Gestion des grossesses non désirées au Bénin et au Burkina Faso

Carine Baxerres, Ines Boko, Adjara Konkobo, Fatoumata Ouattara, Agnès Guillaume

▶ **To cite this version:**

Carine Baxerres, Ines Boko, Adjara Konkobo, Fatoumata Ouattara, Agnès Guillaume. Gestion des grossesses non désirées au Bénin et au Burkina Faso. Anthropologie et Santé, 2018, 16, 10.4000/anthropologiesante.2872 . hal-02065302

HAL Id: hal-02065302
https://amu.hal.science/hal-02065302

Submitted on 12 Mar 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Anthropologie & Santé
Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

16 | 2018
L'hôpital

Gestion des grossesses non désirées au Bénin et au Burkina Faso

Situations affectives et pratiques populaires d'avortement

Managing unwanted pregnancies in Benin and Burkina Faso: affective situations and popular abortion practices

Carine Baxerres, Ines Boko, Adjara Konkobo, Fatoumata Ouattara et Agnès Guillaume

Édition électronique
URL : http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2872
DOI : 10.4000/anthropologiesante.2872
ISSN : 2111-5028

Éditeur
Association Amades

Ce document vous est offert par Aix-Marseille Université (AMU)

Référence électronique
Carine Baxerres, Ines Boko, Adjara Konkobo, Fatoumata Ouattara et Agnès Guillaume, « Gestion des grossesses non désirées au Bénin et au Burkina Faso », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 16 | 2018, mis en ligne le 28 février 2018, consulté le 12 mars 2019. URL : http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2872 ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.2872

Ce document a été généré automatiquement le 12 mars 2019.

Anthropologie & Santé est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

Gestion des grossesses non désirées au Bénin et au Burkina Faso

Situations affectives et pratiques populaires d'avortement

Managing unwanted pregnancies in Benin and Burkina Faso: affective situations and popular abortion practices

Carine Baxerres, Ines Boko, Adjara Konkobo, Fatoumata Ouattara et Agnès Guillaume

Introduction

1 Les grossesses qui surviennent alors qu'elles ne sont pas désirées par les femmes sont une réalité de par le monde. En fonction des pays où vivent ces femmes et de la législation plus ou moins restrictive qui y est en vigueur concernant l'avortement, cette réalité peut tourner au drame[1]. Question éminemment morale et idéologique, la législation de l'avortement ne se représente pas de manière totalement homogène sur une carte géographique mondiale[2]. Bien que la majorité des sociétés occidentales, après d'importantes mobilisations, disposent globalement, depuis la deuxième moitié du XX[e] siècle, de législations permissives, les experts constatent sur le long terme une oscillation entre des périodes de durcissement et des périodes de libéralisation[3].

2 Face à ces constats, l'avortement médicamenteux[4] apparaît comme une porte de sortie (Ganatra *et al.*, 2015). Bien que la prise du médicament doive suivre des règles d'administration précises et être supervisée par un professionnel de la santé, son caractère « métonymique » (il contient en lui-même la science et la thérapie) (Van der Geest & Whyte, 1988) lui confère des possibilités d'utilisation totalement hors de tout contrôle médical. Ainsi, en Amérique latine, notamment au Brésil, des pratiques d'automédication sur la base d'un médicament ayant effectivement des propriétés abortives, le misoprostol, ont été décrites dès les années 1986-87 (Costa, 1998)[5]. Elles se sont développées massivement dans les années 1990 et sont, selon certains experts,

responsables de la baisse importante de la mortalité maternelle en Amérique latine et dans la Caraïbe (Ahman & Shah, 2011).

3 En Afrique, continent où la législation de l'avortement est globalement la plus restrictive, l'avortement médicamenteux est moins développé qu'ailleurs, le curetage et surtout l'AMIU (aspiration manuelle intra-utérine) restent les méthodes les plus pratiquées ainsi que les procédés dits « traditionnels ». L'utilisation du misoprostol y est globalement assez peu documentée (Henshaw *et al.*, 2008 ; Okonofua, 2005), notamment dans les pays francophones. Et pourtant, contrairement à des préjugés soulignant le prétendu désir de maternité sans bornes des femmes en Afrique, celles-ci sont largement confrontées à des grossesses qu'elles ne désirent pas et sont ainsi nombreuses à vouloir avorter. Les estimations des taux d'avortement attestent une pratique très répandue malgré l'illégalité de l'acte (Sedgh *et al.*, 2016).

4 Les changements sociaux, démographiques et économiques à l'œuvre sur le continent depuis la seconde moitié du XX[e] siècle expliquent en partie cet état de fait. En effet, en opposition aux modèles « traditionnels » qui stigmatisent la sexualité hors mariage, sexualité et procréation se sont progressivement dissociées en Afrique (Bajos *et al.*, 2013 ; Delaunay & Guillaume, 2007). Les jeunes gens se marient plus tard et développent une sexualité préconjugale (Adjamagbo *et al.*, 2013). L'essor de la scolarisation des filles sur le continent a renforcé encore cette tendance. Les médias, notamment les séries télévisuelles, contribuent au développement de nouvelles aspirations en matière de relations affectives et de sexualité (Bajos *et al.*, 2013). Parallèlement, la dégradation des conditions de vie, le chômage et la croissance d'activités informelles précaires depuis les années 1980, particulièrement en ville, ont aussi un impact sur les modèles relationnels et les pratiques de la sexualité. Ce contexte fragilise les couples, rend plus compliquée l'accession au statut matrimonial et génère l'instrumentalisation de la sexualité, plus souvent de la part des jeunes femmes, à des fins financières ou pour obtenir des conditions de vie et d'études meilleures. Il est ainsi question du *mbaraan* à Dakar (Adjamagbo *et al.,* 2013) et des *sugar daddies* à Dar es-Salaam (Silberschmidt & Rasch, 2001) [6].

5 Les références précédentes le montrent, les travaux de sciences sociales portant sur l'évolution des relations familiales et affectives, sur les modèles reproductifs et la sexualité ainsi que sur la gestion de la fécondité en Afrique ne manquent pas. À travers cette étude, nous avons cherché à mettre ces réalités en lien spécifiquement avec la pratique de l'avortement. Des études ayant montré que celle-ci était déterminée en partie par les situations relationnelles dans lesquelles se trouvent les femmes, leur degré de légitimité et les significations que les femmes et les hommes mettent dans ces relations (Adjamagbo *et al.*, 2013 ; Guillaume, 2004 ; Rossier *et al.*, 2013), nous avons souhaité particulièrement décrire celles-ci. Mais au-delà, nous nous sommes intéressées aux moyens concrets que les femmes ou leur entourage mettent en œuvre pour parvenir à avorter dans des contextes où la législation en la matière est restrictive. Parmi ceux-ci, nous souhaitions apprécier si l'avortement médicamenteux représente ou non aujourd'hui, dans des pays francophones d'Afrique, une solution face à la pratique des avortements à risques[7].

Deux contextes d'études : le Bénin et le Burkina Faso

6 Au-delà des facteurs macro et micro mentionnés précédemment, les situations propres à chaque pays et à ses institutions sanitaires, en fonction des structures de santé en place et de l'expérience de programmes spécifiques de santé publique, peuvent avoir une influence sur les pratiques d'avortement volontaire[8]. Pour prendre en compte cela, nous avons décidé d'étudier deux pays proches géographiquement, qui présentent néanmoins des différences sur ces sujets : le Bénin et le Burkina Faso. Dans les deux pays, nous nous sommes concentrées sur les capitales où les changements en matière de pratiques d'avortement sont plus facilement observables et où l'accès aux nouvelles technologies est plus fréquent.

