



# Libéraliser l'avortement : l'avortement sécurisé dans le contexte du VIH

Étude complétée par une fiche récapitulative sur l'avortement et un aperçu des cadres juridiques et politiques en vigueur dans le monde



---

## À propos de l'International HIV/AIDS Alliance

Nous sommes une alliance innovante d'organisations nationales de la société civile indépendantes, unies par notre vision d'un monde sans sida.

Nous sommes engagés en faveur de l'action conjointe, du travail avec les communautés à travers l'action locale, nationale et mondiale axée sur le VIH, la santé et les droits humains.

Nos actions sont guidées par nos valeurs : la vie de tous les êtres humains est d'une égale valeur, et tout le monde a droit à l'accès aux informations et aux services de lutte contre le VIH dont nous avons besoin pour mener une vie saine.

### **International HIV/AIDS Alliance**

91-101 Davigdor Road  
Hove, East Sussex  
BN3 1RE  
Royaume-Uni

**Tél.** : +44 1273 718 900

**Fax** : +44 1273 718 901

**E-mail** : [mail@aidsalliance.org](mailto:mail@aidsalliance.org)

Association agréée n° 1038860

### **Remerciements**

**Auteure principale** : Carol Bradford

**Coordinatrice du projet** : Luisa Orza

**Révisseuses** : Fiona Hale et Emma Bell

**Avec la contribution de** : Divya Bajpai, Matteo Cassolato, Georgina Caswell, Andre Kloppers, Delphine Schlosser et Felicia Wong

© International HIV/AIDS Alliance, 2018

Les informations contenues dans la présente publication peuvent être librement reproduites, publiées ou autrement utilisées à des fins non lucratives sans l'autorisation de l'International HIV/AIDS Alliance. Toutefois, l'International HIV/AIDS Alliance demande à être citée comme étant la source de l'information.

Photo de couverture : Dolly, une professionnelle du sexe du bordel de Daulatdia, bénéficie des services du projet Link Up. © Syed Latif Hossain/Alliance

Maquette et illustration : Jane Shepherd

## Table des matières

<b>Acronymes et abréviations</b>	<b>4</b>
<b>Libéraliser l'avortement : l'avortement sécurisé dans le contexte du VIH</b>	<b>5</b>
Introduction	5
Importance de la SDR des femmes pour lutter efficacement contre le VIH	7
Pourquoi l'avortement sécurisé, le droit à l'avortement choisi et les SAA sont-ils importants pour les femmes vivant avec, ou touchées par, le VIH ?	8
Attitudes à l'égard des femmes vivant avec le VIH, de la fécondité et de la grossesse	10
Que savons-nous de l'avortement chez les femmes vivant avec le VIH et touchées par le VIH ?	11
Par quels moyens les OSC peuvent-elles accompagner les femmes vivant avec le VIH et touchées par le VIH en cas de grossesse non prévue ou non désirée ?	12
Conclusion	17
<b>Annexe : fiche récapitulative sur l'avortement et aperçu des cadres juridiques et politiques en vigueur dans le monde</b>	<b>18</b>
Qu'est-ce que l'avortement ?	18
Qu'est-ce que l'avortement sécurisé ?	18
Quand et où l'avortement est-il légal ?	20
Quels sont les principaux obstacles à l'avortement ?	21
Quels sont les instruments politiques internationaux en faveur de l'avortement sécurisé ?	22
Où puis-je trouver des informations fiables ?	24
Où puis-je recevoir des conseils pratiques et une aide à l'avortement par un(e) professionnel(le) ?	24
<b>Notes</b>	<b>25</b>

## Acronymes et abréviations

TAR	thérapie antirétrovirale
OSC	organisation de la société civile
VS	violence sexiste
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
VPI	violence de la part d'un partenaire intime
SAA	soins après un avortement
PHP	prévention de l'hémorragie du post-partum
ODD	objectif de développement durable
SDSR	santé et droits en matière de sexualité et de reproduction
IST	infection sexuellement transmissible
CVCA	clarification des valeurs et changement d'attitude
OMS	Organisation mondiale de la Santé



# Libéraliser l'avortement : l'avortement sécurisé dans le contexte du VIH

## Introduction

L'International HIV/AIDS Alliance (ci-après l'« Alliance ») vise à améliorer l'accessibilité des services de santé et de lutte contre le VIH de qualité et à faire respecter les droits humains des personnes vivant avec le VIH et touchées par le VIH<sup>1</sup>. Notre approche est axée sur la personne, aussi considérons-nous la santé sous un angle individuel. Pour nous, celle-ci ne se limite pas à l'absence de maladie, mais englobe tous les besoins, désirs, aptitudes et droits humains de l'individu. Nos interventions reposent sur des valeurs d'égalité, d'équité, d'autonomisation et d'intégration à tous les niveaux : individu, pairs, famille, communauté, services, professionnels de l'Alliance, et environnement juridique et politique.

La plupart des gens envisagent leur vie sexuelle et reproductive comme un tout, dont le VIH ne constitue qu'une partie. Non seulement le fait de considérer la vie sexuelle et reproductive dans sa globalité permet d'améliorer celle-ci en tant que telle, mais cela facilite aussi grandement la prévention et le traitement du VIH.

Selon son approche relative à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction (SDSR), l'Alliance s'efforce d'améliorer l'accès à des services de SDSR complets de qualité et à des programmes intégrant lutte contre le VIH et SDSR. Elle intervient auprès des populations clés, des adolescents touchés par le VIH ou qui y sont exposés, des femmes et des filles dans toute leur diversité, et des personnes que la violence sexiste expose au VIH et à des problèmes de santé.

### Principales interventions en matière de SSR et de lutte contre le VIH<sup>2</sup>

- Promotion de pratiques sexuelles sûres, afin de prévenir les IST, le VIH et les grossesses non prévues
- Activités favorisant une sexualité épanouie
- Faciliter l'accès au dépistage du VIH et aux services de conseil
- Regrouper les services de planification familiale et de lutte contre le VIH
- **Avortement sécurisé et SAA**
- Protéger et améliorer la fertilité
- Traitement antirétroviral
- Empêcher la transmission du VIH de la mère à l'enfant durant la grossesse, l'accouchement et après la naissance
- Améliorer la santé maternelle et néonatale
- Optimiser l'intégration des services de lutte contre les IST et le VIH
- Prévenir, dépister et soigner les cancers liés à la SSR
- Éliminer la violence sexiste

Il est nécessaire, afin de protéger la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction de tous, de mettre en place des programmes d'avortement sécurisé et de soins après un avortement (SAA) (prestation directe ou orientation vers un praticien), des programmes complets d'éducation à la sexualité, ainsi que des services d'information et de conseil sur les diverses méthodes de planification familiale (notamment l'avortement sécurisé). La prestation de services doit se doubler d'un plaidoyer en faveur du maintien ou de l'assouplissement des lois et des politiques permettant aux femmes qui le souhaitent d'accéder légalement à l'avortement sécurisé. Celui-ci est sans doute l'aspect le plus contesté de ces programmes et nécessite dès lors une attention particulière.

### Un environnement politique défavorable : la règle du bâillon mondial et le VIH

On observe, depuis quelques années, une recrudescence sans précédent des attaques visant les droits des femmes en matière de sexualité et de reproduction. Fait notoire, le président des États-Unis, Donald Trump, a rétabli en 2017 la « politique de Mexico » – également connue sous l'appellation « règle du bâillon mondial » – et l'a étendue à la totalité des programmes de santé mondiaux. Cette décision entrave sérieusement la promotion de l'accès à l'avortement sécurisé dans le cadre de programmes de SDRS complets. Elle menace également les organisations investies dans la lutte mondiale contre le VIH, dont beaucoup opèrent dans des juridictions limitant le droit à l'avortement, et réduit leur marge de manœuvre (conseil, orientation, interruption de grossesse ou plaidoyer). La règle du bâillon mondial entrave d'autant plus ces efforts<sup>3</sup>.

La règle du bâillon mondial concerne toutes les organisations internationales et locales basées hors des États-Unis et recevant des financements américains. Toutes doivent, selon les « dispositions standard » de la politique de Mexico, s'engager contractuellement à ne fournir aucun service lié à l'avortement (conseil, orientation, interruption de grossesse) et à ne pas plaider pour le maintien ou la libéralisation du droit à l'avortement en vigueur dans leur pays.

Les États-Unis sont le premier donateur des services de santé dans l'hémisphère Sud : la règle du bâillon mondial met donc en péril tous les programmes de santé, en particulier dans les domaines de la SDRS et du VIH. Les programmes intégrés fondés sur des données probantes ne seront pas épargnés, puisque même l'orientation des patientes vers des centres d'orthogénie n'est plus tolérée au titre de la politique de Mexico, sous peine de se voir couper les financements. Même les bénéficiaires des aides américaines basés dans des pays où l'avortement est légal ne seront plus autorisés à le pratiquer.

La règle du bâillon mondial tolère quelques exceptions. Les femmes enceintes peuvent être orientées vers des centres d'orthogénie en cas de viol, d'inceste, de danger pour la vie de la mère ou lorsqu'elles expriment le souhait d'interrompre leur grossesse et se renseignent explicitement sur les services d'avortement légal et sécurisé disponibles. La politique de Mexico ne couvre pas les SAA : les femmes souffrant de complications à la suite d'un avortement non sécurisé peuvent recevoir des soins vitaux de la part des professionnels de santé sans risque de sanction.

Les données mettent en évidence le fait que, loin d'avoir réduit le nombre d'avortements, la règle du bâillon mondial a induit une hausse du nombre d'interruptions de grossesse et de grossesses non prévues<sup>4</sup>.

