

Le choix ouvre un monde de possibilités



# Elle se prend en mains

Avortement médicamenteux dans la vie des  
femmes  
Un appel à l'action

# Qui sommes-nous

La Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) est un prestataire mondial de services qui défend avec ferveur la santé et les droits sexuels et reproductifs pour tous. Nous sommes un mouvement mondial d'organisations nationales travaillant avec et pour les communautés et les individus, composé de 164 associations membres et partenaires. En 2017, l'IPPF a fourni 208,6 millions de services de santé sexuelle et reproductive.

L'IPPF œuvre pour un monde où les personnes de tous âges partout dans le monde ont le contrôle de leur corps et donc de leur destin. Un monde où elles sont libres de choisir ou non de devenir parents, libres de décider combien d'enfants elles auront et quand et libres de mener une vie sexuelle saine sans crainte de grossesses non désirées ni d'infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH. Un monde où le sexe ou l'orientation sexuelle ne sont plus une source d'inégalité ou de stigmatisation. Nous nous sommes engagés à faire avancer les droits de toutes les femmes et filles afin qu'elles puissent accéder à des services d'avortement sécurisé. L'accès aux dernières techniques de reproduction qui aident les femmes à avoir le plein contrôle de leur destin en matière de procréation constitue un droit humain et le déni de ces technologies - y compris l'accès à l'avortement sécurisé, constitue une contrainte en matière de reproduction.

L'accès à l'avortement sécurisé est la base de la santé et des droits sexuels et reproductifs et du plein contrôle que les femmes ont de leur propre corps. L'IPPF continuera de s'assurer que les soins d'avortement sont sûrs, légaux et accessibles pour et par toutes les femmes, partout dans le monde. Le Cadre stratégique de l'IPPF s'est engagé à promouvoir les droits de toutes les femmes et filles à choisir et effectuer un avortement sécurisé, accroître l'accès aux services d'avortement complets, et aussi pour sensibiliser sur les impacts de l'avortement sécurisé sur la santé publique et la justice sociale. Nous nous engageons à réduire le nombre de blessures et de décès touchant les femmes et les filles qui sont contraintes de recourir aux méthodes d'avortement à risque.

# Table des matières

<b>Qui sommes-nous</b>	<b>2</b>
<b>Avant-propos - l' Ambassadrice Dr Eunice Brookman-Amisshah</b>	<b>4</b>
<b>Avant-propos - Le ministre Nikolai Astrup</b>	<b>6</b>
<b>Note de synthèse</b>	<b>8</b>
<b>Présentation</b>	<b>11</b>
<b>Comprendre l'avortement</b>	<b>14</b>
<b>Une brève histoire récente de l'avortement dans la politique internationale</b>	<b>18</b>
<b>L'avortement à risque à travers le monde</b>	<b>20</b>
<b>Le challenge : Accélérer le progrès pour atteindre toutes les femmes avec l'avortement sécurisé</b>	<b>23</b>
<b>Un appel pour l'expansion de l'avortement médicamenteux</b>	<b>27</b>
<b>Définir un programme d'action</b>	<b>33</b>
<b>Conclusion</b>	<b>36</b>
<b>Notes de fin</b>	<b>37</b>

## Principales abréviations

<b>ESC</b>	Éducation sexuelle complète
<b>OSC</b>	Organisation de la Société Civile
<b>CIPD</b>	Conférence internationale sur la population et le développement
<b>EMSI</b>	Ensemble minimal de services initiaux
<b>ONG</b>	Organisation non gouvernementale
<b>PSI</b>	Population Services International
<b>SDSR</b>	La santé et les droits sexuels et reproductifs
<b>UNFPA</b>	Fonds des Nations Unies pour la Population

# Avant-propos

Au début de ma carrière, en tant que jeune médecin au Ghana, j'ai premièrement vu l'impact lorsque les femmes qui ne souhaitaient pas continuer leur grossesse se sont vues empêchées d'accéder à l'avortement sécurisé. J'ai vu des femmes qui, en désespoir, avaient eu recours à des avortements à risque ayant causé des dommages, de graves hémorragies et même une mort prématurée. J'ai vu l'impact que leur invalidité et leur décès ont eu sur leurs enfants et leurs familles.

En tant que ministre de la Santé au Ghana, il était donc clair pour moi, et c'est toujours le cas, que la réponse raisonnable et pleine de compassion à ce fléau sanitaire public que constitue l'avortement à risque est de donner aux femmes la liberté d'accéder aux soins de santé vitaux et aux services dont elles ont besoin.

Pendant mon mandat en tant qu'ambassadrice du Ghana au Royaume des Pays-Bas, où l'avortement est relativement peu restreint et où les femmes ont accès aux services médicaux sûrs, y compris aux médicaments pour l'avortement médicamenteux, j'ai été frappé par le contraste saisissant d'un très faible taux de mortalité maternelle, une forte utilisation des services contraceptifs et les faibles taux de grossesses non désirées et le besoin de recourir à l'avortement. Quand une femme choisit de ne pas poursuivre sa grossesse non désirée, elle a accès à une procédure sécurisée avec un niveau négligeable de complications. Et des cas de décès extrêmement rares !

En revanche, les taux excessivement élevés de mortalité et de morbidité liés aux avortements à risque dans la plupart des pays en développement, et en particulier en Afrique, ne sont pas un accident. Ils sont la conséquence directe de la décision des gouvernements et de la société de refuser aux femmes l'accès à l'avortement sécurisé sans l'intermédiaire de lois restrictives qui criminalisent également les prestataires de services et perpétuent la stigmatisation autour de l'avortement. Le fait que plus de 40 000 femmes meurent chaque année des complications des

avortements à risque est totalement inacceptable dans notre monde contemporain !

Les technologies médicales s'améliorent rapidement et ces dernières années, l'amélioration de l'accès aux médicaments pour l'avortement médicamenteux a transformé la capacité des femmes à prendre leurs propres décisions en matière de procréation, et, par conséquent, d'autres domaines de leur vie, y compris l'éducation. L'avortement médicamenteux peut être effectué n'importe où, sans équipement médical spécifique et avec un large éventail de prestataires qualifiés, ce qui le rend parfaitement adapté dans les contextes les plus pauvres et pour les soins dans les lieux les plus reculés.

Plus excitant, l'avortement médicamenteux a le potentiel de proposer une évolution radicale en mettant le pouvoir entre les mains des femmes. Même dans les contextes les plus restrictifs, les femmes ont pu avoir accès aux médicaments pour l'avortement médicamenteux et renoncer à leurs grossesses tandis que d'autres options n'étaient pas disponibles.

Malheureusement, les obstacles juridiques, économiques et éducatifs en vigueur dans de nombreux pays et notamment en Afrique empêchent de nombreuses femmes de facilement pouvoir accéder à l'avortement médicamenteux avec les médicaments actuels : mifépristone et/ou misoprostol. Les lois et politiques qui limitent l'accès des femmes à l'information, aux soins et aux services de santé, ainsi qu'aux médicaments essentiels, limitent également leur capacité à planifier leur vie reproductive, déterminer leur avenir et réaliser leur plein potentiel de développement.

Chaque femme doit être en mesure de décider pour elle-même si oui ou non elle souhaite mener une grossesse à terme et doit être pleinement informée et soutenue dans ses choix par les lois, les politiques et les programmes.



Photo : IPPF / Jon Spaul / Népal

Les programmes nationaux de santé reproductive doivent intégrer l'avortement médicamenteux dans les services d'avortement sécurisé et les soins post-avortement. Une gamme complète de prestataires doit être formée et mobilisée. Par-dessus tout, il est nécessaire de s'assurer que les médicaments pour l'avortement médicamenteux soient disponibles et abordables pour toutes les femmes.

Nous espérons qu'au fur et à mesure que ces médicaments abortifs deviennent de plus en plus disponibles, leur utilisation représente un pas en avant dans la réduction des milliers de décès et d'innombrables blessures qu'entraînent chaque année les avortements à risque et par conséquent, d'autres complications liées à la grossesse. Aucune femme, où qu'elle soit, ne doit décéder des suites d'un avortement à risque alors que nous disposons des technologies et des médicaments nécessaires à la fourniture des

services d'avortement sécurisé pour toutes les femmes du monde.

Cet excellent rapport, *Elle se prend en mains* et le leadership louable et croissant de l'IPPF dans le domaine de l'avortement sécurisé marquent un très grand pas dans la bonne direction et montrent les énormes possibilités qu'offre l'avortement médicamenteux.



**L'ambassadrice Dr Eunice Brookman-Amisshah**

Conseillère spéciale sur les affaires africaines, *Ipas*, et ancienne ministre de la Santé du Ghana

# Avant-propos

Toutes les femmes doivent pouvoir décider si et avec qui elles souhaitent avoir des enfants. Nous devons nous assurer que tout le monde puisse accéder aux services de santé sexuelle et reproductive complets. Assurer l'accès à un avortement sécurisé et légal est un élément clé de ce programme.

Ce rapport, *Elle se prend en mains*, examine les possibilités, les défis et les risques de donner accès à l'avortement médicamenteux.

Chaque année, on estime que 56 millions d'avortements provoqués ont lieu dans le monde entier. Parmi eux, 25 millions sont réalisés de manière inappropriée et risquée. Presque tous les avortements à risque (97%) ont lieu dans les pays en développement - provoquant un nombre important de morts maternelles et d'autres graves problèmes sociaux et de santé. Le fardeau des grossesses non désirées et des avortements illégaux et à risque augmente les disparités sociales.

Promouvoir la santé et les droits sexuels et reproductifs est une priorité pour le gouvernement norvégien. C'est un aspect essentiel de la protection des droits humains. C'est un point essentiel pour l'égalité. Cela contribue à réduire les disparités entre riches et pauvres. Et cela est essentiel pour atteindre les objectifs de développement durable. C'est aussi la raison pour laquelle la Norvège continue de renforcer son soutien déjà important dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs. La Norvège estime que l'accès à une éducation sexuelle complète, à la contraception, à la planification familiale et à l'avortement légal et

sécuritaire est essentiel pour donner aux femmes et aux filles le contrôle de leur corps et de leur vie.

L'avortement médicamenteux est une méthode sûre pour mettre fin à une grossesse et pourrait considérablement réduire les blessures et les décès si elle était plus largement disponible. Malheureusement, l'accès à l'avortement médical est limité pour beaucoup de femmes et de filles à travers le monde en raison de certaines restrictions légales, la stigmatisation, une offre limitée et des coûts élevés.

La fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) est un partenaire clé pour la Norvège. Je recommande ce rapport, car il fournit de précieux renseignements sur la façon dont l'accès à l'avortement sécuritaire peut être amélioré. J'espère que vous allez lire et apprendre des conclusions du rapport et en débattre par la suite, et que nous pourrons continuer l'agenda de la SDSR ensemble. La Norvège reste engagée.



*Nikolai Astrup*

**Nikolai Astrup**

Le ministre norvégien du Développement international



# Note de synthèse

Chaque année, l'IPPF publie un rapport d'orientation qui explore un thème à partir de son *Manifeste Vision 2020*.

Tout en reconnaissant que l'accès à toutes les méthodes doit être considérablement élargi pour permettre à chaque femme de choisir la méthode la plus appropriée pour elle, ce rapport explore spécifiquement les promesses, les défis, les risques et les mesures pratiques que les gouvernements devraient prendre pour améliorer l'accès à l'avortement sécurisé en optimisant le potentiel de l'avortement médicamenteux. Il reconnaît que des millions de femmes ayant besoin de soins d'avortement sécurisé sont encore laissées pour compte.

L'avortement médicamenteux - l'utilisation de médicaments comme le misoprostol seul ou en association avec la mifépristone pour mettre fin à une grossesse - est sûr, bon marché et simple à administrer. Pourtant, près d'un avortement sur deux effectué est à risque.<sup>1</sup> En raison des obstacles mis sur leur chemin, plus de 25 millions de femmes chaque année, sont obligées de trouver leurs propres solutions,<sup>2</sup> souvent dangereuses, pour une grossesse non désirée. Bien que la majorité de ces femmes auront un avortement complet sans complication majeure,<sup>3</sup> certaines subiront de graves dommages sur leur santé, parfois tout au long de leur vie, surtout si elles ont besoin de soins médicaux supplémentaires, mais n'ont pas accès à un prestataire qualifié. Beaucoup décèdent : entre 8% et 11% de tous les décès maternels dans le monde sont dus aux avortements à risque.<sup>4</sup> Des dizaines de milliers de femmes perdent la vie chaque année et près de sept millions de plus doivent consulter un médecin pour des complications dues aux avortements à risque.<sup>5</sup>

Les étapes par lesquelles les femmes sont contraintes de passer lorsqu'elles décident de ne pas continuer leur grossesse peuvent être extrêmes. Environ 8 millions de femmes prennent des mesures drastiques,<sup>6</sup> incluant la prise d'eau de javel par voie orale, l'insertion des bâtons ou de fils coupants dans leur corps, ou se tourner vers une personne non qualifiée pour effectuer l'avortement. L'Organisation mondiale de la Santé

(OMS) classe cela comme les avortements les « moins sûrs ».

On estime à 17 millions le nombre de femmes qui trouvent des moyens de ne pas continuer leur grossesse et qui évitent ces préjudices extrêmes, mais qui peuvent encore présenter certains risques : effectuer un avortement avec une méthode obsolète,<sup>i</sup> ou à l'aide d'une méthode sûre, comme un avortement médicamenteux au misoprostol, mais avec des informations inadéquates ou un manque d'assistance.<sup>7</sup> Face à une loi très stricte sur l'avortement qui ne leur donne aucune option officielle pour un avortement sécurisé, les femmes en Amérique latine ont longtemps été les premières à obtenir des médicaments abortifs par le biais de services en ligne ou d'autres méthodes non traditionnelles, l'auto-administration de misoprostol.<sup>ii,8</sup>

i L'OMS considère la dilatation et le curetage, ou D&C, comme une méthode obsolète d'avortement chirurgical qui doit être remplacée par l'aspiration intra-utérine ou l'avortement médicamenteux. Organisation mondiale de la Santé (2012) *Avortement médicamenteux : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*. Genève : OMS.

ii Le présent rapport utilise le terme « auto-administration » pour l'avortement médicamenteux tel que défini par les chercheurs de l'Ipas, et al (2017) : fourniture de médicaments dans les pharmacies, les vendeurs de médicaments ou par le biais de services en ligne ou d'autres points de vente, sans ordonnance, suivie par l'auto-gestion de la procédure d'avortement par la femme, y compris la recherche de soins pour toutes complications éventuelles.



