
Parcours des demandeuses de soins d'avortement médicalisé dans le Mono au Bénin : État des lieux et perspectives

Le rapport de cette recherche-action est écrit par le Centre de recherche en reproduction humaine et en démographie, Cotonou, Bénin.

Cette recherche-action est rendue possible grâce au projet Plurielles « Renforcer la santé et les droits sexuels et reproductifs au Bénin, au Burkina Faso et au Mali » mis en œuvre par le consortium formé par Santé Monde, SOCODEVI et Avocats sans frontières Canada sur financement de Affaires Mondiales Canada.



Table des matières

Liste des tableaux	5
Liste des figures	5
Introduction	9
I. Objectif	21
1.1 Objectif général	22
1.2 Objectifs spécifiques	22
II. Méthodologie	23
2.1. Cadre théorique de l'étude	24
2.2. Cadre physique de l'étude	27
2.3. Devis d'étude	34
2.4. Population d'étude	34
2.5. Techniques et outils de collecte de données	35
2.6. Traitement et analyse des données	39
2.7. Considérations éthiques	44
2.8. Difficultés rencontrées	44
III. Résultats	46
3.1. Cartographie du parcours actuel des demandeuses de soins d'avortement médicalisé dans le département du Mono et facteurs influençant ce parcours	47
3.2. Parcours idéal des demandeuses de soins d'avortement médicalisé au Bénin	84

3.3. Ecart identifié dans le parcours des demandeuses de soins d'avortement médicalisé dans le département du Mono	89
<i>IV. Discussion</i>	102
<i>V. Recommandations</i>	108
5.1. Améliorer la première étape du parcours : Accès au diagnostic de la grossesse et à la prise de décision d'avorter	109
5.2. Améliorer la seconde étape du parcours : le choix du lieu et de la méthode	111
5.3. Améliorer la troisième étape du parcours : l'acte proprement dit	112
5.4. Améliorer la quatrième étape du parcours : le suivi post-avortement	115
<i>Conclusion</i>	116
<i>Références bibliographiques</i>	119

Liste des tableaux

Tableau I : Organisation du système sanitaire du département du Mono ; Bénin 2024.....	32
Tableau II : Synthèse de quelques indicateurs de santé sexuelle et reproductive dans le Mono ; Bénin 2024 [2, 31, 35]	33
Tableau III: Récapitulatif de la méthodologie utilisée	41
Tableau IV: Caractéristiques des participant.e.s à la collecte de données sur le parcours vers les soins d'avortement médicalisé, PLURIELLES Bénin, 2024.....	45
Tableau V : Disponibilité théorique du service d'avortement médicalisé dans les zones sanitaires du Mono ; Bénin 2024	48
Tableau VI : Parcours des demandeuses dans la recherche de soins d'avortement dans le Mono, 2024.	50
Tableau VII : Écarts observés sur le terrain tout au long du parcours des demandeuses vers l'avortement médicalisé dans le Mono, Bénin 2024	93

Liste des figures

Figure 1: Cadre conceptuel de la trajectoire des femmes dans la recherche de soins d'avortement	26
Figure 2: Carte du département du Mono au Bénin	29

Sigles et abréviations

AM-ARCH	Volet Assurance maladie du programme d'assurance pour le renforcement du capital humain
AMC	Affaire mondiale Canada
AMIU	Aspiration manuelle intra utérine
ASFC	Avocat sans frontière Canada
CCISD	Centre de coopération internationale en santé et développement
CERRHUD	Centre de recherche en reproduction humaine et en démographie
CER-ISBA	Comité éthique de la recherche de l'institut des sciences biomédicales appliquées
CSEAJ	Centre socio-éducatif des adolescents et jeunes
CRAMS	Chargé des ressources, de l'appui à la Mobilisation sociale
DDS	Direction départementale de la santé
DFRS	Direction de la formation et de la recherche en santé
DIU	Dispositif intra-utérin
EEZS	Équipe d'encadrement de zones sanitaire
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
GUPS	Guichet unique de protection sociale (ancien CPS)
IST	Infections sexuellement transmissibles
IVG	Interruption volontaire de grossesse

MCM	Méthode de contraception moderne
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
RSO	Responsable de soins obstétricaux
SAA	Soins après avortement
SRAJ	Santé reproductive des adolescents et jeunes
SSR	Santé sexuelle et reproductive
SOBAPS	Société béninoise d'approvisionnement en produit de santé
VBG	Violences basées sur le genre

Référence suggérée

CERRHUD, CCISD (2024). Parcours des demandeuses de soins d'avortement médicalisé dans le Mono au Bénin : État des lieux et Perspectives. Cerrhud, Cotonou, Bénin.

Remerciements

Cette recherche sur l'état des lieux du parcours de soins vers l'avortement sécurisé a été menée par le Centre de recherche en reproduction humaine et démographie (CERRHUD) dans le département du Mono dans le cadre du projet PLURIELLES « Renforcer la santé et les droits sexuels et reproductifs au Bénin, au Burkina Faso et au Mali » mis en œuvre par le Consortium formé de Santé Monde, Avocats sans frontières Canada (ASFC) et la Société de coopération pour le développement international (SOCODEVI), financé par Affaires mondiales Canada (AMC). A cet effet, nous remercions les autorités administratives du département du Mono pour leur soutien continu tout au long de ce travail.

Nous remercions également la Direction départementale de la santé du Mono, le comité de recherche action du Mono ainsi que la Direction de la Formation et de la Recherche en santé (DRFS) pour leur soutien à la mise en œuvre de l'étude.

Aux managers locaux de la santé, aux prestataires de soins, aux adolescentes, aux femmes et à leurs proches, nous disons merci de nous avoir consacré du temps.



INTRODUCTION



L'avortement provoqué est une pratique courante partout dans le monde. Ce sont en effet, près de 73 millions de cas qui ont lieu chaque année dans le monde[1, 2]. Trois grossesses sur 10 environ se terminent par un avortement provoqué[1, 2] dont environ 45% sont non sécurisés.

La morbidité maternelle grave, la mortalité maternelle, et les pertes économiques liées aux avortements non sécurisés sont inégalement réparties entre les différentes régions du monde. La quasi-totalité des ces avortements non sécurisés se déroule dans les pays en développement, entraînant entre 4,7% et 13,2% des décès maternels[1]. Les pertes économiques liées au traitement après un avortement non sécurisé dans les pays en développement s'élèvent à 553 millions de dollars américains par an[1]. Aussi, les complications et handicaps de longue durée résultant des avortements non sécurisés entraînent des pertes de revenu pour les ménages à hauteur de 922 millions de dollars américains par an[1]. L'accès à l'avortement sécurisé peut permettre d'éviter des milliers de décès, prévenir des morbidités maternelles graves et engendrer des économies importantes pour les systèmes de santé et les ménages.

Cependant, l'accès à des soins d'avortement sécurisé en Afrique est un parcours difficile pour beaucoup de personnes de différents âges, avec des défis de diverse

nature. Un avortement sécurisé est caractérisé par trois critères essentiels: la méthode utilisée, la durée de la grossesse et les compétences du prestataire de soins[1]. La méthode utilisée doit être sûre et efficace, basée sur des données probantes, et recommandée par l'Organisation mondiale de Santé. Elle doit être adaptée à la durée de la grossesse et appliquée par un prestataire de soins qualifié ou sous sa supervision, garantissant ainsi que les soins sont dispensés conformément aux normes.

Des études réalisées au Ghana, au Kenya et en Namibie rapportent que le recours à l'avortement est influencé par plusieurs facteurs[3, 4]. Ces facteurs peuvent être individuels tels que le niveau d'éducation, le statut matrimonial, l'indépendance économique et le fait que la femme ai été victime d'un viol ou d'un inceste[5] ; interpersonnels (soutien du partenaire et des parents)[5, 6] ou sociétaux (stigmatisation, valeurs religieuses dominantes)[3, 7], accès à l'éducation sexuelle[5] ainsi que la disponibilité des établissements offrant des services d'avortement[7]. Ces facteurs agissent à l'une et ou l'autre des étapes du parcours de soins vers un avortement médicalisé.

Le parcours de soins vers l'avortement médicalisé est un ensemble d'étapes successives par lesquelles une femme enceinte passe[8] pour se procurer des soins d'avortement

médicalisé. Il s'agit notamment des étapes relatives à l'accès au diagnostic de la grossesse et prise de la décision d'avorter, au choix éclairé sur les lieux et les méthodes, à l'acte proprement dit et au suivi post-avortement[9]. La capacité d'accéder à ces étapes varie en fonction des contextes sociaux, culturels, politiques, législatifs et économiques qui structurent les relations de genre et les positions sur divers aspects de la santé sexuelle et reproductive.

L'accès au diagnostic de la grossesse et prise de décision d'avorter constitue l'étape préliminaire à ce parcours. En fonction du niveau de confidentialité qu'elle souhaite mettre autour de cette expérience, il se peut que la femme aille à faire face à cette étape toute seule ou avec un groupe plus ou moins restreint de personnes[10, 11]. La décision d'avoir un enfant ou non constitue le fondement même de l'autonomie corporelle des femmes et de leur égalité effective avec les hommes[11] tel que prévu notamment par plusieurs instruments juridiques ratifiés par le Benin, notamment la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et le Pacte international relatif aux droits civils et politiques.

Plusieurs pays en Afrique ont légalisé l'avortement[12–17], mais les statistiques liées aux complications ne diminuent pas pour autant, en raison du caractère restrictif desdites lois, comme c'est le cas en Algérie[7].

Le **choix éclairé sur les lieux et les méthodes**, est conditionné par plusieurs facteurs. Il dépend notamment du groupe de gestion thérapeutique¹, qui mobilise et utilise ses ressources, ainsi que de la plateforme d'offre de soins d'avortement disponible, qu'elle soit alternative, spirituelle ou biomédicale, formelle ou informelle[18]. La plateforme alternative a trait aux tradipraticiens.ciennes auxquels recourent certaines femmes. Au Ghana, en 2016, 28% des femmes ayant pratiqué l'avortement non médicalisé se sont orientées vers les herboristes[3]. La plateforme alternative avec ses lieux et méthodes semble être plus facilement accessibles aux femmes pour réaliser les avortements clandestins comme le mentionnent plusieurs autres auteur.trice.s[19–21]. Sur le plan spirituel, la plupart des groupes religieux considèrent l'avortement comme un homicide, une atteinte du droit à la vie, partant de l'idée que la vie humaine commence depuis la fécondation[22]. Dès lors, l'avortement ne bénéficie quasiment pas de leur soutien bien que les standards internationaux, et le groupe

¹ Le groupe de gestion thérapeutique constitue l'ensemble des personnes et/ou structures intervenant dans la chaîne d'un avortement (prestataire qualifié ou non, Familles / Amis proches, loi et société). Il demeure un paramètre essentiel dans la recherche de soins d'avortement.

de travail de l'ONU sur la discrimination à l'égard des femmes et des filles préconisent que le droit à l'avortement doit être protégé par le droit à la vie consacré à l'article 6 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques[23]. Le manque de connaissance sur les voies légales possibles de recours à l'avortement médicalisé dans les différents pays[20, 21, 24], la méconnaissance des méthodes et des sources d'information fiables par les femmes[19, 21] ainsi que le coût de l'intervention influencent le choix du lieu et de la méthode d'avortement[13, 16, 20, 25].

Quant à **l'acte proprement dit** (obtention des soins d'avortement médicalisé), les estimations mondiales basées sur des données de 2010-2014 montrent que 55% seulement de l'ensemble des avortements sont sécurisés [1] soit environ un avortement sur deux. Le cadre légal dans les pays joue un rôle clé à cet effet. Les configurations légales incluent l'interdiction totale de l'avortement (32 pays), les pays où l'avortement est permis, uniquement dans des circonstances spécifiques (41 pays), les pays où l'avortement est légal mais soumis à des conditions (51 pays) et l'accès libre à l'avortement (40 pays)[26]. Il faut noter qu'il existe des pays où les configurations varient sur l'ensemble du territoire national comme les États-Unis et le Mexique. Au total, quelques 900 millions de femmes vivent dans des pays où l'avortement est légal et

accessible, tandis que plus de 700 millions sont confrontées à des restrictions importantes ou à une interdiction totale, mettant en évidence des inégalités marquées dans l'accès aux soins de santé reproductive [26]. Plusieurs pays en Afrique de l'Ouest tels que le Togo, le Burkina-Faso et la Côte d'Ivoire criminalisent encore l'acte et restreignent l'accès par le biais des conditions telles que l'autorisation par un tribunal ou encore la confirmation de l'état de grossesse par plusieurs médecins dont l'un.e travaillant dans le secteur public[26–29] Ces conditions peuvent allonger le délai de décision et conduire à un dépassement du délai requis ou encore orienter les femmes vers les offres clandestines avec de lourdes conséquences. À la croisée des chemins entre peur, discours moralisateurs et contraintes financières, les demandeuses de soins d'avortements médicalisé tentent de se frayer un chemin.

Le suivi post avortement a trait à tout le dispositif mis en place pour accompagner la demandeuse après avoir procuré le soin. Ils comprennent la sensibilisation à l'adoption d'une méthode de contraception, le suivi de saignement et de l'état général de la demandeuse et la prévention des complications éventuelles.

Au Bénin, selon le référentiel national « Guides et Standards Avortement, 2018 »[30], l'avortement est défini

comme l'expulsion de l'œuf ou du fœtus avant la 28^{ème} semaine d'aménorrhée, soit six mois. Dans ce référentiel, le terme « avortement médicalisé » est utilisé en lieu et place de « avortement sécurisé ». De ce fait, le terme « avortement médicalisé » sera utilisé dans la suite de ce rapport.

L'avortement est une pratique courante au Bénin, pour la plupart des cas dans la clandestinité, au vu des contraintes législatives d'une part, et de l'influence des normes sociales et culturelles sur les femmes demandeuses, d'autre part. Mais ce contexte a évolué avec l'adoption de la loi n°2021-12 du 20 décembre 2021 qui modifie et complète la loi 2003-04 du 3 mars 2003 relative à la santé sexuelle et à la reproduction ; ainsi que son décret d'application n° 2023-151 du 19 avril 2023. Ce décret précise quelques définitions clés, l'obligation d'information et de recueil du consentement éclairé de la femme enceinte, les autorités chargées de l'application du décret ainsi que le droit à l'objection de conscience du prestataire qualifié. Ce décret précise aussi des conditions d'agrément des prestataires autorisés à offrir ce service et les sanctions en cas de violation des dispositions du décret par les prestataires de soins non agréés. Ces sanctions prévues peuvent aller des procédures disciplinaires individuelles à la fermeture de l'établissement.

Selon la loi, au Bénin, à la demande de la femme enceinte, l'interruption volontaire de grossesse peut être autorisée lorsque la grossesse est susceptible d'aggraver ou d'occasionner une situation de détresse matérielle, éducationnelle, professionnelle ou morale incompatible avec l'intérêt de la femme et/ou de l'enfant à naître »[31].

Par ailleurs, pour faciliter l'application de la loi, le ministère de la Santé promeut l'usage de référentiel tels que «Recommandations pour la pratique clinique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Afrique (guide SONU, 3ème édition 2018) »[32] et le «*Abortion care guideline*» de l'Organisation mondiale de la Santé[9].

Au regard de la littérature, plusieurs éléments influencent les différentes étapes du parcours de soins allant de la grossesse à l'avortement. À chacune de ces étapes clés sont associées des lieux, des actes, des acteurs.trices, qui déterminent l'issue sécurisée ou non de l'avortement. Toutefois, l'influence ou non d'une législation favorable à l'avortement médicalisé sur toutes les étapes du parcours de soins vers l'avortement médicalisé en Afrique subsaharienne reste peu documentée. Plusieurs questions spécifiques restent sans réponse suffisamment documentées : Comment une législation favorable à l'avortement médicalisé influence-t-elle la décision de recourir ou non à un avortement médicalisé chez une

femme en communauté ? Comment le choix des modalités d'avortement est-il influencé ? Comment est-ce que le choix des modalités d'avortement influence l'organisation des services d'avortement dans les formations sanitaires agréés ou pratiquant une médecine conventionnelle ? Comment est-ce que le choix des modalités d'avortement influence l'organisation des services d'avortement dans les structures agréées ou non, de santé ou non, offrant des soins de santé alternatifs ou spirituels ? Quelles sont les améliorations observées sur le parcours des demandeuses ? Quels sont les défis résiduels et comment évoluent-ils dans le temps ?

