

Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso

CAUSES ET CONSÉQUENCES



Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso: causes et conséquences

Akinrinola Bankole
Rubina Hussain
Gilda Sedgh
Clémentine Rossier
Idrissa Kaboré
Georges Guiella



Remerciements

Ce rapport a été rédigé par Akinrinola Bankole, Rubina Hussain et Gilda Sedgh, du Guttmacher Institute, et par Clémentine Rossier, Idrissa Kaboré et Georges Guiella, de l'Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP, de l'Université de Ouagadougou). Peter Doskoch l'a édité, et Kathleen Randall en a supervisé la mise en page et la production; ils travaillent tous les deux au Guttmacher Institute.

Les auteurs remercient Patricia Donovan, Jessica Malter, Susheela Singh et Gustavo Suarez, du Guttmacher Institute, pour l'aide apportée à différentes étapes de la préparation du rapport. Ils saluent également le précieux apport des relecteurs externes: Zakari Congo, GIZ; Jean Christophe Fotso, African Population and Health Research Center; Patrick Ilboudo, University of Oslo; Jean-Francois Kobiané, ISSP; Thomas Le Grand et Afiwa N'Bouké, University of Montreal; Boureihiman Ouédraogo, Association Burkinabè pour le Bien-Être Familial; Ramatou Ouédraogo, Institut de Recherche pour le Développement; Hantamalala Rafalimanana, United Nations Department of Economic and Social Affairs; et Danielle Yugbaré, Institut de Recherche en Sciences de la Santé.

Le rapport fait appel à des données provenant de trois enquêtes menées en 2009: l'Enquête sur les Structures de Santé (ESS), l'Enquête à Base Communautaire (EBC) et l'Enquête auprès des Professionnels de Santé (EPS). Idrissa Kaboré, Clémentine Rossier, Gilda Sedgh et Akinrinola Bankole, co-investigateurs dans ces enquêtes, étaient responsables de leur conception et de leur mise en œuvre, ainsi que de l'analyse des données, pour laquelle ils ont reçu le soutien très apprécié de Rubina Hussain et

Suzette Audam. Romaric Aristide Bado, Sylvie D. Marie-Jeanne Goumbé et Abella Kaboré ont contribué à former les enquêteurs, et Blandine Thiéba/Bonané a tenu un rôle de conseillère. Idrissa Kaboré, Salamata Ouédraogo et Sié Néha ont supervisé le travail sur le terrain pour l'ESS; Arsène Sanou, Soumaila Coulibaly, Zakaria Gansané, Nazaire Franck Garanet, Tiéba Millogo, Solange Kontogom et Denis Kontogom ont tenu le rôle d'enquêteurs. Le travail de terrain pour l'EBC a été supervisé par Pascaline P. Yaméogo/Ouédraogo, Flora Kalmogo, Fatima Sawadogo, Habibou Meda, Maria G Kantiono, Armelle P. Couliadiaty, Fatimata Sanogo et Assata Belem/Diabaté; l'enquête sur place a été réalisée par Safiatou Sonde, Safiatou Boly, Rosine G. Couliadiaty, Mamounata Ouedraogo, Marie-Jeanne Sawadogo, Nadège Compaoré, Annabelle A. Palenfo, Vinebare Somé, Solange G. Zeba, Anastasie Bado/Bationo, Bernadette B. Lompo, Sandrine Gnoulla, Roseline M. Millogo, Denise Hien, Ramatou Gouba et Henriette B. Djessana. Enfin, les entretiens pour l'EPS ont été conduits par Idrissa Kaboré, Salamata Ouédraogo, Sié Néha, Natacha Mariam Yaméogo/Compaoré, Jocelyne Edoxie Kyélem et Jean Nana. Les auteurs remercient les experts médicaux et non médicaux qui ont participé à l'EPS et ont partagé leurs précieuses connaissances et perspectives en matière d'avortement au Burkina Faso.

Ce rapport a été financé par des subventions du ministère des Affaires étrangères néerlandais et de la William and Flora Hewlett Foundation.

Table des matières

Résumé exécutif	4
Chapitre 1: Introduction	6
Chapitre 2: Prévalence et facteurs associés à l'avortement	10
Chapitre 3: La pratique de l'avortement	16
Chapitre 4: Les conséquences de l'avortement à risque	20
Chapitre 5: La grossesse non intentionnelle, facteur d'avortement à risque	23
Chapitre 6: Conclusions et recommandations	29
Références	33
Annexe de tableaux	36

Résumé exécutif

Au Burkina Faso, l'avortement n'est autorisé que pour sauver la vie et protéger la santé de la femme enceinte, et dans les cas de viol, d'inceste ou de graves malformations fœtales. Par conséquent, la grande majorité des femmes qui mettent fin à leur grossesse le font dans le secret, par peur des poursuites, et pour éviter la stigmatisation sociale qui entoure la pratique. C'est pourquoi la plupart des avortements clandestins se produisent dans des conditions à risque, qui mettent en danger la santé des femmes, et parfois leur vie. Ce rapport présente une estimation du nombre d'avortements et du taux d'avortement au Burkina Faso en 2008 et 2012, mais aussi des grossesses non intentionnelles (principale cause qui incite les femmes à avorter), et décrit les conséquences de l'avortement à risque sur les femmes, leurs familles et la société.

L'incidence de l'avortement

- A partir des conclusions tirées de trois enquêtes nationales, nous pouvons désormais présenter une estimation des chiffres de l'avortement au Burkina Faso. En 2008, le taux était de 25 interruptions de grossesse pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Ce taux était de 23 pour 1 000 dans les zones rurales, et 28 pour 1 000 à Ouagadougou, et plus élevé dans les zones urbaines autres que Ouagadougou—42 pour 1 000.
- Les différences significatives entre les zones urbaines et rurales en termes de niveaux de grossesses non intentionnelles et d'avortements sont dues à des facteurs culturels, religieux et démographiques qui façonnent les comportements en matière de santé sexuelle et de la procréation. L'importance qu'attachent les couples à avoir une famille nombreuse est un facteur particulièrement prégnant. La taille de la famille désirée est par exemple, en moyenne, de 5,9 enfants dans les zones rurales, contre 2,8 à Ouagadougou.

- Au Burkina Faso, un tiers de toutes les grossesses ne sont pas intentionnelles, et un tiers de ces grossesses non intentionnelles se terminent par un avortement.

- Les femmes qui ont recours à l'avortement n'ont pas le profil-type de toutes les femmes en âge de procréer. Elles ont tendance à être plus jeunes et plus longtemps scolarisées, et elles sont plus susceptibles de vivre en zone urbaine, de ne pas être mariées et de n'avoir aucun enfant.

Les conditions et les conséquences de l'avortement à risque

- Entre la moitié et les deux tiers de l'ensemble des femmes qui avortent sollicitent des praticiens traditionnels sans compétence particulière ou non formés, ou bien elles utilisent leurs propres méthodes souvent dangereuses. Environ un avortement sur sept est pratiqué par un médecin (3%) ou un assistant de santé formé (12%). Ces procédures sûres sont en grande majorité utilisées par les femmes aisées qui vivent en ville. Alors qu'un quart des avortements sollicités par ces femmes sont pratiqués par un médecin et un autre quart par un assistant de santé formé, les avortements médicalement assistés sont quasiment inexistant chez les femmes pauvres des zones rurales. Seulement un avortement sur onze y est pratiqué par un assistant de santé formé.
- On estime que quatre femmes sur dix qui ont recours à un avortement à risque subissent des complications qui peuvent menacer leur santé et même leur vie. Alors que cette proportion est d'une sur quatre chez les femmes aisées habitant la ville, elle est d'une sur deux chez les femmes pauvres habitant la campagne.
- On estime que près de six femmes sur 10 qui sollicitent des praticiens traditionnels et la moitié de celles qui

avortent seules connaissent des complications, contre environ une femme sur cinq de celles qui font appel à une sage-femme, un assistant de santé formé ou d'autres personnels de santé, et seulement une sur 10 de celles qui se rendent chez un médecin.

- Certaines femmes subissant des complications ne reçoivent pas les soins post-avortement dont elles ont besoin. À l'échelle nationale, presque quatre femmes subissant des complications sur 10 ne reçoivent pas de soins. Cette proportion est plus grande chez les femmes pauvres vivant en zones rurales que chez celles qui sont plus aisées et qui vivent en ville, ce qui illustre le fait que les services et soins post-avortement sont plus accessibles dans les villes que dans les campagnes (dans le cas où les femmes ont les moyens de les payer).

- La moitié des femmes qui reçoivent des soins pour des complications liées à un avortement à risque sont traitées dans des établissements de santé primaire, un quart dans un centre médical avec antenne chirurgicale ou dans un centre médical plus basique.

Grossesses non intentionnelles

- La taille moyenne de la famille est importante au Burkina Faso, même si elle s'est réduite, passant de 6,9 enfants en 1993 à 6 enfants en 2010. Cependant, la taille moyenne de la famille en 2010 était seulement de 3,4 enfants à Ouagadougou, ce qui est moins que dans d'autres zones urbaines (4,4) et que dans les zones rurales (6,7).

- Les conditions qui permettraient à la plupart des femmes d'éviter les grossesses non intentionnelles ne sont actuellement pas réunies au Burkina Faso. L'utilisation de la contraception est très faible: en 2010, seules 16% des femmes mariées en âge de procréer utilisaient une méthode de contraception. Certes, le niveau général d'utilisation de la contraception a doublé depuis 1993—il était de 8%—et l'utilisation des méthodes modernes a triplé au cours de cette même période. Néanmoins, le faible niveau d'utilisation de la contraception est la principale raison qui explique le taux élevé de grossesses non intentionnelles au Burkina Faso.

- Les besoins non satisfaits en contraception sont élevés au Burkina Faso. Ils l'ont toujours été sur les 10 dernières années. En 1998–1999, 26% des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans ne désiraient pas d'enfants dans un futur proche ou dans l'absolu et n'utilisaient aucune méthode de contraception. En 2010, cette proportion n'avait presque pas changé (24%).

- Parmi les femmes célibataires mais sexuellement actives dans la même tranche d'âge, les besoins non satisfaits sont encore plus importants—35% en 1998–1999 et 38% en 2010.

Implications politiques et programmatiques de ces résultats

- L'utilisation de la contraception doit s'intensifier si l'on veut que plus de femmes burkinabè puissent éviter de tomber enceintes lorsqu'elles ne le souhaitent pas. Réduire le nombre de grossesses non intentionnelles est la solution primordiale pour faire baisser le niveau actuel d'avortements à risque dans le pays.

- Parmi les stratégies possibles pour faciliter une plus grande adoption des méthodes modernes de contraception au Burkina Faso se trouvent l'extension et la promotion des programmes de planification familiale à travers les services nationaux de santé primaire, et la fourniture de méthodes de planification familiale en tant qu'étape incontournable des soins post-avortement.

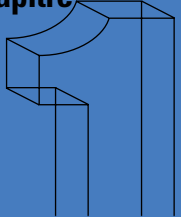
- Le coût élevé des services de planification familiale semble constituer, pour de nombreuses femmes pauvres, un obstacle important que les décideurs politiques du Burkina Faso devraient réduire. Aujourd'hui, dans les cliniques de santé publique, les femmes doivent s'acquitter du prix des produits contraceptifs et des accessoires—même si ce prix est subventionné.

- Compte tenu du fait que les femmes qui avortent sont de façon disproportionnée jeunes et non mariées, une attention particulière doit être accordée au fait de leur fournir une éducation sexuelle dès un âge relativement jeune, à l'école et en dehors de l'école, et des services de planification familiale accessibles et dépourvus de tout jugement de la part du personnel.

- Sept femmes sur 10 en âge de procréer au Burkina Faso ne sont jamais allées à l'école. Il est peu probable que le niveau d'utilisation de la contraception augmente de façon substantielle si un effort concerté au niveau national n'est pas consenti dans le but d'améliorer l'éducation des femmes.

- Afin de réduire les niveaux de morbidité sévère et de mortalité liées à des complications post-avortement, il est nécessaire d'améliorer l'accès aux services et aux soins post-avortement. Des efforts sont requis pour subventionner le prix des soins pour des complications post-avortement, quels que soient les types de soins. Conseils et produits contraceptifs doivent être également fournis dans le cadre des services post-avortement, afin d'aider les femmes à prévenir les grossesses non désirées dans le futur.

- Comme l'avortement n'est légal au Burkina Faso qu'à certaines conditions, des efforts sont nécessaires pour s'assurer que les femmes éligibles ont accès à un avortement légal et sûr, dans les limites de la loi. Tous les étudiants en médecine, et tous les praticiens médicaux (y compris le personnel de niveau intermédiaire) travaillant dans les hôpitaux doivent être formés à satisfaire cet objectif grâce à l'utilisation adéquate de la technique d'aspiration manuelle—technique qui présente un risque très faible de complications lorsqu'elle est utilisée correctement.



Introduction

Le Burkina Faso, pays à prédominance rurale dont la population d'environ 17 millions d'habitants s'accroît à un taux de 3,1% par an,^{1,2} se situe dans la région sahélienne de l'Afrique sub-saharienne. En 2006, le Burkina Faso avait l'un des revenus par tête les plus faibles de la planète.* Sur le plan culturel, la société burkinabè s'organise principalement autour de la communauté, du groupe ethnique, de la lignée de descendance et de la famille au sens large. Dans ce contexte, à travers leurs grossesses, qui assurent la perpétuation de la famille et du groupe social, les femmes jouent un rôle particulièrement important.³ Cependant, malgré le caractère central du concept de la famille, presque huit femmes en âge de procréer sur 10 désirent retarder leur prochaine naissance ou ne plus avoir d'enfant du tout (Annexe. Tableau 1). Un tiers des grossesses ne sont pas intentionnelles (soit la femme ne voulait pas être enceinte du tout, soit elle aurait préféré l'être à un autre moment).

En moyenne, les femmes burkinabè ont six enfants. Pourtant, elles déclarent n'en vouloir que 5,2 (Annexe. Tableau 2), ce qui sous-entend qu'en réalité, de nombreuses femmes ont plus d'enfants qu'elles n'en désirent. La raison principale de ce niveau élevé de grossesses non

intentionnelle au Burkina Faso vient du fait que la majorité des femmes n'ont pas recours à la contraception—seulement 15% des femmes mariées en âge de procréer (15–49 ans) utilisent une méthode moderne⁴ de contraception. De plus, 24% des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans, et 40% des femmes non mariées et sexuellement actives âgées de 15 à 24 ans ne veulent pas tomber enceintes alors qu'elles n'utilisent pas de méthode de contraception. Pour certaines de ces femmes, particulièrement celles qui ne sont pas mariées,^{5,6} l'avortement peut constituer un moyen important (mais dangereux) dans leurs démarches pour éviter une naissance non intentionnelle.

De fait, au Burkina Faso, trois grossesses non intentionnelles sur 10 se terminent par un avortement.⁷ La plupart de ces avortements sont pratiqués en secret par des prestataires traditionnels ou sans formation qui utilisent des méthodes non sûres, parce que la procédure n'est légale que dans des conditions restrictives—pour sauver la vie de la mère, pour protéger sa santé, ou en cas de viol, d'inceste ou de malformation fœtale sévère⁸—et parce que les préalables légaux pour avorter sont tellement compliqués que peu de femmes, voire aucune, ne peut s'en acquitter.⁹ Les avortements clandestins, pratiqués dans de mauvaises conditions sanitaires ou par des prestataires sans formation conduisent souvent à des complications sévères: infections, saignements, par exemple, et parfois décès maternels.^{10,11}

Bien que la mortalité maternelle au Burkina Faso ait considérablement baissé au cours des deux dernières décennies, elle demeure élevée. Selon les données recueillies par les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), le taux de mortalité maternelle est passé de 566 pour 100 000 naissances vivantes en 1993¹² à 484 en 1998–1999,¹³ et à 341 en 2010.⁴ Le gouvernement a fait de la réduction

*En 2011, le Burkina Faso apparaissait à la 181^{ème} place sur 187 dans le classement des pays par Indice de Développement Humain (source: United Nations Development Program, *Human Development Report*, New York: Palgrave Macmillan, 2011, Table 1).

†Comme le Burkina Faso n'autorise l'interruption de grossesse que sur des bases très étroites, et comme on dénombre très peu d'avortements légaux, nous avons émis l'hypothèse que tous les avortements mentionnés dans les enquêtes et cités dans ce rapport étaient illégaux et donc clandestins. Cependant, toutes les procédures clandestines ne se déroulent pas dans des conditions dangereuses; celles qui se produisent chez des praticiens qualifiés dans un environnement hygiénique peuvent être sûres, bien que clandestines.

tion de la mortalité maternelle une priorité politique: le nombre de centres de santé en capacité d'offrir des soins obstétricaux d'urgence a été augmenté, et les frais d'hospitalisation, très élevés et auparavant à la charge des femmes désirant accoucher dans de bonnes conditions, ont été supprimés. Cependant, de nombreuses femmes, particulièrement en zone rurale, n'ont toujours pas accès à des soins obstétricaux.⁹ En 2008, un centre de santé sur quatre n'avait pas suffisamment de personnel pour assurer le niveau de services obstétricaux équivalent aux normes internationalement recommandées.¹⁴

Nous ne connaissons pas précisément l'impact de l'avortement à risque sur la mortalité maternelle au Burkina Faso, mais nous savons que sur l'ensemble de l'Afrique sub-saharienne, il cause environ un décès maternel sur sept. Cette proportion n'a pas décliné au cours des vingt dernières années, bien que le taux de mortalité maternelle ait lui-même un peu baissé (de 370 à 300 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) entre 2005 et 2010.^{15,16}

La majorité de la population du Burkina Faso vit dans des conditions difficiles

Les conditions de vie, d'un point de vue social et économique, sont extrêmement difficiles pour une grande partie de la population du Burkina Faso, particulièrement en zone rurale. En moyenne, 46% de la population (52% en zone rurale et 20% en ville) vivait sous le seuil de pauvreté en 2008;¹⁴ et le revenu par habitant en 2007 s'élevait à peine à 379 dollars.¹⁷ Le niveau d'éducation est très bas, surtout chez les femmes: en 2010, seulement 12% des femmes en âge de procréer (et même 4% en zone rurale) avaient poursuivi leurs études au-delà de l'école primaire (Annexe. Tableau 1), et 74% n'avaient pas été à l'école du tout.⁴ Beaucoup de communautés rurales ne sont pas reliées par des routes goudronnées,⁹ et le pays dispose de très peu de médecins* et d'hôpitaux de qualité.¹⁴ De nombreuses femmes n'ont pas accès aux soins et services de santé sexuelle et de la procréation, et n'ont ni la connaissance approfondie ni les ressources financières pour utiliser des contraceptifs—un moyen sûr de maîtriser leur fécondité. Par ailleurs, des personnes très jeunes, particulièrement en zone urbaine, ont des relations sexuelles avant le mariage (Annexe. Tableau 2) sans avoir reçu d'éducation sexuelle et sans avoir accès à des soins et services de santé sexuelle et de la procréation.¹⁸

Il est urgent de pouvoir disposer d'informations fiables sur l'avortement à risque

Mesurer et comprendre la prévalence de l'avortement au Burkina Faso est extrêmement difficile. Deux principaux aspects de la pratique de l'avortement empêchent une évaluation précise de sa fréquence: comme précédemment mentionné, la procédure n'est légale que dans des conditions très limitées⁸ qui ne s'appliquent pas pour la plupart des femmes dont la grossesse n'a pas été intentionnelle; de plus, mettre un terme à une grossesse est un acte for-

tement stigmatisé dans ce pays profondément religieux et pro-nataliste.^{19,20} Pour ces raisons, la plupart des femmes qui ont recours à l'avortement le font en secret, par peur d'être exposées et par honte; de nombreuses femmes font appel à des praticiens et des méthodes non sûrs, et la plupart n'avouent pas avoir mis fin à leur grossesse.²¹

Le manque de données documentées sur l'impact des grossesses non intentionnelles et de l'avortement à risque sur la vie de ces nombreuses femmes réduit la possibilité d'améliorer la situation. Une estimation fiable du nombre de femmes qui ont recours à un avortement à risque, de leur coût et de leurs effets sur la santé des femmes est fondamentale pour que les responsables de la planification en santé et les défenseurs de la santé des femmes s'emparent de la question plus globale des grossesses non intentionnelles, et de leurs conséquences nuisibles pour les femmes, leurs familles, et le pays en général.