Photo: IPPF SAAF / Tommy Trenchard / Ouganda

D'autres femmes sont emprisonnées, soupçonnées d'avoir effectuées un avortement à risque ou même à la suite d'une fausse couche, comme au Salvador.<sup>iii</sup> Et un nombre incalculable de perdre l'occasion d'être en bonne santé dans toute l'acception du terme - un état complet de bien-être physique, mental et social et pas uniquement une absence de maladie.<sup>9</sup>

Le savoir, la technologie et l'expérience pour transformer tous les avortements en avortements sécurisés existent. Pourtant, des dizaines de millions de femmes chaque année n'ont toujours pas accès à un avortement totalement sécurisé.

**Les femmes méritent mieux. Elles ne devraient pas être obligées de prendre des risques pour leur santé quand une solution - l'avortement médicamenteux - est entre leurs mains.**

Il est temps que tous les gouvernements mettent en place des structures et des systèmes de soutien pour permettre aux femmes d'utiliser l'avortement médicamenteux légalement, en toute sécurité et sans crainte de sanction ou de mauvaises conséquences sur leur santé.

Ce rapport est un appel à l'action pour renforcer l'avortement médicamenteux et en faire l'une des meilleures options pour les femmes qui décident de ne pas continuer leur grossesse. Cela exige d'urgence un effort coordonné pour construire les éléments de preuve nécessaires pour permettre aux femmes de gérer elles-mêmes l'avortement médicamenteux. Pour permettre aux femmes de faire cela, les systèmes de santé doivent soutenir les besoins des femmes, en fournissant des informations et des mécanismes de soutien, et en assurant la qualité, la disponibilité et l'accessibilité des médicaments pour l'avortement médicamenteux, ainsi que les soins post-avortement.

**25**  
**millions**



d'avortements par an sont à risque

<sup>iii</sup> Au Salvador, par exemple, où l'avortement est totalement interdit par la loi, 129 femmes ont été poursuivies entre 2000-2011 pour des crimes liés à l'avortement, et bien d'autres ont été accusées d'avoir effectuées un avortement ; 17 de ces femmes purgeaient des peines de prison pour meurtre en 2014. Centre pour les Droits reproductifs (2014), *Marginalisées, persécutées et emprisonnées. Les effets de la criminalisation totale de l'avortement au Salvador*. New York : CRR.

Ce rapport recommande que les travaux pour mettre fin à l'avortement à risque se fassent à travers les systèmes de santé et les structures politiques. Les cadres juridiques doivent soutenir l'accès à un avortement sécurisé en supprimant l'avortement des codes pénaux nationaux. Les systèmes de santé doivent être capables d'offrir des services d'avortement complets en garantissant la disponibilité, l'abordabilité et l'accessibilité des médicaments de qualité grâce à l'enregistrement de la mifépristone et du misoprostol, des combi-packs, la formation des prestataires de services de santé et l'expansion des rôles d'un éventail de travailleurs de la santé concernant l'avortement par le biais d'une approche de partage des tâches.<sup>10</sup> Les travailleurs communautaires et de la santé non-professionnels devraient être autorisés et formés pour fournir des médicaments abortifs, administrer des tests de grossesse, fournir des recommandations et distribuer des contraceptifs ; cela peut avoir un effet transformateur dans l'élargissement de l'accès à l'avortement sécurisé et ouvrir une voie pour que les femmes gèrent elles-mêmes leur avortement.

Les gouvernements peuvent promouvoir des relations plus équitables entre les genres grâce à des programmes d'éducation sexuelle complète qui incluent des renseignements exacts sur la contraception et l'avortement et aident les femmes et les hommes à établir des relations saines.

Rejoignez-nous en prenant des mesures pratiques pour éliminer les décès et les blessures liés à l'avortement, pour protéger et promouvoir la santé des femmes, favoriser l'égalité hommes-femmes et mettre en terme à toutes contraintes par rapport à la reproduction.

**Ensemble, nous pouvons réaliser les droits des femmes à prendre des décisions concernant leur propre corps et leur vie. Les preuves indiquant les conséquences des avortements non sécurisés sont claires : ce qu'il faut maintenant, c'est passer à l'action.**



# Présentation

En dépit de la polarisation de l'actualité, les marcheurs passionnés et les arguments avancés dans les parlements et les couloirs de l'ONU, l'avortement est plus qu'un sujet de débat politique.

L'avortement est, au fond, une décision cruciale et essentielle concernant la santé de près de 56 millions de femmes, de jeunes filles, et de leur familles<sup>i</sup> chaque année.<sup>11</sup> Décider si et quand avoir des enfants - et avoir les options et les moyens d'agir sur cette décision - est un droit humain fondamental pour tous les peuples. En effet, la capacité d'une femme ou d'une fille à décider en toute sécurité de ne pas poursuivre une grossesse pourrait être la clé ouvrant la porte à de nombreuses opportunités dans la vie, y compris l'éducation, l'emploi, la sécurité financière et la bonne santé.

## La dynamique politique

L'avortement est un élément essentiel de la santé reproductive et de la justice sociale. Un mouvement mondial puisant sa source dans le principe que les individus et les communautés doivent avoir les ressources et le pouvoir de prendre des décisions au sujet de leurs corps, leur sexe, leur sexualité pour que la vie continue son rythme. Des mouvements internationaux, régionaux et nationaux tels que la Campagne internationale pour les droits des femmes à l'avortement sécurisé, les Catholiques pour le Choix, PINSAN et Les Femmes sur le Web ont entrepris un travail persistant et engagé de plusieurs décennies face à une énorme opposition.

Ces efforts ont accru la sensibilisation du public et suscité des changements clés dans les lois et politiques publiques. En 2018, par exemple, l'Irlande a libéralisé sa loi sur l'avortement et un million de femmes ont manifesté dans les rues en Argentine, exigeant leur droit à l'avortement sécurisé et leur autonomie

corporelle. De nouvelles forces de changement, dont SheDecides et les mouvements de jeunes qui adopte une approche « numérique » inédite, ne font que renforcer ce travail.

## Des lois oppressives

Mais dans de trop nombreux pays à travers le monde, il n'en demeure pas moins que les gouvernements, les chefs communautaires et les chefs religieux continuent d'empêcher les femmes d'accéder à l'éventail complet des informations et droits en matière de santé tandis que les inégalités entre les genres, la discrimination et la violence limitent encore davantage la capacité des femmes à prendre des décisions sur leur vie.

En conséquence, les femmes et les filles ne sont pas légalement ou socialement autorisées à prendre des décisions d'elles-mêmes sur la question de savoir si elles souhaitent continuer une grossesse ou non. Des millions de filles se voient privées d'informations sur la sexualité et la reproduction, puis se retrouvent punies lorsqu'elles tombent enceintes. Les professionnels de la santé font l'objet de harcèlements et même de menaces avec violence s'ils fournissent des services d'avortements et donc de moins en moins de prestataires fournissent ces services. Les gouvernements de nombreux pays ne parviennent pas à s'assurer que l'ouverture de services d'avortement sécurisé sont disponibles, accessibles et abordables. Certains politiciens débattent même pour savoir comment l'avortement pourrait être rendu encore plus difficile d'accès, plutôt que de s'assurer que les lois

<sup>i</sup> Dans plusieurs endroits, ce rapport fait référence aux « femmes et aux filles » qui décide d'avoir un avortement. Bien que la grande majorité des avortements dans le monde soient offerts aux personnes qui s'identifient comme des femmes ou des filles, l'IPPF reconnaît que d'autres personnes qui ne s'identifient pas comme des « femmes » (comme les hommes trans/ les gens transmasculins et les non binaires) peuvent aussi faire l'expérience d'une grossesse et d'un avortement.

respectent les droits des femmes à l'autodétermination tout en protégeant la santé de ces dernières.

## Étendre les soins à travers l'accès à l'avortement médicamenteux

Il y a deux méthodes d'avortement : les méthodes chirurgicales ou les méthodes médicamenteuses en utilisant le misoprostol seul ou en association avec la mifépristone.<sup>ii,12</sup> Tous les protocoles du système de santé pour un avortement au premier trimestre requièrent que les premiers médicaments pour un avortement médicamenteux soient donnés dans un établissement de santé par un professionnel de la santé qualifié. Certains pays ont autorisé les femmes à s'autoadministrer la deuxième dose de médicament à la maison ou dans le lieu de leur choix. Aucun pays n'a encore approuvé l'administration d'un avortement médicamenteux sans une supervision directe par un professionnel de la santé.

Pourtant, les femmes utilisent de plus en plus l'avortement médicamenteux en toute sécurité, sans surveillance médicale. Il peut être particulièrement prometteur ou être la seule option viable pour celles qui ne peuvent pas ou ne veulent pas obtenir de soins dans un établissement de santé. Des organisations non gouvernementales (ONG) et des organisations de la société civile (OSC) ont longtemps offert leur assistance créative pour les femmes qui demandent un avortement médicamenteux, en s'assurant qu'elles puissent trouver des médicaments abordables de haute qualité, en fournissant une évaluation médicale et des conseils au sujet de la procédure par télémédecine et assistance téléphonique et avec un accompagnement virtuel ou en personne tout au long du processus.

Ces efforts ont un impact positif : les éléments de preuve montrent que l'utilisation du misoprostol plutôt que les méthodes invasives ou nuisibles pour provoquer un avortement a probablement rendu les avortements plus sûrs dans l'ensemble.<sup>13</sup>

Mais les lois et les politiques qui limitent l'avortement, la stigmatisation généralisée de l'avortement très présente et le manque de volonté politique d'aborder la nécessité de l'avortement sécurisé signifient que beaucoup de ces efforts ne sont que des « contournements » - des solutions ad hoc aux problèmes d'accès à l'avortement que les gouvernements et les sociétés n'ont pas voulu ou pas pu régler en dépit de leur obligation de respecter, protéger et faire valoir les droits à la santé de tous les citoyens.

L'avortement médicamenteux aide les femmes à briser les normes restrictives et leur permet de décider si et quand passer par une grossesse. Il renforce la capacité des femmes à exercer pleinement leurs droits en matière de reproduction.

Mettant radicalement à l'échelle les lois progressistes et politiques sur l'avortement, l'accès aux médicaments sûrs est amélioré, des informations précises et une assistance sont fournies, et les liens vers le système de santé pour les informations et le suivi sont renforcés. Grâce à ces mesures, les taux élevés d'avortements à risque peuvent être considérablement réduits.<sup>14</sup> Les systèmes de santé devraient jouer un rôle de premier plan dans ce processus.

Ce rapport rassemble les éléments de preuve sur l'avortement dans le monde entier et en fait un cas pour l'expansion de l'accès à l'avortement médicamenteux en tant qu'option pour les soins de santé reproductive des femmes. Il appelle les gouvernements et les organisations à prendre des mesures pratiques pour garantir que les bons systèmes et structures sont en place pour que les femmes puissent déterminer le chemin de leur propre vie et leur avenir.

ii l'avortement médicamenteux en utilisant seulement le misoprostol a un taux d'efficacité légèrement plus faible que la combinaison des deux médicaments.



Photo : IPPF / Omar Havana / Cambodge

### Soins d'avortement au travail, Cambodge

Loin de leur pays et du soutien de leurs familles, les travailleuses migrantes qui constituent la grande majorité des effectifs du secteur de la confection au Cambodge ont tendance à se voir refuser la possibilité de mettre un terme à une grossesse non désirée en toute sécurité.

Beaucoup viennent à Phnom Penh des zones rurales pauvres et manquent de hauts niveaux d'éducation, les rendant plus vulnérables aux politiques coercitives. Beaucoup n'ont pas connaissance des lois sur l'avortement et ne sont pas conscientes des soins auxquels elles ont droit. En l'absence d'informations fiables, elles prennent les choses en main et s'exposent aux maladies, aux blessures et même à la mort.

Mais quand Ty, une travailleuse de 31 ans dans le secteur du textile a décidé de ne pas poursuivre sa troisième grossesse, elle savait qu'elle serait dans de bonnes mains en se tournant vers l'Association de santé reproductive du Cambodge (RHAC).

« Je suis venue à la clinique pour acheter les médicaments pour un avortement, » dit-elle. « J'ai besoin de le faire à cause de la situation financière de ma famille. »

Ty, qui est mariée avec deux enfants, gagne un salaire mensuel de base de 160 dollars en formant des travailleurs/travailleuses aux techniques de couture. Son mari, un chauffeur de tuk tuk, a un salaire fluctuant : certains jours il gagne 20 dollars, d'autres 4 dollars, et parfois, rien du tout. « Ce n'est pas assez pour couvrir mes dépenses familiales, » dit Ty.

Elle dit qu'elle fait confiance aux médecins et aux infirmières de RHAC et avait écouté lorsqu'ils lui avaient parlé de l'éventail des options de planification familiale disponibles. Cela lui a donné les connaissances nécessaires pour faire un choix éclairé lorsqu'elle est tombée enceinte pour la troisième fois.

# Comprendre l'avortement

Lorsqu'une grossesse non désirée se produit, la capacité d'une femme d'avoir un avortement sécurisé peut être transformative - la clé lui ouvrant les possibilités de son éducation, son emploi, de sa santé et de son bien-être.

Les faits sur l'avortement sont nombreux et bien documentés, mais pas toujours bien utilisés dans l'élaboration des politiques. L'avortement est une expérience commune : près de 56 millions de femmes et de filles<sup>i</sup> chaque année,<sup>15</sup> décident de ne pas poursuivre leur grossesse. Pourtant, dans une grande partie du monde, l'inégalité et la discrimination limitent les d'options d'avortement sécurisé pour les femmes et sa stigmatisation empêche qu'il soit ouvertement inclus en tant qu'élément essentiel de la santé et des droits sexuels et reproductifs (SDSR).

