

AÏSSA DIARRA

AVEC RAMATOU DAHANI RENE, FATI DJOULDE, HAMIDOU INFI IBRAHIMA, ALINE
KAGAMBEGA, DJAMILA SOUMANA, RAMATOU S. SAWANI, AMADOU TINI ALI

LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE
GROSSESSE AU NIGER

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
STRATÉGIE MÉTHODOLOGIQUE	5
Equipe de recherche	5
Le terrain et son déroulement	6
LE CADRE INSTITUTIONNEL DE L'IVG AU NIGER	15
Quelques définitions	15
Un problème insuffisamment quantifié	16
Le cadre législatif	18
La genèse sociopolitique et de santé publique de l'avortement comme problème au Niger	19
LES POSITIONS DES ACTEURS ET L'APPLICATION DE LA LOI SUR L'AVORTEMENT	27
Les positions des acteurs	27
Logique psycho-sociale : IVG = échec de l'éducation familiale ?	27
Logique religieuse : IVG = absence de charia ?	30
Logique médicale : IVG = échec de la PF ?	32
L'application de la loi	33
LE SERVICE PUBLIC DE PRISE EN CHARGE DES IVG : LE CAS DE LA MIG	37
La mise en place du service SAA à la MIG : un meilleur cadre de prise en charge des femmes	37
L'organisation des SAA	41
Les écarts entre le concept des SAA et les pratiques réelles	45
La « verbaçaine » pour la gestion de la douleur	45
La « méthode pour faire avouer les célibataires »	47
Les femmes ayant fait un avortement provoqué paient plus cher	48
Parfois pour les grandes multipares la contraception à leur insu	49
PRATIQUES CLANDESTINES ET VÉCUS D'AVORTEMENT PROVOQUÉ	51
Les pratiques d'avortements clandestins	51
Les vécus d'avortements provoqués	55
« Je ne veux pas être chassée avec un sachet noir à la main » (jeune femme mariée)	55

LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE AU NIGER

« Je dois supporter ça seule, lui il s'en fiche, il n'a de compte à rendre à personne ! » (jeune fille)	57
« Si quelqu'un vient, elles lui disent que cette femme-là, elle a pris 14 comprimés »	59
« J'ai quitté un foyer et je ne dois pas avoir un enfant hors mariage » (femme divorcée)	64
« Comment se fait-il que tu vives avec une femme qui avorte chaque fois qu'elle tombe enceinte ? Ici, les enfants sont notre richesse, toi tu enlèves ça volontairement et pour la troisième fois ! » (homme marié)	65
Quelques remarques	70
CONCLUSION	74
BIBLIOGRAPHIE	77

LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE AU NIGER

LISTE DES SIGLES

AMIU : Aspiration manuelle intra-utérine
UNFPA : United Nations Population Fund
OMS : Organisation mondiale de la santé
AFN : Association des femmes du Niger
CHR : Centre hospitalier régional
CIPD : Conférence internationale sur la population et le développement
CPN: Consultation prénatale
CS : Case de santé
CSI : Centre de santé intégré
CSR : Centre de santé de la reproduction
DS : District sanitaire
EDS : Enquête démographique et de santé
FCFA : Franc de la communauté financière d’Afrique
FMI : Fond monétaire international
FS : Formation sanitaire
HD : Hôpital de district
MIG : Maternité Issaka Gazobi
MSP : Ministère de la santé publique
OMD : Objectifs du millénaire pour le développement
ONG : Organisation non gouvernementale
ONPPC : Office national des produits pharmaceutiques et chimiques
PF : Planification familiale
PMI : Protection maternelle et infantile
PNSS : Problèmes négligés des systèmes de santé
SA : Semaine d’aménorrhée
SAA : Soins après avortement

LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE AU NIGER

SAGO : Société africaine de gynécologie et d'obstétrique

SGON : Société de gynécologie et d'obstétrique du Niger

USAID : United States Agency for International Development

LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE AU NIGER

LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE AU NIGER

Aïssa DIARRA

avec Hamidou INFI IBRAHIMA, Ramatou DAHANI RENE, Djamila SOUMANA, Fati DJOULDE, Ramatou S. SAWANI, Amadou TINI ALI

Introduction

Dans le monde, l'interruption volontaire de grossesse (IVG)¹ pour des raisons non médicales est une pratique répandue, et en hausse régulière. L'OMS (2016) estime que le nombre annuel d'avortements augmente d'environ 6 millions, passant ainsi de 50,4 millions durant la période 1990 à 1994 à 56,3 millions dans l'intervalle 2010 à 2014. Sur cette dernière période on estime également que sur 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans, 35 ont eu recours à l'avortement. La majorité des avortements est pratiquée dans les pays à faible revenus. Selon une source de données déjà ancienne fondée sur des résultats d'études réalisées en 1997 et 1999, sur environ 46 millions de grossesses se terminant par un avortement provoqué, seulement 10 millions ont été pratiqués dans les pays développés, le reste, soit 36 millions, l'ont été dans les pays en développement (Thonneau, 2001).

¹ Nous utiliserons indifféremment les termes IVG, avortement provoqué ou avortement clandestin dans le contexte du Niger.

La plupart des avortements dans ces pays est à risque, car pratiqués dans des conditions illégales et précaires, le plus souvent hors des structures sanitaires. Les pays concernés sont ceux d'Amérique latine, d'Asie et d'Afrique. C'est en Afrique qu'on enregistre le plus fort taux de décès liés aux avortements à risque et cela de manière disproportionnée. En effet, alors que l'Afrique compte 29% de tous les avortements à risque, ce continent affiche 62% des décès qui leur sont attribués (OMS, 2016). En outre, il existe une forte disparité de ces décès dans les pays frappés par le phénomène, car lorsqu'on enregistre 220 décès pour 100 000 avortements à risque dans les pays en développement, en Afrique subsaharienne, on observe jusqu'à 520 décès pour 100 000 avortements. C'est dire que les décès liés aux avortements contribuent de manière significative à la mortalité maternelle et constituent un grave problème de santé publique en particulier en Afrique subsaharienne.

Cependant malgré ces réalités, le thème reste très peu documenté en Afrique subsaharienne en raison de la stigmatisation qui l'entoure et du silence des acteurs. Les données quantitatives sont difficiles et parfois impossible à collecter, il existe une sous-déclaration et par conséquent, une sous-estimation du problème. Les travaux réalisés par les démographes ont contribué à l'émergence du problème comme objet de recherche². La socio-anthropologie de la santé dans le champ francophone ne s'est emparée de l'objet que tardivement. On peut noter par exemple l'étude réalisée en Côte d'Ivoire (Koné, 1998), les travaux au Burkina- Faso et au Bénin (Sembieni & al., 2016 ; Ouédraogo, 2015, Baxerres et alii, 2018). Au Niger, il n'existe aucune étude socio-anthropologique sur le sujet, hormis la recherche menée au LASDEL dont le présent document rapporte les résultats.

² Cf. Bajos & Ferrand, 2006; Moreau & al, 2011; Guillaume 2003.

Nos recherches ont été orientées sur deux axes articulés à quelques interrogations :

D'une part, il s'agissait de comprendre les circonstances de survenue des IGV : pourquoi certaines femmes refusent-elles d'avoir un enfant lorsqu'elles sont enceintes ? On a pu parfois présenter l'avortement comme une « technique contraceptive »³. Mais d'autres logiques sont à l'œuvre, que nos enquêtes devaient documenter. Enfin, comment interpréter le processus décisionnel d'avortement s'insérant dans une séquence biographique ?

D'autre part, il s'agissait de décrire et analyser les pratiques abortives utilisées par les acteurs concernés : quels types de « techniques » sont utilisés, par qui, dans quels contextes (pratiques « traditionnelles », recours à des « avorteuses », procédés mécaniques ou médicamenteux individuels, IVG clandestines par des professionnels de santé, etc...). ? Comment ces filières d'IVG débouchent-elles – ou non - sur des références dans le système sanitaire public ? Et comment les femmes sont-elles prises en charge dans cet univers médical ?

Ces deux axes mobilisent diverses dimensions : les dispositions législatives, les actions contraceptives, la question de la sexualité et des rapports de genre, la rumeur, les représentations et perceptions autour de l'avortement, le vécu des femmes, les pratiques cachées.

Ce rapport comprend cinq parties :

1. La stratégie méthodologique
2. Le cadre institutionnel de l'IVG au Niger

³ Cf. Koné, 1998.

LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE AU NIGER

3. Les positions des acteurs et l'application de la loi
4. Le service public de prise en charge des IVG : le cas de la MIG
5. Les Pratiques clandestines et vécus d'avortements provoqués

STRATÉGIE MÉTHODOLOGIQUE

Nous avons utilisé la méthode qualitative. Les enquêtes ont été réalisées entre mars 2013 et novembre 2016, en alternance ou parfois conjointement avec des enquêtes sur les sages-femmes (cf. Diarra 2015) et d'autres recherches dans le domaine de la santé maternelle et reproductive ; et en alternance aussi avec les phases d'écriture et de valorisation des premiers résultats.

Equipe de recherche

L'équipe de recherche comprenait la chercheuse du programme assistée de six enquêteurs. Compte tenu de la sensibilité du sujet, nous avons trouvé important de travailler avec des personnes ayant déjà une expérience avec les méthodes qualitatives. Ainsi, sur les 6 enquêteurs un seul était dans sa première expérience d'enquête dans le domaine. Les enquêteurs qui ont été mobilisés sont :

- 1) L'une des deux sages-femmes qui ont participé aux enquêtes sur les sages-femmes ;
- 2) Une enquêtrice de longue date du LASDEL, qui a participé à plusieurs programmes de recherche dans le domaine de la santé de la reproduction et qui a une licence en sociologie ;
- 3) Une étudiante en sociologie qui a travaillé avec d'autres chercheurs du LASDEL et qui nous avait été recommandée pour une étude à Tahoua sur les croyances et pratiques autour de la santé maternelle et infantile pour le compte d'une ONG. Le travail qu'elle avait alors réalisé nous a convaincu à l'inclure dans notre équipe de recherche ;
- 4) Un étudiant titulaire d'un master de socio-anthropologie de la santé, ancien enquêteur du LASDEL et que nous avons encadré pour son mémoire de master2 ;
- 5) Une doctorante en sociologie de l'université de Ouagadougou au Burkina-Faso. Elle a été accueillie au LASDEL dans le cadre du programme PNNS auquel est rattachée la présente opération de

recherche IVG. Elle a pu bénéficier d'une bourse de trois mois (de mi-septembre à mi-décembre 2014). Elle a pu participer à l'Université d'Été du LASDEL organisé en septembre 2014. Elle a participé à plusieurs activités du programme : revue de la littérature sur les avortements, dépouillement des premiers matériaux, enquête de terrain. Son accueil au LASDEL lui a permis d'avancer sa propre recherche sur les IVG au Burkina Faso et de produire par la suite un article.

- 6) Enfin, un étudiant du master socio-anthropologie de la santé qui a choisi son sujet de mémoire dans le programme. Sans expérience d'enquête qualitative dans le passé, il a pu soutenir son mémoire sous notre direction. Etudiant en médecine aussi, il a soutenu sa thèse.

Les enquêteurs ont été mobilisés tour à tour au fur et à mesure que nous évoluions dans les différentes phases du terrain.

Le terrain et son déroulement

Les enquêtes de terrain se sont déroulées en cinq étapes, intercalées avec des périodes de dépouillements et de communication des résultats provisoires.

La revue documentaire

Elle s'est déroulée de manière formelle de mars à juin 2013, mais s'est prolongée au-delà de cette période et a été de fait omniprésente toutes les fois que nous étions amenées à travailler sur les matériaux collectés en vue de préparer les conférences auxquelles nous avons participé. Elle s'est d'abord focalisée sur la littérature grise avant de questionner la littérature scientifique et internet.

La littérature grise

Nous nous sommes intéressés aux documents gouvernementaux, et aux documents produits par les organismes non gouvernementaux nationaux et internationaux

La littérature scientifique

Il s'agit de données probantes qualitatives et quantitatives (articles, ouvrages) selon les niveaux international, régional et national qui concernent :
i) les politiques publiques sur les avortements ; ii) les instruments juridiques ;
iii) les textes religieux

Internet

Nous avons effectué plusieurs recherches sur les sites des institutions internationales et le site *www.postabortioncare.org*, et en utilisant *Google scholar*. Nous avons alors procédé par mots clés et « boule de neige ».

Lieux d'enquête

Les enquêtes ont été menées à Niamey et au sein d'un district rural, Gaya. Nous souhaitons ainsi comprendre le recours à l'avortement, son vécu selon des contextes différents urbain vs rural ainsi que les modes de prise en charge existant et leur utilisation par les acteurs, en particuliers les femmes. Toutefois, l'essentiel des données collectées proviennent du terrain de Niamey.

Niamey est une capitale traversée par le fleuve Niger, et dont l'essentiel des services publics se trouve sur la rive gauche. Il comprend tous les niveaux de la pyramide sanitaire : le ministère de la santé publique ; une direction régionale de la santé publique ; deux hôpitaux nationaux ; un centre hospitalier

régional (CHR) ; une maternité de référence nationale la maternité Issaka Gazobi (MIG); trois districts sanitaires où sont localisées les structures sanitaires de base (centres de santé intégrés, au nombre de trente-cinq, trois cases de santé, et huit maternités de quartier), avec une seule structure de référence intermédiaire, à savoir l'hôpital du district (HD) sanitaire III, communément appelé l'HD de Gawèye, avec une maternité, un centre de santé de la reproduction (CSR), des centres spécialisés (tuberculose, lèpre, etc.), une centrale publique d'approvisionnement en médicaments (ONPPC) et huit pharmacies populaire de redistribution de médicaments. On compte également des infrastructures sanitaires privées (18 cliniques et plusieurs cabinets de soins, 35 pharmacies privées et quatre centrales d'approvisionnement de médicaments). Les services spécialisés de soins après avortement dans le secteur public sont offerts par seulement quatre établissements : le CHR, le CSR, la MIG, et la maternité de l'HD de Gawèye.

Le taux de couverture sanitaire est bien évidemment le meilleur du pays, soit 98,39%. Les médecins présentent un ratio (agents de santé/population) de 1 médecin pour 29.742 habitants, en deçà des normes de l'OMS (1/10.000 habitants). Les sages-femmes sont par contre en sur-effectif dans la capitale avec un ratio d'1 sage-femme pour 1.383 femmes en âge de procréer (norme OMS 1/5.000) ainsi que les infirmiers, avec 1 infirmier pour 3.317 habitants (norme OMS 1/5.000 hbts). En outre, on note que la plupart des spécialistes tels que les gynéco-obstétriciens, est concentrée dans la capitale. Cette bonne couverture sanitaire au détriment des régions fait de nombreuses localités rurales des déserts médicaux, en particuliers pour les soins obstétricaux d'urgence et la prise en charge des complications d'avortements.

Le DS de Gaya⁴ illustre bien cette situation de faible couverture sanitaire des zones rurales. Ce DS est situé à 200 km de Niamey. Couvrant une superficie de 4 044 km², le DS de Gaya est situé dans la partie Sud de la région de Dosso. Il fait partie de la zone verte au Sud du Niger et fait frontière avec deux pays. La république du Bénin au Sud-Ouest est le pays le plus proche de la ville de Gaya, le fleuve Niger marquant une frontière naturelle. La distance avec Malanville, la ville frontalière du côté du Bénin, ne dépasse pas 2 km. L'autre pays frontalier est la république fédérale du Nigéria qui se trouve à l'Est du district. L'intensité des activités commerciales entre le Niger et ces deux pays font de Gaya un carrefour commercial animé par les gros transporteurs qui le traversent en permanence, nuit et jour. La population est estimée en 2014 à 387 232 habitants. La densité moyenne est de 96 habitants au km².

Infrastructures sanitaires dans le district sanitaire de Gaya

Infrastructures	Nombre total
Hôpital de district	1
CSI	22
Cases de santé	70
Infirmierie garde nationale	1
Cabinet médical	1
Salles de soins privés	5
Pharmacie publique	1
Dépôts pharmaceutiques	8

Sur les 22 CSI, 19 sont de type I et 3 de type II. La couverture en infrastructures sanitaires est seulement de 51,89%. En termes de ressources

⁴ La description de ce DS a déjà été présentée dans Diarra 2015.

humaines, le personnel soignant des formations sanitaires (FS) publiques comprend 7 médecins, 115 infirmiers, 26 sages-femmes (S-F). En termes de logistique, le district dispose de 5 ambulances, 21 motos et 1 véhicule utilitaire. On notera que la mobilité n'est pas seulement dans les échanges commerciaux, elle concerne également les populations en quête de soins qui circulent entre les FS du district et celles des deux pays frontaliers.

Groupes stratégiques

Les enquêtes se sont déroulées au sein des structures de santé où des observations et des entretiens ont été réalisés : la MIG à Niamey et l'HD du district de Gaya. Nous avons aussi enquêté en population, auprès de personnes jeunes et adultes des deux sexes.

Le travail a été effectué auprès de divers groupes d'acteurs dans des espaces sociaux différents :

1. Leaders d'opinion : parlementaires, hommes/femmes politiques, chefs religieux
2. Membres d'ONG internationales et nationales
3. Hommes, femmes en union, jeunes (filles et garçons) ayant eu recours ou étant impliqués ou pas dans un recours à l'avortement provoqué
4. Personnel de santé : sages-femmes, médecins et autres agents de santé impliqués ou pas
5. Femmes référées dans les services de santé et leurs accompagnants (es) pour le motif d'avortement provoqué

Au total 32 entretiens ont été réalisés.

Stratégie d'accès aux acteurs

Nous avons adopté trois stratégies d'accès aux groupes d'acteurs :

- Usage de documents administratifs (autorisation de recherche) et mobilisation de relations personnalisées avec les chefs d'établissements de santé et certains agents de santé.
- Mobilisation d'un réseau de connaissance pour rencontrer en population des femmes et des hommes concernés par le sujet, des leaders religieux, des acteurs politiques (hommes et femmes).
- Consultation des registres des dossiers médicaux avec la collaboration des agents de santé pour identifier et obtenir un rendez-vous avec les femmes ayant eu recours à l'avortement.

Il ne nous a pas été possible de rencontrer le groupe stratégique identifié au départ de personnes reconnues comme offrant des services d'avortement clandestins, que cela soit en population ou dans les structures sanitaires. En effet, si certains interlocuteurs ont bien voulu confirmer l'existence de ces personnes et leurs activités, ils n'ont en revanche pas donné davantage d'informations pour que nous puissions les contacter. Nous aurions aussi souhaité rencontrer des groupes d'étudiant(e)s, mais le temps du terrain dans un programme de recherche n'est jamais suffisant tant les domaines d'investigation sont à la fois vastes et complexes.

Outils d'enquête

Le terrain a nécessité la mobilisation de divers outils classiques de la socio-anthropologie :

- Canevas d'entretiens élaborés à partir de thématiques spécifiques et régulièrement modifiés suivant l'évolution des enquêtes.
- Entretiens individuels semi-directifs formels et parfois informels. Au sein des services de santé, ils ont porté sur l'organisation (formelle et informelle) des soins pour la prise en charge des avortements, les pratiques et notamment les techniques utilisées, les difficultés rencontrées par les agents de santé concernés dans leur travail. Avec les femmes et hommes ayant eu recours ou impliqués dans un avortement, nous nous sommes intéressés aux processus décisionnels, aux attentes, aux satisfactions mais aussi aux déceptions. Nous avons insisté sur les

interactions verbales et la gestion de la douleur. Des questions plus générales ont été posées à l'ensemble des personnes rencontrées telles celles relatives à la législation, la religion et la morale, ce qui a amené nos interlocuteurs à donner leur point de vue sur le sujet.

