

Avortement au Burkina Faso

- Au Burkina Faso, l'avortement est autorisé par la loi pour protéger la santé de la femme enceinte, ainsi que dans les cas de viol, d'inceste, ou de grave malformation foetale.

- La connaissance du statut légal de l'avortement est faible : seulement un tiers des femmes burkinabè savent que l'avortement est autorisé dans certains cas. L'avortement pratiqué de façon illégale étant considéré comme un acte criminel, l'immense majorité des femmes qui mettent un terme à leur grossesse — qu'elles aient pu le faire légalement ou pas — le font en secret, par peur des poursuites et pour éviter la stigmatisation sociale qui accompagne le recours à l'avortement.

- La plupart des avortements clandestins se pratiquent dans des conditions risquées, qui mettent en danger la santé des femmes, et parfois leur vie.

CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES AYANT RECOURS À L'AVORTEMENT

- Les femmes burkinabè qui ont recours à l'avortement n'ont pas le profil-type des femmes en âge de procréer. Elles sont plus jeunes, mieux éduquées, plus susceptibles de vivre en ville, et d'être non mariées et sans enfant.

- En 2008, 65% des femmes qui avaient eu recours à l'avortement dans les deux années précédentes avaient entre 15 et 24 ans, ce qui concorde également avec le pourcentage de celles n'ayant pas d'enfants. Par contre, parmi la totalité des femmes âgées de 15 à 49 ans, 41% avaient entre 15 et 24 ans et uniquement 24% n'avaient pas d'enfant.

- L'avortement se pratique de façon disproportionnée chez les femmes non mariées : six femmes sur 10 qui ont avorté n'étaient pas mariées, alors qu'au total seulement deux femmes sur dix en âge de procréer n'étaient pas mariées en 2008. De plus, 27% des femmes qui ont avorté avaient au moins atteint le cycle d'éducation secondaire ; c'était le cas pour seulement 9% de la totalité des femmes en âge de procréer.

INCIDENCE DE L'AVORTEMENT

- En 2012, environ 105 000 avortements ont été pratiqués au Burkina Faso ; le taux d'avortement national était de 25 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans.

- Dans les zones rurales, le taux était légèrement inférieur (22 pour 1 000), et sensiblement supérieur dans les zones urbaines autres que Ouagadougou, la capitale (42 pour 1 000), où il était de 28 pour 1 000.

PRATICIENS ET MÉTHODES

- En 2008, les praticiens les plus sollicités ont été les praticiens traditionnels : ils ont été à l'origine de 41% des avortements au Burkina Faso. Dans 23% des cas, c'est la femme qui a mis fin à sa grossesse elle-même.

- Les avortements ont aussi été pratiqués par des sages-femmes et des maïeuticiens (13%) et par des assistants de santé (12%). Ces assistants ont pu recevoir une formation basique, mais pas nécessairement en matière de techniques d'avortement sûr.

- On estime à seulement 3% la proportion des femmes ayant eu recours à un

médecin pour avorter. Les 7% restants ont sollicité d'autres types de praticiens et utilisé une autre méthode.

- Les femmes pauvres des zones rurales s'exposent à un plus grand risque. Sept sur 10 ont recours à un praticien traditionnel ou mettent fin elles-mêmes à leur grossesse.

- Environ quatre femmes sur dix qui ont avorté ont utilisé une potion, ou de hautes doses de médicaments, de produits caustiques comme de l'eau de javel ou de la lessive.

- Au total, le recours à des méthodes d'avortement sûr reste très faible au Burkina Faso. Il est presque inexistant chez les femmes des zones rurales (97% d'avortements à risque).

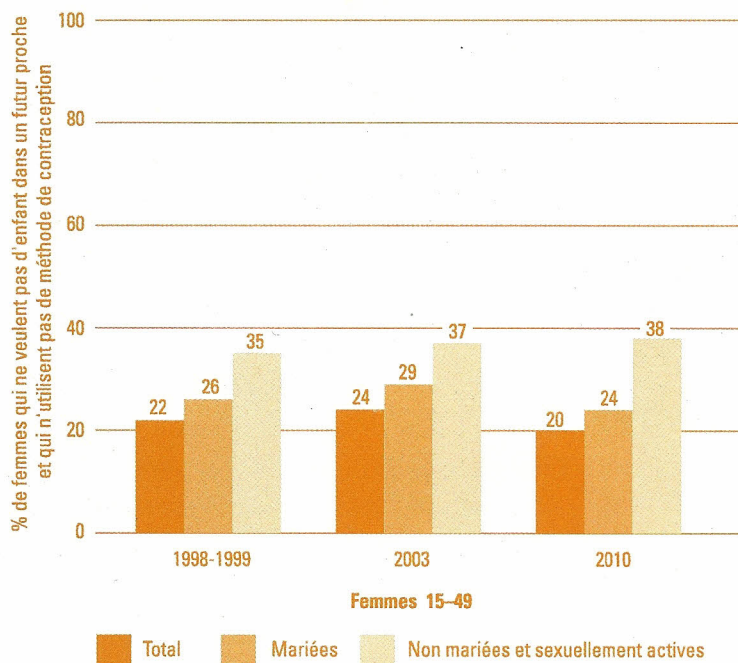
CONSÉQUENCES DE L'AVORTEMENT À RISQUE

- Au Burkina Faso en 2008, environ 23 000 femmes ont été traitées pour complications liées à un avortement. On estime à 15 000 le nombre de femmes ayant connu des complications sévères n'ayant pas reçu les soins dont elles avaient besoin.

