FOURNIR DES SOINS D'AVORTEMENT SÉCURISÉS

VENKATRAMAN CHANDRA-MOULI

ABDOULAYE OUSSEINI

BÉNIEL AGOSSOU

CHILANGA ASMANI

GINETTE HOUNKANRIN

Objectifs du module

A la fin de ce module, les participant (e)s seront :

- Capables de discuter sur l'importance des soins et services pour un avortement sécurisé
- Capables d'orienter l'offre des services d'avortement sécurisé en fonction des orientations programmatiques de l'OMS
- Capables d'intégrer les contextes particuliers de crises dans l'offre de service d'avortement sécurisé

Plan du module

PERSPECTIVE GLOBALE

- ✓ Définition des concepts clés
- ✓ Rationnel en matière de conseil et offres de services d'avortement sécurisé
- ✓ Considérations d'ordre programmatique
- ✓ Lignes directrices
- ✓ Mesures spécifiques dans le contexte de Pandémie ou autres crises humanitaires

PERSPECTIVES REGIONALES

- ✓ Lois et politiques sur l'avortement
- ✓ Conditions pour offrir des services d'avortement sécurisés
- ✓ Complications liées à l'avortement non sécurisé
- ✓ Obstacles à l'accès des adolescents à des soins d'avortement sûrs
- ✓ Opportunités régionales
- ✓ Principaux messages sur les soins d'avortement sécurisé

À L'ÉCHELLE MONDIALE


L'avortement est un soin de santé
Lever les obstacles à l'avortement protège la vie des femmes, leur santé et leurs droits humains.
Organisation mondiale de la Santé
human reproduction programme
hrp
research for impact

Définitions 1/2 [1]

- **AVORTEMENT** : Une interruption de grossesse avant 20 semaines de gestation

L'avortement peut être **provoqué** *(volontairement effectué) ou* **spontané**

- **AVORTEMENT PROVOQUÉ** : Perte intentionnelle d'une grossesse intra-utérine par des moyens médicaux, chirurgicaux ou tout autre moyen non médical.
- **AVORTEMENT SPONTANÉ** : Perte non provoquée d'une grossesse avant 20 semaines de gestation.

La fréquence estimée des **avortements spontanés** *est comprise entre 12 % et 24 % de toutes les grossesses*

Définitions 2/2 [1]

Les avortements provoqués peuvent être sécurisés ou non sécurisés

- **AVORTEMENT SÉCURISÉ :** Un avortement qui répond aux trois critères suivants :
  - (i) il est pratiqué avec une méthode recommandée par l'OMS (avortement médicamenteux, aspiration, dilatation et évacuation) ;
  - (ii) il est adapté à la durée de la grossesse ;
  - (iii) il est pratiqué par/avec le soutien d'un prestataire de soins de santé qualifié.
- **AVORTEMENT NON-SÉCURISÉ :** Avortement qui est pratiqué par des personnes non qualifiées ou dans un environnement non conforme aux normes médicales minimales, ou les deux.

Les avortements sécurisés et les avortements non sécurisés sont parfois appelés **avortements sans risque** *et* **avortements à risque**