7 Le Bénin et le Burkina Faso, pays francophones d'Afrique de l'Ouest, partagent un passé colonial qui a contribué à façonner les conditions du recours à l'avortement. Ils ont été durant de nombreuses années sous la contrainte de la « loi française de 1920 » qui interdisait l'accès à l'avortement et à la contraception (Guillaume, 2004)[9]. Cette loi a été abrogée en 1986 au Burkina Faso par le gouvernement de Thomas Sankara, et en 2003 au Bénin dans le cadre de la loi relative à la santé sexuelle et à la reproduction. Au Burkina Faso, en 2005, une loi a été votée concernant la santé de la reproduction et la planification familiale. L'avortement est maintenant légalement autorisé dans ces deux pays en cas de risque de santé pour la femme, en cas de viol ou d'inceste et en cas de malformation du fœtus. Mais cet accès légal reste, dans les faits, plus théorique que réel. En effet, les personnes tout comme les prestataires méconnaissent bien souvent la loi et les conditions dans lesquelles l'avortement est autorisé. Les femmes qui veulent recourir à l'avortement pour des raisons de santé ou en cas de malformation du fœtus doivent nécessairement obtenir une autorisation médicale ; de la même manière qu'il leur faut une autorisation légale, exigeant un parcours pour le moins contraignant, pour avorter en cas de viol ou d'inceste. Ces autorisations constituent des barrières d'accès en particulier pour les jeunes femmes. Il leur est difficile, voire impossible, de dénoncer un viol ou un inceste tout particulièrement quand l'auteur est un proche, cas pourtant relativement fréquent de violence sexuelle. Une forte stigmatisation entoure le recours à l'avortement, contraire aux normes sociales et religieuses qui valorisent une forte fécondité et considèrent le fœtus comme un être humain (Rossier, 2008). L'avortement est aussi révélateur d'une sexualité hors norme (grossesse adultérine ou hors mariage). La sexualité prémaritale, notamment, mais surtout les grossesses prémaritales restent socialement désapprouvées, et conduisent les jeunes femmes à des avortements clandestins (Guillaume, 2004 ; Ouedraogo, 2015 ; Rossier *et al.*, 2013 ; Sawadogo, 2016). Ces restrictions légales et sociales à l'avortement n'empêchent pourtant pas sa pratique.

8 Aucune statistique légale n'existe sur la pratique de l'avortement au Bénin et au Burkina Faso. Cependant, cette réalité est mieux documentée dans ce deuxième pays, où le taux d'avortement est estimé à 25 ‰ femmes âgées de 15 à 44 ans et à 28 ‰ pour la ville de Ouagadougou (Bankole *et al.*, 2013). Il s'agit en grande majorité d'avortements illégaux, réalisés par le biais de méthodes à risques. D'après cette étude, seulement 6 % des femmes disent avoir eu un avortement chirurgical tandis que plus des deux tiers auraient eu recours à des méthodes dites « traditionnelles ». Près des trois quarts des femmes auraient pratiqué l'avortement seules ou avec l'aide de tradithérapeutes.

9 Au Bénin, il n'existe pas de chiffres disponibles sur l'avortement. Pourtant, des données sur les complications associées aux avortements clandestins attestent une pratique répandue (Goyaux *et al.*, 2001). Ainsi, selon une étude menée dans 4 hôpitaux de référence, où des audits de décès maternels ont été conduits, 14,6 % de ces décès sont présentés comme étant dus à des avortements provoqués. Ce chiffre est de plus certainement sous-estimé, puisque certains décès enregistrés pour cause d'infections et d'hémorragies peuvent découler en réalité d'un avortement (Saizonou *et al.,* 2006). Au Burkina Faso, les risques associés à l'avortement illégal sont largement décrits, ainsi que les hospitalisations pour cause de complications (Ouedraogo, 2015). Selon Kaboré *et al.* (2011), 50 % des avortements se solderaient ainsi. L'importance des risques associés aux avortements clandestins a conduit le Burkina Faso à être parmi les pionniers en Afrique, dès 1997, dans la mise en place d'un service de soins après avortement qui, dans les faits, offre aux soignants une possibilité détournée de pratiquer des avortements (Ouattara & Storeng, 2014).

10 Élément très important à considérer en matière d'avortement, dans les deux pays, la pratique contraceptive par le biais de méthodes efficaces est limitée. Parmi les femmes béninoises en union, seules 8 % utilisent une méthode de contraception biomédicale. Cette utilisation est légèrement supérieure (12 %) pour les femmes en union à Cotonou (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique INSAE et ICF International, 2013). Au Burkina Faso, la prévalence de la contraception biomédicale est plus élevée. Au niveau national, 15 % des femmes en union utilisent une de ces méthodes. L'écart est encore plus marqué avec le Bénin si l'on prend l'exemple de Ouagadougou, où 33 % des femmes utilisent ces méthodes contraceptives (Institut National de la Statistique et de la Démographie INSD et ICF International, 2012). La prévalence de la contraception biomédicale est, dans les deux pays, plus élevée chez les femmes sexuellement actives non mariées, mais la différence demeure entre le Bénin (24 % d'utilisatrices) et le Burkina Faso (58 %) ; une contraception qui repose essentiellement dans ce dernier pays sur l'utilisation du préservatif. Malgré ces différences de prévalence contraceptive, il est surprenant de constater des taux de fécondité comparables entre les villes de Ouagadougou et de Cotonou (3.4 / 3.6), même si, au niveau national, l'indice synthétique de fécondité est plus élevé chez les femmes burkinabé (6.0) que chez les Béninoises (4.9).

11 Face à ces différences dans les indicateurs démographiques, on peut s'interroger sur le rôle que joue l'avortement dans la régulation de la fécondité dans ces deux contextes. Dans le cadre des enquêtes qualitatives que nous avons menées, bien que les méthodes de contraception biomédicale aient été parfaitement connues, les raisons avancées par les femmes pour justifier leur non-utilisation étaient les mêmes dans les deux villes : effets secondaires jugés trop importants, préférence pour les méthodes naturelles, difficulté d'obtention d'une méthode de contraception auprès des centres de santé pour les plus jeunes femmes, d'autant plus lorsqu'elles ne sont pas en union. Il s'agit de facteurs que l'on retrouve dans la littérature (Adjamagbo *et al.*, 2013 ; Bajos *et al.,* 2013 ; Guillaume, 2004).

12 Enfin, il est important de noter que ces deux pays ont des expériences différentes en matière de programmes de santé publique et d'investissement d'associations et d'organisations non gouvernementales nationales concernant des questions de santé. C'est notamment le cas dans le cadre de la lutte contre le sida, qui a vu l'implication active et efficace de plusieurs associations de malades au Burkina Faso alors que cela a été bien moins le cas au Bénin (Soriat, 2014). Ces aspects ont indéniablement un impact sur

l'acceptation de la contraception biomédicale, du préservatif notamment, ainsi que sur de potentiels engagements des associations, mais aussi des acteurs institutionnels et des professionnels de santé, pour le droit des femmes en santé reproductive. Nous verrons, dans le cadre de nos études, si ces aspects influencent effectivement les réalités entourant la pratique de l'avortement.

Une étude menée conjointement à Cotonou et à Ouagadougou

13 À Cotonou et à Ouagadougou, nous nous sommes entretenues entre les années 2014 et 2015 avec des femmes ayant avorté relativement récemment (moins de 4 ans pour la plupart, beaucoup plus et notamment jusqu'à 20 ans dans quelques cas) : 21 à Cotonou, 13 à Ouagadougou. Un ou plusieurs entretiens semi-directifs, d'une durée moyenne d'1 heure, ont été conduits auprès de ces femmes. Nous souhaitions obtenir des informations sur les pratiques majoritaires (celles des "classes moyennes") en la matière. Ainsi, nous avons cherché à interroger des femmes présentant des situations relativement différentes concernant tant leur statut socio-économique que leur âge, leur situation affective et la composition de leur foyer. Mais nous n'avons pas interrogé les femmes présentant les situations de plus grande vulnérabilité (jeunes filles travaillant comme domestiques auprès de familles par exemple). Nous avons utilisé le même guide d'entretien dans les deux pays. Il portait sur 3 thèmes : le parcours affectif de la femme interrogée depuis le début de sa vie amoureuse ; son parcours génésique et contraceptif ; la dernière expérience d'avortement vécue ainsi qu'éventuellement les précédentes. À Cotonou, à travers le témoignage des 21 femmes interrogées, 40 avortements ont été documentés ; à Ouagadougou, pour les 13 femmes, ce sont 29 avortements qui ont été racontés. Quinze de ces 34 femmes avaient avorté une fois, 10 deux fois, 6 trois fois et 3 avaient avorté plus de quatre fois.

14 Rencontrer des femmes qui acceptent de témoigner de leurs expériences en matière d'avortement s'est avéré très compliqué. Nous avions au départ pensé interroger des femmes de nos réseaux de connaissances, mais nous nous sommes rapidement confrontées aux réticences à témoigner sur ces sujets, y compris et peut-être surtout dans nos propres réseaux. Seules 10 femmes à Cotonou et 6 à Ouagadougou ont été rencontrées ainsi. Nous avons alors élargi notre mode de recrutement en passant par l'intermédiaire de centres de santé et d'hôpitaux (femmes reçues pour complications d'avortement) et de collèges (élèves de classe de terminale) au Bénin. Le recueil de ces 34 témoignages s'est ainsi révélé être un travail de longue haleine.

15 Parallèlement aux entretiens avec les femmes, des investigations complémentaires ponctuelles ont été réalisées dans les lieux de vente des médicaments (pharmacies, secteur informel). Des discussions libres et des entretiens semi-directifs ont aussi été conduits avec quelques professionnels de la santé (5 à 6 dans chacun des deux pays), des responsables d'ONG (3 à 4 dans chacun des pays) et des acteurs institutionnels (2 à 3 dans chacun des pays).