Les méthodes d'avortement recommandées par l'OMS comprennent les méthodes chirurgicales d'aspiration intra-utérine et la dilatation et l'évacuation, les méthodes médicamenteuses avec l'utilisation du misoprostol seul ou en association avec la mifépristone. L'aspiration intra-utérine utilise une source d'aspiration électrique ou manuelle, tandis que l'avortement médicamenteux implique l'utilisation de médicaments pour induire un avortement, avec un effet similaire à celui d'une fausse couche spontanée.

Les médicaments utilisés pour l'avortement médicamenteux, la mifépristone et le misoprostol, sont tous deux sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS. Le misoprostol, un analogue

de la prostaglandine qui est largement disponible et bon marché, provoque un avortement complet de 1er trimestre 75 à 90% du temps, lorsqu'il est utilisé correctement. En cas de couplage avec la mifépristone, qui est moins répandue et plus chère que le misoprostol dans de nombreux pays, l'efficacité pour un avortement complet à neuf semaines de grossesse est entre 95-98% lorsqu'il est utilisé correctement - un taux d'efficacité comparable à celui d'un avortement chirurgical.<sup>ii,16</sup>

L'avortement est sûr lorsqu'il est fait correctement par des prestataires qualifiés dans des conditions hygiéniques à l'aide de méthodes recommandées.<sup>17</sup> Il peut être effectué par un large éventail de travailleurs de la santé, y compris au niveau primaire.

De plus en plus de preuves démontrent que les femmes peuvent utiliser des médicaments abortifs en toute sécurité sans supervision directe d'un professionnel de la santé lorsqu'elles ont les bonnes informations et accès à un établissement de santé si elles ont besoin ou le désirent.<sup>18</sup>

L'avortement médicamenteux a révolutionné les soins d'avortement sécurisé. Pendant des décennies, les femmes ont utilisé seules le Misoprostol, une pratique qui a vraisemblablement remplacé des méthodes d'auto-induction plus dangereuses et qui a augmenté la sécurité des avortements dans l'ensemble, par

**56**  
millions

de femmes par an effectuent un avortement



<sup>i</sup> Dans plusieurs endroits, ce rapport fait référence aux « femmes et aux filles » qui décide d'avoir un avortement. Bien que la grande majorité des avortements dans le monde soient offerts aux personnes qui s'identifient comme des femmes ou des filles, l'IPPF reconnaît que d'autres personnes qui ne s'identifient pas comme des « femmes » (comme les hommes trans/les gens transmasculins et les non binaires) peuvent aussi faire l'expérience d'une grossesse et d'un avortement.

<sup>ii</sup> La sécurité et l'efficacité ont été prouvées pour l'avortement médicamenteux en utilisant une combinaison de mifépristone-misoprostol jusqu'à 9 semaines (63 jours), avec des preuves de l'innocuité et de l'efficacité entre 9 à 12 semaines. Lorsque l'avortement médicamenteux est utilisé au-delà de 12 semaines, l'OMS recommande que cela se fasse uniquement dans un établissement et que les femmes restent sous surveillance directe jusqu'à la fin de la procédure. Bien que ce rapport traite principalement de l'avortement pour le 1er trimestre de la grossesse, l'avortement au-delà de 12 semaines est particulièrement responsable de la majorité des décès et maladies liés à l'avortement et est un élément important des soins SSR complets. Les doses recommandées par l'OMS pour l'avortement médicamenteux au-delà de 12 semaines peuvent être trouvées sur Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé

exemple en Amérique latine où il y a un taux de mortalité plus faible que dans les régions où il y a un taux plus élevé d'avortements plus à risques utilisant des méthodes plus dangereuses.<sup>19, 20</sup> Les femmes ont au moins trouvé que prendre des médicaments abortifs à la maison offrait des avantages au niveau de l'intimité et de la commodité, et c'est souvent moins cher.<sup>21</sup> Il est également probable que ces caractéristiques ont interpellé les femmes ayant un accès limité aux établissements de santé pour des raisons physiques, financières ou sociales.

Cependant, lorsque les femmes sont interdites d'accéder à l'avortement sécurisé et qu'à la place, elles cherchent de l'aide auprès d'une personne non qualifiée, ou avalent des substances caustiques ou insèrent des corps étrangers dans leurs corps pour mettre en terme à leur grossesse, de graves complications et même la mort sont souvent le résultat.<sup>22</sup> D'après des données de 2010-2014, environ 8 millions des 56 millions d'avortements qui ont lieu chaque année sont effectués avec des méthodes invasives extrêmement nocives et sont caractérisés par l'OMS comme « très risqués ».<sup>23</sup> L'Institut Guttmacher rapporte que ces avortements très risqués « sont

### Définition de l'OMS de la sécurité de l'avortement

**Avortement sécurisé :** Fournis par des travailleurs de la santé et avec une méthode recommandée par l'OMS appropriée à la gestation.

**Avortement moins sécurisé :** L'utilisation d'une méthode désuète par un prestataire qualifié ou l'utilisation de médicaments abortifs sans informations adéquates ou sans l'assistance d'une personne qualifiée.

**Avortement très risqué :** Utilisation de méthodes invasives, dangereuses, comme l'ingestion de substances caustiques, l'insertion de corps étrangers ou l'utilisation de concoctions traditionnelles, par des personnes non qualifiées.

Ganatra, B, et al (2017) Classification mondiale, régionale et sous-régionale des avortements par niveau de risque, 2010-14: estimations à partir d'un modèle hiérarchique Bayésien. Lancet. 390, pp.2372-81.

## Environ la moitié

des grossesses chez les adolescentes sont non désirées



estimés constituer une proportion beaucoup plus élevée des procédures chez les femmes pauvres et

rurales (62% et 55%) que chez les femmes moins pauvres et des zones urbaines (36% et 38%) ».<sup>24</sup>

Environ 17 millions d'autres femmes mettent un terme à leur grossesse en utilisant des méthodes qui évitent les pires complications, mais qui peuvent néanmoins présenter certains risques, par exemple en utilisant des médicaments abortifs, mais sans information ou assistance suffisante.<sup>25</sup>

Ensemble, ces 25 millions de femmes - 97% d'entre elles dans les pays à revenu faible ou moyen<sup>26</sup> où les options d'avortement sécurisé sont très limitées - ont été la plupart du temps contraintes de chercher un avortement par leurs propres moyens.

### L'accès à l'avortement sécurisé est inégal

#### Les jeunes femmes et les très jeunes adolescentes

La jeune adolescence (10-14 ans) est la période où les jeunes arrivent en âge de procréer. Constituant 8% de la population mondiale, la grande majorité de ces jeunes vit dans des pays à faible et moyen revenu où les systèmes de santé sont faibles et déjà incapables ou refusent de répondre aux besoins liés à l'avortement.<sup>27</sup> Les adolescentes plus âgées, entre 15 et 19 ans font aussi face à des obstacles à l'avortement.

Chaque année, 21 millions de jeunes femmes dans les pays à faible et moyen revenu tombent enceintes. La moitié de ces grossesses ne sont pas désirées<sup>28</sup> et jusqu'à 65% de ces jeunes femmes décident d'avoir recours à un avortement, souvent dans des conditions dangereuses.<sup>iii, 29, 30</sup>

### Les adolescentes et les jeunes femmes sont confrontées à des obstacles pour accéder à la contraception et l'avortement sécurisé :

- La plupart des très jeunes adolescentes vivent dans des pays où l'avortement est interdit par la loi.<sup>31</sup>
- Les jeunes manquent souvent de ressources financières et des transports nécessaires pour accéder aux soins d'avortement.
- Les jeunes subissent une double stigmatisation sociale et religieuse - condamnation des relations sexuelles avant le mariage, ainsi que la stigmatisation associée à l'avortement.<sup>32</sup>
- Une éducation sexuelle complète (ESC) peut ne pas à informer sur l'avortement ou peut l'inclure d'une manière stigmatisante ou inexacte.<sup>33, 34, 35</sup>
- Les jeunes femmes sont moins en mesure de négocier des pratiques sexuelles plus sûres, et parmi les 60% des adolescentes qui veulent éviter une grossesse, la plupart n'utilisent aucune méthode de contraception.<sup>36</sup>

### Les femmes dans les situations de crise humanitaire

Plus de 100 millions de personnes ont actuellement besoin d'aide humanitaire et une sur quatre sont des femmes ou des filles en âge de procréer.<sup>37</sup> Ces femmes et filles ont été déplacées, manquent de soins de santé réguliers et font face à un risque élevé de violence sexuelle et sexiste et de grossesses non désirées. Elles sont souvent situées dans des camps ou des paramètres mal équipés pour effectuer un avortement, y compris des services de soins post-avortement. Une évaluation des sites de crise humanitaire a indiqué que les services d'avortement sont rarement fournis, même si l'ensemble minimum de services initiaux (EMSI) pour la santé reproductive dans les situations d'urgence recommande que les services soient disponibles dans la pleine mesure permise par la loi.<sup>38, 39</sup>

### Les femmes vivant dans la pauvreté

Les femmes vivant dans la pauvreté et les femmes rurales sont plus susceptibles que les femmes des villes de se tourner vers des praticiens non qualifiés et des

# 97%

des avortements à risque se produisent dans des pays à faible et à moyen revenu



méthodes dangereuses pour tenter d'effectuer un avortement seules et donc de s'exposer à des risques pour la santé. Elles sont également moins susceptibles de recevoir des soins après avortement. Comme dans tous les aspects de la santé reproductive, les femmes les plus susceptibles de mourir ou de souffrir de handicap(s) permanent(s) sont les pauvres.<sup>40</sup>

### Les femmes vivant avec un handicap

Les personnes handicapées représentent 15% de la population mondiale,<sup>41</sup> pourtant, elles sont très peu servies et sont très négligées par les services de santé sexuelle et reproductive et les droits y étant liés. Les femmes vivant avec un handicap qui ont des grossesses non désirées se heurtent à de multiples couches de discrimination : ce sont des femmes, elles sont plus susceptibles d'être victimes de violences physiques et de viol, elles sont plus susceptibles d'être contraintes à la stérilisation ou l'avortement,<sup>42</sup> et les systèmes de santé sont rarement équipés pour répondre à leurs besoins.

### Les personnes de différentes orientations sexuelles, les identités et expressions de genre et les caractéristiques sexuelles

Les droits reproductifs des personnes ayant différentes orientations sexuelles, identités de genre et expressions, et des caractéristiques sexuelles, y compris les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, queer et intersexes (personnes LGBTQI), sont souvent négligées et activement menacées dans de nombreux contextes, notamment dans les contextes où elles sont criminalisées. Celles qui cherchent des services de santé sexuelle et reproductive sont souvent confrontées à la stigmatisation et la discrimination qui limite leur accès aux soins et les exposent à des risques d'abus et de violence. Les prestataires qui jugent ces personnes fournissent des soins de mauvaise qualité, et l'absence de lignes directrices médicales empêche les professionnels de la santé d'être en mesure de répondre

adéquatement aux besoins en SDSR - y compris l'avortement - de ces populations.<sup>43</sup>

### Victimes de violences sexuelles et sexistes (VSBG)

La violence contre les femmes est le résultat évident de l'inégalité et de la discrimination. Plus d'une femme sur trois est victime de violences physiques ou sexuelles dans sa vie, dont 29% d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans, avec des dégâts allant du traumatisme physique ou psychologique jusqu'à la mort. Les femmes victimes de

violences pendant la grossesse sont plus susceptibles d'avoir des grossesses non désirées, des avortements, des fausses couches et des enfants mort-nés.<sup>44</sup> Le lien entre les violences sexuelles et sexistes et la coercition reproductive est clair : les femmes victimes de VSBG sont moins susceptibles de jouir d'une autonomie en matière de reproduction et sont plus à risque d'être contraintes de mener une grossesse à terme ou d'effectuer un avortement contre leur gré. Ces femmes ont besoin de soins spécialisés et adaptés pour s'assurer que leurs besoins sont satisfaits.

### Le soutien des travailleuses du sexe pour faire des choix éclairés, Ouganda

Le Fonds d'action pour l'avortement sécurisé (SAAF), organisé par l'IPPF, a été créé en 2006 pour aider les organisations à accroître l'accès à l'avortement sécurisé. Le Bureau des Femmes Sirènes financé par SAAF est un projet qui prend en charge les travailleuses du sexe en Ouganda pour apporter la sécurité, plaider pour une protection juridique et l'accès aux services de santé. Au cours des trois dernières années, il a travaillé avec les travailleuses du sexe dans plusieurs villes de l'Ouganda, en fournissant des informations sur leurs droits, ce qu'il ne faut pas faire en cas de grossesse non désirée, et en s'assurant qu'elles aient bien connaissance de la façon dont elles peuvent protéger leur santé.

L'accès à l'avortement est très limité pour la plupart des femmes en Ouganda, en particulier celles qui vivent dans la pauvreté. Par conséquent, les femmes se tournent vers des méthodes dangereuses. Personne ne sait cela mieux que Pretty Lyn. Une étudiante vivant sur le seuil de pauvreté, elle est tombée enceinte à deux reprises lorsqu'elle travaillait dans le domaine du sexe. Les deux fois, à cause de sa situation, elle a décidé de ne pas poursuivre sa grossesse. Ne sachant pas que des médicaments abortifs étaient disponibles, elle a utilisé ce qu'elle appelle des « méthodes locales ».

« Une fois, j'ai utilisé des herbes locales et ça a fonctionné, » dit Pretty. « La deuxième fois, j'ai utilisé Omo [lessive locale] et des feuilles de thé, mais c'était vraiment dur pour moi. J'ai failli mourir. »

Pretty Lyn n'est pas seule. De nombreuses travailleuses du sexe en Ouganda ont des grossesses non désirées, puis sont contraintes de se tourner vers des services dangereux. Des mythes sur la contraception, ainsi qu'un accès restreint font que la plupart des travailleuses du sexe comptent sur le préservatif comme contraception. Toutefois, « les hommes ne veulent pas utiliser de préservatifs et les préservatifs féminins sont vraiment rares et chers », explique Pretty.

