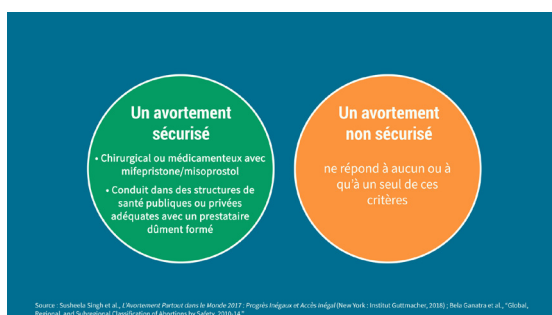


En 2003, le Protocole de Maputo a été adopté par l'Union africaine, énonçant, entre autres droits, celui des femmes à accéder à l'avortement en cas de viol, d'inceste, d'anomalie fœtale grave et de risque pour la santé de la mère.

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

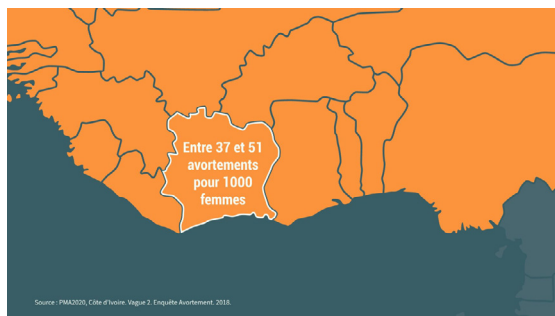


Un avortement sécurisé est un soin chirurgical ou médicamenteux avec mifepristone/misoprostol, pratiqué dans des structures de santé publiques ou privées adéquates, et par un prestataire dûment formé. L'avortement sécurisé sauve la vie de la femme. En revanche, un avortement non sécurisé ne remplit aucun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



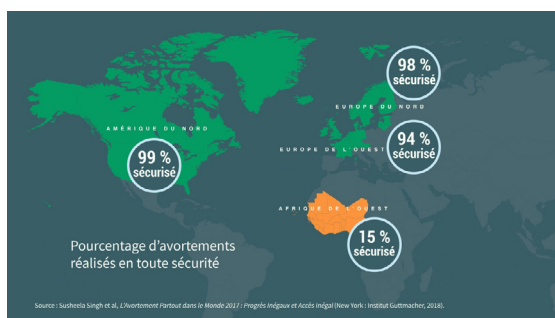
Selon une étude récente, plus de six avortements sur dix en Côte d'Ivoire en 2018 étaient non sécurisés.⁵

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



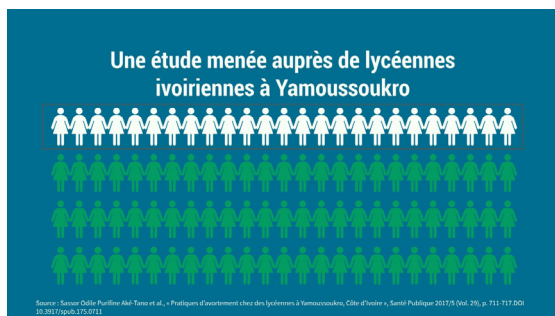
Dans les régions où l'avortement est largement autorisé, presque tous les avortements—plus de neuf sur dix—sont réalisés en toute sécurité.

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

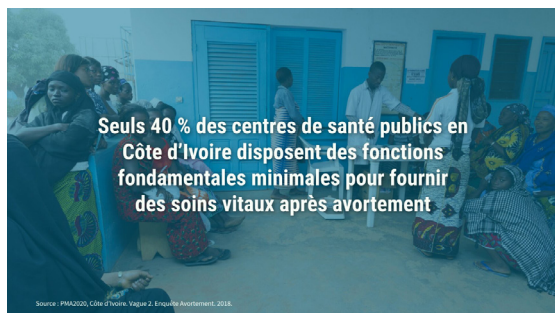
Contraception

- Prévenir les grossesses non désirées
- Réduire les avortements non sécurisés
- Prévenir les décès maternels

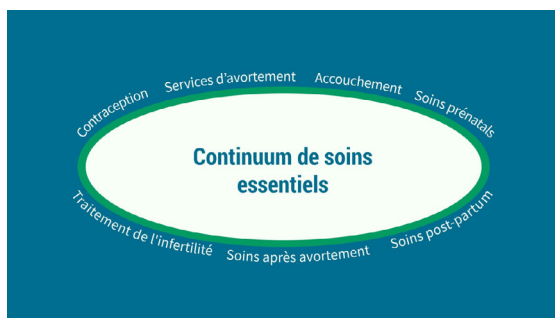
Outre les soins complets d'avortement, l'accès à la contraception est une autre composante essentielle du continuum de soins de la santé. Il peut en effet prévenir les grossesses non désirées, réduire les avortements non sécurisés, et prévenir les décès maternels. Le taux de prévalence contraceptive 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.

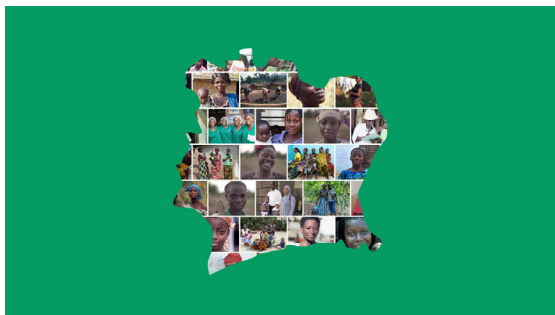
Premièrement, ils devraient plaider dans plusieurs secteurs—y compris la santé, l'éducation, la planification et le développement, les finances, et la jeunesse—pour fournir un continuum complet de soins de santé reproductive.



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