Le secrétariat de l'Alliance a décidé de ne plus solliciter ni renouveler les fonds d'aide à la santé octroyés par le gouvernement des États-Unis en appui à la mise en œuvre de nos programmes, tant que dureront les restrictions et la « règle du bâillon mondial » en vigueur (voir encadré p. 6). Nous estimons que, dans le climat actuel fluctuant et hostile à l'égard des droits des femmes, nous devons clairement exprimer notre opinion et notre position quant à l'avortement sécurisé ; celui-ci doit être intégré dans un programme complet de SDRS, indispensable pour lutter efficacement contre le VIH. Tel est l'objectif du présent document ; lequel fournit aux organisations de la société civile (OSC) intervenant dans la lutte contre le VIH (prévention, traitement, soins et soutien) des informations relatives à l'avortement sécurisé, au droit à un avortement choisi et aux SAA. Il contient également des réflexions et des recommandations visant à orienter l'élaboration des programmes et des politiques de défense des droits des femmes et de lutte contre le VIH. Nous espérons qu'il sera utile aux partenaires de l'Alliance et aux autres OSC voulant, entre autres :

- agir (davantage) en faveur de l'avortement dans le cadre d'un programme complet de SDRS ;
- mener une action de plaidoyer à différents niveaux ;
- comprendre comment et pourquoi la règle du bâillon mondial s'applique à leur activité ;
- renforcer leurs compétences de plaidoyer en faveur du droit à l'avortement ;
- comprendre la corrélation entre avortement et VIH ainsi que les raisons pour lesquelles l'accès à l'avortement sécurisé renforce l'efficacité de la lutte contre le VIH ;
- animer une réflexion sur la question de l'avortement avec leurs collaborateurs et leur conseil d'administration ;
- aborder la question de l'avortement avec les communautés auprès desquelles ils interviennent.

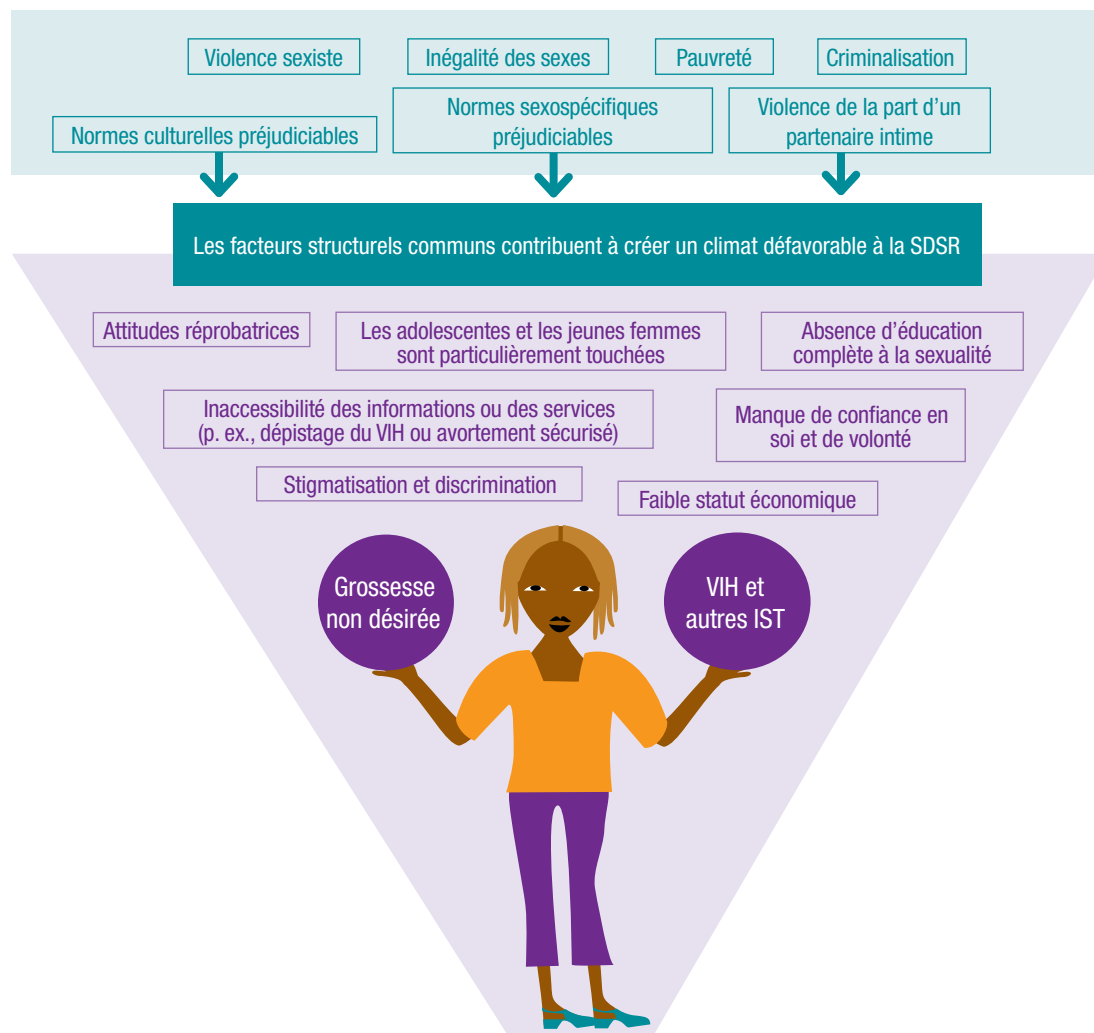
## Importance de la SDRS des femmes pour lutter efficacement contre le VIH

Le respect de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction des filles et des femmes vivant avec le VIH et les plus touchées par le VIH, dans toute leur diversité, est primordial. Elles doivent notamment être libres de faire des choix concernant leur vie sexuelle et reproductive, sans discrimination ni contrainte ou violence. Chez les femmes, le VIH est généralement associé à la sexualité, à la grossesse, à l'accouchement et à l'allaitement. Certaines infections sexuellement transmissibles (IST) augmentent également le risque de contracter le VIH. Le VIH et la mauvaise santé sexuelle et reproductive ont des causes profondes similaires, notamment certains facteurs structurels, tels que la pauvreté, les normes culturelles préjudiciables, l'inégalité des sexes, l'exclusion sociale, la criminalisation des populations clés et le manque d'accès aux informations et aux services<sup>2</sup>.

L'avortement sécurisé<sup>5</sup>, le droit à un avortement choisi et les SAA sont essentiels pour protéger la SDRS de toutes les femmes, notamment celles qui vivent avec le VIH ou sont touchées par le VIH.

La question de l'avortement, comme celle du VIH, est très politisée et stigmatisante. Les gens ont généralement un avis très arrêté sur le sujet, sans compter qu'il peut être difficile de trouver des sources d'information fiables. Les femmes que rencontrent les organisations communautaires intervenant dans la lutte contre le VIH se heurtent à de multiples obstacles, parmi lesquels le manque d'accessibilité des services de lutte contre le VIH et de contraception. Mais, si bien des communautés savent accompagner les personnes vivant avec le VIH, elles sont généralement démunies face aux besoins de SDRS des femmes, en particulier l'avortement.


Exemples d'obstacles communs à la SDSR en matière d'avortement et de VIH




Pourquoi l'avortement sécurisé, le droit à l'avortement choisi et les SAA sont-ils importants pour les femmes vivant avec, ou touchées par, le VIH ?

L'avortement sécurisé, le droit à l'avortement choisi et les SAA sont essentiels pour les femmes vivant avec le VIH<sup>6</sup>. Comme toutes les femmes sexuellement actives en âge de procréer, les femmes et les adolescentes vivant avec, ou touchées par, le VIH peuvent être confrontées à une grossesse non prévue si elles n'ont pas accès à la contraception – y compris la contraception d'urgence – ou en cas d'échec des contraceptifs qu'elles utilisent. Une grossesse non désirée peut survenir à la suite d'un rapport sexuel forcé ou d'un viol – y compris conjugal – ou si la femme n'a pas pu négocier l'utilisation d'un préservatif.

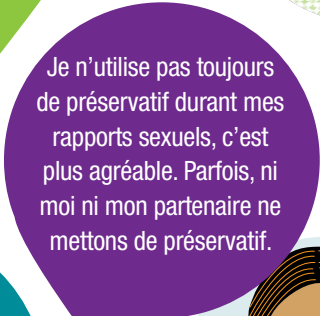





Je n'ose pas demander de contraception, car mon médecin pense que les jeunes vivant avec le VIH ne doivent pas avoir de rapports sexuels.



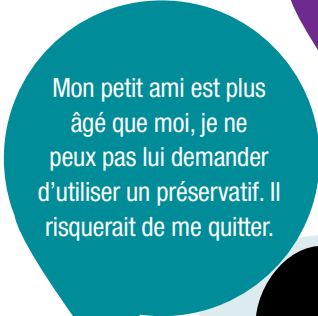
Il n'y a pas assez d'eau et de nourriture dans ce camp de réfugiés et je suis de nouveau enceinte.




Je n'utilise pas toujours de préservatif durant mes rapports sexuels, c'est plus agréable. Parfois, ni moi ni mon partenaire ne mettons de préservatif.




En apprenant que j'étais enceinte et séropositive, mon partenaire m'a quittée et je me suis retrouvée à la rue.




Mon petit ami est plus âgé que moi, je ne peux pas lui demander d'utiliser un préservatif. Il risquerait de me quitter.




Je pense que nous avons assez d'enfants, mais je ne peux pas utiliser de contraception, car mon mari en veut d'autres.



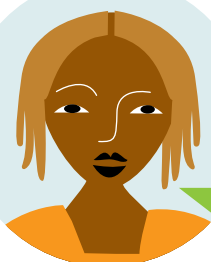
Je ne veux pas que mon partenaire découvre ma séropositivité. Si je lui demande d'utiliser un préservatif, il pourrait avoir des soupçons.



Il me paie davantage pour les rapports sans préservatif, et j'ai besoin d'argent pour nourrir mes enfants.



Si seulement j'avais su qu'il existait une contraception d'urgence et où me la procurer !



On se rend compte, à la lecture de ces témoignages, que les femmes vivant avec le VIH et les femmes des populations clés et vulnérables (notamment les professionnelles du sexe, les consommatrices de drogues, les adolescentes et les jeunes femmes) ont plus de difficultés à accéder à des services complets de SDR et à en bénéficier. Les femmes confrontées à une grossesse non désirée peuvent choisir d'avorter pour des motifs très divers, dont les suivants : elles souhaitent finir leurs études ; elles rencontrent des problèmes de santé physique et/ou mentale ; elles ne se sentent pas capables de nourrir et d'élever un enfant (supplémentaire) ; elles redoutent ou subissent la violence de leur partenaire intime ou de leur compagnon provoquée par la grossesse ; ou il peut s'agir d'un événement de nature personnelle (rupture amoureuse, etc.) ou professionnelle (perte d'emploi, etc.).