- Récits de vie avec les personnes ayant fait l'expérience de l'IVG.
- *Focus group*, et entretiens de groupe formels et parfois informels.
- Immersion et observation systématique, parfois participante, dans les structures sanitaires en l'occurrence la MIG. Les observations ont porté sur les espaces de soins, ainsi que, hors structures sanitaire, sur l'environnement social des femmes ayant eu recours à l'avortement.
- Photographie.

Question éthique et difficultés du terrain

La question éthique nous a paru importante, surtout avec les femmes qui ont eu une expérience d'IVG. Pour amoindrir l'impact psychologique de l'entretien, nous avons été attentifs à leur sensibilité et pris quelques précautions méthodologiques :

- ✓ Faire tout pour trouver une pièce où la femme est confortablement installée seule avec vous. Il faut créer une ambiance sereine propice aux confidences. Avoir à l'idée que l'entretien peut constituer une séance de thérapie psychologique qui devrait normalement figurer dans la prise en charge de ces femmes. Donc l'enquêteur doit être lui-même bien détendu, donner à la femme une impression rassurante.
- ✓ Rassurer la femme de son anonymat dans nos documents
- ✓ Rassurer la femme sur le caractère confidentiel de l'entretien, lui dire que c'est pour une meilleure prise en charge des femmes, lui expliquer que c'est aussi pour comprendre comment la décision a été prise. Expliquer à la femme que de nombreuses autres femmes ont recours à l'avortement même parmi les soignantes et qu'il ne faudrait pas qu'elle ait honte. Laisser à la femme le choix de dire son nom ou pas, mais qu'on souhaite connaître son âge, sa parité, son métier, son statut matrimonial, etc... Si elle a parfois des difficultés à parler, et manifeste des résistances, il faut banaliser l'acte en racontant l'histoire d'une sœur ou cousine qui a eu recours à l'IVG, etc....

Le thème de l'avortement provoqué est sensible, nous avons eu du mal à trouver en population des personnes qui en ont vécu l'expérience. Il a fallu aborder des femmes plus ou moins proches de celles-ci. Même quand une connaissance nous réfère vers une femme, celle-ci nie parfois l'avoir pratiqué. Celles avec qui nous avons pu discuter ont essayé plus ou moins de répondre sincèrement à nos questions, tout en mettant sous silence certains aspects.

LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE AU NIGER

LE CADRE INSTITUTIONNEL DE L'IVG AU NIGER

Quelques définitions

Le terme avortement provient de la racine latine « abortis » qui signifie expulsion d'un produit de conception avant qu'il ne soit viable. C'est l'interruption de la grossesse avec expulsion du produit de conception avant 180 jours d'aménorrhée (soit 28 semaines d'aménorrhée) date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé pouvoir se développer et vivre jusqu'à un âge avancé.

Selon l'OMS : l'avortement est l'expulsion d'un produit de conception de moins de 22 SA à compter du premier jour des dernières règles. Lorsque l'âge gestationnel est inconnu, l'avortement est défini comme étant l'expulsion d'un produit de conception de poids inférieur à 500g.

Selon le mécanisme de survenue, on distingue deux types d'avortements :

- Avortement spontané (ou fausse couche) : il survient de lui-même en dehors de toute intervention volontaire.
- Avortement provoqué (ou IVG) : il survient après des manœuvres ou entreprises destinées à interrompre la grossesse. Il peut être clandestin, et susceptible de poursuites pénales, lorsqu'il est interdit par la législation en vigueur dans le pays (ou lorsqu'il est réalisé par des personnes non qualifiées).

On distingue également :

- Avortement thérapeutique : pour soustraire la mère d'un danger que la grossesse est censée lui faire courir.
- Avortement eugénique : lorsque le fœtus est porteur d'une tare génétique héréditaire ou congénitale ou suspect de l'être (malformation).
- Avortement social : lorsqu'il existe une raison sociale grave : viol, inceste.
- Avortement légal : autorisé par la loi dans certains pays.
- Avortement à risque : *“Lorsque la grossesse est interrompue par des personnes qui n'ont pas les compétences nécessaires ou lorsque l'avortement est pratiqué dans un environnement où les normes médicales minimales ne sont pas appliquées »* (OMS, 2016).

Selon l'âge gestationnel, on distingue enfin :

- Avortement précoce : c'est l'expulsion du produit de conception avant la 12^{ème} SA
- Avortement tardif : c'est l'expulsion du produit de conception de 12 SA à 28 SA (ou du 3^{ème} mois au 6^{ème} mois).

Un problème insuffisamment quantifié

Au Niger, à l'instar des autres pays en Afrique subsaharienne, la majorité des avortements provoqués se déroule dans de mauvaises conditions

de sécurité et on ne dispose pas d'information statistique sur la morbidité et la mortalité qui leur sont imputables. Les chiffres disponibles sont à l'échelle sous-régionale et les résultats des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) fournis par l'Institut National de la Statistique du Niger ne présentent aucune donnée sur les avortements provoqués⁵. Celles dont nous disposons sont de source hospitalière et proviennent des résultats de deux enquêtes réalisées à la MIG. La première a été réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine, sur la période janvier 2008 à novembre 2009 (Assoumane Ibrahim, 2009). L'auteure révèle que sur 936 avortements mentionnés à la MIG, 97,90% sont classés comme spontanés et le reste 2,10% sont des avortements provoqués⁶. La deuxième étude plus ancienne, réalisée sur la période 1996 à 1998, informe de l'enregistrement de 151 cas d'avortements clandestins dont 13 ont abouti au décès des patientes, soit 8,60%⁷. Ces données circonscrites ne permettent bien évidemment pas d'avoir une estimation proche de la réalité du profil statistique de l'avortement provoqué dans le pays. La pratique est bien plus fréquente qu'il n'y paraît et ce manque d'information statistique n'est pas spécifique au Niger, car, comme le souligne Agnès Guillaume, en Afrique on ne dispose que d'enquêtes non représentatives : « *Toutes ces études sont entachées d'une sous déclaration difficile à mesurer et se heurtent au problème de représentativité des données : en effet la mesure d'indicateurs suppose une extrapolation des résultats à la population générale et de connaître la population de référence concernée* » (Guillaume, 2005).

⁵ Ce qui signifie que les données statistiques fournies dans la sous-région sont fondées sur des estimations très douteuses, qui sous-estiment énormément le phénomène

⁶ Voir aussi le mémoire de Infi qui rend compte plus en détail des résultats de cette étude (Infi, 2016)

⁷ Source Panapress (<http://www.panapress.com/L-avortement-clandestin,-un-probleme-de-sante-au-Niger--13-584193-17-lang4-index.html>), publication en 2001. Nous n'avons pas d'information sur les références de l'étude. La source informe seulement qu'elle a été réalisée par un gynéco-obstétricien et présentée lors de la 24^{ème} Conférence mondiale sur la santé de la reproduction.

Le cadre législatif

La sous déclaration des avortements est liée généralement à leur illégalité. Au Niger, l'IVG est seulement autorisée pour des raisons de santé physique et en cas de malformation congénitale. La législation est assez stricte sur le sujet comme l'atteste la loi N° 2006-16 du 21 juin 2006 sur la santé de la reproduction et du décret N°2010-507/PCSRD/MSP du 24 juin 2010 portant les modalités d'application. Antérieurement, le code pénal (2003) dans son chapitre IX portant sur l'avortement atteste aussi de cette rigueur dans ses articles 295, 296 et 297. Par exemple dans l'article 295 il est stipulé :

Art. 295. Quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, manoeuvres, violence ou par tout autre moyen, aura procuré ou tenté de procurer l'avortement d'une femme enceinte ou supposée enceinte, qu'elle ait consenti ou non, sera puni d'un emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 50.000 à 500.000 francs. Sera punie d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 20.000 à 200.000 francs la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même ou aura tenté de se le procurer ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet.

Ainsi la pénalisation de l'avortement concerne à la fois les auteurs et la femme elle-même, tous passibles d'emprisonnement. Cette interdiction est légitimée par de l'existence de la loi sur l'utilisation de la contraception médicalisée :

« L'interdiction elle est officielle parce qu'il y a une loi qui date de 1988 qui permet la contraception. » (Présidente d'une ONG nationale)

Cette loi portant sur la contraception médicalisée a été votée en 1988 et autorise l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Cependant, pour la prescription de certaines méthodes telles que la ligature de la trompe, certains critères sont exigés à la femme, à savoir l'autorisation du mari, être âgée d'au moins 35 ans et avoir quatre enfants. C'est la même exigence pour le stérilet où la condition est d'avoir eu plusieurs enfants :

« Même le stérilet, il fallait avoir plusieurs enfants. On connaît les conséquences du stérilet, donc il fallait avoir plusieurs enfants avant de placer un stérilet ». (Présidente d'une ONG nationale)

Au-delà de la position institutionnelle du Niger sur le problème de l'IVG, son inscription juridique témoigne de la préoccupation politique dont il fait l'objet. Mais l'avortement a d'abord été une préoccupation sociale comme nous le verrons dans la section suivante.

La genèse sociopolitique et de santé publique de l'avortement comme problème au Niger

L'émergence de l'avortement comme problème public au Niger date des années quatre-vingt et se trouve fortement liée à celle de la planification familiale. En effet, le premier programme de PF a été mis en place suite à un constat fort inquiétant au sein de la population, à savoir la fréquence élevée des avortements provoqués, des infanticides et des suicides chez les jeunes filles. Une professionnelle de la santé à la retraite, ancienne cadre, témoigne :

« Chaque deux jours, chaque trois jours, les lycéennes là, moi j'étais au pavillon C, on les amène et le temps de chose, les filles meurent et on avait commencé à avoir un phénomène social que les Nigériens ne connaissaient pas. Vous avez compris ? En ce temps tu ne peux pas faire deux ou trois jours sans une fille qui est morte, après un avortement ou qui vont se faire avorter clandestinement, on leur mettait des choses et tout ça, là elles meurent d'infection. Et on avait commencé à tuer les enfants et les mettre dans les caniveaux. » (Professionnelle de la santé à retraite)

On ne pouvait plus compter sur l'éducation au sein de la famille pour éviter les grossesses non désirées chez les filles. Les parents étaient désemparés et se tournaient vers la société civile.

Cette situation macabre socialement ressentie s'est alors traduite en préoccupation politique lorsque le président d'alors, le Général Séiny Kountché, convaincu de la gravité de ce qui se passait, a créé le service de

planification familiale au sein des centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Cette disposition traduisait sa volonté politique à résoudre le problème :

« Quand on lui a dit, il a dit qu'il est pour ça et que l'Etat ne peut pas croiser les bras et ne rien faire. » (Professionnelle de la santé à retraite)

Cette prise de conscience au plus haut niveau a été possible par l'entremise de la jeune Association des Femmes du Niger (AFN) qui a été créée en 1975 par le pouvoir militaire. Lorsque le président a nommé une femme comme ministre des affaires sociales et des femmes, l'AFN a profité de cette opportunité pour introduire sa requête, à savoir une offre de contraception moderne pour les jeunes filles. Pour l'AFN, une femme ministre, de surcroît mère de famille, était bien indiquée pour défendre cette cause. Avoir le soutien du gouvernement et l'aval du président ne suffisait pas, car l'association islamique (l'unique à l'époque), bien que pas encore aussi influente qu'aujourd'hui avait son mot à dire. C'est pourquoi le Président avait formellement recommandé à l'AFN « *de travailler avec l'association islamique et tout ce qu'ils vont dire, de faire ça* » (Professionnelle de santé à la retraite). L'adhésion de la société islamique fut acquise sans grandes difficultés d'autant plus que cette dernière reconnaissait l'existence du problème. Dans la foi musulmane, les rapports sexuels chez les jeunes sont prohibés et les familles doivent les éduquer pour la préservation de la virginité avant le mariage. Or la situation en cours défiait ces préceptes, et la solution provenant de l'Etat fut acceptée :

« Ils disent qu'eux effectivement ce qui est en train de se passer, dans l'islam ça ne devrait même pas y avoir ça. Ils ne peuvent pas nous dire qu'il faut donner les médicaments aux filles en tout cas des moyens de contraceptions mais l'Etat a le droit de prendre ses responsabilités. Si les parents ne peuvent pas effectivement garder leurs filles ou bien éduquer les garçons parce que c'est les deux, et bien eux, ils ne peuvent pas empêcher l'Etat de prendre ses responsabilités. Donc il y avait le feu vert. » (Professionnelle de santé à retraite)

C'est ainsi qu'avec l'accord de l'Etat, le Président de la République en l'occurrence, et celui de la société religieuse musulmane, des programmes de sensibilisation et d'information sur la contraception ont été élaborés par l'AFN et les responsables sanitaires. Les activités ont alors commencé, mais il fallait attendre le décret autorisant la contraception moderne aux jeunes filles pour la mise à disposition des produits contraceptifs. L'association islamique a tenu un rôle de facilitateur et de contrôle durant la phase de sensibilisation. Ainsi, elle a contribué aux stratégies d'approche des populations et insisté dans les messages transmis sur la nécessité d'instruire les jeunes sur les risques de grossesse et sur l'abstinence avant le mariage. En outre, ils ont demandé à ce que le matériel pédagogique ne soit utilisé que dans les services de santé, car ceux-ci ne respectent pas, selon eux, les règles de pudeur :

« Donc ce côté-là ils nous ont quand même amené leur contribution et on montrait les méthodes et les préservatifs et le sexe de l'homme en bois. Mais ce côté-là ils nous ont dit non, ils nous ont dit de ne pas amener ces outils-là dans les quartiers, mais de les laisser au niveau du centre ou des formations sanitaires. Tout celui qui veut une information il va là-bas et on lui montre tout mais dans les quartiers on parle seulement, on dit qu'il y a telle méthode, il y a des comprimés, il y a ceci, il y a cela mais de ne pas nous hasarder. Tu sais même dans l'islam... »
(Professionnelle de santé à retraite)

Le décret fut voté en 1988, et les méthodes médicales furent alors incluses dans les services proposés au sein des trois centres de PMI de la capitale où les agents de santé se limitaient auparavant à conseiller les méthodes naturelles et traditionnelles aux femmes mariées. Ainsi, 32 ans après l'année de sa commercialisation en 1956 en Allemagne, 21 ans après son autorisation en France en 1967, la pilule anticonceptionnelle fut disponible dans les formations sanitaires au Niger. Cela a été possible dans un environnement mondial inquiet des fortes croissances de populations enregistrées dans les pays à faible revenus, et où se développaient les luttes de libération de la femme et pour l'égalité entre les genres.

Toutefois, comme évoqué plus haut, au Niger l'introduction de la pilule a été étroitement liée à une volonté de prévention de l'avortement chez les jeunes filles. La multiparité et les grossesses rapprochées chez les femmes mariées étaient perçues comme un problème secondaire au regard des ravages que faisaient les avortements et les infanticides. Et, à côté, la question de la « croissance démographique galopante » était loin d'être perçue comme un problème sociopolitique.

« C'est-à-dire que nous au Niger, ce qui a amené en tout cas, c'était ce fléau-là, le problème des jeunes filles, l'infanticide que la planification est arrivée dans ce pays. » (Professionnelle de la santé à la retraite)

Mais les agents de santé, formés alors à la prescription de la pilule, ne devaient la donner qu'aux jeunes filles accompagnées de leurs parents. Ces derniers, pour la plupart, « *étaient tellement dépassés qu'ils ne pouvaient être que d'accord* ». L'offre de contraception moderne était alors gratuite avant d'être payante à partir de 1994 suite au programme d'ajustement structurel du Fond Monétaire International (FMI) appliqué aux pays africains. Ces activités de sensibilisation et d'offre de service contraceptif semblent constituer l'un des tous premiers programmes de santé sexuelle des jeunes, essentiellement focalisés sur les risques de grossesse. Ainsi, l'action politique s'est d'abord attelée à prendre des mesures préventives contre les avortements provoqués avec l'accès de la contraception aux jeunes filles avant de pénaliser l'acte en 2003 (voir en supra).

L'adoption du concept des soins après avortements (SAA) est un autre évènement déterminant dans la genèse du problème de l'avortement au Niger. Les SAA ont une définition officielle : « *Les soins après avortement sont un ensemble de services fournis aux femmes qui ont fait une fausse couche ou qui ont eu un avortement provoqué* » (USAID, 2010). Le modèle SAA comprend cinq composantes :

1. Partenariats entre la communauté et les prestataires de soins.
2. Counseling.
3. Traitement de l'avortement incomplet et à risques.
4. Services de planification familiale et de contraception pour aider les femmes à espacer les naissances ou à prévenir une grossesse non désirée
5. Services de santé reproductive et autres services de santé.

Il est attendu que le suivi des SAA par les prestataires de soins permette de réduire la mortalité et la morbidité maternelles en particulier dans les pays en développement. Sur le plan international, le concept apparaît comme un consensus minimal entre partisans et opposants à la légalisation de l'avortement. Ce terrain d'entente se fonde d'une part sur le fait que les complications de l'avortement sont une des causes non négligeables de la mortalité maternelle, ce qui procure aux SAA une légitimité, qu'il s'agisse d'un avortement provoqué ou pas, et leur donne le même statut que les soins pour toute complication d'une maladie quelle qu'elle soit (Ouédraogo, 2015). De ce fait, les SAA ont un ancrage dans les programmes de "Maternité à moindre risqué" et s'inscrivent dans le paquet des soins obstétricaux d'urgence à travers l'une de ses huit fonctions : « Évacuation manuelle des produits résiduels de l'utérus ». D'autre part, cette entente se nourrit de la dynamique des recommandations issues de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) du Caire en 1994, ratifiées par les participants à cette conférence. La CIPD de 1994 se démarque des rencontres internationales précédentes en plaçant au centre des enjeux les questions relatives aux droits des femmes, et à l'égalité entre les genres. Ainsi, de nombreuses ONG qui élaborent et mettent en œuvre des programmes de SAA se fondent sur l'idée que : « *Quel que soit le statut légal de l'avortement, c'est un droit pour les femmes d'avoir accès à ce service. Les SAA sont une partie importante de la santé sexuelle et de la reproduction* » (cf. UNFPA, 2013).

Le concept a été initié en 1991 et adopté 1994 lors de la CIPD, il faudra attendre quelques années plus tard pour qu'une rencontre internationale soit organisée en 2000 à Mombassa et une rencontre régionale en 2002 à Dakar pour se pencher spécifiquement sur ce concept et son application à l'échelle nationale. Les premières expérimentations ont eu lieu au Ghana, au Burkina Faso, en Guinée Conakry et au Sénégal. Les résultats d'études de cas réalisées sur les expériences burkinabèe et guinéenne ont permis de tirer les leçons pour la réplique du modèle dans les autres pays (*cf.* Rapport de l'étude commanditée par l'ONG POLICY, 2001).