Au Bénin, un pays dans lequel la législation a récemment évolué en faveur d'une plus grande libéralisation de l'accès aux soins d'avortement médicalisés, ces questions se posent avec acuité dans tous les départements, notamment dans celui du Mono. En effet, dans ce département, les femmes sont particulièrement exposées à un risque élevé de grossesses non désirées. La prévalence contraceptive avec une méthode moderne est de 30,4% chez toutes les femmes et de 18% chez les femmes en union[33]. Même si ces indicateurs font partie des plus élevés du Bénin, la proportion de femmes en union, ayant des besoins non satisfaits en méthodes modernes reste élevée à 36,1% (second taux le plus élevé du pays)[33] et de 31,2% dans la population des femmes

en âge de procréer en général. L'indice synthétique de fécondité dans le Mono fait partie des plus élevés du pays avec 5,7 enfants par femme[33].

Aussi les pratiques des femmes et des familles en cas de grossesse présentent-elles des particularités dans le Mono. L'accès et l'utilisation des formations sanitaires publiques est assez élevé avec un taux de plus de 95% d'accouchement dans une formation sanitaire[34].

Il faut noter aussi qu'au Bénin, la position des prestataires de soins vis-à-vis de l'avortement n'est pas unanime. Une étude récente révèle trois types de perceptions parmi les prestataires de soins (gynécologues, sages-femmes, infirmier.ère.s) concernant leur perceptions sur la délivrance des soins complets d'avortement²: i) celles/ceux qui sont pour les soins complets d'avortement ; ii) celles/ceux qui sont pour les soins complets d'avortement dans des conditions particulières (notamment quand la grossesse met en danger la vie de la mère) et iii) celles/ceux qui sont contre les soins complets d'avortement quel que soit la raison[35]. Cette diversité de posture est susceptible d'influencer l'offre effective des soins d'avortement médicalisé et pose le sujet des gaps de

² Les soins complets d'avortement sont définis selon l'Organisation mondiale de la Santé par la sensibilisation avant l'acte ; le soin d'avortement et les soins après avortement y compris l'offre de contraception post avortement

connaissance sur les conditions effectives de la demande et de l'offre malgré le contexte de la loi actuelle au Bénin.

Dans ce contexte, en effet, il n'existe pas d'étude et de données probantes suffisantes sur le nombre de grossesses non désirées par an, les conditions dans lesquelles les femmes découvrent qu'elles sont enceintes et décident de recourir à des soins d'avortement dans le contexte de la loi, les caractéristiques de l'offre de soins d'avortement sécurisé ou non dans les différents secteurs de la plateforme d'offre de soins, les conditions d'accès et d'utilisation, les profils et les comportements des demandeuses tout le long du parcours des soins d'avortement médicalisé dans le Mono depuis l'adoption de la loi de 2021, et les effets de ces conditions sur l'expérience et le vécu des femmes et des familles face à l'avortement.

Cette situation de santé pour les femmes est au cœur des objectifs du projet PLURIELLES qui vise l'exercice accru des droits de la personne relative à la santé par les détenteurs des droits les plus vulnérables et marginalisés en particulier les demandeuses. C'est dans ce cadre que la présente étude vise à produire des connaissances utiles pour des décisions opérationnelles locales sur le parcours des demandeuses de soins d'avortement médicalisé dans le Mono.



I. OBJECTIF



1.1 Objectif général

L'objectif général est d'étudier le parcours des demandeuses de soins d'avortement médicalisé dans le département du Mono.

1.2 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de cette étude sont :

- Cartographier le parcours des demandeuses qui ont recours aux soins d'avortement médicalisé dans le département du Mono ;
- Identifier les facteurs qui influencent le choix du lieu, de la méthode et l'obtention des soins d'avortement médicalisé ;
- Déterminer les obstacles à l'obtention des soins d'avortement médicalisé dans le département du Mono ;
- Proposer des approches de solution pour améliorer le parcours des femmes demandeuses de soins d'avortement médicalisé.



II. MÉTHODOLOGIE



2.1. Cadre théorique de l'étude

Notre cadre conceptuel est celui de Coast et al.[36] sur les trajectoires d'obtention de soins liés à l'avortement. Les auteur.trice.s sont des chercheur.euse.s en santé reproductive, en développement international et en sciences sociales avec une perspective interdisciplinaire qui fait la force de ce cadre conceptuel. Ce cadre a été développé sur la base d'une consultation large avec 325 expert.e.s (chercheur.euse.s, prestataires de soins, décideur.deuse.s politiques, etc.) et une revue systématique qui a inclus 424 articles scientifiques publiés entre 2011 et 2017. Ce cadre conceptuel organise les facteurs influençant les parcours d'accès aux soins liés à l'avortement en trois domaines : les expériences spécifiques à l'avortement (délai de prise de conscience de la grossesse, accès aux ressources, etc.), le contexte individuel (connaissance et croyances, caractéristiques socio-démographiques), et le contexte (inter)national et sous-national (environnement juridique, système de santé, normes socioculturelles). L'originalité réside dans l'intégration de la dimension temporelle et la mise en lumière des interactions complexes entre ces trois domaines, afin de mieux comprendre la variabilité des parcours et d'améliorer les politiques et pratiques en matière de santé reproductive.

La diversité des expert.e.s et des articles pris en compte dans le processus de conception de ce cadre fait qu'il est approprié au contexte du Bénin. Nous avons retenu de l'adopter et de l'appliquer comme développé par les auteur.trice.s.

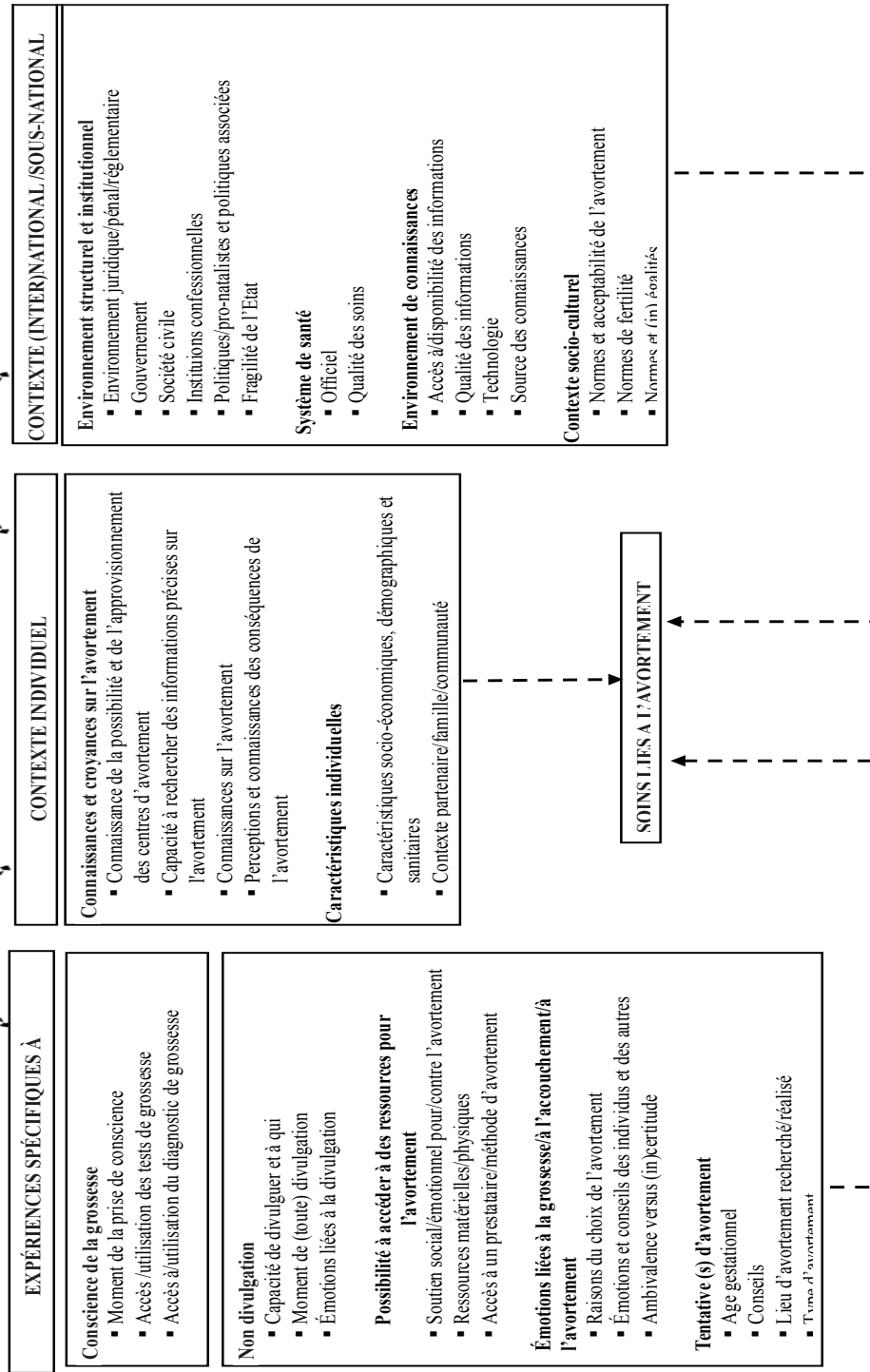


Figure 1: Cadre conceptuel de la trajectoire des femmes dans la recherche de soins d'avortement

Source: Coast et al [5]

2.2. Cadre physique de l'étude

Le département du Mono, l'un des 12 du pays, est situé au sud-ouest de la République du Bénin. Il est au bord de l'Océan Atlantique et frontalier avec le Togo. Il héberge une population estimée en 2024 à 731320 habitant.e.s[37]

Sa superficie de 1 605 km²[38] est couverte à 50% d'un sol ferrugineux tropical, qui permet des infrastructures de transport efficaces. Mais ces sols sont peu fertiles, limitant la rentabilité de l'agriculture qui reste pourtant la principale activité des femmes dans le Mono. Environ 15% de cette superficie est couverte de « terre noire » ou vertisols, fertile mais peu perméable à l'eau, argileuse, compacte, difficile à cultiver, et inondable. Ce type de terre présent surtout dans la dépression des Tchi présente des conditions de transport particulièrement difficiles pour les populations qui y vivent, limitant l'accès aux marchés et aux infrastructures sanitaires. Le reste du paysage du Mono se compose enfin de zones lacustres, de galeries forestières, de marécages et de bandes de sable fin, le long de la côte, toutes conditions qui nécessitent des moyens de transport adaptés et relativement plus chers pour des populations dont près du tiers vivent dans des conditions de pauvreté[38].

En 2021, le quintile de bien-être dans le Mono était en effet estimé à 26,4 avec un effet marqué sur les femmes et les enfants[39]. L'impact sur les conditions de vie des ménages est visible avec des populations qui vivent dans des maisons en matériau rudimentaire à 4,7%, dont 42% avec des planchers en matériau naturel qui cuisent leurs repas dans 97,6% avec d'autres combustibles[39].



Source : Gifex.com, carte des villes et pays du monde, URL : [Carte du département du Mono, Bénin](https://www.gifex.com/fr/carte-des-villes-et-pays-du-monde/)

Figure 2: Carte du département du Mono au Bénin

L'organisation du système de santé local du département du Mono est placée sous le leadership d'un.e directeur.trice départemental.e de la santé qui supervise les activités des zones sanitaires. La zone sanitaire est l'unité périphérique opérationnelle du système de santé au Bénin. Le département du Mono est divisé en deux zones sanitaires. La première zone sanitaire rassemble les communes de Lokossa (135.690 habitants) et d'Athiémé (73.019 habitant.e.s)[40]. La deuxième zone sanitaire regroupe les communes de Comè (103.407 habitant.e.s), Bopa (124.469 habitant.e.s), Houéyogbé (131.723 habitant.e.s) et Grand-Popo (74.510 habitant.e.s)[40]. Les zones sanitaires sont placées sous le leadership d'un médecin coordonnateur.trice de zone qui dirige le fonctionnement de toutes les activités de santé qui se déroulent dans les formations sanitaires de sa zone. Le tableau suivant présente les formations sanitaires du Mono. Le Centre hospitalier départemental Mono Couffo est un établissement sanitaire public à caractère social doté d'une personnalité morale et jouissant d'une semi-autonomie financière. Il est un établissement pluridisciplinaire de référence qui reçoit les cas venus des hôpitaux de zone du Mono et du Couffo et également les complications d'avortement qui ne peuvent être gérées au niveau des hôpitaux de zone.

Selon l'annuaire des statistiques sanitaires du Bénin, les complications liées à l'avortement étaient respectivement au nombre de 81 dans la zone sanitaire de Comè Bopa Grand-Popo Houéyogbé, contre 28 dans la zone sanitaire Lokossa Athiémé en 2021[41]. En 2022, ces complications étaient au nombre de 108 et 44 respectivement. Ces chiffres sont approximativement similaires, quand on sait que la zone sanitaire Comè Bopa Grand-Popo Houéyogbé est composée de quatre communes, et la zone sanitaire Lokossa Athiémé de deux communes. Cela a orienté dans le choix des deux zones sanitaires. Nous nous sommes intéressé.e.s aux deux hôpitaux de zones et au Centre hospitalier départemental Mono Couffo. Par ailleurs, les centres de santé, les maternités et les structures privées de premier contact sont celles.ceux qui sont les plus proches des demandeuses de soins. Par conséquent, en plus des deux hôpitaux de zone et du Centre hospitalier départemental Mono-Couffo, nous nous sommes intéressé.e.s au centre ayant eu le plus de consultations dans les dernières années. Selon les statistiques sanitaires de routine compilées et traitées sur la plateforme du *District Health Information Software 2*, le centre ayant eu le plus de nouvelles consultations au cours de l'année 2023, dans le Mono, est le centre de santé d'arrondissement de Comè[30].

La répartition des formations sanitaires dans le Mono est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau I : Organisation du système sanitaire du département du Mono ; Bénin 2024

Département ou zone sanitaire	Type de structure	Nombre	Commentaires
Département du Mono	Centre hospitalier départemental duMono Couffo[42]	1	Dessert environ 64 2817 habitant.e.s en 2024[42]
Lokossa Athiémé[43]	Officine	2	208 709 habitant.e.s desservi.e.s en 2024[44]
	Dépôt privé	3	
	Dispensaires seuls	4	
	Maternités seules	6	
	Formation sanitaire confessionnelle	0	
	Centres de santé (Dispensaires + maternités)	12	
	Hôpital de zone	1	
Comè Bopa Grand-popo Houéyogbé	Officine	5	434 109 habitant.e.s desservi.e.s en 2024
	Dépôt privé	1	
	Dispensaires seuls	-	
	Maternités seules	5	

	Formation sanitaire confessionnelle	0	Le ratio (médecin + infirmier.ère + sage-femme d'état) pour 10000 habitant.e.s est de 5[45]
	Centres de santé (Dispensaires + maternités)	35	
	Hôpital de zone	1	

Le tableau suivant présente une synthèse des principaux indicateurs en matière de santé sexuelle et reproductive dans le Mono.

Tableau II : Synthèse de quelques indicateurs de santé sexuelle et reproductive dans le Mono ; Bénin 2024[2, 33, 37]

N°	Indicateurs SSR	Valeurs
1	Population totale	642817
2	Population de femmes en âge de procréer	152 697
3	Indice synthétique de fécondité	5,7
4	Grossesses non désirées	8110
5	Pourcentage de grossesse non désirée se terminant par un avortement (%)	37
6	Besoins non satisfaits en planification familiale (%)	36,1%

2.3. Devis d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative. Nous avons utilisé un devis d'audit qui a consisté à décrire le parcours actuel des demandeuses de soins d'avortement âgés de 15-49 ans dans le Mono. Nous l'avons comparé par la suite à un parcours jugé idéal formulé sur la base des normes nationales et internationales relatives à l'avortement médicalisé et qui a été validé par les chercheur.euse.s et les gestionnaires de la santé du Mono. Ceux et celles-ci ont d'ailleurs activement contribué à la formulation du thème et des objectifs de recherche. La comparaison a permis de relever les obstacles à l'accès aux soins d'avortement médicalisé, de les analyser et de proposer des recommandations pour les lever.

2.4. Population d'étude

Elle est constituée de tous les acteur.trice.s potentiellement impliqués dans la demande et l'offre de soins d'avortement médicalisé dans le Mono. Il s'agissait des demandeuses de 15-49 ans, des prestataires de soins, des gestionnaires locaux du système de santé notamment les médecins coordonnateurs.trices des zones sanitaires, les responsables des soins obstétricaux, ainsi que les membres de la communauté et les leaders locaux.