La corrélation entre le VIH et l'inégalité des sexes, les normes sociales sexospécifiques, les pratiques culturelles préjudiciables (p. ex., le mariage forcé ou précoce) et la violence à l'égard des femmes est de plus en plus évidente. Par exemple, nous savons que les femmes vivant avec le VIH subissent souvent des violences avant et après le dépistage du VIH, notamment de la part de leur partenaire intime<sup>6</sup>, ce qui les empêche de négocier des pratiques sexuelles sûres<sup>6</sup> et, à long terme, d'utiliser le moyen de contraception de leur choix. Dans certaines régions, les femmes victimes de violences de la part de leur partenaire intime sont deux fois plus exposées au risque de contracter le VIH que les autres femmes<sup>9</sup>. De même, les femmes ayant subi des violences sexistes sont deux fois plus susceptibles d'interrompre leur grossesse<sup>10</sup>.

Toutes ces circonstances – l'inégalité des sexes, les normes sociales sexospécifiques, la violence contre les femmes et, dans le cas des adolescentes et des jeunes femmes, la différence d'âge et les inégalités de pouvoir, qui exposent les femmes au risque de VIH – expliquent également le manque de connaissances relatives à la planification familiale, le faible taux d'accès à ces services, le manque d'autonomie quant à l'utilisation de la contraception et l'exposition aux grossesses non prévues. Les femmes des populations clés, notamment les professionnelles du sexe, les consommatrices de drogues et les migrantes, déjà victimes de stigmatisation et d'exclusion sociale, se heurtent souvent à des obstacles juridiques les empêchant d'accéder aux services.

### Attitudes à l'égard des femmes vivant avec le VIH, de la fécondité et de la grossesse

De nombreuses femmes parmi celles vivant avec le VIH et les plus touchées par le VIH veulent fonder une famille ; elles doivent être soutenues dans leur choix. Cependant, elles ont toujours été incitées à ne pas avoir d'enfant et beaucoup ont encore du mal à concrétiser leur désir de maternité. De nombreuses femmes sont forcées d'interrompre leur grossesse – même dans les pays ou les circonstances où l'avortement est illégal<sup>7</sup>. Certaines femmes vivant avec le VIH sont stérilisées contre leur gré ; cette condition leur est parfois imposée afin d'être « autorisées » à avorter<sup>7</sup>. Il est désormais largement reconnu que les professionnels de santé qui pratiquent un avortement ou une stérilisation sans le consentement éclairé de la femme, en plus de ne pas respecter ses droits humains, transgressent les règles internationales et le code de déontologie médicale<sup>11</sup>. Malgré cette prise de conscience, on continue de signaler des cas de non-respect des droits des femmes vivant avec le VIH par les professionnels de santé<sup>12</sup>.

Certaines communautés voient d'un mauvais œil la grossesse et l'avortement des femmes vivant avec le VIH. D'après une étude menée au Nigéria et en Zambie<sup>13</sup>, les femmes enceintes vivant avec le VIH, qu'elles choisissent d'avorter ou de poursuivre leur grossesse, sont stigmatisées, en raison des attitudes morales vis-à-vis de l'interruption de grossesse et de la

croyance largement répandue selon laquelle ces femmes ne doivent pas avoir d'enfant. Il est évidemment primordial d'aider les femmes vivant avec le VIH dans le domaine de la SDRS, notamment en leur permettant d'accéder aux services de planification familiale, d'avortement sécurisé et de SAA et de faire valoir leur droit à un avortement choisi, afin qu'elles puissent maîtriser leur fécondité. Cependant, l'intégration des services de SDRS et de lutte contre le VIH est encore loin d'être accomplie<sup>14</sup>.

## Que savons-nous de l'avortement chez les femmes vivant avec le VIH et touchées par le VIH ?

Compte tenu de la stigmatisation liée à l'avortement et sachant que le fait de limiter ou de criminaliser l'accès sûr à l'avortement incite les femmes à recourir à l'avortement non sécurisé et/ou clandestin (voir annexe), il est difficile de connaître précisément le nombre d'avortements pratiqués, notamment chez les femmes vivant avec le VIH et touchées par le VIH. Selon les chiffres dont nous disposons, un quart des grossesses sont interrompues dans le monde (27 % dans les pays à revenu élevé et 24 % dans les pays à revenu faible et intermédiaire). Les femmes mariées ont plus de chance de voir leur démarche aboutir que les femmes non mariées<sup>15</sup>. La plupart des avortements ont lieu au cours du premier trimestre de grossesse (88 % en 2006)<sup>16</sup>. On estime qu'environ 25 millions d'avortements non sécurisés sont pratiqués chaque année, en majorité (97 %) dans les pays à revenu faible et intermédiaire<sup>17</sup>.

### Directives mondiales relatives à l'avortement chez les femmes vivant avec le VIH

La *Ligne directrice unifiée sur la santé et les droits des femmes vivant avec le VIH en matière sexuelle et reproductive (2017)*<sup>24</sup> contient deux nouvelles recommandations relatives aux services d'avortement sécurisé :

**Recommandation B.30** : L'OMS recommande que les femmes vivant avec le VIH qui souhaitent interrompre leur grossesse bénéficient des mêmes services d'avortement sécurisé que les autres femmes.

**Recommandation B.31** : L'OMS propose que les femmes vivant avec le VIH qui souhaitent interrompre leur grossesse puissent choisir entre avortement médicamenteux et chirurgical comme toutes les autres femmes.

Les observations suivantes sont également formulées :

- L'avortement doit être pratiqué de manière non contraignante, dans le respect et la bienveillance.
- Les agents de santé, qu'ils pratiquent ou non l'avortement, doivent respecter les droits des femmes vivant avec le VIH a) en leur permettant d'accéder à ces services si elles le souhaitent, et b) en veillant à ce qu'elles fassent ce choix librement.
- Même si l'offre d'un établissement se limite à une seule méthode d'interruption de grossesse (médicamenteuse ou chirurgicale), les femmes vivant avec le VIH doivent pouvoir y accéder comme toutes les autres femmes.

L'OMS reste de l'avis que l'avortement, qu'il soit médicamenteux ou chirurgical, ne présente aucun danger pour les femmes vivant avec le VIH, bien que des recherches plus poussées soient nécessaires dans ce domaine. Un examen Cochrane est en cours de réalisation, afin d'évaluer l'efficacité, la sécurité et les résultats des deux méthodes chez les femmes vivant avec le VIH<sup>25</sup>.

On notera que le **nombre (taux) d'avortement(s) est similaire quelle que soit la législation** : il est de 37 pour 1 000 femmes dans les pays où l'avortement est strictement encadré et de 34 pour 1 000 dans les pays où celui-ci est libre<sup>18</sup>. Si les législations restrictives n'empêchent pas les femmes de recourir à l'avortement, il existe toutefois une différence de taille : les femmes vivant dans un pays appliquant une législation libérale sont plus susceptibles d'avorter de manière *sécurisée*, tandis que celles vivant dans un environnement restrictif risquent davantage de subir une procédure *non sécurisée*.

La plupart des décès résultant d'un avortement non sécurisé se produisent dans l'hémisphère Sud, dont 44 % en Afrique<sup>19</sup>. Selon des chiffres récents, la part de décès maternels dus à l'avortement oscillerait entre 8 et 18 %<sup>20</sup>. On estimait entre 22 500 et 44 000 le nombre de décès liés à l'avortement dans le monde en 2014.

La non-satisfaction des besoins de contraception moderne est l'un des principaux facteurs de grossesse non désirée : 84 % des grossesses non prévues résulteraient d'un besoin de contraception non satisfait<sup>21</sup>. Bien que l'on ignore le nombre exact d'avortements pratiqués chez les femmes vivant avec le VIH, de nombreuses études plus confidentielles menées à travers le monde révèlent que les besoins de contraception non satisfaits au sein de ce groupe sont élevés. Par exemple, en Afrique subsaharienne, entre 66 et 92 % des femmes vivant avec le VIH déclarent ne pas vouloir d'autre enfant – que cela soit à court ou à long terme –, alors que 20 à 43 % d'entre elles seulement sont sous contraception<sup>22</sup>. Selon une étude réalisée dans deux centres de lutte contre le VIH au Ghana, les besoins de planification familiale non satisfaits des femmes vivant avec le VIH sont également élevés ; les femmes jeunes et au revenu inférieur pâtissent davantage de l'absence de services de planification familiale accessibles sur place<sup>23</sup>. L'accès à la planification familiale (que l'on doit si possible intégrer aux services de prévention et de traitement du VIH) est essentiel pour prévenir les grossesses non désirées<sup>4</sup>.

### Par quels moyens les OSC peuvent-elles accompagner les femmes vivant avec le VIH et touchées par le VIH en cas de grossesse non prévue ou non désirée ?

Les OSC intervenant auprès des femmes vivant avec le VIH et touchées par le VIH doivent connaître la législation encadrant l'avortement, afin de pouvoir accompagner correctement les femmes en cas de grossesse non prévue ou non désirée. Des informations supplémentaires concernant l'environnement juridique sont fournies en annexe.

Même dans les pays où l'avortement est strictement encadré ou illégal, les OSC peuvent aider de multiples façons les femmes vivant avec le VIH et touchées par le VIH à accéder aux services de SDRS en cas de grossesse non prévue ou non désirée.

## 1. Soins après un avortement

Les OSC intervenant auprès des femmes vivant avec le VIH et touchées par le VIH peuvent au moins les aider à accéder aux services de SAA, qui sont autorisés dans tous les pays et souvent vitaux.



### Les organisations de la société civile peuvent :

- répertorier les structures proposant des SAA et s'informer de la procédure d'orientation ; transmettre ces informations aux femmes participant aux activités de l'organisation ou bénéficiant de ses services ;
- se rapprocher des prestataires de SAA, pour que les femmes vivant avec le VIH et les plus touchées par le VIH puissent accéder à ces services sans être jugées ni stigmatisées, dans le respect de leur personne, de leurs droits fondamentaux et du principe de confidentialité.

## 2. Mobilisation communautaire

La stigmatisation qui entoure l'avortement continue de faire obstacle à sa pratique sécurisée<sup>4</sup>. Comme pour le VIH, c'est à l'échelle communautaire que se joue la lutte contre la stigmatisation associée à l'avortement. Les grossesses non désirées sont fréquentes et tout le monde connaît quelqu'un qui a choisi d'avorter.