Quand les pratiques sexuelles s'émancipent des questions reproductives

16 Les femmes que nous avons interrogées présentaient, en lien avec nos objectifs de recherche, une diversité de situations sociales. En termes d'âge tout d'abord, 14 d'entre elles avaient entre 18 et 25 ans, 14 entre 26 et 36 ans et 6 entre 37 et 43 ans. Elles présentaient des statuts socio-économiques diversifiés mais, comme précisé auparavant, plutôt issus des situations majoritaires ou des "classes moyennes". Si l'on prend en compte les revenus de leur foyer, leurs activités quotidiennes, les véhicules éventuellement possédés et leur type d'hébergement (locataire, propriétaire, hébergé gratuitement), nous avons classé 10 d'entre elles comme étant "nanties", 16 comme "intermédiaires" et 8 comme "démunies". Elles présentaient également des situations diverses en termes de niveau de scolarité, mais étaient plutôt relativement instruites : 4 n'avaient jamais été à l'école, 6 avaient le niveau d'études primaires, 12 le niveau d'études secondaires et 12 celui d'études supérieures. Elles vivaient des situations affectives et familiales diverses au moment des entretiens : 14 étaient des jeunes femmes célibataires sans enfants, pour beaucoup élèves ou étudiantes ; 8 des femmes ne vivant pas ou plus en couple et avaient généralement des enfants ; 12 vivaient maritalement. Sur ce dernier point, les situations étaient très différentes entre les deux pays puisqu'une seule de ces femmes vivant en couple a été interrogée à Ouagadougou.

17 Néanmoins, ce qui nous intéresse particulièrement ici, c'est de comprendre les situations affectives et familiales dans lesquelles ces femmes se trouvaient au moment où elles ont pratiqué un ou des avortement(s), qu'elles soient de jeunes femmes, qu'elles vivent maritalement ou qu'elles vivent sans conjoint après des ruptures d'union.

Interrompre une grossesse lorsque l'on est en couple

18 Les femmes béninoises se marient plus tard que les burkinabé : à 22,9 ans à Cotonou, contre 19,8 ans à Ouagadougou selon les enquêtes démographiques et de santé (Institut National de la Statistique et de la Démographie, 2012 ; Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique, 2013). Plusieurs raisons conduisent les femmes vivant en couple à vouloir interrompre une grossesse, dans un contexte de faible prévalence contraceptive [10]. Il s'agit tout d'abord soit de reculer la naissance du premier enfant, soit d'espacer la naissance des enfants ou encore d'arrêter la vie reproductive du couple. C'est le cas de 12 des 40 avortements documentés à Cotonou :

> Pour la 1re fois, nous nous sommes dit que l'enfant (précédent) n'était pas grand, mais nous n'avions pas les moyens pour garder l'enfant et la grossesse, c'est pour cela qu'on l'a enlevée. (...). La 2e fois aussi l'enfant n'était pas toujours suffisamment grand, comment s'occuper de lui et lui donner suffisamment à manger et il... il ne va pas tomber malade pour qu'on ne le perde en voulant avoir l'autre, c'est pour ces raisons qu'on a enlevé (Gabrielle[11], 29 ans, mariée et mère de 3 enfants, Cotonou).

19 Les raisons économiques sont généralement avancées par les femmes vivant en couple pour expliquer la décision de réaliser un avortement. Parfois, c'est le cas lorsque la

femme vient d'être recrutée et que son supérieur hiérarchique ou son employeur ne veut pas que la gestion d'une maternité ait une incidence sur son travail. Elle risque en cas de maintien de la grossesse de perdre son emploi. Au sein d'un même couple, ces situations peuvent se répéter plusieurs fois. C'est le cas extrême de Judith, 33 ans, Cotonoise, mère de 2 enfants et de statut socio-économique plutôt nanti, qui a avorté 8 fois dont 5 avec son actuel mari, ce qui a permis au couple de contrôler les naissances de leurs enfants.

20 Les relations extraconjugales que vivent les femmes constituent d'autres situations qui les conduisent à avorter. À Cotonou, c'est le cas de 4 des 40 avortements que nous avons documentés et qui concernent deux femmes. Les relations que les femmes vivent en dehors de leur couple officiel leur permettent, expliquent-elles, de satisfaire des besoins non assouvis et de s'évader de leur quotidien :

> Il y a eu un autre avec qui je suis sortie, on a juste fait un an... on a juste fait un an parce que si je suis sortie avec lui... en fait, mon mari, il me donne tout ce que je veux, mais il n'arrive pas à faire l'amour correctement avec moi (Éliane, 36 ans, vivant maritalement depuis 9 ans, Cotonou).

21 Certaines femmes entretiennent des relations avec plusieurs amants à la fois, comme Estelle, 41 ans, mère de 2 enfants et habitant Cotonou, qui précise : « *ce n'est pas pour des raisons financières, c'est parce que je trouve du plaisir à être avec chacun d'eux* ».

22 Dernier cas de figure que nous avons rencontré, celui où les couples vivent des instabilités, des tensions et des conflits (assortis parfois de violences physiques) qui, même lorsqu'ils ne conduisent pas à la rupture, ne permettent pas, selon la femme, d'élever décemment un nouvel enfant. Dans un cas également, cette fois à Ouagadougou, l'instabilité était due à une volonté du conjoint d'aller travailler à l'étranger :

> Pour la deuxième grossesse, c'est lui maintenant qui ne voulait pas de la grossesse parce qu'il disait qu'il voulait aller à l'aventure et qu'il ne voulait pas me laisser seule avec un enfant (Oumou, 33 ans, Ouagadougou[12]).

23 Ces situations peuvent intervenir dans des couples récemment constitués ou plus anciens.

Interrompre une grossesse lorsque l'on n'est pas encore ou plus en couple

24 Parmi les femmes célibataires, il convient de distinguer les jeunes femmes, qui n'ont jamais vécu maritalement et qui souvent vivent avec un ou des membres de leur famille, des femmes plus âgées, qui ont déjà vécu en couple et ont généralement des enfants. À Cotonou et à Ouagadougou, les femmes commencent leur sexualité au même âge (18,9 / 19 ans) (Institut National de la Statistique et de la Démographie, 2012 ; Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique, 2013). Mais comme les Cotonoises se marient plus tard, elles sont exposées à une période de sexualité prémaritale 3 fois plus longue que les Ouagalaises.

25 Les jeunes femmes célibataires sont décrites dans la littérature comme étant les plus concernées par la question de l'avortement (Bankole *et al.*, 2013 ; Sawadogo, 2016). Nous avons effectivement rencontré ces situations dans nos études. Sur les 69 avortements

documentés, 42 étaient issus de situations où la jeune-femme était célibataire sans enfant (23 à Cotonou et 19 à Ouagadougou). En raison du fait qu'elles sont jeunes, souvent encore scolarisées ou même apprenties et qu'elles vivent chez leurs parents, il n'est pas possible pour ces jeunes femmes de mener à terme une grossesse et bien souvent de révéler par la même qu'elles ont des relations sexuelles. La crainte de la réaction des parents et de la famille, de leur déception à l'égard de leur enfant et de la honte que génère une maternité prémaritale motivent souvent, dans ces cas, la pratique de l'avortement. Quelle que soit leur religion, la crainte des jeunes vis-à-vis de leur famille augmente avec le degré de croyance religieuse de celle-ci. Il y a ainsi un fort décalage entre les attentes sociales en matière de sexualité des jeunes et leurs pratiques effectives. À cela s'ajoute la faible prévalence contraceptive biomédicale à cet âge dans les deux pays.

26 Au-delà de la réaction des familles, les jeunes femmes vivent aussi des relations épisodiques ou des aventures avec des hommes dont elles ne souhaitent absolument pas avoir un enfant, d'autant que cela freinerait leurs projets estudiantins et professionnels :

> Non, non, ça… c'était juste une relation héé… une aventure donc, je n'avais pas de méthode (de contraception), (…) on a fait l'amour une seule fois et bon, malheureusement, c'était tombé dedans… (…). C'était juste une aventure, qu'on se voit, une nuit et qu'on fasse l'amour, c'était juste ça quoi… (Jessica, 22 ans, étudiante, Cotonou).

27 Parfois aussi, le fait d'être enceinte du « mauvais partenaire » peut amener les jeunes femmes à avorter :

> Puisque les grossesses n'étaient pas de lui, (…) il a fait la présentation de famille, donc si on découvrait que j'avais d'autres relations, ça allait être la honte… parce que la relation là n'a pas continué, donc pour l'honneur de ma famille qui a donné sa parole aussi, je ne pouvais pas garder ces enfants et je peux dire même que c'est la raison principale de mes avortements (Amandine, 22 ans, élève en classe de terminale, Ouagadougou).