De nouvelles sources d'information sur l'avortement sont désormais disponibles

Ce rapport agrège, pour la première fois, des données sur l'avortement au Burkina Faso issues de quatre sources différentes. Pour plus de détails sur ces initiatives de recherche, voir l'encadré Sources des données en page 8. Ces quatre sources sont:

- L'Enquête sur les Structures de Santé de 2009, qui s'est appuyé sur un échantillon représentatif des établissements de santé publics et privés du Burkina Faso pour estimer le nombre de femmes hospitalisées en raison de complications liées à un avortement.
- L'Enquête auprès des Professionnels de Santé de 2009, qui a cherché à mieux comprendre: les conditions dans lesquelles les femmes ont recours à l'avortement au Burkina Faso; les conséquences sanitaires des avortements à risque, et; pour les femmes ayant des complications, leur accès ou non aux soins médicaux.
- L'Enquête à Base Communautaire de 2009, une enquête nationale sur les femmes en âge de procréer, a demandé aux femmes si leurs amies proches, voisines et membres de leur famille en âge de procréer leur avaient confié avoir mis un terme à une grossesse (et si c'était le cas, quelles méthodes elles avaient choisies et avec quelles conséquences). L'enquête s'est intéressée aussi aux attitudes des femmes vis-à-vis de l'avortement.
- Les Enquêtes Démographiques et de la Santé (EDS) conduites au Burkina Faso entre 1993 et 2010 fournissent des informations sur les niveaux, les tendances, et les facteurs associés aux naissances non planifiées, à l'utilisation des contraceptifs et aux besoins non satisfaits

*Selon la Banque mondiale, le Burkina Faso avait 0,1 médecin pour 1 000 habitants en 2008 (source: World Bank, Physicians (per 1,000 population), sans date, <<http://data.worldbank.org/indicator/sh.med.phys.zs>>, site consulté le 12 mai, 2012).

en matière de planification familiale, en se basant sur des échantillons de femmes en âge de procréer représentatifs au niveau national.

Ce rapport puise également dans des données, publiées ou inédites, sur la santé sexuelle et de la procréation, la planification familiale, et les politiques gouvernementales de santé au Burkina Faso. En rassemblant les résultats d'une série de sources, il devient possible de dresser un panorama cohérent des causes, des niveaux estimés et de l'impact des grossesses non intentionnelles et de l'avortement à risque au Burkina Faso, ainsi que de mieux comprendre où sont les lacunes en termes de programmes de planification familiale, et quelles catégories de population ne sont pas atteintes. Il faut cependant souligner qu'en raison de la difficulté à mesurer directement un comportement clandestin comme l'avortement dans un pays où il est légalement et/ou socialement condamné, les taux d'avortement et les facteurs associés à l'avortement ont été examinés à partir de méthodes indirectes (Voir l'Encadré Méthodologie, page 14), qui comportent une part d'incertitude.

Plan du Rapport

Le chapitre 2 présente une estimation pour le Burkina Faso du nombre de femmes qui ont avorté, du taux d'avortement annuel aux niveaux national et régional, et dresse un profil des femmes les plus susceptibles d'avoir eu recours à l'avortement dans un passé récent. Ce chapitre traite également des attitudes des femmes vis-à-vis de l'avortement, et de leur compréhension de son statut légal. Le chapitre 3 s'intéresse aux praticiens que les femmes sollicitent lorsqu'elles veulent mettre fin à leur grossesse, aux types de méthodes qu'elles sont susceptibles d'utiliser, et au coût d'un avortement. Le chapitre 4 présente une estimation de la proportion de femmes qui ont connu des complications après un avortement à risque, ainsi que la proportion de celles qui parviennent à recevoir des soins médicaux d'urgence suite à des complications. Il décrit ensuite les types d'établissements de santé dans lesquels les femmes peuvent se faire soigner. Le chapitre 5, qui concerne les antécédents de l'avortement, donne des informations sur l'incidence des grossesses non intentionnelles, sur les taux d'utilisation de la contraception

Sources des données

Ce rapport se base en grande partie sur quatre sources. Trois sont des enquêtes conduites en 2009 par le Guttmacher Institute et son partenaire au Burkina Faso, l'Institut Supérieur des Sciences de la Population. Deux de ces enquêtes—dont une a consisté à interviewer des professionnels de santé, et l'autre le personnel senior des établissements de santé qui traitent les complications post-avortement—ont été utilisées pour générer des estimations de l'ampleur de la pratique de l'avortement au Burkina Faso. La troisième est une enquête représentative à l'échelle nationale qui s'est déroulée en 2009 au niveau des communautés pour collecter des données sur les expériences des femmes vis-à-vis de l'avortement. Ce rapport a également fait appel aux données des EDS du Burkina Faso entre 1993 et 2010.

ENQUÊTE SUR LES STRUCTURES DE SANTÉ

De mars à juillet 2009, des chercheurs ont enquêté sur un échantillon représentatif d'établissements burkinabè, faisant partie du système de santé formel, et qui traitent les complications post-avortement. Les établissements publics se déclinaient en trois niveaux—centres de santé et de promotion sociale (CSPS), centres médicaux (CMA) et centres hospitaliers régionaux (CHR). Des établissements privés où exercent des médecins ont également été observés. L'étude a concerné un échantillon de 42% des établissements privés, de 10% des CSPS et tous les CMA et les CHR qui traitent les complications post-avortement, soit un total de près de 300 établissements. Dans chaque établissement sélectionné, un responsable senior familier de la manière dont les soins post-avortement sont prodigués participait à l'enquête. Dans les hôpitaux, cette

personne était souvent un supérieur hiérarchique des responsables du département gynécologie et obstétrique; dans les petits établissements, c'était en général un directeur, une sage-femme ou un/une infirmière. A partir de ces données, l'équipe de recherche a obtenu une estimation du nombre de femmes qui ont reçu des soins post-avortement dans chaque établissement, et une projection de ces chiffres au niveau national, urbain et rural.

ENQUÊTE AUPRÈS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

De mars à juin 2009, l'équipe de recherche a procédé à des interviews détaillées d'un échantillon de 82 professionnels de santé ayant une expérience dans le domaine de la santé sexuelle et de la procréation et des connaissances sur la pratique de l'avortement et des soins post-avortement au Burkina Faso: médecins, sages-femmes, chercheurs/ses, responsables politiques, responsables de la planification familiale, et activistes pour les droits des femmes. Au cours de l'enquête il leur a été posé des questions sur leurs perceptions des différents aspects de l'avortement au Burkina Faso, y compris les types de praticiens et les méthodes utilisées par les femmes pauvres et les femmes aisées à la fois dans les campagnes et dans les villes, la proportion des patientes qui ont expérimenté des complications selon le type de praticien, et la proportion de femmes qui, ayant connu des complications, ont eu accès à des soins dans un centre de santé.

et sur les niveaux des besoins non satisfaits. Ce chapitre examine aussi les raisons pour lesquelles de nombreuses femmes qui veulent éviter une grossesse n'utilisent pas de moyens contraceptifs. Le chapitre 5 se termine par un panorama des coûts et des bénéfices sanitaires et financiers de la satisfaction des besoins en matière de planification familiale au Burkina Faso.²² Quant au chapitre 6, il résume les principaux résultats du rapport et formule des recommandations politiques et programmatiques en vue de réduire les dégâts causés par les grossesses non intentionnelles et par l'avortement à risque au Burkina Faso.

En documentant les conséquences graves et le coût élevé de l'avortement à risque, nous voulons fournir des résultats probants qui nous permettent d'attirer l'attention des décideurs politiques, des responsables de programmes, des défenseurs de la santé des femmes, et des médias nationaux et internationaux pour en faire une préoccupation d'actualité. Les graphiques et les tableaux, faciles à interpréter, illustrent des résultats qui peuvent être utilisés pour améliorer la compréhension des causes, l'am-

pleur et la gravité de l'impact des grossesses non intentionnelles et de l'avortement à risque sur la vie des femmes et de leur famille.

ENQUÊTE À BASE COMMUNAUTAIRE

De février à avril 2009, l'équipe de recherche a conduit une enquête au niveau des ménages sur les femmes en âge de procréer au Burkina Faso. Dans cette enquête transversale 4 206 femmes de chacune des 13 régions du pays ont partagé leur propre expérience de l'avortement ainsi que celles de leurs amies proches, membres de la famille et voisines. La logique de cette approche réside dans le fait que les femmes sont plus enclines à parler anonymement des avortements de femmes proches d'elles que de leur propre expérience. L'enquête a demandé aux participantes de lister les femmes en âge de procréer appartenant à leur réseau social ou leur famille et qui se confient à elles. Au total, les participantes ont listé plus de 7 000 femmes. Il leur a ensuite été demandé si chaque femme dont elles sont la confidente avait évoqué un avortement au cours des années précédentes. En cas de réponse positive, une série de questions plus précises a été posée. En plus de fournir des informations sur les expériences vécues par les femmes à l'occasion d'un avortement, cette approche méthodologique a permis d'appliquer une technique d'estimation indirecte, la « méthode de rapportage par un tiers anonyme ».²³

ENQUÊTES DÉMOGRAPHIQUES ET DE SANTÉ (EDS)

Ce rapport a également utilisé des données des EDS conduites au Burkina Faso en 1993, 1998–1999, 2003 et 2010. Ces enquêtes nationales interviewent des femmes en âge de procréer. Elles portent sur des questions telles que la grossesse, les préférences en termes de fécondité, l'utilisation de la contraception, les comportements maritaux et sexuels. Elles établissent aussi les caractéristiques sociales et démographiques des femmes.

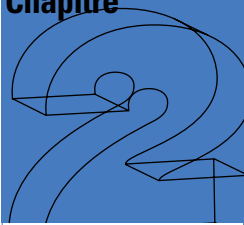
LES LIMITES DE TELLES DONNÉES

L'Enquête sur les Structures de Santé a donné un décompte approximatif du nombre de patientes traitées après un avortement dans chaque établissement ciblé. L'enquête était rétrospective et interrogeait sur le nombre de patientes dans le dernier mois et sur un mois moyen, sans collecter les données de manière prospective auprès des patientes ou dans leur dossier médical.

L'Enquête à Base Communautaire questionnait les femmes à propos des confidences faites par leurs proches. Il est possible que les participantes aient reçu des informations incomplètes ou fausses, ou qu'elles n'aient simplement pas rapporté des cas d'avortement qui leur avaient été mentionnés. Ces cas ont aussi pu leur être cachés par les personnes ayant eu un avortement.

L'Enquête auprès des Professionnels de Santé faisait appel aux perceptions et aux opinions d'un échantillon transversal de professionnels de santé familiers des conditions de la pratique d'avortement clandestin, de la probabilité que les femmes expérimentent des complications et qu'elles reçoivent le traitement dont elles ont besoin, à chaque fois selon le niveau de pauvreté et le lieu de résidence des femmes. L'échantillon était réduit et non représentatif à un niveau national, et seulement 14 (17%) des réponses émanaient de personnes travaillant principalement en zone rurale. Les probabilités et les estimations fournies par les professionnels de santé ne sont pas basées sur des données empiriques sur les femmes ayant eu recours à un avortement.

Malgré ces limites, les informations contenues dans ces quatre sources offrent une certaine vision des conditions qui entourent la pratique de l'avortement au Burkina Faso. Elles permettent une estimation raisonnable de l'incidence de l'avortement. De telles estimations indirectes, fondées sur un certain nombre d'hypothèses, étaient nécessaires dans la mesure où les statistiques nationales sur l'avortement et les complications liées à l'avortement n'existaient pas.



Prévalence et facteurs associés à l'avortement

Des études récentes confirment que de nombreuses femmes burkinabè mettent fin à leur grossesse par un avortement. Des données recueillies à travers l'Enquête sur les Structures de Santé indiquent qu'en 2008, près de 23 000 femmes ont été hospitalisées pour complications liées à un avortement à risque.^{24,25} Lorsque l'on combine ce chiffre avec des estimations du nombre bien plus important de femmes qui ont eu recours à un avortement à risque soit sans connaître de complications, soit sans recevoir de soins dans un centre de santé après des complications,²⁶ on obtient un chiffre d'environ 87 200 femmes ayant mis fin à une grossesse de manière clandestine au Burkina Faso en 2008.* Ce chiffre reflète un taux d'avortement annuel de 25 femmes de 15 à 49 ans pour 1 000,[†] ce qui n'est pas un taux extrême, et qui est comparable aux niveaux observés en 2008 pour l'ensemble de la sous-région Afrique de l'Ouest (28 femmes de 15 à 44 ans pour 1 000).¹⁰ C'est le même taux que celui du Nigéria, estimé en 1996, et légèrement supérieur à celui du Ghana en 2007 (21 pour 1 000).^{27,28} Ces taux se situent entre les taux de 2008 de l'Afrique de l'Est (38 pour 1 000) et de l'Afrique australe (15 pour 1 000).²⁹

*Les résultats de l'Enquête auprès des Professionnels de Santé suggèrent que pour chaque femme ayant reçu un traitement pour complications post-avortement, 2,8 femmes supplémentaires n'ont pas connu de complications ou n'ont pas été traitées.

†Le taux national s'obtient en appliquant un coefficient de 3,8 (calculé selon les données de l'Enquête auprès des Professionnels de Santé) aux résultats de l'Enquête sur les Structures de Santé.

‡Les données de population se basent sur les estimations des Nations unies.

Le taux d'avortement estimé à Ouagadougou, capitale du Burkina Faso, est de 28 pour 1 000. Il est plus élevé—42 pour 1 000—dans les autres zones urbaines du pays, dont celle de la deuxième plus grande ville du pays, Bobo-Dioulasso (Graphique 2.1). Le taux est inférieur—22 pour 1 000—dans les zones rurales, où vit 75% de la population.⁴

Si nous émettons l'hypothèse que les taux d'avortement sont restés stables entre 2008 et 2012, tout en ajustant notre estimation du nombre d'avortements en prenant en compte la croissance de la population et du nombre de femmes en âge de procréer pendant cette période,[‡] nous obtenons un total d'environ 105 000 avortements au Burkina Faso en 2012 (Tableau 2.1).

La segmentation par région du Tableau 2.1 indique que, bien que le taux d'avortement estimé au Burkina Faso soit supérieur dans les villes (Graphique 2.1), les deux tiers de tous les avortements clandestins se produisent vraisemblablement dans les zones rurales.

Parmi les principaux facteurs contribuant aux différences régionales dans les taux d'avortement estimés se trouvent indubitablement les différences entre le nombre de grossesses non intentionnelles, entre le niveau de motivation des femmes pour mettre fin à leur grossesse, entre les types de praticiens disponibles pour les femmes qui cherchent à avoir recours à un avortement clandestin, et entre les statuts sociaux et économiques des femmes. Cependant, dans la mesure où l'on ne sait pas encore exactement comment interagissent ces facteurs, le rôle de chacun d'entre eux dans les variations du taux d'avortement, particulièrement entre zones rurales et urbaines, demeure difficile à comprendre.

Le caractère secret et la sous-déclaration de l'avortement engendrent des estimations variables de l'incidence de l'avortement

En raison du caractère illégal de l'avortement, punissable en tant qu'acte criminel au Burkina Faso, la plupart des femmes qui mettent un terme à leur grossesse le font en secret. Ce facteur empêche de connaître avec certitude la prévalence de la pratique, et rend difficile l'identification du profil des femmes qui ont recours à l'avortement. Cependant, dans de nombreuses cultures, les femmes qui tentent de mettre fin à une grossesse non intentionnelle de façon clandestine se confient souvent à une personne proche.

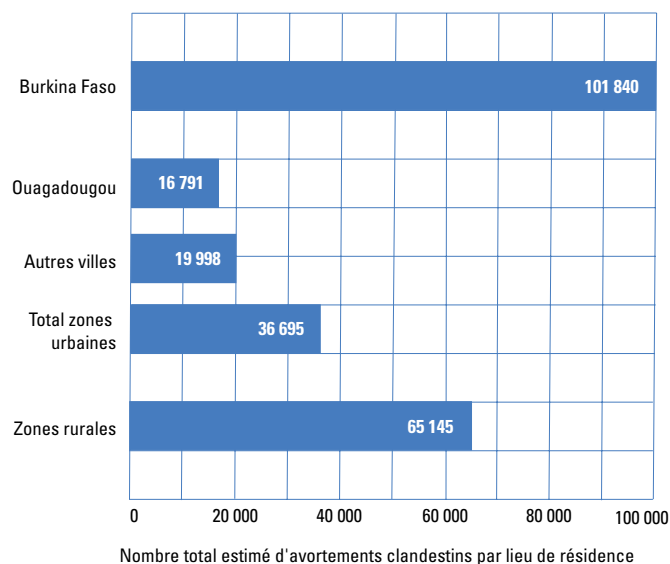
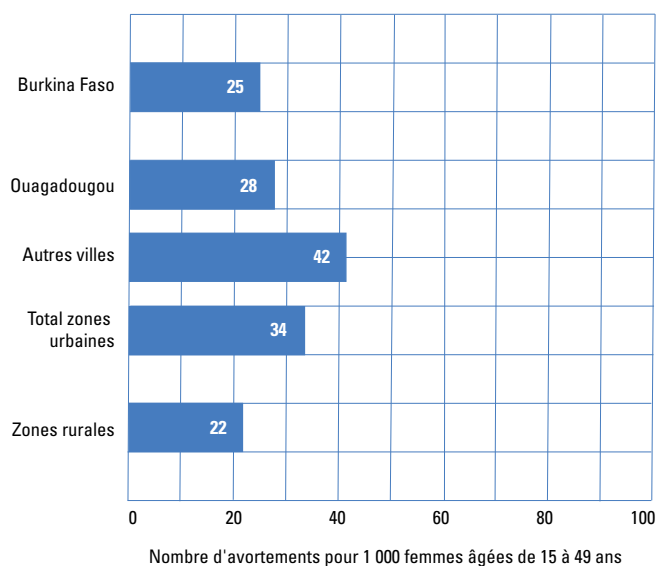
A partir des informations délivrées à leurs proches (cercle familial ou amical), on peut estimer qu'en 2009, au Burkina Faso, 3,2% des femmes entre 15 et 49 ans avaient eu recours à l'avortement au cours des deux années précédentes.³⁰ Les femmes les plus susceptibles d'avoir récemment mis fin à une grossesse étaient celles âgées de 15 à 24 ans: 5,7% d'entre elles ont confié à une amie proche ou un membre de la famille avoir eu recours à l'avortement; le pourcentage est bien moindre chez les femmes entre 25 et 34 ans (2,1%) et celles de plus de 35 ans (1,4%). Les différences étaient également importantes entre zones urbaines et zones rurales: 6% des femmes vivant dans une autre ville que Ouagadougou avait eu recours à l'avortement dans les deux années précédentes, contre 3,8% des résidentes de la capitale, et 2,6% des femmes habitant les campagnes. On notait également une différence majeure selon le niveau d'éducation: parmi les femmes ayant au moins atteint le secondaire, on estime qu'elles étaient 6,9% à avoir eu recours à l'avortement de façon récente, contre 5,4% parmi les femmes n'ayant fréquenté que le primaire, et seulement 2,2% parmi les femmes jamais scolarisées.³⁰ Comme l'éducation augmente le coût d'opportunité d'une grossesse, les femmes les plus éduquées ont une motivation probablement plus importante pour avorter si elles tombent enceintes de façon non intentionnelle.^{31,32}

Dans les pays où les lois sur l'avortement sont restrictives et où la pratique est fortement stigmatisée, il est plus que probable que certaines femmes ne révèlent pas leurs expériences liées à l'avortement à leurs proches. Cependant, malgré le fait que les estimations de l'incidence de l'avortement fondées sur les confidences privées soient susceptibles d'être des sous-estimations, dans une certaine mesure, les résultats peuvent être utilisés pour dresser un panorama général des catégories de femmes qui sont les plus susceptibles d'avoir recours à l'avortement.