### Les organisations de la société civile peuvent :

- familiariser la communauté avec la législation relative à l'avortement, point essentiel d'une action globale de sensibilisation à la SDSR ; informer les femmes des circonstances dans lesquelles elles peuvent accéder légalement à l'avortement sécurisé et, le cas échéant, par quels moyens et dans quelles structures ;
- parler en termes bienveillants de l'avortement et/ou des SAA au sein de la communauté ;
- sensibiliser les populations locales à l'importance de l'avortement et/ou des SAA dans le cadre de la SDSR, notamment pour les femmes vivant avec le VIH et touchées par le VIH et pour les femmes issues des populations clés et vulnérables (à commencer par les professionnelles du sexe, les consommatrices de drogues, les adolescentes et les jeunes femmes, et d'autres femmes en situation de vulnérabilité) ;
- sensibiliser les populations locales au droit à la maternité des femmes vivant avec le VIH et à leur droit de ne pas subir d'avortement ou de stérilisation forcés, et les encourager à soutenir ces droits ;
- veiller à utiliser des termes bienveillants pour parler des femmes enceintes de la communauté vivant avec le VIH et leur manifester un soutien ;
- soutenir les campagnes en faveur de l'avortement sécurisé et les mouvements pro-choix actuels, par exemple la campagne « Abortion is not a crime » menée par Ipas ([www.ipas.org/en/What-We-Do/Advocacy/Abortion-Is-Not-a-Crime.aspx](http://www.ipas.org/en/What-We-Do/Advocacy/Abortion-Is-Not-a-Crime.aspx)) et le mouvement She Decides ([www.shedecides.com](http://www.shedecides.com)).



### 3. Réseaux en ligne internationaux

L'auto-administration de misoprostol (utilisé pour l'avortement médicamenteux – voir annexe) s'est généralisée, entre autres par l'intermédiaire des réseaux internationaux en ligne pour l'avortement. Les femmes commandent le médicament sur Internet, le reçoivent directement chez elles par courrier et se l'administrent en suivant la notice d'utilisation disponible sur le site. Bien que la plupart de ces avortements soient effectivement illégaux, ils sont sécurisés ou, du moins, *plus sûrs* (voir également p. 19).



#### Les organisations de la société civile peuvent :

- connaître le cadre juridique relatif à l'avortement de chaque pays, notamment en consultant la Base de données mondiale sur les politiques en matière d'avortement<sup>27</sup> ;
- publier, en étant conscientes des dispositions légales en vigueur dans chaque pays, une liste des sources d'informations fiables sur l'avortement sécurisé et la procédure d'obtention de pilules abortives par l'intermédiaire de l'organisation (voir annexe) ;
- veiller ou demander à ce que les femmes soient informées avec bienveillance (si possible par un[e] professionnel[le] de santé) de la procédure d'avortement médicamenteux sécurisé, notamment par l'auto-administration de misoprostol, le tout selon une approche de réduction des risques.

#### Qu'est-ce que l'approche de réduction des risques liés à l'avortement ?

De nombreuses OSC intervenant auprès des personnes vivant avec, et touchées par, le VIH ont déjà recouru à des modèles de réduction des risques. La réduction des risques liés à l'avortement repose sur trois principes fondamentaux<sup>26</sup> :

1. Le principe de neutralité, c'est-à-dire que l'accent est mis sur les risques sanitaires liés à l'avortement [non sécurisé], plutôt que sur son aspect juridique ou moral. Cela permet d'axer les politiques publiques de lutte contre l'avortement non sécurisé sur la mise en place d'interventions de santé publique, plutôt que sur l'interdiction et les sanctions.
2. Le principe d'humanité, c'est-à-dire que toutes les femmes, quel que soit leur choix en cas de grossesse, sont valorisées et traitées avec respect et dignité. Toutes les femmes méritent d'être traitées comme des membres de la communauté, dont la santé et la vie sont précieuses.
3. Le principe de pragmatisme, c'est-à-dire l'acceptation du fait inévitable que les femmes ont recours à l'avortement non sécurisé pour de multiples raisons. La priorité est donc de répondre aux besoins des femmes, là où elles se trouvent, y compris en leur donnant les moyens de procéder elles-mêmes à l'interruption de leur grossesse, en dehors du système de santé.

### 4. Soutien social et des pairs

Outre les soins médicaux, le soutien social est un aspect primordial de la SDRS et de l'avortement ; il doit être accordé aux femmes en cas de grossesse non prévue ou non désirée, d'avortement et de SAA, ainsi qu'aux femmes enceintes vivant avec le VIH qui souhaitent poursuivre leur grossesse.



### Les organisations de la société civile peuvent :

- veiller à fournir ou coordonner des services de soutien social destinés aux femmes en cas de grossesse non prévue ou non désirée, d'avortement ou de SAA, notamment l'accompagnement individuel, la mise à disposition d'espaces sûrs et/ou le soutien par les pairs ;
- veiller à fournir ou coordonner des services de soutien social destinés aux femmes enceintes vivant avec le VIH qui souhaitent poursuivre leur grossesse, par exemple en créant des programmes de mentorat par des mères pour les futures mères et en encourageant la mise en place d'environnements de soins bienveillants, où les femmes enceintes vivant avec le VIH sont traitées avec respect et ne sont pas forcées à avorter.

## 5. Approches intégrées de SDR

L'offre de soins de SDR doit, dans l'idéal, être complète et convenir à la femme et à son partenaire. De plus en plus de données mettent en évidence l'importance des programmes de soins de santé intégrés, où les services fonctionnent en complémentarité et où les patients peuvent être orientés vers tel ou tel professionnel selon leurs besoins. L'intégration des informations et des services de SDR et de lutte contre le VIH (prévention, traitement, soins et soutien) permet de systématiser l'octroi des prestations de test de grossesse, de planification familiale, de conseil et de dépistage volontaire (VIH), de thérapie antirétrovirale, d'avortement sécurisé et de SAA<sup>4</sup>.



### Les organisations de la société civile peuvent :

- mener des actions d'information et de sensibilisation sur la corrélation entre accès à la contraception (notamment d'urgence), grossesse non désirée, avortement et SAA, notamment auprès des décideurs et des responsables politiques locaux et nationaux ;
- plaider aux niveaux local et national pour l'intégration des services de SDR et de lutte contre le VIH ;
- dans le cas des prestataires de services, étudier les moyens d'élargir l'offre de services intégrés, notamment de lutte contre le VIH, de planification familiale, de suivi de la grossesse, d'avortement (dans le respect de la législation en vigueur) et de SAA ;
- promouvoir des services de santé qui soient bienveillants et respectueux de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction des femmes vivant avec le VIH et touchées par le VIH, ainsi que de leurs choix en matière de planification familiale, de grossesse et d'avortement.

## 6. Plaidoyer

Le plaidoyer en faveur de l'avortement peut consister à demander au gouvernement d'assouplir la législation, au ministère de la Santé de publier des directives ou d'autoriser les prestataires moins spécialisés à pratiquer l'avortement, et au grand public de faire prendre conscience à la société des terribles conséquences d'une législation stricte sur la vie des femmes. Cette tâche doit si possible être accomplie en collaboration avec d'autres organisations<sup>43</sup>. Même si le changement politique est généralement le fruit du militantisme de terrain, il prend du temps et n'est jamais acquis d'avance. Il peut aussi être nécessaire de faire appel à des spécialistes des politiques et à des juristes pour appréhender les cadres politiques parfois abscons relatifs à l'avortement.



### Les organisations de la société civile peuvent :

- s'appliquer à connaître les lois et directives nationales relatives à l'accès à l'avortement sécurisé, ainsi que les engagements et protocoles internationaux signés par le pays (voir annexe) et leur éventuelle mise en application sur le territoire national ;
- renforcer leurs connaissances relatives à l'avortement et aux questions connexes, notamment s'agissant des femmes vivant avec le VIH et touchées par le VIH, ainsi que leurs capacités en matière de plaidoyer. Elles peuvent se rapprocher pour cela d'organisations spécialisées dans ce domaine ;
- élaborer et communiquer aux décideurs des demandes et prises de position en faveur a) de l'assouplissement de la législation relative à l'avortement, b) de la mise en œuvre des directives politiques en vigueur portant sur l'avortement sécurisé, notamment pour les femmes vivant avec le VIH et touchées par le VIH, et c) du respect de la SDRS et des choix de ces femmes en matière de planification familiale, de grossesse et d'avortement ;
- demander à ce que les politiques nationales de santé intègrent les données scientifiques les plus récentes concernant l'avortement sécurisé et reconnaissent l'absolue nécessité, du point de vue sanitaire, d'intégrer les services d'avortement sécurisé dans l'offre complète de SDRS.

## 7. Promotion de programmes de santé exhaustifs

L'importance des programmes intégrant SDRS et lutte contre le VIH a été examinée précédemment. Les services doivent répondre à tous les besoins des femmes sans porter aucun jugement. L'intimité d'une consultation de planification familiale et/ou de conseil et dépistage du VIH peut amener les femmes à évoquer des violences subies ou une grossesse non désirée. Le conseil et l'orientation sont d'une importance capitale dans les pays où l'avortement est très encadré. Les prestataires doivent répondre avec bienveillance aux besoins des femmes et les aider dans leurs choix. Il est préférable qu'ils connaissent les structures proposant des services d'avortement sécurisé dans leur pays. Ils peuvent aussi, dans une optique de réduction des risques, orienter les clientes vers un site Internet qui leur expliquera comment procéder soi-même à un avortement médicamenteux. Si cela peut sembler quelque peu risqué, il n'échappera pas aux prestataires de santé que certaines femmes confrontées à une grossesse non désirée finissent, en désespoir de cause, par avorter clandestinement, mettant ainsi leur vie en danger. Cette zone grise est particulièrement complexe. La méthode Clarification des valeurs et changement d'attitude (CVCA) est souvent utilisée pour accompagner les prestataires de santé confrontés à ces dilemmes<sup>28</sup> et leur permet de réfléchir aux meilleurs moyens de soutenir les femmes.



### Les organisations de la société civile peuvent :

- appliquer la méthode CVCA au sein de leur propre structure ;
- promouvoir la méthode CVCA auprès des prestataires de services locaux ;
- veiller à ce que toutes les femmes puissent recevoir une orientation et des conseils adaptés en cas de violence – y compris sexuelle – et/ou de grossesse non prévue, notamment en ce qui concerne la contraception d'urgence, l'avortement légal et sécurisé, les SAA, ainsi que le dépistage et le traitement des IST et du VIH, au moyen notamment d'une prophylaxie post-exposition.

## Conclusion

Des solutions se profilent dans le domaine de la SDR des femmes, malgré un climat mondial actuel difficile. Le caractère primordial de la SDR pour l'avenir du développement durable est largement reconnu, de même que la nécessité de redéfinir ce qu'est un programme complet de SDR, lequel doit comprendre la prestation de services efficaces d'avortement sécurisé et de soins, afin d'accélérer les progrès pour tous<sup>4</sup>. Nous espérons que les réflexions et les informations fournies dans le présent document et en annexe aideront les partenaires de l'Alliance et les autres OSC à protéger la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction des femmes vivant avec le VIH et touchées par le VIH.