28 Comme nous l'avons souligné en introduction, il arrive aussi à Cotonou et à Ouagadougou que les jeunes femmes « instrumentalisent » leurs relations sexuelles, ce qui conduit, lorsqu'une grossesse survient, à un avortement. Cela a été le cas pour 7 des 69 avortements que nous avons documentés, comme ici dans le cas d'Amandine, dont la scolarité est en partie financée par le monsieur dont il est question dans l'entretien :

> C'est parce que je n'étais pas prête et aussi parce que je veux pouvoir continuer mes études et aussi ce monsieur-là est marié, c'est vrai qu'il me dit non, il va m'épouser tout ça, et puis je me suis mise à la place de sa femme aussi qui est à la maison, un truc comme ça.

29 Ces relations « instrumentalisées » permettent aux jeunes femmes de subvenir à leurs besoins, d'être « à la mode » et de vivre, pour quelque temps au moins, une vie plus confortable. Oriana, 27 ans, habitant Cotonou, témoigne de sa situation lorsqu'elle était étudiante 4 ans plus tôt :

> La seule chose que j'appréciais chez lui c'est que, compte tenu de son boulot… s'ils veulent faire une promotion quelque part, sa position

> lui permet d'inviter ma copine et moi, et nous y allons... On est à la 1re place et tout ça là, bon ça, j'ai profité de ça pour me distraire, c'était les vacances, je me suis bien pavanée quoi, je ne vais pas te mentir, mais avant que la rentrée ne commence, il m'a soûlée et j'ai arrêté ça...

30 Les femmes plus âgées qui ne vivent pas en couple, suite généralement à des ruptures d'union, et qui, pour certaines, ont déjà des enfants, recourent peu à la contraception et vivent aussi des situations affectives qui peuvent les conduire à vouloir avorter. Comme dans le cas des plus jeunes, il s'agit globalement du décalage entre la sexualité des femmes et les recommandations sociales explicites en la matière. C'est le cas de 14 des avortements que nous avons documentés. Les relations « sans lendemain » ou la sexualité avec des « amis », comme l'expriment certaines, constituent des situations qui, lorsqu'une grossesse survient, conduisent souvent à un avortement. C'est aussi le cas de partenaires qui démarrent une relation à leur goût trop jeune et trop frivole pour laisser, tout au moins à ce moment-là, une naissance survenir :

> En ce temps, je suis tombée enceinte et il a dit « ah, vraiment... bon, c'est trop tôt et tout », moi-même à voir tout ce qui se passe autour de lui, je me suis dit « mais est-ce que celui-là, il est sérieux ? » et bon... bon, j'ai avorté (Josiane, 37 ans, célibataire et mère de 2 enfants au moment où elle avait contracté cette grossesse et qui ensuite s'est mise en couple avec son partenaire et a eu un enfant, Cotonou).

31 Bien sûr, en miroir de ce qui était discuté précédemment concernant les relations extraconjugales, des femmes avortent aussi sous la contrainte d'un homme, déjà marié et père ailleurs :

> Il disait que c'est pas pour lui et qu'il ne voulait pas d'enfants. Mais moi, je pense que c'est parce que il a une femme et des enfants à la maison qu'il a dit ça et il m'a fait avorter (Azèta, 31 ans, Ouagadougou).

32 Les femmes, devenues récemment veuves ou qui ne se sont pas remises en couple après le décès – même ancien – de leur mari, avortent généralement lorsqu'elles tombent enceintes d'un partenaire occasionnel. Une grossesse dans cette situation est socialement fort désapprouvée, une femme veuve étant censée ne pas avoir de vie sexuelle.

33 D'autres facteurs apparaissent avoir une influence tant pour les femmes jeunes que pour les plus âgées, qu'elles aient ou non déjà des enfants. Il s'agit de relations affectives et amoureuses qui ne peuvent socialement se concrétiser par une union et la naissance d'enfants. C'est le cas des incompatibilités entre les origines géographiques, sociolinguistiques ou encore entre les religions des deux partenaires. Au Burkina Faso, les jeunes femmes mossi de certaines régions du pays qui tombent enceintes avant le mariage coutumier risquent d'être bannies par leur groupe de parenté :

> Moi, je dis si tu fais mon PPS[13], je vais faire enfant pour toi, mais si tu ne fais pas ça, je ne peux pas, si je fais ça on va me bannir de ma famille et je ne veux pas ça. Chez nous les Mossi, si tu ne vas pas faire leur mariage au village, si tu ne suis pas les coutumes et quand tu

> piques une grossesse, on te met dehors et tu souffres (Aïcha, 22 ans, Ouagadougou).

34 Il arrive aussi que des femmes avortent parce qu'elles ont contracté une maladie qu'elles perçoivent comme grave. Cela a été précisé dans le cas du sida par une femme de 39 ans que nous avons interrogée au Burkina Faso. Ce dernier cas concerne aussi les femmes qui vivent en couple.

35 Comme décrit dans la littérature (Guillaume & Lerner, 2009), il apparaît effectivement à travers notre étude que la pratique de l'avortement est étroitement liée au type de relation affective que les femmes entretiennent avec leur partenaire. Au-delà des questions économiques qui se posent réellement, l'élément central que nous souhaitons souligner est le décalage qui existe — que les femmes vivent en couple ou non et quel que soit leur âge — entre des pratiques sexuelles effectivement dissociées de la reproduction et des recommandations sociales encore largement centrées sur cette association. Ce décalage aboutit, selon nous, à une très faible promotion de la contraception, tant par les soignants (Bationo, 2012 ; Sawadogo, 2016) que par les proches, et ainsi à de nombreuses grossesses non désirées[14]. Plusieurs publications citées ci-dessus mettent en avant le fait que ce sont surtout les jeunes femmes, souvent d'un niveau scolaire relativement élevé, qui sont concernées par l'avortement. Néanmoins, d'autres études ont montré que, dans certaines régions, les femmes en couple y recouraient plus fréquemment que les autres (Guillaume, 2004). Nos études qualitatives montrent que les grossesses non désirées et la pratique de l'avortement à Cotonou et à Ouagadougou doivent se comprendre non pas à l'aune de l'âge de la femme concernée, mais bien à celle de ses pratiques sexuelles, détachées des questions reproductives et dans un contexte de faible prévalence contraceptive. Cette dissociation peut parfois s'expliquer par une certaine émancipation sexuelle et une liberté des femmes, comme nous l'avons vu dans le cas des relations extraconjugales de femmes vivant en couple, mais aussi dans celui des femmes (jeunes ou plus âgées) ne vivant plus en couple. Dans d'autres situations néanmoins, elle a plus à voir avec des contraintes économiques et affectives qui pèsent sur les femmes (instrumentalisation du sexe, maîtresses d'hommes mariés, instabilités conjugales).

Des itinéraires d'avortement très différents entre les deux capitales et peu tournés vers l'avortement médicamenteux

36 À Cotonou comme à Ouagadougou, la décision d'avorter se prend relativement tôt, avant la fin du premier trimestre et très souvent, dans les situations cotonoises, durant le premier mois d'aménorrhée. Cette prise de décision est difficile ; elle résulte souvent d'une discussion longue et tendue entre les partenaires. Le conflit que cette question génère entre les conceptions morales et religieuses des individus et de la société dans laquelle ils évoluent, et la réalité d'une grossesse qu'ils ne souhaitent pas et à laquelle ils sont confrontés, explique cette difficulté :

> On sait que ce qu'on veut faire, c'est pas bien, mais on se dit… on se sent obligé de le faire. On se dit… schrr… il faut que je le fasse parce qu'on vise d'autres choses devant soi… (Oriana, 27 ans, Cotonou).

37 Néanmoins les échanges aboutissent assez souvent à un commun accord concernant l'avortement à pratiquer ; c'est le cas de 40 des 69 avortements que nous avons documentés. Dans les autres cas, cette décision est imposée par l'un des deux partenaires, parfois à l'insu du second[15] :

> Lui dire quoi ? Pourquoi je vais lui dire, un gars qui m'a trahie, je ne voulais même plus le voir, donc j'ai fait et j'ai pris mes bagages (Abby, 33 ans, Ouagadougou).

38 Au-delà de ces similitudes entre les deux pays concernant la prise de décision d'avorter, les itinéraires d'avortement des Cotonoises et des Ouagalaises sont très différents. Point commun par contre, l'avortement médicamenteux était dans les deux villes très faiblement représenté. Il a concerné seulement 6 des 69 avortements documentés. Nous reviendrons sur ce constat dans la conclusion de l'article.