2.5. Techniques et outils de collecte de données

La collecte de données s'est déroulée du 30 septembre au 04 octobre 2024. Trois guides d'entretiens semi-structurés étaient utilisés en tenant compte des diverses cibles concernées par la recherche (Médecin coordonnateur.trice de zone sanitaire/Responsable de soins obstétricaux, prestataires de soins et demandeuses). Les techniques de collecte suivantes ont été utilisées : la revue documentaire, les entretiens individuels semi structurés et un groupe de discussion.

Revue documentaire

Une grille documentaire a été utilisée pour répertorier toutes les informations recherchées. La revue a porté sur plusieurs documents de référence tels que :

- Lois et décrets touchant à l'avortement en vigueur au Bénin
- Protocoles de soins obstétricaux et néonataux d'urgence
- Guide de l'avortement médicalisé au Bénin
- Protocole de Maputo
- Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes

- L'observation générale n° 22 (2016) sur le droit à la santé sexuelle et procréative (art. 12) du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels
- Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques
- Tout autres ressources pertinentes pour atteindre les objectifs

Entretiens individuels semi structurés

Des entretiens individuels semi structurés ont été menés à l'endroit des diverses cibles concernées par la recherche (médecin coordonnateur.trice de zone sanitaire, Responsable de soins obstétricaux, prestataires et demandeuses de 15-49ans) grâce à des guides d'entretien semi-structurés.

- *Les médecins coordonnateurs.trices de zone sanitaire et Responsable de soins obstétricaux*

Les médecins coordonnateurs.trices des zones sanitaires Lokossa Athiémé et Comè Bopa Grand-popo Houéyogbé, les responsables des soins obstétricaux ont été interviewés.

- *Les prestataires de soins*

Ils/elles étaient composés de différents profils que sont : gynécologue obstétricien.cienne, sage-femme, infirmier.ère. Dans chaque formation sanitaire, un prestataire de soins clé ayant une implication dans les soins d'avortement a été

interviewé. Les prestataires de soins présentant un handicap mental ou de troubles de la parole (qu'il soit psychologique ou neurologique), étaient exclu.e.s du recrutement. Au moins un prestataire a été interviewé par formation sanitaire. À l'issue de ces entretiens, les normes relatives à l'obtention de soins d'avortement médicalisé utilisé par les prestataires de soins ont été recueillies par les agents enquêteurs.trices.

▪ *Les demandeuses de 15-49 ans*

Les demandeuses de soins d'avortement ont été identifiées dans les formations sanitaires par le biais des dossiers médicaux, des registres d'avortement médicalisés, et des registres de consultation mises en place dans les structures visitées. Dans chacune de ces formations sanitaires, nous avons procédé à l'identification des dossiers de toutes les femmes ayant été reçues entre le 1er janvier 2023 et le 04 octobre 2024 (correspondant à la période de collecte des données) pour des soins d'avortement, ou une prise en charge de complication post avortement. Les cibles présentes dans le département et ayant donné leur consentement étaient incluses jusqu'à saturation des données. Les critères suivants ont été utilisés :

- Critères d'inclusions : demandeuses ayant eu recours à des soins d'avortement médicalisé et ayant eu ou non des complications

- Critères d'exclusions : cas d'handicap mental ou de troubles de la parole (psychologique ou neurologique)

Groupe de discussion

Un groupe de discussion a été réalisé à l'endroit de la communauté afin d'explorer les normes sociales relatives à l'avortement et d'étudier la façon dont les gens parlent des décisions d'avorter. La sélection des participant.e.s au groupe de discussion a été fait par choix raisonné sur la base de leurs caractéristiques communes (leaders communautaires, chef.fe de quartier, chef.fe de village, etc.)

Nous avons élaboré une série de deux ou trois scénarios courts pour stimuler les discussions[42]. Ces histoires étaient basées sur des faits réels issus des entretiens approfondis réalisés avec les femmes et les prestataires de soins dans le Mono et couvraient un large éventail de possibilités. Il a été demandé aux participant.e.s du groupe de discussion d'imaginer qu'ils/elles étaient des amis.es, des parents ou des partenaires des femmes dans les scénarios. Cela a suscité la discussion sur un sujet aussi sensible et a permis d'avoir un aperçu des opinions de la communauté sur l'avortement et sur la législation béninoise en la matière.

Préparation de la collecte

La phase de préparation de la collecte est répartie en deux étapes :

- La formation des assistants.es de collecte de données : Les assistants.es de collecte au nombre de 3 ont été formés pendant une journée. Ce sont essentiellement des épidémiologistes et médecins ayant des expériences remarquables en collecte électronique de données
- La sélection et le recrutement des participant.e.s: Les prestataires de soins des différentes formations sanitaires concernées ont été contactés en amont afin de les informer de la tenue de cette opération de collecte de données. Lorsque le contact du dossier est celui d'un parent, nous demandions à parler à l'adolescente. En cas de réponse négative ou si le parent cherche à savoir la raison de la prise de contact, aucune information n'était donnée et l'adolescente n'était pas incluse

2.6. Traitement et analyse des données

Les données collectées ont été anonymisées à la fin de chaque journée, sous forme de notes numérotées et référencées. L'analyse s'est déroulée en quatre étapes :

- Lecture simple pour se familiariser avec le contenu des entretiens ;
- Définition des codes couleurs en fonction des objectifs de l'étude ;
- Création d'un livre de codes ;
- Comparaisons des données recueillies aux parcours idéal ;

La formulation des éléments du parcours idéal des femmes demandeuses de soins d'avortement médicalisé a été faite par rétroduction à partir de l'analyse du contenu des textes législatifs et réglementaires.

Cette méthodologie est résumée dans le tableau ci-après :

Tableau III: Récapitulatif de la méthodologie utilisée

Objectifs spécifiques de recherche	Source de données	Techniques de collecte	Outils de collecte	Traitement et analyse des données
1) Cartographier le parcours des demandeuses qui ont recours aux soins d'avortement médicalisé dans le département du Mono	Demandeuses	Entretiens semi-structurés	Guide d'entretien semi-structuré	*Memo, rapport d'entretiens, images *Analyse thématique *Codage des verbatim en thèmes et sous thèmes *Triangulation des données
	Prestataires de soins	Entretiens semi-structurés	Guide d'entretien semi-structuré	
	Proches (parent.e.s, amis, soignants) des femmes ayant reçu les	Entretiens semi-structurés	Guide d'entretien semi-structuré	

Objectifs spécifiques de recherche	Source de données	Techniques de collecte	Outils de collecte	Traitement et analyse des données
	soins d'avortement			
2) Identifier les facteurs qui influencent le choix du lieu, de la méthode et l'obtention des soins d'avortement médicalisé	Demandeuses	Entretiens semi-structurés	Guide d'entretien semi-structuré	Idem que précédent
	Prestataires de soins	Entretiens semi-structurés	Guide d'entretien semi-structuré	
	Proches (parents.e.s, amis, soignant.e.s) des femmes ayant reçu les soins d'avortement	Entretiens semi-structurés	Guide d'entretien semi-structuré	

3) Déterminer les obstacles à l'obtention des soins d'avortement médicalisés dans le département du Mono ;	Articles scientifiques Littérature grise	Revue documentaire	Grille documentaire	Synthèse sous forme de tableau
	Prestataires de soins	Entretiens semi-structurés	Guide d'entretien semi-structuré	* Memo *Analyse thématique des données qualitatives
	Synthèse provenant de la comparaison entre les données de normes et les données observées	Groupe de discussion	Guide de facilitation de groupe de discussion	Synthèse sous forme de tableau à 4 colonnes (une colonne pour les étapes du parcours observé, une colonne pour le parcours idéal, une colonne pour la description narrative des écarts)

2.7. Considérations éthiques

L'étude a été réalisée à la suite de l'approbation éthique obtenue auprès du Comité Éthique de La Recherche de l'Institut des Sciences Biomédicales Appliquées (CER-ISBA) du Bénin. Une autorisation de collecte de données a été obtenu auprès du ministère de la santé.

2.8. Difficultés rencontrées

Au cours de la collecte de données, des défis ont été rencontrés, principalement ceux liés à l'identification des demandeuses. Les principales difficultés étaient :

- Les dossiers de demandeuses ne sont pas rangés séparément ;
- Certaines patientes ne laissent pas leurs numéros de téléphone ou fournissent de faux numéros ;
- Certaines ont refusé de nous rencontrer ou se sont désistées à la dernière minute ;
- Dans un des hôpitaux de zone, peu de dossiers répondaient aux critères de sélection.

Le tableau ci-dessous résume les types de cibles rencontrées par l'équipe de recherche.

Tableau IV: Caractéristiques des participant.e.s à la collecte de données sur le parcours vers les soins d'avortement médicalisé, PLURIELLES Bénin, 2024

N°	Echelle	Cibles	Effectif
1	Zone sanitaire A	Gestionnaires locaux de santé	3
2	Zone sanitaire B	Gestionnaires locaux de santé	2
3	Hôpital de Zone A1	Prestataires de santé	3
4	Hôpital de Zone B1	Prestataires de santé	2
5	CHD X	Prestataires de santé	4
6	Centre de santé A2	Prestataires de santé	2
7	Centre de santé A3	Prestataire de santé	1
8	Pharmacie A4	Pharmacien.ne	1
9	Pharmacie B2	Pharmacien.ne	1
10	Clinique privée B3	Prestataire de santé	1
11	Formations sanitaires cibles (CHD, Hôpitaux de Zone et Centre de santé)	Demandeuses ayant bénéficié des services d'avortement médicalisé	4
12	Autres acteur.trice.s s	▪ Zémidjan ▪ Résident Guest house ▪ Vendeur d'animaux séché ▪ Agent de santé communautaire ▪ Animateur.trice radio	6
13	Zone sanitaire A (Groupe de discussion)	Leader locaux, chef quartier, Agent de santé communautaire, etc. (7 personnes)	1
	TOTAL	30 entretiens et 1 groupe de discussion	



III. RÉSULTATS



3.1. Cartographie du parcours actuel des demandeuses de soins d'avortement médicalisé dans le département du Mono et facteurs influençant ce parcours

En théorie, plusieurs types de formations sanitaires dans les deux zones sanitaires du Mono disposent d'une ou plusieurs composantes des soins d'avortement médicalisés. (Tableau V).

Tableau V : Disponibilité théorique du service d’avortement médicalisé dans les zones sanitaires du Mono ; Bénin 2024

Zones sanitaires	Type de structure	Qu’est-ce qui est disponible dans ce type de structure en rapport avec l’offre de soins d’avortement médicalisé ?
Lokossa Athiémé ou Comè Bopa Grand-Popo Houéyogbé	Officine ou dépôt pharmaceutique privé	Dispose de Mifépristone et/ou de Misoprostol en vente sur présentation d’une ordonnance signée par un médecin ou une sage-femme.
	Dispensaires seuls	Ces établissements, même s’ils abritent un.e infirmier.ière ne sont pas autorisés pour offrir les soins d’avortement médicalisés.
	Maternités seuls, cabinets de soins privé ou centre de santé public sans médecin	Les infirmier.ère.s et les sage-femmes peuvent offrir les soins d’avortement simple et peuvent avoir au moins du Misoprostol dans les dotations pharmaceutiques du centre ou sur prescription dans une officine ou dépôt

		pharmaceutique privé dans les environs.
	Centre de santé avec dispensaires et maternité, ou hôpital de zone avec un ou plusieurs médecins	Les médecins, infirmier.ère.s et les sage-femmes peuvent offrir les soins d'avortement simple ou compliqués et peuvent avoir du Misoprostol et/ou de la Mifépristone dans les dotations pharmaceutiques du centre ou sur prescription dans une officine ou dépôt pharmaceutique privé dans les environs.

Le tableau VI présente les différentes étapes du parcours des demandeuses de soins d'avortement médicalisé dans le Mono, en 2024. Ce tableau identifie quatre grandes étapes. Pour chaque étape, le tableau présente, les lieux, les acteur.trice.s, les ressources, les processus et logiques et les résultats.

Tableau VI : Parcours des demandeuses dans la recherche de soins d’avortement dans le Mono, 2024.

Différentes composantes du parcours	Étape 1 : Accès au diagnostic de la grossesse et prise de décision d’avorter	Etape2 : Choix de la méthode et du lieu	Étape 3 : Obtention des soins d’avortement	Étape 4 : Gestion de la période après avortement
Lieux	■ Domiciles ■ Formation sanitaire	■ Formation sanitaire public ■ Formation sanitaire privée ■ Formation sanitaire privée non agréé ■ Domiciles ■ Marchés	■ Formation sanitaire public ■ Formation sanitaire privée ■ Formation sanitaire privée non agréé ■ Domiciles ■ Marchés	■ Formation sanitaire privée ■ Formation sanitaire privée non agréé ■ Formation sanitaire public ■ Domiciles ■ Marchés
Acteur.trice.s	■ Demandeuses (élève, étudiante, femme en union, travailleuses transfrontalières dans le jardin maraîchers) ■ Partenaires ou conjoints ■ Couple	■ Professionnel.le.s de santé (sage-femme, gynécologue, médecin)	■ Professionnel.le.s de santé (sage-femme, gynécologue, médecin) ■ Tradipraticiens.ciennes ■ Piqueurs sauvages (agent de santé non formé ou non qualifié)	■ Professionnel.le.s de santé (sage-femme, gynécologue, médecin) ■ Tradipraticiens.ciennes ■ Piqueurs sauvages (agent de santé non formé ou non qualifié)

	■ Parents et ami.e.s ■ Professionnel.le.s de santé			
Ressources	■ Informations venant des ami(es) ■ Internet	■ Informations venant de parents proches (sœur, belle-sœur) ■ Internet	■ Molécule combinée de misoprostol et mifépristone (Médabon, Mifézo, combipack) ■ Echographie pour confirmer le type de grossesse et le terme ■ Bilans divers (numération formule sanguine, groupage sanguin rhésus, etc.) ■ Moyens financiers de la demandeuse ■ Protocole de soins d'avortement au Bénin ■ <i>Mahouguinnou</i>³ ■ <i>Mahouguinnou + Kodo</i> ■ Nescafé + sodabi⁴	■ Médicaments (vitamines, etc.) ■ Echographie de vacuité utérine ■ Méthode de contraception adaptée à la femme ■ Utilisation d'antibiotiques pour réduire le risque infectieux
Processus et logiques	■ La prise de décision est faite en majeure partie à l'échelle de la demandeuse. ■ Les raisons qui sous-tendent	■ Le choix du lieu et de la méthode est fait à la même échelle que la prise de décision sur la base des informations dont dispose la femme.	■ Approche très discrète du prestataire ■ Sensibilisation de la patiente pour garder la grossesse (si échec, le processus se poursuit) ■ Consultation médicale pour évaluer la faisabilité de l'avortement ■ Echographie pour confirmer le terme de la grossesse	■ Après les soins, un suivi systématique est offert aux femmes, avec réalisation d'une échographie de vacuité, mis en place d'un traitement anti-anémique (vitafer, etc.)

³ Le *mahouguinnou* et le *kodo* sont des formes de soins alternatifs offerts par les Tradipraticiens.ciennes dans le Mono

⁴ Le sodabi est une boisson alcoolisée traditionnelle d'Afrique de l'Ouest, particulièrement populaire au Bénin, au Togo et dans certains autres pays de la région. Il est fabriqué à partir de la distillation du vin de palme ou de sève de palmier fermentée.