### Étude de cas : Joyce et Maisie

Joyce avait 15 ans lorsqu'elle s'est retrouvée enceinte de son premier enfant. Un garçon de son école lui avait dit qu'elle ne tomberait pas enceinte la première fois. Joyce a été renvoyée de l'établissement lorsque sa grossesse s'est manifestée. Elle savait qu'il existe plusieurs façons d'interrompre une grossesse, mais elle avait également entendu parler d'une autre élève qui était morte en voulant avorter... et de toute façon, elle ne savait pas vers qui se tourner. Après la naissance, elle s'est sentie de plus en plus isolée de ses anciens amis. Ses parents se plaignaient constamment de la charge qu'elle représentait, avec une bouche de plus à nourrir. Comme Joyce ne supportait pas l'idée de demander de l'argent à ses parents pour elle-même ou son bébé, elle se rendait au bar du quartier, fréquenté par des chauffeurs routiers transportant des marchandises de l'autre côté de la frontière. Elle avait des rapports sexuels avec eux en échange de nourriture, de vêtements et, si elle acceptait de ne pas utiliser de préservatif, d'argent. Lorsqu'elle est de nouveau tombée enceinte, elle s'est rendue à la clinique locale et a appris qu'elle était séropositive. Elle a reçu un traitement pour empêcher la transmission du VIH à son bébé et rester en bonne santé. Les infirmières lui ont conseillé d'en parler à son partenaire. Comme elle ne savait pas vers qui se tourner, Joyce n'a rien dit et a continué d'avoir des rapports sexuels avec les routiers. Mais l'un d'eux a trouvé les médicaments dans son sac. Il l'a dit à tous les autres clients du bar et le patron a mis Joyce à la porte.

Joyce espère que sa cousine Maisie, âgée maintenant de 16 ans, est plus heureuse.

#### Maisie a accès à ...

- une éducation, y compris une éducation complète à la sexualité dispensée à l'école →
- des services intégrés de SSR accessibles aux jeunes →
- une famille aimante et des responsables communautaires respectueux →
- la sécurité économique et alimentaire →
- un environnement juridique propice au respect de la SDR des femmes →



#### Elle peut ...

- connaître ses choix et ses droits en matière de santé sexuelle et reproductive
- parler en toute confidentialité avec son(sa) prestataire de SSR et recevoir des informations et un soutien en cas de grossesse non désirée
- recourir à différents moyens de contraception et de prévention des IST et du VIH
- négocier des rapports sexuels agréables et consensuels avec ses partenaires
- exercer son droit de maîtriser sa fécondité

## Annexe : fiche récapitulative sur l'avortement et aperçu des cadres juridiques et politiques en vigueur dans le monde

### Qu'est-ce que l'avortement ?

Les méthodes d'avortement évoluent rapidement. Il en existe deux :

- **Avortement médicamenteux** : réalisé au moyen de comprimés abortifs (mifépristone et misoprostol). Également appelé « avortement non chirurgical ».
- **Avortement chirurgical ou instrumental** : réalisé au moyen de procédures transcervicales (introduction d'un instrument médical dans l'utérus), notamment l'évacuation de l'œuf par aspiration après dilatation du col utérin.

L'apparition de l'avortement médicamenteux au cours de la dernière décennie a marqué un changement important. Celui-ci peut se pratiquer sans risque à domicile par la femme elle-même (si possible en présence d'un[e] professionnel[le] de santé). Près de 30 pays, dans l'hémisphère Nord principalement, autorisent la vente du misoprostol et de la mifépristone, les deux médicaments utilisés, et cette méthode est de plus en plus plébiscitée aux États-Unis et en Europe. Le misoprostol est facile à se procurer partout dans le monde (pour le traitement des ulcères). Si les femmes sont de plus en plus nombreuses à s'en procurer clandestinement, cette méthode d'avortement reste bien moins dangereuse que d'autres auxquelles elles ont parfois recours.

Les femmes souhaitant interrompre leur grossesse doivent être informées des techniques d'avortement disponibles et choisir elles-mêmes celle qui leur convient le mieux. Certaines préfèrent la méthode médicamenteuse, qui leur permet de rester chez elles sans avoir à subir d'intervention chirurgicale intime. D'autres, qui ne veulent pas en informer leur famille, choisissent l'avortement chirurgical, rapide et réalisé à l'extérieur.

### Comment le misoprostol a révolutionné les soins de santé maternelle

Tout a commencé lorsque des femmes mexicaines se sont aperçues qu'un médicament antiulcéreux courant provoquait également des fausses couches. Son utilisation non labélisée comme moyen abortif s'est généralisée et le médicament est devenu très recherché sur le marché noir. Les essais cliniques menés ensuite dans plusieurs pays ont révélé que le misoprostol se prêtait à de nombreux usages de santé maternelle : prévention de l'hémorragie du post-partum, avortement partiel et avortement thérapeutique.

Il est désormais homologué dans de nombreux pays de l'hémisphère Sud, généralement à des fins de prévention de l'hémorragie du post-partum. Selon le pays, on le trouve facilement dans les centres de santé à des fins de prévention de l'hémorragie du post-partum et dans la plupart des pharmacies (et, de plus de plus, sur le marché noir).

### Qu'est-ce que l'avortement sécurisé ?

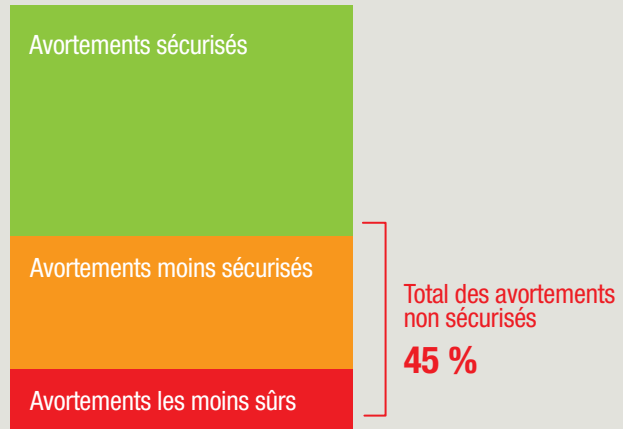
L'avortement est l'une des procédures médicales les plus sûres, à condition qu'il soit pratiqué par un(e) professionnel(le) de santé formé(e), dans une structure adaptée. En revanche, il présente des risques s'il est réalisé par un(e) professionnel(le) non formé(e) dans des conditions dangereuses, voire par la femme elle-même, par exemple en ingérant des produits détergents ou en introduisant un objet tranchant dans l'utérus. La majorité des avortements pratiqués en Afrique (à l'exception de l'Afrique du Sud) seraient classés dans la catégorie « avortements les moins sûrs »<sup>29</sup>. Voir p. 19 pour plus d'informations sur la distinction entre avortement « moins sécurisé » et avortement « le moins sûr ».



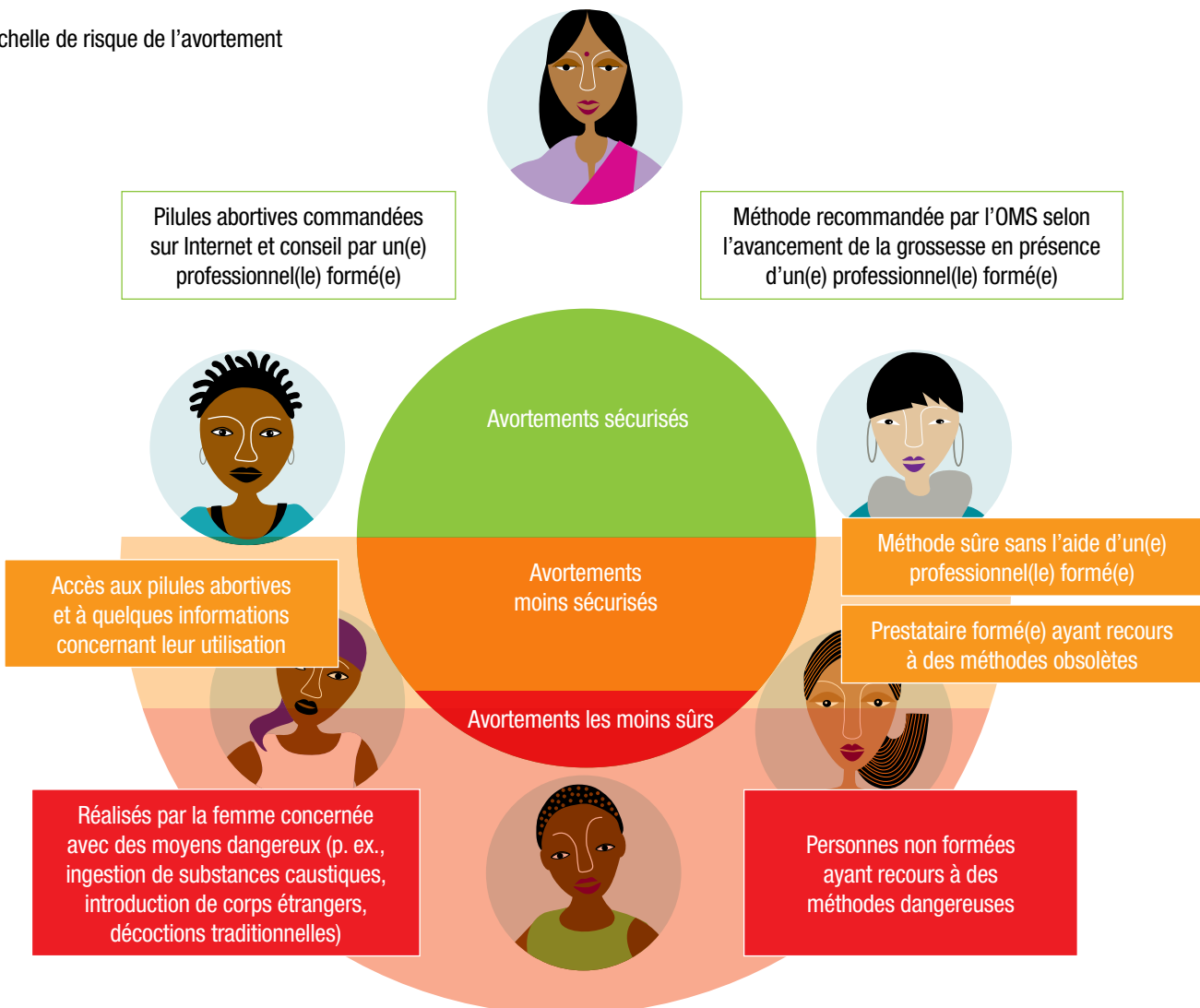
Les avortements dans le monde, par degré de risque : près de la moitié ne sont toujours pas sécurisés.