Les données issues de l'Enquête à Base Communautaire suggèrent que 1,7% des femmes en âge de procréer au Burkina Faso mettent fin à leur grossesse chaque année.³⁰ Ce taux est inférieur d'un tiers à l'estimation annuelle de 2,5%, ou 25 pour 1 000, que l'on obtient avec la méthodologie d'estimation indirecte s'appuyant sur les

GRAPHIQUE 2.1

Le taux d'avortement est plus élevé dans les zones urbaines que dans les zones rurales (estimation de 2008).



Sources Références 4 et 26.

TABLEAU 2.1

Estimation du nombre d'avortements clandestins au Burkina Faso, par localité, 2012

Résidence	Nombre d'avortements
Zones urbaines (total)	37 900
Ouagadougou	17 300
Autres villes	20 600
Zones rurales	67 100
Total	105 000

Sources Références 23 et 25.

chiffres des hospitalisations liées à l'avortement (voir l'Encadré Méthodologie page 14).²⁵ Le fait que deux approches mènent à des estimations annuelles différentes atteste de la difficulté de déterminer le niveau réel de l'avortement dans un contexte où les données directes sur les phénomènes n'existent pas. Néanmoins, ces estimations (les deux étant sûrement des sous-estimations) sont édifiantes et très utiles pour avoir une idée des niveaux généraux et pour comprendre les différences entre catégories.

Le recours à l'avortement est particulièrement répandu chez les femmes jeunes, célibataires et éduquées

Les femmes qui ont confié un avortement récent à un membre de la proche famille, à une amie ou une voisine diffèrent de plusieurs façons de l'ensemble des femmes en âge de procréer (Tableau 2.2). Les 15-24 ans représentent deux tiers (65%) des femmes ayant eu recours à l'avortement, contre seulement 41% de toutes les femmes en âge de procréer; 27% des femmes ayant avorté avaient au moins atteint le secondaire, contre seulement 9% de toutes les femmes en âge de procréer; 36% des femmes qui avaient récemment mis un terme à leur grossesse vivaient dans des zones urbaines, contre 22% de toutes les femmes en âge de procréer. Le pourcentage qui distingue peut-être de la manière la plus frappante les femmes ayant eu recours à l'avortement des autres est le suivant: 65% de ces femmes étaient sans enfant, une proportion bien plus élevée que les 24% de toutes les femmes entre 15 et 49 ans.³⁰ Six femmes sur 10 qui ont eu recours à l'avortement n'étaient pas mariées,³³ contre un peu plus de deux sur 10 pour l'ensemble des femmes entre 15 et 49 ans.⁴

La probabilité élevée de l'avortement chez les femmes les plus jeunes a également été soulignée par une étude nationale en 2004, au cours de laquelle 18% des adolescentes (et 16% des adolescents) avaient déclaré avoir une ou plusieurs amies ayant tenté d'interrompre une grossesse.¹⁸

Pour résumer, les femmes sont plus susceptibles d'avoir recours à l'avortement si elles sont jeunes, ont fini le cycle secondaire, vivent en ville, n'ont pas d'enfant et ne sont pas mariées. Etant donné le fait que le Burkina Faso est une société encore largement rurale, que la plupart des femmes n'ont pas accès à l'éducation (74% des femmes en âge de procréer n'ont pas reçu d'instruction formelle⁴) et que le mariage précoce est répandu (l'âge médian du premier mariage parmi les femmes de 20 à 24 ans est de 17,9 ans—Annexe. Tableau 2), les femmes qui ont une expérience récente de l'avortement proviennent de façon disproportionnée du segment relativement peu important des zones urbaines du pays, où les femmes ne se marient pas et n'ont pas d'enfant avant leurs 20 ans, et poursuivent au moins leur parcours scolaire jusqu'au secondaire. Ce sont précisément le type de femmes qui ont des difficultés à obtenir des contraceptifs,³⁴ qui auraient de fortes raisons de ne pas être identifiées comme sexuellement actives et qui ne voudraient pas interrompre leur scolarité en raison d'une grossesse non intentionnelle.^{20,21}

TABLEAU 2.2

Les femmes qui ont avorté dans les deux années précédentes sont plus jeunes, ont atteint un plus haut niveau d'études, sont plus enclines à vivre en ville et beaucoup plus susceptibles de ne pas avoir d'enfant que le total des femmes en âge de procréer

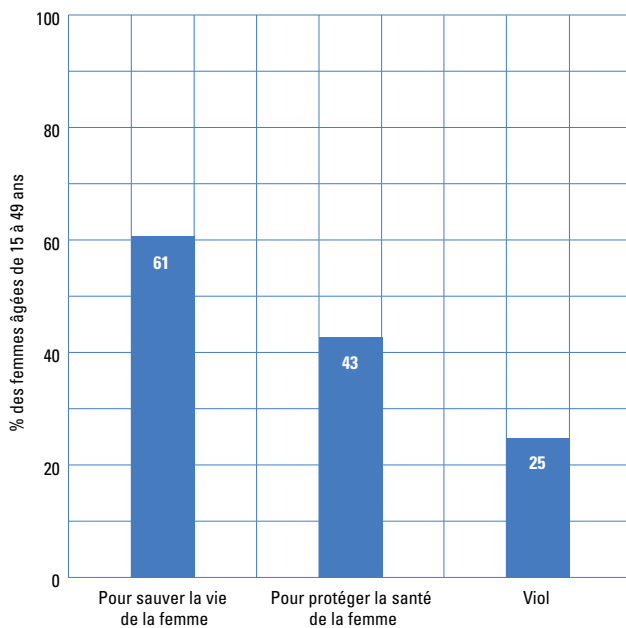
Caractéristiques	Femmes ayant avorté récemment	Total des femmes âgées de 15 à 49 ans
Âge		
15-24	65	41
25-34	24	29
≥35	11	30
Nombre d'enfants		
Aucun	65	24
1-2	24	34
≥3	11	42
Éducation		
Aucune	53	80
Primaire	20	11
≥Secondaire	27	9
Résidence		
Autres villes	25	10
Ouagadougou	11	12
Zones rurales	64	78

Sources Références 4 et 30.



GRAPHIQUE 2.2

Six femmes en âge de procréer sur 10 considèrent le recours à l'avortement acceptable ou plutôt acceptable pour sauver la vie de la femme, et quatre sur 10 pour protéger sa santé



Source Référence 30.

Les attitudes des femmes vis-à-vis de la légalité et de l'acceptabilité de l'avortement sont ambiguës

Il y a souvent une dissonance entre l'attitude d'une femme envers la pratique de l'avortement en général et l'attitude qui est réellement la sienne lorsque c'est elle qui fait face à une grossesse non intentionnelle. De plus, les femmes qui déclarent tolérer la pratique de l'interruption de grossesse pour certaines raisons—comme le fait d'éviter les difficultés que rencontrera une femme si elle mène une grossesse non désirée à son terme—peuvent néanmoins condamner très fortement l'avortement. Lorsque l'on demande aux femmes si elles considèrent l'avortement acceptable (ou plutôt acceptable) en fonction de diverses circonstances, la seule raison acceptée par une majorité est celle de sauver la vie de la femme (61%; Graphique 2.2). Environ quatre femmes sur 10 jugent l'avortement acceptable si la santé de la femme est menacée. Le chiffre est très faible lorsqu'elles considèrent le cas des grossesses engendrées par un viol: seulement une femme sur quatre considère alors l'avortement acceptable, en dépit du fait que la loi autorise l'avortement dans cette situation.³⁰ Notons, cependant, que la connaissance du statut légal de l'avortement au Burkina Faso est faible; de fait, à l'occasion de l'Enquête à Base

Communautaire, seulement 37% des femmes en âge de procréer ont déclaré connaître une telle loi.

Le fait que de nombreuses femmes désapprouvent l'avortement même dans le cas où la vie de la femme est en jeu—et qu'une majorité substantielle soit aussi contre dans les autres cas—peut sembler surprenant au regard de l'étendue de la pratique de l'avortement dans le pays. De telles contradictions sont observables dans de nombreux pays, particulièrement ceux où, dans l'adversité, les principes abstraits entrent en conflit avec les réalités de la vie quotidienne. On comprend donc comment les opinions négatives face à l'avortement perdurent même si la pratique est répandue; la plupart des avortements pratiqués au Burkina Faso sont clandestins, et même une femme qui condamne l'avortement en public peut y avoir recours en secret.

Les attitudes face à l'avortement sont sans aucun doute modelées par les fortes croyances religieuses de la population du Burkina Faso. Au total, trois cinquièmes (62%) de la population est musulmane, presque un tiers catholique ou protestante (30%) et environ un quinzième animiste (7%).⁴ Ces pourcentages varient selon les régions: la domination des religions musulmane et chrétienne en zone urbaine aident à comprendre pourquoi l'avortement est plus fortement désapprouvé dans les villes que dans les campagnes, où l'animisme reste relativement commun.¹⁹

Méthodologie pour estimer l'incidence de l'avortement

La Méthodologie de l'Estimation de l'Avortement par Complications³⁵ a été utilisée pour estimer, au Burkina Faso, le nombre annuel d'avortements pour 1 000 femmes (taux d'avortement) et le nombre annuel de complications post-avortement traitées dans un centre de santé pour 1 000 femmes (taux de traitement des complications) en 2008. À partir de ces estimations ainsi que de celles portant sur le nombre de grossesses et des données démographiques officielles, nous avons également estimé les taux de grossesses non intentionnelles et la répartition des grossesses en fonction de leur issue (naissances planifiées, naissances non planifiées, avortements et fausses couches).

Afin d'utiliser la Méthodologie de l'Estimation de l'Avortement par Complications, deux types de données étaient nécessaires: le nombre de femmes traitées dans des centres de santé pour complications post-avortement sur une période d'un an, et la proportion de femmes ayant eu recours à un avortement et traitées pour complications dans un centre de santé. La première mesure—le nombre de femmes traitées pour complications post-avortement—a été réalisée à partir des données recueillies par l'Enquête sur les Structures de Santé.²⁴ Les participant(es) à l'enquête, issu(es) d'établissements représentatifs au niveau national, ont répondu à des questions sur les caractéristiques de leur établissement, les services fournis (dont les soins liés à l'avortement), les procédures en vigueur pour traiter les complications post-avortement et le nombre estimé de femmes traitées pour complications post-avortement et pour fausse couche.

Afin de prendre en compte la possibilité que le nombre de cas ait fluctué au cours de l'année, les participant(es) étaient incité(es) à fournir une estimation du nombre de femmes traitées pour complications pendant deux périodes repères: le mois précédent, et un mois typique. En réalisant une moyenne de ces deux estimations puis en multipliant par 12, nous sommes parvenus à une estimation du nombre total de patientes post-avortement dans une année complète. Pour éviter un double-comptage, nous avons, avant d'établir une moyenne, soustrait le nombre de femmes qui avaient été renvoyées vers un autre établissement (vraisemblablement de niveau plus élevé), en partant de l'hypothèse qu'elles seraient recensées dans le second établissement.

Comme mentionné ci-dessus, l'Enquête sur les Structures de Santé demandait une estimation du nombre de femmes traitées pour complications liées soit à une fausse couche, soit à un avortement. Les personnes sondées devaient répondre pour les deux situations car les cliniciens ont souvent des difficultés à distinguer l'origine des complications, et parce que la stigmatisation de l'avortement peut conduire à ce que les femmes n'admettent pas la cause réelle de leurs complications.

Cependant, afin d'obtenir une estimation du nombre d'avortements, nous devons en premier lieu estimer le nombre de fausses couches et le soustraire au total. Les données issues des études cliniques—les seules disponibles et comportant le niveau de détails nécessaire—ont été utilisées afin d'estimer le nombre de femmes enceintes qui auraient subi une fausse couche entre la 13^{ème} et la 21^{ème} semaine; nous avons choisi cet intervalle parce que seules les femmes faisant une fausse couche au cours de ces semaines sont susceptibles d'avoir besoin de recevoir des soins dans un établissement de santé. Nous avons estimé que le nombre de fausses couches tardives équivalait à 3,41% de l'ensemble des naissances vivantes rapportées.^{36,37}

Comme toutes les femmes qui ont besoin d'être traitées dans un centre de santé pour une fausse couche tardive n'ont pas forcément accès à ces soins, un ajustement supplémentaire était nécessaire. Nous avons émis l'hypothèse que la proportion de femmes ayant reçu des soins après une fausse couche tardive était la même que la proportion des accouchements ayant eu lieu dans un établissement de santé. Nous avons estimé cette dernière pour 2008, en l'interpolant avec les données obtenues en 2006 et 2009 par les enquêtes du ministère de la Santé.^{38,39}

Ainsi, pour 2008, nous avons estimé que 70% des accouchements au Burkina Faso avaient eu lieu dans un établissement de santé. Cependant, ce pourcentage variait selon les régions, de 51% à 79% dans les zones à prédominance rurale et de 82% à 94% dans les régions qui abritent les deux plus grandes villes du pays (Ouagadougou et Bobo-Dioulasso). Après avoir appliqué ces pourcentages pour procéder aux ajustements adéquats, et soustrait le nombre de femmes traitées pour complications liées à une fausse couche tardive du nombre total de cas, nous avons estimé que sur les 38 396 femmes traitées pour des complications suite à une interruption de grossesse au Burkina Faso en 2008, 15 448 avaient été traitées pour des complications liées à une fausse couche et les 22 948 autres cas étaient liés à un avortement.

En plus de ce calcul du nombre de femmes traitées pour des complications liées à un avortement dans le pays entier, nous avons mis au point des estimations pour Ouagadougou et d'autres régions urbaines et rurales. Les estimations par zone géographique, rurale ou urbaine, correspondent à l'endroit où les femmes ont été traitées et pas forcément à leur lieu de résidence. Si les femmes voyagent d'une région à l'autre pour accéder à des soins médicaux, les estimations se basant sur la résidence seraient inférieures pour les régions que les femmes quittent et supérieures pour celles qu'elles rejoignent.

La seconde mesure nécessaire pour estimer le nombre d'avortements—la proportion estimée de l'ensemble des femmes ayant avorté qui sont traitées pour complications dans un établissement de santé—provient des Enquêtes auprès des Professionnels de Santé.²⁶ Les réponses tirées d'interviews auprès de 82 personnes compétentes ont été utilisées pour calculer le facteur d'ajustement qui permet de prendre en compte les femmes ayant avorté sans pour autant avoir reçu des soins pour complications dans un centre de santé. Soit ces femmes n'ont pas développé de complications suffisamment sévères pour avoir besoin de soins, soit elles ont reçu ces soins dans un endroit informel, soit elles n'ont pas accédé aux soins dont elles avaient besoin ou sont mortes avant d'y parvenir. En appliquant le facteur d'ajustement au nombre de femmes traitées pour complications post-avortement, nous avons réussi à estimer le nombre total d'avortements.

Le facteur d'ajustement reflète également les différences de probabilité que se produisent des complications en fonction du statut socioéconomique des femmes et de leur lieu de résidence—femme pauvre ou riche, zone rurale ou urbaine. Ces caractéristiques sont importantes, parce qu'elles influent sur le fait que la femme qui cherche à avorter parvienne à accéder à une procédure relativement sûre ou, au contraire, qu'elle doive s'en remettre à un praticien non formé. L'enquête n'a pas fait appel à des définitions spécifiques des termes « pauvre » et « non pauvre »; le terme « pauvre » visait à caractériser l'expérience des femmes dont le niveau de revenus et/ou d'éducation était inférieur à

la moyenne. «Pauvre» pouvait aussi renvoyer aux femmes vivant dans les bidonvilles, aux travailleuses journalières ou mariées à des travailleurs journaliers, et aux migrantes (particulièrement les travailleuses journalières migrantes). Les interviewées avaient le droit de déterminer elles-mêmes, selon leur propre compréhension des termes « pauvres » et « non pauvres », les femmes qui appartiendraient à chaque catégorie.

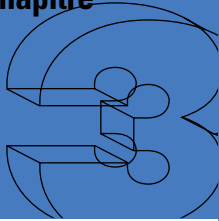
Les données ainsi récoltées ont été utilisées afin de déterminer les différentes proportions de femmes dans chacun des quatre sous-groupes—pauvre et rurale, non pauvre et rurale, pauvre et urbaine, et non pauvre et urbaine—nationalement et dans chaque province. Sur la base des réponses à l'Enquête auprès des Professionnels de Santé, nous avons estimé que 27% des femmes ayant eu recours à l'avortement en 2008 avaient reçu un traitement dans un établissement de santé. Le facteur d'ajustement est l'inverse de ce pourcentage, $100/27$, soit 3,7. Nous l'avons également calculé pour les zones urbaines du Burkina Faso (3,8) et rurales (3,7).

LIMITES

L'approche méthodologique utilisée et les données obtenues ont toutes les deux des limites. Le calcul du nombre de femmes burkinabè traitées pour des fausses couches tardives dans des centres de santé s'est fondé sur des hypothèses d'enquêtes cliniques conduites dans les pays en développement. Les données spécifiques au monde en développement, et au Burkina Faso en particulier, ne sont pas disponibles. De plus, ces études cliniques datent des années 1980. Bien que les taux de fausses couches soient relativement stables, ils peuvent être un peu différents au Burkina Faso par rapport à d'autres pays en développement, et ont pu évoluer au cours des 25 dernières années.

Étant donné le manque de données empiriques sur les conditions de la pratique de l'avortement au Burkina Faso, sur la proportion de femmes ayant besoin de soins post-avortement dans des centres de santé, et sur la probabilité que ces femmes y aient accès, nous nous en sommes remis aux perceptions de informateurs/trices ayant participé à l'Enquête auprès des Professionnels de Santé. De façon similaire, les données sur les hospitalisations dans les centres contiennent une marge d'erreur, puisqu'elles reposent sur des estimations dérivées d'un échantillon.

De plus, les taux d'avortement calculés pour les zones urbaines et rurales reflètent l'endroit où l'avortement a été pratiqué et non pas là où résident les femmes. Les taux d'avortement dans les régions urbaines de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso peuvent inclure des femmes qui ont voyagé depuis une zone rurale pour avorter ou accéder à des soins post-avortement, ou pour que leur démarche reste confidentielle.



La pratique de l'avortement

Dans les pays où l'avortement est autorisé uniquement dans des circonstances restrictives, les compétences et le niveau de formation des praticiens qui mettent fin aux grossesses non désirées et le type de méthodes qu'ils utilisent varient énormément. Selon les professionnels de santé familiaux du contexte burkinabè,* les praticiens de l'avortement sont des médecins, des sages-femmes, des maïeuticiens, des professionnels para-médicaux (par exemple des assistants de santé formés) et des assistants de santé traditionnels. De plus, les femmes interrompent souvent leur grossesse elles-mêmes.²⁶ Les praticiens traditionnels sont ceux à qui les femmes font le plus appel. Les experts estiment qu'ils pratiquent 41% du total des avortements (Graphique 3.1) tandis que les femmes interrompent leur grossesse elles-mêmes dans 23% des cas. Les avortements pratiqués par les sages-femmes ou les maïeuticiens sont moins fréquents (13%). Il en va de même si l'on considère les assistants médicaux formés (12%), qui peuvent avoir suivi une formation élémentaire en santé primaire mais ne sont pas nécessairement formés aux techniques d'avortement sûr.²⁶ On pense que seulement 3% des femmes ont eu recours à un médecin pour avorter. Les 7% restants correspondent à d'autres types inconnus de praticiens.