Différentes composantes du parcours	Étape 1 : Accès au diagnostic de la grossesse et prise de décision d'avorter	Etape2 : Choix de la méthode et du lieu	Étape 3 : Obtention des soins d'avortement	Étape 4 : Gestion de la période après avortement
	cette décision sont diverses : les femmes qui viennent travailler dans les champs des milieux transfrontaliers et qui ne peuvent pas repartir chez elles avec une grossesse, grossesses non désirées, déceptions antérieures avec un partenaire ayant refusé la paternité de la grossesse, etc. Il arrive aussi que d'autres acteurs.trice.s (groupe d'action thérapeutique) soient impliqués.	En cas d'avortement médicalisé, la méthode est choisie par le prestataire sur la base de critères bien définis (terme de la grossesse, etc.)	- Analyses de laboratoire - Obtention du soin	et la proposition d'adoption d'une méthode contraceptive. Néanmoins toutes les femmes ne l'adoptent pas systématiquement par crainte d'effets secondaires

Résultats	La décision d'avorter est prise à temps ou tardivement en référence au terme de 12 semaines d'aménorrhée	Le lieu et la méthode à utiliser sont choisis en fonction du terme de la grossesse, des conditions particulières liés à la demandeuse et au type de détresse évoqué	▪ Soins obtenus ▪ Décès et complications graves à la suite d'avortements clandestins	▪ Gestion efficace des complications ▪ Adoption d'une méthode contraceptive
Commentaires	Cette étape est souvent faite à l'échelle de l'individu au regard des normes sociales et du stigma entourant l'acte ▪ Les femmes évoquent des raisons médicales, financières ou familiales	Plusieurs femmes à la quête de soins préfèrent aller hors de leurs villes de résidence pour obtenir ces soins	▪ Le Misoprostol est disponible et vendu sur ordonnance établie principalement par des sages-femmes ▪ Les services d'avortement médicalisé sont disponibles gratuitement, seuls quelques examens sont payants (comme le test de groupage sanguin)	Les complications liées aux avortements sécurisés sont gérées par l'hôpital de zone

3.1.1. Panorama actuel de l'offre de service d'avortement dans le Mono, en pratique

Types et structures d'offre de services

Cette étude a révélé que le service d'avortement médicalisé est offert par tous les centres de santé et hôpitaux qui ont été visités. Il nous a été rapporté aussi que les sages-femmes se réfèrent presque toujours au médecin ou au gynécologue en ce qui concerne la décision ou non d'offrir le soin demandé quand bien même ce sont elles qui offrent le soin aux patientes.

La méthode d'avortement couramment utilisée est celle médicamenteuse. L'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) ou méthode chirurgicale est également proposée. La demande d'avortement médicalisé reste fréquente dans la plupart des centres visités. Ces centres visités peuvent offrir une ou plusieurs composantes du soin d'avortement. Cependant, l'offre effective et documentée des services d'avortement reste rare dans ces centres.

Par ailleurs, il existe un système de référence qui permet de transférer les femmes vers un autre hôpital en cas de complication par suite d'un avortement ou lorsque le plateau technique est insuffisant mais qu'en est-il réellement des

pratiques des professionnels.les de santé ? Ces éléments sont abordés dans la section suivante.

Pratiques des professionnels.les de la santé

Les professionnels.les de santé rencontrés.es affirment tous.les sans exception que le service d'avortement n'est offert que quand les conditions nécessaires⁵ sont remplies et que la confirmation de la grossesse a été faite par échographie. A propos des critères à respecter par les demandeuses.eurs pour bénéficier de l'avortement médicalisé, plusieurs prestataires rapportent donner un délai de réflexion aux demandeuses.eurs. Le délai de réflexion donné aux femmes variait de 12h-72h. L'article 26 du décret n°2023-151 mentionne que ce délai doit être de 48h minimum à compter de la date de la première consultation. Le choix du délai réel à accorder varie en fonction des prestataires et induit des incertitudes pour les demandeuses.eurs. Tous les prestataires s'accordent sur le terme limite éligible pour les avortements légaux autorisés de 12SA.

Certaines composantes de l'avortement médicalisé sont fournies dans certaines formations sanitaires publiques sans

⁵ Il s'agit des conditions prévues par la loi, par le décret 2023-151 et par le guide national de l'avortement médicalisé au Bénin : Terme ≤ 12 SA, Délai de réflexion d'au moins 48h (sans dépasser le terme de 12SA), Usage du Mifépristone/Misoprostol OU les deux selon le terme

demande de compensation financière. Il s'agit de la fourniture de boîtes de combipack présentes dans les dotations reçues par certaines formations sanitaires publiques. En attendant la tarification officielle promise par le ministère de la Santé, les prestataires se retiennent de recouvrer des coûts en cédant ces produits. Mais les consultations préliminaires, les carnets, les échographies et autres bilans paracliniques éventuels, les soins après avortement (que ce soit pour un avortement médicalisé ou la prise en charge de complications après avortement) sont payants. Plusieurs fois les demandeuses reçoivent des prescriptions pour aller acheter les médicaments qui sont disponibles en officine privée et qui sont payants.

Les sages-femmes sont celles qui offrent généralement les soins d'avortement médicalisé alors que les médecins et les infirmier.ère.s sont aussi autorisés par la loi. En recherchant la cause de cette observation, il a été rapporté que le manque de salle de réunion dans certains centres visités constitue un obstacle à la restitution des formations suivies par les sages-femmes aux autres prestataires. De ce fait, les médecins et infirmier.ère.s ne disposent pas toujours des informations actualisées pour offrir ces soins.

Les convictions personnelles des soignants.e.s surtout des sages-femmes demeurent toujours un obstacle à l'offre de soins. Ces prestataires nous en disent plus sur ce point :

« En toute franchise, nous n'aimons pas leur offrir le service d'avortement médicalisé. L'avortement n'est pas une bonne chose donc c'est difficile pour nous de le faire. Ou si elles viennent, nous les orientons vers la sage-femme qui peut le faire. Au cas où elles ont déjà déclenché leur avortement nous les mettons sous un traitement sur des jours pour voir si elles peuvent garder pendant trois jours comme ça mais pour les cas trop compliqués on est obligé de la faire. Mais à vrai dire, personne n'aime le faire chez nous. En tout cas, moi je ne suis pas prête à le faire. » Prestataire, Mono 2024

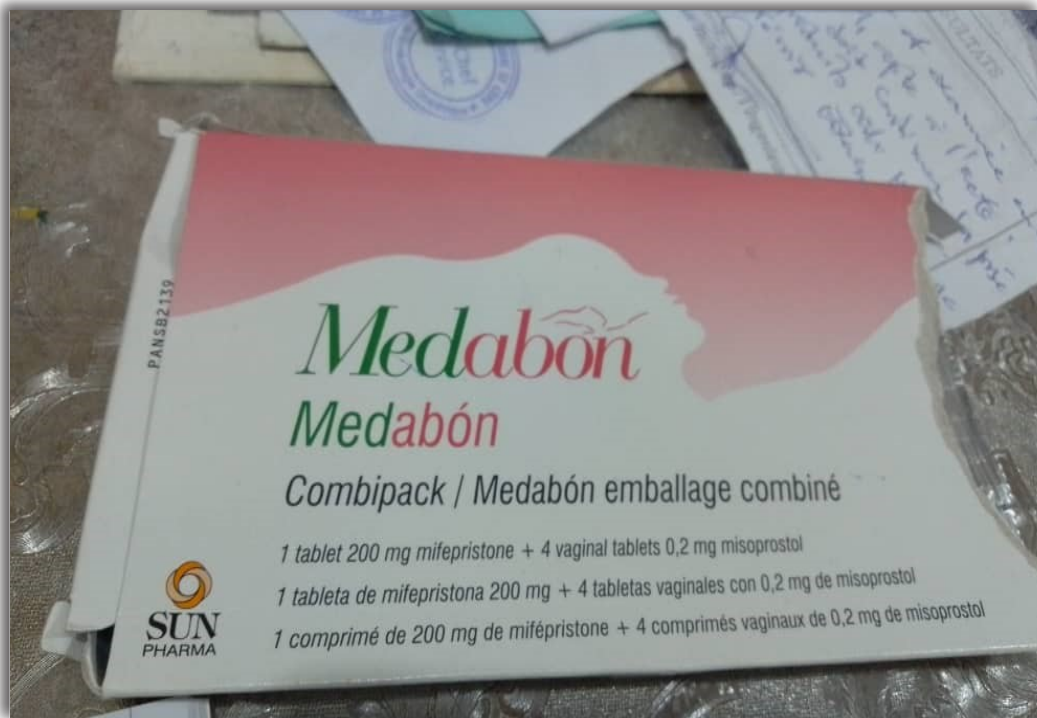
Certaines prestataires (surtout les sages-femmes) ont affirmé concernant ce point qu'elles ne veulent pas être identifiées par leur paires comme celles qui n'offrent pas le soin d'avortement, puisqu'elles craignent d'être stigmatisées. De plus, certaines ont mentionné par exemple que participer à une formation sur le sujet implique des paiements à recevoir par ces dernières. De ce fait, certaines sages-femmes

préfèrent participer aux formations sur le sujet même si leurs convictions personnelles n'est pas en accord avec le sujet.

Par ailleurs, des prestataires informels qui pratiquent clandestinement l'avortement sont toujours utilisés par les demandeuses, ce qui les expose à des soins d'avortement moins sécurisés en dehors du cadre légal.

Disponibilité et recours au Misoprostol

Pour offrir une réponse à une demande d'avortement, tous les prestataires rencontrés ont affirmé utiliser du misoprostol ou une combinaison de mifépristone et de misoprostol. La combinaison est disponible sous l'appellation de MedabonTM. Il s'agit d'un comprimé de mifépristone et 4 comprimés de misoprostol. La mifépristone est une hormone anti-progestative dont le rôle est d'empêcher le développement de l'embryon dans l'utérus et d'entraîner le détachement et l'élimination de la muqueuse utérine. Le misoprostol quant à lui est un utéro tonique et s'utilise aussi pour l'ulcère. Elle est cédée en pharmacie sous ordonnance médicale délivrée par un prestataire de soins (sage-femme ou médecin). Il est disponible sous plusieurs appellations commerciales (AC Mizo, Cytotec et Misophène).



Source : données de terrain

Un homme dont la femme a eu une expérience d'avortement nous raconte comment ils ont reçu le misoprostol et les soins et/ou médicaments reçus après l'acte :

« Elle [la sage-femme] nous a donné alors trois comprimés. Elle a dit à ma femme de prendre ça. Après le 3ème comprimé, ma femme a senti que quelque chose est tombé de son ventre. Après elle n'est plus revenue à l'hôpital. L'échographie a coûté 5500 francs et les analyses environ 4200f. Nous avons décidé de faire l'échographie et c'est après 2 jours comme ça qu'on a vu la sage-femme pour le soin. Après le soin, on a acheté des médicaments (vitamines, autre) pour nettoyer le ventre, d'une valeur de 5000 francs environ. » Epoux d'une demandeuse de soins, Mono 2024

L'obtention des médicaments destinés à l'avortement est contrôlée dans toutes les pharmacies que nous avons visitées. Celles/ceux qui s'en procurent le plus sont autant les jeunes que les adultes.

Quant à l'approvisionnement desdites pharmacies et formations sanitaires, c'est la Société béninoise pour l'approvisionnement en produits de santé (SOBAPS) qui en a la charge. Le prix du misoprostol variait d'une pharmacie à une autre et d'un hôpital à l'autre, allant de 800 XOF (Comè) à 1000f (Lokossa).

Opinion du personnel de santé sur l'amélioration de l'accès à l'avortement

Les prestataires de soins rencontrés restent mitigés.es quant à leur avis sur la nouvelle loi n°2021-12 du 20 décembre 2021 relative à l'avortement médicalisé :

« La loi est la loi hein, on essaie de faire dans les règles. Ce qui est sûr, ça permet de réduire le taux de mortalité lié aux avortements clandestins mais en même temps il y a un effort de sensibilisation à faire auprès des femmes car elles pensent à tort que c'est une forme de méthode contraceptive et dès qu'on tombe enceinte et on ne veut pas ou on n'est pas prêt, on peut venir enlever ça. "Hayi, wo weyin bo énon kan dou à ? » Prestataire, Mono 2024

Cette phrase *"Hayi, wo weyin bo énon kan dou à ?"* en langue fon au Bénin signifie littéralement "Ce n'est pas comme la pâte qu'on mange". Ce prestataire exprime sa position par rapport aux demandes d'avortements médicalisés en affirmant qu'interrompre une grossesse n'est pas chose facile et ne devrait pas être perçue par les demandeurs.euses comme une forme de contraception ou une solution de facilité face à une grossesse non désirée.

On retient donc que toutes/tous reconnaissent son utilité dans la lutte contre les avortements clandestins qui demeurent une réalité dans le département du Mono.

Limitations structurelles et accès aux soins d'urgence

À ce niveau, nous avons remarqué que les cahiers et/ou registres où sont mentionnées les demandes d'avortements médicalisé existent effectivement dans toutes les formations sanitaires visités.

Cependant, la gestion des cas de complications reçus reste difficile du fait de la non-fonctionnalité de l'ambulance relevée par des interviewés :

L'ambulance de l'hôpital de zone est en panne depuis 2 mois. Il existe un projet de l'État pour donner une ambulance par commune, mais pour le moment, on utilise l'ambulance des sapeurs-pompiers qui nécessite 5000 à 10000 francs CFA au plus par déplacement. Et cela varie en fonction également du lieu. » Prestataire, Mono 2024

Cette difficulté à laquelle font face les prestataires depuis plusieurs mois, les a poussés à rechercher des solutions alternatives tel que l'usage de l'ambulance des sapeurs-

pompiers, avec des frais à la charge des usagers. Cette ambulance est elle aussi devenue non fonctionnelle après quelques temps.

Question des avortements clandestins au niveau local

Selon les prestataires de soins et des survivantes de soins d'avortement non sécurisés interviewé.es, il existe toujours des prestataires de soins non qualifiés ou non autorisés formellement à exercer comme des professionnels.les de santé, communément appelés des « piqueurs sauvages » qui offrent des soins d'avortement non médicalisé aux populations. Néanmoins, ces sources nous ont rapporté aussi que la lutte contre les médicaments de la rue, les mesures de répression contre l'exercice illégal des professions de soins ont réduit considérablement le nombre et l'activité des « piqueurs sauvages ».

De même, nous avons noté qu'il existe une synergie d'action dans le sens où ces sensibilisations se font non seulement par le secteur santé représenté par la Direction Départementale de la Santé, l'équipe d'encadrement de zone sanitaire, et les centres sociaux éducatifs des adolescents et jeunes (CSEAJ), mais également par les mairies, les radios locales et plusieurs ONG (Grafed ONG, etc.).

Les thématiques souvent abordées lors de ces séances de sensibilisation sont entre autres : l'importance des

planifications familiales, la masculinité positive, la santé reproductive des adolescents et jeunes, les Infections sexuellement transmissibles (IST). Ces séances sont animées par des acteur.trice.s varié.e.s tels que le.la chargé.e de recherche et appui à la mobilisation sociale, le responsable des soins obstétricaux et la sage-femme. Il y a également les assistant.e.s sociales au niveau des guichets unique de protection sociale qui animent ces séances. Ces activités de sensibilisations sont soutenues par plusieurs projets dont PLURIELLES et PASSERELLE⁶ en direction de la population en général et de certains groupes cibles en particulier (apprentis, élèves, des conducteurs de taxi-moto).

Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle politique de santé communautaire au Bénin, plusieurs anciens relais communautaires qui étaient impliqués dans les sensibilisations au niveau communautaire et auprès de leur paire ne le sont plus de la même manière.