Comme Pretty Lyn, la dernière fois Deborah, une autre travailleuse du sexe impliquée dans le projet du Bureau des Femmes Sirènes, est tombée enceinte et a utilisé des herbes locales et a failli mourir.

« Ça n'a pas fonctionné », dit-elle. « J'ai été complètement perturbée et je saignais beaucoup. On m'a alors accompagné d'urgence à l'hôpital et c'était vraiment difficile. Les médecins m'ont posé beaucoup de questions [comme] pourquoi j'étais en train de faire une telle chose, mais heureusement ils m'ont aidé. »

Suite à une intervention du Bureau des Femmes Sirène, Deborah a compris que l'avortement n'était pas obligatoirement dangereux. Lorsqu'elle est tombée enceinte la fois suivante, elle a utilisé le médicament misoprostol pour l'avortement médicamenteux à la place.

« J'aimerais qu'ils puissent sensibiliser partout dans notre société, même si vous n'êtes pas une travailleuse du sexe, » a déclaré Deborah.

# Une brève histoire récente de l'avortement dans la politique internationale

Ce n'est qu'en 1994 lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) tenue au Caire que les gouvernements du monde ont reconnu ouvertement pour la première fois l'existence et les dangers de l'avortement à risque et que cela constituait une question de politique publique.

Le programme d'action de la CIPD a depuis longtemps reconnu le besoin pour toutes les femmes d'avoir accès à des soins post-avortement pour traiter les complications de l'avortement à risque. Les gouvernements ont également atteint un compromis politique pour s'assurer que là où il n'est pas interdit par la loi, il doit être sécurisé.<sup>45</sup>

Cet accord historique a ouvert la porte à une action progressive pour rendre l'avortement plus sûr. Mais en demandant que l'avortement soit sécurisé uniquement là où il est légal (voir le paragraphe 8.25 du Programme d'action de la CIPD), les gouvernements avec des lois restrictives avaient une excuse pour ne pas améliorer l'accès à l'avortement, en laissant derrière

les centaines de millions de femmes vivant là où l'avortement est, ou était perçue comme illégal.

En dépit de cette interprétation restrictive, les décennies suivant la CIPD ont connu un changement majeur dans la fourniture de l'avortement.<sup>46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53</sup> Des améliorations dans les formations en santé et dans les prestations de services concernant l'avortement et les soins post-avortement ont eu lieu dans de nombreux pays. Les groupes de revendication ont prospéré et les changements concrets dans les politiques ont établi des normes et des directives réglementaires pour les systèmes de santé et les prestataires de services d'avortement. La recherche a documenté la fréquence et l'ampleur de l'avortement

## Soins post-avortement

Les soins post-avortement sont une composante intégrale des services complets d'avortement et comprennent cinq éléments essentiels :

Le **Traitement** de l'avortement incomplet et à risques et de ses complications.

Les **Consultations** pour identifier et répondre aux besoins de santé physique et mentale des femmes.

**Les services de planification familiale et de contraception** pour aider les femmes à éviter les grossesses non désirées.

## Les services de santé reproductive et connexes

qui sont de préférence fournis sur place ou via des orientations vers d'autres établissements accessibles.

**Des partenariats entre la Communauté et les prestataires** afin de prévenir les grossesses non désirées et les avortements à risque pour mobiliser les ressources et garantir les soins en temps opportun pour les complications de l'avortement, et pour s'assurer que les services de santé répondent aux attentes et aux besoins de la communauté.

Maureen R. Corbett and Katherine L. Turner. 2003. Éléments essentiels des soins post-avortement : Origines, évolution et orientations futures. Perspectives internationales sur la santé sexuelle et reproductive : Vol. 29, Numéro 3.

à risque et les approches les plus efficaces pour atteindre les femmes avec les services. Depuis 1994, plus de 30 pays ont libéralisé les lois restrictives sur l'avortement, tandis que seulement une poignée d'entre eux ont ajouté des restrictions<sup>54</sup> et l'OMS a publié des directives techniques et des politiques sur l'avortement sécurisé.

Dans les années 2000 et 2010, les accords du gouvernement régional et du programme et les traités ont construit le langage de la CIPD et ont établi les fondements politiques pour une action progressive à un niveau plus local (voir l'encadré).<sup>55</sup> Les organes de suivi des traités des droits humains continuent d'émettre des directives qui reconnaissent le droit à l'avortement sécurisé.<sup>56</sup>

Ce progrès a généré une réaction de la part des groupes anti-droits qui s'opposent à l'avortement et à la contraception moderne. Ces groupes, dont beaucoup sont soutenus par les principales religions et actifs dans des forums nationaux et internationaux, font la promotion de vues patriarcales étroites sur le rôle des femmes et mènent des actions sociales

contre l'intégration de l'avortement sécurisé dans les programmes de SDSR. La pression qu'ils exercent a limité les engagements progressistes au niveau mondial et renforcé la réticence de nombreux gouvernements d'aborder la question de l'avortement.

Le traitement de l'avortement par des gouvernements donateurs conservateurs comme outil politique plutôt qu'un droit de la femme et des besoins en matière de santé publique, et en raison de l'imposition par les États-Unis (US) de la règle du bâillon mondial sous les administrations républicaines (voir encadré) a affamé les gouvernements bénéficiaires et les ONG étrangères des fonds pour offrir des soins SDSR et a empêché les femmes de bénéficier de services pouvant leur sauver la vie. Certaines fondations privées sont également réticentes à fournir des fonds pour l'avortement comme partie de leur ensemble de services SDSR. En conséquence, les soins d'avortement sont restés fragmentés et limités, et sont offerts séparément des autres services ou pas du tout.

## Exemples d'accords régionaux sur l'avortement

Le **Protocole de Maputo** est un protocole juridiquement contraignant à la Charte de l'Union africaine sur les droits des hommes et des peuples, adopté en 2003. Il reconnaît les droits reproductifs et exige que les signataires « protègent les droits reproductifs des femmes en autorisant l'avortement médicamenteux en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste, et lorsque la poursuite de la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus. »

La version révisée du **Plan d'action de Maputo 2016-2030** est un cadre continental pour l'accès universel aux services et à la santé et aux droits sexuels et reproductifs en Afrique, et fait suite au Plan d'action de Maputo, 2007-2015.

Le **Consensus de Montevideo sur la population et le développement** est un accord régional datant de 2013 adopté par les gouvernements d'Amérique latine et des Caraïbes à la première Conférence régionale sur la population et le développement. Il appelle les gouvernements à réviser les lois restrictives en matière d'avortement, parmi d'autres mesures progressistes visant à promouvoir la santé et les droits sexuels et reproductifs.

# L'avortement à risque à travers le monde



## Sam, ÉTATS-UNIS\*



« Personnellement, je ne veux pas d'enfants et j'ai toujours dit que je suivrai cette route même si je tombai enceinte. Ensuite, le jour suivant, j'ai appelé la Planification Familiale dans ma ville. Ils ne pouvaient pas être plus utiles ou rassurants... Ces dames étaient vraiment des anges et je suis heureux que nous ayons un système mis en place lors des moments comme ceux-ci... J'ai deux amis qui ont fait la même chose et honnêtement, un avortement chirurgical ne me semble pas être le bon choix. »

## Maria, Uruguay



« Bien que l'avortement soit légal en Uruguay, il ne l'est pas dans l'esprit des gens... Ce n'est pas une question de défendre l'avortement. Il est question de défendre la liberté des femmes de décider du moment d'avoir un bébé. »

Maria avait 20 ans quand le préservatif qu'elle et son petit ami utilisaient a cédé. Elle a pris la pilule du lendemain environ 50 heures plus tard. Elle n'a pas fonctionné et Maria s'est retrouvée contre son gré dans les premiers stades d'une grossesse. Elle a parlé avec son petit ami et ses parents. Elle a décidé de ne pas poursuivre la grossesse parce qu'elle estimait que ce n'était pas la bonne chose à faire : elle n'avait pas de revenu fixe et ne savait pas ce que l'avenir réserverait pour elle et son petit ami.

## Mira, Burkina Faso



« Je suis Mira. J'ai 21 ans, je suis étudiante en deuxième année de sciences juridiques et politiques. Je suis tombée amoureuse d'un garçon, nous avons eu des rapports sexuels et je suis tombée enceinte. Je n'ai jamais imaginé que cela m'arriverait un jour : Je suis intelligente et responsable. C'est à ce moment que de nombreuses questions me sont venues à l'esprit. Dois-je [poursuivre] la grossesse ? Dois-je en parler à mon copain ? Dois-je en parler à mes amis ? Dois-je en parler à ma mère ? Dois-je effectuer un avortement ? Quel serait l'impact de cette grossesse sur mon avenir ? Je me suis rapidement rendu compte que mon ami et moi étions encore étudiants alors, comment pouvions-nous prendre soin d'un enfant ? Vous devez savoir que mes parents sont pauvres et très traditionnels, et ne m'ont pas soutenu... Je ne voulais pas faire honte à ma famille et attirer la colère de mon père.

Je suis élève en deuxième année - j'ai tout mon avenir devant moi. Je voudrais plus tard devenir magistrate dans ma vie professionnelle. Franchement, je savais au fond de moi que cette grossesse serait de nature à affecter mes plans. »



## La Règle du Baïllon Mondial

Les États-Unis ont longtemps été le premier donateur mondial pour l'aide sanitaire à l'étranger. L'amendement Helms, adoptée par le Congrès américain en 1973, assure que les prestataires de soins de santé qui sont bénéficiaires de l'USAID ne peuvent pas utiliser les fonds pour promouvoir ou fournir un avortement sans risque et légal.

En 1984, le président Reagan a introduit la politique de Mexico, plus tard appelée la règle du baïllon mondial (RBM) par les partisans de l'opposition politique. La RBM refuse le fonds de l'USAID pour la planification familiale pour les prestataires de soins de santé qui promeuvent activement l'avortement comme méthode de planification familiale, même si l'amendement Helms les oblige déjà à séparer les financements des E.U des fonds d'autres organisations non-E.U qui soutiennent les prestations d'avortements sécurisés. En 2016, le budget de l'USAID pour la planification familiale était de 567 millions de dollars américains.

Sous l'administration Trump-Pence, la RBM a été élargie pour couvrir les fonds de santé mondiaux, totalisant 9 milliards de dollars américains, dont 6 milliards de fonds pour la prévention et le traitement du VIH dans le programme d'urgence du Président américain pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR).

Cela signifie que les prestataires de soins sont forcés de choisir d'offrir des soins de santé intégrés et fondés sur les droits en planification familiale ou de recevoir un financement de l'USAID et ainsi limiter leurs prestations de soins.

Au cours de l'élargissement de cette RBM, l'IPPF risque de perdre 100 millions de dollars américains pour des projets de santé intégrée dans le monde entier, y compris en santé maternelle, en planification familiale, concernant le VIH et la prévention du Zika et bien davantage. À travers 30 associations membres en Afrique, en Asie du Sud et en Amérique centrale, les pertes de financement sont aussi grandes que 70% des budgets de fonctionnement annuels, affectant les opérations cliniques, la dotation en personnel et les services mobiles. La réduction des prestations de services d'avortement sécurisé et légal dans le cadre des soins de santé intégrés, ainsi que la diminution des services de planification familiale, peut obliger les femmes à se tourner vers un avortement à risque et s'exposer à des blessures, voir même la mort.

L'IPPF continue à chercher des fonds pour les soins de santé intégrés et fondés sur les droits en planification familiale dans le monde entier.



Photo: IPPF WHR / Tochtli García / USA

# Le challenge : Accélérer le progrès pour atteindre toutes les femmes avec l'avortement sécurisé

Malgré certains progrès, d'importantes lacunes en matière d'avortement sécurisé demeurent, conduisant des millions de femmes à chercher à effectuer un avortement en dehors des systèmes de santé officiels.

Les efforts mondiaux pour accroître considérablement l'accès des femmes à la contraception moderne sont toujours insuffisants. En conséquence, les femmes ne sont pas en mesure de planifier leurs grossesses. Environ la moitié des 1,6 milliard de femmes en âge de procréer vivant dans des pays à faible ou moyen revenu veulent éviter une grossesse, mais près d'un quart d'entre-elles n'utilise pas de méthode moderne de contraception.<sup>57</sup> Le résultat est qu'environ 44% de toutes les grossesses dans le monde ne sont pas désirées, et les femmes sont privées de leur droit de décider si, quand et combien d'enfants elles veulent.<sup>58</sup> Les efforts mondiaux déployés pour réduire les besoins en contraceptifs modernes doivent être accélérés.

Malgré ces problèmes, les gouvernements et les décideurs politiques dans de nombreuses régions du monde continuent de refuser de prendre le droit des femmes à l'avortement sécurisé au sérieux et peu d'entre-eux reconnaissent le fait que l'avortement sécurisé fait partie intégrante de la SDRS, sans restriction.

Bien que des mesures soient nécessaires sur plusieurs fronts, l'insuffisance des progrès dans l'administration et les systèmes de santé peuvent souvent être reliés aux lois et politiques qui limitent l'accès des femmes à l'avortement sécurisé, ainsi que les lacunes dans les systèmes de prestation des services de santé.

## Les défis juridiques et du système de santé pour l'accès à l'avortement sécurisé

À ce jour, de nombreux pays basés principalement dans les régions à faible et moyen revenu ont des lois restrictives et des politiques qui limitent quand les femmes peuvent utiliser la contraception, effectuer un avortement, et même chercher des soins de santé sans le consentement des parents ou du conjoint. Cinq pays interdisent totalement l'avortement.<sup>i</sup> Les lois sur l'avortement dans le monde définissent les professionnels de la santé comme les seuls prestataires légaux pour les avortements, ce qui expose les femmes effectuant l'avortement elles-mêmes à des poursuites juridiques. Les lois restrictives imposent des sanctions pénales, y compris l'arrestation et l'incarcération à l'encontre des femmes qui cherchent à effectuer un avortement et à l'encontre des professionnels de la santé qui fournissent ces services. Ces lois sont nuisibles : restreindre l'accès à l'avortement ne réduit pas le nombre d'avortements, mais force les femmes à chercher des alternatives dangereuses.<sup>59</sup> Les pays avec des lois plus libérales, des lois plus larges sur l'avortement et des services accessibles ont des taux d'avortement à risque, de maladies et de décès plus faibles.<sup>60</sup>

<sup>i</sup> République Dominicaine, Salvador, Malte, Honduras et Nicaragua.