Le Niger fait partie des pays d'Afrique de l'Ouest qui ont mis en œuvre les SAA plus tard, c'est-à-dire en 2003. Toutefois le processus avait commencé dès 1999 avec ce qui a été appelé par un de nos interlocuteurs « *le cri du cœur du Professeur L.* », le premier responsable de la gynécologie-obstétrique au Niger. Le discours prononcé par celui-ci lors d'un congrès tenu à Tahoua a porté en particulier sur la gravité des complications des avortements clandestins, la MIG recevant des femmes trop tardivement, qui finissent par mourir faute de prise en charge adéquate. Il invitait donc à « *trouver un moyen de sauver ces femmes-là* » (Agent de santé, MIG). Suite à ce congrès, l'ONG Family Care International a apporté son appui technique et matériel à la mise en place d'un service de SAA au sein de la MIG. Six agents de santé, quatre sages-femmes et deux médecins gynéco-obstétriciens ont suivi une formation à Ouagadougou au Burkina Faso en 2002. L'offre de SAA a commencé à la MIG avant d'être disponible au Centre Hospitalier Régional (CHR) de la Poudrière et à l'hôpital de District (HD) de Gaweye. Si les SAA ont été pendant quelques années limités à la capitale, actuellement, suite à des séries de formations, les CSI et les HD des milieux urbains et ruraux sont amenés de plus en plus à les proposer aux femmes. Le pays a participé à des ateliers sous-régionaux sur l'évaluation des SAA et le partage de bonnes pratiques.

Techniquement, la troisième composante des SAA relative au « traitement de l'avortement incomplet et à risque » repose sur l'aspiration manuelle intra utérine des produits de la conception, couramment appelé AMIU. Cette technique de prise en charge des avortements incomplets consiste à pratiquer la succion à travers une canule pour retirer les produits de la conception. Elle est faite sous anesthésie générale ou locale, mais souvent elle n'est pas proposée, nous y reviendrons plus loin. L'AMIU est classée parmi les méthodes chirurgicales au même titre que le curetage et le curage⁸. Il y a aussi la méthode chimique qui est basée sur la prise, par voie orale, de deux médicaments à savoir la Mifépristone (qui interrompt la grossesse en bloquant l'action de la progestérone) et le Misoprostol (qui favorise les contractions et provoque l'expulsion de l'œuf). Dans les pays en développement, le protocole de la méthode médicamenteuse se limite généralement à un seul médicament abortif, le Misoprostol. Mais il faut souligner que c'est la méthode chirurgicale, l'AMIU qui est adoptée dans les formations sanitaires publiques même si les ONG pro-avortement font la promotion de la méthode médicamenteuse de concert avec la communauté des professionnels de la santé. On notera que le Niger a abrité en 2013 un atelier sur l'utilisation du Misoprostol au cours des SAA. Le sujet était abordé dans le cadre des « Nouvelles ressources pour relever les défis régionaux pour l'amélioration de l'accès aux services de soins après avortement »⁹. Cet atelier a été organisé lors du 12^{ème} Congrès de la Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique (SAGO) et 4^{ème} Congrès de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique du Niger (SGON).

⁸ Le curetage, ou dilatation et curetage (DC), est une intervention chirurgicale qui permet d'évacuer le contenu de l'utérus après un avortement ou une fausse couche. Le **curage** est une évacuation des débris utérins avec un deux doigts.

⁹Cf. http://cebes.org.br/site/wpcontent/uploads/2014/09/French_Final_SAGO_SGON_MPAC-Meeting-Announcement_2013-01-04.pdf

LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE AU NIGER

LES POSITIONS DES ACTEURS ET L'APPLICATION DE LA LOI SUR L'AVORTEMENT

Les positions des acteurs

Au Niger, les personnes rencontrées dans le cadre de notre recherche sont pour la plupart opposées à l'avortement même si certaines, certes rares, émettent des propos nuancés concernant des cas particuliers tels que le viol et l'inceste. Les discours sont sous-tendus par au moins trois logiques : psychosociales, religieuses, médicales.

Logique psycho-sociale : IVG = échec de l'éducation familiale ?

A Niamey, à l'instar des autres capitales africaines traversées par une diversité de modes de vie souvent liées à la modernité, la transformation des mœurs fait dire à certains de nos interlocuteurs que l'avortement est devenu de nos jours un acte assez banal : « *Maintenant les avortements provoqués ça ne dit rien aux gens* » (Femme, agent de santé). De la même façon, il semble que les grossesses hors mariage soient aussi devenues des faits courants :

Moi un jour j'ai vu un document sur la grossesse comme ça. Une année il y avait 69 filles qui étaient enceintes dans une inspection (scolarisées), toutes des grossesses illégitimes. Si vous voulez, c'est vrai que l'avortement est rejeté, mais la grossesse illégitime aussi est acceptée, ah oui, elle est acceptée ». (Présidente d'une ONG nationale)

Toutefois, ces points de vue tranchent avec de nombreuses situations non tolérées de grossesses illégitimes, car les valeurs socio-culturelles liées au mariage demeurent encore vivaces au sein des populations. Malgré l'influence de la modernité, la société continue de condamner l'avortement et les grossesses illégitimes. Par exemple, du temps du Président Kountché, les jeunes filles scolarisées ayant contracté une grossesse étaient exclues de l'école

et les auteurs étaient aussi sanctionnés. Actuellement, l'exclusion est interdite, les jeunes filles peuvent continuer leur scolarité, toutefois, du fait de la « gêne » qu'elles ressentent, beaucoup abandonnent l'école :

« Elles ne sont pas exclues, elles partent d'elles même parce qu'elles sont gênées. Elles ne sont pas exclues. » (Présidente ONG).

Ce qui signifie que les textes ont évolué, mais la condamnation sociale de la grossesse illégitime est encore prégnante. C'est ce qui explique selon nombre de nos interlocuteurs les avortements provoqués. Les filles ont recours à l'avortement par peur de la condamnation sociale, et cela hors de toute considération religieuse.

« Une grossesse hors mariage, c'est dangereux pour la maman de cette fille (ayant contracté une grossesse hors mariage), notre coutume n'aime pas ça, je ne parle même pas de la religion. Donc par peur de la famille, elle fait l'avortement. » (Cheffe religieuse)

Mais ce témoignage montre aussi la complexité des facteurs sociaux qui concourent au recours à l'avortement tant les situations sont variées et ne concernent pas que les jeunes filles¹⁰. Cette cheffe religieuse a l'habitude de recevoir des femmes mariées qui la sollicitent au sujet de l'avortement. Certaines de ces femmes ont déjà avorté, parfois à l'insu de leurs conjoints, et souhaitent savoir si leur acte est un péché. D'autres viennent avec l'intention d'y recourir, tandis que d'autres encore sollicitent son aide parce que leur mari les y contraint. Plus spécifiquement on avorte parce que :

- Il s'agit d'un mariage forcé et la femme porte une grossesse qu'elle ne désire pas.

¹⁰ Cette femme d'une forte personnalité, de par son rôle de leader religieux, est aussi un référent social, en particulier pour les femmes. De ce fait, elle reçoit de nombreuses femmes qui la sollicitent pour résoudre les problèmes auxquels celles-ci sont confrontées. Elle est responsable d'un grand centre d'accueil.

- La famille est pauvre, les revenus du mari sont maigres. L'arrivée d'un autre enfant constitue une dépense supplémentaire.
- Il s'agit d'un mariage consanguin et les quatre premiers enfants présentent un retard mental. La femme craint que l'enfant qu'elle porte ait la même tare.
- La femme souhaite se limiter aux enfants qu'elle a déjà : « *Elle a deux gosses, ça suffit, mais elle me dit que son mari est malheureusement marabout. Elle me dit à moi que malheureusement son mari est marabout. Elle est partie avorter.* » (cheffe religieuse).
- Le mari polygame oblige sa femme à avorter car il n'a déjà pas les moyens de prendre en charge les nombreux enfants qu'il a avec ses trois femmes. Donc c'est l'avortement ou le divorce.
- Le mari a pris une nouvelle épouse : « *elle veut avorter à cause de cela ; donc le bébé va payer la faute de son père ?* » (cheffe religieuse).
- Le mari trouve que le premier enfant n'est pas de lui et craint que le second ne le soit pas aussi : « *Un homme étranger (un caucasien) marié à une femme nigérienne, l'enfant est venu noir. Il s'est fâché. Pour le deuxième, il demande l'avortement car il dit qu'il ne veut pas d'un enfant noir. Il demande aussi le divorce.* » (cheffe religieuse).
- Le couple est séropositif et craint une contamination de l'enfant.

A la fois perçue comme une solution et comme un acte socialement condamné, l'avortement apparaît donc comme un mal nécessaire face à ces grossesses porteuses de désordre à de nombreux points de vue. Autrement dit, la question de l'avortement est le siège d'écart entre normes sociales et logiques individuelles de gestion de la fécondité.

On s'oppose à l'avortement, car aussi il est perçu comme un acte très lourd de conséquence sur le plan psychologique. Il existerait en permanence un désir d'enfant chez les femmes, ce qui expliquerait la dépression mentale qui les accable après l'IVG :

« Le désir d'enfant il est permanent chez une femme, sincèrement il est permanent. Je crois que même la femme qui fait son avortement il y a quand même le laps de temps qu'elle a fait avec la grossesse, il y a un sentiment entre elle et la grossesse, même si c'est une grossesse qui est rejetée, même si c'est une grossesse

LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE AU NIGER

qui n'est pas désirée, il y a toujours un petit fond de naturel qui est là, franchement. Il y a beaucoup de filles aujourd'hui en France qui ont fait une fois, deux fois, trois fois l'IVG, elles sont devenues des malades mentales parce qu'il y a quand même un regret quand on porte un enfant, il y a quand même un lien qui se crée même si l'enfant n'est pas âgé, même si la grossesse n'est pas âgée. » (Présidente d'une ONG nationale)

A ces conséquences psychologiques s'ajoutent aussi des conséquences sur la fécondité future :

« L'avortement aussi a des séquelles même si on est content d'être débarrassé de la grossesse pour ce moment mais après plus tard dans la vie on a ce regret, surtout quand on devient stérile. En France il y a beaucoup de répercussions des IVG ; en France ils n'ont pas limité, la fille peut faire autant de fois qu'elle veut. Peut-être elles vont plus avoir d'enfants. » (Présidente d'une ONG nationale)

Logique religieuse : IVG = absence de charia ?

Selon les textes de certains hadiths, le Prophète affirme que l'âme est insufflée (« *nafk our rouh* ») dans le fœtus à la fin du quatrième mois de grossesse, soit 120 jours. Certains ulémas, les modérés, se réfèrent à ces préceptes pour soutenir que l'avortement est possible avant ce moment, mais seulement lorsque la poursuite de la grossesse met la vie de la mère en danger. Aucune autre raison ne peut justifier un avortement. D'autres ont une position plus stricte, l'avortement est simplement interdit quelles que soient les raisons avancées. Les ulémas au Niger disent se référer aux textes religieux et se positionnent selon ces deux pôles. Un prédicateur étudiant en médecine affirme ainsi sur une télé privée :

« L'interdiction dans la plupart des cas est de rigueur après 120 jours de grossesse, c'est-à-dire lorsque le fœtus est entièrement formé et qu'une âme lui a été insufflée. L'avortement est *haram*, et ce, dès le commencement de la conception. Tant qu'il existe un potentiel pour avoir un être humain, alors l'avortement est *haram*, qu'il s'agisse d'une semaine ou d'un jour. La vie embryonnaire ne doit pas être détruite quelle que soit l'étape de développement. » (Extrait issu du mémoire de Infi, 2016)

La cheffe religieuse précédemment citée a plutôt une position modérée :

« Nous sommes d'accord avec tous les livres envoyés par Dieu. Dieu dit de ne pas mettre sa main dans un danger. Une femme malade, pour qui le docteur a dit que l'utérus n'est pas solide, qui a un problème de cœur, qui fait des césariennes tout le temps, donc c'est le docteur qui décide médicalement que la femme est fatiguée, donc par pitié on fait l'avortement pour sauver la femme. L'islam ne veut pas que des femmes mettent en danger leur propre vie à cause de bébé. Si elle a une maladie grave, mais pas pour ne pas vieillir, avant que le fœtus ne soit viable. Mais après, si le cœur commence à battre c'est comme si tu as tué un humain. Après 120 jours, c'est interdit ! » (Cheffe religieuse)

Ce sont ces dispositions religieuses qui sous-tendent la position d'une professionnelle de la santé à la retraite :

« En tant que musulmane je ne peux pas, même le fait de dire d'aller dans un pays où l'avortement est autorisé en tant que musulman tu es condamné, tu sais bien, puisque tu n'as pas fait l'acte mais tu proposes qu'on le fasse, donc sur ce plan je suis bloquée. Ça me posait des problèmes quand j'exerçais, ça me posait des problèmes... J'ai eu des problèmes même avec des collègues qui m'ont amené leurs filles pour le faire, j'ai dit que je ne peux pas, mais j'ai pris quand même l'engagement sur moi de l'envoyer en Tunisie chez une de mes collègues gynécologues et sa fille est partie, mais je l'ai sur ma conscience. Je dis il faut que Dieu me pardonne parce qu'il fallait que je trouve une solution mais moi-même je ne pouvais pas le faire. Peut-être si je n'étais pas rentrée dans la religion musulmane je n'aurais pas eu ce blocage-là, tu comprends, j'ai eu beaucoup qui sont venus. J'ai dit *oun-oun*, j'ai dit vraiment de m'excuser ce n'est pas que je ne sais pas le faire, en Union Soviétique où j'ai fait mes études l'avortement est autorisé et puis eux ils avaient l'aspirateur depuis longtemps. Le jour de l'avortement elles viennent en pagaille, on leur fait, je sais bien, je sais le produit qu'on leur donne, je sais ce qu'on fait en tant que gynécologue, mais je t'affirme, j'ai ce blocage. Mais ça c'est religieux et même ça quand j'ai commencé à lire le Coran, à aller plus profondément dans la religion, j'ai dit heureusement je n'ai pas commis, mais même si j'avais commis en ce temps, je ne n'étais pas au courant, ça ne serait pas un péché. Même si j'avais fait les avortements en ce temps comme je n'étais pas imprégnée dans tout ce que le Coran dit peut-être ça n'allait pas être pris en compte puisque je ne le savais pas, mais quand tu sais Wallay, tu ne peux pas le faire, ce n'est pas facile hein, ce n'est pas facile. » (Professionnelle de la santé à la retraite)

La cheffe religieuse trouve que si l'avortement et tous les autres péchés sont devenus courants au Niger, c'est parce que la manière dont le pays est dirigé par les politiciens est défailante. C'est pourquoi, elle souhaite l'application de la *charia*, en particulier contre les avorteurs, et les hommes qui abusent des mineures, ceux qui s'adonnent à l'adultère et les prostituées :

« Si on fait la *charia*, beaucoup de gens seraient sans mains. Cent coups de cravache ou lapidation pour le cas d'adultère. A cause des coups (lapidation) pas à

cause de Dieu, ils vont arrêter. Il faut enfermer les “bonssoirs Monsieur” (les prostituées). » (cheffe religieuse)

Parfois aussi c'est l'éducation familiale qui est incriminée et celle-ci devrait en priorité être focalisée sur les filles selon une enquêtée :

« Les filles doivent être responsables, c'est la fille qui doit être responsable, on ne demande pas à un garçon d'être responsable ! toute l'éducation doit aller vers ces filles, et leurs mères il faut aussi les éduquer. (Soignante à la retraite)

Logique médicale : IVG = échec de la PF ?

La logique médicale sous-tend souvent les positions des professionnels de la santé qui s'opposent à l'avortement. Les conséquences médicales sont alors évoquées :

« Moi je n'ai pas des raisons religieuses, moi c'est purement médical, je suis contre l'avortement et je te dis en tant que gynécologue tu sais c'est-à-dire l'avenir de la femme quand elle va se développer, tu sais même sur le plan sexuel elle peut avoir des vaginites, elle peut avoir de n'importe quoi, qu'elle n'arrive pas à faire de relations sexuelles comme elle veut, des douleurs, des anciennes synéchies. On cherche, on cherche on peut dire que c'est ceci, c'est cela, alors que c'était tout simplement un curetage qui a été mal fait ou elle a tripoté avant de venir, on ne sait jamais, tu vois et toute sa vie elle va avoir des problèmes pour rien du tout. Moi je suis contre l'avortement provoqué. Mais l'avortement légal il n'y a pas de problème, s'il y a une indication médicale et puis là il y a toutes les conditions. (Députée)

Cette position est partagée par une autre interlocutrice qui trouve par ailleurs que l'avortement est avant tout un échec de la contraception. C'est pourquoi elle préconise un accès libre des contraceptifs médicaux aux jeunes filles :

« Moi personnellement, je suis contre l'avortement provoqué, par contre je suis pour la contraception. Parce que je suis restée au centre de santé et de planning familial pendant 4 ans, dans le texte ont dit qu'il ne faut pas donner de la contraception aux filles mineurs sans l'avis du tuteur, leur mère ou leur père ou quelque chose comme ça. Mais moi quand les filles viennent me voir pour avoir de la pilule je leur donne, je préfère qu'elles prennent de la pilule que d'avorter. Il y avait beaucoup de filles qui viennent avec leur maman, tout ça parce qu'on soupçonne une grossesse et je dis à la fille tu reviendras me voir. Quand elle revient je lui dis tu vois au lieu de faire peser le soupçon sur toi, il vaut mieux prendre les pilules, et il y en a qui viennent en cachette et je leur donne. Je préfère ça, je suis une

mère, je suis une grande mère ; je préfère ça que l'avortement. Je suis contre l'avortement parce que l'avortement a des conséquences graves psychologique, obstétricale, gynécologique, parce qu'elles peuvent devenir stérile à jamais à partir d'un avortement. » (Présidente d'une ONG nationale)

Mais ces positions sur l'avortement qui débouchent sur la question contraceptive renvoient aussi à la problématique de la croissance démographique, qui revient aujourd'hui plus que jamais au cœur des enjeux de développement. Les programmes de politique de population sont perçus comme une ingérence de l'extérieur dans les affaires nationales :

« Ce que les bailleurs font surtout au niveau du FNUAP, Wallay, moi cette femme-là... J'ai été un jour [à une rencontre] avec tous les bailleurs et toutes les associations étaient là, et nous étions là aussi, ils disaient voilà au Niger le taux d'accroissement est élevé. Chaque bailleur vient, il dit [la même chose] et maintenant on dit voilà la contribution du FNUAP, voilà la contribution de l'USAID. Est-ce qu'on leur a demandé quelque chose ? Tout ça les gens qui sont là assis, ils sont là et ils disent que tout ça là c'est pour que nous ne fassions pas des enfants, et donc on a la réaction contraire. Aujourd'hui le taux de fécondité a augmenté, le taux d'accroissement de la population a augmenté, ça veut dire que c'est l'échec ! Je pense que les discours là, vraiment il y a certains bailleurs quand ils viennent, ils exagèrent. Il faut savoir que l'Africain est très sensible, nous on connaît. On a été partout non ?! » [Professionnelle de santé à la retraite]

Si ce type de discours reste de l'ordre du privé, il est très répandu, et nous savons qu'il a un impact sur la délivrance des services de PF.

L'application de la loi

Sans connaître les détails de la législation sur l'avortement, toutes les personnes rencontrées savent que l'avortement est interdit au Niger et qu'il est passible d'emprisonnement. Ce fondement juridique structure en partie les discours de certains enquêtés. Par exemple, le responsable d'un grand établissement de santé réagit ainsi lorsque nous lui avons parlé de notre projet de recherche sur les IVG : « *c'est interdit par la loi ! Nous n'en faisons pas ici, je suis contre l'avortement !* » (Responsable d'un établissement de santé). Par

exemple aussi, une jeune fille orientée vers l'hôpital pour avortement provoqué incomplet affirme avoir eu peur d'être emprisonnée pour son acte :

« (...) J'ai vraiment beaucoup hésité avant de venir à la MIG surtout quand j'ai vu le gendarme devant la porte des urgences. Je me disais que si ça tournait mal c'est sûrement lui qui allait m'emmener au commissariat (...) » (extrait cf. Infi, 2016)

Mais certains déplorent l'absence de dérogation dans la législation concernant les cas de viol et d'inceste.