Apport de la médecine traditionnelle

Il a été remarqué que la demande de soins d'avortement médicalisé n'est pas très courante dans les formations sanitaires. Parallèlement, le service d'avortement est offert par plusieurs autres sources que ce soient des prestataires

⁶Le Projet PASSERELLE vise à améliorer la santé sexuelle et reproductive (SSR) et le respect des droits de plus de 100 000 adolescentes de 15 à 19 ans des départements de l'Atlantique et du Mono au Bénin. Il s'agit d'une initiative d'une durée de trois ans réalisée par le CCISD avec l'appui financier d'Affaires mondiales Canada. Ce projet a été actif de 2018 à 2022.

privés ou des tradipraticiens.ciennes comme le confirme ce vendeur d'animaux séchés :

« Pour se débarrasser d'une grossesse non désirée, il faut combiner les tisanes « mahouguinnou » et « kodo ». C'est très efficace. Mon épouse l'a utilisé et ça a marché sans complication. La grossesse avait trois mois quand elle a utilisé et c'est sorti rapidement. Autre astuce pour l'avortement, il faut acheter une douzaine de nescafé présenté en petits sachets, avec 500f [francs CFA] normalement, en plus ¼ de vrai « sodabi ». Elle prend deux sachets dans un verre « talokpémi » en ajoutant le « sodabi ». Elle prend matin, midi et soir. La grossesse va sortir rapidement. Si elle a chance, ça peut marcher dans la même nuit. » Vendeur d'animaux séché, Mono 2024

Il semble donc que les méthodes traditionnelles sont toujours offertes aux demandeuses dans le Mono. En effet, la feuille “mahouguinnou” est utilisée seule ou combinée à d'autres plantes dans un but abortif. Afin de comprendre pourquoi les femmes se tournent toujours vers ces méthodes moins sécurisées alors que la loi autorise désormais l'avortement, un

conducteur de taxi-moto nous fait part de son analyse personnelle :

« Pour l'avortement médicalisé, il y a combien de centre de santé à Comè ici, surtout dans les zones reculées ? Donc il faut voir cet aspect aussi. C'est un faux problème si on ne forme pas les acteurs qui le pratiquent clandestinement. Qui va quitter son village lointain pour venir en ville se faire avorter or il y a des plantes qu'on peut utiliser ? » Zémidjan, Mono 2024

3.1.2. Accès au diagnostic de la grossesse et prise de décision d'avorter

Tout commence par la prise de conscience de l'état de grossesse chez la demandeuse et la décision de recourir à l'avortement. Selon les femmes rencontrées, le premier signe évocateur d'une grossesse est l'absence des règles ou menstruations, qui s'accompagne généralement des symptômes tels que la fatigue intense, les nausées, les vomissements, les maux de tête et les sensations d'inconfort. Ce mal être physique les pousse à en rechercher la cause. La confirmation de l'état de grossesse se fait généralement par la femme elle-même au regard de la présence ou non des

signes évoqués ci-dessus. Pour les demandeuses qui ont accès à une pharmacie, elles s'y procurent un test de grossesse. Dès la prise de conscience de l'état de grossesse, la décision de recourir aux services d'avortement a été pour plusieurs femmes une décision personnelle basée sur plusieurs raisons qui peuvent être d'ordre économique, éducationnel ou professionnel. Il existe également des cas de coercition ou la décision a été prise par un frère direct de la femme (et parfois auteur de la grossesse) ou par le partenaire comme le mentionne ce médecin en clientèle privée :

« La femme même m'a confié déjà qu'elle veut garder parce qu'ils ont discuté à la maison et lui il dit qu'il n'est pas prêt et elle a dit qu'elle veut garder. La femme était arrivée je l'ai examiné elle fait un syndrome infectieux. On a fait un bilan. J'ai fait le traitement. On a démarré et le monsieur qui est venu me voir et dire, ça tombe bien. Il faut profiter pour faire comme ça donc elle ne saura rien je lui ai dit non qu'il n'a qu'à patienter. Qu'il n'y a pas de soucis. Que l'état dans lequel sa femme est actuellement ; on ne peut rien faire qu'elle est déjà très anémiée qu'elle va peut-être saigner. » Prestataire, Mono 2024.

Enfin, il existe des cas de figures où la décision est prise de façon conjointe comme élucidé ci-dessous par une belle-sœur :

« Le mari est drépanocytaire AS et la femme aussi est drépanocytaire AS. Ils ont 4 enfants, tous obtenus par césarienne dont 2 décédés et 2 vivants actuellement avec 1 qui est [drépanocytaire]SS⁷ et le second qui est [drépanocytaire] AS. La décision a été prise de façon conjointe par les deux partenaires par peur que ce nouvel enfant soit malade et qu'ils dépensent inutilement. En plus, la femme a un bassin limite et était consciente du fait qu'une nouvelle grossesse égal nouvelle césarienne, des dépenses et un risque d'hémorragie. Le pire, l'enfant pouvait être homozygote SS. » Parent.e d'une demandeuse, Mono 2024

Dans le cadre d'une discussion de groupe menée à Comè, l'une des villes du département du Mono, les leaders locaux interviewé.es se sont prononcés. Quatre participant.e.s sur

⁷ Il s'agit d'une maladie génétique, héréditaire et non contagieuse transmise par les deux parents. Il existe la forme homozygote SS, la forme hétérozygote (SC, SBthalassémique) mais aussi les porteurs sains (AS, AC).

sept recommandent de poursuivre la grossesse même si le père n'est pas connu ou refuse d'assumer l'enfant.

« Avec l'âge de Awa qui est 22ans, je vais lui demander si elle ne connaît pas l'auteur de la grossesse. Si elle connaît, j'appelle la personne et si elle refuse j'appelle la police. Si possible l'enfant portera mon nom. Pour moi elle va garder la grossesse et je vais dépenser mon argent. Même si mon fils refuse la grossesse moi en tant que papa je vais m'occuper de cet enfant. A la longue, il va accepter. Quand on avorte dans notre famille même en cachette cela se fait toujours savoir et tu achètes des moutons et cabris pour les cérémonies » Groupe de discussion, Mono 2024

De ces réponses ci-dessus, nous déduisons que certaines grandes familles ne sont pas favorables à l'avortement dans des situations de détresse économique ou sociale comme le refus du partenaire d'assumer la grossesse. Ces familles ont même des institutions familiales (rituels et pratiques) pour assurer le respect de cette position familiale sur le sujet. Ces familles se déclarent disposés à recourir à la police en cas de

refus de paternité par l’auteur de la grossesse et même à attribuer le nom de famille de la femme si nécessaire.

En somme, cette étape de l’accès au diagnostic de la grossesse et prise de décision d’avorter, est influencée par une multitude de facteurs, qui peuvent être médicaux, socio-économiques, culturels et législatifs. La disponibilité des services de santé (y compris les consultations prénatales et les tests de grossesse) joue un rôle crucial. Les femmes des zones reculées (milieux ruraux) ayant un accès limité aux soins peuvent ne pas réaliser leur grossesse à temps (avant les 12SA), ce qui peut retarder leur décision d’avorter. Le niveau de revenu, le niveau d’éducation, la situation professionnelle, ainsi que la disponibilité d’informations claires et précises sur les droits reproductifs et les services disponibles sont indispensables pour permettre aux femmes de prendre des décisions éclairées.

Quelles qu’en soient les logiques et les facteurs déterminants, la prise de la décision d’avorter, va de pair ou est suivie de la recherche du lieu et de la méthode à adopter.

3.1.3. Choix du lieu et de la méthode

A l’issue de la prise de décision d’avorter, les demandeuses passent à l’acte. Le choix du lieu et de la méthode est

influencé par plusieurs logiques liées à la confidentialité de l'acte et à la sécurité perçue des soins offerts.

Certaines femmes choisissent une formation sanitaire du secteur public pour leur soin d'avortement. Elles perçoivent ce type de structure comme plus sûr, et y recherchent une prise en charge adéquate et complète.

Par ailleurs, d'autres femmes et adolescentes, malgré leur proximité de résidence avec une formation sanitaire du secteur public comme un hôpital (qualifié pour fournir le service), choisissent d'aller dans une autre ville pour avoir le soin dans une formation sanitaire publique ou privée. Ce qui compte pour elle le plus dans ce choix plus cher, est la confidentialité. Elles souhaitent éviter que des personnes de leur entourage soient au courant de leur projet, de leur choix et de leur acte. Les demandeuses recherchent la plus grande discrétion possible pour éviter les « regards accusateurs ». Les demandeuses adolescentes essaient souvent d'éviter que leurs parents.es soient au courant de leurs choix pour éviter d'être jugée de fille frivole, éviter la colère de leurs parents.es, les sermons des proches et la stigmatisation qui peut suivre pour toute la vie.

Cette quête absolue de confidentialité amène les demandeuses à choisir les lieux où les **affluences observées**

sont faibles comme dans les formations sanitaires du secteur privé comme l'affirme ce répondant :

« Tous les centres privés sont plus je vais dire visés par les demandeuses parce qu'en public elles ont déjà un complexe mais en privé, elles se disent qu'elles peuvent discuter directement avec l'agent de santé sans être inquiété et également sans être vu de mauvais œil par d'autres personnes puisque normalement en privé, il y a moins de gens. » Prestataire, Mono 2024

Il y a encore des demandeuses qui continuent de choisir des méthodes non sécurisées offertes par des agents non qualifiés encore appelés « piqueurs sauvages » ou par des herboristes ou tradipraticien.iennes parce qu'elles recherchent des soins confidentiels et ont peur des coûts imprévisibles des formations sanitaires publiques. Les interviewé.es rapportent aussi que certaines populations protègent même des soignant.e.s qui pratiquent de façon clandestine les avortements.

Enfin, tous ces facteurs combinés font que plusieurs demandeuses vont baser leur choix sur le lien de confiance et

de familiarité préexistant entre la demandeuse, ou son couple ou l'un de leurs proches impliqués dans le groupe de gestion thérapeutique, avec un prestataire précis donné. Les demandeuses cherchent à établir une chaîne de confiance, qu'elle espère, les protégera contre le jugement, la culpabilisation et la stigmatisation.

3.1.4. Acte proprement dit

Cette étape est généralement initiée par la femme elle-même.

Vingt-quatre (24) participant.e.s ont mentionnés que la technique d'approche était très discrète chez les femmes, qui ne savaient pas que la loi n'était plus restrictive et qui redoutaient toujours le jugement, la culpabilisation et le rejet.

Qu'il s'agisse d'une formation sanitaire publique ou privée, les premiers contacts sont souvent avec les sages-femmes ou des infirmières présentes le plus souvent au niveau du service de maternité ou du dispensaire. Ces prestataires après un premier entretien pour comprendre les raisons ayant conduit à cette prise de décision, « sensibilisent » la patiente dans le but souvent de l'amener à prendre conscience de son choix et des implications; cet entretien initial n'est pas souvent neutre

pour permettre une prise décision éclairée, mais est souvent influencée par la position personnelle du prestataire. L'objectif de ces prestataires est aussi d'apporter un soutien moral ou psychologique à la femme demandeuse. Et il arrive que la demandeuse décide d'accoucher après avoir été écoutée et sensibilisée. Certains prestataires vivent ce scénario comme une victoire, avec joie et beaucoup de satisfaction. Cette étape est donc une barrière institutionnelle à l'avortement.

Lorsque la demandeuse insiste, la sage-femme ou l'infirmière se réfère ensuite soit au médecin généraliste soit au gynécologue qui la couvre pour confirmer l'état de la femme et valider ou non l'éligibilité à l'acte.

Une fois les prestataires approchés et la sensibilisation faite, un délai de réflexion variant de 48h à 72h est accordé aux femmes ou aux couples (selon le.la demandeur.euse et le terme de la grossesse)

Dès que le dossier est validé par le médecin ou le gynécologue, les femmes reviennent vers la sage-femme qui leur offre le service. Il a été constaté que les demandeuses ne sont pas informées du nom du médicament qui leur est administré comme le mentionne cette jeune femme :

« A mon arrivée au centre le jour-là, ils m'ont prescrit des analyses et une échographie. J'ai fait tout ça. Ensuite, la sage-femme m'a prescrit un médicament. J'ai pris ces médicaments mais je ne sais pas le nom du médicament. C'est ce que la sage-femme a dit d'acheter. A l'hôpital, ils m'ont donné le médicament à utiliser pendant 3 jours » ; Demandeuse de soins, Mono 2024.

L'offre des soins dans les formations sanitaires formelles est aussi empreinte de maltraitance. Cette jeune femme, mère de 2 enfants qui a été étiquetée comme "avortante" par le prestataire de soin et dont le dossier médical marquait clairement la prise de tisane abortive nous raconte son histoire :

« J'ai toujours eu un cycle régulier depuis ma jeunesse et j'ai toujours compté mes jours. Mais depuis que j'ai eu mon 2ème enfant, tout est changé. Tantôt j'ai mes règles, tantôt je n'ai pas ça pendant des mois et ça revient comme ça sans rien faire. Donc moi je m'inquiète plus quand je n'ai pas mes règles. Or j'étais enceinte et je ne savais pas. Un jour j'ai commencé à sentir

l'ulcère et j'ai pris mon médicament Lansec. Ensuite ça n'allait pas. Je sentais la fraîcheur, j'ai porté le pull-over et ai commencé à prendre les tisanes (2 ou 3 mélangées). Le lendemain ou 2 jours après, j'ai senti un poids quitter en moi. Et après, ça va aller. Tout était bien jusqu'à 3 jours après ou j'ai commencé à sentir comme des piqûres dans mon bas ventre. Ça me faisait très mal. J'ai supporté jusqu'à 3 jours et je n'en pouvais plus. Quand mon mari m'a amené à l'hôpital, arrivé là-bas ils m'ont examiné et l'agent de santé a dit : « vous aussi grande comme ça, vous voulez faire quelque chose comme ça et vous ne pouvez pas venir vers nous pour qu'on vous aide ? ». Et là, je leur ai demandé de quoi elles parlaient. Elles m'ont répondu : « Donc vous ne savez pas ce que vous avez fait ? ». J'ai répondu non et elles ont dit ok. Elles sont parties voir d'autres femmes. Entre temps elles ont dit que je dois faire un écho et que je devais attendre le Dr qui fait ça. » Demandeuse de soins, Mono 2024

Ainsi cette dame a été laissée sans soins particuliers des heures après son arrivée sans oublier que le gynécologue qui devait réaliser l'échographie utérine n'était pas disponible à son arrivée dans le centre. Par sa propre intervention et celle de son mari, elle a pu bénéficier des soins après avortement. On peut en déduire qu'une faible qualité de service voire une violence gynécologique et le regard accusateur de certains prestataires de soins (même étant formés et offrant les soins d'avortement médicalisé) peuvent constituer un obstacle pour recourir aux soins d'avortement. Cette femme a certes obtenu finalement les soins après avortement recommandés mais il est fort peu probable qu'elle revienne pour ce type de soins si éventuellement elle devait avoir recours à un avortement.

De plus, des demandeuses rapportent avoir effectué des paiements directs à des prestataires. En effet, certaines femmes payent directement les prestataires pour avoir les soins. Ces frais peuvent aller à 27000 francs CFA soit l'équivalent d'environ 45 dollars américains pour bénéficier des soins. L'arrêté ministérielle sur le tarif maximal à cet effet, à appliquer par tous les prestataires est attendu pour réduire les incertitudes sur les coûts pour les usagers, et l'influence de cette incertitude sur la décision et l'expérience des soins. Une fois le service d'avortement offert, les prestataires rapportent qu'ils proposent systématiquement une méthode

de planification familiale pour éviter d'éventuelles grossesses non désirées :

« Nous proposons systématiquement la planification familiale après une interruption volontaire de grossesse » Prestataire, Mono 2024

Une fois la méthode de planification familiale proposée, le suivi post avortement commence.

3.1.5. Suivi post avortement

Une fois le soin offert, le suivi est systématique avec une offre de service de contraception et une échographie de vacuité réalisée par le gynécologue. Cependant, il arrive que des patientes n'adoptent pas la contraception à cause de la crainte des effets secondaires. Et nous avons toujours le secteur informel regorgeant de méthodes offertes aux femmes que ce soit dans un cadre médical ou non.

Gestion des complications médicales post-avortement

Après l'avortement, les complications courantes sont les hémorragies et les infections. Il existe également des cas de

perforations utérines qui sont souvent pris en charge dans les hôpitaux selon des protocoles existants.

Gestion des données sur l'avortement médicalisé

Des observations faites, il n'existe pas à l'heure actuelle un format standard pour recueillir les données liées à l'offre de soins d'avortement médicalisé dans les centres de santé et hôpitaux du département du Mono. Il existe néanmoins divers supports comme les cahiers, les registres, et des fiches imprimées même si ces dernières ne sont pas toujours pratiques et utilisables.

En somme, obtenir les soins recherchés une fois parvenue dans la formation sanitaire n'est pas toujours facile. C'est une étape complexe où se mêlent crainte d'être jugée, angoisse de voir sa demande refusée, et des remords générés par la confrontation à une personne qui peut remettre le choix en cause et rappeler des aspects auxquels la demandeuse n'a pas envie de penser. Les participant.e.s interviewé.es rapportent plusieurs éléments qui entrent en ligne de compte dans le passage effectif à l'acte dans la formation sanitaire. Pour certaines, **le soutien promis par la sage-femme a dissuadé la demandeuse de continuer le projet d'avortement.** Le fait d'être rassuré par le prestataire influence la décision d'obtenir des soins.

Dans le cas ci-dessous, la demandeuse a renoncé non seulement à cause du fait que l'échographie a montré qu'il s'agissait d'une **grossesse gémellaire** mais aussi par le fait que la sage-femme a promis l'accompagner dans sa prise en charge.

« C'étaient des jumeaux. Hum, là là j'ai supplié la dame de ne pas avorter que ce sont des jumeaux. Et elle a pleuré que comment elle va faire avec deux enfants. Ce jour-là, moi-même j'ai pleuré avec elle. Pour finir, elle a décidé de garder car je lui ai promis de l'aider. » Prestataire, Mono 2024

Il convient de noter qu'en Afrique en général et au Bénin en particulier, les jumeaux sont considérés comme des divinités. De ce fait, leur venue dans une famille est perçue comme un acte extraordinaire et un culte leur est voué qu'ils soient morts ou vivants. Tout comme les demandeuses, les prestataires aussi sont influencés dans l'offre de soins.