**Les politiques et les lignes directrices du système de santé** imposent parfois des obstacles procéduraux qui ne sont pas médicalement nécessaires et rendent l'accès plus difficile, y compris des temps d'attente obligatoires, des consultations partiales et biaisées et l'approbation de plusieurs prestataires, comme les médecins. De tels obstacles découragent les femmes de chercher des soins, entraînent des retards dans l'accès et augmentent le coût des services.<sup>61</sup> Ces obstacles procéduraux doivent être bannis.

**Les informations scientifiquement exactes sur l'avortement** sont inégales dans de nombreux endroits. Les groupes anti-droits ont perpétué des mythes sur l'avortement qui sont trompeurs et inexacts, augmentant la stigmatisation et les malentendus au sujet de la sécurité de l'avortement. Des renseignements fondés sur des données probantes prouvent qu'ils ont tort,<sup>62</sup> mais la modification de la perception constitue un défi. Une éducation sexuelle complète et non stigmatisante ainsi que des informations précises sont des outils puissants pour contrer ce problème.<sup>63</sup>

**Le refus des prestataires d'offrir des soins d'avortement**, même lorsque l'avortement est légalement autorisé, brise l'engagement fondamental des travailleurs de la santé qui est de « ne pas faire de mal » en faisant passer au premier plan les croyances personnelles et privées des prestataires au détriment des droits et des besoins en santé des patients.<sup>64,65</sup>

Ce refus de soins force les femmes à poursuivre leur grossesse contre leur gré. Dans les cas où les femmes sont orientées vers un autre prestataire, les prestations de soins de santé deviennent très inefficaces et augmentent la charge de travail de ceux qui respectent leurs obligations professionnelles en tant que prestataires. Les objections de conscience ne doivent pas permettre d'empêcher les prestataires de services de santé de refuser des soins.

L'accès limité à l'avortement sécurisé fourni par un professionnel de la santé dans les programmes de SDRS est susceptible de s'aggraver dans les années à venir, car les gouvernements a du mal à trouver du personnel pour les établissements de santé. L'OMS estime que **le déficit global des professionnels de santé qualifiés** continue de croître pour atteindre

#### Définition intégrée de la santé et des droits sexuels et reproductifs (SDSR) :

- Des informations et conseils précis sur la santé sexuelle et reproductive, y compris une éducation sexuelle complète basée sur les preuves.
- Informations, conseils et soins relatifs à la fonction et la satisfaction sexuelle.
- Prévention, détection et gestion de la coercition et des violences sexuelles et sexistes.
- Le choix de méthodes de contraception sûres et efficaces.
- Soins anténatals, maternels et postnatals sûrs et efficaces.
- **Services et soins d'avortement sûrs et efficaces.**
- Prévention, gestion et traitement de l'infertilité.
- Prévention, détection et traitement des infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH et les infections de l'appareil reproducteur.
- Prévention, détection et traitement des cancers des organes reproducteurs.



**44%**

d'avortements par an sont à risque



Photo : IPPF EN / Jon Spaul / Macédoine

12,9 millions d'ici 2035. Les gens dans les zones rurales ou ceux s'appuyant sur le secteur public peuvent rencontrer le plus de difficultés pour avoir accès à un professionnel de la santé, en particulier un prestataire compétent en soins d'avortement.<sup>66</sup> Les gouvernements devraient renforcer les systèmes de santé en investissant dans la formation du personnel et les infrastructures de santé. Cependant, étant donné l'absence de personnel qualifié, même si les gouvernements et les systèmes de santé privés augmentent soudainement les efforts afin d'offrir des services d'avortement, des millions de femmes auront toujours à leur disposition des options limitées pour les prestations de soins en établissement. Beaucoup d'autres femmes peuvent simplement préférer gérer leur propre avortement sans l'implication d'un prestataire de soins médicaux.

**Si toutes les femmes qui cherchent des avortements à risque utilisaient le misoprostol plutôt que d'utiliser des méthodes plus invasives et dangereuses, les décès liés à l'avortement pourraient diminuer de deux tiers dans les pays à revenu faible et moyen.<sup>67</sup>**

## Impact de la décriminalisation, Éthiopie

Le sixième étage de l'hôpital Tikur Anbessa à Addis-Abeba est un endroit joyeux. C'est la maternité, et tous les jours les femmes sont guidées depuis le travail jusqu'à l'accouchement et le tout dans des conditions sécuritaires. Elles peuvent se reposer et récupérer, elles sont en bonne santé et prêtes à rejoindre leurs familles.

Mais cela n'a pas toujours été le cas. L'ancienne loi restrictive de l'Éthiopie sur l'avortement a été levée à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle, plus de la moitié de la salle était remplie de femmes souffrant d'une septicémie ou d'hémorragies et en attente d'hystérectomies suite à un avortement à risque.

Avec plus d'un tiers des cas de mortalité maternelle résultant d'un avortement, le gouvernement éthiopien a été responsable d'une crise de santé publique. Le Code pénal de 1957 criminalisait l'avortement dans presque tous les cas. En l'absence d'accès à l'avortement, les femmes se tournaient vers des guérisseurs traditionnels utilisant des racines de plantes ou des produits chimiques, ce qui aboutissait souvent à des blessures graves ou même la mort.

Genet Mengistu, Directrice exécutive de l'Association éthiopienne de conseils pour la famille (FGAE), se souvient bien de cette époque : « Quand j'étais enfant, alors que je grandissais, j'entendais de temps à autre que quelqu'un [était] mort et différentes histoires sur les causes de sa mort, mais finalement vous appreniez un jour ou l'autre que les jeunes filles mouraient des suites d'un avortement à risque. »

Genet a rappelé comment l'ancien Premier ministre Meles Zenawi a défendu les droits des femmes après avoir vu le coût humain de cette loi. Avec le soutien de la ministre de la Santé, la fin des années 1990 a connu la croissance d'un solide réseau de dirigeants pleins de compassion - dans les organismes de santé, les ONG et les associations de femmes - passionnés par l'amélioration de la santé des femmes et des chances dans la vie et se battant pour les libérer de leur fardeau en matière

de reproduction. Il était clair que la loi devait être modifiée.

Le jour où la loi a changé en 2005, les femmes et les filles en Éthiopie ont acquis une nouvelle liberté. Elles étaient dès lors en mesure de décider si et quand avoir des enfants. Elles ont reçu la clé de leur avenir. En tant que clinicien Tafesech Zewede réfléchi, en offrant des services aux jeunes femmes, « nous pouvons changer leur vie ». Juste un service de soins d'avortement complets peut changer la vie d'une jeune personne, dit-elle.

Le changement n'a pas été facile. Leurs connaissances au sujet de leur droit d'accès à l'avortement et de planification familiale sont encore faibles, en particulier dans les zones rurales et la stigmatisation est elle aussi importante. Certaines femmes se rendront dans des cliniques plus loin de la maison pour recevoir des soins parce qu'elles ont peur que leur communauté soit au courant. Lorsque la loi a changé, certains prestataires de services ont choisi de ne pas fournir ces services aux femmes, et d'autres font toujours face à la stigmatisation. Un grand nombre de patients de Tafesech luttent encore : « La majorité des clientes qui viennent pour des services d'avortement, n'ont aucune liberté de parler de leur cas. Elles ont peur, et hésitent à expliquer ce qu'elles sont venues chercher. »

Mais malgré ces défis, la libéralisation de la loi éthiopienne sur l'avortement a changé la vie d'innombrables femmes. Des soins abortifs complets sont disponibles dans le secteur public, le secteur privé et les sites des organisations non gouvernementales comme FGAE dans toute l'Éthiopie. Et maintenant, la moitié des lits au sixième étage de l'hôpital Tikur Anbessa ont été réaffectés pour des soins contre le cancer. La mortalité maternelle due aux avortements à risque a diminué de façon spectaculaire. Bien qu'il y ait encore un long chemin à parcourir, les femmes ont beaucoup plus de liberté pour contrôler leur vie, leur corps et leur avenir.

# Un appel pour l'expansion de l'avortement médicamenteux

L'avortement médicamenteux est loin d'être une nouvelle stratégie. Les femmes utilisent l'avortement médicamenteux depuis des années, et de nombreuses organisations ont les ont aidé dans ce sens.

Cependant, l'avortement médicamenteux n'a pas encore atteint l'échelle nécessaire pour éviter de façon spectaculaire les taux de mortalité maternelle résultant des avortements à risque et pour être vraiment entre les mains des femmes. Son expansion a besoin d'être exponentielle.

Toutes les femmes voulant avorter doivent être en mesure de choisir une méthode d'avortement sécuritaire - l'avortement médical ou chirurgical - selon ce qui fonctionne le mieux pour elles. Quand les femmes ne peuvent pas ou choisissent de ne pas obtenir de soins dans un établissement de santé, l'élargissement de l'accès légal à l'avortement médicamenteux est une importante étape provisoire.

Rendre la mifépristone plus largement disponible permettrait à des millions d'autres femmes de choisir librement si oui ou non elles souhaitent poursuivre leur grossesse en toute sécurité et efficacement. Mettre au grand jour l'auto-utilisation de ces médicaments et prendre des mesures concrètes et coordonnées pour favoriser une assistance renforcée de la part des politiques, du système de santé et de la communauté peut aboutir à une transformation de la vie et de la santé des femmes.

Il est nécessaire d'effectuer un changement radical parmi les décideurs et les autres intervenants engagés dans la SDSR qui recadre l'importance que les femmes soient en mesure de gérer leurs propres avortements médicamenteux légalement et en toute sécurité, avec ou sans la participation d'un prestataire de soins de santé. Garantir que les femmes ont accès aux

informations et à l'assistance nécessaires leur permet de faire des choix éclairés sur la façon de gérer une grossesse, plutôt que d'être des bénéficiaires passives des services. L'action des gouvernements pour s'assurer que cette pratique est sécuritaire, abordable et légalement disponible se fait attendre depuis longtemps.

Cette approche ne répondra pas nécessairement aux besoins de chaque femme. Beaucoup de femmes continuent de préférer un avortement fourni ou pris en charge par un professionnel de la santé dans un établissement public ou privé. Certaines femmes ne sont pas admissibles pour l'avortement médicamenteux alors que d'autres auront besoin d'assistance pour déterminer avec précision l'âge gestationnel de la grossesse et ainsi déterminer la posologie des médicaments. Un petit pourcentage de femmes auront besoin d'un suivi par un professionnel de la santé pour d'éventuelles complications. Les prestations de soins dans un établissement peuvent offrir d'autres avantages, y compris les ressources pour les femmes qui ont subi des mutilations génitales féminines ou subi des violences domestiques et des professionnels qualifiés qui peuvent répondre aux questions, résoudre des problèmes, fournir des conseils et offrir une contraception post-avortement.

## Se servir des succès à ce jour

Du bon travail a été fait dans la dernière décennie pour l'autonomisation des femmes à utiliser l'avortement médicamenteux en toute sécurité elles-mêmes. Cette

expérience fournit des renseignements importants sur les modèles prometteurs pour les soins et la manière de les renforcer.

Les ONG et les réseaux de la société civile ont longtemps offert leur soutien aux femmes à la recherche d'un avortement médicamenteux par télémédecine et SMS, des modèles d'accompagnement en personne, et des lignes directes pour obtenir des conseils sur le dosage et les complications éventuelles.<sup>i</sup> Certains groupes travaillent pour que les pharmaciens et les vendeurs de médicaments fournissent davantage d'informations. Un examen systématique montre que les femmes peuvent obtenir des informations claires et fiables de sources fiables en dehors du système de santé.<sup>68</sup> Des groupes tels que Samsara, Women on Web, Safe2Choose, Women Help Women et d'autres sont en train de combler les manques entre l'action sociale et les prestations de services pour aider les femmes à gérer leur grossesse non désirée avec l'avortement médicamenteux.

Le marketing social par les organisations comme Marie Stopes International (MSI), Population Services International et DKT International a rendu les médicaments abortifs disponibles à des prix abordables dans de nombreux pays. Cela peut être particulièrement important dans les zones rurales où il n'est pas possible d'acheter des pilules abortives sur internet. Malgré ce travail, la mifépristone reste chère dans une grande partie du monde et n'est pas encore disponible dans la plupart des pays, probablement en raison de restrictions légales sur l'avortement qui persistent.

Les organisations nationales et internationales, telles que les associations membres de l'IPPF et de la Coalition pour l'approvisionnement en produits de santé reproductive (Reproductive Health Supplies Coalition) ont plaidé avec succès pour l'enregistrement dans le pays des médicaments abortifs pour l'avortement médicamenteux et pour leur inclusion dans les listes de médicaments essentiels.

<sup>i</sup> Une nouvelle étude quantitative d'une hotline en Indonésie, la première à documenter l'auto-utilisation de l'avortement après 12 semaines, suggère que le modèle peut être aussi efficace que l'avortement médicamenteux dans une clinique. Gerds, C, et al (2018) Avortement médicamenteux de deuxième trimestre à l'extérieur de la clinique : une analyse des dossiers électroniques des clients d'un service d'avortement sécurisé en Indonésie. *BMJ Santé sexuelle et reproductive*, publication en ligne pour la première fois : 18 juillet 2018.

Être au courant des médicaments enregistrés et disponibles dans un pays en particulier peut aider à accéder plus facilement aux médicaments. La nouvelle base de données de l'IPPF des produits pour l'avortement médicamenteux ([www.MedAb.org](http://www.MedAb.org)) propose des informations concrètes sur la disponibilité des marques de qualité pour la mifépristone, le misoprostol et le combi-pack dans les pays. Elle est conçue pour les prestataires de services, les agents d'achat et d'autres personnes travaillant dans des programmes d'avortement sécurisé, plutôt que pour les femmes directement.