« Jusqu'à présent c'est non, on est en train de lutter, surtout les associations qui luttent contre la violence faite aux femmes, parce que les incestes, les viols, c'est des violences. On est en train de voir comment même modifier cette loi-là pour que les gens soient punis. Mais pour le moment il n'y a pas une loi qui dit que à cause de l'inceste il faut faire l'avortement, il n'y a pas l'indication, il n'y a pas une loi. La loi ne reconnaît pas ça. Il n'y a pas une loi, même si toujours on finit par faire l'avortement. » (Professionnelle de la santé à la retraite)

Une fois de plus, soulignons le décalage entre les dispositions juridiques et les positions personnelles, car même si la loi venait à autoriser l'avortement pour ces grossesses suite à des abus sexuels, une soignante nous affirme qu'elle n'est pas pour l'avortement tout en reconnaissant la gravité de la situation :

« Bon c'est très difficile, c'est très difficile parce que moi c'est l'avortement en lui-même, je suis contre, tu comprends. Sachant tout ce que ça peut faire, mais qu'elle garde la grossesse d'un père même sur le plan social, moral ça traumatise, mais moi en tant gynécologue je ne ferai pas cet avortement. Je trouverais peut-être une solution de conciliation, d'amener les gens à la raison, elle peut accoucher. Mais j'ai eu des cas comme ça, elles accouchent et on envoie l'enfant chez un parent, il y a toujours des solutions. Mais ce n'est pas facile à régler, nous rencontrons des cas qui sont difficile à gérer. Mais nous ne recommandons pas, moi j'ai jamais recommandé l'avortement. » (Sage-femme)

Soulignons aussi un autre décalage entre la législation et son application. Au moment de nos enquêtes, nous n'avons pas eu connaissance d'applications pénales de la loi sur l'avortement. Nous n'avons eu aucun cas de

dénonciation, du moins officielle. Aucune personne n'était en prison pour cause d'avortement¹¹. Il faut revenir quarante ans en arrière, du temps du président Seyni Kountché, pour observer des répressions appliquées sur les femmes et les avorteurs. Une enquêtée nous raconte comment les mesures et contrôles opéraient à l'époque :

« Kountché, il avait un service de renseignement fort, tout ce que quelqu'un fait il est au courant. Votre mari est responsable, il va appeler à la maison, 'votre mari est là ? Qu'est-ce qu'il fait patati, patata, où il est ?' Il a empêché même à des femmes de prendre l'avion pour aller se faire avorter à côté au Togo parce qu'au Togo l'avortement est permis. Quand il est au courant qu'une Nigérienne va aller pour avorter on l'intercepte à l'aéroport. Il y a une fille que je connais qui a eu une grossesse hors mariage d'un Blanc, mais elle voulait partir pour avorter mais Kountché l'a empêché, elle a mis au monde son petit Blanc. Moi je ne savais même pas, comme c'est une fille que je fréquentais, je viens la voir, elle me dit "eh ta coépouse dort je vais te l'amener". Je suis assise elle m'amène une Blanche, j'ai failli tomber parce que je n'étais pas au courant. C'est après je viens voir une amie je dis mais une telle là elle a une petite Blanche, elle me dit oui, oui, elle a eu toute une histoire avec le président parce qu'elle voulait aller avorter. » (Présidente d'une ONG nationale)

Mais l'histoire qui nous a le plus été rapportée par nos interlocuteurs est celle du Dr Gazobi, deuxième gynécologue-obstétricien du Niger, qui a frôlé l'emprisonnement suite, semble-t-il à un avortement provoqué dans lequel il aurait été impliqué. Ci-après le récit de cette histoire :

« C'était une fille qui a fait je ne sais pas quoi, elle était partie au Bénin pour faire quoi, les choses, ça n'a pas marché, elle est passé par le centre où moi j'étais, heureusement nous au centre tout ce qu'on voit on écrit, le centre l'a référé à la maternité, sûrement Gazobi, il a vu qu'elle a fait un avortement incomplet. Il a fait le curetage, il paraît que c'est au Bénin qu'elle a fait ces bêtises. Il y avait l'ordre des médecins, j'en faisais partie et aussitôt on a été interpellé par le ministre de la santé. Les filles de salle en ce temps étaient les agents secrets de Kountché, tout ce qui se faisait à la maternité ou ailleurs avant le matin tout est là-bas, c'était elles qui transmettaient les choses, elles sont payées pour ça, elles ont été recrutées pour ça et ça tout le monde le sait. Mais elles ne comprenaient pas beaucoup de choses aussi. On s'est réuni à l'ordre des médecins, on a analysé les choses, c'était Dr B. qui vient de décéder, c'était lui le président de l'ordre des médecins. En tout cas l'équipe, le

¹¹ Aline Kangabéga, qui a participé à une phase de nos enquêtes lors de son accueil au LASDEL et qui travaille sur le même sujet au Burkina Faso a investigué sur des cas d'emprisonnement à Ouagadougou.

bureau on s'est réuni. On a dit : le ministre a dit voilà, mais on n'a aucun papier, on a dit que la police a déjà fait les enquêtes, nous on voudrait avoir les résultats de l'enquête de la police et nous voudrions écouter notre collègue puisque c'est lui qui est victime il faut qu'on l'écoute n'est-ce pas ? Nous, nous avons écrit au ministre, nous avons dit: bon nous avons entendu mais nous n'avons pas de preuve. Nous avons appris que la police a fait des enquêtes et qu'ils ont envoyé ça chez Kountché, nous, nous voulions voir le rapport d'enquête et nous voulions écouter aussi celle qu'on a dit qui a subi, après nous pouvons donner une réponse. Kountché le cherchait (Gazobi) depuis (longtemps)... D'après moi j'ai pas vu car chacun avait sa période de garde, quand c'est Gazobi qui garde moi je garde pas et si c'est moi qui garde Gazobi ne garde pas, nous avions un planning de garde, donc les gens disaient que c'est vers deux heures du matin qu'il amenait des filles pour faire les choses. Bon *Wallabi* moi j'ai pas vu et je sais pas parce que nous ne prenons pas les gardes en même temps. Donc il le cherchait depuis et donc cette affaire de la fille était l'occasion. Donc quand ils ont vu qu'ils n'ont pas affaire à des cons, parce que nous on allait tout dévoiler, on allait savoir et l'affaire n'est pas partie loin. Parce que on va lui dévoiler la vérité, parce que nous on a appris qu'elle était d'abord partie se faire avorter à Parakou, donc nous aussi on allait demander l'expertise de tout ce qui s'est passé et la vérité allait sortir. Nous on pense que là où il a voulu l'arrêter, en tout cas ce n'est pas lui qui l'a fait, mais il a fait le curetage. Il n'a fait que le curetage, parce que le centre de santé, la sage-femme qui a reçu, elle a mis son nom et elle a écrit "avortement incomplet voir maternité centrale". » (Professionnelle de la santé à la retraite)

Cette histoire au sein du corps médical a marqué l'histoire de l'avortement au Niger et montre à quel point le sujet était au cœur des préoccupations au plus haut niveau de l'administration nigérienne. Mais il faut la situer aussi dans son contexte politique, où les citoyens étaient confrontés à un Etat de nature hautement policière et répressive.

« *Maintenant, tout est un peu relaxe* » nous dit-on. Un infirmier ayant ouvert un cabinet de soins et une gynéco-obstétricienne en poste actuellement dans un établissement de santé publique sont connus pour avoir l'habitude de pratiquer des avortements. Malgré des interpellations de l'ordre des médecins et les menaces judiciaires, il semble qu'ils continuent leurs pratiques.

LE SERVICE PUBLIC DE PRISE EN CHARGE DES IVG : LE CAS DE LA MIG

La mise en place du service SAA à la MIG : un meilleur cadre de prise en charge des femmes

Pour rappel, la MIG est le premier établissement de soins à offrir les SAA. C'était en 2003. Avant cette date, les avortements incomplets étaient pris en charge au niveau du service de chirurgie dans une petite salle d'opération, l'actuelle salle de réveil. C'était le travail des gynéco-obstétriciens et des internes uniquement. Le curetage était la seule méthode utilisée à l'époque. Le service SAA a été ouvert après le retour de formation d'agents de santé, sages-femmes et gynéco-obstétriciens. Ils étaient cinq, mais seulement une sage-femme fut mobilisée pour ce service, il s'agit de l'actuelle majeure du service. Elle était chargée d'appliquer le protocole des SAA avec la méthode de l'AMIU. Le curetage ne devait alors être indiqué que pour de rares cas le nécessitant, laissant la place à l'AMIU et au curage digital :

« Le curetage est banni. Le curage digital c'est possible parce que une fois que le col est ouvert à deux doigts on ne peut plus parler de l'AMUI, donc il faut évacuer l'utérus par un autre moyen qui est le curage digital. Mais pas le curetage sauf dans le cas où la grossesse est trop avancée, plus de quatre à cinq mois de grossesse, ou l'œuf est sorti et c'est le placenta qui reste. Maintenant c'est pour un sauvetage maternel, pour arrêter rapidement le saignement qu'on peut cureter sinon c'est une méthode qu'on doit laisser tomber. » (Sage-femme)

Il a été alloué à la sage-femme une salle qui se trouve dans le pavillon des services d'urgence et d'accouchement. Elle était seule à y travailler. Il faut remarquer que sur le plan sous-régional, les services de SAA sont souvent sous la responsabilité des médecins gynéco-obstétriciens. Le Niger s'est démarqué des autres pays en déchargeant ces derniers des activités de SAA pour les mettre sous la responsabilité d'une sage-femme.

« On est parti, on était 7 dans la sous région pour la formation des formateurs à Dakar, c'étaient des médecins, donc j'étais la seule sage-femme. Elle D.K., elle était étonnée quand elle est venue et qu'on lui a dit que c'est une sage-femme au Niger qui s'occupe de ça, c'est elle la responsable. Ça lui a tellement plu qu'elle a dit, il faut qu'elle voie cette sage-femme. » (Majore AMIU)

La sage-femme a exprimé le besoin d'affectation d'un nombre suffisant de personnel pour un service digne de ce nom. Cela ne fut possible que 5 ans après l'ouverture du service, c'est-à-dire en 2008. Ainsi, il n'y avait pas de service de SAA disponible en permanence nuit et jour avant cette date. C'est pourquoi le curetage a continué à être pratiqué lorsque des cas arrivaient en dehors des heures de service de la sage-femme :

« Le curetage a continué, pourquoi ? Parce qu'il n'y avait pas une équipe qui travaillait 24H sur 24H, qui allait veiller à ce que toute femme qui va rentrer avec un avortement puisse avoir l'AMUI la nuit. » (Sage-femme).

Il faut souligner que les échanges lors des rencontres sous-régionales avec d'autres équipes en avance sur la mise en place de service SAA ont inspiré la sage-femme pour solliciter auprès de l'administration de la MIG les dispositions nécessaires à savoir en priorité les ressources humaines nécessaires. Mais cette requête ne fut satisfaite qu'à moitié car ce sont les sages-femmes du service d'urgence voisin qui furent formées afin de prendre en charge les femmes admises pour avortement incomplet durant les gardes. Ces soignantes assuraient difficilement ces nouvelles tâches compte tenu de leur charge de travail au service des urgences. Progressivement le service SAA a été pourvu de quatre sages-femmes supplémentaires et d'une fille de salle. La sage-femme explique cette lente progression du service SAA :

« On a formé certaines sages-femmes de la salle d'accouchement qui vont continuer à faire l'AMIU la nuit. Donc on les a mises avec le kit et tout pour que s'il y a un cas d'AMIU, elles puissent le faire. Et après ça aussi, on a vu que ce n'est pas du tout facile vu leur charge de travail, donc on était obligé, on s'est réuni encore pour voir comment, de quelle manière on va mettre une équipe en place à ce niveau-là. Donc on a mis 4 sages-femmes qui vont garder avec une seule fille de salle. Donc c'était les sages-femmes qui continuaient à faire le ménage toute la nuit. La journée, il n'y a qu'une seule fille de salle et elle vient tous les jours, mais la nuit

c'est la sage-femme seule qui dort ici et c'était comme ça. Pour pouvoir bannir le curetage on était obligé de mettre une équipe 24H/24H, ça c'est pour être efficace.» (Sage-femme)

L'histoire de la mise en place du service SAA est liée aussi aux conditions d'adoption de l'AMIU au détriment du Misoprostol. L'utilisation du Misoprostol comme méthode médicamenteuse a commencé en 2009 au cours d'une expérimentation dirigée et financée par une ONG internationale. Une étude comparative a été réalisée, dont les résultats permettraient de savoir les avantages et les inconvénients des deux méthodes. Laquelle des deux méthodes donnerait de meilleurs résultats ? Deux groupes de femmes admises pour avortement incomplet ont participé volontairement à l'étude. Le premier groupe avait reçu le Misoprostol tandis qu'au second avait été appliqué l'AMIU. Les résultats avaient conclu que « les deux méthodes étaient valables ». La sage-femme explique le déroulement de l'étude :

« C'est une étude qui, on doit faire d'abord le *counseling* à la femme et la femme aussi doit être éligible dans cette étude-là. Avant de l'amener à comprendre de quoi il s'agit, il faut qu'elle soit éligible à l'étude et doit être à un rayon de 5 km de rayon de la MIG et on va échanger nos contacts entre la femme et nous pour qu'on puisse savoir où elle est, puis la chercher. C'est une étude où on permet aussi aux femmes d'avoir les moyen de taxi pour revenir à la maternité une semaine après. C'est comme ça on a mené l'étude et ça s'est bien passé et les résultats étaient concluants, donc les deux méthodes étaient valables. Donc l'AMIU c'est à 100 pour 100 de taux de réussite, et le misoprostol à 95 pour 100. » (Sage-femme)

Les deux options furent proposées aux femmes, quand l'OMS faisait la promotion du Misoprostol et pour son introduction sur la liste des médicaments génériques. En effet, de nombreuses ONG internationales ont plaidé pour que le produit fasse partie intégrante des SAA, mais aussi comme alternative en l'absence de l'ocytocine dans la gestion des hémorragies du post-partum notamment dans les structures rurales et en communauté. La méthode fut étendue sur tout le territoire national avec une posologie adoptée après l'expérience :

LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE AU NIGER

« Chez nous avec l'expérience qu'on avait faite c'est d'utiliser 2 comprimés de 400 microgrammes de Misoprostol par voie sublinguale sous la langue et la femme 30mn après boit un peu d'eau pour faire avaler le reste. Donc elle met sous la langue et 30mn après elle boit un peu d'eau et elle attend. On a eu un seul cas d'allergie suite à la prise au niveau de la bouche de la femme. Elle a eu une sortie de prurit là, donc on était obligé de lui prescrire un produit anti allergique. Sinon pendant tout ce temps qu'on a fait avec ces femmes-là, on n'a pas eu tellement de problème. Là où ça a tergiversé, ça n'a pas donné un bon résultat, après la convocation d'une semaine on peut donner à la femme si elle accepte une autre semaine pour voir si ça va donner un résultat. Si ça n'a pas donné de résultat, toujours la grossesse est là, en ce moment on propose à la femme d'aspirer... On ne lui donne pas, on garde le produit avec nous. On lui donne les deux comprimés et on lui dit s'il y a problème, qu'elle nous appelle. Elle a notre contact et la moindre des choses qu'elle sent, elle doit nous appeler et on lui dit en cas de douleur, elle peut prendre du paracétamol, deux comprimés chaque 4H. Donc elle prend les 2 comprimés du paracétamol chaque 4H ». (Sage-femme)

Cependant, la pratique fut freinée à la MIG en raison des ruptures fréquentes, dues essentiellement à une utilisation massive et souvent détournée du produit.

« On a vu qu'il y a des femmes qui prennent le produit n'importe comment et on a arrêté le produit au niveau national. On a arrêté la vente parce qu'avant même à la maternité il y avait dans notre pharmacie du Cytotec. Ce n'est pas les femmes qui viennent chez nous qui utilisent n'importe comment, c'est celles de la ville qui ont eu vent de la nouvelle, qui utilisaient pour provoquer les avortements comme ça et attenter à leur vie. Le produit était au marché, un peu partout, donc on a arrêté au niveau des pharmacies si bien que c'était devenu difficile de pouvoir continuer vu le taux de femmes qu'on a eu, qui viennent avec les avortements provoqués qui prennent jusqu'à 10, 15 comprimés, et elles font hypercinésie ou il y a la contraction qui ne s'arrête pas et il faut prendre la femme au niveau du bloc pour pouvoir arrêter ça. Tout ça se sont les conséquences que les femmes qui ne savent pas utiliser ou bien les personnels de santé qui ne savent pas utiliser et vont l'utiliser autrement. On les reçoit et des fois on les interne au niveau de la gynéco, parce que si tu es dans un état catastrophique on ne peut pas te prendre directement à l'AMIU, il y a l'infection, il y a tous les problèmes parce qu'elles se cachent d'abord avant de finir. Durant des jours elles prennent des comprimés, donc suite à ça on les amène dans un état où on doit d'abord traiter l'urgence-là qui est l'état où on les a trouvées avant de penser à faire l'AMIU. » (Sage-femme)

Actuellement, seule l'AMIU est pratiquée par les sages-femmes pour les avortements incomplets de moins de 12 semaines d'aménorrhée (SA) et les cas plus avancés sont pris en charge par les gynécologues et les internes qui pratiquent le curetage et le curage.

L'organisation des SAA

Durant la période de nos enquêtes à la MIG, le service AMIU comptait une majeure avec 12 agents de santé, à savoir 8 sages-femmes et 4 filles de salle, sans compter 2 filles de salle « volantes » (non permanentes). Le personnel qui assure un service permanent est organisé en quatre équipes, chacune étant constituée de deux sages-femmes et une fille de salle. Chacune équipe fait une garde de 12H.