Sur les 56 millions d'avortements pratiqués chaque année dans le monde, 25 millions ne seraient pas sécurisés.

Source : OMS et Guttmacher Institute, 2017, « Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model », *The Lancet*, vol. 390, p. 10110.



### Échelle de risque de l'avortement



Note : l'avortement, même pratiqué dans une juridiction où il est strictement encadré, peut être sécurisé. De même, il peut être non sécurisé dans les pays où il est largement autorisé<sup>30</sup>.

## Quand et où l'avortement est-il légal ?

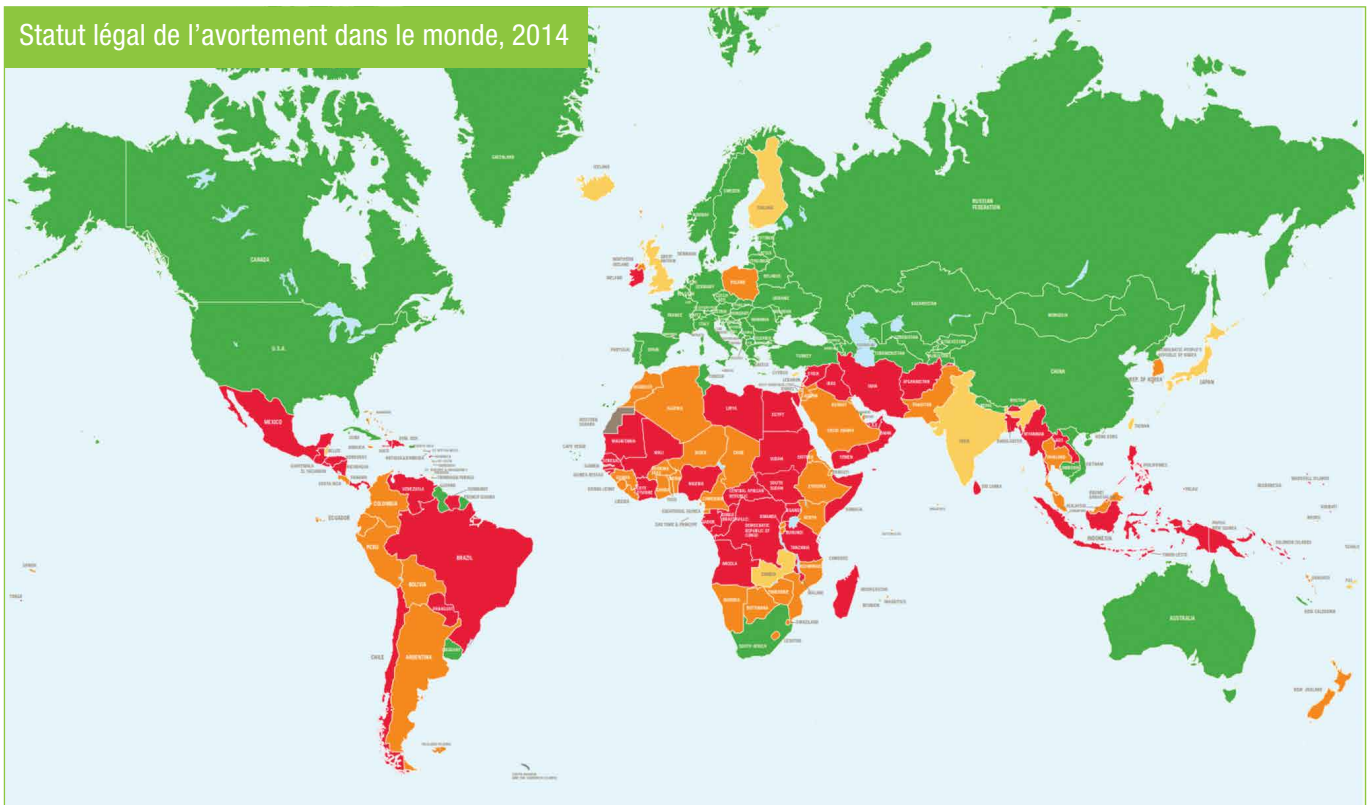
La loi autorise presque toujours l'avortement dans certaines circonstances. Seuls quelques pays l'interdisent totalement, même en cas de danger pour la vie de la mère. D'autres l'autorisent en cas de viol ou d'inceste, ou si la santé mentale ou physique de la mère est défaillante. La carte du statut légal de l'avortement dans le monde élaborée par le Centre pour les droits reproductifs indique les circonstances dans lesquelles celui-ci est autorisé.

**Les soins après un avortement sont vitaux et autorisés dans tous les pays.** La procédure est la même que pour les femmes ayant fait une fausse couche ou pour celles dont l'avortement est incomplet (dans

la plupart des cas, le prestataire de santé ne pourra pas faire la différence entre les deux). L'administration de soins vitaux permet d'arrêter les saignements et les infections. Les SAA sont très répandus et sont généralement effectués par un(e) gynécologue dans un hôpital ou un établissement de santé.

**Les SAA sont même autorisés** dans les pays où l'avortement est strictement encadré ou dans le cadre des projets financés par l'USAID soumis à la règle du bâillon mondial. Leur importance est d'autant plus cruciale dans les juridictions restrictives, où les femmes confrontées à une grossesse non prévue sont plus nombreuses à recourir à l'avortement clandestin non sécurisé. Les SAA doivent faire partie des services de santé reproductive de base<sup>32</sup>.

Statut légal de l'avortement dans le monde, 2014



- Interdit ou autorisé uniquement en cas de danger pour la vie de la mère** <sup>31</sup> (66 pays, 25,5 % de la population mondiale)
- Autorisé pour des raisons de santé** (59 pays, 13,8 % de la population mondiale)
- Autorisé pour des motifs socio-économiques** (13 pays, 21,3 % de la population mondiale)
- Autorisé sans restriction quant aux motifs** (61 pays, 39,5 % de la population mondiale)

## Quels sont les principaux obstacles à l'avortement ?

**Criminalisation** : Certains pays considèrent les femmes pratiquant l'avortement comme des criminelles (voir la carte du statut légal de l'avortement, p. 20). Le degré d'observation et d'application de la loi varie selon les pays ; dans certains, l'avortement est proscrit sans exception. En El Salvador, par exemple, où la législation est extrêmement restrictive, plusieurs cas très médiatisés ont été relayés par Amnesty International auprès du grand public<sup>33</sup>, notamment celui d'une jeune femme de 19 ans, violée, qui ignorait qu'elle était enceinte. Admise dans un établissement de santé à la suite d'un évanouissement et de saignements dus à une fausse couche, elle a été accusée d'avoir essayé de se faire avorter et remise aux autorités par le personnel soignant. Elle a écopé d'une peine de 30 ans d'emprisonnement pour « homicide avec circonstances aggravantes ».

**Religion** : Les églises catholique et évangélique sont fermement opposées à l'avortement. Certaines organisations chrétiennes, telles que Catholics for Choice ([www.catholicsforchoice.org](http://www.catholicsforchoice.org)) militent toutefois activement pour la dépénalisation de l'avortement. On ne trouve aucune mention de l'avortement dans le Coran ; de fait, les pays musulmans ont chacun leur interprétation. Les tabous religieux et culturels sont vivaces dans de nombreuses régions du monde. Les pressions exercées sur les femmes pour qu'elles se conforment aux normes religieuses sont très fortes. Il n'est pas rare que des prestataires de santé très religieux refusent de pratiquer un avortement au nom de leur foi.

**Stigmatisation** : Les pressions sociales et religieuses alimentent une forte stigmatisation de l'avortement et incitent les femmes à avorter en secret, même dans les pays plus libéraux où l'avortement est autorisé. Les avortements clandestins sont beaucoup plus susceptibles d'être pratiqués dans des conditions dangereuses<sup>4</sup>. Les femmes vivant avec le VIH qui choisissent d'interrompre leur grossesse subissent la double stigmatisation liée au VIH et à l'avortement.

**Âge** : Les adolescentes et les jeunes femmes sont davantage exposées au risque de grossesse non prévue et de contamination par le VIH. Elles ont plus de difficultés à accéder aux services d'avortement sécurisé, ainsi qu'aux informations et services relatifs à la SDSR, et ce, pour plusieurs raisons : attentes et attitudes sociétales quant au statut et au comportement des filles et des jeunes femmes ; tabous concernant le sexe et la sexualité ; et législation et directives nationales empêchant les filles et les femmes non accompagnées d'accéder aux services de santé sexuelle et reproductive<sup>34</sup>. Il est important de reconnaître l'évolution des capacités des adolescentes à mesure qu'elles progressent vers l'âge adulte, afin de trouver un bon équilibre entre la protection de l'enfance et le respect de l'autonomie croissante des jeunes adultes. Les prestataires de services peuvent s'appuyer sur les directives Fraser (Royaume-Uni), afin de déterminer si une personne mineure est capable de faire un choix éclairé concernant son bien-être<sup>35</sup>.

**Coût** : Même dans les juridictions où l'avortement est moins encadré, de nombreuses femmes ne peuvent pas accéder aux services d'avortement sécurisé pour des raisons économiques. La procédure s'avère parfois trop coûteuse pour les femmes et les filles pauvres ou ne bénéficiant pas d'une assurance maladie<sup>4</sup>.

Les femmes mariées, quels que soient leur âge et la durée de leur mariage, sont parmi les plus nombreuses à recourir à l'avortement. Il leur est souvent plus difficile d'accéder à la contraception, car elles sont financièrement tributaires de leur mari et n'ont pas toujours leur mot à dire dans la gestion des dépenses familiales. Elles ne peuvent pas non plus toujours décider du nombre d'enfants qu'elles souhaitent avoir, en raison des inégalités de genre et de la violence.

## Quels sont les instruments politiques internationaux en faveur de l'avortement sécurisé ?

De nombreux traités internationaux visent à promouvoir le droit des femmes à l'avortement légal et sécurisé, en ce qu'ils affirment le droit des femmes à la vie, à la santé et à l'absence de traitement cruel, inhumain ou dégradant, entre autres. Nous examinons brièvement dans les pages suivantes les objectifs de développement durable (ODD) et le Protocole de Maputo. Pour en savoir plus sur les différents instruments traitant du droit humain à l'avortement, veuillez consulter le document d'information intitulé « Safe and Legal Abortion is a Woman's Human Right » publié par le Centre pour les droits reproductifs.