### Exemples de modèles de lignes directes et d'accompagnement

**Aunty Jane** est une ligne d'orientation lancée par des militants du Kenya en 2012 afin de fournir des informations claires et sans jugement sur des questions de santé sexuelle pouvant sauver la vie, dont l'utilisation du misoprostol pour l'avortement sécurisé.

**Las Libres** est une organisation mexicaine qui forme un réseau de bénévoles pour conseiller les femmes sur la façon d'utiliser en toute sécurité l'avortement médicamenteux et les accompagner tout au long du processus.

**Safe2choose** est une ressource en ligne composée de conseillers multilingues, de médecins et d'experts en santé publique, qui offre des services de conseils pour l'avortement sécurisé et des informations sur l'obtention des pilules abortives.

L'avortement médicamenteux a permis la croissance de l'échange de tâches dans des pays où les travailleurs de la santé non médecins comme les infirmières, les sages-femmes et le personnel clinique sont autorisés à fournir un service d'avortement médicamenteux dans les établissements de soins primaires. Des partenariats créatifs entre les agents de santé communautaires ou les bénévoles et les systèmes de santé aident les femmes à savoir si elles sont enceintes et les orientent

en conséquence vers les soins en établissement dont elles ont besoin.<sup>69</sup>

Les chercheurs de différents organismes testent des modèles pour s'assurer que les femmes peuvent gérer l'avortement elles-mêmes en toute sécurité, y compris la façon de les informer sur les méthodes de contraception efficaces après un avortement médicamenteux, comment s'assurer que les femmes peuvent s'autoévaluer avec précision quant à leur admissibilité pour la procédure et la meilleure façon de renforcer les orientations vers les établissements de santé en cas de besoin.<sup>70, 71, 72, 73</sup>

## Les gouvernements doivent jouer un rôle de premier plan dans ces efforts

Les gouvernements ont la responsabilité de s'assurer que toutes les femmes ont accès à des soins en SDR, quelle que soit leur situation financière. Permettre d'autres options pour l'autogestion de l'avortement médicamenteux ne supprime ou réduit en aucun cas cette responsabilité. Les gouvernements doivent accueillir des approches créatives prises par les OSC et les ONG pour aider les femmes à trouver et utiliser l'avortement médicamenteux et devraient collaborer avec ces groupes pour accroître leur efficacité et leur portée.

## Débats sur l'avortement médicamenteux sans surveillance médicale directe

L'avortement médicamenteux a considérablement accru l'accès à l'avortement pour des millions de femmes et il a changé la donne en termes de puissance et de dynamique des genres.

Il est important de discuter des risques potentiels identifiés par certains qui doivent être gérés - et non évités - par les systèmes de santé. Certains professionnels de la santé sont contre le fait de permettre aux femmes d'obtenir légalement et d'utiliser les comprimés abortifs pour l'avortement médicamenteux sans la supervision d'un professionnel de la santé. Leurs raisons peuvent inclure des préoccupations de sécurité dans les situations où les

femmes n'ont pas d'informations précises sur leur utilisation, ou ils pourraient vouloir garder le contrôle des actes médicaux au sein du système de santé. Des études dans des pays d'Asie, où les femmes ont utilisé l'avortement médicamenteux avec une dose incorrecte ou hors des délais recommandés ont déjà donné lieu à des appels pour limiter l'accès aux médicaments abortifs plutôt que de développer cet accès.<sup>74</sup>

Il faut davantage de preuves sur la capacité des femmes à s'autoévaluer avec précision et déterminer elles-mêmes leur admissibilité et l'âge gestationnel pour un dosage précis avant de prendre les médicaments. Bien que certaines études ont examiné l'utilisation du misoprostol à la maison suite à l'administration de la mifépristone en milieu clinique, cela pourrait ne pas s'appliquer aux populations plus largement ou aux endroits où la mifépristone n'est pas disponible. Un examen systématique de l'efficacité, de la sécurité et de l'acceptabilité note qu'une étude a démontré que les utilisatrices du misoprostol à la maison étaient plus instruites et avaient un âge gestationnel inférieur et un nombre plus important de grossesses antérieures en moyenne que celles qui ont pris les deux médicaments dans une clinique.<sup>75</sup>

Là où la mifépristone n'est pas disponible et lorsque le misoprostol est utilisé seul, des taux d'échec plus élevés seront plus probables, d'où l'importance de s'assurer que les femmes reconnaissent les signes d'un avortement incomplet et aillent consulter pour des soins supplémentaires si nécessaire.

Les femmes qui sont incapables d'évaluer leur admissibilité à l'avortement médicamenteux peuvent ne pas être au courant des contre-indications, telles que la grossesse extra-utérine ou l'utilisation de la mauvaise dose de médicaments. Certaines femmes ont des conditions physiologiques qui ne permettent pas une évaluation précise de l'âge gestationnel, comme les cycles menstruels irréguliers ou des schémas de règles altérés résultant d'une méthode de contraception.

Ces femmes peuvent avoir besoin d'aide de la part d'un professionnel de la santé ou d'un prestataire non clinicien pour vérifier qu'elles ne sont plus enceintes. Cela signifie qu'il faut travailler sur le développement d'outils d'évaluation appropriés que les femmes

peuvent utiliser avant et après l'avortement médicamenteux pour les aider dans leur autogestion.

Une augmentation des avortements médicamenteux peut également signifier que les prestataires ont peu d'occasions d'effectuer une aspiration intra-utérine ou

une dilatation et évacuation, et ainsi ils trouvent difficile de maintenir les compétences essentielles nécessaires à ces interventions chirurgicales. La formation continue peut aider à garantir la disponibilité des méthodes chirurgicales de qualité pour l'avortement, aux côtés de l'avortement médicamenteux.



Photo: Gabriela Trujillo

### Entretien avec le Dr Leonel Briozzo

Le Dr Leonel Briozzo est chef de la maternité de l'hôpital Pereira Rossell, un hôpital public de la capitale de l'Uruguay à Montevideo. Il est membre de la Commission de l'éthique et du professionnalisme de la [Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique](#) (FIGO) et conseiller du Conseil médical de l'Uruguay. Il est également le fondateur et conseiller international à Iniciativas Sanitarias en Uruguay et le conseiller extérieur au Conseil d'administration de l'IPPF. Dr Briozzo a été secrétaire général adjoint de la santé durant la présidence de José Mujica entre 2011 et 2015. Il a joué un rôle essentiel lors de la première Conférence sur la population et le développement dans les Amériques (CEPAL-CEPALC) qui a approuvé le consensus historique de Montevideo.

#### Quel a été votre rôle dans l'accélération de l'accès à un avortement sécurisé en Uruguay et qu'est-ce qui vous a motivé à mener ce changement important ?

Ma vocation, d'abord pour la médecine et pour la gynécologie et l'obstétrique plus tard, est basée sur ma conviction de travailler pour l'équité, la justice sociale et la liberté.

En 2001, lorsque j'ai commencé à enseigner la gynécologie et l'obstétrique à l'université, l'Uruguay traversait une profonde crise économique et sociale qui a fait tomber beaucoup de personnes dans la pauvreté. Comme les avortements et la mortalité maternelle ont augmenté de façon exponentielle, trouver une solution était devenue urgent. Nous étions donc convaincus que la prévention des avortements à risque était fondamentale - y compris l'éducation pour assurer une sexualité et une contraception agréables et responsables - en collaboration avec la libéralisation de l'avortement, et donc si cela était la dernière option choisie par les femmes, elle se ferait sans risque pour elles ou leur environnement.

Dans ce contexte, nous avons conçu le modèle de réduction des méfaits en 2001, dirigé par l'organisation « Iniciativas Sanitarias » (initiatives de santé), ainsi qu'une vaste coalition d'acteurs de la santé. La mise en œuvre du modèle dans tout le pays a placé l'avortement sécurisé comme un problème de santé et a contribué à développer un programme commun avec le mouvement féministe et les groupes sociaux et politiques progressistes de la gauche (Frente Amplio) qui a conduit à la

réalisation en 2012 de la décriminalisation de l'avortement, dans ce que j'appelle un processus continu de libéralisation de l'avortement en tant que pratique.

A cette époque, j'étais secrétaire général adjoint de la Santé en Uruguay et le président José Mujica m'a donné tout son soutien pour garantir que la Loi sur l'avortement soit mise en œuvre. Sur le long terme, cette décision politique a fait preuve d'énormes bénéfices sociaux et sanitaires.

### Qu'est-ce que le modèle de réduction des méfaits ?

En 2001, l'avortement sans risque en Uruguay n'a pas pu être légalement fourni par le système de santé et s'est trouvé fortement stigmatisé. Cependant, il était possible de travailler avant et après l'avortement et c'est ce que nous avons fait.

Avant, nous fournissions des conseils complets et de très haute qualité aux femmes afin qu'elles évaluent leur décision de prendre du misoprostol. Après, nous avons proposé des consultations post-avortement.

Nous avons fait tout cela en nous basant sur les principes bioéthiques de confidentialité entre le médecin et la patiente et en faisant passer les intérêts de nos patientes au cœur de la pratique médicale et avant nos propres opinions.

Ainsi, au lieu de juger les femmes sur le socle de l'hypocrisie, nous avons nous-mêmes participé éthiquement au processus des principes de bienfaisance - pas de malfaisance - à l'autonomie et la justice, en apportant aux soins de santé la qualité technique et l'humanité.

### Pourquoi l'avortement médicamenteux a-t-il été priorisé dans le cadre de ce modèle ?

Parce que c'était la seule façon dont les femmes pouvaient interrompre - ou au moins commencer à interrompre - leur grossesse par elles-mêmes, en s'autoadministrant un médicament avec une méthode sûre et fondée sur des preuves scientifiques.

Cela a radicalement modifié le rôle des professionnels de la santé en passant de la fourniture d'avortements clandestins à la modification de la culture du système de santé avec leur engagement et leur collaboration en tant qu'agents du changement social pour que les femmes puissent jouir de leurs droits.

### Dans années plus tard, quelle est votre évaluation des résultats du modèle de réduction des méfaits ?

L'impact quantitatif du modèle de réduction des méfaits a été immédiat, en réduisant d'abord la mortalité maternelle dans l'hôpital public où nous travaillions et plus tard dans tout le pays. La transformation qualitative des perceptions des professionnels de la santé, des utilisatrices et de la communauté était plus complexe, mais elle a également eu un impact important dès le début. Les médias ont été un allié essentiel pour diffuser le modèle et s'assurer que les messages étaient solides et cohérents.

### Que recommanderiez-vous aux décideurs qui souhaitent accélérer l'accès à l'avortement dans le monde ?

La lutte pour la dépénalisation de l'avortement fait partie de la lutte pour l'équité et la justice. En Amérique latine, où les églises ont une forte influence, il était important de discuter de la question du point de vue de la santé publique et du droit aux soins de santé premièrement et du droit de décider par la suite. La base de toutes nos actions est d'être en faveur de la vie, des femmes, des enfants et de la société, en cherchant à réduire le nombre d'avortements. La décision de la femme devrait être ce qui compte le plus pour les professionnels de la santé.

### Quelques mots en guise de conclusion ?

Nous sommes pour la vie parce qu'avec les politiques que nous avons mis au point et nos pratiques de santé, nous avons diminué la mortalité maternelle, la mortalité infantile et le nombre d'avortements. Les gens qui sont contre cela sont contre les droits humains.

## L'activisme pour les droits des femmes au Chili

Jusqu'en 2018, le Chili faisait partie d'un club radical de six pays à travers le monde. Aux côtés du Honduras, du Salvador, du Nicaragua, de Malte et de la République dominicaine, elle a utilisé une politique de coercition totale en matière de reproduction. L'interdiction de toutes formes d'avortement a été introduite en 1989 par celui qui sera plus tard le président Augusto Pinochet, et durant les 19 dernières années, une génération de femmes a été forcée à poursuivre des grossesses non désirées contre leur gré, privant les familles de leur liberté en matière de reproduction. Cette loi désuète a tué des femmes, a brisé des familles et a détruit des vies, faisant du Chili un pays extrême et militant, en décalage total avec tous les autres pays du monde, excepté cinq autres.

Mais par un beau jour d'hiver, le 21 août 2017, les femmes sont finalement devenues libres. Après des années de militantisme par des groupes populaires de femmes, les organisations syndicales de la santé, les organisations politiques, les universitaires et les défenseurs des droits humains, puis après des mois de débats houleux au Congrès, la Cour constitutionnelle a décidé de mettre fin à cette politique de la force en matière de reproduction en adoptant un projet de loi qui autorise l'avortement dans trois cas : si la vie de la femme est menacée; si la grossesse est le résultat d'un viol ; ou si le fœtus ne pourra pas survivre. Avec un impressionnant soutien du public et le soutien de la présidente Michelle Bachelet, la nouvelle loi a été un grand changement.

La Mesa, un réseau national de militants des droits à l'avortement, a joué un rôle essentiel dans la législation en conformité avec les attitudes des citoyens. Debora Solis, membre de la Mesa, de l'Association chilienne de Protection de la Famille (APROFA), décrit cette journée comme un « tournant historique de la lutte pour la pleine application des droits humains pour les femmes au Chili ».

Mais le travail n'est pas terminé. Comme Debora le dit : « Sans aucun doute, nous avons encore un long chemin à parcourir vers l'élimination de la stigmatisation sociale liée à l'avortement et pour arrêter les groupes contre les droits humains qui cherchent à créer des obstacles lorsqu'il s'agit de la mise en œuvre de la loi. » Les femmes, les hommes et leurs familles subissent la stigmatisation et la honte lorsqu'ils accèdent à l'avortement - et de nombreux mouvements chauvins et radicaux essaient encore de contester la loi qui jouit d'un important soutien du public.