Des itinéraires d'avortement tortueux et difficiles à Ouagadougou

39 Les itinéraires d'avortement à Ouagadougou laissent apparaître une diversité de pratiques et de méthodes abortives. Les mobiles qui président au choix de ces méthodes sont variables en fonction des individus en présence, des moyens financiers et surtout de l'expérience des personnes concernées en lien avec les avortements qu'elles ont déjà ou non vécus. Les femmes qui ont avorté plusieurs fois ou qui appartiennent à des réseaux d'interconnaissances où la pratique de l'avortement est quelque peu banalisée, empruntent des parcours d'avortement plus linéaires. C'est le cas de 5 des 29 avortements documentés. Ce n'est en revanche pas le cas des femmes peu ou pas expérimentées en matière d'avortement qui tâtonnent avant de parvenir à leurs fins, en mobilisant pour cela toute une série d'acteurs (Ouedraogo, 2015).

Celles-ci (24 avortements) tentent généralement de recourir d'abord à des techniques d'automédication abortives qui circulent et se diffusent dans les réseaux amicaux, par les « ouï-dire ». Il s'agit de médicaments pharmaceutiques, souvent combinés, que les femmes prennent en automédication, accompagnés fréquemment d'une forte consommation de boissons qu'elles jugent amères (café, bière, coca-cola) :

> J'ai mélangé, beaucoup de nescafé là, ajouter Guinness gros là deux, et puis j'ai mis toupaye jaune (il s'agit de gélules d'antibiotique) là aussi beaucoup et puis j'ai bu, rien grande sœur, c'est pas sorti (Djénéba, 23 ans).

Plusieurs des médicaments utilisés à cette fin le sont également comme moyens de contraception liés à l'acte sexuel[16]. Contraception et avortement semblent ainsi associés dans les perceptions populaires. Certaines femmes prenaient ainsi en grande quantité des pilules contraceptives, telles que Stediril®, ou encore une contraception d'urgence, telle que Norlevo®. Des antipaludiques, tels que la Nivaquine® ou la quinine, étaient également utilisés à des fins abortives. C'était aussi le cas de décoctions de plantes buvables ou que les femmes utilisaient pour faire des lavements. Certaines des femmes rencontrées avaient aussi consulté un(e) tradi-thérapeute pour les aider à avorter (4 des avortements documentés) :

> Je suis arrivée, elle m'a fait coucher et elle a écarté mes pieds et elle a mis un truc dedans. (...). Bon, c'est comme, je ne sais pas, le bois de mil là, elle a mis ça dedans et elle a poussé fort et je me suis évanouie... j'ai eu une douleur qu'on ne peut pas parler. Quand je me suis réveillée, ma mère m'a dit qu'elle a mis le médicament et que c'était pour ouvrir la chose là, hein... (Agathe, 19 ans).

Nous n'avons rencontré aucun cas de la sorte à Cotonou. Parmi ces tentatives "d'auto-avortement" ou d'avortement avec l'aide d'un(e) tradithérapeute, dont certaines ont été conduites successivement, aucune n'a abouti à l'avortement.

40 Finalement, les femmes interrogées se sont toutes rendues dans des centres de santé privés ou publics dans lesquels les grossesses ont été interrompues. Neuf des 29 avortements documentés ont été en dernier recours réalisés dans un centre public (dont un seul dans un hôpital de référence nationale) et 19 dans une « clinique privée »[17]. Elles s'y sont rendues parce que les autres méthodes utilisées n'ont pas abouti ou encore parce qu'elles ont entraîné une complication (saignements abondants). Mais, une fois arrivées dans un centre de santé, leur itinéraire ne touche pas forcément à sa fin. Certaines femmes consultent plusieurs soignants différents, dans plusieurs centres de santé privés, pour finir dans un centre public où l'avortement est enfin pratiqué avec succès. Ce fut le cas d'Amandine, 22 ans, qui s'est ainsi rendue successivement dans 4 centres de santé :

> Il y a une amie qui m'a accompagnée, y a un docteur qui est là-bas, qui travaille dans un centre de santé quelque part, mais il habite là-bas, donc il fait ça là-bas. On est parti le voir pour faire, je n'ai rien senti, il dit que je vais sentir des douleurs tout ça, mais rien. Et là on est reparti, y a un gars aussi ailleurs, comme là-bas, ça n'a pas marché (...). Il m'a fait me coucher et écarter les jambes, il a introduit quelque chose là-dedans, dans mon sexe (...), quand c'est fini, je me suis levée et je suis partie. J'ai attendu et je n'ai rien senti, alors je suis partie de l'autre côté et là-bas dans la clinique là, wahiii, là-bas là, ça m'a fait très mal et puis j'ai beaucoup saigné (...). Il a aussi introduit genre un truc comme ça (elle montre un petit tuyau, qui fait penser à une sonde) et ça m'a vraiment fait mal, je pensais même que j'allais mourir et là je suis venue, quand ça a coulé là, c'est pas totalement sorti, donc je suis allée au centre.

41 Les méthodes d'avortement utilisées dans les centres de santé sont le curetage, l'AMIU et l'injection de produits (non spécifiés par les femmes). Les sommes demandées par les soignants tournaient autour de 30 000 francs (presque 46 euros) dans les centres de santé publics et pouvaient aller jusqu'à 60 000 francs dans les cliniques privées.

42 Ainsi, à Ouagadougou, beaucoup des femmes que nous avons rencontrées ont vécu une complication plus ou moins grave au cours de leurs différentes tentatives d'avortement. Ces complications ont été décrites pour 14 des 29 avortements documentés, mais elles ont concerné 11 des 13 femmes interrogées au cours de leurs différentes expériences d'avortement.

Fort recours aux professionnels de la santé à Cotonou

43 À Cotonou, il n'est pas réellement judicieux de parler d'itinéraires d'avortement. Sur les 40 avortements documentés, dans 34 cas, les femmes, leur partenaire ou un proche, se sont directement adressés à un professionnel de la santé. Dans 6 cas seulement, les femmes, qui étaient alors des élèves, ont d'abord tenté d'avorter par elles-mêmes, avant de se rendre auprès d'un professionnel après l'échec de cette première tentative[18]. D'après les femmes, c'est la peur des complications sur leur santé qui les conduisent à consulter un professionnel. Quel que soit leur statut socio-économique et à la différence de nombreux problèmes de santé pour lesquels, à Cotonou, les personnes pratiquent d'abord l'automédication (Baxerres, 2013), dans le cas délicat de l'avortement, elles préfèrent laisser faire un professionnel de santé.

44 Ces avortements sont parfois pratiqués au domicile de la femme ou du professionnel, mais le plus souvent dans un cabinet médical ou de soins ou encore dans une clinique, c'est-à-dire dans des structures de santé privées. Il existe à Cotonou quelques grandes cliniques privées dont le tarif de consultation est cher (> à 10 000 francs, soit plus de 15 euros) et une multitude de « petits centres de santé privés » aux prix comparables à ceux en vigueur dans les centres de santé publics. Ces derniers, qui existent plus globalement dans le Sud du Bénin, constituent une spécificité béninoise (Baxerres *et al.*, sous presse). Ils offrent toute une gamme de soins, mais il est notable que, très souvent, les pancartes ou devantures qui les annoncent ciblent les soins en direction de la grossesse. C'est très majoritairement dans ces « petits centres de santé privés » que les femmes que nous avons interrogées se rendent pour avorter, parfois à l'insu du dirigeant de la structure, moyennant une somme allant de 15 000 à 55 000 francs (environ 23 à 84 euros). Certaines femmes mentionnent que le coût de l'avortement est fonction de l'âge de la grossesse, ce qui a été constaté dans d'autres pays (Hancart Petitet *et al.*, 2015). Il l'est sûrement aussi en fonction du niveau du centre de santé, de celui du professionnel consulté et des liens qui l'unissent à la femme, à son partenaire ou à son proche.

45 Les personnes ne se dirigent généralement pas au hasard vers un centre ou un professionnel de santé spécifique. Mis à part une fois où la femme est allée de centre en centre pour identifier un lieu où l'avortement pouvait être pratiqué, les femmes ou leur partenaire parlent de leur situation à un ami ou un parent qui leur recommande un lieu ou un professionnel. Il n'est pas difficile, à Cotonou, de trouver ce genre de services. Les avortements sont pratiqués par des gynécologues, des infirmiers, parfois des aides-soignants et rarement des sages-femmes. Les moyens utilisés étaient le plus souvent l'AMIU, puis le curetage et plus rarement l'injection de Synergon® (progestérone + estrone), produit indiqué dans le traitement symptomatique des aménorrhées non gravidiques. Parfois, une première tentative avec un professionnel ayant échoué, les personnes se sont tournées vers une personne de niveau de compétence supérieur. En revanche, une seule des femmes interrogées a eu des complications suite à la pratique d'un avortement par un professionnel de la santé. Il n'en a pas résulté de séquelles sur sa santé.