Les estimations des professionnels de santé sont très semblables à celles obtenues dans l'Enquête à Base Communautaire. Les femmes à qui leurs amies, voisines

ou membres de la famille ont confié avoir avorté ont rapporté qu'environ quatre femmes sur 10 ont eu recours à un praticien traditionnel, que trois sur 10 ont mis fin à leur grossesse elles-mêmes, et que trois sur 10 ont eu recours aux services de professionnels formés.³⁰

Les femmes pauvres sont plus susceptibles de solliciter des praticiens non formés

Comme le statut économique des femmes et leur lieu de résidence sont susceptibles d'influer sur le type de praticiens auxquels elles auront recours, il a été demandé aux personnes interviewées dans le cadre de L'Enquête auprès des Professionnels de Santé d'estimer les conditions d'avortement de quatre catégories de femmes différentes—pauvres et urbaines, pauvres et rurales, non pauvres et urbaines, non pauvres et rurales.† Elles ont jugé que ce sont les femmes pauvres vivant en zone rurale qui avaient recours aux méthodes d'avortement les plus dangereuses. Selon elles, sept sur 10 font appel à un praticien traditionnel ou mettent un terme à leur grossesse elles-mêmes, et seulement une sur cinq bénéficie des services de praticiens ayant reçu une formation médicale—soit des médecins (1%), des assistants médicaux formés (9%) ou des sages-femmes ou autres personnels formés à l'accouchement (11%) (Graphique 3.1). Cela contraste avec les femmes non pauvres vivant en ville: on estime

*Dans ce chapitre et le suivant, les informations sur les lieux où les femmes vont interrompre leur grossesse, les types de méthodes qu'elles utilisent et l'impact sanitaire des avortements à risque proviennent de deux sources: les professionnels de santé familiaux de ces questions, et les femmes elles-mêmes. Voir l'encadré sur les sources des données en p.8 pour plus de détails.

†L'enquête n'a pas défini les termes «pauvre» et «non-pauvre». Le terme «pauvre» visait à refléter l'expérience des femmes dont le niveau de revenu ou d'éducation était inférieur à la moyenne; cela pouvait aussi renvoyer aux femmes vivant dans les bidonvilles, celles qui étaient des travailleuses journalières ou mariées à des travailleurs journaliers, et les migrantes (particulièrement les travailleuses journalières migrantes). Les femmes interviewées étaient autorisées à déterminer elles-mêmes, selon leur propre compréhension des termes, à quelle catégorie appartiendraient certaines femmes.

que trois-quarts d'entre elles font appel à des professionnels de santé formés, y compris des médecins (26%), des personnels de santé formés (25%) et des sages-femmes et autres personnels formés à l'accouchement (23%).

La pratique de l'avortement pour les femmes pauvres vivant en ville et pour les femmes non pauvres vivant en zone rurale est assez semblable. En termes de sûreté, les deux se placent entre la catégorie des femmes pauvres vivant en zone rurale et celle des femmes non pauvres vivant en ville, puisque l'on pense que la moitié pratiquent l'avortement elles-mêmes ou choisissent de faire appel à un praticien traditionnel.²⁶

Le choix des femmes non pauvres vivant en ville reflète à la fois une plus grande disponibilité des praticiens formés dans les villes et la capacité des femmes plus aisées à trouver ces praticiens et à assumer le coût lié à leurs services. Inversement, les choix risqués des femmes pauvres vivant à la campagne témoignent probablement du manque de travailleurs de santé compétents dans les zones rurales ainsi que l'incapacité de ces femmes à trouver des praticiens formés et à assumer le coût qui serait lié à leurs services.

Les résultats de l'Enquête à Base Communautaire confirment le fait que le lieu de résidence d'une femme est un facteur important dans le choix du type de praticien auquel elle a recours, mais ils suggèrent également que le niveau d'éducation est aussi déterminant. Au Burkina Faso, une proportion substantielle de femmes n'ont jamais été scolarisées. Lorsqu'elles souhaitent mettre fin à leur grossesse, 82% de ces femmes-là se tournent vers des praticiens traditionnels ou avortent elles-mêmes, alors que ce chiffre tombe à 53% pour les femmes ayant au moins atteint le secondaire.³⁰ Le lien entre éducation et type de praticien choisi montre également le fait que la capacité d'une femme à payer les services d'un professionnel est étroitement liée à son niveau d'éducation.

Plus une femme a d'enfants, plus elle est susceptible d'avoir eu recours à un praticien formé, ce qui sous-entend que les femmes qui ont déjà accouché sont plus enclines à connaître les ressources en santé disponibles pour la communauté. En revanche, le choix du praticien ne semble pas avoir de lien fort avec l'âge de la femme ou son statut matrimonial. Les mêmes proportions de femmes ayant recours à des praticiens traditionnels se retrouvent chez les femmes plus jeunes et chez les femmes âgées. Il en va de même chez les femmes non mariées et les femmes mariées (données non montrées³⁰).

Néanmoins, il est frappant de constater que même parmi les femmes les plus éduquées, plus de la moitié ont recours à un praticien traditionnel ou mettent fin à leurs grossesses elles-mêmes.³⁰ Il est probable que la plupart le font parce que leur désir de garder leur avortement secret est aussi fort que chez leurs homologues moins éduquées. Il est probable également que les femmes de toutes origines ont tendance à croire que la confidentialité

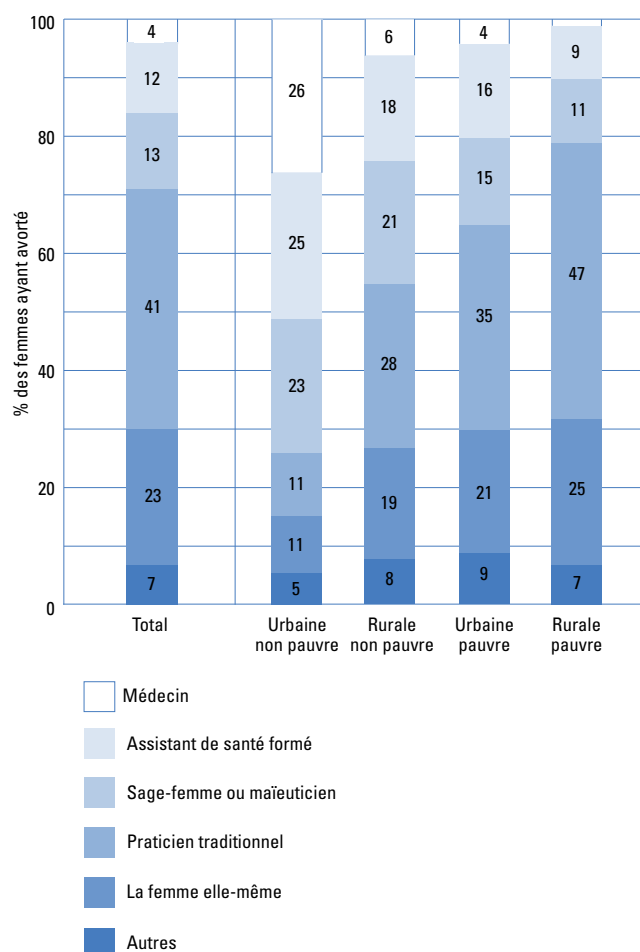
est mieux respectée si elles sollicitent un praticien traditionnel, qu'elles peuvent rencontrer de façon anonyme, la nuit, ce qui réduit la probabilité de croiser une connaissance. Enfin, il est possible que, lorsqu'elles cherchent à mettre fin à une grossesse, même les femmes disposant des connaissances et des ressources peinent à trouver un praticien formé.

La plupart des femmes qui avortent clandestinement utilisent des méthodes à risque

La sûreté d'un avortement dépend non seulement de la personne qui le pratique, mais aussi de la technique employée et du lieu où il se déroule. Dans beaucoup de pays où l'avortement est illégal, les femmes qui peuvent en assumer le coût obtiennent souvent un avortement auprès de professionnels de santé (médecins ou infirmiers/ères)

GRAPHIQUE 3.1

De nombreuses femmes voulant avorter—particulièrement celles qui sont pauvres—ont recours à un tradi-praticien non formé ou avortent elles-mêmes

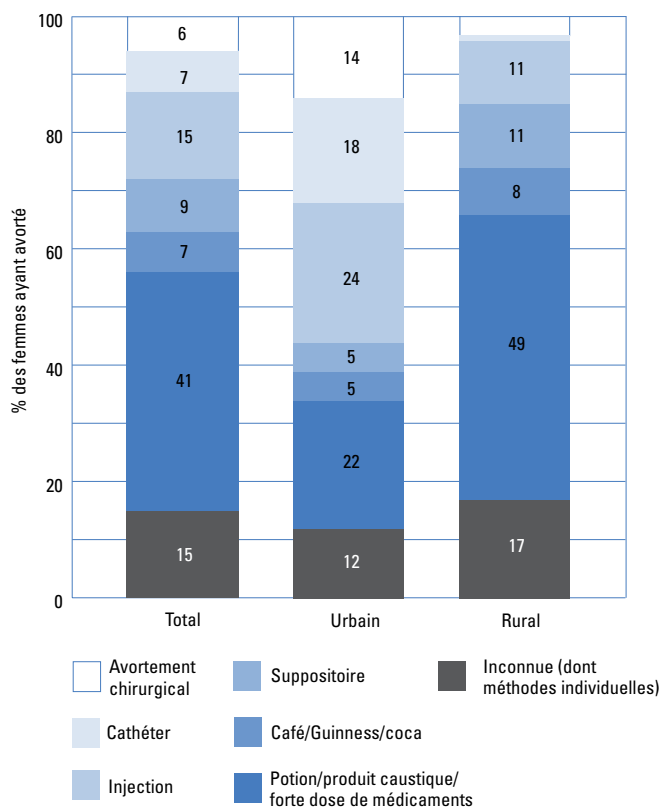


Note Le total des pourcentages peut ne pas faire exactement 100 à cause des arrondis.
Source Référence 26.

...le lieu de résidence d'une femme est un facteur important dans le choix du type de praticien auquel elle a recours,...

GRAPHIQUE 3.2

Les femmes des zones rurales sont plus susceptibles d'avoir recours à des méthodes d'avortement plus dangereuses et auto-pratiquées que les femmes des zones urbaines



Note Le total des pourcentages peut ne pas faire exactement 100 à cause des arrondis.

Source Référence 30.

utilisant des techniques modernes et sûres—dilatation et curetage, ou aspiration—dans des environnements où l'hygiène est de bonne qualité.⁴⁰ Les femmes pauvres vivant dans des zones rurales, au contraire, doivent généralement s'en remettre à des techniques traditionnelles, souvent dangereuses, utilisées dans des conditions non hygiéniques.

Au Burkina Faso, selon les amies, les voisines et les membres de la famille des femmes qui ont eu recours à l'avortement, environ quatre avortements sur 10 reposent sur l'utilisation de potions, de fortes doses de médicaments ou de produits caustiques comme l'eau de javel ou des détergents pour lessive (Graphique 3.2). Vient ensuite le recours à l'injection de médicaments hormonaux (un avortement sur sept) vraisemblablement dans le but de provoquer une fausse couche, et l'utilisation de méthodes traditionnelles non spécifiées que les femmes appliquent elles-mêmes (un sur sept). L'utilisation de méthodes sûres—dilatation et curetage, aspiration—reste à un niveau très faible; elle ne concerne qu'une femme sur seize. Les autres méthodes encore plus rares sont l'insertion de cathéters, bâtons ou objets tranchants dans le vagin, et l'application vaginale de cola, de bière ou de café.³⁰ La plupart de ces méthodes, à l'exception de la dilatation et du curetage et de l'aspiration pratiquées par un professionnel de santé formé, font encourir des risques sévères pour la santé des femmes, en particulier quand ils se traduisent par un traumatisme physique ou un avortement incomplet qui conduit à une infection ou un saignement intense.³⁰

Le niveau d'utilisation des méthodes sûres est très faible au Burkina Faso en général, et il est proche de zéro parmi les femmes vivant à la campagne. Selon l'Enquête à Base Communautaire, seulement 3% des avortements ayant



lieu en zone rurale sont sûrs (Graphique 3.2); les autres sont pratiqués de façon non chirurgicale (suppositoires vaginaux, cathéters, produits caustiques). La proportion des avortements impliquant des potions, de fortes doses de médicaments ou de produits caustiques est bien plus importante chez les femmes rurales (environ la moitié) que chez les femmes résidant en ville (légèrement plus de deux sur 10), même si ces dernières sont un peu plus susceptibles que les femmes rurales d'utiliser de fortes doses de médicaments plutôt que des potions. Elles sont aussi plus susceptibles de mettre fin à leur grossesse par injection (24%, contre 8% dans les campagnes), dilatation et curetage ou aspiration (13% contre 3%) ou insertion d'un cathéter (18% contre 1%).

Le misoprostol, médicament efficace et sûr qui peut mettre fin aux grossesses s'il est correctement utilisé sous la supervision de personnels de santé formés, est interdit au Burkina Faso, en tant qu'abortif, comme dans la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne. Néanmoins, dans plusieurs de ces pays, il est souvent largement disponible au marché noir. Une étude en cours montre que ce médicament est aujourd'hui utilisé à Ouagadougou, mais nous n'avons pas répertorié cette technique dans l'Enquête à Base Communautaire.⁴¹

Le coût élevé de l'avortement sûr est un obstacle pour la plupart des femmes

Les professionnels de santé familiers des conditions dans lesquelles se produisent les avortements clandestins au Burkina Faso ont estimé le coût de chaque procédure pour les femmes qui veulent interrompre une grossesse. Comme on pouvait s'y attendre, ils pensent que les femmes des zones rurales paient moins que celles des zones urbaines; de plus, moins le praticien est formé, et moins le coût de la procédure associée est onéreux (Tableau 3.1).

Bien que les coûts présentés dans le Tableau 3.1 puissent sembler réduits, ils représentent beaucoup d'argent dans un pays où le revenu par habitant est très bas. L'énorme différence entre le prix estimé d'une intervention d'un médecin privé ou exerçant dans une clinique et celui d'une intervention d'un praticien traditionnel en dit long sur les raisons pour lesquelles les femmes burkinabè sont si peu nombreuses à avoir recours aux professionnels de santé formés pour avorter. Au Burkina Faso, comme dans chaque pays où l'avortement à risque est quasiment la seule option pour interrompre une grossesse face à une législation restrictive, ce sont en très grande partie les femmes pauvres qui ont recours aux méthodes et aux praticiens les moins chers et les moins sûrs, et ce sont les femmes pauvres qui au final paient le plus lourd tribut—des conséquences néfastes sur leur santé et, parfois, perte de leur vie.

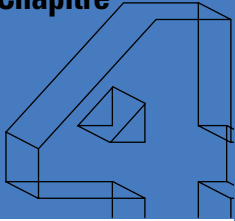
TABLEAU 3.1

Coût moyen d'un avortement (en Francs CFA), par type de praticien et région

Type de praticien	Urbain	Rural
Médecin dans un cabinet privé	32 182	na
Médecin en clinique/hôpital	27 306	na
Médecin de campagne	na	2 926
Assistant de santé	28 281	14 140
Sage-femme/maïeuticien	23 405	12 190
Praticien traditionnel	6 339	3 901
La femme elle-même	1 463	975

Notes En 2008, un US\$ valait 487,6 Francs CFA. na=non applicable.

Source Référence 25.



Les conséquences de l'avortement à risque

Comme nous l'avons vu au chapitre 3, les femmes pauvres et habitant dans les zones rurales—qui, au total, représentent neuf femmes sur 10 en âge de procréer au Burkina Faso²⁶—sont celles qui sont les plus susceptibles d'utiliser les méthodes d'avortement les moins sûres, auprès des praticiens les moins fiables. En revanche, certaines femmes habitant en ville, et celles qui ont un niveau d'éducation élevé, peuvent accéder à un avortement clandestin pratiqué par des professionnels de santé formés aux règles élémentaires d'hygiène et de sécurité. Ces disparités se retrouvent dans d'autres pays où l'accès à l'avortement sûr et abordable est restrictif: de nombreuses femmes ayant des ressources financières (principalement celles qui vivent en ville) peuvent mettre fin à leur grossesse de façon sûre, tandis que la plupart des femmes pauvres et vivant dans les campagnes ont recours à des méthodes et des praticiens (y compris elles-mêmes) dangereux et parfois inefficaces, ce qui se termine souvent par un avortement incomplet et des complications.^{42,43} Au Burkina Faso, cette situation est exacerbée par le fait que même chez les femmes qui ne sont pas pauvres, certaines d'entre elles se tournent vers des méthodes non sûres pour interrompre leur grossesse.²⁶

Les taux de complications sont plus élevés chez les femmes qui ont recours aux praticiens traditionnels non formés

Les professionnels de santé estiment qu'au Burkina Faso, quatre femmes qui avortent sur 10 (43%) doivent faire face à des complications (Tableau 4.1).²⁶ Une estimation fondée sur les réponses des femmes elles-mêmes suggère que ce chiffre est de 49%.³⁰

Les professionnels de santé jugent que le risque de conséquences médicales sévères est plus élevé chez les femmes

pauvres vivant en zone rurale (46%) et plus faible chez les femmes non pauvres vivant en ville (23%).²⁶ Cet écart peut être attribué aux différences dans les manières de mettre fin à la grossesse, dont le type de praticien. La proportion des avortements engendrant des complications est considérée comme plus élevée chez les femmes qui ont recours à un praticien traditionnel (57%; Graphique 4.1). La deuxième stratégie la plus dangereuse est la pratique de l'avortement par la femme elle-même; on estime que la moitié de ces femmes (51%) connaissent des complications. Même parmi les femmes qui ont recours à des personnels de santé qui ne sont pas médecins, on pense qu'une sur cinq subit des complications (21–23%). En revanche, dans la catégorie des femmes qui font appel à un médecin, le risque de complications ne concerne moins d'une femme sur 10 (8%).

TABLEAU 4.1

Proportion des femmes ayant avorté qui subissent des complications et proportion de femmes subissant des complications qui ne reçoivent pas de soins, par niveau de pauvreté et résidence

Niveau de pauvreté et résidence	% des femmes ayant avorté qui subissent des complications	% de femmes subissant des complications qui ne reçoivent pas de soins
Urbain non pauvre	23	9
Rural non pauvre	32	22
Urbain pauvre	42	28
Rural pauvre	46	41
Total des femmes	43	39

Source Référence 26.

Quatre femmes qui subissent des complications sur 10 ne reçoivent pas de traitement

Il a aussi été demandé aux professionnels de santé s'ils pensaient probable que les femmes subissant des complications—avortement incomplet, saignements, infection ou autre problème moins grave—aient accès à un traitement. Sur les 43% estimés de toutes les femmes qui connaissent des complications post-avortement, moins de trois cinquièmes (56%, ou 27% de toutes les femmes qui avortent) accèdent aux soins dont elles ont besoin, tandis que plus de deux cinquièmes (44%, ou 17% de toutes les femmes qui avortent) n'y accèdent pas (Graphique 4.2, page 22). Cependant, les taux de traitement varient énormément selon les caractéristiques sociales et démographiques des femmes. Seulement 2% des femmes non pauvres habitant en ville qui ont recours à l'avortement subissent des complications sans recevoir de soins, alors que 19% des femmes pauvres vivant en zones rurales et 12% des femmes pauvres vivant en ville qui ont connu des complications ne reçoivent pas de soins.