Pour la quasi-totalité, le **respect des critères de base** est indispensable pour offrir les soins. Au nombre de ces critères, on peut citer :

- a) Le terme inférieur ou égal à 12 semaines d'aménorrhée ;

- b) L'interrogatoire pour identifier s'il s'agit bien d'une requête qui entre dans les critères prévus par la loi, suivi de sensibilisation
- c) Les analyses de laboratoire telles que la numération formule sanguine, le groupage sanguin rhésus ainsi que l'échographie utérine.

Hormis les critères énumérés ci-dessus, il y a la **conscience personnelle ou professionnelle** et les **croyances religieuses** des prestataires de soins qui interfèrent dans ces interactions et dans la décision d'offrir des soins comme le confirment les propos ci-dessous :

« Je ne suis pas pour l'avortement. Je conseille souvent les femmes et je leur fais un lavage de cerveau correctement pour garder la grossesse. En plus je suis chrétienne et je me suis mariée récemment. A l'église, on nous a beaucoup parlé de ça et on nous a donné plein de livres à lire sur ça. C'est un meurtre et ce n'est même pas bon pour le côté spirituel. » Prestataire, Mono 2024

Ce témoignage montre que l'avortement est parfois considéré par certains membres de la communauté comme un crime. Cette considération justifie le refus de ces derniers à offrir les soins. Dans ce cas de figure, les

demandeuses se tournent vers les avortements clandestins au péril de leur vie. A ce titre, les gestionnaires locaux.locales de santé mettent en œuvre un certain nombre de mesures pour régulariser ou contrôler ces refus en se référant à la loi. En effet, la loi autorise les professionnels.les de la santé à évoquer l'objection de conscience. Ces derniers pour en bénéficier doivent adresser un courrier à leur hiérarchie dès leur prise de service. Plusieurs prestataires ne le font souvent pas car ils craignent un isolement professionnel et des sanctions administratives qui pourraient découler de cette prise de position explicite contre une décision nationale. Mais en pratique, leur position sur le sujet influence le parcours des demandeuses.

Parcours actuel
Ce qu'il faut retenir

- La prise de décision est faite par soit (i) la demandeuse seule ou (ii) le partenaire seul ou (iii) les deux partenaires ou encore (iv) les parents. L'avortement demeure une action non autorisée dans certaines familles sous peine de représailles au sein de la famille (achat de moutons et cabris pour des cérémonies).
- Le lieu et la méthode sont choisis dans une solitude relative au vu du caractère stigmatisant de l'avortement. Les demandeuses dans le besoin de service d'avortement (hormis les cas de complication) préfèrent aller dans des centres éloignés de leur résidence habituelle. Pour d'autres, le lieu est choisi en fonction de la relation avec l'agent de santé (sœur, belle-sœur, etc.).
- Les femmes rencontrées n'avaient aucune connaissance des différentes méthodes existantes (médicamenteuse et chirurgicale) et qui pouvaient leur être offertes. Elles ne connaissaient pas non plus le nom du médicament qu'elles ont pris (pour celles ayant bénéficié de la méthode médicamenteuse).
- Il existe des pratiques de soins alternatifs prodigués par des prestataires de soins alternatifs. Ces soins alternatifs sont perçus comme moins chers et plus accessibles par les demandeuses et leurs familles comparativement aux soins allopathiques.
- Les soins d'avortement médicalisé sont théoriquement offerts dans tous les centres visités.
- Les critères à remplir pour bénéficier de ces soins sont connus et appliqués (dont le terme ≤ 12 SA)
- L'acte d'avortement médicalisé est offert sans demande de paiement direct. Les soins avant l'acte et les soins après avortement sont payants.
- Il n'existe pas un format standard de recueil des données d'avortement médicalisé au niveau des centres
- Les avortements médicamenteux sont offerts par le biais du pack (mifépristone et misoprostol) qui est cédé systématiquement sous ordonnance (sage-femme, médecin) en pharmacie au prix moyen de 840 francs CFA.
- La technique d'approche était très discrète chez certaines femmes, qui ne savaient pas que la loi n'était plus restrictive et qui redoutaient toujours le jugement, la culpabilisation et le rejet.
- Les premiers contacts pour obtenir les soins sont les sages-femmes (maternité) que ce soit dans le secteur public que privé ; et ce même s'il y a un médecin ou un gynécologue.
- À chaque demande de soins, les femmes sont sensibilisées, bénéficient d'un délai de réflexion entre 12 et 72 heures ainsi qu'une proposition de méthodes contraceptives une fois l'acte réalisé (même si elles ne l'adoptent pas toutes).

3.2. Parcours idéal des demandeuses de soins d'avortement médicalisé au Bénin

Le parcours idéal est basé sur les recommandations au niveau national et international. Ces recommandations concernent les dispositions de la loi n°2021-12 du 20 décembre 2021 relative à l'avortement médicalisé, le décret n° 2023-151 du 19 avril 2023 fixant les conditions d'interruption volontaire de grossesse, le guide et standards en matière d'avortement médicalisé au Bénin, le guide de l'Organisation mondiale de la santé sur les avortements ainsi que l'observation générale n° 22 (2016) sur le droit à la santé sexuelle et procréative et sur l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)[46]. Comme énoncé plus haut, le parcours est composé d'étapes clés que sont : le diagnostic de grossesse et prise de décision, le choix du lieu et de la méthode, l'acte proprement dit et enfin le suivi après avortement.

Accès au diagnostic de grossesse et prise de décision d'avorter

Selon les recommandations, la confirmation de l'état de grossesse se fait par un prestataire de soins ou par la demandeuse à domicile, sur la base de la date de ses dernières règles ou grâce à un test de grossesse acquis dans une officine ou une pharmacie. Ce diagnostic doit être établi

le plus tôt possible avec certitude avant le terme de 12 semaines d'aménorrhée[31].

Choix du lieu et de la méthode

Les formations sanitaires publiques et privées disposant du personnel qualifié (médecin, infirmier.ère et sage-femme), d'une maternité et d'un plateau technique approprié peuvent offrir l'avortement médicalisé. Dans les structures privées, l'offre est subordonnée à une demande d'agrément obtenue auprès du ministère de la Santé. L'État recommande aux demandeuses de se rapprocher de ces formations sanitaires avant le terme de 12SA. La méthode est choisie en fonction du terme et des conditions propres à la grossesse en question. Par ailleurs, une prise en charge psychologique est nécessaire avant et après l'acte. Elle est assurée par un psychologue, un.e assistant.e social, un.e conseiller.ère conjugal.e ou tout autre personne disposant des qualifications[47].

Acte proprement dit

De façon générale, plusieurs conditions s'imposent pour être éligible à l'avortement médicalisé que ce soit pour cause de détresse, cause thérapeutique, cause eugénique, ou en cas de viol ou d'inceste.

Pour les cas de demandeuses de soins d'avortement pour des causes de détresse professionnelle, éducationnelle, matérielle et morale, les conditions sont les suivantes :

- Le terme de la grossesse doit être inférieur ou égal à 12 semaines d'aménorrhée selon la loi
- Un délai de réflexion d'au moins 48h doit être observé entre la première consultation et l'acte proprement dit, sans que le respect de cette disposition puisse induire de dépasser le terme légal maximum de 12 semaines d'aménorrhée ; il faut noter que dans le document portant guide et standards de l'avortement médicalisé au Bénin, il est mentionné que le délai de réflexion doit être le plus court possible.
- Un avortement médicamenteux basé sur l'usage de la mifépristone et ou du misoprostol est offert ;
- Le service est offert par un prestataire de soins qualifié (médecin, sage-femme ou infirmier.ère) dans un établissement de santé disposant au moins d'un service de maternité avec un plateau technique approprié
- La demandeuse ou son représentant légal (en cas de mineure ou de majeure sous curatelle) doit donner un consentement écrit ;
- Ne pas avoir de barrière financière tout au long du parcours.

Le prestataire doit respecter des conditions notamment :

- Être un établissement de santé publique ou un établissement de santé privé ayant reçu un agrément ;
- Disposer du plateau technique et des prestataires qualifiés et d'une structure d'accueil et d'orientation, des formulaires relatifs à la demande d'avortement médicalisé, de consentement libre et éclairé de la femme,
- Etablir un dossier médical pour chaque avortement médicalisé
- Pratiquer une tarification conforme à l'arrêté ministériel qui sera pris à cet effet et qui n'induit pas de barrière financière.

En cas d'avortement pour cause thérapeutique et eugénique, ainsi que dans les cas de viol et d'inceste, la condition du terme limite de 12 semaines d'aménorrhée et du délai de réflexion de 48heures au moins ne s'appliquent plus. La décision du médecin est centrale dans le processus. L'engagement des procédures judiciaires éventuelles sont formulées de manière à ne pas induire des retards et des obstacles à la décision et au passage à l'acte. Dans les cas d'avortement thérapeutique ou eugénique, des conditions particulières telles que la nécessité d'une réunion de concertation pluridisciplinaire et le conseil génétique

s'appliquent mais sont formulées de manière à ne pas induire des obstacles et des retards évitables[47].

Suivi post avortement

Après l'avortement, il existe également des conditions à remplir pour en assurer l'efficacité et surtout éviter que cet acte soit perçu[3] comme une méthode de planification. A ce titre, on peut citer :

- La sensibilisation de la femme sur la contraception post-avortement (y compris la contraception d'urgence) avant qu'elle ne quitte l'établissement de santé ;
- Le suivi psychologique ;
- L'usage d'antibiotique pour réduire le risque infectieux ;
- Le contrôle de la vacuité utérine par échographie au 15^{ème} jour ;
- La contraception oestro-progestative dès le jour de l'avortement ou au plus tard le lendemain ; la pose d'un dispositif intra-utérin lors de l'examen de surveillance en cas d'avortement médicamenteux ou bien, en fin d'aspiration en cas d'avortement chirurgical (AMIU).

*Parcours idéal
Ce qu'il faut retenir*

- La confirmation de l'état de grossesse se fait par un prestataire de soins ou à domicile grâce à un test de grossesse acquis dans une officine ou une pharmacie
- Les formations sanitaires publiques et privées disposant du personnel qualifié (médecin, infirmière et sage-femme), d'une maternité et d'un plateau technique approprié peuvent offrir l'avortement médicalisé.
- Une prise en charge psychologique est nécessaire avant et après l'acte
- Le terme de la grossesse doit être ≤ 12 semaines d'aménorrhée
- Le délai de réflexion ≥ 48 h minimum (sans dépasser le terme de 12 semaines d'aménorrhée)
- La combinaison de Mifépristone/Misoprostol est utilisée
- Un consentement doit être obtenu de la femme ou du tuteur/tutrice (en cas de mineur ou de majeur sous tutelle)
- L'acte ne doit pas avoir de barrière financière et ne doit pas induire des dépenses catastrophiques

3.3. Ecart identifiés dans le parcours des demandeuses de soins d'avortement médicalisé dans le département du Mono

Ici, nous avons présenté les écarts identifiés à chaque étape du parcours au regard des normes et/ou recommandations existant ainsi que des propositions de solutions basées sur nos observations. La loi autorise l'avortement médicalisé pour toute demandeuse sous certaines conditions. Toutefois, il existe sur ce chemin, plusieurs obstacles qui peuvent entraver l'accès. Ils peuvent être d'ordre structurels (dispositifs en place), lié aux prestataires de soin ou aux normes sociales et/ou religieuses (au niveau des populations).

3.3.1. Diagnostic de grossesse et décision de recourir à l'avortement : Un retard préjudiciable

Dans un parcours idéal selon la loi, la confirmation d'une grossesse se ferait rapidement, avant la douzième semaine d'aménorrhée, permettant aux femmes d'accéder à un avortement médicalisé sûr et légal. Cependant, la réalité est bien différente. Le diagnostic est souvent tardif, réalisé par la femme elle-même en fonction des symptômes ressentis, et confirmé par un professionnel de santé entre le troisième et le cinquième mois de grossesse. Ce retard de 8 à 12 semaines réduit considérablement les options d'avortement médicalisé et augmente les risques de complications. Face à ce délai, de nombreuses femmes se tournent vers des méthodes clandestines non sécurisées.

3.3.2. Accès à l'avortement médicalisé : Des inégalités persistantes

Dans un parcours idéal, l'avortement médicalisé se déroulerait exclusivement dans des formations sanitaires publiques ou privées avec un agrément, avec un personnel qualifié et dans le respect des normes du guide et des standards qui inclut un appui psychologique et des informations pour un choix éclairé par la demandeuse. Cependant, les pratiques observées sont différentes en

certain points. En parallèle des services légaux, persistent des offres clandestines, souvent non sécurisées, qui attirent plusieurs demandeuses. Cet écart a des conséquences dramatiques : risques élevés de complications telles que des infections, des hémorragies et même des décès, et creusement des inégalités d'accès pour les femmes les plus vulnérables, en particulier celles vivant en milieu rural ou issues de milieux défavorisés.

3.3.3. Déroulement de l'avortement médicalisé : Des pratiques non optimales

Dans un parcours idéal, l'avortement médicalisé se déroulerait dans le respect strict des normes médicales et des droits des femmes, avec un terme de 12 semaines d'aménorrhée respecté, un délai de réflexion de 48 heures minimum, l'utilisation de Mifépristone/Misoprostol et un droit à l'objection de conscience exercé sur demande écrite du prestataire. Cependant, la réalité est plus complexe. Si le terme de 12 semaines et le délai de réflexion sont globalement respectés, le droit à l'objection de conscience est peu utilisé tel que prévu par la loi. Plusieurs prestataires communiquent des informations aux demandeuses dans le but orienté de leur faire changer d'avis en accord avec leurs convictions personnelles contre l'avortement. De plus,

l'absence de tarification standard entraîne des coûts variables selon les établissements, créant des inégalités financières d'accès. Enfin, les ruptures de stock fréquentes en produits abortif, obligent parfois les femmes à se tourner vers les officines ou des dépôts privés pour se procurer les produits abortifs, ce qui augmentent les coûts et réduit la confidentialité. Ceci amène aussi les demandeuses à recourir à des alternatives non sécurisées et illégales.