Rationnel 1/2

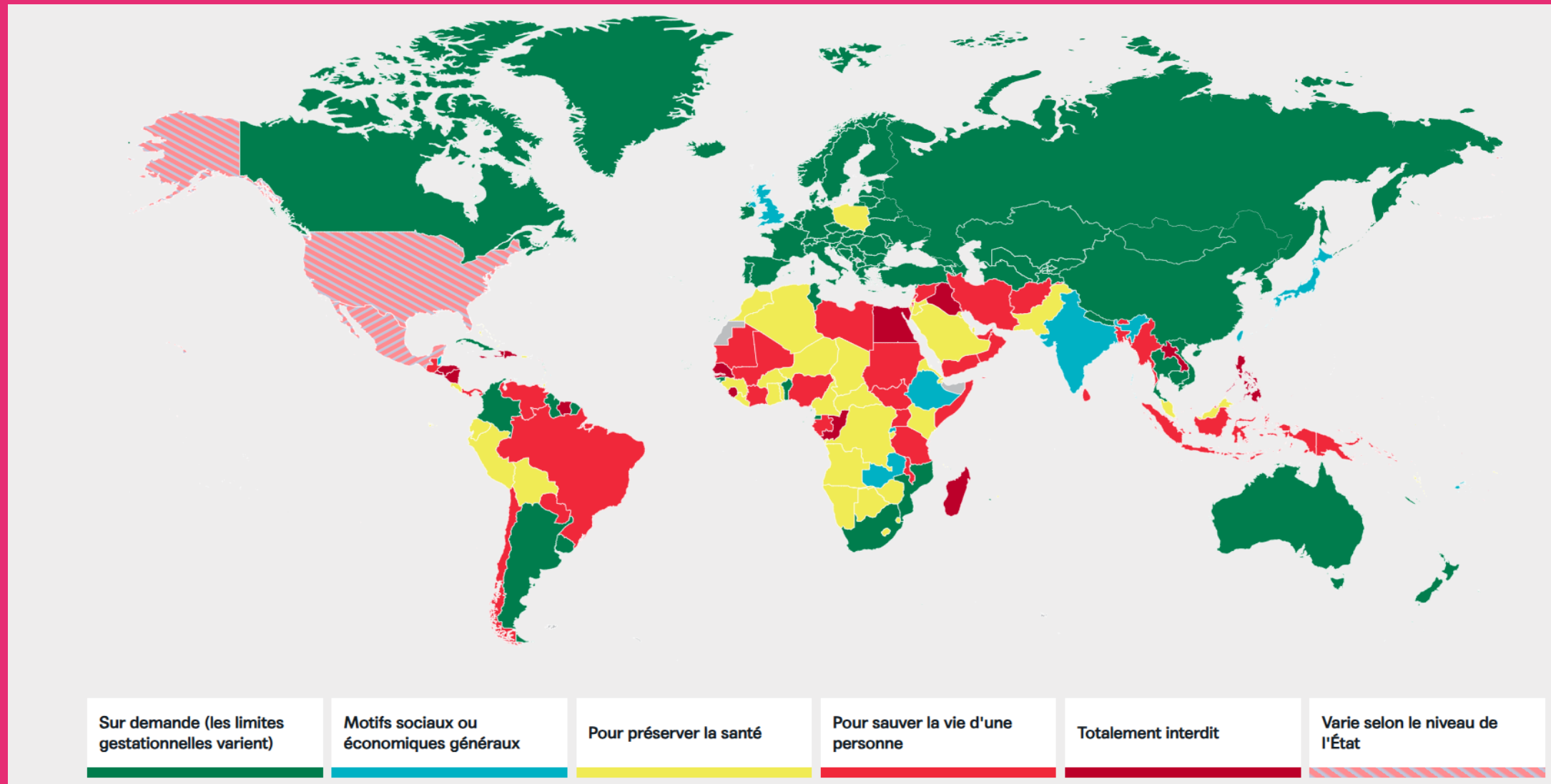
- **L'avortement non sécurisée est un problème important :** On estime à 58 millions le nombre d'avortements provoqués chaque année dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ; parmi ceux-ci, environ 24 millions (41 %) sont réalisés dans des conditions sécurisées, tandis que 34 millions (59 %) le sont dans des conditions non sécurisées. [2]
- Ces chiffres mettent en évidence un besoin important et non satisfait en matière d'accès à des services d'avortement sécurisés, ainsi que la nécessité de réduire le nombre de grossesses non intentionnelles grâce à des informations et des services complets en matière de contraception. [2]
- **Les adolescentes sont plus exposées aux conséquences des avortements non sécurisés :** Par rapport aux femmes plus âgées, les adolescentes sont plus susceptibles de se faire avorter par des prestataires non formés, d'interrompre elles-mêmes leur grossesse, d'interrompre leur grossesse après le premier trimestre, de retarder le recours aux soins médicaux en cas de complications après un avortement à risque. [3]
- Elles sont également moins susceptibles de connaître leurs droits en matière d'avortement et de soins post-avortement, et de déclarer avoir subi un avortement. [3]

Rationnel 2/2

- **L'avortement sécurisé comporte de faibles risques pour la santé :** Bien que les risques diffèrent en fonction de la durée de la grossesse, de la méthode utilisée et des personnes qui la pratiquent, un avortement sécurisé présente un risque très faible pour la femme.

- **Les lois et politiques relatives à l'avortement et l'offre de services de bonne qualité doivent faire l'objet d'une attention particulière :** L'accès à des services d'avortement sûrs est fortement limité dans de nombreux pays, alors qu'il est prouvé que les lois restrictives en matière d'avortement sont associées à des niveaux plus élevés de mortalité maternelle. Lorsque l'avortement sans risque est légalement autorisé pour les adolescents, il n'est souvent pas adapté aux adolescents.

Le statut juridique de l’avortement dans les pays et territoires du monde entier, mis à jour en temps réel, 15 oct. 2026.