**Objectifs de développement durable**<sup>37</sup> : les ODD sous-tendent le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD)<sup>38</sup> et le Programme d'action de Beijing<sup>39</sup>. Bien qu'elles ne fassent pas explicitement mention de

l'avortement, citons la cible 3.7 des ODD : « D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux » et la cible 5.6 : « Assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation, ainsi qu'il a été décidé dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et le Programme d'action de Beijing [...] ». Les « services de soins de santé [...] procréative » et les « droits en matière de procréation » font implicitement référence à l'avortement. Le tableau ci-dessous récapitule les cibles et les indicateurs les plus pertinents vis-à-vis de l'avortement sécurisé, bien que celui-ci ne fasse actuellement l'objet d'aucun indicateur spécifique. On notera au passage qu'en dépit de progrès récents dus à l'augmentation des financements, les données relatives à l'avortement sont difficiles à obtenir, en particulier dans les juridictions restrictives.

### Objectifs de développement durable relatifs à l'avortement sécurisé et aux soins après un avortement

Cible	Indicateur
<b>ODD 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge</b>	
<b>3.1</b> D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes	<b>3.1.1</b> Taux de mortalité maternelle
<b>3.7</b> D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux	<b>3.7.1</b> Proportion de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) qui utilisent des méthodes modernes de planification familiale
	<b>3.7.2</b> Taux de natalité chez les adolescentes (10 à 14 ans et 15 à 19 ans) pour 1 000 adolescentes du même groupe d'âge
<b>ODD 5 : Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles</b>	
<b>5.6</b> Assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation, ainsi qu'il a été décidé dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et le Programme d'action de Beijing et les documents finals des conférences d'examen qui ont suivi	<b>5.6.1</b> Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans prenant, en connaissance de cause, leurs propres décisions concernant leurs relations sexuelles, l'utilisation de contraceptifs et les soins de santé procréative
<b>5.C</b> Adopter des politiques bien conçues et des dispositions législatives applicables en faveur de la promotion de l'égalité des sexes et de l'autonomisation de toutes les femmes et de toutes les filles à tous les niveaux et renforcer celles qui existent	<b>5.C.1</b> Proportion de pays dotés de systèmes permettant de suivre et de rendre public le montant des ressources allouées à l'égalité des sexes et à l'autonomisation des femmes

**Protocole de Maputo**<sup>40</sup> : le Protocole de Maputo (2003) est un instrument régional sans précédent de promotion des droits humains en Afrique. Il autorise l'avortement dans certains cas :

*Pour protéger les droits reproductifs des femmes, particulièrement en autorisant l'avortement médicalisé, en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère, ou la vie de la mère ou du fœtus*<sup>41</sup>.

Le Protocole de Maputo a été signé et ratifié par 36 États, et signé mais non ratifié par 15 autres États africains. Trois pays ne l'ont ni signé ni ratifié.

**Cadres juridiques nationaux** : En matière d'avortement, chaque pays applique une politique complexe qui lui est propre. Même dans les pays où l'avortement est

strictement encadré, les femmes et leurs professionnels de santé réussissent à obtenir gain de cause – avant que le gouvernement ne leur remette des bâtons dans les roues. Au Zimbabwe, par exemple, bien que l'avortement soit autorisé en cas de viol, les filles mineures ne peuvent interrompre leur grossesse qu'à l'issue d'une procédure judiciaire compliquée, et rares sont celles qui s'y risquent. En outre, le délai d'avortement est généralement assez court. Une adolescente peut ne s'apercevoir de sa grossesse qu'au second trimestre, compromettant ainsi ses chances de pouvoir avorter. En Tanzanie, les textes des politiques et des lois sont parfois contradictoires (voir encadré ci-dessous). Enfin, le détail des lois encadrant l'avortement est généralement très méconnu – parfois même des prestataires de santé – et les femmes ignorent souvent les possibles clauses d'exception.

#### Complexité de la politique relative à l'avortement en Tanzanie

La politique relative à l'avortement en vigueur en Tanzanie illustre bien les contradictions que l'on peut trouver dans ce domaine. L'avortement y est autorisé en cas de danger pour la vie ou la santé de la mère et de violence sexuelle et peut être pratiqué par n'importe quel professionnel de santé. La Tanzanie a signé le Protocole de Maputo, elle est donc juridiquement tenue de respecter les droits affirmés par celui-ci. Cependant, alors que l'interruption de grossesse n'apparaît nulle part dans la Constitution tanzanienne, le Code pénal est on ne peut plus sévère à ce sujet<sup>42</sup> :

**Tentatives de pratiquer un avortement.** *Toute personne qui, dans l'intention de provoquer une fausse couche chez une femme, que celle-ci soit enceinte ou non, lui administre ou lui fait absorber illégalement un quelconque poison ou substance toxique, a recours à la force de quelque façon que ce soit ou à tout autre moyen, commet un délit passible de quatorze ans d'emprisonnement.*

**Avortement auto-pratiqué.** *Toute femme enceinte qui, dans l'intention de provoquer elle-même une fausse couche, absorbe illégalement un quelconque poison ou substance toxique, a recours à la force de quelque façon que ce soit ou à tout autre moyen, ou permet à un tiers de recourir à l'une quelconque de ces méthodes à son endroit, commet un délit passible de sept ans d'emprisonnement.*

**Fourniture de médicaments ou d'instruments destinés à pratiquer un avortement.** *Toute personne qui fournit ou procure illégalement à une autre personne, en connaissance de cause, un moyen, quel qu'il soit, destiné à provoquer illégalement une fausse couche chez une femme, que celle-ci soit enceinte ou non, commet un délit passible de trois ans d'emprisonnement.*

Pour plus d'informations, consulter : Centre pour les droits reproductifs, 2012, *Briefing Paper: A Technical Guide to Understanding the Legal and Policy Framework on Termination of Pregnancy in Mainland Tanzania*. Disponible à l'adresse : <https://www.reproductiverights.org/document/the-legal-and-policy-framework-on-abortion-in-tanzania>



## Où puis-je trouver des informations fiables ?

L'avortement fait l'objet de nombreuses polémiques et les informations que l'on trouve à ce sujet, notamment sur Internet, reflètent des opinions diverses selon leurs auteurs. Il est difficile de trouver des ressources fiables en ligne, car les propos revêtant une dimension morale ou religieuse sont souvent présentés comme étant « fondés sur des données factuelles ». La liste de ressources proposée ci-dessous est incomplète, mais donne une première piste aux personnes ayant besoin d'informations fiables et fondées sur des données factuelles.

## Où puis-je recevoir des conseils pratiques et une aide à l'avortement par un(e) professionnel(le) ?

Des organisations spécialisées, telles que Marie Stopes International, les partenaires de l'IPPF et certains services de Population Services International (PSI), pourront vous aider à accéder aux services,

notamment aux SAA. Elles sont présentes dans les pays où l'avortement sécurisé est autorisé (avec ou sans exception), mais également là où il est limité.

L'association Women on Waves a publié sur son site une carte utile indiquant le statut légal de l'avortement par pays, la disponibilité du misoprostol, les prestataires pratiquant l'avortement et les organisations de femmes locales : [www.womenonwaves.org/en/map/country](http://www.womenonwaves.org/en/map/country).

Les femmes vivant dans un pays où l'avortement sécurisé est légal doivent se rendre chez un médecin. Si l'avortement est strictement encadré, elles peuvent obtenir des pilules abortives sur le site [www.womenonweb.org/](http://www.womenonweb.org/)

La Coalition internationale pour la santé des femmes a rédigé un guide (en anglais) pour les femmes souhaitant avorter elles-mêmes par voie médicamenteuse : <https://iwhc.org/resources/abortion-self-administered-misoprostol-guide-women/>

Organisation et site Internet	Ressource principale
<b>Organisation mondiale de la Santé</b> <a href="http://www.who.int/reproductivehealth">www.who.int/reproductivehealth</a>	<i>Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé</i> <a href="http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/fr/">www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/fr/</a>
<b>Guttmacher Institute</b> <a href="http://www.guttmacher.org/international/abortion">www.guttmacher.org/international/abortion</a>	« <i>The Incidence of Abortion Worldwide</i> » <a href="http://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/1999/01/incidence-abortion-worldwide">www.guttmacher.org/journals/ipsrh/1999/01/incidence-abortion-worldwide</a>
<b>Centre pour les droits reproductifs</b> <a href="http://www.reproductiverights.org">www.reproductiverights.org</a>	<i>Statut légal de l'avortement dans le monde</i> <a href="https://worldabortionlaws.com/">https://worldabortionlaws.com/</a>
<b>Ipas</b> <a href="http://www.ipas.org">www.ipas.org</a>	<i>Enhancing the quality of abortion care: Successful initiatives to improve clinical skills and facility services</i>
<b>Amnesty International</b>	<i>Mon corps, mes droits</i> <a href="http://www.amnesty.org/fr/get-involved/my-body-my-rights/">www.amnesty.org/fr/get-involved/my-body-my-rights/</a>
<b>Fédération internationale pour la planification familiale</b> <a href="http://www.ippf.org/">www.ippf.org/</a>	« <i>Make abortion safe. Make abortion legal</i> » <a href="http://www.ippf.org/resource/make-abortion-safe-make-abortion-legal">www.ippf.org/resource/make-abortion-safe-make-abortion-legal</a> « <i>Changing perceptions about abortion in rural Uganda</i> » <a href="http://www.ippf.org/resource/changing-perceptions-about-abortion-rural-uganda">www.ippf.org/resource/changing-perceptions-about-abortion-rural-uganda</a>
<b>Marie Stopes International</b> <a href="https://mariestopes.org/resources/">https://mariestopes.org/resources/</a>	<i>Growing the global evidence base for access to safe abortion</i> <a href="http://www.mariestopes.org/resources/growing-the-global-evidence-base-for-access-to-safe-abortion/">www.mariestopes.org/resources/growing-the-global-evidence-base-for-access-to-safe-abortion/</a>