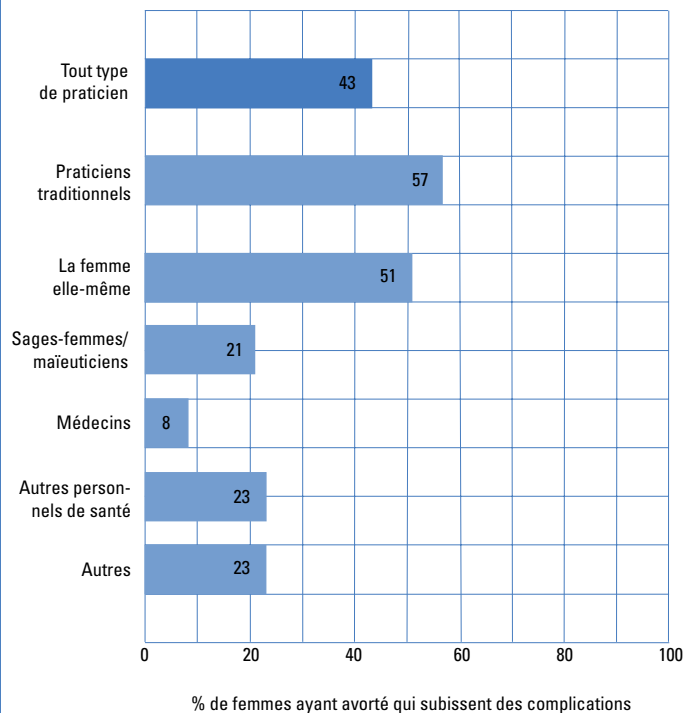
Alors qu'en général seulement six femmes burkinabè sur 10 qui connaissent des complications post-avortement peuvent accéder aux soins dont elles ont besoin, chez les femmes non pauvres vivant en ville ce chiffre est de presque neuf sur 10.²⁶ Le pourcentage élevé dans cette catégorie laisse à penser que dans les zones urbaines, de nombreuses femmes et leurs familles identifient les saignements vaginaux et les fortes fièvres dues à une infection comme des symptômes sérieux qui requièrent un traitement médical immédiat, et qu'en outre elles savent où aller pour recevoir ces soins et qu'elles ont les moyens de les payer. Ces deux facteurs se vérifient d'autant plus que les femmes vivant en ville qui avortent ont tendance à avoir un niveau d'éducation plus élevé que la moyenne des femmes en âge de procréer. De plus, le niveau d'éducation d'une femme est corrélé non seulement à son niveau de revenus, mais également, peut-être, à sa capacité à comprendre chaque consigne qu'elle reçoit par rapport aux signes de complications, et à sa propension à solliciter un traitement médical.

Le niveau de connaissances généralement élevé des femmes sur le besoin de soins post-avortement pourrait également être attribué à un programme gouvernemental énergique, introduit en 2006 pour réduire la mortalité maternelle en donnant accès aux femmes à des soins liés à l'accouchement et des soins obstétricaux d'urgence améliorés et fortement subventionnés.^{44,45} Il faut noter, par exemple, qu'entre 2003 et 2010, la proportion de naissances se produisant dans un établissement de santé est passée de 39% à 66%.^{4,7}

Selon les estimations des professionnels de santé, bien que six femmes sur 10 connaissant des complications post-avortement ont accès aux soins dont elles ont besoin (le chiffre estimé par les femmes elles-mêmes est de 56%³⁰), quatre sur 10 n'y ont pas accès (Tableau 4.1). Ce sont en grande partie des femmes pauvres vivant en

GRAPHIQUE 4.1

Le taux de complications est plus élevé chez les femmes qui ont recours à un tradi-praticien non formé ou qui avortent elles-mêmes



Source Référence 26.

campagne. Plusieurs facteurs contribuent certainement à ce manque de soins: elles espèrent pouvoir se soigner sans devoir aller au centre de santé; le type d'établissement sanitaire dont elles ont besoin n'existe peut-être pas dans leur région; elles peuvent penser que le coût sera trop élevé pour elles; elles peuvent ne pas avoir de moyen de locomotion ou le coût du transport sera trop élevé; et elles peuvent vouloir garder le secret sur leur avortement.

Les données recueillies par l'Enquête sur les Structures de Santé indiquent que près de 23 000 femmes ont été traitées pour des complications post-avortement au Burkina Faso en 2008.²⁴ Si nous appliquons ce chiffre à l'estimation par les professionnels de santé de la proportion de femmes qui subissent des complications sans recevoir de traitement, on en conclut que près de 15 000 femmes supplémentaires connaissant des complications sérieuses auraient dû recevoir des soins post-avortement. Il est quasiment certain que la majorité de ces femmes étaient pauvres.

Bien que les femmes vivant en ville ne représentent qu'une femme en âge de procréer sur quatre, elles représentaient le tiers de celles ayant reçu des soins liés à des complications post-avortement en 2008, ce qui indique que les services sanitaires d'urgence sont plus facilement dispo-

nibles pour les femmes en ville qu'en campagne. La sur-représentation des femmes vivant en ville est également partiellement due à leur plus forte probabilité initiale d'interrompre une grossesse non intentionnelle.

Les femmes ont accès aux services post-avortement à la fois dans les hôpitaux et les cliniques locales

L'organisation opérationnelle du système de santé au Burkina Faso est structurée en trois niveaux: Le premier niveau est représenté par le district sanitaire avec deux échelons:

- Le premier échelon constitué des centres de santé et de promotion sociale (CSPS) dans lesquels on trouve un dispensaire, une maternité et un dépôt de vente de médicaments essentiels génériques.
- Le deuxième échelon constitué des centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA). C'est le niveau de référence des CSPS. Ces deux échelons constituent le district sanitaire.

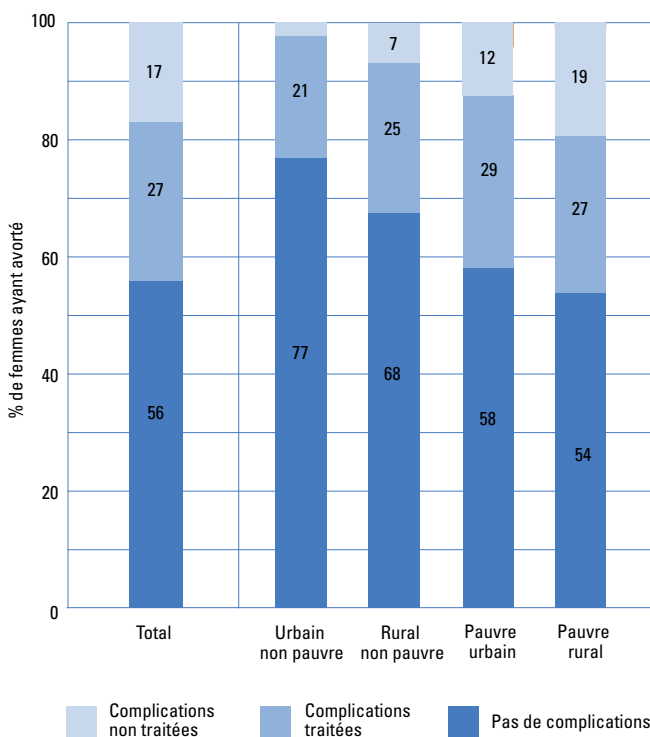
Le deuxième niveau est représenté par les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) répartis à travers le pays en 13 directions régionales de santé (bien que seulement

neuf régions aient actuellement un CHR). C'est le niveau de référence des CMA. Le niveau de soins tertiaires est représenté par deux centres hospitaliers universitaires (CHU), dans les deux villes principales du pays, Ouagadougou et Bobo-Dioulasso.⁴⁶ De plus, on estime à 320 le nombre d'établissements privés à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso.

L'importance du rôle joué par les cliniques de soins primaires dans les traitements post-avortement est soulignée par le Graphique 4.3. Les professionnels de santé estiment que la moitié des femmes traitées pour des complications post-avortement accèdent à ces soins dans les CSPS, contre 25% qui vont dans un CMA ou un CM. Bien que les hôpitaux régionaux (CHR) et les CHU de Ouagadougou soient probablement les établissements les mieux équipés pour traiter les complications post-avortement sévères, on estime que seules 18% des femmes subissant des complications y sont accueillies; leur rôle relativement réduit est sans doute causé par la forte probabilité que les moyens de transport vers de tels centres soient peu nombreux depuis les zones rurales. De plus, bien que les femmes qui sont en trop mauvais état pour être traitées dans un centre de santé local puissent en théorie être renvoyées et peut-être transportées dans un hôpital de niveau de soins tertiaires, le nombre de cas est faible.

GRAPHIQUE 4.2

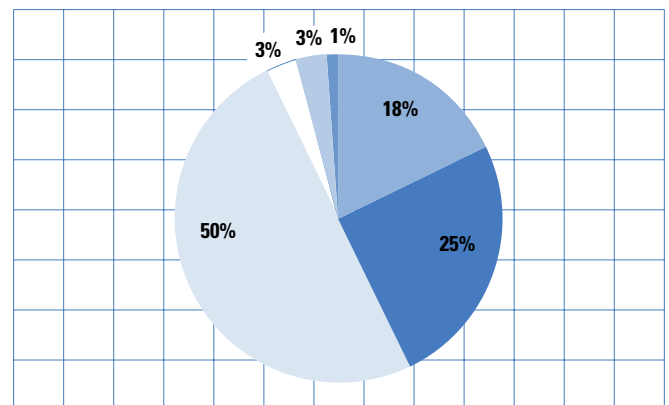
Près d'une femme pauvre vivant en zone rurale sur cinq ayant avorté subit des complications non traitées



Note Le total des pourcentages peut ne pas faire exactement 100 à cause des arrondis. **Source** Référence 26.

GRAPHIQUE 4.3

La moitié des femmes traitées pour complications liées à un avortement à risque reçoivent leurs soins dans un établissement de santé primaire

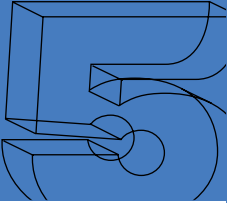


% de femmes recevant des soins médicaux liés à un avortement

- Centre Hospitalier Universitaire (CHU)/Centre Hospitalier Régional (CHR)
- Centre Médical avec Antenne Chirurgicale (CMA)/Centre Médical (CM)
- Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) ou Dispensaire/Maternité isolée
- Clinique d'accouchement
- Cabinet infirmier
- Clinique/Polyclinique

Source Référence 30.

<p>... la moitié des femmes traitées pour des complications post-avortement accèdent à des soins dans les CSPS, ...contre 25% qui vont dans un CMA ou un CM.</p>					
<p>On ne sait pas grand-chose de la gravité des complications post-avortement au Burkina Faso</p> <p>Le degré de sévérité des complications liées à l'avortement est, bien entendu, crucial pour déterminer la gravité des conséquences sur la santé. Nos données ne nous permettent pas d'évaluer cet aspect de la question. Cependant, le fait que des plantes cultivées localement soient la base de nombreuses méthodes traditionnelles utilisées pour interrompre les grossesses est un problème. Une étude ethnologique conduite au Burkina Faso a démontré que, bien que les feuilles d'arbustes souvent utilisées pour provoquer un avortement contiennent des alcaloïdes de l'ergot (qui, en théorie, faciliteraient plutôt une grossesse), ils recèlent également certaines substances toxiques proche de la strychnine qui peuvent causer des saignements vaginaux, des douleurs abdominales, des diarrhées, des vomissements, et qui peuvent même être mortelles.²⁰</p> <p>Par ailleurs, il n'y a pas eu d'évaluation nationale de la contribution de l'avortement à risque à la mortalité maternelle au Burkina Faso. De plus, on ne connaît pas le nombre de femmes qui sont décédées ou ont subi des conséquences sanitaires sur le long-terme (comme la stérilité) à la suite de complications post-avortement non traitées.</p>					



La grossesse non intentionnelle, facteur d'avortement à risque

Comme toutes les femmes à travers le monde,⁴⁰ les femmes du Burkina Faso ne s'exposent pas aux conséquences souvent dangereuses d'un avortement sans raison. Elles le font, plutôt, en désespoir de cause face à une grossesse qu'elles n'avaient pas planifiée ou souhaitée—une grossesse non intentionnelle. Partout dans le monde, très peu de femmes interrompent une grossesse pour une raison autre que le fait qu'elle n'était pas intentionnelle (qu'elle soit intervenue à un moment non choisi ou qu'elle soit non désirée), même si les motivations spécifiques varient grandement.^{*47,48}

En 2008, au Burkina Faso, on estimait que 32% de toutes les grossesses parmi les femmes de 15 à 49 ans étaient non intentionnelles (Graphique 5.1).[†] Un tiers de ces grossesses non intentionnelles (et au total une grossesse sur 10) se terminaient par un avortement.²⁵ Il est probable que ces femmes aient senti que leur grossesse, si elle se poursuivait, aurait eu des conséquences très graves (obligation de mettre fin au parcours scolaire, impossibilité d'élever un enfant seule) ou causé leur déshonneur ou celui de leurs familles.

*Partout dans le monde, la proportion des interruptions volontaires de grossesse consécutive à un viol, à un inceste, à de graves malformations fœtales ou à un risque de morbi-mortalité maternelle est très faible.

†Bien que la plupart des indicateurs démographiques publiés dans ce rapport datent de l'EDS de 2010, les estimations des grossesses non intentionnelles se fondent en partie sur la proportion de grossesses qui étaient non planifiées telle que présentée dans l'EDS de 2003. Nous avons utilisé les résultats de 2003 parce que les estimations de 2010 n'étaient pas en accord avec celles des enquêtes antérieures et avec les indicateurs associés. Nous pensons que les changements dans la formulation des questions de l'enquête ayant trait à la planification des grossesses sont à l'origine d'une sous-estimation significative de la proportion de naissances non planifiées en 2010.

L'idéal d'une famille nombreuse persiste au Burkina Faso, et il est probable que peu de femmes puissent admettre aisément qu'un enfant ne soit pas désiré. Cependant, une ambivalence du désir d'enfant caractérise certaines femmes plus jeunes qui sont confrontées à une grossesse non intentionnelle. Une étude qualitative conduite à Ouagadougou a démontré que les jeunes femmes non mariées qui subissent la pression de leur famille pour se trouver un conjoint tombent parfois enceintes de façon intentionnelle pour pousser leur copain à se marier. Mais si le copain n'est pas décidé à se marier, ou si la relation se détériore ou prend fin, les jeunes femmes décident en conséquence que la grossesse n'est pas désirée et cherchent à avorter clandestinement.⁴¹

Cette ambivalence à l'égard du désir de fécondité et par conséquent de la prévention des grossesses se retrouve même chez les femmes qui disent vouloir retarder leur grossesse ou ne plus avoir d'enfant du tout. Selon une étude de 2006 portant sur les femmes qui rapportaient vouloir retarder la naissance de leur prochain enfant, environ un tiers des utilisatrices de contraceptifs (36%) et des non-utilisatrices (32%) déclaraient que cela ne leur poserait qu'un souci mineur ou pas de problème du tout de tomber enceinte dans les semaines suivantes.⁴⁹ Même parmi celles qui déclaraient ne plus vouloir d'enfant du tout, seulement une sur cinq (19%) pensaient que ce serait un souci mineur ou pas un problème du tout, si elles tombaient enceintes dans les semaines suivantes. Les femmes qui ont des aspirations ambivalentes en termes de fécondité sont susceptibles d'avoir une conception ambivalente de la contraception (même si elles utilisent déjà une méthode), ce qui les place face à un risque élevé de grossesse non intentionnelle.

Les femmes des zones rurales ont et disent vouloir une famille nombreuse

La taille moyenne de la famille au Burkina Faso se trouve parmi les plus élevées de l'Afrique sub-saharienne.⁵⁰ En 2010, les femmes avaient en moyenne six enfants, contre 6,9 en 1993 (Graphique 5.2, page 26). Les femmes vivant en ville en avaient moins que celles vivant en campagne (3,9 contre 6,7 en moyenne, en 2010; Annexe. Tableau 2). De plus, les femmes qui vivaient à Ouagadougou avaient un enfant de moins, en moyenne, que celles vivant dans les autres villes (3,4 contre 4,4). L'explication principale de ce différentiel urbain-rural réside dans le niveau général de développement économique.*⁴ Cependant, comme le Burkina Faso est un pays majoritairement rural, la réduction de la taille de la famille en ville n'a pas beaucoup de conséquences sur la moyenne totale, qui reste très élevée.

La taille moyenne de la famille a légèrement baissé dans toutes les régions du pays, mais la diminution entre 1993 et 2010 a été plus importante chez les femmes résidant à Ouagadougou (28%) que chez celles vivant dans une autre ville (20%) ou en campagne (8%). Cela implique que les femmes vivant en ville veulent non seulement des

familles plus petites que leurs homologues rurales, mais aussi qu'elles adoptent de façon plus rapide l'idéal d'une famille réduite.

Beaucoup de femmes veulent moins d'enfants qu'elles n'en ont

Bien que les familles nombreuses soient toujours considérées comme souhaitables au Burkina Faso, particulièrement à la campagne, certaines femmes préféreraient, en fait, avoir moins d'enfants qu'elles n'en ont. En 1993, alors que la taille moyenne de la famille parmi les femmes en âge de procréer était de 6,9 enfants, la préférence moyenne des femmes s'arrêtait à 6 enfants, ce qui sous-entend qu'une femme avait en moyenne presque un enfant de plus qu'elle n'aurait désiré (Graphique 5.2). En 2010, l'écart entre la taille de la famille désirée et la taille réelle avait à peine changé—0,8 en moyenne.

Les valeurs traditionnelles, qui favorisent des familles nombreuses, prévalent toujours dans des contextes agricoles, moins développés, alors qu'en ville, la plupart des couples ressentent une pression économique qui les pousse à avoir moins d'enfants pour pouvoir payer un niveau d'éducation qui permettra à leurs enfants de trouver les types d'emplois disponibles dans le monde moderne. En zone rurale, les garçons sans éducation peuvent toujours travailler dans l'agriculture. Les filles aident dans les tâches ménagères, et elles contribuent à prendre soin des autres enfants. Cela est particulièrement le cas au Burkina Faso, qui est majoritairement rural, et où environ la moitié des jeunes hommes (56%) et des jeunes femmes (47%) de 15 à 19 ans ont rapporté en 2010 n'être jamais allés à l'école.⁴

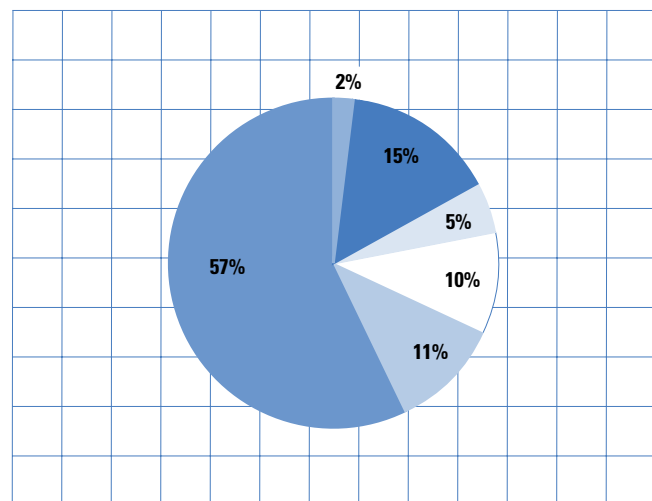
Bien que les raisons expliquant le large différentiel dans la taille des familles en campagne et en ville soient à la fois d'ordre économique et social, elles découlent également du fait que les femmes des zones rurales n'ont pas accès aux services de santé et d'éducation qui leur permettraient de réguler leurs grossesses à travers l'utilisation d'une méthode de planification familiale.

On voit donc que, malgré une fécondité très élevée sur l'ensemble du Burkina Faso, la taille moyenne de la famille décline lentement, et que, de fait, pas mal de femmes désireraient avoir une famille encore moins nombreuse. Mais les femmes utilisent-elles la contraception dans des proportions suffisamment élevées pour atteindre cet objectif ?

*En 2010, la taille de la famille désirée était de 2,8 enfants chez les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans et qui avaient au moins atteint le niveau secondaire, contre 5,8 chez celles n'ayant jamais été scolarisées ; la prévalence de l'utilisation effective de la contraception était de 44% dans le premier groupe, contre 11% dans le second.