Le service SAA tient dans une seule salle. Une observation des lieux en fait la description suivante :

Si tu rentres, à droite c'est le robinet, après c'est le paravent, puis la table où on fait l'AMIU. Il y a après une table où est déposé le tambour, les boîtes de compresse et les boîtes d'AMIU. On a une autre où on dépose les seringues et les canules. La salle comporte aussi la table gynécologique. Ensuite c'est l'armoire pour garder les produits et la table en dessous de laquelle on range le stérilisateur, la « marmite ». C'est dans cette « marmite » là qu'on désinfecte. Ça marche à la vapeur. Il y a le frigo et sur le frigo, il y a le téléviseur. Et après, il y a l'armoire dans laquelle elles mettent les dossiers, c'est à côté du lit. Chaque jour quand la majeure vient il y a un carton qu'elle dépose sous la table, elle met dans ce carton les produits qu'elle sort de l'armoire. Elle ferme l'armoire à clé et elle met la réserve du jour dans le carton sous la table. [Compte rendu d'observation enquêtrice]

L'ensemble des SAA se déroule dans cette salle : les *counselings*, l'AMIU, la PF, la PTME, le suivi de certaines femmes qui reviennent pour des problèmes gynécologiques ou de procréation. Dans ces derniers cas elles sont parfois référées aux gynécologues. Mais le service sert aussi à d'autres activités : la prise en charge des cas de viol et d'inceste, et les nombreux examens effectués par les gynécologues pour leurs « passes »¹². Ces activités supplémentaires qui sont assez fréquentes, expliquent en partie l'insuffisance

¹² Il s'agit de patientes qui ne sont pas enregistrées officiellement sur les registres de la maternité, elles ne paient donc pas la maternité pour le service effectué. Elles sont soit des « Parents, Amis et Connaissances » (PAC) soit des clients privées du soignant, auquel cas elles paient directement ce dernier.

de la dotation du service en chlore et autres matériels de travail. Ainsi les speculums qui sont très utilisés pour l'examen des femmes sont décontaminés dans de l'eau chlorée. Ce qui explique le fait que la petite quantité de chlore mise à la disposition du service n'est pas suffisante :

« Notre problème c'est le chlore, chlore qu'on utilise pour pouvoir faire la décontamination. C'est lui qui fait défaut maintenant parce qu'il faut jusqu'à 60 litres. C'est un service qui est trop sollicité concernant le spéculum. Tous les médecins qui sont dans le bâtiment I, c'est ici qu'ils prennent le spéculum pour examiner les femmes. Ce qui fait que ces speculums sont décontaminés dans de l'eau chlorée et l'eau chlorée on nous donne seulement 30 litres par mois. C'est insuffisant. Le bâtiment I, s'ils ont besoin du spéculum c'est ici qu'ils viennent prendre. Ça ne suffit pas, on nous a dit d'utiliser l'anoline. Ce n'est pas intéressant parce qu'avec le chlore le sang change. Dès que tu mets l'eau chlorée le sang devient noirâtre, ça cache le sang rouge là. Mais avec l'anoline c'est le même sang, c'est le même sang rouge que tu vas trouver dans l'assiette. » (Sage-femme)

Autre problème relatif au matériel, la seringue de l'aspirateur qui est réutilisée plusieurs fois après stérilisation, alors qu'elle est à usage unique, en raison de son coût élevé, soit 25.000 FCFA. Ce problème serait connu de la plupart des FS de la sous-région :

« C'est à usage unique mais vous savez au Niger, et partout dans la sous-région on utilise la seringue et on la réutilise à plusieurs reprises parce qu'on ne peut pas se permettre de payer la seringue. Maintenant le prix a été réduit à 25.000 FCFA dans la sous-région mais pas ici au Niger. Ici au Niger on n'en dispose même pas, donc au Burkina c'est à 25.000 FCFA. Donc on ne peut pas dire à la femme de payer une seringue à 25.000 FCFA pour recevoir l'AMIU. Donc, pour faire le traitement on lave, on fait le traitement du matériel, à chaque fois qu'on finit on fait la DHN, on stérilise la canule à l'eau bouillante, et la seringue on la lave bien, on la décontamine, on la sèche, on la réadapte et on la met dans le bac. La seule seringue AMIU peut te faire cent cas, et jusqu'à cent cas on doit la jeter ». (Sage-femme)

Les cas d'avortement sont le plus souvent d'abord admis et diagnostiqués au niveau des urgences avant d'être référés au service SAA. Mais il existe d'autres modes d'accès des femmes aux SAA au sein de la MIG :

- i) des patientes accèdent directement au service sans passer par les urgences, le plus souvent c'est le cas des « passes » des agents de santé ;
- ii) des patientes sont admises aux urgences, elles se retrouvent dans le couloir soit en attente

d'une prise en charge, soit en traitement afin d'être stabilisées avant d'être référées au service SAA ; iii) des patientes hospitalisées au service des grossesses pathologiques sont ensuite référées au service SAA.

Après avoir reçu les SAA, certaines sont gardées quelques moments sur la table avant d'être libérées, d'autres sont transférées soit dans le couloir, soit dans d'autres services d'hospitalisation pour observation et y recevoir des soins complémentaires (*cf.* le schéma du parcours des patientes en situation d'avortement, Mémoire Infi, 2016).

Officiellement pour pratiquer l'AMIU, l'âge de la grossesse ne doit pas dépasser 14 SA. Or nous avons précédemment mentionné que ce sont uniquement les avortements incomplets de moins de 12 SA qui sont pris en charge dans le service. Cette exigence a pour but d'éviter l'aspiration de gros débris solides tels que des os car ce sont de petites canules en caoutchouc qui sont utilisées pour faire l'AMIU. Lorsque les sages-femmes commencent à faire l'AMIU et qu'elles se rendent compte qu'il y a des os, elles sont obligées d'appeler un médecin pour faire le curetage.

« Des fois tu vas aspirer, c'est des morceaux d'os que tu vas aspirer. Donc ce qui fait que c'est difficile. Si on nous dit 14 semaines, normalement les documents nous disent jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée, mais nous à 14 semaines des fois on peut avoir des surprises, des os qui peuvent sortir. Donc ce n'est pas facile avec la canule, ce n'est pas évident de finir cette aspiration que la personne a commencée. Peut-être après tu seras obligé d'appeler un médecin pour faire le curetage. Et ce médecin n'est peut-être pas disponible, il est peut-être eu bloc. »
(Sage-femme)

Une échographie est toujours exigée avant de procéder aux soins.

Nous avons relevé au sein du service parfois un retard dans la prise en charge à cause des déclarations mensongères de certaines femmes qui ont avorté.

LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE AU NIGER

« Il y a aussi des patientes qui viennent après un avortement clandestin fait à la maison, dans un état maladif. C'est le cas de MI âgée de 18 ans célibataire, élève en classe de 3^{ème} qui était admise pour paludisme selon ces parents. Mais quand on a poussé l'interrogatoire et les examens, le Béta HCG plasmatique était positif. Ce qui explique qu'elle a fait un avortement récent. Elle est actuellement dans la salle de pré travail dans un état comateux car les examens montrent une insuffisance rénale. Je dis pas est-ce-que ses parents savent qu'elle a fait un avortement parce que nous quand on était en train de questionner ses parents-là, on a demandé à sa mère qu'est-ce qu'elle a, sa mère nous a dit : c'est le palu parce que moi, elle m'avait dit qu'elle avait le palu et on a traité le palu à la maison, ça n'a pas marché, on l'a amené ici". Je ne sais pas trop si elle sait que la fille là a fait un avortement, ou elle sait, elle est en train de la protéger, ça je ne sais pas. Mais j'ai même dit à une fille d'aller la voir, mais même si elle part, elle ne peut pas communiquer avec elle, elle est inconsciente (...) C'est l'hôpital national qui l'a référé, ils ont même écrit une note dans laquelle ils ont tout dit. Oui parce que même eux là-bas, ils ont fait le Beta HCG et ça été positif, donc ils l'ont référé à la MIG pour une meilleure prise en charge. Elle est inconsciente parce que même la fois passée, il y a le Professeur qui a demandé aussi de refaire le Beta HCG quantitatif et de faire l'urée-créat-transat et l'urée-créat était élevé. Il a dit que c'est une insuffisance rénale qu'elle est en train de faire. Peut-être elle a pris trop de produits pour provoquer l'avortement ». (Enquêtrice)

Ces fausses informations de la part de la patiente ou de ses parents brouillent les pistes permettant d'enclencher un traitement adéquat. C'est pourquoi, un interrogatoire poussé est mis en œuvre pour amener les femmes qui ont fait un avortement provoqué à dire les produits consommés ou les objets utilisés. La sage-femme s'en explique :

« Nous on veut seulement savoir qu'est-ce que tu as utilisé pour qu'on puisse te sauver. C'est la prise en charge qui nous incombe, parce que nous il faut qu'on te prenne correctement pour l'avenir. Parce que ta fécondité peut être menacée, tu peux avoir des problèmes plus tard si tu n'as pas déclaré très bien comment tu as fait pour provoquer ton avortement. Donc suite à ça, il faut que tu nous dises qu'est-ce que tu as utilisé, combien de jours tu as fait en train de saigner pour qu'on puisse te traiter correctement, parce qu'il ne faut pas que ça te crée un autre problème dans l'avenir. » (Sage-femme)

Enfin, officiellement, bien évidemment le SAA ne prend pas en charge les femmes qui veulent faire une IVG. Mais il arrive que des femmes mariées fassent cette demande. Elles sont orientées vers les médecins :

« Il y a des mariées qui viennent et elles te disent carrément qu'elles ne veulent pas parce qu'elles ont eu un problème avec leur mari, ou bien leur mari est en voyage. On a eu des cas, leur mari est en voyage elles sont enceintes. On a eu des cas qui viennent et elles te disent carrément : "ah madame, mon mari est en voyage

et voilà maintenant moi je suis enceinte”. On lui dit que à notre niveau la maternité ne fait pas d’avortement provoqué, on ne peut rien faire pour toi, vas y voir tel docteur ou vas y voir quelqu’un, un gynécologue. Tu lui exposes ton problème, si lui il juge qu’il peut faire quelque chose pour toi tant mieux, mais à notre niveau ce n’est pas faisable ». (Sage-femme)

Les écarts entre le concept des SAA et les pratiques réelles

La « verbacaine » pour la gestion de la douleur

L’AMIU est douloureux, aussi les sages-femmes utilisent une stratégie pour convaincre la femme de supporter la douleur. Il s’agit de la prise en charge psychologique de la douleur, qui consiste à parler avec la femme avant et pendant l’acte afin d’amoinrir la sensation de douleur. Cette stratégie est appelée « verbacaine » ou « anesthésie verbal ».

« Le fait de parler, parler avec la patiente durant tout le temps de la procédure, ça peut amener la femme à accepter. Il suffit de bien lui expliquer tout ce que tu vas lui faire au cours de cette pratique avant même qu’elle ne soit sur la table et que tu lui demandes d’être patiente. Tu vas voir s’il y a un soutien à côté, quelqu’un qui est à côté, qui va la soutenir jusqu’à la fin, elle va accepter. » (Sage-femme)

Les sages-femmes s’organisent pour que lorsque l’une est en train de pratiquer l’AMIU, l’autre remplisse les supports et fasse la « verbacaine ». Parfois c’est la fille de salle qui fait la « verbacaine ». A cause de la douleur occasionnée par l’acte, le protocole préconise une anesthésie locale, régionale ou générale. Une sage-femme nous affirme que l’anesthésie est proposée, mais les observations nous révèlent que ce n’est pas le cas. On ne fait plus l’anesthésie dans le service depuis qu’une femme est décédée lors d’une réparation du périnée, suite à l’administration du produit anesthésique par une gynécologue.

« La majore a expliqué, elle a dit que le col de l’utérus est un organe qui est irrigué de vaisseaux, maintenant pour faire la xylocaïne il faut être prudent parce que on peut facilement se tromper et si on part dans un vaisseau par exemple on peut provoquer un arrêt cardiaque, on peut perdre la femme, c’est pour cela qu’elles ont

banni la pratique de la xylocaïne. La majeure a même expliqué à ses élèves, elle leur a dit qu'il ne faut pas que ça les surprenne si elles partent ailleurs et qu'elles voient qu'on utilise la xylocaïne. En tout cas elle dans son service elle a arrêté ça.

Q : Elle a eu des problèmes ou quoi ?

R : Oui, mais ce n'est pas elle qui a eu des problèmes c'est un médecin de la MIG en voulant faire une perdition du périmé à une femme, elle était en train de faire la xylocaïne, je ne sais pas si elle est tombée sur un vaisseau ou pas, la femme est morte et depuis lors elle a eu peur et elle a banni cette pratique. Elle a dit que ça fait mal et il faut causer avec la femme pendant la pratique, mais il y a des femmes qui demandent : "madame tu m'as fait l'anesthésie ?". Oui il y a des femmes qui demandent.

Q : Les sages-femmes disent quoi ?

R : Elles ne disent rien. » (Enquêtrice)

La majeure nous explique son choix :

« On peut lui faire l'anesthésie, mais il y a plus de mal que de bien à faire l'anesthésie para cervicale parce que des fois c'est tout autour du col seulement que ça va anesthésier ça n'atteint pas le col utérin ce qui fait qu'elle a toujours mal, quand bien même on lui a fait l'anesthésie elle va avoir la douleur. (Majore du service)

Le choix n'est donc pas donné à la femme et cette gestion de la douleur par la « verbacaine » ne semble pas efficace comme en témoigne une sage-femme ayant elle-même fait l'expérience :

« ... l'AMIU fait vraiment très mal, je le dis par expérience. J'avoue que l'anesthésie verbale ne marche pas car lorsque j'avais eu une grossesse arrêtée en 2012 il a fallu la majeure du service pour me continuer l'AMIU. Elle aussi c'est parce que c'est ma tante et je ne voulais pas la vexer. Elle m'a grondée et j'ai accepté malgré moi. » (Cf. Infi, 2016)

En outre, nous avons remarqué que les SAA semblent plus se focaliser sur l'AMIU alors que celui-ci n'en est qu'une composante comme nous l'avons décrit plus haut. Le service est d'ailleurs nommé couramment « Service AMIU » et la majeure est fièrement appelée « Maman AMIU ». Mais cette remarque reste à confirmer par des enquêtes complémentaires.

La « méthode pour faire avouer les célibataires »

De façon consensuelle, les sages-femmes utilisent des astuces pour faire avouer les patientes quand il s'agit d'un avortement provoqué clandestin :

« Ce n'est pas facile de reconnaître un avortement provoqué, parce que maintenant l'utilisation de certains produits a fait en sorte que les femmes ont plus d'astuces pour provoquer leur avortement sans concerter. Pour que tu reconnaises un avortement provoqué, il faut que tu sois plus vigilant pour être sûr que c'est un avortement provoqué et amener la personne à déclarer elle-même que c'est un avortement provoqué... Après l'interrogatoire au niveau de la salle d'urgence, quand elle (la patiente) est arrivée à notre niveau, on a un certain nombre de questionnaires qu'on pose aux femmes, donc à travers ce questionnaire-là, on arrive à identifier un avortement provoqué d'un avortement spontané. Donc on arrive à faire avouer par la femme que c'est un avortement provoqué. Donc on a notre astuce au niveau du service, donc toutes les sages-femmes connaissent comment elles vont interroger la femme, jusqu'à ce qu'elle avoue elle-même que c'est un avortement provoqué ». (Sage-femme)

Cette astuce consiste à faire savoir à la femme qui a avorté qu'à leur niveau il y a deux méthodes de traitements ; une méthode pour les femmes mariées et une autre pour celles qui sont célibataires, et que l'utilisation d'une méthode en lieu et place de l'autre pourrait provoquer des conséquences néfastes pour la patiente en question.

« On a une méthode, on a un mot de passe ici qui nous permet de détecter ces femmes-là. Si je suis là, moi en tant que majeure de la salle je suis très, très vigilante. Une femme qui rentre et qui fait un avortement provoqué, j'attire l'attention de ma sage-femme. Je l'appelle, une telle vient. Tu lui propose les deux soins. Tu lui dis que vraiment on a deux méthodes de soins à notre niveau. La méthode pour une femme qui n'est pas mariée est différente pour la femme mariée. Il ne faut pas qu'on lui fasse la méthode d'une femme mariée parce que plus tard, ça peut avoir une conséquence. Et dès qu'on dit ça à la femme et elle sait qu'elle n'est pas mariée, elle va te dire ah, moi je ne suis pas mariée. Donc c'est le mot de passe là qu'on a. Oui, on a à notre niveau et ça passe bien. Et on les repère, et dès qu'on les repère, c'est moi-même qui repère et dès que je te regarde, je sens, ce n'est pas ça, que ton comportement-là ne me dit rien, j'appelle ma sage-femme, j'attire son attention et je lui dis va la questionner, va la sonder pour voir de quoi il s'agit. Va lui demander et va lui dire qu'il y a deux traitements à notre niveau et que ces deux traitements là tant qu'elle utilise l'un par rapport à l'autre qui n'est pas son cas, elle va avoir des problèmes. Donc dès qu'on lui dit ça, c'est elle-même qui te diras qu'elle n'est pas mariée, voilà ce que j'ai pris. Elle va même te dire le produit qu'elle a pris ». (Sage-femme)

Parfois c'est avec l'examen de la femme qu'on découvre qu'elle a fait un avortement provoqué :

« Si la personne a utilisé le permanganate, on peut voir. Si elle a utilisé le cytotec qui n'est pas bien ingéré, au touché vous allez le sentir, vous allez le faire sortir et de là, elle ne peut pas nier » (Sage-femme)

En fait cette traque part de l'idée que ce sont les jeunes filles, donc non mariées, qui font les avortements provoqués, en excluant le fait que cela peut être aussi le fait de femmes mariées.

Les femmes ayant fait un avortement provoqué paient plus cher

Concernant le coût de la prise en charge des avortements, on note que les femmes qui ont fait des avortements provoqués clandestins et celles qui ont fait des avortements spontanés ne payent pas la même somme. Les femmes qui ont fait des avortements spontanés payent 11 000 FCFA et pour décourager celles qui ont fait des avortements provoqués, les sages-femmes les facturent à 35 000 FCFA pour le même acte ou traitement :

« Il y a un prix un peu forfaitaire, parce que, pour les décourager, les femmes qui font les avortements provoqués on dit que c'est à 35.000 FCFA la prise en charge, et les autres c'est à 11.000 FCFA... Quelle que soit la personne, dès que tu es détectée c'est fini, c'est ça que tu vas payer. Quand elle reconnaît, des fois elle a déjà payé les 11.000 CFAF et parce que là-bas (au niveau de la salle d'urgence) par manque d'attention elle peut passer. Maintenant arrivée à notre niveau, si on détecte que c'est ça, donc on te dit d'aller payer le reliquat. C'est le tri pour toutes les patientes qui viennent à la maternité. Normalement elles (les sages-femmes qui travaillent au niveau de la salle d'urgence) doivent faire ça, mais vu le lot du travail ça passe inaperçu des fois. Comme nous avons des exercices là, elles (les patientes) aussi, elles ont des exercices. Elles viennent, elles te disent qu'elles sont mariées, tu ne vas pas insister puisqu'elle t'a dit qu'elle est mariée et elle t'a même donné un nom de mari. Mais nous, dès qu'elle vient, si je suis présente, si c'est provoqué, je vais attirer l'attention de ma sage-femme pour lui dire va et pose-lui des questions et cherche à approfondir l'interrogatoire pour être sûr que c'est provoqué. C'est le même acte, mais c'est fait tout juste pour les décourager ». (Sage-femme)

Parfois pour les grandes multipares la contraception à leur insu

La contraception n'est parfois pas un choix pour certaines femmes.