Voir une loi instaurée par un dictateur renversée par la force de l'organisation collective était à couper le souffle pour Claudia Dides, Directrice exécutive de l'organisation pour la santé sexuelle et reproductive MILES. « Ce jour-là j'ai ressenti une joie si profonde, comme celle que j'ai ressentie le jour où nous avons vaincu la dictature dans le plébiscite en 1988 », a-t-elle déclaré. « Je sentais que toutes les humiliations, toutes les exclusions, tous les rejets, la méfiance et les attaques personnelles n'avaient aucune importance. J'ai senti qu'un grand pas en avant avait été fait vers le fait de redonner aux femmes leur dignité, en particulier celles qui n'avaient personne ou rien vers qui ou quoi se tourner. »

# Définir un programme d'action

S'assurer que plus de femmes peuvent utiliser en toute sécurité l'avortement médicamenteux sans surveillance médicale directe

L'avortement sécurisé doit rapidement devenir une priorité pour les gouvernements, les systèmes de santé, la société civile et les partenaires au développement, qu'il soit effectué dans une clinique ou chez les femmes. Les obstacles que les gouvernements ont mis en place doivent être supprimés.

Ce rapport appelle à une action coordonnée et une volonté politique pour garantir que les femmes aient à leur disposition des options d'avortement sécurisé, légal et acceptable, y compris l'auto-utilisation de l'avortement médicamenteux.

**Un programme d'action complet pour la réalisation de cet objectif comprend les étapes suivantes :**

## Actions au niveau des pays

- Les gouvernements et les partenaires concernés, y compris les OSC, devraient faire des recherches sur les obstacles et défis sur les femmes effectuant elles-mêmes l'avortement médicamenteux. Cette recherche doit identifier les moyens d'accroître la capacité des femmes à déterminer leur admissibilité et à terminer l'avortement, tout en identifiant les modèles de prestation de services et d'assistance préférés, y compris pour l'autogestion. Il faut également trouver des moyens de s'assurer que des liens avec d'autres consultations ou prestations de soins en établissement sont disponibles si nécessaire.

- La Mifépristone, le Misoprostol et les combi-packs incluant les deux médicaments doivent être enregistrés et disponibles dans le pays.<sup>i, ii</sup>
- La Mifépristone et le Misoprostol doivent être inclus dans la liste nationale des médicaments essentiels pour aider à faciliter l'approvisionnement et l'offre. Les licences doivent permettre l'utilisation dans un large éventail de paramètres et les médicaments mis à disposition gratuitement au niveau des soins de santé primaires. La surréglementation qui limite l'accès aux médicaments doit être évitée.
- Les gouvernements devraient élaborer des mesures visant à assurer la qualité des médicaments abortifs et établir et suivre des normes de qualité pour les soins liés à l'avortement dans les systèmes de santé.
- L'avortement médicamenteux dans les services d'avortement complets doit être disponible dans les sites nationaux qui fournissent des services aux femmes dans des situations de crise humanitaire, pour répondre à la fois aux besoins non satisfaits de santé en matière de reproduction de ces femmes et aux conséquences des violences sexistes.
- Les gouvernements devraient supprimer l'avortement du Code pénal et mettre un terme aux sanctions pénales pour les femmes qui utilisent l'avortement médicamenteux elles-mêmes. Les réglementations et orientations des systèmes de santé devraient clairement stipuler que l'autogestion est autorisée. Les femmes et les prestataires de services qui sont actuellement emprisonnés pour des charges liées à l'avortement doivent être libérés.
- Les prestataires du secteur public, privé et non professionnel doivent assurer la disponibilité et la

<sup>i</sup> Une récente étude identifie pour la première fois les travaux de recherche qui répondent aux exigences de l'Agence américaine des produits alimentaires et médicamenteux (USFDA) relatives aux critères réglementaires pour une utilisation en vente libre. Kapp, N, Grossman, D, Jackson, E, Castleman, L, Brahmi, D (2017) Un programme de recherche pour que l'avortement médicamenteux soit disponible en libre service. BJOG. 124, pp.1646–1652.

<sup>ii</sup> La mifépristone à certaines doses peut être et est effectivement utilisée dans certains pays comme contraception d'urgence. L'enregistrer en tant que tel pourrait faciliter un accès plus large aux médicaments et aider à prévenir les grossesses non désirées en l'utilisant immédiatement après un rapport sexuel. Voir : Shen J, Che Y, Showell E, Chen K, Cheng L 2017. Méthodes de contraception d'urgence. Cochrane. Disponible sur [https://www.cochrane.org/CD001324/FERTILREG\\_methods-emergency-contraception](https://www.cochrane.org/CD001324/FERTILREG_methods-emergency-contraception)

qualité des prestations de services d'avortement médicamenteux dans le cadre des services complets d'avortement, à côté des méthodes chirurgicales. Les services devraient être conçus pour permettre le partage des tâches entre un large éventail de professionnels de la santé, y compris les sages-femmes et les infirmiers et infirmières auxiliaires. Les femmes ont besoin d'être prises en charge pour gérer elles-mêmes tous les aspects de leur avortement médicamenteux selon leurs besoins et leurs préférences.

## Les actions au sein des systèmes de santé du gouvernement pour améliorer l'avortement de manière générale

- La formation en soins d'avortement pour les travailleurs de la santé à tous les niveaux devrait être intégrée dans les programmes d'éducation avant et dans les services. Les descriptions de travail de tous les agents de santé devraient inclure l'avortement pour éviter les refus des prestataires.
- Les politiques et lignes directrices devraient permettre le partage des tâches en matière d'avortement parmi divers professionnels de la santé y compris les sages-femmes, infirmiers et infirmières auxiliaires.
- Les gouvernements devraient autoriser et soutenir les travailleurs de la santé communautaires ou non professionnels à fournir des services d'avortement médicamenteux au niveau des soins primaires en mettant en place des mécanismes afin qu'il soit possible d'évaluer l'admissibilité des médicaments, fournir des options d'avortement, soutenir les femmes tout au long du processus, fournir des recommandations et distribuer des contraceptifs dans le cadre d'une approche de partage des tâches.
- Les gouvernements devraient élaborer et intégrer des programmes d'éducation sexuelle complète qui incluent des renseignements exacts sur la contraception et l'avortement. Cela contribuera à façonner des relations plus équitables entre les sexes pour les générations futures.
- Le financement de la santé devrait inclure toutes les méthodes recommandées d'avortement en tant que composantes essentielles de la SDR dans le programme de soins de santé primaires et des

soins de santé universels. La couverture de santé universelle devrait inclure l'avortement sécurisé pour s'assurer que toutes les femmes puissent obtenir ces services, peu importe leur situation financière.

- Les budgets du gouvernement et des partenaires de développement externes devraient allouer des fonds pour les produits d'avortement, la formation et les services - particulièrement au niveau primaire - comme élément essentiel des services SDR.

## Actions au niveau international

- Les institutions de recherche et les organismes fournissant des services devraient poursuivre un programme coordonné pour combler les lacunes en preuves concernant la sécurité et l'utilisation de l'avortement médicamenteux. Voici les recommandations tirées d'un groupe de 20 chercheurs mondiaux représentant neuf différentes organisations internationales et universités :<sup>76</sup>
  - ◆ Entreprendre des études qui explorent les préférences des femmes concernant l'avortement et leurs expériences avec l'auto-utilisation de l'avortement médicamenteux, y compris des liens avec les services de contraception et des orientations vers d'autres soins.
  - ◆ Les meilleurs modèles pour atteindre les femmes avec des médicaments, des informations et une assistance de haute qualité, y compris des rôles appropriés pour les pharmaciens et les travailleurs de la santé professionnels ou non.
  - ◆ Les résultats cliniques suite à l'auto-utilisation de l'avortement médicamenteux, en particulier au-delà de 63 jours. Cela comprend la capacité des femmes à s'autoévaluer concernant leur admissibilité pour l'avortement médicamenteux et pour déterminer quand l'avortement est complet, en particulier lorsque le misoprostol est utilisé sans la mifépristone et en comparant avec les mêmes soins fournis en clinique.
- Une recherche bien conçue devrait être menée pour affiner les meilleurs outils et listes de contrôle pour l'évaluation de l'admissibilité des femmes pour l'avortement médicamenteux. Cela doit être testé en milieu communautaire. La recherche devrait aussi traiter des questions de sécurité, d'efficacité et de faisabilité d'avoir recours à des travailleurs de la santé non professionnels pour administrer les médicaments, gérer les effets indésirables courants

et évaluer le besoin d'aller consulter en clinique. L'expérience des ONG et OSC qui offrent des conseils, conseils et accompagnements aux femmes utilisant l'avortement médicamenteux, est une importante source d'informations pour établir cette preuve et tester des modèles efficaces.

- En juin 2018, il n'y a pas de combi-packs comprenant les deux médicaments qui répondent aux normes de préqualification de l'OMS. Le nombre limité de combi-packs dont la qualité est garantie par l'approbation de différentes autorités réglementaires rigoureuses<sup>iii</sup> sont souvent chers et peu disponibles. L'OMS devrait simplifier et rationaliser le processus de préqualification pour l'avortement médicamenteux en versant régulièrement des médicaments et des conseils précis aux fabricants et en rendant le processus moins cher. L'OMS pourrait préqualifier un combi-pack à prix abordable comprenant la Mifépristone et le Misoprostol, ainsi que d'autres produits contenant de la mifépristone et du misoprostol pour soutenir les efforts visant à accroître l'accès.
- Les fabricants et les institutions mondiales (OMS, L'UNFPA donateurs bilatéraux) devraient augmenter la disponibilité de produits de qualité pour l'avortement médicamenteux, y compris des mécanismes pour le test et la diminution des risques des produits après production.
- Les deux médicaments abortifs devraient être inclus dans les packs d'équipement, les directives techniques, et les budgets pour les situations de crise humanitaire, y compris au sein de l'EMSI utilisé pour fournir des produits dans les contextes de crise.
- Les associations médicales professionnelles devraient souligner aux membres l'importance de l'accès à l'avortement sécurisé dans la vie des femmes et renforcer leur engagement en faveur de la fourniture éthique des soins. Ceci inclut le fait de placer les meilleurs intérêts des femmes au-dessus des sentiments personnels du prestataire par rapport à l'avortement.<sup>77</sup>

- Les partenaires extérieurs du développement devraient accroître le financement dédié aux produits, la formation et les services d'avortement comme élément essentiel de la SDSR, et soutenir les efforts visant à élargir les options pour l'autogestion de l'avortement médicamenteux.

**L'IPPF, en tant que prestataire mondial de services de santé et principal défenseur de la santé et des droits sexuels et reproductifs, s'engage à respecter son engagement qui est de fournir des soins d'avortement complets fondés sur les droits et pour tous, et de travailler en partenariat avec d'autres pour s'assurer que les conditions et les structures sont en place pour aider les femmes à avoir accès à l'avortement sécurisé de la manière qui leur convient le mieux.**

iii Une autorité réglementaire rigoureuse fait référence à une autorité de régulation qui est :

a) membre du Conseil international pour l'harmonisation des exigences techniques pour les produits pharmaceutiques à destination des humains (ICH) (avant le 23 octobre 2015 : L'agence américaine des produits alimentaires et médicamenteux, la Commission européenne et le ministère de la Santé, du travail et du Bien-être social du Japon également représenté par l'Agence des médicaments et des instruments médicaux) ; ou

b) un observateur ICH avant le 23 octobre 2015 (Association européenne de commerce libre, représentée par Swiss Medic et Health Canada) ; ou

c) une autorité réglementaire associée à un membre de l'ICH à travers un instrument juridiquement contraignant, accord de reconnaissance mutuelle avant le 23 octobre 2015 (Australie, Islande, Liechtenstein et Norvège).

# Conclusions

Ce rapport reconnaît que la communauté internationale a été lente à répondre à l'accès des femmes à un avortement sécurisé et légal, ouvertement et de façon coordonnée. Les besoins sont clairs. Il est aujourd'hui temps d'agir *ensemble*.

En dépit d'importants progrès pour réduire l'avortement à risque depuis l'adoption en 1994 du programme d'action de la CIPD, des politiques et lois d'oppression persistent. Le résultat est que chaque année, on estime à 25 millions le nombre de femmes qui choisissent de ne pas poursuivre leur grossesse et qui sont forcées de chercher des soins clandestinement, par leurs propres moyens ou sans le soutien d'un prestataire de soins médicaux, parfois de façon dangereuse.

L'avortement médicamenteux offre des possibilités d'élargir l'accès à un avortement sûr et brise les contraintes de l'inégalité des sexes par l'autonomisation des femmes pour qu'elles décident quand et comment avoir une grossesse. La suppression des obstacles coercitifs se dressant devant les services permet aux femmes de prendre leurs propres décisions, en donnant aux femmes des options réelles - que ce soit pour un avortement médicamenteux, un avortement fournis dans un établissement de santé, ou des services d'assistance à la grossesse. Les gouvernements, les

décideurs, les chefs religieux et la profession médicale doivent d'urgence prendre des mesures pour s'assurer que les femmes peuvent faire des choix qui respectent leur intégrité physique et protègent leur santé et leur vie.

Alors que le 25<sup>e</sup> anniversaire de la CIPD approche, nous devons tous porter un regard critique sur ce qu'il reste à faire pour s'assurer que chaque avortement est un avortement sécurisé. L'IPPF invite les décideurs et la communauté mondiale en SDSR à se joindre à elle pour prendre des mesures et faire de cet objectif une réalité.

L'IPPF est engagé à faire en sorte que toutes les femmes dans le monde puissent avoir accès à un avortement sécurisé et légal. Nous continuerons à nous placer à côté des femmes à chaque étape de leur vie reproductive et nous assurer qu'elles ont à leur disposition toutes les options et l'assistance nécessaire pour décider de ce qui est le mieux pour elles, sans aucune discrimination ni stigmatisation.