GRAPHIQUE 5.1

Au Burkina Faso, trois grossesses sur 10 se terminent par une naissance non désirée ou mal planifiée, ou par un avortement



- Grossesse non désirée se terminant par une naissance
- Naissance voulue plus tard
- Grossesse mal planifiée se terminant par une naissance
- Avortement
- Grossesse désirée se terminant en fausse couche
- Naissance désirée

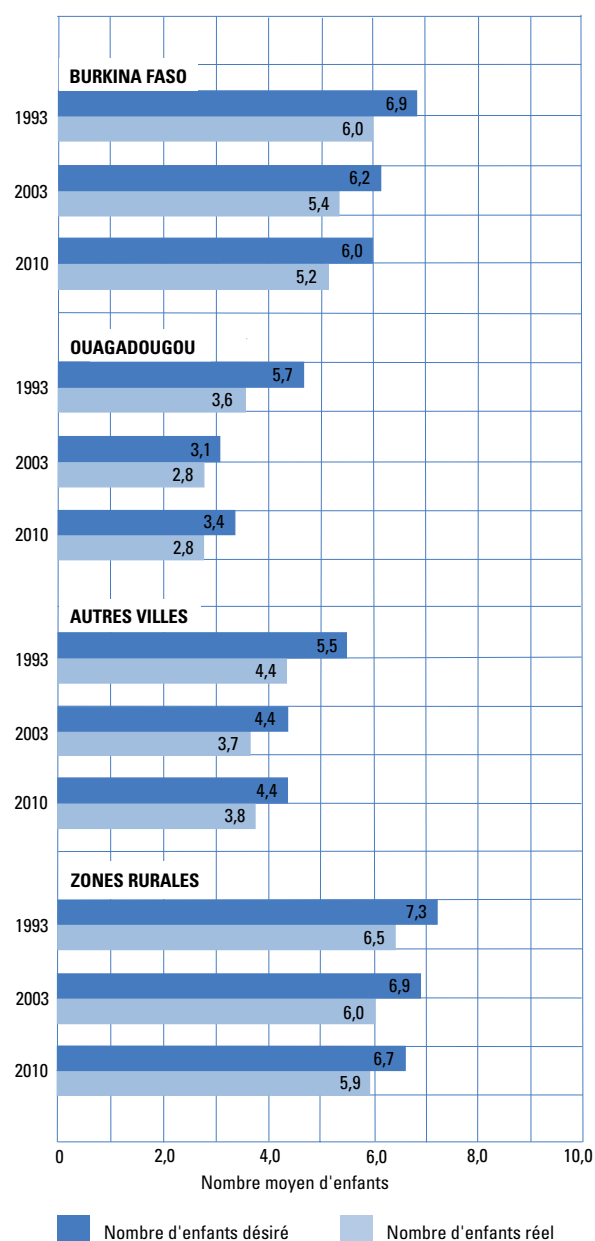
Source Référence 25.

Au Burkina Faso, l'utilisation de la contraception est très faible chez les femmes mariées

Un certain nombre de facteurs contribuent aux grossesses non intentionnelles au Burkina Faso. Mais la cause première est le niveau d'utilisation de la contraception; de nombreuses femmes qui ne veulent pas tomber enceintes n'y ont pas recours. En 2010, seulement 16% des femmes mariées de 15 à 49 ans utilisaient une méthode de contraception, ce qui fait deux points de pourcentage de plus que sept ans plus tôt (14%) et le double de

GRAPHIQUE 5.2

La taille moyenne de la famille se réduit lentement, mais les femmes ont toujours plus d'enfants qu'elles n'en voudraient



Sources Références 4, 7 et 12.

1993 (8%; Graphique 5.3). En 2010, la prévalence de l'utilisation de la contraception chez les femmes vivant en ville était trois fois plus élevée que chez les femmes vivant en campagne (34% contre 11%). Parmi les femmes ayant eu une scolarité de sept ans ou plus, elle était près de quatre fois plus élevée que pour les femmes avec un niveau d'éducation plus faible (50% contre 13%).⁴ Le différentiel entre le quintile des femmes les plus aisées et le quintile le plus défavorisé (37% contre 7%) était également marquant. Ces chiffres suggèrent que la pauvreté, le niveau élevé d'illettrisme et un mauvais accès aux contraceptifs dans les régions rurales sont autant de freins à la capacité d'une femme à connaître les services de planification familiale et à y avoir recours.

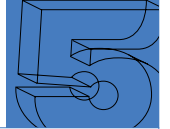
Bien que le taux d'utilisation de la contraception ait doublé entre 1993 et 2010, la part des femmes utilisant une méthode moderne a plus que triplé pendant la période, passant de 4% à 15% (Annexe. Tableau 1). Cela signifie qu'au moins certaines femmes engrangent des connaissances sur la contraception moderne et sont déterminées à utiliser des méthodes qui ont des taux d'échec plus bas.

Au total, le fait que les taux d'utilisation de la contraception soient plus importants chez les femmes mariées vivant en ville et ayant un niveau d'éducation élevé aide à expliquer leur plus faible fécondité par rapport à celle des femmes vivant en campagne, et révèle également une plus grande motivation pour limiter la taille de leur famille conformément au nombre d'enfants qu'elles désirent (entre 2,8 et 3,8 enfants en 2010).⁴

De nombreuses femmes qui ne veulent pas tomber enceintes n'utilisent pas de contraceptifs

Quand les femmes qui auraient préféré différer leur grossesse suivante ou ne plus avoir d'enfant du tout n'utilisent pas de contraceptifs, on considère qu'elles ont un besoin non satisfait en planification familiale. Cela signifie qu'elles sont actives sexuellement, en âge de procréer et ne veulent pas tomber enceinte (dans le futur proche ou pas du tout) mais n'utilisent pas de méthode de contraception. En 2010, une femme sur cinq en âge de procréer au Burkina Faso (20%) avait un besoin non satisfait en matière de contraception (Graphique 5.4, page 28). Chez les femmes mariées, environ une femme sur quatre (24%) avait un besoin non satisfait en matière de contraception en 2010. Ce niveau était encore plus élevé (38%) chez les femmes non mariées et actives sexuellement (qui représentent une proportion bien plus faible des femmes entre 15 et 49 ans). La raison pour laquelle les besoins non satisfaits sont plus grands chez les femmes sexuellement actives qui sont célibataires que chez les femmes mariées—malgré des taux d'utilisation de la contraception plus élevés chez les premières—tient au fait que les femmes célibataires sont beaucoup plus susceptibles de ne pas vouloir tomber enceintes.

L'activité sexuelle avant le mariage est un déterminant fort des grossesses non intentionnelles au Burkina Faso.



Dans la plupart des régions en développement à travers le monde, les tabous sociaux qui prévalent face à l'activité sexuelle avant le mariage ou hors mariage ont tendance à s'estomper graduellement avec la modernisation des économies, l'augmentation de la proportion de jeunes filles faisant des études secondaires et l'affaiblissement du contrôle des communautés traditionnelles sur le comportement sexuel des jeunes filles. En 2010, au Burkina Faso, une femme non mariée entre 15 et 24 ans sur six (17%) avait eu une activité sexuelle.⁴ L'activité sexuelle en dehors du mariage était particulièrement marquée en zone urbaine, où la proportion de jeunes femmes non mariées et sexuellement actives était de 24% contre 11% en campagne.

Les relations pré-maritales ou hors mariage créent un besoin encore plus grand d'utilisation de la contraception. Quel que soit leur parcours, peu de femmes non mariées et sexuellement actives désirent un enfant (pour ne pas encore augmenter la désapprobation sociale à leur encontre). Par ailleurs, plus les femmes sont éduquées, et plus elles ont à perdre avec une grossesse, qui conduit souvent à un abandon scolaire. De plus, très peu de jeunes femmes non mariées—même celles qui vivent en ville et qui sont susceptibles d'avoir un emploi rémunéré—sont en situation de pouvoir élever un enfant né hors mariage. Compte tenu de ces fortes raisons d'éviter de devenir une mère non mariée, on peut s'attendre à

une plus grande utilisation de la contraception parmi les femmes célibataires que parmi les femmes mariées.

C'est, de fait, le cas au Burkina Faso, où 54% des femmes non mariées sexuellement actives entre 15 et 24 ans utilisaient un contraceptif en 2010 (Annexe. Tableau 1). Et 62% de celles vivant en ville utilisaient une méthode, comme 67% de celles avec sept ans ou plus de scolarisation (données non montrées).⁴ Ces niveaux sont beaucoup plus bas chez les femmes mariées âgées de 15 à 24 ans (13%).

Les jeunes femmes célibataires ont rarement accès à l'information sur la santé sexuelle et de la procréation

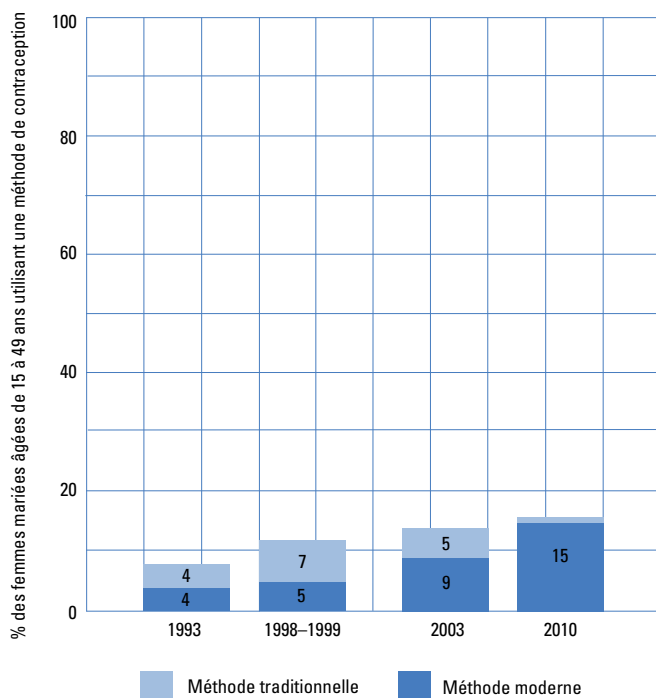
Au Burkina Faso, comme dans beaucoup de pays d'Afrique sub-saharienne, la plupart des jeunes femmes ne sont pas allées à l'école, et celles qui débutent une activité sexuelle pré-maritale font face à une forte désapprobation sociale. Ces femmes n'ont en conséquence pas accès (ou très peu) à une éducation sexuelle adéquate et aux services de contraception. Une étude nationale de 2004 portant sur les adolescentes a démontré que seulement environ une jeune femme entre 12 et 19 ans sur huit avait reçu une éducation sexuelle à l'école. Un peu plus de la moitié de ces filles ne savaient pas où elles pouvaient se procurer des contraceptifs. Les obstacles à l'accès à la contraception les plus importants étaient la peur et la gêne.¹⁸ La plupart des adolescents n'avaient jamais parlé de sujets liés au sexe avec leurs parents ou leurs tuteurs, ou même reçu des informations sur les méthodes contraceptives.⁵¹ En outre, moins d'une fille de 12 à 14 ans sur 10 avait reçu des informations sur comment survient une grossesse et sur comment la prévenir ou encore comment refuser une relation sexuelle. La proportion de ces filles qui avaient reçu des informations sur les infections sexuellement transmissibles était tout aussi faible.⁵²

Qu'est-ce qui empêche les femmes qui ne veulent pas tomber enceintes d'utiliser des contraceptifs ?

Les EDS demandent traditionnellement aux femmes qui ont un besoin non satisfait en matière de planification familiale pourquoi elles n'utilisent pas de méthode de contraception. Au Burkina Faso, la réponse-type donnée par les femmes mariées avec un besoin non satisfait est qu'elles ont des rapports sexuels peu fréquemment (près d'un quart citent cette raison). Un autre quart de ces femmes disent qu'elles ont récemment accouché ou qu'elles allaitent. De 11 à 17% rapportent que leur partenaire est opposé à la contraception, et qu'elles craignent les effets secondaires des contraceptifs ou leur coût.⁴

GRAPHIQUE 5.3

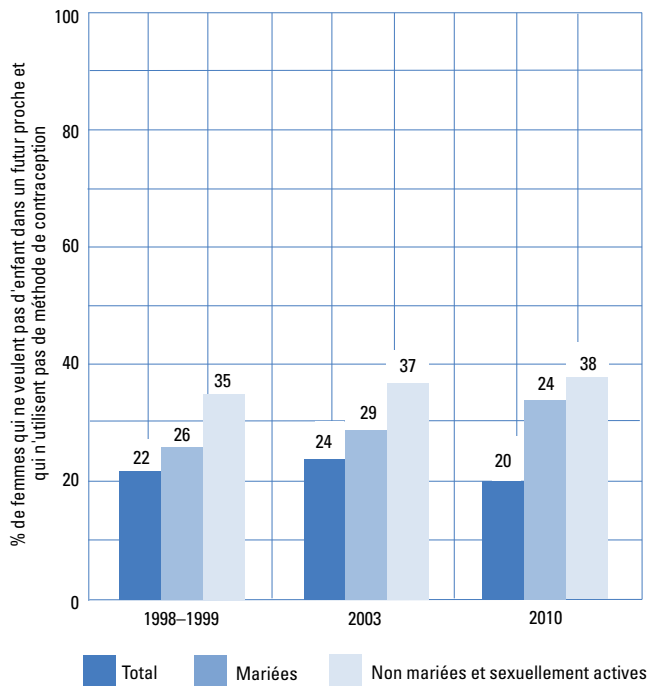
L'utilisation de la contraception parmi les femmes mariées en âge de procréer augmente lentement mais reste très faible



Sources Références 4, 7, 12 et 13.

GRAPHIQUE 5.4

Les besoins non satisfaits de contraception restent élevés chez les femmes en âge de procréer, qu'elles soient mariées ou non



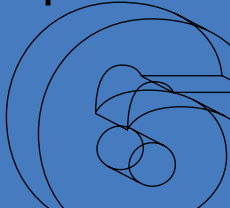
Sources Références 4, 7 et 13.

Il apparaît clairement que de nombreuses femmes sont mal informées quant au risque de grossesse. En effet, une faible fréquence de rapports sexuels n'est pas une garantie pour éviter une grossesse, et l'aménorrhée post-partum ou liée à l'allaitement maternel ne protège du risque de grossesse que pendant les six mois suivant un accouchement et à condition que la femme n'ait pas de retour de règle et allaite exclusivement son enfant (certaines femmes peuvent surestimer l'efficacité de l'aménorrhée liée à l'allaitement, une méthode qu'elles ne connaissent pas, bien qu'elle fasse partie du programme officiel de planification familiale du Burkina Faso⁵³).

Cependant, les femmes ne se trompent pas quant au coût élevé des contraceptifs. Une récente étude a montré que, bien que les prix soient maintenus à un niveau relativement bas grâce aux subventions gouvernementales, le coût des contraceptifs au Burkina Faso reste élevé, proportionnellement aux revenus de la population.⁹ Dans les cliniques de planification familiale, une femme peut avoir à payer non seulement les contraceptifs eux-mêmes, mais également (particulièrement si c'est une nouvelle patiente) la consultation, les gants du praticien, le speculum jetable et le test de grossesse (si elle est aménorrhéique).⁵⁴ Ces coûts peuvent représenter un fardeau, d'autant plus que de nombreuses femmes n'ont pas de revenus indépendants.

En 1999, presque une femme burkinabè sur cinq (19%) déclarait ne pas utiliser de contraceptifs parce qu'elle ne connaissait aucune méthode pour prévenir la grossesse.¹³ En 2010, ce pourcentage était tombé à 3%.⁴ Ce déclin suggère qu'entre temps, la connaissance de la disponibilité et de l'efficacité des contraceptifs s'est accrue de façon substantielle, que ce soit à travers des campagnes d'information et d'éducation ou par le bouche-à-oreille. Néanmoins, la connaissance de l'existence des contraceptifs ne garantit pas leur utilisation, car d'autres obstacles, qu'ils soient dus à l'approvisionnement ou à des barrières culturelles, peuvent empêcher les femmes d'avoir recours à la planification familiale. De plus, une étude conduite au Burkina Faso en 2004 a montré que seulement 9% des jeunes femmes entre 15 et 19 ans avaient une bonne connaissance de la contraception.⁵⁵

Certaines données indiquent que les jugements de la part des prestataires de santé qui désapprouvent la sexualité avant le mariage peuvent dissuader les jeunes femmes non mariées et sexuellement actives d'avoir recours à la contraception. Une enquête qualitative conduite à Ouagadougou, où 19% des femmes célibataires âgées de 15 à 24 ans étaient sexuellement actives en 2010 (Annexe. Tableau 2) a conclu que « les jeunes filles sont réticentes à l'idée de se rendre dans des lieux offrant des services de planification familiale pour obtenir une contraception médicale et ainsi révéler leur activité sexuelle. »¹⁹



Conclusions et recommandations

En dépit du fait que les femmes burkinabè veulent toujours avoir et ont toujours beaucoup d'enfants, trois grossesses sur 10 ne sont pas désirées et une grossesse non intentionnelle sur trois se termine par un avortement. Comme la plupart des femmes qui mettent un terme à une grossesse non intentionnelle le font en secret, par crainte des éventuelles poursuites légales ou pour éviter d'être stigmatisées socialement, il est très difficile de donner une estimation précise de l'incidence de l'avortement. Cependant, une série d'études nationales récentes ont rendu possible l'utilisation de méthodes indirectes pour évaluer la pratique clandestine de l'avortement au Burkina Faso. Les résultats qui en découlent nous donnent un meilleur aperçu de la prévalence de l'avortement, des différentes caractéristiques des femmes qui avortent, des conditions dans lesquelles elles y ont recours (y compris le type de praticiens et de méthodes utilisés), et de l'ampleur des complications associées aux procédures clandestines. Ils montrent également que les grossesses non intentionnelles—cause première de l'avortement—se produisent parce que de nombreuses femmes n'utilisent pas ou ne sont pas en mesure d'obtenir les services et méthodes de contraception qui leur permettraient d'éviter de tomber enceintes alors qu'elles ne le désirent pas. Qu'impliquent ces résultats en termes de politiques et de programmes de santé?

L'utilisation de la contraception doit augmenter pour que les besoins en avortement diminuent

Des programmes de santé conçus pour répondre au niveau élevé de besoins non satisfaits en contraception chez les femmes du Burkina Faso pourraient réduire le nombre de grossesses non intentionnelles et d'avortements. C'est dans ce sens que nous formulons les recommandations suivantes:

- *Étendre et promouvoir les services en planification familiale.* Des initiatives en matière de politiques, de programmes et d'éducation publique sont nécessaires pour promouvoir le concept de planification familiale et élargir la prise de conscience de ses bienfaits en termes sanitaires et sociaux. L'absence de structures de santé mettant à disposition des contraceptifs ainsi que le coût élevé des services de contraception sont les principales raisons qui expliquent pourquoi les femmes ayant un besoin non satisfait n'ont pas recours à la contraception. Les responsables de la planification au sein du gouvernement et les bailleurs extérieurs doivent donc s'efforcer d'améliorer l'accès aux services de planification familiale, plus particulièrement en zone rurale. Ceci peut être atteint en octroyant les ressources nécessaires aux établissements de santé publics pour qu'ils puissent offrir une large gamme de services contraceptifs, fournir aux femmes des informations pertinentes sur les méthodes médicales (pour contribuer à dissiper les préjugés) et assurer une disponibilité constante des produits contraceptifs. Les partenariats entre le gouvernement et le secteur privé doivent être promus en vue de mettre en commun les ressources nécessaires à la continuité des services. De même, les différentes parties prenantes doivent trouver les moyens de rendre les services de contraception abordables pour les femmes. En particulier, les femmes et adolescentes pauvres devraient avoir accès à des services de contraception gratuits (y compris les accessoires et tests requis), la politique actuelle du gouvernement consistant encore à faire payer aux femmes un prix, certes subventionné.⁹

- *Offrir des conseils en matière de contraception et une large gamme dans le choix des méthodes.* Les besoins des femmes sont d'autant mieux satisfaits que s'accroît la variété des méthodes de contraception disponibles. Par exemple, les préservatifs peuvent constituer la meil-

Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour combler nos lacunes de connaissances

Bien que des recherches récentes aient apporté des informations précieuses quant à la thématique de l'avortement au Burkina Faso, de nombreuses lacunes de connaissances restent à combler. Des recherches plus poussées sont donc nécessaires pour éclairer les domaines où les données manquent. Les futures recherches doivent s'attacher à examiner les questions liées aux méthodes utilisées par les femmes qui avortent. Dans les recherches actuelles, l'utilisation de potions et de méthodes personnelles est régulièrement mentionnée. Que sont ces potions et ces méthodes, exactement? A quel point sont-elles dangereuses? Et comment le misoprostol se diffuse-t-il au Burkina Faso?