- On estime que presque six femmes sur dix ayant eu recours à un praticien traditionnel et la moitié de celles qui ont avorté elles-mêmes ont subi des complications. Environ deux femmes sur dix qui ont eu recours à une sage femme, un maïeuticien ou un autre professionnel de santé ont subi des complications, et une femme sur dix ayant eu recours à un médecin.

Besoins non satisfaits en contraception

Les besoins non satisfaits restent élevés aussi bien chez les femmes mariées que non mariées



• A l'échelle nationale, presque quatre femmes sur dix qui connaissent des complications liées à l'avortement ne reçoivent pas les soins dont elles ont besoin. C'est d'autant plus vrai pour les femmes pauvres vivant à la campagne, et moins chez les femmes plus favorisées des villes, ce qui signifie que les soins post-avortement sont plus accessibles dans les zones urbaines, pour les femmes qui ont les moyens de s'en acquitter.

• La proportion des décès maternels consécutifs à un avortement à risque n'est pas évaluée au Burkina Faso. Cependant, la moyenne en Afrique subsaharienne s'élève à environ un décès maternel sur sept.

LES BESOINS NON SATISFAITS EN PLANIFICATION FAMILIALE RESTENT ÉLEVÉS

• Chaque année au Burkina Faso, un tiers des grossesses ne sont pas désirées — soit elles n'interviennent pas au moment souhaité, soit elles ne sont pas souhaitées du tout — et un tiers de ces grossesses non désirées se terminent par un avortement.

• Nombreuses sont les femmes qui courent un risque de grossesse non désirée. En 2010, une femme burkinabè sur cinq en âge de procréer avait un besoin non satisfait en contraception — c'est-à-dire elle voulait éviter une grossesse mais n'utilisait pas de méthode de contraception moderne ou traditionnelle.

• Les besoins non satisfaits sont élevés chez les femmes mariées : un quart d'entre elles ne veulent pas d'enfant dans le futur proche ou ne veulent plus d'enfant du tout, et n'utilisent pas de méthode de contraception. Ce pourcentage a très peu évolué depuis 1999.

• Parmi les femmes non mariées et sexuellement actives, les besoins non satisfaits sont encore plus importants — 37% en 2003 et 38% en 2010.

• De manière générale, le niveau d'utilisation de méthodes contraceptives est très bas : en 2010, seulement 16% des femmes mariées en âge de procréer utilisaient une méthode contraceptive, quelle qu'elle soit.

• En 2010, la prévalence de l'utilisation de la contraception moderne ou traditionnelle chez les femmes mariées habitant en ville était trois fois plus élevée que chez les femmes mariées habitant en zone rurale (34% contre 11%). Parmi les femmes ayant été scolarisées pendant sept ans ou plus, la prévalence était presque quatre fois plus forte que chez les femmes avec un niveau d'étude inférieur (50% contre 13%).

• Ces disparités saisissantes dans l'utilisation de la contraception suggèrent que la pauvreté, un faible niveau d'éducation et un mauvais accès aux services dans les zones rurales sont des freins à la capacité d'une femme à obtenir des informations sur la planification familiale et avoir accès aux services correspondants.

IMPLICATIONS EN TERMES DE POLITIQUES

• Les programmes de planification familiale doivent s'étendre et être promus à travers les services de santé primaires; la fourniture de conseils en matière de planification familiale et de méthodes de contraception doit devenir systématique lors de soins post-avortement.

• Le coût des services de planification familiale représente un obstacle. Réduire ce coût permettrait probablement un taux de contraception plus élevé.

• Etant donné le fait que les femmes qui avortent sont de façon disproportionnée plutôt jeunes et non mariées, une attention spéciale doit leur être accordée: il s'agit de leur fournir des services de planification familiale qui soient accessibles et ne véhiculent aucun jugement négatif.

• Au Burkina Faso, sept femmes sur dix en âge de procréer

n'ont jamais été scolarisées. Il est improbable que le taux de contraception augmente de façon substantielle sans un effort national concerté pour améliorer l'éducation des femmes.

• Pour réduire l'incidence des problèmes sévères et des décès consécutifs à des complications liées à un avortement, l'accès à des services et des soins post-avortement de qualité doit être amélioré, et les services subventionnés doivent être plus complets, afin de permettre aux femmes pauvres de recevoir les soins dont elles ont besoin.

• Des efforts coordonnés de la part du gouvernement et des ONG seront également nécessaires pour sensibiliser la population à la loi nationale sur l'avortement, et pour s'assurer que les femmes burkinabè puissent accéder à des services d'avortement sûr dans les cas prévus par la loi.

Les données de cette fiche proviennent de Bankole A et al., Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso: causes et conséquences, New York: Guttmacher Institute, 2013. Cette fiche et la monographie sur laquelle elle s'appuie ont été financées par le ministère hollandais des Affaires étrangères et la William and Flora Hewlett Foundation.



125 Maiden Lane
New York, NY 10038 USA
Tel: 212.248.1111
info@guttmacher.org

www.guttmacher.org