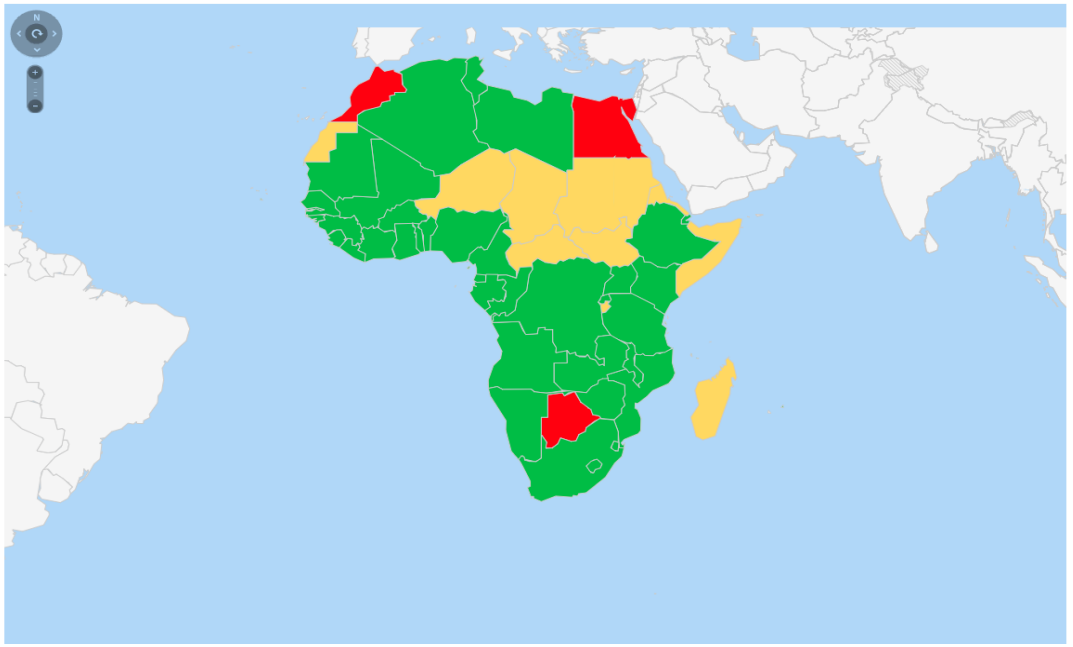


https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/

Dispositions en matière de droits humains 1/2

- Les États sont tenus, en vertu de la législation sur les droits humains, de fournir des soins d'avortement sûrs.
- La mise en œuvre de mesures visant à prévenir les avortements à risque et à fournir des soins post-avortement fait partie de l'obligation fondamentale des États.
- Les États sont tenus de garantir l'accès universel à un ensemble complet d'interventions en matière de santé sexuelle et génésique, y compris les soins liés à l'avortement (l'avortement soit légal ou non).
- Les mécanismes de défense des droits humains ont appelé à la décriminalisation de l'avortement et à la suppression des obstacles tels que les exigences relatives au consentement d'un tiers.
- Le refus de l'avortement et la poursuite forcée de la grossesse ont été identifiés comme une forme de violence fondée sur le genre.

Dispositions en matière de droits humains 2/2



Interactive Map

- Le Protocole à la Charte africaine des droits humains et des peuples relatifs aux droits des femmes en Afrique (Protocole de Maputo) a été adopté en 2003 par l'Union africaine afin de promouvoir l'égalité des droits pour les filles et les femmes. [4]
- Le Protocole de Maputo est le premier traité panafricain à reconnaître expressément l'avortement comme un droit humain dans des circonstances spécifiques: les agressions sexuelles, le viol, l'inceste, les anomalies fœtales mettant en danger la vie de fœtus et la poursuite de la grossesse mettant en danger la santé mentale et physique de la femme ou sa vie.

©2017 - 2026 Plateforme virtuelle de rapports d'État sur le Protocole à la Charte africaine des droits humains et des peuples relatifs aux droits de la femme en Afrique

Considérations d'ordre programmatique

- Les lois et politiques restrictives obligent souvent les adolescentes à recourir à des avortements illégaux et dangereux : Les lois et politiques doivent promouvoir le respect et la protection des femmes et des filles. Garantir un accès rapide à un avortement sécurisé et de lutter contre la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes qui cherchent à obtenir ces services.

- Les adolescentes sont moins susceptibles que les femmes adultes d'obtenir des services d'avortement sécurisés : Les adolescents et les autres parties prenantes doivent être informés des dangers des avortements non sécurisés, des services d'avortement sécurisés disponibles et des circonstances dans lesquelles ils peuvent être obtenus légalement.

- **Les services d'avortement ne sont souvent pas adaptés aux adolescents et les prestataires de soins de santé peu outillés:** les prestataires de soins de santé doivent être formés et soutenus pour informer, conseiller et fournir des services aux adolescents en fonction de l'évolution de leurs capacités, et pour répondre aux besoins des différents groupes d'adolescents.