Bien que des données fiables sur le niveau de complications liées à l'avortement soient désormais disponibles, nous manquons aussi d'informations quant à la gravité de ces complications. Les recherches futures doivent être destinées à évaluer la gravité des complications subies par les femmes ayant recours à un avortement à risque.

Les soins et services post-avortement constituent un autre sujet qui mérite de plus amples recherches. Quelle est la qualité de ces soins, et quels obstacles rencontrent les praticiens? Où les soins post-avortement sont-ils disponibles au Burkina Faso, et où les femmes en ont-elles besoin? Les femmes sont-elles montrées du doigt si elles demandent à recevoir des soins post-avortement? Quel est le coût de ces services pour le système de santé? Enfin, quelles sont les conséquences de l'avortement à risque et de l'hospitalisation qui s'ensuivent sur les femmes et leurs foyers à court et long termes?

Un autre problème important réside dans la faible connaissance du rôle que les hommes jouent dans les discussions portant sur l'interruption d'une grossesse non désirée, du fait qu'ils aident ou non les femmes à avorter, et à payer la procédure. Dans la même perspective, nous avons besoin de rassembler plus d'informations sur le comportement des femmes cherchant à avorter, y compris sur le processus qui les conduit à prendre la décision d'interrompre leur grossesse. Qui est impliqué dans une telle décision? Comment les femmes font pour savoir où se rendre pour un traitement, comment se déplacent-elles jusqu'à l'établissement, et à quels types de délais sont-elles confrontées? Enfin, des informations plus précises sont nécessaires à propos des caractéristiques des femmes qui avortent. Le profil majoritaire qui émerge de cette étude—le fait que les femmes qui avortent ont tendance à être majoritairement célibataires, éduquées, sans enfant, et résidant en milieu urbain—ne nous renseigne pas sur les cas des femmes vivant en campagne et qui avortent aussi. Les données sur ces questions peuvent être obtenues à travers des enquêtes qualitatives ou communautaires se concentrant sur l'expérience des femmes elles-mêmes en matière d'avortement, ainsi qu'à travers des enquêtes auprès des structures de santé impliquant des femmes qui sont admises pour un traitement de complications liées à l'avortement.

leure solution pour les adolescents susceptibles d'avoir des relations sporadiques ou de court terme, ou bien pour les femmes mariées qui vivent des périodes prolongées où elles sont éloignées de leur conjoint. Les femmes vivant dans les zones où la prévalence du VIH est élevée devraient également être mieux informées sur les préservatifs et être en mesure de les obtenir facilement et de les utiliser correctement. En revanche, les besoins des jeunes femmes sexuellement actives qui ne veulent pas avoir d'enfant avant le mariage ou avant d'être mieux établies sont certainement mieux satisfaits par des méthodes telles que les implants ou les injectables. Par ailleurs, pour les femmes mariées, désireuses de retarder leur grossesse de deux ans de plus, les dispositifs intra-utérins ou la pilule peuvent constituer des choix plus appropriés, alors que pour les femmes des zones rurales isolées et dépourvues d'infrastructure de santé, les injectables peuvent se révéler l'option la plus pratique. Les femmes qui ont eu le nombre d'enfants désirés, elles, pourraient préférer la stérilisation. Enfin, le conseil et les services doivent être conçus pour mettre à disposition des femmes qui ont des rapports sexuels sporadiques ou peu fréquents les méthodes qui leur conviennent le mieux.

■ *Introduire des services de distribution à l'échelle de la communauté.* Les responsables de la planification doivent concevoir des programmes communautaires destinés à informer les femmes sur une grande variété de méthodes de contraception existantes, afin de les aider à décider laquelle serait la meilleure pour elles, et ensuite de mettre en place les systèmes de services et d'approvisionnement nécessaires pour que chaque méthode soit constamment disponible.

■ *Accorder une attention particulière aux besoins des adolescentes et des femmes non mariées.* Au Burkina Faso, les femmes jeunes et non mariées sont plus susceptibles d'avoir recours à l'avortement que les autres femmes en âge de procréer. Améliorer leur capacité à agir efficacement et selon leur propre choix et favoriser leur accès aux services de contraception implique souvent des stratégies différentes de celles en direction des autres femmes. Une jeune femme non mariée cherchant à avoir recours à la contraception ou à l'avortement peut être méprisée par les agents d'accueil, les infirmiers/ères et le reste du staff médical, et ces jugements peuvent fortement freiner sa volonté d'accéder à des soins. En raison du risque élevé de grossesse non intentionnelle chez les femmes jeunes et non mariées et de leur forte motivation à mettre fin à ces grossesses par un avortement à risque, il est primordial de faire des efforts pour réduire les niveaux de rapports sexuels non protégés chez ces femmes, à travers des canaux d'information et d'éducation formels et non formels et de limiter les obstacles à l'utilisation de la contraception.

■ *Augmenter le niveau d'éducation des femmes.* Le fait que sept femmes sur 10 ne soient jamais allées à l'école est, à n'en pas douter, un facteur important d'explication de

la faible prévalence de l'utilisation de la contraception au Burkina Faso. Par rapport aux femmes jamais scolarisées, les femmes plus éduquées se marient à un âge plus tardif et ont tendance à avoir une meilleure connaissance de la contraception, une plus grande autonomie dans la prise de décision en matière d'utilisation de la contraception, un meilleur accès aux services et une plus grande motivation pour prévenir les grossesses non intentionnelles (en raison des coûts d'opportunité plus élevés liés à une grossesse^{56,57}). Dans une analyse récente, qui a examiné les liens entre éducation et fécondité dans 30 pays africains, le chercheur soulignait « l'impact bénéfique en termes de pratiques en matière de procréation que l'on peut attendre lorsque le niveau d'éducation des femmes augmente. »⁵⁸ Dans la section Fécondité du rapport sur le recensement burkinabè de 2006, les auteurs réaffirment ce lien: ils suggèrent que les mesures pour renforcer les programmes et politiques nationales en matière de population se concentrent non seulement sur le fait d'étendre la disponibilité des services de contraception, mais aussi sur l'éducation des jeunes filles et l'amélioration de l'alphabétisation des femmes.⁵⁹

■ *Améliorer les services post-avortement.* Même lorsque la plupart des couples utilisent une méthode de contraception moderne, les besoins en matière d'avortement ne disparaissent pas totalement. Il est fréquent que les contraceptifs mal utilisés, ou pas régulièrement, ne fonctionnent pas, ce qui engendre des grossesses non intentionnelles qui peuvent se terminer par des avortements à risque. Depuis plusieurs années maintenant, les soins post-avortement au Burkina Faso sont délivrés par le programme national de santé maternelle. Bien que les services post-avortement soient en théorie fournis à un prix abordable, seuls les honoraires liés à une aspiration manuelle sont actuellement subventionnés.⁶⁰ Plusieurs complications possibles, comme une hémorragie, une septicémie (infection), une anémie, et une perforation utérine, peuvent requérir d'autres formes de traitement qui ne sont pas subventionnées. De plus, les femmes qui souffrent de telles complications doivent souvent rester à l'hôpital plus longtemps, ce qui implique des coûts supplémentaires. Des efforts doivent être consentis pour doter tous les établissements de santé qualifiés d'un équipement moderne et efficace pour traiter les complications liées à l'avortement à risque, et pour étendre les subventions touchant les services post-avortement au-delà des aspirations manuelles. Par ailleurs, des politiques nationales doivent être édictées et mises en œuvre afin de s'assurer que tous les services post-avortement incluent une obligation de conseil vis-à-vis des femmes pour leur montrer comment prévenir une grossesse non désirée dans le futur. Le conseil doit être privé, insister sur la sécurité offerte par les méthodes modernes, fournir des informations sur de possibles effets secondaires et se terminer par la fourniture d'une méthode appropriée aux femmes qui en désirent une.

L'Organisation Mondiale de la Santé recommande que tous les établissements de santé délivrant des soins liés à des avortements incomplets disposent de l'équipement et du staff formé nécessaires pour mettre en œuvre systématiquement la méthode d'aspiration manuelle lorsqu'elle est médicalement requise, et que la méthode soit proposée à un prix qui ne soit pas prohibitif pour les femmes pauvres.⁶¹

Les soins médicaux destinés aux femmes souffrant de complications liées à un avortement à risque accaparent une grande partie des ressources déjà peu importantes (lits, équipement, personnel formé, produits sanguins, médicaments) destinés aux services de soins obstétriques.^{62,63} Cela est regrettable, dans la mesure où des investissements plus conséquents dans la santé maternelle sont nécessaires si l'on veut réduire le taux de mortalité maternelle au Burkina Faso.⁹

■ *Améliorer et rendre plus sûrs les soins liés à l'avortement.* Une étude menée en 1996–1998 dans deux grands hôpitaux de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso a montré que l'amélioration des soins post-avortement bénéficie à la fois aux patients et aux praticiens. L'étude pilote, qui consistait à former des médecins, des infirmiers/ères, et des sages-femmes pour qu'ils fournissent des services post-avortement (dont l'aspiration manuelle, la planification familiale et la prévention des infections), a eu pour résultat une amélioration des soins. Par exemple, le temps passé par le personnel pour le traitement d'urgence, estimé à 73 minutes avant la formation, a été réduit à seulement 23 minutes. La moyenne d'un séjour à l'hôpital a diminué de 36 à 19 heures, et le coût moyen du traitement pour les patientes est passé de 34 à 15 dollars. Quant à la proportion de patientes post-avortement qui ont commencé à utiliser une méthode de contraception, elle a augmenté (de 57% à 83%). Au vu de cette expérience concluante, des efforts comparables sont nécessaires à travers tout le pays, car les patientes sont toujours confrontées à des retards dans les traitements, à de longs séjours hospitaliers, à des coûts de traitement élevés, et à l'attitude désapprobatrice des praticiens.

Même si l'avortement est légalement limité au Burkina Faso, les lois ne sont pas aussi contraignantes que le pensent la majorité des gens, y compris les personnels de santé. Les standards de santé publique requièrent la fourniture de soins appropriés aux femmes traitées pour complications liées à une fausse-couche et à un avortement légal. Tous les étudiants en médecine et les praticiens médicaux (dont le personnel de niveau intermédiaire) travaillant dans les hôpitaux doivent être formés dans le but de satisfaire ce besoin, à travers l'utilisation adéquate de l'aspiration manuelle—une technique très peu

risquée en termes de complications si elle est pratiquée correctement. De plus, étant donné le fait que l'aspiration manuelle est la meilleure méthode pour les avortements intervenant pendant le premier trimestre—avortements à risque et fausses couches réunis—aider les praticiens à se former à cette technique entraînerait une double valeur ajoutée en termes de santé publique.

■ *Informar le public sur le recours légal à l'avortement.* Etant donné que le manque de compréhension des lois existantes sur l'avortement est un frein majeur à leur mise en œuvre,⁶⁴ les organisations non gouvernementales devraient s'atteler à informer le public sur les conditions précises dans lesquelles l'avortement est considéré comme légal au Burkina Faso, avec des indications claires sur la manière dont une femme ayant le droit d'avorter peut effectuer les démarches.

Cette étude a révélé que les attitudes des femmes envers l'avortement sont plus conservatrices que les lois sur l'avortement elles-mêmes. La majorité des femmes n'approuvent l'avortement que si la vie de la femme est mise en danger par la poursuite de la grossesse. Bien que cette vision repose sans doute largement sur les valeurs morales des femmes, elle peut être liée dans de nombreux cas aux croyances par rapport au statut légal de l'avortement. Seulement 37% des femmes en âge de procréer avaient conscience de l'existence de la loi, et parmi elles, elles étaient nombreuses à ne pas connaître ses clauses. Les bases légales de l'avortement sont en fait plus larges au Burkina Faso que dans beaucoup d'autres pays d'Afrique sub-saharienne. Informer le public sur les termes de la loi sur l'avortement peut aider à changer les attitudes vis-à-vis de l'avortement, à réduire la stigmatisation liée à la pratique, et à donner aux femmes le courage lorsque c'est leur droit d'avoir recours à un avortement légal et sûr en sollicitant des praticiens formés et qui utilisent une méthode sûre.

Répondre aux besoins non satisfaits des femmes sauverait des vies et permettrait de réaliser des économies

Les grossesses non intentionnelles et l'avortement à risque ont des conséquences potentiellement lourdes à la fois sur les familles et sur l'ensemble de l'économie: la capacité des parents à envoyer leurs enfants à l'école est moindre lorsqu'ils ont beaucoup d'enfants; une grossesse non désirée peut conduire à une fin de scolarité prématurée pour certaines jeunes femmes; et les effets à long terme d'un avortement à risque sur la santé peuvent limiter les capacités productives d'une femme. Une analyse récente des conséquences potentielles des grossesses non intentionnelles sur la santé des femmes, ainsi que sur le budget de santé sexuelle et de la procréation du pays, illustre les bénéfices substantiels découlant du fait d'aider les femmes à n'avoir que le nombre d'enfants qu'elles désirent, au moment où elles le décident. L'étude estime que si la moitié des femmes du Burkina Faso ayant un

besoin non satisfait en planification familiale utilisaient une méthode de contraception efficace, il y aurait 116 000 grossesses non intentionnelles de moins, 37 000 avortements à risques de moins et 400 décès maternels de moins chaque année. Cela permettrait également d'économiser 18 millions de dollars sur les dépenses de santé annuelles.²²

Une campagne nationale est nécessaire pour réduire le nombre de grossesses non intentionnelles et d'avortements à risque

Des politiques et programmes destinés à améliorer les services en matière de contraception, à réduire les niveaux de grossesses non intentionnelles et d'avortements à risque et à garantir un meilleur accès à l'avortement sûr et légal aideraient à protéger la santé des femmes et à sauver leurs vies. De telles initiatives entraîneraient également des bénéfices sociaux et économiques pour les femmes et leurs familles, en permettant aux jeunes femmes d'achever leurs études et aux femmes de tout âge d'éviter d'avoir un enfant dont elles ne pourraient pas subvenir aux besoins. Quel que soit l'effort consenti pour atteindre ces buts, il nécessite la participation d'experts impliqués dans de nombreux domaines d'activités, dont la conception de politiques publiques prenant en compte les résultats de recherche et la réalité du terrain, un fort plaidoyer public, le renforcement des capacités, la fourniture de soins médicaux de qualité, et des efforts d'éducation/d'information du public. Des milliers de professionnels burkinabè capables et responsables—leaders de communauté, hommes et femmes politiques, enseignant(es), médecins, professeur(es) dans les formations médicales, chercheurs et chercheuses, journalistes, agent(es) de plaidoyer, leaders religieux, membres d'associations civiles de femmes—peuvent et doivent s'impliquer dans ce combat important et louable. Les responsables gouvernementaux de haut niveau, les responsables locaux et même les stars sportives et culturelles pourraient s'engager à déclarer publiquement, clairement, et fréquemment que l'utilisation de la contraception pour prévenir les grossesses non désirées est une bonne chose—pour les femmes, les enfants, les familles et la société. Le rôle des modèles et des leaders est crucial dans toute campagne destinée à convaincre les couples des immenses bénéfices liés à la planification familiale.

Références

1. Central Intelligence Agency, The world factbook: Burkina Faso, <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/uv.html>>, site consulté le 18 juin, 2012.
2. Population Reference Bureau (PRB), *Population and Economic Development 2012 Data Sheet*, Washington, DC: PRB, 2012, <<http://www.prb.org/pdf12/population-economic-development-2012.pdf>>, site consulté le 26 mai, 2012.
3. Poirier J et Guiella G, Fondements socio-économiques de la fécondité chez les Mossi du Plateau Central (Burkina Faso), *Les Travaux de l'UERD*, Ouagadougou, Burkina Faso: University of Ouagadougou, 1996, No. 1.
4. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ICF International, *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010*, Calverton, MD, USA: INSD et ICF Macro, 2012.
5. Ouattara F, Bationo F et Gruénais ME, Pas de mère sans un "mari": la nécessité du mariage dans les structures de soins à Ouagadougou, *Autrepart*, 2009, No. 52, pp. 81–94.
6. Ouattara F et Storeng K, L'enchaînement de la violence familiale et conjugale: Les grossesses hors mariage et ruptures du lien social au Burkina Faso, dans: de Bruijn M., *Violences sociales et exclusions: le développement social de l'Afrique en question*, *Bulletin de L'APAD*, 2007, No. 27–28, pp. 75–92, <<http://apad.revues.org/document3003.html>>, site consulté le 28 mai, 2012.
7. Calculs spéciaux de: INSD et ORC Macro, *Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso 2003*, Calverton, MD, USA: INSD et ORC Macro, 2004.
8. United Nations Population Division, Department of Economic and Social Affairs, *Abortion Policies: A Global Review*, New York: United Nations Population Division, 2002.
9. Amnesty International, *Giving Life, Risking Death: Maternal Mortality in Burkina Faso*, London: Amnesty International, 2009.
10. World Health Organization (WHO), *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*, sixth ed., Geneva: WHO, 2011.
11. Singh S, et al., Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries, *Lancet*, 2006, 368(9550):1887–1892.
12. INSD and Macro International, *Enquête Démographique et de Santé, Burkina Faso 1993*, Calverton MD, USA: Macro International, 1994.
13. INSD et Macro International, *Enquête Démographique et de Santé, Burkina Faso 1998–1999*, Calverton, MD, USA: Macro International, 2000.
14. Ministère de la Santé, *Annuaire Statistique 2008*, Ouagadougou, Burkina Faso, INSD, 2009.
15. Ahman E et Shah I, New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2011, 115(2):121–126.
16. WHO, Unsafe abortion incidence and mortality: Global and regional levels in 2008 and trends during 1990–2008, *Information Sheet*, Geneva: WHO, 2012.
17. Burkina Faso Ministère de l'Economie et des Finances et Union Européenne, *Burkina Faso—Communauté Européenne, Document de stratégie pays et*

Programme Indicatif National pour la Période 2008–2013, Ouagadougou, Burkina Faso: Burkina Faso Ministère de l'Economie et des Finances et Union Européenne, 2007.