« Par exemple l'autre jour j'ai assisté à l'AMIU d'une femme. Cette femme était à G 7 (septième grossesse) et a fait trois avortements à répétition, c'était des avortements successifs et très rapprochés. Quand la SF a fini de faire l'AMIU à la femme et comme elle a beaucoup saigné, la SF m'a dit de préparer le dépôt prothésique. Je lui dis : tu ne lui demandes pas son autorisation ? Elle me répond qu'elle n'a pas besoin de son autorisation. Il faut faire en sorte qu'elle se repose parce que son utérus est fatigué. Les femmes là, si tu demandes leur consentement elles ne vont jamais accepter, elles veulent toujours procréer ! » (Enquêtrice)

LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE AU NIGER

PRATIQUES CLANDESTINES ET VÉCUS D'AVORTEMENT PROVOQUÉ

Les pratiques d'avortements clandestins

Il existe une documentation importante sur les pratiques d'avortement clandestins en Afrique de l'ouest. On distingue les pratiques qui ont lieu hors et dans des structures sanitaires. Selon une étude réalisée par Agnès Guillaume (2003) à Abidjan, la majorité des femmes, soit près des deux tiers, ont eu recours à une méthode médicalisée au sein de structures sanitaires publiques ou privées : hôpital, clinique ou cabinet privé, infirmerie de quartier. Il s'agit principalement d'avortements par curetage, avec des comprimés ou des perfusions. Ils sont le plus souvent pratiqués par un personnel médical plus ou moins qualifié (gynécologues, médecins généralistes, mais aussi infirmiers et personnels hospitaliers, etc.), dans des conditions sanitaires variables selon les lieux précités. Dans 3 % des cas, ces interventions font suite à des tentatives d'avortement par des méthodes traditionnelles qui ont échoué (Guillaume 2003 : 755-756). Au Burkina Faso les résultats de travaux réalisés par le Guttmacher Institute (2014, 2) indiquent aussi que des avortements ont été pratiqués par des sages-femmes et des maïeuticiens (13% des cas étudiés) et par des assistants de santé (12%). Ces assistants ont pu recevoir une formation basique, mais pas nécessairement en matière de techniques d'avortement sûr. On estime à seulement 3% la proportion des femmes ayant eu recours à un médecin pour avorter. Les 7% restants ont sollicité d'autres types de praticiens.

Les avortements pratiqués en dehors de structures sanitaires sont souvent le fait de praticiens traditionnels qui utilisent des plantes abortives ou des objets. Parfois ce sont les femmes qui le font elles-mêmes. Au Burkina

Faso, en 2008, les praticiens traditionnels ont été à l'origine de 41% des avortements; dans 23% des cas, c'est la femme qui a mis fin à sa grossesse elle-même (Gutmacher Institute, 2014, 2). Mais le parcours d'avortement des femmes n'est pas toujours linéaire, il est du registre du pluralisme thérapeutique, combinant alors diverses pratiques.

L'immersion de Ouédraogo (2015 : 304-307) dans des structures sanitaires à Ouagadougou lui a permis de recenser, à partir des dossiers des patientes, différentes méthodes abortives pratiquées dans des cadres différents. On note dans la catégorie des produits traditionnels : introduction intra-vaginale de produits traditionnels, ingestion de produits traditionnels, prise de produits traditionnels par voie rectale. Une autre catégorie concerne des produits usuels ou des médicaments avec des combinaisons : confo. liquide, association de Nescafé et bleu à linge (détergent), Nescafé et Coca-cola, introduction intra-vaginale de permanganate de potassium, 3 comprimés de Combimal et 2 comprimés de Paracétamol et 2 comprimés d'Ibuprofène ; 8 comprimés de Cytotec ; 20 comprimés de Cytotec ; 2 comprimés de Cytotec ; introduction de comprimé de nature inconnue + sonde dans un cabinet de soins, injection dans un cabinet de soins, injection dans un CSPS ; ingestion de produits traditionnels et curetage par un infirmier dans un CSPS ; Sedaspir et Guinness (bière) et introduction d'objet dans un cabinet de soins.

Au Niger nous avons eu à peu près les mêmes résultats. Plusieurs moyens sont utilisés par les femmes pour avorter :

« Par exemple lors de ma dernière garde une femme âgée de 21 ans était admise aux urgences et pendant l'interrogatoire, la femme disait à la sage-femme qu'elle avait des pertes noirâtres et quand la sage-femme l'installa sur la table, au moment du touché vaginal, elle constata que ce n'est pas du sang mais qu'elle a introduit quelque chose. Elle appela alors un médecin avec qui ils ont posés un spéculum pour bien voir l'état du col, ils constatèrent ensemble qu'elle a introduit du permanganate pour provoquer un avortement et que le col c'est nécrosé. »
(Enquêtrice)

Certaines femmes pour provoquer l'avortement introduisent des sondes en fer dans leur vagin. Cela est à l'origine parfois de cas graves d'avortements qui peuvent entraîner la sortie de l'intestin.

« Il y a beaucoup de gens qui le font et on a vu des cas graves qui ont reçu la sonde dans le vagin qui sont parti jusqu'à l'intestin, on en a reçu à la maternité avec l'intestin dehors. Vous voyez, c'est ça, la sonde en fer, qu'on utilisait avant, ils ont perforé l'utérus et arrivé jusqu'à l'intestin. On a vu des cas comme ça, des filles qui sont devenues stériles à jamais. Au moins elles s'en sont sorties parce qu'avoir l'intestin au dehors entre les jambes c'est quelque chose de grave ». (Sage-femme)

D'autres utilisent divers autres moyens : produits traditionnels, produits chimiques, médicaments pharmaceutiques :

« Il y a la tige de neem il y a les décoctions, il y a le permanganate, il y a le cytotec, il y a d'autres, c'est par injection mais je ne sais pas quel produit les gens leur injectent. Ce sont des gens du corps médical. Elle vient, elle dit que c'est une injection qu'on m'a fait et c'est suite à ça ; maintenant je ne sais pas c'est quel produit. La femme elle-même ne sait pas quel produit on lui a injecté ». (Sage-femme)

Un mélange toxique de comprimés est aussi utilisé par les femmes pour leur avortement :

« Il y a la boisson, elles prennent la boisson avec sédasprine, avec le comprimé là, elles font un mélange toxique et elles prennent. » (Sage-femme)

Notre interlocutrice soutient que le Cytotec ou Misoprostol, appelé sur le marché noir « Hadja Hawa » permet aux femmes d'avorter « sous silence, sans tapage ». C'est ce qu'elle raconte en ces termes :

« Il y a la méthode médicamenteuse qui permet d'avorter sous silence, sans tapage comme le Cytotec. Donc les femmes, elles achètent au niveau du marché. Au grand marché, au marché noir, ça existe. Oui, au niveau du grand marché même, il a un nom donc dès qu'elles passent ce nom-là, ils savent de qui il s'agit et les vendeurs leur vendent, mais il paraît que c'est excessivement cher. Le nom médical c'est cytotec ou prostaglandine. Ils disent "*hadja hawa*", donc dès qu'elles donnent ce nom là au grand marché, les vendeurs savent de quoi il s'agit. Dès que tu arrives au grand marché et tu dis "*hadja hawa*", ils vont te vendre ça. »

Le Misoprostol ou ce qui est présenté comme tel (il existe des contrefaçons) est conditionné sous forme de plaquettes de 10 comprimés et

coûte cher au marché. La plaquette peut coûter jusqu'à 50.000 FCFA. A la pharmacie elle ne coûte que 3.000 FCFA sur présentation en principe d'une ordonnance. Au regard des données collectées sur d'autres terrains, on remarque que le Misoprostol est un produit souvent utilisé dans l'auto-avortement.

Tous ces exemples de recours montrent que les pratiques se déroulent autant en structures sanitaires (publiques et privées) qu'en dehors de celles-ci. On nous a signalé l'existence d'un réseau de femmes spécialistes de l'avortement venues du Bénin et qui aurait été démantelé.

« C'est ce dernier temps là qu'elles ont eu des gens qui venaient du Bénin qui vont ça et ils font du n'importe quoi !

Q : Du Bénin ?

R : Oui, ce sont pas des médecins, ce sont ceux qui font les avortements clandestins, les charlatans, on a pu les déceler aussi, on a expulsé certaines.

Q : C'est des femmes ?

R : C'est des femmes, il y avait une femme qui était dans le quartier Poudrière, moi je recevais presque tous les cas, et finalement j'étais obligée de faire les statistiques et de dire au ministère de voir ce qui se passe là-bas, elle a été expulsée. Elle mettait des tiges... L'infection... Elles (les femmes) sentaient, elles (les avorteuses) faisaient tout. On les envoyait à la maternité centrale pour la prise en charge. Au moins on a tout fait pour que celle-là soit expulsée. » (Une soignante)

Par ailleurs, il semble qu'il y ait des femmes qui préfèrent se rendre au Burkina Faso pour avorter, espérant sur l'anonymat à l'étranger. Ce tourisme abortif est aussi observé à Gaya, où les femmes profitent de la position géographique du district pour se rendre dans les pays frontaliers, Nigéria et Bénin.

Les vécus d'avortements provoqués

« Souvent, les filles qui provoquent l'avortement, c'est que le père ne veut pas reconnaître ou bien elles ont des difficultés financières, ou socialement c'est mal vu c'est tout » (Présidente d'une ONG)

« C'est dès que la fille a la grossesse le garçon se retire d'abord, il a peur, il se sauve, tu as compris et elle cette grossesse là qu'elle pouvait garder si elle était convaincue que le garçon ou l'homme qui l'avait enceinté va la marier elle ne va pas avorter. » (Professionnelle de la santé à retraite)

Ces points de vue pourraient à eux-seuls résumer les raisons qui poussent à l'avortement. Mais ils n'informent pas pourquoi, ni comment on en arrive là. Nous devons aller plus loin dans le questionnement en donnant la parole à celles qui en ont fait l'expérience. Mais nous avons aussi cherché à donner la parole aux hommes pour savoir comment le sexe opposé appréhende l'avortement lorsqu'il est directement concerné. Cette section présentera quatre cas de figure.

« Je ne veux pas être chassée avec un sachet noir à la main » (jeune femme mariée)

EY est une jeune femme mariée. Elle a eu une IVG il y'a 4 ans, donc 1 an avant son mariage, mais le compagnon est autre que son mari actuel. Elle était en couple avec lui pendant 1 an mais ils ne se voyaient pas tous les jours. Un soir comme toutes les autres fois d'ailleurs, ils ont eu des relations sexuelles non protégées et c'était le jour où il ne fallait pas. Mais elle a constaté un mois après qu'elle n'a pas eu ses menstruations, elle a aussitôt deviné qu'elle était enceinte, car elle se souvient avoir pris un risque. Elle n'a pas fait de test de grossesse, elle l'a juste compris. Elle a ensuite averti son copain qu'elle était enceinte et qu'elle voulait avorter. Sans surprise, il était d'accord aussi et le lendemain il lui a remis la somme de 100. 000 FCFA pour qu'elle se fasse avorter.

Elle vivait chez sa grande sœur, donc elle ne voulait pas lui faire honte au sein de sa famille surtout aux yeux de leurs mères.

Après avoir reçu l'argent, elle a demandé à une de ses copines si elle savait comment faire un avortement et cette dernière lui a parlé d'un médicament appelé « Cytotec ». Elle est allée l'acheter au grand marché de Niamey chez les vendeurs de médicaments à 6000 FCFA la plaquette de 12 comprimés. Elle devait boire un comprimé et introduire 1 autre dans le vagin. Elle devait voir le résultat au bout de 2 ou 3 jours en répétant le même procédé mais elle n'a rien vu. C'était le premier

LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE AU NIGER

échec dû à la mauvaise qualité du produit. Ensuite, une deuxième amie lui a parlé d'une femme qui faisait l'avortement à 15000 FCFA, elle s'y est rendue. La dame lui a inséré une tige de manioc dans le vagin, au niveau du petit trou qui se trouve sur une masse de chair. Ce procédé a été repris chaque 2 jours jusqu'à 3 fois. Pendant tous ces processus elle avait ressenti de fortes douleurs surtout lors de l'insertion des tiges. Quand elle rentre chez elle, la douleur continuait et le sang commençait à couler mais quelques minutes après il s'arrêtait. Elle rencontre également un deuxième échec à ce niveau.

Après ce deuxième échec, elle a décidé de rendre visite à un pharmacien dans son quartier qui a catégoriquement refusé de lui vendre le médicament « Cytotec » car dans les pharmacies c'est la bonne qualité, celle de la France qui est vendue alors qu'au marché c'est la contrefaçon faite au Ghana.

Il a fallu une semaine de négociations intenses pour qu'il accepte de lui vendre la plaquette à 5.000 FCFA. Elle a ensuite avalé un comprimé et a introduit un dans le vagin, et elle devait reprendre la procédure chaque 15 minutes. Les comprimés ont commencé à agir au bout de la 3^{ème} prise, elle s'est endormie, elle n'a pas eu de douleurs fortes. Le lendemain, le saignement a continué, les caillots de sang sortaient beaucoup pendant une semaine et l'écoulement s'est arrêté. Elle était convaincue que l'avortement a réussi, et elle n'a pas jugé nécessaire d'aller se faire consulter dans un centre de soins. Tout était redevenu normal.

Il l'appelait tous les jours pour prendre de ses nouvelles mais il n'est jamais venu la voir en face. Il lui demandait à chaque fois comment elle a fait pour tomber enceinte comme s'il n'était pas content et il l'énervait davantage. Après l'avortement ils sont restés ensemble quelques semaines mais ce n'était plus comme avant, leur relation avait changé et les sentiments disparaissaient chaque jour, ils ont alors arrêté de se voir.

Personne dans sa famille n'était au courant de sa grossesse, ils n'ont remarqué aucun changement en elle, car elle n'était pas avancée. La famille ne pouvait pas savoir car elle a toujours eu des règles douloureuses.

Elle estime qu'ils étaient amoureux l'un de l'autre, mais ne parlaient pas de mariage. Ils se parlaient au téléphone à longueur de journée. Mais elle dit que ses sentiments à elle n'ont pas influé sur sa décision. Elle était amoureuse de lui et ne voyait aucun inconvénient à coucher avec lui sans se protéger, elle ne pensait pas qu'elle allait tomber enceinte car elle fait toujours ses calculs pour connaître sa période de fécondité. Si elle a décidé de le faire c'est à cause de sa famille car « *je ne veux pas être chassé avec un sachet noir à la main* » Et non à cause de son copain qui lui-même ne voulait pas du bébé.

Ils étaient en couple depuis près de 9 mois, ils se disputaient beaucoup et les disputes allaient de 2 semaines à 1 mois sans s'adresser la parole. Quand elle lui a parlé de mariage, il lui dit directement « *ok, quand tu commenceras à être fidèle avec moi, on en reparlera* ». Pourtant, elle ne lui a jamais été infidèle, et pense donc que c'est parce qu'il n'était pas sûr pour le mariage.

La grossesse a détérioré leur relation, car il lui disait tout le temps comment elle a pu tomber enceinte, comme si, tout était de sa faute et non lui, il lui

parlait mal comme si elle était une inconnue. Elle pensait qu'après l'avortement tout irait bien, mais elle a senti qu'il avait changé, il n'avait plus les mêmes attentions, il ne lui donnait plus de petit cadeau etc. Donc, les appels ont commencé à diminuer. Ils ne s'appelaient pratiquement plus, c'était la fin de leur relation.

« Je dois supporter ça seule, lui il s'en fiche, il n'a de compte à rendre à personne ! » (jeune fille)

NQ a 27 ans et vit chez son oncle maternel. Elle a un diplôme universitaire mais n'a pas commencé à exercer.

Son IVG date de 3 ans, à l'époque elle sortait avec un homme marié.

Elle vivait chez son oncle depuis son adolescence, donc elle estime qu'elle n'a pas droit à l'erreur : *« surtout que ma mère est la seule femme de la famille, je ne veux vraiment pas que mes oncles lui manquent de respect, et qu'ils pensent que c'est une mauvaise femme, donc je ne pouvais pas garder cette grossesse »*

Elle a un cycle régulier de 28 jours, donc elle a su que quelque chose n'allait pas au bout d'un mois de retard. Elle a commencé à stresser et a immédiatement appelé sa meilleure amie qui est passée la voir. Elles sont allées acheter le test de grossesse ensemble à la pharmacie et elles ont fait le test, qui était positif : *« comme je le pensais dès au début, j'ai commencé à pleurer sans m'arrêter, heureusement que ma copine était là »*

Elles ont beaucoup parlé, elles voulaient trouver une solution rapidement avant que les membres de sa famille ne l'apprennent. Elles ont donc appelé le copain, pour l'informer. Il est passé dans l'après-midi. *« Avant même de me demander comment je vais, il a commencé à me dire qu'il espère que je ne compte pas garder le bébé, vu toutes les responsabilités qu'il a au boulot, en famille etc. Je lui ai dit que je n'avais aucune intention de le garder car moi-même j'ai ma vie, mes études et ma famille donc ce n'est pas aussi le moment pour moi d'avoir un enfant hors mariage. Et il a dit que même en parlant au téléphone, on doit être prudent ».*

Donc ils se sont entendus pour l'avortement et qu'il allait prendre ça en charge dès le lendemain.

Le lendemain, très tôt le matin, il l'a appelée pour lui dire qu'il en a parlé avec un de ses amis médecin, et qu'il la consultera le soir. Il est passé la voir et ils sont allés à la clinique où son ami travaillait, il lui a fait des analyses sanguines et il a confirmé la grossesse. Il a prescrit une ordonnance, ils ont acheté les produits et ils sont revenus le lendemain nuit. Il ne voulait pas en journée car il y avait trop de patients. Son copain lui a dit d'y aller seule le lendemain car il ne veut pas que quelqu'un les croise à la clinique ensemble, il se doutera de quelque chose.

Elle est allée au rendez-vous, il lui a donné un produit à boire et un autre à introduire dans le vagin, elle devait reprendre la procédure chaque 30 minutes et acheter des serviettes hygiéniques car elle allait perdre beaucoup de sang selon le médecin. Après, environ moins d'une heure, elle a commencé à avoir mal au bas

LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE AU NIGER

ventre et à la tête. Son humeur était agressive, elle est allée chez son amie se reposer de peur d'être repérée à la maison. Les douleurs ont continué et le sang a commencé à couler. Elle avait mal partout, elle ne comprenait rien. Elle a appelé son copain pour lui parler des douleurs fortes, et lui aussi a rappelé le médecin qui lui a dit d'aller à la pharmacie lui prendre un anti douleur. Il l'a retrouvée chez sa copine et sa copine est sorti prendre le médicament pour elle, elle a bu et la douleur ne s'est pas arrêtée jusqu'au soir. C'était la même douleur, mais le sang coulait beaucoup.

Le lendemain elle a encore pris les médicaments, de la même façon que la veille, le sang coulait et les douleurs étaient encore présentes. Elle est encore allée chez sa copine. Elles sont restées ensemble toute la journée. Le soir, son copain est venu la voir et il l'a ramenée à la maison, elle était de très mauvaise humeur, elle dit que c'est comme ça depuis qu'elle a contracté la grossesse, le voir la rend nerveuse et dans tous ses états.

Le troisième jour, elle a encore pris les médicaments, de la même façon mais pendant cette journée le sang n'a pas coulé, elle a informé le médecin et il lui a donné rendez-vous le lendemain pour une échographie. Les résultats de l'échographie ont montré qu'il y avait des résidus dans l'utérus et qu'il fallait lui faire un curetage.

Mais un problème se posait car il ne pouvait pas lui faire le curetage dans la clinique, car ce serait risqué si ses collègues l'apprenaient surtout qu'elle n'est pas une femme mariée. Donc, ils ont appelé son copain pour l'informer et ils se sont donné rendez-vous le soir pour en parler tous les 3. Ils ont conclu qu'ils allaient le faire à l'hôtel et le médecin apporterait tout son matériel. Quant à eux, ils devaient acheter une lampe, de l'eau de javel et une nappe en plastique. Elle est allée acheter tout ça le lendemain avec sa copine.

Le soir, son copain l'a déposée à l'hôtel et il est reparti, le médecin l'attendait dans une chambre. Il lui a expliqué que ça allait faire mal donc il allait l'anesthésier. Elle acceptée et elle ne se rappelait pas de grand-chose, elle savait qu'elle avait les jambes écartées et qu'elle sentait un métal en elle, *« comme si on m'introduisait un couteau dans le vagin pour enlever les saletés, c'était pénible, mais je supportais comme c'est la finalité qui compte »*.