Des usages populaires du misoprostol émergents ?

46 Nos études soulignent des pratiques d'avortement très différentes à Ouagadougou et à Cotonou. Dans cette dernière ville, l'offre privée, à travers les « petits centres de santé », semble bien jouer en la matière un rôle considérable. Au regard du taux de fécondité qui y prévaut et de la très faible prévalence contraceptive, notamment en comparaison de Ouagadougou, l'avortement semble bien remplir à Cotonou une fonction de régulation des grossesses. Ce contexte et le fait que les femmes interrogées aient rapporté très peu de complications suite à leurs avortements, nous pousserait presque à questionner le caractère "à risque" des avortements, pourtant clandestins, réalisés dans cette ville.

47 Au-delà de ces modalités différentes de la pratique de l'avortement, le constat de la faible utilisation de l'avortement médicamenteux à Ouagadougou comme à Cotonou demande à être interrogé. Seuls 6 avortements (3 à Cotonou, 3 à Ouagadougou) sur les 69 documentés ont été réalisés au moyen du misoprostol[19]. Mis à part pour un des avortements à Cotonou où le médicament a été consommé sur les conseils d'une amie, les 5 autres n'ont pas été pratiqués en automédication, mais suite à une prescription d'une sage-femme et, dans un cas, d'un étudiant en médecine. Toutes les femmes ayant utilisé le misoprostol étaient instruites (niveau secondaire ou supérieur) et disposaient d'un statut socio-économique plutôt favorisé. Elles ou leur partenaire connaissaient personnellement un professionnel de santé. Le misoprostol et ses déclinaisons commerciales présentes dans les deux pays[20] étaient peu connus par les autres femmes enquêtées.

48 Il apparaît donc qu'à Cotonou comme à Ouagadougou, le misoprostol ne soit pas encore l'objet d'utilisations massives pour avorter. D'après les entretiens que nous avons menés avec des professionnels de santé, ces utilisations se développeraient néanmoins progressivement. Nos données montrent que c'est effectivement le cas, bien que marginalement, par l'intermédiaire de femmes instruites et disposant d'un capital social et économique assez élevé. En revanche, ces pratiques émergentes ne semblent pas aller vers une appropriation du médicament par les femmes elles-mêmes, celles-ci préférant, pour l'instant à l'automédication, la médiation d'un professionnel de santé. Nous reviendrons sur ce point ultérieurement.

49 Au-delà de la confiance qui leur serait accordée, ceci s'explique par un accès très difficile au médicament dans les deux pays. Au Bénin, le misoprostol est l'un des rares médicaments qui ne puisse être accessible sans ordonnance dans les pharmacies ou très difficilement. Plus que cela, lorsque le médicament est dispensé, les instructions des pharmaciens à leur équipe de vente est d'inspecter l'ordonnance et de s'assurer qu'elle soit conforme et dispose d'un cachet, de la photocopier et de noter scrupuleusement les coordonnées du prescripteur pour se retourner vers lui en cas de problème[21]. Une pharmacienne de Cotonou explique à ce sujet :

> Cytotec® est un produit dangereux, les gens se permettent de l'utiliser en désordre ; j'en vendais, mais maintenant j'y ai renoncé… parce que les jeunes d'aujourd'hui font du n'importe quoi avec ; en tant que bonne musulmane, je ne peux pas cautionner les avortements (Journal de terrain, programme Globalmed).

50 Le misoprostol est néanmoins également disponible à travers le marché informel du médicament qui existe au Bénin et notamment dans le lieu qui en constitue la centralité : le secteur *Adjegounlè* du grand marché international *Dantokpá* (Baxerres, 2013). Néanmoins, bien que certains vendeurs disposent de ce médicament et le vendent, beaucoup d'autres ne souhaitent pas vendre de médicaments abortifs pour des raisons qui tiennent souvent à leur perception de l'avortement et au fait que la vente de ces médicaments pourrait selon eux avoir, par analogie, des conséquences néfastes sur leur propre vie intime et reproductive. Au Burkina Faso, d'après les investigations que nous y avons menées, le misoprostol n'est pas vendu dans le marché informel. Dans les officines de pharmacie, la vente y est aussi restrictive qu'au Bénin. Tout comme au Bénin, les centres de santé publics, mis à part les centres de référence nationaux, n'en disposaient pas au moment de notre étude puisqu'il n'était pas distribué via la centrale d'achat des médicaments essentiels (CAME au Bénin et CAMEG au Burkina Faso). Au Burkina Faso, des soignants semblaient par contre s'adonner particulièrement à la revente de ce médicament à certains patients au sein même des centres de santé publics. La disponibilité de l'avortement médicamenteux dans le cadre des soins post-avortement implantés dans le pays dès 1997 semble avoir amélioré la connaissance de ce produit aussi bien au niveau des professionnels de santé que des populations, même si cela n'a eu pour l'instant qu'un impact limité sur son usage par les femmes.

Conclusion

51 Ainsi, dans le cas du misoprostol, les préoccupations idéologiques et morales semblent prendre le dessus sur les considérations professionnelles et commerciales, y compris pour les acteurs informels de la distribution pharmaceutique. Ces préoccupations sont également présentes chez les acteurs institutionnels. Au Bénin, en 2004-05, le Ministère de la Santé ayant eu des informations sur des pratiques d'avortement hors des hôpitaux de rang national au moyen du misoprostol, aurait rédigé une note de service à l'attention des pharmaciens d'officine pour restreindre fortement la dispensation de ce médicament (Entretien avec un gynécologue, Cotonou). Néanmoins, un plaidoyer s'est construit ces dernières années autour de ce médicament. Orchestré par des associations internationales œuvrant dans le champ de la santé reproductive et relayé par des associations locales professionnelles (de gynécologie notamment) et des ONG intervenant sur le thème de la planification familiale, il a abouti à l'inscription du misoprostol sur la liste des médicaments essentiels (LME) des deux pays : en novembre 2013 au Bénin et en décembre 2014 au Burkina Faso[22]. Tout récemment (2016 et 2017), des médicaments composés de misoprostol ont obtenu dans les deux pays une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour des indications en gynécologie-obstétrique[23]. Ces évolutions vont très probablement changer dans les années qui viennent les réalités entourant l'avortement médicamenteux au Bénin et au Burkina Faso[24]. Nous verrons alors si, au regard de ce qui a été décrit dans le cas de l'Amérique latine dans les années 1990 (voir l'introduction de cet article), les Burkinabè et les Béninoises s'approprieront ce médicament et l'utiliseront en automédication ou si, comme c'est le cas aujourd'hui et particulièrement à Cotonou, elles préfèreront donner leur confiance et se référer à des professionnels de la santé pour pratiquer cet acte délicat que constitue l'avortement.

Nous remercions Bénédicte Gastineau et Agnès Adjamagbo pour leur contribution à la mise au point des outils méthodologiques, à la collecte des premières données au Bénin et à la mise en

exergue de certaines questions de recherche. Nous remercions également Ramatou Ouédraogo pour sa contribution à la collecte des données concernant les circuits de distribution du misoprostol au Burkina Faso. Cette étude a été financée par les Fonds Français Muskoka gérés par l'Unicef (bureau régional à Dakar). Elle fait partie d'un programme de recherche plus large intitulé INFODOS (informatisation du dossier obstétrical au sein d'un réseau de maternités sentinelles en Afrique de l'Ouest) et coordonné par Alexandre Dumont, que nous remercions également ici.

BIBLIOGRAPHIE

ADJAMAGBO A., KONÉ P.A., ECAF É. et GUILLAUME A., 2013, « Situations relationnelles et gestion des grossesses non prévues à Dakar », *Population*, *68*, 1 : 67-96.

ÅHMAN E. et SHAH I.H., 2011, « New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 115, 2:121-126.

BAJOS N., FERRAND M., GUILLAUME A., ADJAMAGBO A., ROSSIE C., TEIXEIRA M., BAYA B., SOUBEIGA A., SAWADOGO N., BAKASS F., CHAKER A., GYAPONG J., BIEKRO L., OSEI I., KONE P., GOURBIN C., MOREAU C., MAYHEW S.H. et COLLUMBIEN M., 2013, « Sexualité, contraception, grossesses non prévues et recours à l'avortement en Afrique de l'Ouest et au Maroc : l'enquête ECAF », *Population*, *68*, 1 : 7-16.

BANKOLE A., HUSSAIN R., SEDGH G., ROSSIER C., KABORÉ I. et GUIELLA G., 2013, « Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso : causes et conséquences », New York, Guttmacher Institute.