Lignes directrices de l'OMS

- *Directives de l'OMS sur la prévention des grossesses précoces et des mauvais résultats en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2011*.
- *Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022.*
- *Lignes directrices unifiées relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction des femmes vivant avec le VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019.*

Documents complémentaires aux guides de l'OMS 1/2

- Manuel de pratique clinique pour des soins de qualité liés à l'avortement. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2025.
- Besoin et utilisation des services d'avortement par les adolescentes dans les pays en développement. New York : Institut Guttmacher ; 2016.
- Boîte à outils sur la planification familiale et les soins complets liés à l'avortement pour le personnel chargé de soins de santé primaires: volume 1. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022.
- Vers un cadre juridique et politique favorable à des soins d'avortement de qualité : note de synthèse fondée sur les données probantes. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022.

Documents complémentaires aux guides de l'OMS 2/2

- Guide pratique sur le droit et les politiques en faveur de soins d'avortement de qualité. . Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2026.
- Recommandations de l'OMS sur les interventions d'auto-prise en charge : autogestion de l'avortement médicamenteux, mise à jour de 2022. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022.
- Renner R-M, de Guzman A, Brahmi D. Prise en charge de l'avortement chez les adolescentes et les jeunes femmes. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2014;126(1):1–7.



Mesures spécifiques pour la prestation de services dans le contexte humanitaire

- Méthodes sécurisées : Avortement médicamenteux (mifépristone + misoprostol, ou misoprostol seul); Aspiration manuelle intra-utérine (MVA) - Préparer la gestion des complications.
- Kits et approvisionnement : Intégrer les médicaments et équipements dans les kits santé reproductive inter-agences ; Assurer une chaîne logistique fiable.
- Organisation des services : Décentraliser l'accès (soins primaires vers services médicamenteux); Systèmes de référence rapide vers hôpitaux pour cas complexes.
- Formation du personnel : Former les médecins, les sages-femmes et agents intermédiaires; Orienter les sur les valeurs et attitudes pour dépasser les résistances.
- Adaptations contextuelles : utiliser la télémédecine pour encadrer l'auto-soin ; utiliser les services mobiles dans les camps ou zones de déplacement.



Considérations pour la reprise des services normaux dans le contexte humanitaire, y compris la Covid-19

- Une crise peut augmenter la vulnérabilité et le risque d'infection des femmes et des filles par le VIH, les grossesses non planifiées et non désirées, la mortalité maternelle, la violence sexiste, le mariage, le viol et le trafic d'enfants.
- L'avortement sécurisé est un service médical essentiel pour lequel le délai d'intervention est un facteur important et dont l'accès doit être maintenu en cas de pandémie ou de périodes de bouleversements sociaux.
- En contexte de crise, l'avortement, la contraception et la santé sexuelle des jeunes sont souvent relégués au second plan. Une telle situation entraîne des conséquences dévastatrices telles que l'augmentation des taux de morbidité maternelle, de violence fondée sur le genre, de grossesse non planifiée.
- Dans la mesure du possible, promouvoir l'institutionnalisation des bonnes pratiques en matière d'amélioration de l'accessibilité et de la qualité qui ont été mises en place pendant la période de fermetures et de perturbations.


L’année dernière, mon amie est allée voir quelqu’un qui n’était pas un agent de santé pour interrompre sa grossesse et elle a ensuite été très malade.
Les choses sont en train de changer. Les agents de santé veillent à ce que cela ne se produise pas et fournissent des informations et un appui
Oui, il existe d’autres possibilités maintenant
www.ogilviedesign.co.uk

PERSPECTIVE RÉGIONALE

CONTRIBUTEURS / CONTRIBUTRICES

- **BÉNIEL AGOSSOU**
- **CHILANGA ASMANI**
- **GINETTE HOUNKANRIN**

ACTIONS PRIORITAIRES AU NIVEAU DES DISTRICTS SANITAIRES :

- **ROMARIC GHISLAIN ZARAMBAUD BOHY-NGOMBET**
- **MINTON EUDE EDITH DJENONTIN KOTCHOFA**
- **ALICE TABEBOT**



©Ipas. 2016. Conclusions de l'analyse situationnelle : *Besoins et opportunités pour une prise en charge des soins complets d'avortement en Afrique de l'Ouest francophone*.

Faits clés [5]

Selon le Center for Reproductive Rights, Africa :

- **533/100 000** : Le taux de mortalité maternelle en Afrique subsaharienne est le plus élevé au monde.
- **6,2 millions** : Des avortements à risque ont lieu chaque année en Afrique subsaharienne, entraînant 15 000 décès évitables.
- **1 sur 5** : Les adolescentes tombent enceintes avant l'âge de 19 ans.

La plupart des pays d'Afrique de l'Ouest Francophone ont des lois/politiques restrictives sur l'avortement. Selon l'enquête régionale sur les politiques de santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent 2019.