# Notes de fin

- 1 Ganatra, B, Gerdtts, C, Rossier, C, Johnson, BR, Tunçalp, Ö, Bearak, J et al (2017). Global, regional and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet* 2017. 390 pp.2372–81
- 2 ibid
- 3 ibid
- 4 Singh, S, Remez, L, Sedgh, G, Kwok, L, Onda, T (2018). *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*. Guttmacher Institute: New York.
- 5 ibid
- 6 Ganatra, B, Gerdtts, C, Rossier, C, Johnson, BR, Tunçalp, Ö, Bearak, J et al (2017). Op. cit.
- 7 ibid
- 8 Dzuba, IG, Winikoff, B, Peña, M (2013) Medical abortion: A path to safe, high-quality abortion care in Latin America and the Caribbean. *European Journal of Contraceptive and Reproductive Health Care*. 18 (6), pp.441–450.
- 9 Organisation mondiale de la santé (1946) *Constitution of the World Health Organization*. "Genève : OMS"
- 10 Organisation mondiale de la santé (2015) *Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception*. "Genève : OMS"
- 11 Ganatra, B, Gerdtts, C, Rossier, C, Johnson, BR, Tunçalp, Ö, Bearak, J et al (2017). Op. cit.
- 12 Organisation mondiale de la santé "Genève : OMS"
- 13 Singh, S, Remez, L, Sedgh, G, Kwok, L, Onda, T (2018). Op. cit.
- 14 Ganatra, B, Gerdtts, C, Rossier, C, Johnson, BR, Tunçalp, Ö, Bearak, J et al (2017). Op. cit.
- 15 ibid
- 16 Ibid.
- 17 Organisation mondiale de la santé (2012). Op. cit.
- 18 Organisation mondiale de la santé (2015) *Health worker roles in providing safe abortion care and post abortion contraception*. "Genève : OMS"
- 19 Ibid.
- 20 Ganatra, B, Gerdtts, C, Rossier, C, Johnson, BR, Tunçalp, Ö, Bearak, J et al (2017). Op. cit.
- 21 Chong, E, Frye, L, Castle, J, Dean, G, Kuehl, L, Winikoff, B (2015) What happens when medical abortion services give women the option of taking mifepristone at home? *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 131:E300; Chong, E, Frye, L, Castle, J, Dean, G, Kuehl, L, Winikoff, B (2015) A prospective, non-randomized study of home use of mifepristone for medical abortion in the U.S. *Contraception* 92 (3), pp.215–219; Iyengar, K, Klingberg Allvin, M, Iyengar, SD, Gemzell-Danielsson, K, Essén, B (2016) "Who Wants to Go Repeatedly to the Hospital?" Perceptions and Experiences of Simplified Medical Abortion in Rajasthan, India. *Global Qualitative Nursing Research*. 3: 2333393616683073; Wainwright, M, Colvin, C, Swartz A, Leon, N (2016) Self-management of medical abortion: a qualitative evidence synthesis. *Reproductive Health Matters*. 24 (47), pp.155–167.
- 22 Singh, S, Remez, L, Sedgh, G, Kwok, L, Onda, T (2018). Op. cit.
- 23 Ganatra, B, Gerdtts, C, Rossier, C, Johnson, BR, Tunçalp, Ö, Bearak, J et al (2017). Op. cit.
- 24 Singh, S, Remez, L, Sedgh, G, Kwok, L, Onda, T (2018). Op. cit.
- 25 Ganatra, B, Gerdtts, C, Rossier, C, Johnson, BR, Tunçalp, Ö, Bearak, J et al (2017). Op. cit.
- 26 Singh, S, Remez, L, Sedgh, G, Kwok, L, Onda, T (2018). Op. cit.
- 27 Woog, V and Kågesten, A (2017) *The Sexual and Reproductive Health Needs of Very Young Adolescents Aged 10–14 in Developing Countries: What Does the Evidence Show?* New York: Guttmacher Institute.
- 28 Darroch, JE, Woog, V, Bankole, A, Ashford, LS (2016) *Adding It Up: Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents*. New York: Guttmacher Institute.
- 29 Ibid.
- 30 Starrs, AM, Ezeh, AC, Barker, G, Basu, A, Bertrand JT, Blum, R, Coll-Seck, AM, et al (2018) Accelerate progress – sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet Commissions*. 391 (10140), pp.2642–2692.
- 31 Sedgh, G, Singh, S, Shah, IH, Ahman, E, Henshaw, SK, Bankole, A (2012) Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*. 379 (9816), pp.625–632.
- 32 Médecins du Monde (nd) *Unwanted pregnancies and abortions in Burkina Faso, Palestine, Peru and the Democratic Republic of Congo. Comparative analysis of sociocultural and community determinants*. Disponible à : <<https://uploads.doctorsoftheworld.org/2017/06/27205635/Me%CC%81decins-du-Monde-Cross-Analysis-Sociocultural-and-community-determinants-of-unwanted-pregnancies-and-abortions-2016.pdf>> Consulté le 3 septembre 2018.
- 33 Woog, V and Kågesten, A (2017). Op. cit.
- 34 Motta, A, Keogh, S, Prada, E, Nunez-Curto, A, Konda, K, Stillman, M, Cáceres, CF (2017) *From Paper to Practice: Sexuality Education Policies and Their Implementation in Peru*. New York: Guttmacher Institute.
- 35 Guttmacher Institute (2017) *Factsheet: Sexuality Education in Kenya: New Evidence from Three Counties*. New York: Guttmacher Institute.
- 36 Darroch, JE, Woog, V, Bankole, A, Ashford, LS (2016). Op. cit.
- 37 United Nations Population Fund (2015) *State of the world population 2015: Shelter from the Storm, A transformative agenda for women and girls in a crisis-prone world*. New York: UNFPA.
- 38 McGinn, T and Casey, SF (2016) Why don't humanitarian organizations provide safe abortion services? *Conflict and Health*. 10 (8).
- 39 Foster, AM, Evans, DP, Garcia, M, Knaster, S, Krause, S, McGinn, T, et al (2017) The 2018 Inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings: revising the global standards. *Reproductive Health Matters*. 25 (51), pp.18–24.
- 40 Singh S et al., *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*, New York: Guttmacher Institute, 2009. Disponible à : <<https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/AWWfullreport.pdf>> Consulté le 3 septembre 2018.

- 41 Organisation mondiale de la santé, La Banque Mondiale (2011) *World Report on Disability*. Geneva: OMS/BM.
- 42 Starrs, AM, Ezeh, AC, Barker, G, Basu, A, Bertrand JT, Blum, R, Coll-Seck, AM, et al (2018). Op. cit.
- 43 Ibid
- 44 Ibid
- 45 United Nations Population Fund (1994) *Programme of Action. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, Sept 5–13, 1994*. New York: UNFPA.
- 46 Hord, CE (1999) ICPD Paragraph 8.25: A Global Review of Progress. Chapel Hill, NC: Ipas.
- 47 Otsea, K (2004) *Lives worth saving: Abortion care in sub-Saharan Africa since ICPD: A progress report*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- 48 Hessini, L (2004) *Advancing reproductive health as a human right: Progress toward safe abortion care in selected Asian countries since ICPD*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- 49 Ipas (2003) *Achieving ICPD commitments for abortion care in Eastern and Central Europe. The unfinished agenda*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- 50 Billings, DL and Benson, J (2005) Post-abortion care in Latin America: policy and service recommendations from a decade of operations research. *Health Policy and Planning*. 20 (3).
- 51 Rayas, L y Catotti, D (2004) *Cumplimiento de los compromisos adquiridos a partir de la CIPD en torno a los servicios de aborto en América Latina: La agenda inconclusa*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- 52 Crane, B and Hord, CE (2006) *Access to Safe Abortion: An Essential Strategy for Achieving the Millennium Development Goals to Improve Maternal Health, Promote Gender Equality, and Reduce Poverty. Background paper to the Millennium Development Project's report, Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals*.
- 53 Center for Reproductive Rights (2018) The World's Abortion Laws 2018. Interactive map. Disponible à : <<http://www.worldabortionlaws.com>> Consulté le 3 septembre 2018
- 54 Finer, L and Fine, J, B (2013) Abortion Law Around the World: Progress and Pushback. *American Journal of Public Health*. 103 (4), 585–589
- 55 *African Union Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*. Disponible à : <[http://www.achpr.org/files/instruments/women-protocol/achpr\\_instr\\_proto\\_women\\_eng.pdf](http://www.achpr.org/files/instruments/women-protocol/achpr_instr_proto_women_eng.pdf)>; United Nations (2013) *African Union Maputo Plan of Action*. Disponible à : <[https://au.int/sites/default/files/documents/24099-poa\\_5-revised\\_clean.pdf](https://au.int/sites/default/files/documents/24099-poa_5-revised_clean.pdf)>; *Montevideo Consensus on Population and Development*. Disponible à : <[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21860/15/S20131039\\_en.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21860/15/S20131039_en.pdf)> Consulté le 3 septembre 2018
- 56 Ipas (2014) International Human Rights Bodies on Human Rights and Abortion (parts 1–4). Disponible à : <[www.ipas.org](http://www.ipas.org)>.
- 57 Guttmacher Institute (2017) Factsheet: *Adding it Up: Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health*. Available at: <<https://www.guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017>>.
- 58 Bearak, J, Popinchalk, A, Alkema, L, Sedgh, G (2018) Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet Glob Health*. 6 (4), e380–e389.
- 59 Organisation mondiale de la santé (2012). Op. cit.
- 60 Ganatra, B, Gerdtts, C, Rossier, C, Johnson, BR, Tunçalp, Ö, Bearak, J et al (2017). Op. cit.
- 61 Organisation mondiale de la santé (2012). Op. cit.
- 62 Ipas (2010) *The evidence speaks for itself: Ten facts about abortion*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- 63 UNESCO, (2015) *Emerging evidence, lessons and practice in comprehensive sexuality education: A Global Review*. Paris: UNESCO
- 64 Gerdtts, C, DePiñeres, T, Hajri, S, Harries, J, Hossain, A, Puri, M et al (2015) Denial of abortion in legal settings. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 41 (3), pp.161–3.
- 65 Truong, M and Wood, SY (2018) *Unconscionable. When Providers Deny Abortion Care*. New York: International Women's Health Coalition.
- 66 Organisation mondiale de la santé (2015). Op. cit.
- 67 Singh, S, Remez, L, Sedgh, G, Kwok, L, Onda, T (2018). Op. cit.
- 68 Wainwright, M, Colvin, C, Swartz A, Leon, N (2016). Op. cit.
- 69 Puri, M, Tamang, A, Shrestha, P, Joshi, D (2015) The role of auxiliary nurse-midwives and community health volunteers in expanding access to medical abortion in rural Nepal. *Reproductive Health Matters*. 22 (44 Suppl 1), pp.94–103.
- 70 Puri, MC, Harper, CC, Maharjan, D, Blum, M, Rocca, CH (2018) Pharmacy access to medical abortion from trained providers and post-abortion contraception in Nepal. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. Jul 10. doi: 10.1002/ijgo.12595. [Epub ahead of print]
- 71 Andersen, K, Fjerstad, M, Basnett, I, Neupane, S, Acre, V, Sharma, S, Jackson, E (2018) Determination of medical abortion success by women and community health volunteers in Nepal using a symptom checklist. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 18 (161).
- 72 Iyengar, K, Paul, M, Iyengar, SD, Klingberg-Allvin, M, Essén, B, Bring, J et al (2015) Self-assessment of the outcome of early medical abortion versus clinic follow-up in India: a randomized, controlled, non-inferiority trial. *Lancet Glob Health*. 3 (9), e537–45.
- 73 Oppeggaard, KS, Qvigstad, E, Fiala, C, Heikinheimo, O, Benson, L, Gemzell-Danielsson, K (2015) Clinical follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion a multicenter, non-inferiority, randomized, controlled trial. *Lancet*. 385, pp.698–704.
- 74 Nivedita, K and Shanthini, F (2015) Is It Safe to Provide Abortion Pills over the Counter? A Study on Outcome Following Self-Medication with Abortion Pills. *J Clin Diagn Res*. 9 (1); Pawde, AA, Ambadkar, A, Chauhan, AR (2016) A Study of Incomplete Abortion Following Medical Method of Abortion (MMA). *J Obstet Gynaecol India* 66 (4), pp.239–243; Banu, N and Karim, MM (2017) *In the field of OB-GYN misoprostol is an essential drug: to be or not to be an OTC drug*. 25th Asian & Oceanic Congress of Obstetrics & Gynaecology, 15–18 June 2017, Hong Kong Convention and Exhibition Centre.
- 75 Ngo, TD, Park MH, Shakur, H, Free, C (2011) Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. *Bulletin of the Organisation mondiale de la santé*. 89 (5), pp.360–370.
- 76 Kapp, et al. (2018) Developing a forward-looking agenda and methodologies for research of self-use of medical abortion. *Contraception*: 97 (2), pp. 184–188.
- 77 Briozzo, L and Faúndes, A (2008) The medical profession and the defense and promotion of sexual and reproductive rights. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 100 (3), pp.291–4.

## Remerciements et collaborateurs

Ce rapport est une publication de la Fédération internationale pour la planification familiale. Il a été conceptualisé et dirigé par Ana María Bejar, Directrice de la Plaidoyer, et Manuelle Hurwitz, Directrice de Institutional Delivery. Il a été développé en collaboration par Charlotte Hord Smith (Indépendante) et Katie Lau, Conseillère en plaidoyer. Dans un premier temps, le rapport a été supervisé par Preethi Sundaram.

L'IPPF tient à remercier Rebecca Wilkins, Mina Barling, Heather Barclay, Laura Hurley, Maïté Matos Ichaso, Lindley-Jones YuHsin Huang, Hanna, Sarah Onyango, Laura Feeny et Tia Jeewa pour leurs précieuses contributions.

Des remerciements spéciaux vont aux collègues des organisations externes qui ont généreusement pris le temps de partager leur expertise et d'examiner le rapport : Karthik Srinivasan (Indépendante), Bela Ganatra (OMS), Kristina Gemzell-Danielsson (Karolinska Institutet et membre du Groupe consultatif médical international de l'IPPF) et Chris Purdy (DKT International).

Un remerciement spécial à Women on Web pour partager leurs ressources et l'équipe des consultants en recherche qui ont contribué aux données durant la phase initiale.

Réviseur : Mags Allison et Imogen Mathers  
Designer: Chris Wells [www.chris-wells.com]  
Traducteur : IWORDS Global (français et espagnol)

Publié en septembre 2018 Fédération Internationale pour la Planification Familiale 4 Newhams Row, London SE1 3UZ, UK

tel +44 (0)20 7939 8200  
fax +44 (0)20 7939 8300  
web [www.ippf.org](http://www.ippf.org)  
email [info@ippf.org](mailto:info@ippf.org)

UK Registered Charity No. 229476