BATIONO B.F., 2012, « Les relations entre les professionnels de santé et les jeunes filles au Burkina Faso », *Agora débats/jeunesses*, 2 : 21-33.

BAXERRES C., 2013, *Du médicament informel au médicament libéralisé : une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*, Paris, Archives Contemporaines.

BAXERRES C., EGROT M., DUQUESNOY S., SAMBIÉNI E.N. et LE HESRAN J.-Y., sous presse, « La biomédicalisation de la grossesse au Bénin s'accompagne-t-elle d'un processus de marchandisation ? », In HAXAIRE C., FARNANIER C. et MOUTAUD B. (dirs.), *Enjeux anthropologiques de l'innovation en santé*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

CHAQUÉS-BONAFONT L., PALAU A.M. et BAUMGARTNER F.R., 2015, « Framing the Abortion Debate », In auteurs ? *Agenda Dynamics in Spain*, Springer : 199-226.

COSTA S.H., 1998, « Commercial availability of misoprostol and induced abortion in Brazil », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 63: S131-S139.

DELAUNAY V. et GUILLAUME A., 2007, « Sexualité et mode de contrôle de la fécondité chez les jeunes en Afrique subsaharienne », In ADJAMAGBO A., MSELLATI P. et VIMARD P. (dirs.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud : nouveaux contextes et nouveaux comportements*, Louvain-la-Neuve, Academia Bruylant : 211-263.

GANATRA B., GUEST P. et BERER M., 2015, « Expanding access to medical abortion: challenges and opportunities », *Reproductive Health Matters*, 22, 44: 1-3.

GOYAUX N., ALIHONOU E., DIADHIOU F., LEKE R. et THONNEAU P., 2001, « Complications of induced abortion and miscarriage in three African countries : a hospital-based study among WHO collaborating centers. », *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 80, 6: 568-573.

GUILLAUME A., 2004, *L'avortement en Afrique : une revue de la littérature des années 1990 à nos jours,* Paris, CEPED (Les Numériques du Ceped).

GUILLAUME A. et LERNER S., 2009, « Les hommes face à l'avortement en Amérique Latine », *Autrepart*, 52, 4 : 65-80.

HANCART PETITET P., 2017, « Abortion politics in Cambodia social history, local forms and transnational issues », *Global Public Health*: 1-10.

HANCART PETITET P., ITH L., COCKROFT M. et DELVAUX T., 2015, « Towards safe abortion access: an exploratory study of medical abortion in Cambodia », *Reproductive Health Matters*, 22, 44: 47-55.

HENSHAW S.K., ADEWOLE I., SINGH S., BANKOLE A., OYE-ADENIRAN B. et HUSSAIN R., 2008, « Severity and Cost of Unsafe Abortion Complications Treated in Nigerian Hospitals », *International Family Planning Perspectives*, 34, 1: 040-051.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE INSD, ICF INTERNATIONAL, 2012, « Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010. », Calverton, Maryland, USA, INSD, ICF International.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE L'ANALYSE ÉCONOMIQUE INSAE, ICF INTERNATIONAL, 2013, « Enquête Démographique et de Santé du Bénin 2011-2012. », Calverton, Maryland, USA, INSAE et ICF International.

KABORÉ I., ROSSIER C. et SEDGH G., 2011, « Characteristics of women who have induced abortions, type of providers used and the health consequences in Burkina Faso," Ouagadougou, 2011, ».

OKONOFUA F., 2005, « Misoprostol and women's health in Africa. », *African journal of reproductive health*, 9, 1: 7-9.

OMS (ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ), 2013, *Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 146 p.

OUATTARA F. et STORENG K.T., 2014, « L'avortement volontaire au Burkina Faso : quand les réponses techniques permettent d'éviter de traiter un problème social », *Autrepart*, 70, 2, :109-123.

OUEDRAOGO R., 2015, « *L'avortement, ses pratiques et ses soins ». Une anthropologie des jeunes au prisme des normes sociales et des politiques publiques de santé au Burkina Faso*, Thèse de doctorat en anthropologie sociale et ethnologie.

RAMET S.P., 2017, « Controversies in the Social and Political Engagement of the Catholic Church in Poland Since 1988 », In RAMET S.P, BOROWIK I. (eds), *Religion, Politics, and Values in Poland*,New York, Palgrave Macmillan US: 19-40.

ROSSIER C., 2008, « Attitudes towards abortion and contraception in rural and urban Burkina Faso », *Demographic Research,* 17: 23.

ROSSIER C., SAWADOGO N., SOUBEIGA A. et ÉQUIPE ECAF, 2013, « Sexualités prénuptiales, rapports de genre et grossesses non prévues à Ouagadougou », *Population*, 68, 1 : 97-122.

SAIZONOU J., OUENDO E. et DUJARDIN B, 2006, « Maternal deaths audit in four Benin referral hospitals: Quality of emergency care causes and contributing factors. », *African Journal of Reproductive Health*, 10, 3: 28-40.

SAWADOGO N., 2016, *De l'initiation sexuelle au mariage chez les jeunes urbains burkinabè : relations, vécu et risques*, Presse universitaire de Luvain lea Neuve, Belgique, Université Catholique Louvain la Neuve (thèse de doctorat en sciences politiques et sociales), 380 p.

SEDGH G., BEARAK J., SINGH S., BANKOLE A., POPINCHALK A., GANATRA B., ROSSIER C., GERDTS C., TUNÇALP Ö., JOHNSON B.R., JOHNSTON H.B. et ALKEMA L., 2016, « Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends », *The Lancet*, 388, 10041: 258-267.

SILBERSCHMIDT M. et RASCH V., 2001, « Adolescent girls, illegal abortions and "sugar-daddies" in Dar es Salaam: vulnerable victims and active social agents », *Social Science & Medicine*, 52, 12:1815-1826.

SORIAT C., 2014, « Les acteurs associatifs et la lutte contre le sida au Bénin : de la professionnalisation au gouvernement des corps », Thèse de doctorat en sciences politiques, Université de Lille 2.

THOMSON J., 2015, « Explaining gender equality difference in a devolved system: The case of abortion law in Northern Ireland », *British Politics*, 11, 3: 371-388.

VAN DER GEEST, S. et WHYTE, S.R. (dirs.), 1988, *The context of medicines in developing countries. Studies in pharmaceutical anthropology*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.

WEEKS A.D., FIALA C. et SAFAR P., 2005, « Misoprostol and the debate over off-label drug use », *BJOG*, 112, 3: 269-272.

NOTES

1. En Afrique Sub-saharienne, l'avortement à risques cause environ 1 décès maternel sur 7 (Ahman & Shah, 2011).
2. Voir à ce sujet le site : https://srhr.org/abortion-policies/, page consultée en décembre 2017.
3. Voir à ce sujet l'atelier « Emerging contestations of abortion rights » coordonné par De Zordo, Mishtal et Mattalucci (conférence de l'EASA, juillet 2016, Milan). Les situations récentes d'évolution ou de contestation des droits en matière d'avortement en Espagne, en Pologne ainsi qu'au Portugal, sont à cet égard éclairantes (Chaqués-Bonafont et al., 2015 ; Ramet, 2017 ; Thomson, 2015). L'élection récente de Donald Trump a déjà pour conséquences des restrictions de la législation sur cette question aux USA.
4. Les méthodes médicamenteuses d'interruption de grossesse ou avortement médicamenteux reposent sur l'utilisation de molécules spécifiques (mifépristone suivi de misoprostol, ou misoprostol seul) pour interrompre la grossesse, elles sont également qualifiées « d'avortements non chirurgicaux » (OMS, 2013). Dans le texte, nous utilisons l'expression « pratiques populaires d'avortement médicamenteux » lorsque ces molécules sont utilisées par les femmes concernées en automédication dans un but abortif.
5. Précisons que le misoprostol a été mis sur le marché dans les années 1980 pour prévenir les ulcères gastriques. Bien que son utilisation en santé génésique se soit rapidement développée dans certains pays, elle se pratiquait « off label », c'est-à-dire sans autorisation pour ces indications spécifiques (Weeks *et al*, 2005). C'est d'ailleurs encore le cas dans plusieurs pays, notamment européens.
6. Le *mbaraan* désigne « une forme spécifique de relation sexuelle instrumentalisée », qui consiste pour une jeune femme « à avoir des relations sexuelles avec plusieurs partenaires concomitants ou successifs, et qui souvent s'ignorent. La contrepartie des services sexuels et sociaux (accompagnement dans des sorties par exemple) offerts par la femme lui permet d'acquérir les biens matériels et le soutien financier dont elle a besoin » (Adjamagbo *et al.,* 2013 : 71). Le

phénomène « *sugar daddies* » désigne le fait que des jeunes femmes ont des relations sexuelles avec des hommes plus âgés qu'elles, en échange de cadeaux ou d'argent.