Dans les pays de l'Afrique de l'Ouest francophone, la question sur l'avortement fait l'objet d'une combinaison de textes législatifs et règlementaires

Lois et politiques sur l'avortement

États	Loi sur la santé reproductive	Loi générale sur la santé médicale	Constitution	Code pénal	Code civil	Arrêtés/décrets ministériels	Jurisprudence	Réglementation sanitaire ou directives cliniques	EML/Liste enregistrée	Code de déontologie médicale	Document relatif au financement	Loi spécifique sur l'avortement	Loi sur les praticiens de médecine	Loi sur les services de santé	Autres
Bénin	X			X				X	X						X
Burkina Faso	X	X		X				X	X	X					X
Cameroun				X				X	X	X					
République centrafricaine				X				X	X						
Tchad	X			X					X						
Congo				X					X	X					
Côte d'Ivoire			X	X				X	X	X					X
RDC			X	X				X	X	X					X
Guinée		X		X				X	X	X					
Madagascar		X		X				X	X						X
Mali	X			X				X	X	X					
Mauritanie				X					X						X
Niger	X			X					X						
Sénégal	X			X				X	X	X					
Togo	X	X		X					X						

NB. La base de données mondiale sur les politiques d'avortement fait actuellement l'objet d'une mise à jour systématique dans tous les pays de la base de données. Par conséquent, les informations contenues dans la base de données peuvent ne pas être exactes à la date du 22 octobre 2026.

Tendances de l'avortement

- 33 avortements pour 1 000 femmes âgés de 15 à 49 ans se produisent chaque année, sans grande variation entre l'Afrique australe, l'Afrique centrale, l'Afrique de l'Est et l'Afrique de l'Ouest. [7]
- Le nombre annuel d'avortements survenus en Afrique subsaharienne a presque doublé entre 1995–1999 et 2015–2019, passant de 4,3 millions à 8,0 millions.[7]
- Les taux sont élevés dans les grands centres urbains et parmi les adolescentes de 15 à 19 ans.[7]
- Si celles qui ne veulent pas continuer avec une grossesse n'ont pas accès à un avortement sécurisés et légaux, beaucoup d'entre elles auront accès à un avortement non sécurisé. [5]
- Une grande majorité des grossesses non planifiées qui sur- viennent chez les adolescentes d'Afrique subsaharienne (86%) survient parmi les 6,5 millions qui ont des besoins non satisfaits de contraception moderne. [8]

Complications liées à l'avortement non sécurisé

- Environ 73 millions d'avortements provoqués sont pratiqués chaque année dans le monde. [9]
- En Afrique, près de la moitié des avortements ont lieu dans les conditions les plus dangereuses. [9]
- En 2019, environ 21 millions de grossesses sont survenues chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Environ la moitié étaient non intentionnelles, et 55 % de ces grossesses se sont terminées par un avortement, souvent dans des conditions non sécurisées. [8]
- En 2019, l'Afrique subsaharienne présentait le taux de létalité par avortement le plus élevé de toutes les régions du monde, à 185 décès pour 100 000 avortements, pour un total de 15 000 décès évitables chaque année.[10]

Obstacles à l'accès des adolescents à des soins d'avortement sûrs

I. **Restrictions légales/politiques :** Les lois et politiques qui empêchent l'accès à l'avortement ne réduisent pas le taux d'avortement : au contraire, elles augmentent souvent le nombre d'avortements à risque, qui sont associés à une augmentation du nombre de dommages et de décès. [1]

Ces lois et politiques restrictives limitent l'accès à un avortement sans risque et poussent certaines femmes, particulièrement les adolescentes d'entre elles à recourir à des services d'avortement non sécurisés. [11]

II. **Obstacles à l'accès aux services :** Le manque d'information, le manque d'infrastructures, le coût et la peur de la violation de la confidentialité empêchent les adolescents, les femmes/filles célibataires et les femmes/filles dont le mariage n'est pas enregistré d'accéder à des services d'avortement sûrs. Plus, on s'éloigne des centres urbains, plus le nombre de prestataires de soins qualifiés diminue, et de nombreux centres en zones rurales ne comptent que des professionnels de faible niveau d'éducation.

Obstacles à l'accès des adolescents à des soins d'avortement sûrs

III. **Stigmatisation associée à l'avortement :** Il existe une perception selon laquelle l'amélioration de l'accès à des services d'avortement sûrs augmentera le taux d'avortement. [12]

IV. **Manque d'engagement politique :** Les politiques s'abstiennent de s'engager dans les efforts visant à étendre et à moderniser l'offre de soins d'avortement sans risqué. [12]

V. **Choix et compétence du prestataire de services :** Le manque de disponibilité des prestataires de services préférés et le manque de convivialité des prestataires existants découragent de nombreuses jeunes filles de rechercher des soins d'avortement sûrs. Par exemple, 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 elle-même qui a mis fin à sa grossesse. [13]

VI. **Les contextes humanitaires :** Les conflits politiques dans divers pays augmentent la vulnérabilité des adolescents aux grossesses non planifiées et donc leur besoin éventuel de services d'avortement.