Après plus d'une heure, elle a commencé à avoir les idées claires, le médecin lui a dit que c'était fini, il a imbibé un coton de lotion et il lui dit de laisser ça dans le vagin, jusqu'à ce qu'elle rentre et qu'elle prenne une douche. Il lui a prescrit une ordonnance, plus de 7 médicaments différents à boire afin d'éviter toutes sortes d'infections. Son copain est passé prendre l'ordonnance et lui a amené les produits qu'elle a commencés à boire le soir même. Le sang coulait mais pas trop et au bout de 2 jours, il s'est arrêté et elle a continué à prendre ses médicaments pendant 10 jours.

Leur relation à continuer pendant plus de 8 mois, ensuite elle l'a quittée, elle estime *« que les hommes mariés sont une perte de temps. Ils profitent de toi et ils changent du jour au lendemain. J'ai préféré m'en aller »*.

Dans sa famille, personne n'a su qu'elle était enceinte. Elle n'allait pas aux cours, et quand elle a repris, elle avait dit à ses camarades qu'elle était en voyage au village.

Elle estime que tout allait bien entre eux, tous les weekends ils étaient ensemble ou avec un groupe d'amis. Il était attentionné et assez disponible au vu de sa situation matrimoniale (marié). Il lui faisait constamment des cadeaux (portables, bijoux, argent etc.) Ils s'appelaient au téléphone au moins 5 fois par jour et s'envoyaient beaucoup de SMS. Ils avaient beaucoup de projets ensemble (mariage, enfants, voyages etc.) : *« Je me sentais bien avec lui, car on se comprenait beaucoup »*

Puis vint le jour où elle tomba enceinte, elle commença à en vouloir au copain avant même de l'informer pour la grossesse. Elle avait juste envie de lui crier dessus pour décharger sa colère, elle s'en voulait d'avoir eu des rapports sexuels non protégés et elle lui en voulait aussi. *« Alors que c'est de sa faute, il n'aime pas le préservatif, il dit qu'il a du mal à éjaculer, et voilà, les conséquences me tombent dessus. Je dois supporter ça seule, lui il s'en fiche, il n'a de compte à rendre à personne ».*

Alors qu'elle voit tout son monde s'effondrer, elle a donc commencé à le haïr, il voulait souvent être là mais il l'énervait, elle ne voulait pas l'entendre, elle voulait juste se débarrasser de l'enfant. Sinon, elle allait renoncer à ses études et elle serait la risée de sa famille. Elle ne voulait pas de cela. *« Lui il est là à vouloir faire semblant d'avoir mal pour moi, mais je sais qu'au fond ce n'est pas sincère comme il est déjà sûr que je vais avorter, donc il me suis gentiment, il veut juste sauver son foyer. Il m'a dégouté et je voulais juste avorter, me soigner et le quitter ».* Pour elle, la grossesse est la cause de leur rupture, elle a décidé de ne plus sortir avec un homme marié car pour elle ce sont des *« égoïstes et des baratineurs ».*

« Si quelqu'un vient, elles lui disent que cette femme-là, elle a pris 14 comprimés »

GH a 32 ans, mère célibataire d'une fille de 7 ans, elle est coiffeuse et vit avec sa mère et son beau-père. Nous l'avons rencontrée pour la première fois à la MIG où elle été hospitalisée pour un avortement incomplet. Nous avons ensuite cherché à avoir un entretien à domicile avec elle, à sa sortie de l'hôpital. Nous avons été reçus par sa mère qui tenait à nous parler avant d'appeler sa fille.

Sa mère raconte :

« Tout le temps malade, chaque fois qu'elle a le vertige, qu'elle n'a pas la force, c'est ce qu'elle me disait chaque fois. Un jour j'étais couchée ici, elle est venue me dire qu'elle va à un centre de soins qui est à côté ici. Elle m'a dit qu'elle va là-bas pour se soigner. J'ai dit d'accord. Elle est venue, elle est ressortie encore, après elle est venue j'ai l'ai vu avec le truc de perfusion là et avec tout ça là ça ne va pas jusqu'au soir. Quand leur papa est venu je lui ai dit que vraiment GH est malade, qu'elle est partie faire la perfusion mais ça ne va pas toujours, même pour manger elle ne mange pas. Un jour je lui ai dit de retourner encore pour expliquer aux agents de MESSA que ça ne va pas encore. C'est en ce moment-là qu'elle me disait qu'elle n'est pas partie là-bas mais que c'est à côté là qu'elle est partie. J'ai dit ah

LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE AU NIGER

mais tu m'avais dit que tu es partie là-bas pour faire le soin non et tu es revenue ici, qu'est-ce qu'ils t'ont fait là-bas, elle m'a dit qu'elle est partie faire la perfusion seulement et ils l'ont dit de faire l'échographie. Moi j'ai dit "tu as palu et on te dit de faire l'échographie ?" Elle a dit oui.

J'ai dit ça à son papa et quand son papa allait partir au travail il m'a donné 10.000 FCFA de lui donner pour qu'elle n'a qu'à aller faire l'échographie là, sinon elle a dit que si elle touche à son ventre ça lui fait mal que c'est à cause de cela qu'on lui a dit d'aller faire l'échographie. Je lui ai fait la bouillie le matin pour qu'elle prenne et pour avoir la force, elle n'arrive pas, elle vomit, elle n'a plus la force et je lui ai dit de faire tout pour aller là-bas et pour qu'on la consulte et elle n'a qu'à leur expliquer qu'elle ne peut pas tenir pour aller faire l'échographie. Et la fille-là qui est là c'est son apprentie, j'ai dit que la fille n'a qu'à la tenir pour l'amener là-bas. Elle était affaiblie, elle n'arrivait pas à manger parce qu'elle ne mange pas, elle ne fait que vomir elle ne mange pas pendant deux jours. Quand elle est partie là-bas elle est revenue encore, quand elle est revenue elle m'avait dit que la fille lui a dit d'attendre qu'elle a appelé un docteur que c'est le docteur qui la suit, que le docteur avait dit de l'attendre jusqu'à son arrivée. J'ai dit "il va arriver, c'est le docteur qui va t'amener pour faire l'échographie ?" elle a dit oui, j'ai lui ai dit "tu connais le docteur-là ou bien ?" elle dit que c'est l'ami de son copain. Son copain ? Son copain qui ? Et elle a dit qu'il y a un Ibo qui vient chez elle là-bas, c'est son ami, que c'est lui qui a appelé le médecin. J'ai dit "qui t'a donné de l'argent pour aller te soigner ?", elle a dit que c'est le gars qui lui avait donné l'argent ; "c'est quelle histoire ? Je suis là ton papa est là si tu es malade c'est nous qui allons te traiter !"

J'ai dit "il faut te lever maintenant pour aller faire l'échographie", elle a dit non, qu'elle va l'attendre d'abord, jusqu'à vers midi comme ça le monsieur est venu. Il lui a dit de prendre le taxi pour aller à la clinique B. qu'on va lui faire l'échographie. Ils sont partis, la fille-là l'avait accompagnée, ils sont partis. Quand ils sont partis à la clinique B., la fille qui lui avait fait la perfusion ici est venue ici chez moi. J'ai demandé : "ma fille là qu'est-ce qu'elle a au juste ?" Elle a dit qu'elle n'a rien, qu'elle a mal seulement ; "mais elle a mal comment ? Il faut me dire c'est moi sa maman, qu'est-ce qu'elle a au juste, il faut le dire ce qu'elle a", c'est à ce moment-là qu'elle me dit que ma fille est enceinte. J'ai dit "elle est enceinte ?" Elle a dit que un jour elle est venue se coiffer et elle lui a dit voilà son problème et qu'elle ne sait pas ce qu'elle va faire.

Elle, elle lui avait dit de me dire, elle a dit non qu'elle ne peut pas me dire, si elle me dit je vais lui faire sortir de la maison. Elle lui a dit comment elle va faire, elle lui a dit qu'elle va avorter, elle lui a dit non d'attendre de ne pas avorter. Maintenant j'ai demandé à l'infirmière là que ça fait combien de jours maintenant, elle a dit que ça fait 1 mois ou 1 mois et demi quand elle lui avait dit ça et l'infirmière me dit que maintenant ma fille a pris le médicament pour avorter. La fille m'avait dit le nom du médicament mais je l'ai pas dans la tête, elle m'a dit qu'elle a pris 14 comprimés. Directement leur papa c'est un mécanicien, il est au garage je l'ai appelé pour lui dire voilà ce qui se passe et il m'a dit d'aller voir ce qu'ils sont en train de faire là-bas. Que si c'est avortement de ne pas accepter qu'on lui fasse avortement, c'est le papa qui m'avait dit ça, j'ai dit d'accord.

Quand je suis allée à la clinique, je l'ai vue couchée dehors, elle a installé son pagne pour se coucher dessus. Je lui ai dit "qu'est-ce qu'ils t'ont fait ?", elle a dit

qu'ils lui ont fait l'échographie, et le docteur a dit de l'attendre il va revenir. Je suis sortie au dehors pour dire à mon mari que je l'ai vu mais en ce moment elle ne savait pas que je sais et mon mari m'avait dit de ne pas la bousculer. Je suis là-bas le monsieur est venu l'appeler pour lui dire de venir, qu'ils n'ont qu'à aller au dehors. J'ai dit : " aller au dehors pour faire quoi ?" Je les ai suivis et il a dit de ramasser ses affaires pour aller à la maison. J'ai dit d'aller à la maison, qu'est-ce qu'elle va faire à la maison ? Il a dit non que ça va aller, ils vont lui prescrire le médicament et après il va lui amener le médicament à la maison. J'ai dit "qui va lui amener le médicament ? C'est moi sa maman, s'il y a un problème il faut me le dire, c'est ma fille". Il a dit d'accord, si c'est comme ça il va me prescrire le médicament.

Quand il est rentré dans la clinique pour me prescrire le médicament je lui ai suivi jusqu'à aller dans la salle, je l'ai attendu dans le hall, il est venu. Quand il est venu il m'a dit d'aller au dehors c'est en ce moment que je lui ai dit que je sais tout ce qui se passe, elle est enceinte non ? Il voulait parler j'ai dit "non, je suis sa maman si quelque chose lui arrive maintenant, c'est à moi", et s'il y a quelque chose il n'a qu'à me le dire il ne faut pas qu'il me cache. Il m'a dit que voilà c'est ça, qu'elle est enceinte et le bébé se porte très bien, voilà elle a pris un comprimé et que le comprimé qu'elle a pris là c'est trop c'est pourquoi quand ils ont fait l'échographie-là le bébé rien ne l'a touché, que c'est l'effet du comprimé qui l'a fait mal comme ça, qu'il va nous prescrire le médicament et si elle commence à utiliser le médicament la douleur va se calmer. Il m'a donné l'ordonnance, on a payé l'ordonnance et elle a commencé à prendre mais la douleur ne se calme pas, ça augmente toujours et tout ce qu'on lui donne même si c'est de l'eau elle va vomir jusqu'à elle est devenue faible, faible, faible. Je l'ai gardée jusqu'au lendemain, ça ne va pas jusqu'à midi comme ça, je lui ai dit d'appeler son copain ils n'ont qu'à venir la ramener à la clinique. Elle ne l'appelle pas et moi-même j'ai pris le numéro du gars chez elle, j'ai appelé son copain et je lui ai dit voilà ce qui se passe qu'il n'a qu'à venir tout de suite là pour l'amener à la clinique. Il m'avait dit qu'il va venir et je lui ai dit de venir avec le médecin de la clinique là-bas là. Quand ils sont venus ensemble le médecin ou l'infirmier là m'avait dit qu'ils vont lui faire perfusion, qu'il va acheter les produits et il va lui faire perfusion que si on lui fait perfusion ça va aller. J'ai dit d'accord. Mon mari m'a dit non si ils vont lui faire la perfusion à la maison et si quelque chose va lui arriver ça va lui causer des problèmes, comme c'est problème d'avortement vaut mieux de l'amener à la clinique, s'il y a un problème là-bas ils sauront comment gérer ça. Et je l'avais dit et il n'a pas nié et il a dit si c'est comme ça il va l'amener.

Et on l'a amenée à la clinique B, c'est de là qu'on m'avait appelée que quand ils sont partis à la clinique, qu'ils ont vu le gynécologue et il a dit mieux vaut l'amener à la maternité Gazobi, de là ils vont la suivre de près mieux que la clinique B. C'est là qu'on l'avait amenée là-bas. Moi je n'étais pas avec eux. Elle était avec son copain et avec la fille d'une sœur à moi. A la maternité Gazobi, moi je pensais que c'est quelque chose de deux jours qu'on va nous relâcher, c'est arrivé là-bas que j'ai vu que ce n'est pas quelque chose de deux jours, c'est en ce moment-là qu'on était resté là-bas et qu'on lui fait des traitements, des antibiotiques et autres là, mais ça ne va pas toujours, et les maux de ventre là ça s'aggrave toujours. Si on lui fait la perfusion ça va calmer mais quelque temps après ça revient et elle ne mange pas et jusqu'au jour où on va lui faire curetage là elle est devenue faible, faible, elle n'arrive même pas à se tenir debout, elle est couchée par terre comme ça et elle a dit qu'elle sentait la douleur dans son corps, qu'elle cherche la fraîcheur. Je sais pas ce que je vais dire, je ne sais pas si c'est Dieu qui a fait venir le Professeur là ce jour-là, je suis restée avec mes sœurs à la porte du Professeur, moi tous les médecins que je vois je

LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE AU NIGER

les salue. Je l'avais salué bonsoir docteur, il m'avait dit est ce que ça va ? j'ai dis ça va mais ça ne va pas. Et je lui ai dit que voilà c'est comme ça que ma fille a fait une tentative d'avortement ; moi je ne cache pas il faut dire la vérité, que ma fille a fait une tentative d'avortement mais jusqu'à présent ça ne va pas, ça ne s'améliore pas et la douleur s'aggrave de jour en jour, je ne sais pas ce qui se passe et il m'a dit d'attendre il arrive.

Il est parti rester dans son bureau je ne sais pas s'il travaille là-bas ou pas, après il est revenu et elle aussi elle était partie à la douche, elle est revenue je lui ai dit la voilà. Il l'a amenée là-bas et c'est seulement après on m'a donné l'ordonnance pour aller payer et c'est après qu'il m'a dit que maintenant ça va, qu'elle a risqué sa vie, que ça va. Je ne sais pas ce qui s'est passé après encore, c'est comme ça on était resté là-bas, ils nous ont prescrit les médicaments et on l'utilise jusqu'à ce qu'on nous a relâché le jour-là. Elle était restée ici au niveau des urgences après on l'a amenée à la salle d'accouchement et c'est là qu'on est resté jusqu'au jour ou on nous a relâché. La veille de son avortement là la boule de sang sort comme ça jusqu'à ce que son pagne et son habit tout est gâté. Après quand on l'avait demandé elle a dit qu'elle a peur de moi ,que j'allais la faire sortir, c'est à cause de ça qu'elle a pris les médicaments pour se faire avorter.

Le copain quand on l'a appelé il a dit qu'il ne sait pas qu'elle est enceinte jusqu'à ce qu'elle veuille se faire avorter. Avec tous les conseils qu'on lui donne là, elle n'est pas une petite c'est ce qui m'étonne ou bien il y a quelque chose qui la bloque. N'importe quel sujet, même si tu l'appelle maintenant pour la conseiller, si tu as commencé ça elle va recevoir jusqu'à un certain niveau et elle peut se lever ou bien elle peut commencer à te lancer des sales mots. Même si tu veux blaguer avec elle maintenant, si c'est parmi les gens si tu ne fais pas attention elle va te faire honte. Le conseil qu'on lui donne, on lui dit qu'ici ce n'est pas comme au pays (Togo) où tu peux rester n'importe où pour causer avec les hommes. Si un ami vient chez toi, tu peux l'amener à la maison pour nous saluer après vous pouvez aller quelque part pour causer. Mais elle ne nous écoute pas, on lui avait dit plusieurs fois. On lui a dit s'il y a quelqu'un de sérieux et s'il va faire quelque chose de sérieux avec elle on va savoir. Si la personne a refusé de venir à la maison c'est que la personne ne va pas faire quelque chose de sérieux avec elle. Mais elle ne voulait pas. Son papa lui il est quelqu'un s'il t'a conseillé, conseillé, tu n'entends pas, il ne va pas te garder rancune il ne va rien te dire, il va s'amuser avec toi, il va dire que tu es en train de faire de l'expérience. Si tu as vu les conséquences, si c'est bon, c'est bon et si ce n'est pas bon tu reviens en arrière. Lui il est comme ça, il cause bien avec elle, il s'amuse avec elle. Moi, si elle veut elle m'adresser la parole si elle ne veut pas elle m'adresse pas la parole. Je lui ai dit si elle ne cesse pas elle va prendre la grossesse encore et je la fais sortir de ma maison, elle va aller directement chez le propriétaire, celui qui l'a enceinté, elle va aller chez le père de l'enfant, elle ne veut pas mais elle va aller, je lui avais dit ça.

La pilule ? Non ça ne m'est même pas venu à l'esprit parce que moi-même je n'ai jamais pris ça, depuis que je me suis mariée j'ai cherché enfant en vain. Paix à son âme docteur GazobiI ; c'est lui qui m'a traité, il m'avait même proposé qu'il va me faire la petite opération-là et ça n'a pas duré, lui-même il est tombé malade et il est parti, c'est lui qui m'avait traitée. J'ai fait le traitement ici, au Togo jusqu'à aller au Ghana, j'ai fait le traitement je n'ai pas eu, je n'ai jamais avorté dans ma vie et je n'ai jamais pris des pilules dans ma vie, ça fait que ça n'est pas dans mes idées pour

que je la conseille, vous voyez ? Là peut-être c'est moi qui a fait erreur, peut-être je ne sais pas comment je vais dire. Moi ce que moi je ne voulais pas nécessairement notre rencontre, la rencontre entre vous et moi mais entre ma fille et vous, s'il y a quelque chose qui va la faire changer quoi. Ce que j'ai peur maintenant, c'est qu'elle va continuer à aller toujours chez le gars, je ne sais pas comment je vais dire, elle va faire encore cette bêtise-là, sinon ce que moi j'ai dans mon idée maintenant, j'ai dit si son papa est venu on va parler ensemble, je vais la retourner au pays, je vais la faire retourner au pays.