## Notes

1. International HIV/AIDS Alliance, 2017, *Putting people at the heart of the HIV response: Briefing*, <http://www.aidsalliance.org/resources/987-putting-people-at-the-heart-of-the-hiv-response>
2. International HIV/AIDS Alliance, 2010, *Guide de bonne pratique : Intégration de la santé sexuelle et reproductive, du VIH et des droits de l'Homme*. Disponible à l'adresse : <http://www.aidsalliance.org/resources/288-90544-guide-de-bonne-pratique-la-sante-sexuelle-et-reproductive>
3. Guttmacher Institute, Reproductive Health in Crisis, 2017, « When Antiabortion Ideology Turns into Foreign Policy: How the Global Gag Rule Erodes Health, Ethics and Democracy », <https://www.guttmacher.org/gpr/2017/06/when-antiabortion-ideology-turns-foreign-policy-how-global-gag-rule-erodes-health-ethics>
4. Starrs A. M. *et al.*, 2018, « Accelerate progress – sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission », *The Lancet*, <https://www.thelancet.com/commissions/sexual-and-reproductive-health-and-rights>
5. Notes terminologiques : le terme « avortement » tel qu'employé dans le présent document se définit comme toute interruption de grossesse médicamenteuse ou chirurgicale, pratiquée de manière légale ou illégale. Le terme « fausse couche » renvoie à l'avortement spontané. L'avortement est dit « encadré » lorsqu'il est légalement autorisé uniquement sous certaines conditions. La définition de l'avortement « sécurisé », « moins sécurisé » et « non sécurisé » reprend celle de l'OMS (voir annexe).
6. Salamander Trust, 2014, *Building a safe house on firm ground: key findings from a global values and preferences survey regarding the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV*, OMS, Genève.
7. Heise L. et McGrory E., 2016, *Greentree II: Violence against Women and Girls, and HIV. Report on a high-level consultation on the evidence and implications*, 12-14 mai 2015, Greentree Estate, Consortium STRIVE et London School of Hygiene & Tropical Medicine, <http://strive.lshtm.ac.uk/resources/greentree-ii-violence-against-women-and-girls-and-hiv>
8. Maman S. *et al.*, 2000, « The intersections of HIV and violence: Directions for future research and interventions », *Social Science & Medicine*, 50(4), p. 459-478.
9. ONUSIDA, 2017, *When women lead change happens*, [http://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/publication/UNAIDS\\_when\\_women\\_lead\\_change\\_happens\\_2017.pdf](http://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/publication/UNAIDS_when_women_lead_change_happens_2017.pdf)
10. Gilles K., 2015, *Intimate Partner violence and family planning: opportunities for action*, Population Reference Bureau, <https://www.igwg.org/resources/intimate-partner-violence-and-family-planning-opportunities-for-action/>
11. Organisation mondiale de la Santé, 2017, *Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV*, [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender\\_rights/srhr-women-hiv/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/srhr-women-hiv/en/)
12. Link Up, Athena Network, Global Youth Coalition on HIV/AIDS, 2015, *HIV and sexual and reproductive health and rights: visions, voices, and priorities of young people living with and most affected by HIV*, <http://www.aidsalliance.org/resources/510-report-visions-voices-and-priorities-of-young-people>
13. Kavanaugh M. *et al.*, 2013, « Community attitudes toward childbearing and abortion among HIV-positive women in Nigeria and Zambia », *Culture, Health & Sexuality*, [http://www.academia.edu/2443416/Community\\_attitudes\\_towards\\_childbearing\\_and\\_abortion\\_among\\_HIV-positive\\_women\\_in\\_Nigeria\\_and\\_Zambia](http://www.academia.edu/2443416/Community_attitudes_towards_childbearing_and_abortion_among_HIV-positive_women_in_Nigeria_and_Zambia)
14. Groupe de travail interinstitutions sur les liens entre SSR et VIH (IAWG), 2017, *SRHR and HIV Linkages: Navigating the work in progress*, [http://srhhivlinkages.org/wp/wp-content/uploads/IAWG\\_navigating-work-in-progress-2017.pdf](http://srhhivlinkages.org/wp/wp-content/uploads/IAWG_navigating-work-in-progress-2017.pdf)
15. Guttmacher Institute, 2017, *L'avortement provoqué dans le monde : Incidence et tendances mondiales*. Disponible à l'adresse : <https://www.guttmacher.org/fr/fact-sheet/avortement-provoque-dans-le-monde>
16. Jones R. K. et Finer L. B., 2006, « So, Who Has Second Trimester Abortions? », *The News Journal of Catholic Opinion*.

17. OMS et Guttmacher Institute, 2017, « 25 millions d'avortements non sécurisés sont pratiqués dans le monde chaque année », <http://www.who.int/fr/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>
18. Guttmacher Institute, 2018, *Fiche d'information : L'avortement provoqué dans le monde*. Disponible à l'adresse : <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fs-aww-fr.pdf>
19. David A. Grimes *et al.*, 2006, « Unsafe Abortion: The Preventable Pandemic », vol. 368 *The Lancet* p. 1908, 1910, [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet\\_4.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet_4.pdf)
20. Sedgh G. *et al.*, 2016, « Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends », *The Lancet*, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30380-4/abstract?code=lancet-site](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30380-4/abstract?code=lancet-site)
21. Singh S., Darroch J. E. et Ashford L. S., 2014, *Une vue d'ensemble: coûts et avantages de l'investissement dans la santé sexuelle et reproductive*, <https://www.guttmacher.org/fr/report/une-vue-densemble-couts-et-avantages-de-linvestissement-dans-la-sante-sexuelle-et>
22. Sarnquist C., Rahangdale L. et Maldonado Y., « Reproductive Health and Family Planning Needs Among HIV-Infected Women in Sub-Saharan Africa », *Current HIV Research*, vol. 11, n° 2, mars 2013, p. 160-168(9).
23. Wanyenze R. K., Matovu J. K., Kanya M. R., Tumwesigye N. M., Nanyonga M. et Wagner G. J., « Fertility desires and unmet need for family planning among HIV infected individuals in two HIV clinics with differing models of family planning service delivery », *BMC Women's Health*, 2015, 15:5. DOI :10.1186/s12905-014-0158-x
24. OMS, 2017, *Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV*, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254885/1/9789241549998-eng.pdf?ua=1> FNUAP et OMS, 2006, *Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*.
25. Cochrane Review, 2017, *Medical and surgical abortion for women living with HIV*, [http://www.cochrane.org/CD012834/FERTILREG\\_medical-and-surgical-abortion-women-living-hiv](http://www.cochrane.org/CD012834/FERTILREG_medical-and-surgical-abortion-women-living-hiv)
26. Erdman J., 2012, « Harm reduction, human rights, and access to information on safer abortion », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.ijgo.2012.04.002>
27. Base de données mondiale sur les politiques relatives à l'avortement [base de données en ligne], Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018, <https://srhr.org/abortion-policies/> [consultée le 20 juin 2018].
28. Ipas, 2011, *Abortion attitude transformation: A values clarification toolkit for global audiences*, <http://www.ipas.org/en/Resourcess/Ipas%20Publications/Abortion-attitude-transformation-A-values-clarification-toolkit-for-global-audiences.aspx>
29. Ganatra B. *et al.*, 2017, « Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model », *The Lancet*, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31794-4/fulltext?code=lancet-site](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31794-4/fulltext?code=lancet-site)
30. Les catégories du schéma en haut de page ont été reprises par l'auteure.
31. Pays où le droit à l'avortement est le plus encadré (y compris lorsqu'il est totalement interdit) : Andorre, Angola, Chili, Congo (Brazzaville), Égypte, El Salvador, Gabon, Guinée-Bissau, Haïti, Honduras, Îles Marshall, Iraq, Laos, Madagascar, Malte, Mauritanie, Micronésie (États fédérés de), Nicaragua, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République dominicaine, Palau, Philippines, Saint-Marin, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Suriname et Tonga [consulté le 15 juillet 2018] <http://worldabortionlaws.com/>
32. Dabash R. et Roudi-Fahimi F., 2008, *Abortion in the Middle East and North Africa*, Population Reference Bureau, Gynuity, <https://assets.prb.org/pdf08/MENAabortion.pdf>
33. Amnesty International, 2017, « Salvador. Une victime de viol condamnée à 30 ans de prison en vertu d'une loi anti-avortement extrême », <https://www.amnesty.org/fr/latest/news/2017/07/el-salvador-rape-survivor-sentenced-to-30-years-in-jail-under-extreme-anti-abortion-law/>
34. Link Up, International HIV/AIDS Alliance, 2015, *HIV and sexual and reproductive health and rights: visions, voices, and priorities of young people living with and most affected by HIV*, <http://www.aidsalliance.org/resources/510-report-visions-voices-and-priorities-of-young-people>

35. National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC), *A child's legal rights: Gillick competency and Fraser Guidelines*. Disponible à l'adresse : <http://www.nspcc.org.uk/preventing-abuse/child-protection-system/legal-definition-child-rights-law/gillick-competency-fraser-guidelines/>
36. Centre pour les droits reproductifs, 2011, *Safe and Legal Abortion is a Woman's Human Right*, <https://www.reproductiverights.org/document/safe-and-legal-abortion-is-a-womans-human-right>
37. Nations Unies, 2015, *Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030*. Disponible à l'adresse : [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=F](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=F)
38. FNUAP, 2014, Conférence internationale sur la population et le développement, *Programme d'action. L'édition du 20ème anniversaire*. Disponible à l'adresse : <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ICPD-PoA-Fr-FINAL.pdf>
39. Nations Unies, 1995, *Quatrième Conférence mondiale sur les femmes: Déclaration et Programme d'action de Beijing*. Disponible à l'adresse : <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20F.pdf>
40. Union africaine, 2003, *Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes*. Disponible à l'adresse : [http://www.un.org/fr/africa/osaa/pdf/au/protocol\\_rights\\_women\\_africa\\_2003f.pdf](http://www.un.org/fr/africa/osaa/pdf/au/protocol_rights_women_africa_2003f.pdf)
41. La liste des pays ayant ratifié le Protocole de Maputo est consultable à l'adresse : <http://www.achpr.org/fr/instruments/women-protocol/ratification/>
42. Code pénal de la République-Unie de Tanzanie. Disponible à l'adresse : [http://www.tanzania.go.tz/egov\\_uploads/documents/CRIMINAL%20PROCEDURE%20ACT.pdf](http://www.tanzania.go.tz/egov_uploads/documents/CRIMINAL%20PROCEDURE%20ACT.pdf)
43. Les organisations telles que l'Ipas sont spécialisées dans l'élaboration de politiques et ont l'habitude d'intervenir efficacement dans de nombreux contextes. Elles ont mené des actions de plaidoyer dans ce domaine en collaboration avec diverses organisations, parmi lesquelles la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH.