Opportunités

Mise en œuvre du guide de l'OMS sur les autosoins :

Elle permettra une évolution vers la lutte contre la stigmatisation et les problèmes de confidentialité en supprimant le besoin d'une personne intermédiaire, du personnel du soin de santé (PSS).

Les technologies numériques :

Offrir des possibilités de soutien et de conseil, voire de soins en cas d'avortement à travers les réseaux sociaux et les autres applications numériques.

L’existence de jeunes engagés :

Une masse critique de jeunes militantes de plus en plus mieux outiller sur la problématique de l’accès à l’avortement sécurisée.

Initiative régionale 1 le SAAF 1/2

Safe Abortion Action Fund (SAAF)

- Le Fonds d'action pour l'avortement sans risque (SAAF) a été créé en 2006, en réponse à la règle du bâillon mondial du gouvernement américain, en tant que mécanisme multi-bailleurs de fonds pour soutenir les programmes mondiaux liés à l'avortement. [14]

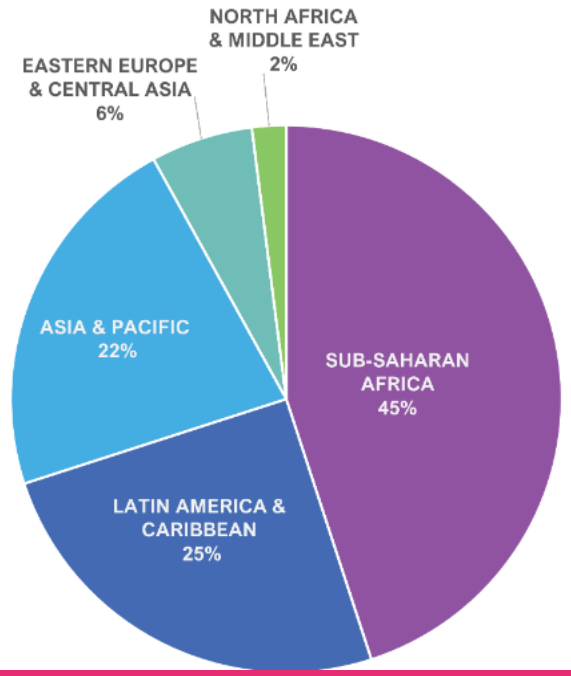
- Hébergé par l'IPPF, le SAAF offre de petites subventions aux organisations locales qui encouragent l'avortement sécurisé et préviennent les avortements à risque par le plaidoyer et la sensibilisation, la prestation de services et les activités de recherche, et soutient de tels projets depuis plus d'une décennie. [14]

Initiative régionale 1
le SAAF 2/2

DEPUIS 2007

La SAAF a engagé **56 millions de dollars US** de financement en faveur de **210 organisations** dans **73 pays** du monde.

45% de ces fonds sont allés à des organisations en Afrique subsaharienne.



Safe Abortion Action Fund (SAAF)

SAAF Appuie les associations membres et non affiliées à l'IPPF.

En fin 2016, la SAAF avait offert un financement de 43 millions de dollars américains à 188 projets dans plus de 62 pays dont le Bénin.

Le SAAF se concentre sur les besoins des femmes et des filles marginalisées et vulnérables.

Le SAAF travaille à déstigmatiser l'avortement et à légitimer le débat sur l'avortement.

Initiative régionale 2 le réseau régional pour l'avortement sécurisé en Afrique francophone 1/2

Centre ODAS (Organisation pour le Dialogue pour l'Avortement Sécurisé)

- Le Centre fourni un soutien technique et opérationnel au mouvement.
- Offre des possibilités de formation, en partageant les meilleures pratiques, en coordonnant les stratégies et en mobilisant des fonds – afin de donner aux membres les moyens de poursuivre un programme régional ambitieux qui élargira l'accès à l'avortement dans la région.
- Ipas est l'hôte fondateur du Centre et du Réseau ODAS.

Initiative régionale 2
le réseau régional pour l'avortement sécurisé en Afrique francophone 2/2

Un effort innovant visant à renforcer le mouvement pour l'avortement sécurisé en Afrique francophone.

- Un réseau constitué des représentants de gouvernements, des prestataires de santé, des groupes de jeunes, des réseaux féministes, des associations professionnelles et des organisations non gouvernementales.
- Le Centre réuni tous les acteurs au sein d'un réseau couvrant le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Sénégal, le Togo et la République démocratique du Congo. République Centrafricaine, Tchad, Madagascar, Cameroun.