- 18.** Guiella G et Woog V, Santé sexuelle et reproductive des adolescents au Burkina Faso: Résultats d'une enquête nationale en 2004, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2006, No. 21.
- 19.** Rossier C, Attitudes towards abortion and contraception in rural and urban Burkina Faso, *Demographic Research*, 2007, 17(2):23–58.
- 20.** Dehne KL, Abortion in the north of Burkina Faso, *African Journal of Reproductive Health*, 1999, 3(2): 40–50.
- 21.** Rossier C, Abortion: an open secret? Abortion and social network involvement in Burkina Faso, *Reproductive Health Matters*, 2007, 15(30): 230–238.
- 22.** Guttmacher Institute, Avantages de satisfaire les besoins en matière de contraception moderne au Burkina Faso, *In Brief*, New York: Guttmacher Institute, 2011, Series 2011, No. 1.
- 23.** Rossier C, The anonymous third party reporting method, dans: Singh S, Remez L et Tartaglione A, eds., *Methods for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity and Mortality: a Review*, New York: Guttmacher Institute; and Paris: International Union for the Scientific Study of Population; 2010.
- 24.** Calculs spéciaux de l'Enquête sur les Structures de Santé, 2009.
- 25.** Sedgh G et al., Estimating abortion incidence in Burkina Faso using two methodologies, *Studies in Family Planning*, 2011, 42(3):147–154.
- 26.** Calculs spéciaux de l'Enquête auprès des Professionnels de Santé, 2009.
- 27.** Henshaw SK et al., The incidence of induced abortion in Nigeria, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(4):156–164.
- 28.** Ghana Statistical Service (GSS), Ghana Health Service (GHS) and Macro International, *Ghana Maternal Health Survey 2007*, Accra, Ghana: GSS and GHS; and Calverton, MD, USA: Macro International, 2009.
- 29.** Sedgh G et al., Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008, *Lancet*, 2012, 379(9816):625–632.
- 30.** Calculs spéciaux de l'Enquête à Base Communautaire, 2009.
- 31.** Salter C, Johnson HB et Hengen N, Care for postabortion complications: saving women's lives, *Population Reports*, 1997, Series L, No. 10.
- 32.** Henshaw SK et Morrow E, *Induced Abortion: A World Review*, New York: Alan Guttmacher Institute, 1990.
- 33.** Kaboré I et al., Characteristics of women who have

induced abortions, type of providers used and the health consequences in Burkina Faso, présentation faite à la Sixième conférence africaine sur la population, Ouagadougou, Burkina Faso, le 5 au 9 décembre 2011.

- 34.** Rossier C et al., Sexualités pré-nuptiales, rapports de genre et grossesses non prévues à Ouagadougou, *Population*, 2013, 68(1):97–122.
- 35.** Singh S, Prada E et Juarez F, Incidence Complications Method: A quantitative technique, dans: Singh S, Remez L et Tartaglione A, *Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity: A Review*, New York: Guttmacher Institute, 2011, pp. 71–99.
- 36.** Bongaarts J et Potter RG, *Fertility, Biology and Behavior: An Analysis of the Proximate Determinants*, New York: Academic Press, 1983.
- 37.** Harlap S, Shinon PH et Ramcharan S, A life table of spontaneous abortions and the effects of age, parity and other variables, in: Porter IH and Hook EB, eds., *Human Embryonic and Fetal Death*, New York: Academic Press, 1980.
- 38.** Institut national de la statistique et de la démographie (INSD), Résultats définitifs: Recensement général de la population et de l'habitation de 2006, Ministère de l'économie et du développement, Burkina Faso, 2009.
- 39.** INSD, *Annuaire Statistique 2009*, Ouagadougou, Burkina Faso: INSD, 2010.
- 40.** Singh S et al., *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*, New York: Guttmacher Institute, 2009.
- 41.** Ouédraogo R et al., Enjeux et pratiques de jeunes femmes autour des grossesses et avortements clandestins au Burkina Faso, présentation faite à la Sixième conférence africaine sur la population, Ouagadougou, Burkina Faso, le 5 au 9 décembre 2011.
- 42.** Singh S et al., *Unintended Pregnancy and Induced Abortion in Uganda: Causes and Consequences*, New York: Guttmacher Institute, 2006.
- 43.** Bankole A et al., *Unwanted Pregnancy and Induced Abortion in Nigeria: Causes and Consequences*, New York: Guttmacher Institute, 2006.
- 44.** De Allegri M et al., Determinants of utilisation of maternal care services after the reduction of user fees: a case study from rural Burkina Faso, *Health Policy*, 2011, 99(3):210–218.
- 45.** Ridde V et al., The national subsidy for deliveries and emergency obstetric care in Burkina Faso, *Health Policy and Planning*, 2011, 26(Suppl. 2):ii30–ii40.
- 46.** Ministère de la Santé, Secrétariat Général et Direction Générale de l'Information et des Statistiques Sanitaires, *Tableau de Bord Santé 2009*, Ouagadougou, Burkina Faso: Ministère de la Santé, Secrétariat Général et Direction Générale de l'Information et des Statistiques Sanitaires, 2010.

- 47.** Bankole A, Singh S et Haas, T, Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries. *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(3):117–127.
- 48.** Bankole A, Singh S et Haas T, Characteristics of women who obtain induced abortion: a worldwide review, *International Family Planning Perspectives*, 1999, 25(2):68–77.
- 49.** Speizer IS, Using strength of fertility motivations to identify family planning program strategies, *International Family Planning Perspectives*, 2006, 32(4):185–191.
- 50.** Macro International, STATcompiler, <<http://statcompiler.com>>, site consulté le 6 février, 2013.
- 51.** Biddlecom A et al., Role of parents in adolescent sexual activity and contraceptive use in four African countries, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2009, 35(2):72–81.
- 52.** Bankole A et al., Sexual behavior knowledge and information sources of very young adolescents in four African countries, *African Journal of Reproductive Health*, 2007, 11(3):28–43.
- 53.** Rossier C, Institut Supérieur des Sciences de la Population, Ouagadougou, Burkina Faso, communication directe, le 15 juin, 2012.
- 54.** Sawadogo N, De l'initiation sexuelle au mariage chez les jeunes urbains burkinabè: relations, vécu et risques, thèse de doctorat, Louvain-la-Neuve, Belgium: Université Catholique de Louvain, 2013.
- 55.** Biddlecom AE et al., *Protecting the Next Generation in Sub-Saharan Africa: Learning from Adolescents to Prevent HIV and Unintended Pregnancy*, New York: Guttmacher Institute, 2007, Appendix Table 3.
- 56.** Jejeebhoy S, *Women's Education, Autonomy and Reproductive Behavior: Experience from Developing Countries*, Oxford, UK: Clarendon Press, 1995.
- 57.** United Nation, *Women's Education and Fertility Behavior: Recent Evidence from the Demographic and Health Surveys*, New York: United Nations, 1995.
- 58.** Bongaarts J, Poverty, gender and youth: the causes of educational differences in fertility in Sub-Saharan Africa, *Working Paper*, New York: Population Council, 2010, No. 20.
- 59.** Burkina Faso Ministère de l'Économie et des Finances, Secrétariat Général et Institut National de la Statistique et de la Démographie, *Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) de 2006: Analyse des Résultats Définitifs*, Ouagadougou, Burkina Faso: Ministère de l'Économie et des Finances, Secrétariat Général et Institut National de la Statistique et de la Démographie, 2008, p. 103.
- 60.** Kolaas A, Limited access to post-abortion care, 2011, <<http://www.med.uio.no/helsam/english/research/news-and-events/news/2011/post-abortion-treatment.html>>, site consulté le 12 mai, 2012.
- 61.** WHO, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, Geneva: WHO, 2003.
- 62.** Vlassoff M et al., Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges, *IDS Research Report*, Brighton UK: Institute of Development Studies (IDS), 2008, No. 59.
- 63.** IDS, The high cost of unsafe abortion, 2007, <<http://www.ids.ac.uk/2785BCB3-5056-8171-7BDD5C320BF4D183>>, site consulté le 15 septembre, 2012.
- 64.** Guttmacher Institute, *Making Abortion Services Accessible in the Wake of Legal Reforms: A Framework and Six Case Studies*, New York: Guttmacher Institute, 2012, <www.guttmacher.org/pubs/abortionservices-laws.pdf>, site consulté le 15 décembre, 2012.

	Total	Boucle de Mouhoun	Cascades	Centre	Centre-Est
CARACTÉRISTIQUES SOCIALES ET DÉMOGRAPHIQUES					
<i>Femmes de 15 à 49 ans</i>					
% qui vivent en zone rurale	73	91	70	12	82
% ayant atteint le secondaire	12	6	10	37	8
% qui sont pauvres	22	16	9	2	18
FÉCONDITÉ					
Taux de fécondité (Indice Synthétique de Fécondité)	6.0	6.8	6.0	3.7	6.3
Taux de fécondité désiré	5.2	5.6	4.9	3.0	5.7
STATUT DES NAISSANCES*†					
% non planifiées	8	11	14	17	2
% mal planifiées	6	9	12	13	1
% non désirées	2	3	2	4	0
SOINS PRÉNATAUX ET À L'ACCOUCHEMENT‡					
% de femmes recevant des soins pré-nataux de la part d'un professionnel de santé	94	93	94	98	98
% des accouchements se déroulant dans un établissement de santé	66	64	77	97	84
CONTRACEPTION/BESOINS NON SATISFAITS					
<i>Femmes mariées âgées de 15 à 49 ans</i>					
% qui veulent retarder ou empêcher toute grossesse	77	80	76	76	78
% qui utilisent une méthode contraceptive	16	12	19	36	9
% qui utilisent une méthode moderne	15	11	18	31	9
% dont les besoins ne sont pas satisfaits	24	32	22	22	26
% dont les besoins d'espacement des naissances ne sont pas satisfaits	17	22	17	14	21
% dont les besoins de limitation du nombre de naissances ne sont pas satisfaits	7	9	5	7	6
<i>Femmes non mariées sexuellement actives âgées de 15 à 24 ans</i>					
% qui utilisent une méthode contraceptive	54	31	60	58	§
% qui utilisent une méthode moderne	52	31	55	56	§
% dont les besoins ne sont pas satisfaits	40	66	37	31	§
DONNÉES POUR LES JEUNES FEMMES					
<i>Femmes non mariées âgées de 15 à 24 ans</i>					
% qui sont sexuellement actives	17	18	31	18	2
<i>Femmes de 15 à 19 ans</i>					
% qui sont mères ou actuellement enceintes	24	32	28	8	19
<i>Femmes âgées de 15 à 24 ans</i>					
% des naissances qui n'étaient pas planifiées*†	8	9	15	17	2
<i>Femmes âgées de 20 à 24 ans</i>					
Âge médian à la première relation sexuelle	18	18	17	20	18
Âge médian au premier mariage	18	18	18	20**	18
Âge médian à la première naissance	20	19	19	22**	19

*Parmi les naissances des cinq dernières années. †Dans l'EDS de 2010, la formulation des questions portant sur le statut des naissances ne recouvrait pas celle des enquêtes précédentes, ce qui a pu contribuer à une sous-estimation significative de la proportion de naissances non planifiées. ‡ Ne prend en compte que les grossesses se terminant par une naissance. § Pourcentage non calculé en raison du trop petit nombre de cas (<20). **Parmi les femmes âgées de 25 à 29 ans. Source : Référence 4.

Centre-Nord	Centre-Ouest	Centre-Sud	Est	Hauts Bassins	Nord	Plateau Central	Sahel	Sud-Ouest
92	84	89	93	56	87	91	94	86
5	10	10	5	15	6	8	2	7
26	23	22	44	11	19	18	50	46
6.7	6.4	5.6	7.5	5.2	6.2	5.8	7.5	6.4
6.1	5.4	5.3	6.4	4.4	5.8	5.2	7.1	5.9
2	10	12	4	14	6	4	2	5
2	9	10	4	10	5	3	2	4
0	1	2	0	3	1	2	0	1
96	95	97	92	96	95	98	86	90
68	60	85	51	75	62	82	35	43
79	77	80	84	81	78	75	69	65
10	11	17	11	28	11	16	7	10
9	10	16	11	27	10	14	7	10
23	26	28	25	22	24	21	19	15
16	20	19	20	14	18	14	15	11
6	6	9	5	8	6	7	4	4
§	54	§	§	70	38	§	§	§
§	52	§	§	70	38	§	§	§
§	31	§	§	29	62	§	§	§
6	20	19	15	25	16	13	9	23
29	20	24	37	21	26	11	39	34
1	11	15	4	14	6	4	2	7
18	18	18	17	17	17	18	16	17
18	18	18	17	18	18	18	16	18
19	20	20	18	20	20	20	18	19

	Année	Total	Ouagadougou	Autres villes	Total villes	Zones rurales
CARACTÉRISTIQUES SOCIALES ET DÉMOGRAPHIQUES						
<i>Femmes de 15 à 49 ans</i>						
% qui vivent en zone rurale	1993	80	0	nd	nd	nd
	1999	83	0	nd	nd	nd
	2003	78	0	nd	nd	nd
	2010	73	0	nd	nd	nd
% ayant atteint le secondaire	1993	6	30	18	25	2
	1999	6	35	27	31	1
	2003	9	39	28	34	2
	2010	12	41	29	35	4
FÉCONDITÉ						
Taux de fécondité (Indice Synthétique de Fécondité)	1993	6.9	4.7	5.5	5.0	7.3
	1999	6.8	4.1	na	4.1	7.3
	2003	6.2	3.1	4.4	3.7	6.9
	2010	6.0	3.4	4.4	3.9	6.7
Taux de fécondité désiré	1993	6.0	3.6	4.4	3.9	6.5
	1999	6.0	3.4	nd	3.4	6.5
	2003	5.4	2.8	3.7	3.2	6.0
	2010	5.2	2.8	3.8	3.3	5.9
STATUT DES NAISSANCES*						
% non planifiées	1993	24	35	34	35	23
	1999	22	31	24	27	22
	2003	23	22	27	24	22
	2010†	8	17	12	14	7
% mal planifiées	1993	21	28	28	0	20
	1999	19	26	19	23	18
	2003	20	17	22	20	20
	2010†	6	13	10	11	5
% non désirées	1993	3	7	6	7	3
	1999	4	5	4	5	4
	2003	3	5	5	5	3
	2010†	2	4	2	3	1
SOINS PRÉNATAUX ET À L'ACCOUCHEMENT‡						
% de femmes recevant des soins pré-nataux de la part d'un professionnel de santé	1993	37	97	89	93	27
	1999	61	98	93	96	57
	2003	73	99	95	97	70
	2010	94	98	98	98	94
% des accouchements se déroulant dans un établissement de santé	1993	43	93	87	88	35
	1999	32	99	58	90	26
	2003	39	95	81	87	31
	2010	66	97	92	94	61

Annexe Tableau 2, continue

	Année	Total	Ouagadougou	Autres villes	Total villes	Zones rurales
CONTRACEPTION/BESOINS NON SATISFAITS						
<i>Femmes mariées âgées de 15 à 49 ans</i>						
% qui veulent retarder ou empêcher toute grossesse	1993	71	75	71	73	71
	1999	76	77	73	75	76
	2003	76	70	77	74	77
	2010	77	76	78	77	78
% qui utilisent une méthode contraceptive	1993	8	31	19	26	4
	1999	12	32	27	29	9
	2003	14	37	32	34	10
	2010	16	38	31	34	11
% qui utilisent une méthode moderne	1993	4	20	13	17	1
	1999	5	22	17	20	3
	2003	9	29	27	28	5
	2010	15	32	29	31	11
% dont les besoins ne sont pas satisfaits	1993	24	28	31	29	23
	1999	26	25	23	24	26
	2003	29	20	26	23	30
	2010	24	21	21	21	25
% dont les besoins d'espacement ne sont pas satisfaits	2010	17	14	15	15	18
% dont les besoins de limitation ne sont pas satisfaits	2010	7	7	7	7	6
<i>Femmes non mariées sexuellement actives âgées de 15 à 24 ans</i>						
% qui utilisent une méthode contraceptive	1993	28	10	30#	36	22
	1999	48	68	54	61	37
	2003	52	63	67	65	35
	2010	54	58	65	62	37
% qui utilisent une méthode moderne	1993	11	14	17#	16	8
	1999	41	60	50	55	31
	2003	49	60	62	61	33
	2010	52	56	64	61	36
% dont les besoins ne sont pas satisfaits	1993	nd	nd	nd	nd	nd
	1999	38	22	42	32	42
	2003	38	29	29	29	52
	2010	40	31	33	32	55
DONNÉES POUR LES JEUNES FEMMES						
<i>Femmes non mariées âgées de 15 à 24 ans</i>						
% qui sont sexuellement actives	1993	15	18	20	19	13
	1999	21	29	27	28	18
	2003	21	26	29	27	16
	2010	17	19	28	24	11
<i>Femmes de 15 à 19 ans</i>						
% qui sont mères ou actuellement enceintes	1993	31	15	25	19	35
	1999	25	17	12	15	28
	2003	23	6	17	11	28
	2010	24	8	17	13	29

Annexe Tableau 2, continue

	Année	Total	Ouagadougou	Autres villes	Total villes	Zones rurales
<i>Femmes âgées de 15 à 24 ans</i>						
% des naissances qui n'étaient pas planifiées*	1993	22	33	34	33	20
	1999	15	27	17	22	14
	2003	20	32	24	27	19
	2010†	8	18	19	19	6
DONNÉES POUR LES JEUNES FEMMES						
<i>Femmes âgées de 20 à 24 ans</i>						
Âge médian à la première relation sexuelle	1993	17.2	17.9	17.4	17.7	17.1
	1999	17.3	18.9	17.2	18.2	17.2
	2003	17.5	18.7	17.9	18.4	17.3
	2010	17.5	18.7	18.1	18.4	17.2
Âge médian au premier mariage	1993	17.3	17.5	17.2	17.4	17.3
	1999	17.6	20.1§	18.9§	19.6§	17.4
	2003	17.9	20.5§	18.8§	19.8§	17.6
	2010	17.9	20.6§	19.0§	19.8§	17.4
Âge médian à la première naissance	1993	19.1	20.6	19.9	20.4	18.9
	1999	19.1	20.7§	19.3§	20.2§	18.8
	2003	19.5	21.7§	20.8§	20.8§	19.0
	2010	19.5	22.7§	20.4§	21.5§	18.8

*Parmi les naissances des cinq dernières années. †Dans l'EDS de 2010, la formulation des questions portant sur le statut des naissances ne recouvrait pas celle des enquêtes précédentes, ce qui a pu contribuer à une sous-estimation significative de la proportion de naissances non planifiées. ‡Ne prend en compte que les grossesses se terminant par une naissance. §Parmi les femmes de 25 à 29 ans. nd=non disponible. Sources: Références 4, 7, 12 et 13.

Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso: causes et conséquences est disponible en ligne. Des exemplaires imprimés sont disponibles gratuitement pour les lecteurs dans les pays en développement, et peuvent être achetés à \$25 aux États-Unis et autres pays développés. Les frais de préparation et d'envoi sont supplémentaires. Des rabais pour grandes quantités sont disponibles sur demande. Pour télécharger ou acheter des exemplaires imprimés, veuillez visiter www.guttmacher.org.

©2013 Guttmacher Institute, une association à but non lucratif qui a pour mission de faire progresser la santé et les droits sexuels et reproductifs à travers un programme interconnecté de recherche, d'analyse politique et d'éducation publique visant à susciter de nouvelles idées, encourager un débat public éclairé, et promouvoir le développement de politiques et de programmes solides. Tous droits, y compris de traduction en d'autres langues, sont réservés sous la Convention universelle sur le droit d'auteur, la Convention de Berne pour la protection des œuvres littéraires et artistiques, et les Conventions inter- et panaméricaines sur le droit d'auteur (Mexico et Buenos Aires). Les droits de traduction de l'information contenue dans ce rapport peuvent être dérogés.

ISBN: 978-1-934387-16-0

Citation suggérée: Bankole A, et al., *Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso: causes et conséquences*, New York: Guttmacher Institute, 2013.

Conception graphique: © Emerson, Wajdowicz Studios/NYC/www.designEWS.com
Photo de couverture: © Victor Mello

Guttmacher Institute
125 Maiden Lane, 7th Floor
New York, NY 10038 USA
Telephone: +1-212-248-1111
Fax: +1-212-248-1951
Email: info@guttmacher.org
www.guttmacher.org

Institut Supérieur des Sciences de la Population
Université de Ouagadougou
03 BP 7118, Ouagadougou 03
Burkina Faso
Tél: +226 50 30 25 59
+226 50 30 25 59
www.issp.bf