3.3.4. Suivi post-avortement médicalisé : Des lacunes à combler

Dans un parcours idéal, le suivi après un avortement médicalisé serait complet et accessible à toutes les femmes. Il comprendrait une sensibilisation à la contraception post-avortement, un suivi psychologique, l'usage d'antibiotiques si nécessaire, un contrôle de la vacuité utérine et une proposition systématique de contraception. Cependant, la situation observée est différente. Le suivi post-avortement est souvent payant, avec des prix variables selon les établissements, ce qui crée des inégalités d'accès. De plus, plusieurs femmes n'adoptent pas de méthode contraceptive après un avortement médicalisé, ce qui augmente le risque de grossesses non désirées répétées et de complications liées à des avortements ultérieurs. Les écarts identifiés sur le

Tableau VII : Écarts observés sur le terrain tout au long du parcours des demandeuses vers l’avortement médicalisé dans le Mono, Bénin 2024

	Parcours idéal	Parcours observé	Ecart
Grossesse et prise de décision	Confirmation de l'état de grossesse par un prestataire de soins ou à domicile grâce à un test de grossesse avant le terme de 12 semaines d'aménorrhée	- La découverte de l'état de grossesse est faite pour la plupart du temps par la femme elle-même selon les symptômes ressentis (absence des menstrues, nausées, vomissements). - Certaines se rendent directement à l'hôpital pour faire le test de grossesse et d'autres encore se procurent les tests de grossesse en pharmacie avant de se	Le diagnostic de grossesse est tardif chez les demandeuses (3-5mois)

	Parcours idéal	Parcours observé	Ecart
		rendre à l'hôpital pour confirmer le diagnostic. - Le diagnostic de grossesse est tardif (3-5mois)	
Choix du lieu et de la méthode	- Formations sanitaires publiques et privées disposant du personnel qualifié (médecin, infirmier ère et sage-femme) - Méthode médicamenteuse ou chirurgicale adaptée au terme de la grossesse	- Formations sanitaires publiques et privées disposant du personnel qualifié (médecin, infirmier ère et sage-femme) - Consultation en formations sanitaires privées puis redirigé vers un gynécologue externe - Méthode médicamenteuse ou	- Les demandeuses continuent de s'orienter vers des soins non sécurisés ; - Les demandeuses ne savent pas toujours de quelle méthode d'avortement elles bénéficient

		chirurgicale adaptée au terme de la grossesse - Les offres clandestines existent toujours (tisanes (caillédra, mahouguinnou, kodo), une douzaine de nescafé présenté en petits sachets, , en plus ¼ de vrai « sodabi », injections ou encore du potassium plus citron et enfin du sédaspir vendu à la pharmacie	
Acte proprement dit	- Termes ≤ 12 semaines d'aménorrhée - Délai de réflexion d'au moins 48h (sans dépasser le terme de 12SA)	- Respect du terme de 12 semaines d'aménorrhée - Délai de réflexion d'au moins 48h (sans dépasser le terme de 12 semaines d'aménorrhée)	- Manque d'harmonisation des tarifs dans les formations sanitaires - Le droit à l'objection de

	Parcours idéal	Parcours observé	Ecart
	- Usage du Mifépristone/Misoprostol OU les deux selon le terme - Droit à l'objection de conscience possible sur demande écrite - Il est mis à la disposition des formations sanitaires, des formulaires relatifs à : la demande d'interruption volontaire de grossesse, le consentement libre, éclairé et renouvelé de la femme, la décision médicale d'avortement médicalisé et l'objection de conscience	- Usage du Mifépristone/Misoprostol ou les deux selon le terme et la disponibilité - Objection de conscience possible sur demande écrite ; mais plusieurs prestataires qui sont contre l'acte ne l'affichent pas ouvertement ce qui influence le parcours de la demandeuse et retarde ou empêche l'obtention de soins d'avortement médicalisé. - Les formulaires relatifs à : la demande d'interruption volontaire de grossesse, le	conscience des prestataires n'est pas pleinement utilisé

	- Chaque avortement médicalisé doit avoir un dossier médical - Un consentement doit être obtenu de la femme ou du tuteur/tutrice (en cas de mineur ou de majeur sous tutelle) - Tarif de l'acte non encore défini - En cas d'avortement pour cause thérapeutique et eugénique, des conditions particulières peuvent s'appliquer	consentement libre, éclairé et renouvelé de la femme, la décision d'avortement médicalisé et l'objection de conscience existent Chaque avortement médicalisé a un dossier médical - Un consentement est obtenu de la femme, ou du tuteur/tutrice (en cas de mineur ou de majeur sous tutelle) - Il n'existe pas une tarification standard. L'acte est gratuit dans la plupart des centres de santé sauf en cas de	
--	--	---	--

	Parcours idéal	Parcours observé	Ecart
		rupture de stock de certains intrants ou quand le patient ne veut pas utiliser un outil commun tel celui de l'AMIU. Les soins après avortement (vitamine, etc.) sont en revanche payant et les prix varient selon le cas. Cependant, certains prestataires facturent le soin d'avortement à plus de 25000 francs CFA clandestinement. - L'acte est réalisé par un professionnel qualifié (Médecin, Gynécologue-obstétricien, sage-femme)	

		- Certaines demandeuses subissent des délais d'attente très importants, des négligences et des formes de violence psychologique dans les formations sanitaires.	
Suivi après avortement	- La sensibilisation de la femme sur la contraception post-avortement (y compris la contraception d'urgence) avant qu'elle ne quitte l'établissement de santé. - Le suivi psychologique est disponible. - L'usage d'antibiotique pour réduire le risque infectieux	- La sensibilisation de la femme sur la contraception post-avortement (y compris la contraception d'urgence) avant qu'elle ne quitte l'établissement de santé. - Le suivi psychologique est disponible. - L'usage d'antibiotique est fait afin de réduire le risque infectieux.	- Non adoption systématique de la planification familiale par les demandeuses de soin d'avortement

	Parcours idéal	Parcours observé	Ecart
	- Le contrôle de la vacuité utérine par échographie au 15ème jour - La contraception oestro-progestative dès le jour de l'avortement ou au plus tard le lendemain ; - La pose d'un dispositif intra-utérin lors de l'examen de surveillance en cas d'avortement médicamenteux ou bien, en fin d'aspiration en cas d'avortement chirurgical (AMIU).	- Le contrôle de la vacuité utérine par échographie au 15ème jour est réalisé. - La contraception est proposée systématiquement aux femmes. - Certaines femmes n'adoptent pas la planification familiale même après une grossesse non désirée car craignant une augmentation de la fréquence des infections vaginales qui seraient dues à l'usage de la planification familiale.	

Lacunes identifiées

Ce qu'il faut retenir

- Le diagnostic de grossesse est tardif chez les demandeuses (3-5mois)
- Les offres clandestines existent toujours soit par des professionnels.les de la santé non agréés ou des non professionnels.les
- L'arrêté qui fixe le tarif de l'avortement médicalisé pour permettre une standardisation et un accès équitable à ces soins n'est pas encore publié
- Les prestataires ne font pas assez référence à leur droit d'objection de conscience par crainte de stigmatisation par leurs pairs, et les demandeuses ne sont pas redirigées vers des prestataires qui acceptent de pratiquer l'avortement
- Les femmes n'adoptent pas systématiquement la planification familiale après un avortement car craignant des effets secondaires
- Le manque de salle de réunion dans certains centres pour faciliter les restitutions des formations effectuées par les sages-femmes
- La non-fonctionnalité de l'ambulance qui ne favorise pas une gestion efficace des complications après avortement
- La non-proximité des centres pour les populations vivant dans des zones reculées ou frontalières
- Les perceptions religieuses des soignants
- La protection ou complicité des populations à l'égard des soignants qui pratiquent de façon clandestine les avortements
- Le manque d'informations ou de sensibilisations des populations
- Faible qualité de service voire une violence gynécologique
- Le regard accusateur de certains prestataires de soins
- Le rançonnement des patientes



IV. DISCUSSION



L'objectif général de cette étude était d'analyser le parcours des demandeuses de soins d'avortement médicalisé dans le département du Mono ; elle a permis de comprendre des étapes clés de ce processus complexe.

Cette étude a révélé que les demandeuses passent par un circuit allant de la décision jusqu'au suivi post avortement et l'offre de contraception. Sur ce parcours, interviennent des acteur.trice.s, des ressources qui seules ou combinées aboutissent à des résultats variés. La prise de décision se fait généralement par la femme elle-même, avec peu de soutien. Elle parle très peu de sa situation à qui que ce soit, et entoure son problème et son projet de la plus grande confidentialité possible afin de ne pas subir la stigmatisation qui entoure l'acte de l'avortement. Le même constat a été fait par Rehnström Loi U et al. 2019[48].

Si pour certaines femmes, les violences verbales répétées suite à l'annonce de l'état de grossesse constituent la cause de la prise de décision, pour d'autres, il s'agit de l'incapacité actuelle à élever un enfant comme le mentionne Lince-Deroche N. (2017)[25]. Il existe aussi des cas de coercition exercée par un.e parent.e ou un membre du cercle social tel que confirmé par Ouedraogo R. et al. en 2020[14]. Pour les adolescentes par exemple en situation de grossesse non

désirée, les mamans prennent la décision dans un sens comme dans l'autre, et les adolescentes sont « forcées » de suivre. Cette recherche révèle encore une fois la complexité de la prise de décision de recourir aux soins d'avortement qui apparaît de fait comme non linéaire et imprédictible (Ouédraogo et al. 2020)[14]

Une fois la décision d'avorter prise, plusieurs facteurs interviennent et influencent le choix du lieu et de la méthode. Il a été remarqué dans cette étude que le choix du lieu est lié avant tout à une recherche de la confidentialité.

Si dans certains cas, la proximité de l'établissement de soins s'avère être un avantage, il existe des cas qui choisissent d'obtenir les soins hors de leur territoire géographique de résidence. La recherche de la qualité des soins, de la confidentialité, et la volonté d'éviter les regards accusateurs de certains prestataires de soins constituent autant de raisons qui expliquent la non-fréquentation des établissements de soins qui sont à proximité. En effet, certaines femmes choisissent une formation sanitaire assez éloigné de leur milieu de résidence habituel pour demander les soins dans le but de ne pas être reconnue ou étiquetée comme telle. Pour d'autres encore, ce sont les prestataires du secteur privé qui les réfèrent vers des centres appropriés ou des gynécologues

car ne disposant pas d'un service de maternité pour offrir les soins demandés.

Pendant que certaines sont référées, d'autres ne parviennent même pas en formation sanitaire à cause du manque de moyen financier ; condition pour accéder aux soins. En effet, l'obtention des soins est sujet à des dépenses en analyse de laboratoire telles que la numération formule sanguine, le groupage sanguin et l'échographie ; même si l'acte en lui-même est gratuit de façon générale. Les populations n'ayant pas vraiment cette information préfèrent recourir aux feuilles et tisanes (*Mahouguinnou* et *Kodo*) ou encore au Sédaspir™. Le même constat de l'usage du Sédaspir™ a été fait par Mbuthia en 2022[49]. Par ailleurs, les liens de familiarité (sœur, belle-sœur, cousine, etc.) avec le personnel soignant ont facilité les demandes de soins.

Pour ce qui est des soins à obtenir, les données ont révélé que même ayant décidé d'obtenir les soins, certaines circonstances peuvent amener les patients.tes à faire marche arrière. Il s'agit par exemple du soutien ressenti ou non du prestataire. En effet, le sentiment de se faire écouter sans jugement est un facteur clé dans l'obtention des soins.

Au sein des structures sanitaires, nos résultats montrent que la compassion du prestataire face à la douleur ressentie en cas

de recours aux soins après avortement, constitue une raison de recourir aux soins.

Les patients.tes se sont aussi plaintes des longs délais d'attente (10h environ) pour recevoir les soins, délais qui étaient à mettre au compte d'une indisponibilité du personnel réalisant l'échographie. Cette situation est similaire à celle observée dans d'autres études où les patientes ont dû attendre pendant de longues heures parce qu'il n'y avait pas de personnel qualifié pour effectuer la procédure, ou parce que les soignants.e.s qualifiés.es étaient submergés de travail, ce qui entraînait des retards[14, 50]

Pour ce qui est des soins à offrir, la loi 2021 ainsi que son décret d'application autorise 3 profils différents (médecin, sage-femme et infirmier.ère). Cette étude a révélé que cela est respecté. Néanmoins, ce sont les sages-femmes qui sont souvent en première ligne pour offrir ces soins même si les dossiers sont approuvés par le médecin mais aussi le gynécologue (pour les centres qui en disposent). Pour la quasi-totalité des interviewé.es, offrir ce service implique nécessairement le respect des critères de base pour bénéficier de ces soins. Au nombre de ces critères, se trouve le terme de la grossesse qui doit être inférieur ou égal à 12 SA.

Il y a par ailleurs, la conscience professionnelle, les croyances religieuses et les valeurs culturelles (le fait de considérer les jumeaux comme des divinités) qui interviennent dans l'offre ou le refus de délivrer des soins d'avortement médicalisé.

Selon la loi, le misoprostol est soumis à prescription par l'un des profils autorisés. Cela a été également vérifié tant en entretien informel que formel auprès de plusieurs pharmacies dans le Mono. Certains prestataires ont même rapporté des échecs de tentatives des femmes pour s'en approvisionner auprès des pharmacies. Ces dernières seraient revenues vers le prestataire car une ordonnance leur avait été exigée. En ce qui concerne le délai de réflexion de 48h au moins, les prestataires le respectent en fonction du terme de la grossesse.

En ce qui concerne le suivi après avortement, les instructions sont respectées. La planification familiale est systématiquement proposée aux femmes, le contrôle de la vacuité utérine par échographie réalisé, le suivi psychologique est disponible et les antibiotiques sont utilisés afin de réduire le risque infectieux.



V. RECOMMENDATIONS



Les recommandations suivantes font le point des actions concrètes à entreprendre pour améliorer le parcours des demandeuses de soins d'avortement médicalisés dans le Mono. Ces recommandations sont directement issues de l'analyse des lacunes constatées (confère tableau VII) à chaque étape du parcours des demandeuses de soins d'avortement.

5.1. Améliorer la première étape du parcours : Accès au diagnostic de la grossesse et prise de décision d'avorter

A l'endroit des gestionnaires locaux de la santé, il serait utile de :

- Améliorer la disponibilité des informations de qualité au point des besoins (dans les ménages), dans les centres de santé et dans les officines, en privilégiant les canaux de communication utilisé au niveau local. Ceci peut inclure des ateliers de sensibilisation au niveau communautaire sur la question de la mortalité et de la morbidité maternelle, de la question des décès liés aux avortements non sécurisés, et des possibilités qui existent pour avoir accès à des avortements sécurisés en toute légalité. Les formats de ces activités

communautaires, les éléments de langage, le choix des audiences, le mix des acteurs. trices ciblés devront être soigneusement étudiés pour tenir compte de la sensibilité du sujet et des postures hostiles qu'il pourrait y avoir dans la population. Cette information est essentielle pour articuler toute l'opportunité de la loi vers une réduction effective de la mortalité et de la morbidité maternelles. Ceci permettra en effet de faire des choix éclairés basés sur des informations vérifiées et accessibles aux populations. A ce propos, il faut mentionner que la loi interdit toute forme de publicité ou de propagande au sujet du droit à l'avortement médicalisé dont les efforts de communication doivent tenir compte.

- Rendre plus accessibles les tests de grossesse dans les formations sanitaires, en pharmacie et dans les infirmeries des écoles si possibles. L'utilisation de ces tests sera optimale s'ils ne font l'objet d'aucune barrière financière ; ceci pourrait se faire par des mesures de gratuité ou par d'autres schémas de financement comme l'inclusion des soins d'avortement dans le panier de bénéfice de l'assurance maladie de l'Assurance pour le renforcement du capital humain (AM-ARCH).
- Aménager des cliniques mobiles (comme celles de l'Agence béninoise pour la promotion de la famille)

pour sensibiliser sur la santé reproductive des adolescents et jeunes, apporter des informations de qualité sur la loi et sur les soins d'avortement sécurisé et aider si besoin pour confirmer le diagnostic de grossesse.

5.2. Améliorer la seconde étape du parcours : le choix du lieu et de la méthode

A l'endroit des gestionnaires locaux de la santé, il serait utile de :

- Continuer à lutter contre l'offre clandestine par le biais de la communication sur la loi, la communication sur le circuit légal sécurisé et l'offre effective de qualité dans les établissements de santé formels, sans barrière financière ni dépenses catastrophiques et surtout dans le respect de la confidentialité des demandeuses.
- Inclure davantage les agents de santé communautaire dans la communication sur la loi, la communication sur le circuit légal sécurisé et l'orientation des demandeuses.

5.3. Améliorer la troisième étape du parcours : l'acte proprement dit

A l'endroit des décideur.deuse.s

- Impliquer les décideurs.deuses locaux.locales dans les sensibilisations au niveau des lycées et collèges
- Créer une base de données désagrégées relative aux demandes d'avortement sécurisé au niveau national
- Faire voter par le ministère de la Santé l'arrêté qui fixe le tarif de l'avortement médicalisé pour permettre une standardisation et un accès équitable à ces soins ;
- Définir clairement les modalités de l'objection de conscience en assurant que cette objection soit strictement encadrée afin de garantir que les femmes puissent exercer leur droit à l'avortement sans entrave. Cela inclut la mise en place d'une formation obligatoire pour les professionnels.les de santé sur les implications et les limites de l'objection de conscience, ainsi qu'un suivi annuel des pratiques par les personnes en charge de la supervision.;
- Mettre à disposition les infrastructures adéquates et nécessaires (salle de réunion par exemple) pour réaliser les restitutions de formations aux autres prestataires

- Assurer la fonctionnalité d'au moins une ambulance par zone sanitaire afin de garantir une référence effective des patientes en cas de complications
- Assurer l'actualisation des connaissances des prestataires sur les méthodes de réalisation de l'AMIU et des médicaments à utiliser (formation continue)
- Assurer la sensibilisation des décideurs.uses locaux.locales (chefs.fes quartiers, chefs.fes coutumiers.eres et religieux.euses) sur l'importance de réduire les avortements clandestins en garantissant un accès à ces services de façon confidentielle et sûre
- Sensibiliser les prestataires sur le droit à l'objection de conscience de manière à éviter la stigmatisation par les pairs en cas de recours à ce droit afin de s'assurer que les prestataires de soins qui offrent effectivement le service soient connus pour permettre aux demandeuses d'avoir un circuit fonctionnel plus clair où elles sont plus sûres de rencontrer des personnes susceptibles de répondre effectivement à leurs attentes de manière sécurisée et légale.
- Prévoir des formations continues sur le droit à l'avortement à destination des prestataires de santé, de façon annuelle afin que celles et ceux-ci puissent continuer à dispenser des soins de qualité

- Sensibiliser chaque semestre les prestataires sur la conduite à avoir en cas de demande de soins d'avortement ou de soins après avortement

À l'endroit des prestataires

Ils devront :

- Se faire former de façon continue ;
- Être accueillant.te et compréhensif.ve envers les demandeurs.euses de soins d'avortement médicalisé et celles venant pour les soins après avortement ;
- Ne pratiquer que des prix prévisibles formels ;
- Communiquer sur l'existence de la loi SSR n°2021-12 du 20 décembre 2021 et la possibilité de bénéficier de l'avortement médicalisé légalement ;
- Assurer ou renforcer la sensibilisation des patientes en général et des adolescents et filles en particulier surtout en ce qui concerne les mesures à prendre pour éviter les grossesses non désirées ;
- Aménager des cliniques mobiles (comme celles de l'Agence béninoise pour la promotion de la famille) où les demandeuses pourront s'offrir les soins d'avortement médicalisé en toute discrétion.