Enseignements tirés des initiatives régionales sur l'offre de services d'avortement sûrs, lorsqu'il est autorisé

I. **Améliorer la disponibilité des données :** Les données sur les différentes formes d'avortement (y compris les données sur l'avortement dans les EDS des pays et autres enquêtes démographiques, HMIS, études spéciales) sont disponibles et de bonne qualité.

II. **Améliorer l'accès aux services :** La qualité des soins de santé sexuelle et reproductive y compris l'avortement sans risque en s'attaquant aux restrictions légales/politiques, en renforçant les compétences des prestataires, en explorant les possibilités de transfert des tâches et en diffusant des informations sur le statut légal de l'avortement dans le pays et les services disponibles, y compris pour les adolescents.

III. **S'attaquer aux déterminants par la prévention :** Développer l'offre d'une éducation sexuelle complète dans les écoles afin d'améliorer les connaissances en matière de santé sexuelle et reproductive, prévenir les mariages précoces, accroître la disponibilité et la qualité des services de planning familial et des soins post-avortement.

Enseignements tirés des initiatives régionales sur l'offre de services d'avortement sûrs, lorsqu'il est autorisé

IV. **Créer des réseaux de parties prenantes favorables à un environnement propice au niveau politique :** Identifier les domaines potentiels de collaboration entre les différentes parties prenantes pour se concentrer plus sur les décès maternels dus à l'avortement et son poids sur les systèmes de santé.

V. **Utiliser des approches pragmatiques et axées sur la santé :**

- Inclure les soins post-avortement, la contraception post-avortement, dans l'ensemble des services complets génésiques.
- Prévenir et prendre en charge les complications de l'avortement dans le cadre du droit à la santé, afin d'améliorer le statut des femmes et des jeunes filles.

VI. **Dans les contextes humanitaires :** Veiller à ce que la contraception, l'avortement sans risque et les soins post-avortement soient définis par les gouvernements comme des " services essentiels " et soient disponibles dans le cadre du paquet de base.

Rôles des chefs de district de santé en matière d'offre de fournir des soins d'avortement sécurisés 1/3

1. **Planification, suivi et supervision :** Le chef de district assure le pilotage des interventions de SSRA en planifiant les activités, en suivant leur mise en œuvre et en organisant une supervision de soutien afin de vérifier le respect des normes et d'identifier les mesures correctives nécessaires. Dans le cadre des soins d'avortement sécurisés, il doit notamment recenser les structures sanitaires publiques et privées qui offrent des soins d'avortement sécurisés et des soins post-avortement, et suivre la disponibilité et le fonctionnement des équipements nécessaires à la prestation de ces services.

2. **Renforcement des capacités :** Le chef de district veille au développement et au maintien des compétences des prestataires et des autres acteurs concernés à travers la formation continue, le recyclage, le mentorat, l'apprentissage entre pairs et la supervision de soutien. Dans le cadre des soins d'avortement sécurisés, il doit renforcer spécifiquement les capacités des prestataires des secteurs public et privé, en fonction des besoins identifiés, en combinant les formations en présentiel et à distance, la clarification des valeurs, le changement des attitudes et le mentorat clinique.

Rôles des chefs de district de santé en matière d'offre de fournir des soins d'avortement sécurisés 2/3

3. **Mobilisation communautaire et participation des adolescents et des jeunes :** Le chef de district mobilise les communautés, les familles, les leaders et les acteurs locaux afin de créer un environnement favorable à l'accès et à l'utilisation des services de SSRA. Dans le cadre des soins d'avortement sécurisés, il doit collaborer particulièrement avec les agents de santé communautaires, les leaders et les membres des communautés pour orienter les jeunes vers les services appropriés, conformément à la législation nationale, renforcer le soutien communautaire et réduire les résistances à l'accès aux soins. Il doit également intensifier les activités de sensibilisation, notamment dans les zones difficiles d'accès, sur les dangers de l'avortement non sécurisé et ses conséquences, tout en encourageant le recours à la contraception pour prévenir les grossesses non désirées.

4. **Coordination multisectorielle :** Le chef de district facilite la collaboration entre les secteurs, les différents niveaux du système de santé, les partenaires et les acteurs concernés afin d'assurer la complémentarité et la continuité des interventions de SSRA. Dans le cadre des soins d'avortement sécurisés, il doit notamment favoriser la collaboration entre les structures sanitaires publiques et privées ainsi qu'avec les acteurs communautaires, afin de faciliter l'orientation des jeunes vers les services appropriés et de renforcer la prévention des avortements non sécurisés et de leurs conséquences.