7. Pour un point sur la situation en cours en Asie du Sud-est, voir (Hancart Petitet, 2017 ; Hancart Petitet et al., 2015).

8. Voir à ce sujet les travaux de l'anthropologie des politiques publiques en Afrique de l'Ouest et par exemple le dossier « Gratuité des soins : une évaluation des politiques publiques, *Afrique contemporaine*, 243 (3).

9. C'est d'ailleurs toujours le cas de plusieurs pays francophones qui sont aujourd'hui encore sous le joug de cette loi, parmi lesquels le Sénégal, le Mali et la Côte-d'Ivoire.

10. Il convient de préciser que cette partie sur les femmes vivant en couple concerne surtout les situations rencontrées à Cotonou. Seul un avortement, parmi ceux que nous avons documentés à Ouagadougou, a eu lieu alors que la femme était en couple.

11. Tous les prénoms énoncés dans l'article sont des pseudonymes.

12. Pour ne pas alourdir le texte, les précisions sur le statut marital et social de l'interviewée ne sont données que lorsque elles nous semblent pertinentes sur le point discuté.

13. PPS vient du mot "*Pougpoussoum*" terme mooré qui signifie "salutation de la famille de la fille à marier" ; c'est l'une des étapes du mariage coutumier chez les Mossi.

14. Ce décalage n'est bien sûr pas la seule raison de la faible prévalence contraceptive : les perceptions négatives que les femmes ont de la contraception biomédicale et de ses effets secondaires jouent aussi un rôle important.

15. Dans environ la moitié de ces cas, c'est la femme qui impose sa décision à l'homme. Lorsque l'homme souhaite garder l'enfant, c'est parfois dans le but de voir la relation perdurer, dans les cas où le couple est séparé physiquement de la femme, par exemple pour des études ou un travail à l'étranger.

16. Il est apparu, à Ouagadougou comme à Cotonou, que les femmes pratiquent une contraception liée à l'acte sexuel au moyen de médicaments consommés juste avant ou juste après le rapport. Cette contraception ponctuelle, liée à l'acte sexuel (par exemple 2 comprimés avant et/ou 2 comprimés après), semble très populaire et largement préférée aux méthodes de contraception au long cours.

17. À la différence des cliniques privées connues de la ville, dans lesquelles les soins sont chers, il s'agit ici plutôt d'officines de soins privées ouvertes par des soignants – non médecins généralement – proposant des tarifs nettement moins élevés que ceux des grandes cliniques. Ces centres privés sont réputés être des lieux de pratique clandestine d'avortement. Ils sont, à Ouagadougou, en nombre beaucoup moins élevés que ceux dont il est question ci-après dans le cas de Cotonou.

18. Ces cas sont comparables à ceux d'"auto-avortements" décrits précédemment à Ouagadougou, même si les médicaments utilisés diffèrent un peu.

19. Il convient de préciser ici que, sur les 69 avortements que nous avons documentés, seuls 37 avaient eu lieu dans les 5 dernières années précédant l'étude ; 17 avaient eu lieu entre 5 et 10 ans avant et 15 entre 10 et 20 ans auparavant. Ceci intervient sûrement dans la faible proportion des avortements que nous avons décrits ayant eu lieu au moyen du misoprostol. Néanmoins, nous ne pouvions savoir au début de l'étude si le misoprostol était utilisé par les femmes pour avorter et depuis quand. C'était justement un des objectifs de notre étude. Rappelons qu'au Brésil, ce médicament est décrit comme ayant été utilisé dès les années 1986-87.

20. Cytotec®, Misoclear®, Ace Miso®, Medabon® dans lequel le misoprostol est associé à la mifepristone, Artotec® dans lequel le misoprostol est associé au diclophénac.

21. Ces données proviennent d'un programme de recherche que nous menions au Bénin en parallèle de nos études sur l'avortement et dans le cadre duquel des ethnographies prolongées (4 à 6 mois) étaient conduites dans plusieurs pharmacies du Bénin, en milieu urbain et rural. Il

s'agit du programme Globalmed (FP7/2007-2013 / ERC grant agreement n°337372), coordonné par Carine Baxerres et financé par l'European Research Council (2014-2019).

22. Issu du même programme de recherche, nous écrivons actuellement un article portant spécifiquement sur la question de la reconnaissance institutionnelle de ce médicament au niveau global et local, au Bénin et au Burkina Faso. Nous y décrirons finement la mise en place de ce plaidoyer.

23. En 2016, l'association Marie Stopes Burkina Faso a obtenu une AMM dans ce pays pour Misoclear®. En 2017, au Bénin, l'organisation Population Services International a obtenu une AMM pour Acemiso® et l'organisation DKT international pour Misofem®.

24. Un questionnement s'impose sur la spécificité des pays francophones d'Afrique en matière d'avortement médicamenteux. Celui-ci apparaît plus développé dans les pays anglophones où globalement la législation sur l'avortement est un peu moins restrictive (dans les textes ou dans leur application). Le misoprostol est inscrit sur la LME de plusieurs pays anglophones depuis déjà plusieurs années et/ou il y a obtenu des AMM pour des indications en gynéco-obstétrique (Zambie, Nigeria, Ghana, Ouganda). Nos premières réflexions sur le sujet nous permettent d'apporter deux éléments de compréhension. Tout d'abord, le système pharmaceutique des pays anglophones est plus libéral, il est plus prompt à l'intégration de nouveaux médicaments, qui sont plus facilement distribués via les multiples grossistes, pharmacies et drugstores du secteur privé (voir le programme Globalmed mentionné précédemment). À cela s'ajoute le fait que les associations internationales qui s'investissent depuis plusieurs années en faveur des droits des femmes et de la légalisation de l'avortement sont très majoritairement anglaises et américaines. Les associations francophones s'impliquent de manière moins massive sur ces questions. Logiquement, les associations anglo-saxonnes se sont d'abord investies à l'international dans les pays qui partagent leur langue et ont un certain passé commun. La comparaison pays anglophones-pays francophones d'Afrique en matière d'avortement est peu développée dans la littérature. Il convient de prolonger ces réflexions.

RÉSUMÉS

Face aux grossesses non désirées et à leurs conséquences sanitaires, l'avortement médicamenteux, par le biais du misoprostol, apparaît comme une porte de sortie. En Afrique, où la législation de l'avortement est la plus restrictive, il est moins développé qu'ailleurs. L'utilisation du misoprostol y est peu documentée, notamment dans les pays francophones. Notre étude qualitative, menée à Cotonou et à Ouagadougou, décrit les réalités actuelles entourant les relations affectives et la sexualité, en lien avec l'avortement et les moyens concrets mis en place dans ce but. Nous soulignons tout d'abord le décalage entre des pratiques sexuelles dissociées des questions reproductives et des recommandations sociales largement centrées sur cette association. Puis, nous mettons en évidence des pratiques d'avortement fort différentes dans les deux pays, parmi lesquelles l'avortement médicamenteux, bien que minoritaire, semble se développer.

When faced with unwanted pregnancies and their sanitary consequences, medical abortion with misoprostol, appears as an exit. In Africa, where legislation towards abortion is the most restrictive, this practice is less developed than elsewhere. The use of misoprostol, particularly in French-speaking countries, is little documented. This qualitative study, led in Cotonou and

Ouagadougou, describes current realities surrounding emotional relations and sexuality, in link with abortion and concrete modes set up for this purpose. We first underline the gap between sexual practices disconnected from reproductive questions and social recommendations widely focused on this association. Then we highlight very different abortion practices in the two countries, among which medical abortion, although in minority, seems to be developing.

INDEX

Mots-clés : avortement, misoprostol, sexualité, Bénin, Burkina Faso
Keywords : abortion, misoprostol, sexuality, Benin, Burkina Faso

AUTEURS

CARINE BAXERRES

Anthropologue à l'Institut de Recherche pour le Développement – MERIT (Université Paris Descartes), CNE (Centre Nobert Elias), EHESS Centre de la vieille charité, 2 rue de la Charité, 13002 Marseille, France, carine.baxerres@ird.fr

INES BOKO

Etudiante en sociologie-anthropologie à l'Université Abomey Calavi – CERPAGE, Benin

ADJARA KONKOBO

Doctorante en anthropologie à l'Université Aix-Marseille, France

FATOUMATA OUATTARA

Anthropologue à l'Institut de Recherche pour le Développement – LPED (Aix-Marseille Université), France

AGNÈS GUILLAUME

Démographe à l'Institut de Recherche pour le Développement – CEPED (Université Paris Descartes), France