5.4. Améliorer la quatrième étape du parcours : le suivi post-avortement

A ce niveau, il est nécessaire que :

- Les prestataires mettent d'avantage d'accent sur la sensibilisation à l'adoption de la planification familiale
- Faire reconnaître à la femme la nécessité d'adopter une méthode contraceptive en amont des soins d'avortement.
- S'assurer que chaque femme ayant bénéficié de soins d'avortement médicalisé reçoive systématiquement avant le retour en famille une contraception efficace et adaptée



CONCLUSION



Le parcours des demandeuses en quête de soins d'avortement médicalisé dans le Mono révèle une réalité complexe, marquée par des défis et des opportunités d'amélioration. Bien que des services d'avortement médicalisé soient disponibles dans certains centres de santé de façon gratuite, tel que le prévoit la loi, leur accès reste entravé par des conditions strictes, des coûts variables et une réticence de certains professionnels.les de santé à pratiquer ces interventions. Les méthodes médicamenteuses, comme l'utilisation du pack (mifépristone + misoprostol) sont courantes, mais la stigmatisation sociale et les tabous culturels persistent, poussant de nombreuses femmes vers des pratiques clandestines souvent dangereuses.

Les témoignages recueillis soulignent la diversité des motivations et des émotions des femmes qui se trouvent face à des décisions difficiles. La peur du jugement, le désir de discrétion, et le manque de diffusion et de vulgarisation de la législation actuelle sur l'avortement médicalisé sont des facteurs qui entravent l'accès à des solutions sécurisées, avec des conséquences parfois tragiques sur leur santé et leur bien-être.

Face à cette situation, il est essentiel d'intensifier les efforts de sensibilisation et d'éducation, en particulier auprès des jeunes, des professionnels.les de santé et des communautés dans une synergie d'action et une collaboration intersectorielle. Le renforcement de la communication sur la

planification familiale et l'éducation sexuelle est important pour réduire la stigmatisation associée à l'avortement et encourager des pratiques plus sûres.

De plus, l'amélioration de l'accessibilité des services d'avortement médicalisé, notamment dans les zones reculées, doit être une priorité, tout comme la formation des prestataires de soins pour qu'ils soient mieux préparés à accompagner les femmes dans leur parcours.

Enfin, la synergie des actions est essentielle pour garantir le droit à la santé reproductive sans crainte ni stigma pour toutes les femmes.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES



- [1] Organisation Mondiale de la Santé : Avortement, Principaux faits [En ligne]. 2021 [mis à jour le 25 novembre 2021, consulté le 12 Janvier 2025]. Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
- [2] Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C. et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health* 2020; 8: 1152–61.
- [3] Alhassan AY, Abdul-Rahim A, Akaabre PB. Knowledge, Awareness And Perceptions Of Females On Clandestine Abortion In Kintampo North Municipality, Ghana. *Eur Sci J ESJ* 2016; 12: 95.
- [4] Mukerenge NF, Tjandja JM, Nakakuwa FN. Factors Influencing Unsafe Abortion Decision-Making Among Young Women in an Abortion-Restricted Setting. Epub ahead of print 21 September 2023. DOI: 10.21203/rs.3.rs-3305657/v1.
- [5] Gbagbo FY, Amo-Adjei J, Laar A. Decision-Making for Induced Abortion in the Accra Metropolis, Ghana. *African Journal of Reproductive Health March* [En ligne]. 2015 [consulté le 19 Décembre 2024]. 19 (2) : 34-42 Disponible : <https://www.ajrh.info/index.php/ajrh/article/view/388>
- [6] Loi UR, Lindgren M, Faxelid E, Oguttu M, Allvin MK. Decision-making preceding induced abortion: A qualitative study of women's experiences in Kisumu, Kenya. *Reprod Health*; 15, 166 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0612-6>
- [7] Boumendjel S. Interdiction d'avorter. Contribution à l'analyse d'une problématique multidimensionnelle. *Éthique Santé* 2021; 18: 182–90.

- [8] Enabling access to quality abortion care: WHO's Abortion Care guideline. Epub ahead of print 24 January 2025. DOI: 10.1016/S2214-109X(21)00552-0.
- [9] World Health Organization: Abortion care guideline [internet]. 2022 [update 8 March 2022, accessed on 19 December 2024]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>
- [10] Bert C. La responsabilité dans la prise de décision d'une interruption volontaire de grossesse: une violence de genre(s) ? In: *Les violences de genre au prisme du droit*. Bruxelles: Larcier, 2020, p. 183–202.
- [11] Lenne-Cornuez J. L'interruption volontaire de grossesse : une liberté fondamentale ? Chapitre XIII, dans *Enfin libres ?*, Jean Birnbaum (dir.), Paris, Folio essais, Gallimard, 2023, p. 221-39.
- [12] Mizana BA, Woyecha T, Abdu S. Delay in decision and determinants for safe abortion among women at health facilities in south West Ethiopia: facility based cross sectional study. *Int J Equity Health* 2020; 19: 7.
- [13] Olson RM, Kamurari S. Barriers to safe abortion access: uterine rupture as complication of unsafe abortion in a Ugandan girl. *BMJ Case Rep* 2017; bcr2017222360.
- [14] Ouedraogo R, Senderowicz L, Ngbichi C. "I wasn't ready": abortion decision-making pathways in Ouagadougou, Burkina Faso. *Int J Public Health* 2020; 65: 477-86.
- [15] Frederico M, Michielsen K, Arnaldo C, Decat P. Factors influencing abortion decision-making processes among young women. *Int J Environ Res Public Health*; 15(2). 329; <https://doi.org/10.3390/ijerph15020329>

- [16] Coast E, Murray SF. 'These things are dangerous': Understanding induced abortion trajectories in urban Zambia. *Soc Sci Med* 2016; 153: 201-9.
- [17] Kumi-Kyereme A, Gbagbo FY, Amo-Adjei J. Role-players in abortion decision-making in the Accra Metropolis, Ghana. *Reprod Health*; 11. 70 (2014).
<https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-70>
- [18] Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie. Avortements à Risque au Bénin : Ampleur, Déterminants et Analyse des Politiques Actuelles de Lutte, 2015.
- [19] Seid A, Yeneneh H, Sende B, Belete S, Eshete H, Fantahun M, et al. Barriers to access safe abortion services in East Shoa and Arsi Zones of Oromia Regional State, Ethiopia. *Ethiop J Health Dev* 2015; 29 (1): 1-79
- [20] Izugbara CO, Egesa C, Okelo R. 'High profile health facilities can add to your trouble': Women, stigma and un/safe abortion in Kenya. *Soc Sci Med* 2015; 141: 9-18.
- [21] Atakro CA, Addo SB, Aboagye JS, Menlah A, Garti I, Amoa-Gyarteng KG, et al. Contributing factors to unsafe abortion practices among women of reproductive age at selected district hospitals in the Ashanti region of Ghana. *BMC Womens Health* 2019; 19: 60.
- [22] Hoffmann JP, Johnson SM. Attitudes toward Abortion among Religious Traditions in the United States: Change or Continuity? *Sociol Relig* 2005; 66: 161.
- [23] Groupe de travail sur la discrimination à l'égard des femmes et des filles : Autonomie, égalité et santé procréative des femmes. *OHCHR* [En ligne]. 2017 [mis à jour le 8 Mars 2022, consulté le 7 Mars 2025]. Disponible : <https://www.ohchr.org/fr/special->

[procedures/wg-women-and-girls/womens-autonomy-equality-and-reproductive-health](#) (accessed 7 March 2025).

- [24] Juarez F, Bankole A, Palma JL. Women's abortion seeking behavior under restrictive abortion laws in Mexico. *PLOS ONE* 2019; 14: e0226522.
- [25] Lince-Deroche N, Feters T, Sinanovic E, Blanchard K. Accessing medical and surgical first-trimester abortion services: women's experiences and costs from an operations research study in KwaZulu-Natal Province, South Africa. *Contraception* 2017; 96(2): 72-80.
- [26] The World's Abortion Laws: Center for Reproductive Rights [En ligne]. [consulté le 25 mars 2025]. Disponible : <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/>
- [27] Gouvernement de la Cote d'Ivoire : Code pénal [En ligne]. 1981. [consulté le 25 mars 2025]. Disponible : <https://www.gouv.ci/doc/accords/1512502410CODE-PENAL.pdf>
- [28] Assemblée nationale du Togo : Code pénal Togo, Loi n° 2016-027 du 11 octobre 2016. [En ligne]. 2015. [consulté le 25 mars 2025]. Disponible : <https://assemblee-nationale.tg/wp-content/uploads/2023/02/CODE-PENAL-loi-AN.pdf>
- [29] Assemblée nationale du Togo : Loi de santé reproductive. [En ligne]. 2007. [consulté le 07 janvier 2025]. Disponible : <https://scorecard.prb.org/wp-content/uploads/2018/05/Loi-n%C2%B0-2007-005-Sur-la-Sante%CC%81-de-la-Reproduction-2007.-Togo.pdf>
- [30] Organisation Mondiale de la Santé : Avortement médicalisé au Bénin : Guide et Standards. [En ligne]. 2018. [consulté le 07 janvier 2025]. Disponible : <https://platform.who.int/docs/default->

[source/mca-documents/policy-documents/guideline/BEN-MN-78-01-GUIDELINE-2018-fra-Medical-Abortion-Guidelines-Standards.pdf](https://mca-documents/policy-documents/guideline/BEN-MN-78-01-GUIDELINE-2018-fra-Medical-Abortion-Guidelines-Standards.pdf)

- [31] Présidence de la république : Loi N°2021-12 du 20 décembre 2021 modifiant et complétant la loi n° 2003-04 du 03 mars 2003 relative à la santé sexuelle et à la reproduction. [En ligne]. 2024 [consulté le 25 mars 2025]. Disponible : <https://documentation-anbenin.org/s/textes-de-lois/item/2212>
- [32] Organisation Mondiale de la Santé. Recommandations pour la pratique clinique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Afrique-Guide du prestataire- Troisième édition. 2018.
- [33] DHS program : STATcompiler [En ligne]. [consulté le 07 janvier 2025]. Disponible : <https://www.statcompiler.com/fr/>
- [34] Institut national de la statistique et de la démographie : Rapport final de la cinquième enquête démographique et de Santé au Bénin (EDSB V) [En ligne]. [consulté le 12 janvier 2025]. Disponible : https://instad.bj/images/docs/insae-statistiques/enquetes-recensements/EDS/2017-2018/1.Benin_EDSBV_Rapport_final.pdf
- [35] APHRC, Rutgers, et ABPF. Expériences de l'avortement au Bénin: Déterminants sociaux et parcours de soins dans le département de l'Atlantique. APHRC, Nairobi, Kenya (2022) [En ligne]. [consulté le 25 mars 2025]. Disponible : <https://rutgers.international/wp-content/uploads/2022/03/Raport-Benin-APHRC-ABPF-Rutgers.pdf>
- [36] Coast E, Norris AH, Moore AM, Freeman E. Trajectories of women's abortion-related care: A conceptual framework. *Soc Sci Med* 2018; 200: 199–210.
- [37] Institut national de la statistique et de la démographie : Principaux Indicateurs de la fécondité au niveau national, [En ligne]. [consulté

le 08 janvier 2025]. Disponible :
<https://instad.bj/images/docs/insae-statistiques/demographiques/nuptialite-fecondite/Principaux%20Indicateurs%20de%20la%20fecondite%20au%20niveau%20national.pdf>

- [38] Institut national de la statistique et de la démographie. Cahier des villages et quartiers de ville du Mono. [En ligne]. [consulté le 12 janvier 2025]. Disponible : <https://rgph5.instad.bj/wp-content/uploads/2023/03/Cahier-des-villages-et-quartiers-de-ville-du-Mono.pdf>
- [39] Institut national de la statistique et de la démographie. Enquête par grappes à indicateurs multiples 2021-2022. Bénin : INSTaD, 2023 [En ligne]. [consulté le 17 mars 2025]. Disponible : https://instad.bj/images/docs/insae-statistiques/enquetes-recensements/MICS/Benin%20MICS%202021-2022%20SFR%2020231222_ECDI&Malaria%20Adjusted.pdf.
- [40] Institut national de la statistique et de la démographie. Résultats définitifs RGPH4. 2015; [En ligne]. [consulté le 17 mars 2025]. Disponible : <https://instad.bj/images/docs/insae-statistiques/demographiques/population/Resultats%20definitifs%20RGPH4.pdf>
- [41] Ministère de la santé. Annuaire des statistiques sanitaires, Bénin 2021, [En ligne]. [consulté le 08 février 2025]. Disponible : www.sante.gouv.bj.
- [42] Ministère de la santé du Bénin. Centre hospitalier départemental Mono-Couffo. [En ligne]. [consulté le 12 janvier 2025]. Disponible : <https://sante.gouv.bj/Centre-Hospitalier-Departemental-Mono-Couffo>

- [43] Ministère de la santé du Bénin. Les zones sanitaires [En ligne]. [consulté le 19 décembre 2024]. Disponible : <https://sante.gouv.bj/Les-Zones-sanitaires>
- [44] Institut national de la statistique et de la démographie. Projections démographiques de 2014 à 2063 et perspectives de la demande sociale de 2014 à 2030 au Bénin, [En ligne]. [consulté le 03 février 2025]. Disponible : <https://instad.bj/images/docs/Actualit%C3%A9s/Projection%20r%C3%A9vis%C3%A9e.pdf>
- [45] Ministère de la santé, Bénin. Annuaire des statistiques sanitaires 2022. [En ligne]. [consulté le 08 décembre 2024]. Disponible : https://instad.bj/images/docs/insae-publications/annuelles/AS-INSAE/Annee_2022/Annuaire_2022_Valid%C3%A9.pdf
- [46] Nations Unies - Conseil économique et social : Observation générale N° 22 (2016) sur le droit à la santé sexuelle et procréative (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels) » HIV Justice Toolkit, 2 mai 2016. Disponible : <https://toolkit.hivjusticeworldwide.org/fr/resource/observation-generale-no-22-2016-sur-le-droit-a-la-sante-sexuelle-et-procreative-art-12-du-pacte-international-relatif-aux-droits-economiques-sociaux-et-culture/>
- [47] Présidence République du Bénin, Decret N° 2023-151 du 19 Avril 2023 fixant les conditions d'interruption volontaire de grossesse. Disponible : <https://sgg.gouv.bj/doc/decret-2023-151/>
- [48] Loi UR, Otieno B, Oguttu M, Gemzell-Danielsson K, Allvin MK, Faxelid E, et al. Abortion and contraceptive use stigma: a cross-sectional study of attitudes and beliefs in secondary school students in western Kenya. *Sex Reprod Health Matters*; 27. Epub ahead of print 2019. 27(3):1652028.

- [49] Mbuthia M. Expériences de l'avortement au Bénin : déterminants sociaux et parcours de soins dans le département de l'Atlantique. *APHRC 2022*, [En ligne]. [consulté le 19 décembre 2024]. Disponible <https://aphrc.org/publication/12508/>
- [50] Mutua MM, Maina BW, Achia TO, Izugbara CO. Factors associated with delays in seeking post abortion care among women in Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth*; 15. Epub ahead of print October 2015. DOI: 10.1186/s12884-015-0660-7.