Rôles des chefs de district de santé en matière d'offre de fournir des soins d'avortement sécurisés 3/3

5. **Utilisation et accès aux services de santé sexuelle et reproductive de qualité :** Le chef de district veille à ce que les établissements disposent des ressources, des équipements et des conditions nécessaires pour assurer des services de SSRA accessibles et de qualité. Dans le cadre des soins d'avortement sécurisés, il doit veiller à la disponibilité continue des médicaments, des fournitures et des équipements nécessaires dans les établissements publics et privés offrant ces services, et s'assurer que les équipements sont fonctionnels. Il doit également faciliter la diffusion d'informations sur les lois et politiques nationales encadrant l'accès aux soins d'avortement sécurisés, lorsque ceux-ci sont autorisés, ainsi que sur l'accès aux soins post-avortement, auprès des prestataires, des responsables des établissements sanitaires et des populations concernées.

6. **Mobilisation de ressources et utilisation des données pour renforcer les programmes :** Le chef de district veille à la collecte, à l'analyse, au partage et à l'utilisation des données pour orienter la planification, identifier les problèmes et prendre des décisions correctives, tout en contribuant à la mobilisation des ressources nécessaires aux interventions. Dans le cadre des soins d'avortement sécurisés, il doit veiller à ce que les cas de soins post-avortement soient enregistrés et ventilés par groupes d'âge, et à ce que les informations relatives aux complications, aux maladies et aux décès liés aux avortements non sécurisés soient recueillies et analysées. Il doit également encourager l'utilisation de ces données pour mieux cibler les actions de prévention auprès des jeunes les plus exposés, sans pénaliser les personnes ayant bénéficié de soins post-avortement. Enfin, il doit s'assurer du suivi des stocks de médicaments et de fournitures, notamment à travers l'examen des rapports d'inventaire et les inspections des établissements concernés.

RÉFÉRENCES

Références

1. Organisation mondiale de la Santé. Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé (2e ed.) Organisation mondiale de la Santé ; 2013. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78413/9789242548433_fre.pdf?sequence=1
2. Sully EA, Rosenberg JD, Tignor M, Geddes CE, Dilaverakis Fernandez A, Polis C. Adding It Up 2024: Investing in Sexual and Reproductive Health in Low- and Middle-Income Countries. New York: Guttmacher Institute; 2025. Available from: https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-2024-investing-sexual-and-reproductive-health-low-and-middle-income-countries. doi:10.1363/2025.300735
3. Institut Guttmacher. Besoin et utilisation des services d'avortement par les adolescents dans les pays en développement. New York : Institut Guttmacher ; 2016. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb_adolescent-abortion-services-developing-countries_fr_0.pdf
4. Protocole à la charte Africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique (Adopté par la 2ème session ordinaire de la Conférence de l'Union à Maputo en juillet 2003). https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/65556/63007/F2037633474/ORG-65556.pdf
5. Center for Reproductive Rights. Africa. New York : Center for Reproductive Rights ; 2024. Disponible sur : https://reproductiverights.org/regions/africa/
6. World Health Organization. Global Abortion Policies Database. https://abortion-policies.srhr.org/countries/
7. Guttmacher Institute. Fiche d'information : L'avortement en Afrique subsaharienne. Guttmacher Institute; 2020. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/abortion-subsaharan-africa-fr.pdf

Références

8. Sully EA, Biddlecom A, Darroch JE, Riley T, Ashford LS, Lince-Deroche N, Firestein L, Murro R. Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019. 2020 Jul 28. Available from: https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019
9. Organisation mondiale de la Santé. Avortement [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2025 Dec 8 [cité 2026 oct 20]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/abortion
10. Bankole A, Remez L, Owolabi O, Philbin J, Williams P. De l'avortement non sécurisé à sécurisé en Afrique subsaharienne : des progrès lents mais constants [Internet]. New York: Guttmacher Institute; 2020 déc [cité 2026 oct 20]. Disponible sur: https://www.guttmacher.org/fr/report/from-unsafe-to-safe-abortion-in-subsaharan-africa. doi:10.1363/2020.32446.
11. Ganatra B, Gerdts C, Rossier C, Johnson BR, Tunçalp Ö, Assifi A, Sedgh G, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Bearak J, Kang Z, Alkema L. Classification mondiale, régionale et sous-régionale des avortements par sécurité, 2010-14: estimations issues d'un modèle hiérarchique bayésien. The Lancet. 2017 Nov 25;390 (10110):2372-81 . http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4
12. Sharma AC, Dhillon J, Shabbir G, Lynam A. Notes from the field: political norm change for abortion in Pakistan. Questions de santé sexuelle et reproductive. 31 mai 2019;27(2):126-32. http://dx.doi.org/10.1080/26410397.2019.1586819
13. Guttmacher Institute. Avortement au Burkina Faso. Guttmacher Institute, 2014. https://www.guttmacher.org/fr/fact-sheet/abortion-burkina-faso
14. Safe Abortion Action Fund. Notre impact. SAAF, 2021. https://saafund.org/about-saaf/our-impact/?lang=fr


MERCI