HG raconte à son tour

Mon copain a 26 ans, c'est un commerçant au grand marché. Je ne prends pas de pilule, comme les gens parlent que les pilules ne sont pas bonnes. Hier je suis allée chez ma grande sœur là, elle m'a dit si elle boit ça, là elle a mal ici. Il y a une fille que quand j'ai quitté elle m'a dit quand je vais revenir elle va m'amener là où on donne ça. C'était 10H comme ça et je suis restée jusqu'à 13H et j'ai quitté. Quand j'ai quitté je suis partie là-bas pour la voir on m'a dit qu'elle est partie manger. J'ai attendu jusqu'à ce que ma maman soit venue donc je suis partie. Pour mon avortement, j'avais pris le Cytotec. C'est ma copine qui m'a donné. Je ne lui ai pas parlé de ça, elle a dit qu'elle connaît quelqu'un qui vend des médicaments comme ça. Je lui ai donné l'argent et elle est partie pour l'acheter à 20 000 FCFA. Quand elle m'a amené le médicament, c'était vers 18H 30 comme ça, elle m'a dit d'attendre jusqu'à 19H pour commencer. Donc si je commence à 19H je prends un comprimé, à 20H un autre comprimé, à 21H un autre comprimé jusqu'à 2H du matin ça va finir ou quoi là. Moi j'ai commencé à 19H, 20h, 21H, c'est en ce moment que je sens des douleurs, de maux de ventre, j'ai dit que je vais laisser, donc le lendemain encore je vais continuer encore, je vais laisser encore, après le lendemain encore, je vais finir en trois jours comme ça. Je n'ai pas dit à ma mère, elle est compliquée. Moi je la voulais (la grossesse) quand c'est arrivé, mais je n'ai pas cherché. Ce n'est pas que j'ai fait ça pour l'avoir ou bien que j'ai fait ça que je vais enlever ça. Moi je connais mes parents un peu, parce que ma maman là je la connais un peu. Parce que le jour où je suis venue à Niamey elle m'a dit, peut-être elle a oublié, mais moi je n'ai pas oublié, elle m'a dit si jamais je prends une grossesse encore elle ne va pas m'aider, elle va me sortir de la maison. Donc comme c'est venu, je me suis dit si je l'enlève c'est mieux parce que je sais que la première grossesse que j'ai faite je sais comment je souffre, donc c'est pourquoi j'ai dit le deuxième là je vais verser, c'est pourquoi j'ai enlevé ça. Ma méthode pour ne pas tomber enceinte, c'est de compter les jours. Des fois je compte, des fois j'oublie. Des fois c'est la paresse quoi, des fois je prends le cahier après je me dis il faut laisser ça. Je l'ai appris à l'école et des fois je suis avec mes grandes sœurs là, en ce moment j'étais petite, comme elles sont grandes, on est ensemble, quand elles faisaient donc je regarde, des fois elles me donnent les conseils et elles me disent ça là, ça là c'est comme ça. A la maternité, tu sais même pour le travail (accouchement) si tu n'as pas l'argent ou bien tu es un peu pauvre là, on ne peut pas te regarder comme la personne qui est riche, est ce que tu comprends. Il y a d'autres qui sont venues, elles sont gentilles avec elles, il y a d'autres qui sont venues, elles ne sont pas gentilles avec elles. Si tout le monde vient pour montrer les dossiers là, elles disent que moi j'ai pris 14 comprimés. Si quelqu'un vient elles lui disent que cette femme-là, elle a pris 14 comprimés. »

**« J'ai quitté un foyer et je ne dois pas avoir un enfant hors mariage »
(femme divorcée)**

CD est divorcée depuis 7 ans. Elle a 3 enfants, 2 filles et 1 garçon. Elle vit chez ses parents avec les enfants mais elle est actuellement à la recherche d'une maison afin d'être indépendante. Elle est agent de santé, vendeuse en pharmacie.

Son IVG date d'il y'a 4 ans à peu près selon ses calculs. Les raisons pour lesquelles a avorté : *« J'ai quitté un foyer et je ne dois pas avoir un enfant hors mariage. Cela donne une mauvaise image, surtout que j'ai une grande fille ».*

Elle a eu un retard d'une semaine sur ses menstruations. Ensuite, elle est allée faire un test de grossesse à la clinique qui s'est avéré positif. Elle était aussitôt paniquée, stressée. Elle avait essayé de se faire avorter sans le dire à son copain, car elle avait peur qu'il ne la prenne pour une irresponsable.

Après maintes réflexions, elle est allée voir un ami médecin en qui elle avait confiance. Elle lui a tout expliqué, il l'a consultée et il lui a recommandé un ami à lui, médecin aussi. Avant même son arrivée chez le médecin, il était au courant qu'elle venait donc il lui a fait directement une échographie qui a montré une grossesse de moins de 2 mois. Ensuite, il lui a prescrit une ordonnance, c'est à ce moment qu'elle a informé son copain de la grossesse et des médicaments à acheter. Il lui a donné 50 000 FCFA pour les produits et 50 000 FCFA pour le médecin.

Elle a payé les produits et le médecin lui a montré la posologie mais sur place, il lui a donné 1 comprimé à boire, 1 autre à mettre sous la langue et 1 autre à été introduit dans le vagin. Ensuite, elle est rentrée chez elle, et les douleurs avaient déjà commencées au niveau du bas ventre, le saignement avait débuté. Les douleurs étaient intenses et insupportables. Elle ne devait en aucun cas prendre un anti douleur ou une boisson froide. Les boissons doivent être chaudes. Elle était couchée toute la journée, elle saignait, elle avait changé 3 fois ses couches. *« Les douleurs étaient 3 fois plus fortes, j'ai plus ou moins dormi, mais pas beaucoup quand même »*

Le lendemain, 2^{ème} jour du processus, le saignement s'est arrêté, elle a appelé le médecin qui lui a conseillé de reprendre le même procédé que la veille. Elle l'a fait et le saignement a repris son cours, avec les mêmes douleurs que le premier jour.

Le 3^{ème} jour, elle a encore repris le même traitement, elle avait alors une envie de faire la diarrhée, elle est alors allée aux toilettes, elle gémissait, elle poussait des cris et en même temps le fœtus est tombé, elle l'a su automatiquement car elle est agent de santé. Elle était enfin soulagée, elle disait qu'elle avait ressenti comme un poids qui était descendu de sa tête. Mais, elle ne l'a pas dit à son copain, elle a attendu qu'il vienne le soir la voir, pour le lui dire. Après la chute du fœtus, elle a continué à saigner pendant 2 jours, après c'était fini, le saignement s'est arrêté. Et elle a commencé à prendre la pilule contraceptive Sutura.

Il l'appelait tous les jours pour prendre de ses nouvelles, il voulait qu'ils gardent le bébé dès le début et il voulait prénommer l'enfant Mahamadou du nom

de son père. Mais elle a refusé compte tenu de tout ce qu'il y a comme problèmes suite à une grossesse hors mariage.

Elle mentionne qu'elle et son ex-copain étaient très amoureux, il aimait beaucoup ses 3 enfants qu'elle avait de son ex-mari. Il venait les chercher pour les amener dans un restaurant ou bien dans un centre de jeux. Il avait leur numéro de téléphone et il passait souvent par eux pour la joindre au téléphone. C'était un homme politique très riche mais sa fortune importait peu pour elle. Ils se voyaient presque tous les soirs. Ils avaient des relations sexuelles à tout moment dès que l'envie leur passe par la tête. Il avait promis de l'épouser et de l'amener vivre à Zinder avec ses 3 enfants.

Quand elle est tombée enceinte, son copain voulait qu'ils gardent le bébé mais elle non. Elle dit qu'elle a une grande fille et aux yeux de la société c'est très mal vu. Elle ne voulait pas faire honte à son entourage comme elle est mère de famille et responsable. C'était une décision qu'elle a prise elle-même et pour son bien. Mais avec le temps comme elle a vu que le copain n'avait pas l'intention de l'épouser, elle a commencé à se détacher de lui petit à petit. Donc ils se sont séparés en bons termes mais elle dit que même actuellement il veut la reconquérir mais elle n'est plus intéressée car elle ne veut pas perdre son temps. *« Je ne suis plus une adolescente et je ne veux pas perdre mon temps derrière des amourettes ».*

« Comment se fait-il que tu vives avec une femme qui avorte chaque fois qu'elle tombe enceinte ? Ici, les enfants sont notre richesse, toi tu enlèves ça volontairement et pour la troisième fois ! » (homme marié)

MBD a une quarantaine d'année, il raconte.

« Vous savez l'exemple que j'ai pris, je parlais de quelqu'un d'autre, mais il s'agissait en réalité de moi. C'était ma première femme et on est du même village, au Burkina. Moi, j'ai quitté pour aller en Basse Côte, c'est une expression qui signifie aller à l'étranger. Dans ma famille, j'ai cinq grandes sœurs, je suis le benjamin et le seul garçon. A l'âge de 18 ans, elles m'ont demandé de me marier et j'ai refusé. A l'âge de 19 ans aussi, c'était pareil. Quand j'ai eu 20 ans, deux de mes sœurs qui avaient vraiment les moyens m'ont signifié qu'elles vont me soutenir. Mais je me voyais trop jeune. Et comme le petit frère de mon oncle était en Côte d'Ivoire, c'est même l'une de mes sœurs qui a financé mon transport pour la Côte d'Ivoire. Arrivé là-bas, j'ai commencé l'apprentissage en soudure. Trois ans après, ma sœur tient toujours à ce que je me marie. Et elle a pris une femme au village en mon nom. A ce moment, il n'y avait pas de portable. Elle m'a écrit en me demandant de venir chercher ma femme. J'ai refusé. Elle a gardé la femme avec elle pendant un an et comme elle a vu que je ne venais toujours pas, elle a payé le transport pour l'amener elle-même. Et comme, c'est ma grande sœur, même père, même mère je ne pouvais pas refuser. Mon oncle m'a demandé ainsi de laisser l'apprentissage en soudure. Il m'a amené sur les sites aurifères et uranifères. Mais là-bas, c'est comme de la loterie, on peut travailler sans rien gagner comme on peut aussi avoir des millions en un rien de temps. Durant les deux premières années de vie commune, on ne trouvait

LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE AU NIGER

qu'à manger. Le temps était si dur que j'avais songé à ramener ma femme au village. Mais entre moi et ma grande sœur, ça serait quelque chose.

Comme je ne pouvais rester en ville avec ma femme, sans boulot, j'ai amené ma femme chez un beau-frère, dont l'épouse est la grande sœur de ma femme, même mère, même père. Et moi, je suis retourné sur le site aurifère. Deux ans après, ça ne marchait toujours pas et je suis rentré en ville où on me dit que le vieux a besoin de moi au village. J'ai dit que je ne peux pas rentrer au village sans rendre visite à ma femme car elle est ici en Côte d'Ivoire, loin de moi. Et c'est comme cela, je suis parti voir ma femme. Mon beau-frère a promis de me chercher du travail et on est resté en ville. Ma femme et sa sœur faisaient de la restauration. Ma femme vendait des beignets dans un centre universitaire et sa sœur recevait les clients à la maison, avec du « atchéké » et du poisson. Et ça marchait bien. C'est dans ces circonstances que ma femme était tombée en grossesse. Et comme moi, je n'ai pas encore commencé à travailler, ma femme en complicité avec sa sœur, sont parties voir une femme de l'ethnie Djacouba. Tu sais en Côte d'Ivoire, il y a plus de soixante ethnies. On fait ça avec le traditionnel, les feuilles des arbres. On n'a pas besoin d'aller voir un médecin. Après s'être purifiée, la grossesse se verse directement.

Donc, elle a commencé à se purifier avec ça. Et comme je ne travaillais pas, le jour j'étais à côté de sa grande sœur qui vendait son « atchéké ». Elle rigolait en m'expliquant que ma femme est enceinte mais elle veut avorter. Après ma femme est rentrée dans la douche et c'est sorti comme de l'eau. Lorsqu'elle est sortie, elle a dit à sa grande sœur qu'elle est libre. Tu sais sa grande sœur dominait son mari qui est un grand frère à moi. Son papa et le mien sont de même père. Et si j'informe mon grand frère, ça va devenir une grande bagarre. Bon moi, j'ai laissé, je n'ai rien dit. Entre temps, elle est tombée encore enceinte une deuxième fois et elle a essayé d'avorter une deuxième fois. Elle a utilisé la même formule traditionnelle, ça n'a pas marché. Un jour, elle a pris des comprimés de nivaquinine, jusqu'à neuf. Elle était tombée évanouie. On l'a prise et on l'a fait coucher dans la chambre. Quand j'étais de retour, sa grande sœur m'a dit ça. Un jour, sa grande sœur me racontait, qu'elle a fait un rêve où elle a vu mon père. Elle disait n'avoir rien compris de tout ce que mon père lui disait, mais qu'il était très nerveux. Elle a compris par-là, que l'avortement à l'œuvre ne serait pas facile. Elles ont finalement abandonné leur projet. Elle a accouché à la maison mais l'enfant est né prématuré. C'était une fille. Mais une semaine déjà après, elle a commencé à abandonner l'enfant à la maison pour sortir. Parfois, elle vient retrouver l'enfant qui roule et tombe par terre. C'était en 1988. C'est dans ces conditions que l'enfant a survécu. Elle a 26 ans cette année. Elle est à Ouaga présentement. En Août 1990, mon patron qui devait aller en congé m'a donné aussi deux semaines de congé. Je suis rentré à Niamey. Je leur ai envoyé de l'argent pour qu'elles viennent à Bobo et comme ça on rentre ensemble. Elles sont venues et on est rentré ensemble. En ce moment, l'enfant marchait. On est rentré au village où je les ai laissées avant de revenir à Niamey. Mon patron m'a appelé en me disant de profiter avec un chauffeur va venir chercher ses bagages pour rentrer à Abidjan.

C'est comme cela que j'ai quitté le 26 Septembre 1990 pour Abidjan. En ce moment, elle était au village et c'est après que je lui ai envoyé le transport pour qu'elle me rejoigne. Je dormais certes chez mon patron mais chaque fois elle vient chez moi. Notre fille avait 3 ans mais elle me disait qu'elle n'est pas prête pour faire

un enfant. Je lui ai demandé pourquoi et elle m'a dit que même si elle contracte une grossesse, elle va avorter. Comme elle a déjà assez d'expériences. Je lui ai dit que si elle tombe enceinte et qu'elle avorte ; elle rentre chez ses parents. Elle a par après contracté une grossesse et elle ne l'a pas touchée. Elle a accouché le 17 février 1992. C'était un garçon qui doit avoir actuellement entre 21 à 22 ans. Entre temps, mon patron a été affecté au Mali, je les ai laissés à Abidjan avant de suivre mon patron. Je suis revenu à Abidjan pour un congé le 10 Avril 1994, pendant la période du génocide au Rwanda. Avant de finir mon séjour, elle est tombée enceinte, mais moi je ne savais pas. J'ai fini mon séjour et je suis retourné sur mon poste jusqu'en 1995 où on nous a réaffecté à Abidjan sur la voie de Yamoussoukro. Je leur ai écrit pour leur dire que je suis dorénavant à Abidjan et c'est à la fin du mois que je vais rentrer. A la fin du mois, je suis rentré un samedi. Et comme Yamoussoukro-Abidjan fait 245 km et le transport était à 1 500 FCFA, je rentrais tous les mois. Je paie mon loyer, je leur donne de quoi manger et je retourne le dimanche.

Après 8 à 9 mois, on nous a affectés à Bondoukou sur la frontière Côte d'Ivoire-Ghana. Ce nouveau poste est à 400 km d'Abidjan. Et c'est là qu'un jour j'étais à Abidjan et qu'elle m'a dit qu'elle était tombée en grossesse mais qu'elle a avorté. Je lui ai demandé le pourquoi et elle m'a dit que ça la gênerait car ça lui empêcherait d'aller vendre et c'est pourquoi elle a fait ça. Mais si elle ne m'avait pas dit ça, je ne l'aurais pas su parce que j'étais parti au Mali depuis 1994 pour ne revenir qu'en 1995. Mais un jour elle m'a dit qu'elle a avorté parce qu'elle était complexée du fait qu'elle est tombée enceinte en mon absence. Elle me disait qu'elle se trouvait dans la même maison avec mon grand frère et sa femme. Et elle a avorté pour éviter les reproches des gens. Et c'était déjà fait.

En 1998, elle a eu une grossesse. C'était un garçon, mais elle n'a pas essayé d'avorter. L'enfant avait souffert d'une hernie : un côté de ses testicules n'était pas visible. Et c'est à l'âge de 2 ans 10 mois qu'il a eu une anémie. On l'a amené à l'hôpital où j'ai dépensé plus de 80 000 FCFA. Comme mon argent est fini, l'enfant aussi est décédé. Après elle est tombée enceinte. Elle a eu un garçon qui est encore là. Bon, je ne sais pas si elle a essayé de l'avorter ou pas. En tout cas, elle ne m'a rien dit. Si tu voyais l'enfant, il n'était pas malade, mais ça n'allait pas. Bon après, l'enfant a récupéré au point où si tu le vois, tu es content de lui. Après Lucien, elle a eu une fille. Je dormais par moment chez mon patron à cause de l'éloignement et c'est seulement le samedi que je rentrais pour le week-end. Comme, je laissais ma femme seule à la maison avec nos deux enfants plus le bébé. Mais je lui ai toujours dit de ne pas dormir sur le même matelas avec le bébé et les autres grands enfants qui dorment mal. Le 5 août 2005, mon voisin m'a appelé à 6h du matin pour me dire de venir voir mon enfant qui est malade. Je lui ai dit comment l'enfant est malade et on ne m'a pas dit ça depuis la nuit. Il avait l'âge de 3 mois. Je lui ai posé la question, comment l'enfant est mort. Elle est restée bouche bée. Et je lui ai dit que lorsque je lui disais de ne pas dormir avec les enfants, elle me disait que Dieu est grand, rien ne va se passer.

Un jour, j'ai appelé mon patron qui était encore à Ouaga. Il m'a fait un transfert d'une enveloppe de 200 000 FCFA par l'intermédiaire d'une femme sur présentation de ma pièce d'identité. Elle me disait que c'est les frais de transport pour rejoindre mon patron à Niamey. J'étais rentré à Niamey presque en même temps que mon patron. J'ai aussitôt commencé le travail. Et chaque mois, j'envoie 75 à 80 000 FCFA à ma famille laissée à Abidjan : ma femme et mes trois enfants,

LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE AU NIGER

P., A., puis L. Vu les dépenses, j'ai fait la proposition à mon patron d'amener ma famille à Ouaga pour que je puisse la rejoindre facilement le week-end. Il a approuvé en disant que c'est une bonne idée. C'était en 2006. Je les ai appelés pour leur dire que je vais rentrer le 23 décembre, comme on devrait fermer le chantier pour les fêtes de Noël et de fin d'année. Et comme on avait un véhicule de Satom, on avait quitté le 20 au lieu du 23 décembre. Pour elle, elle n'avait pas vu ses règles jusqu'au 21 et si je serai là le 23 décembre, elle a déjà vu ses règles. Je suis rentré à la maison le 21 ; elle m'a dit que son cœur a coupé. Les enfants, eux étaient très content. Le même jour quand on s'est couché, elle m'a dit qu'elle ne veut plus faire d'enfants. Je lui ai dit que c'est Dieu qui donne et s'il te donne, tu ne peux plus refuser. Je lui ai demandé pourquoi elle ne veut plus faire d'enfants. Elle m'a dit qu'elle en a trois et qu'elle a perdu deux. Mon congé a duré jusqu'au 2 janvier où, j'ai quitté le soir. J'ai repris mon travail le 5 janvier. Je tenais tellement à eux à tel point où je ne peux pas faire 2 jours sans les appeler afin d'avoir leurs contacts. Après mon départ, elle n'a pas vu ses règles et elle a su qu'elle était enceinte.

C'est le 4 février, dans une conversation téléphonique, elle me signifiait qu'elle était enceinte car elle vomissait et qu'elle ne pouvait pas manger. Je lui ai dit que c'est une bonne chose et elle m'a dit qu'elle ne va pas garder la grossesse. Ce jour-là, je n'avais pas eu l'esprit tranquille au travail. Je n'avais pas dormi cette nuit malgré que je monte à 5 heures pour aller faire du café au patron. Je me suis rappelé de ces interruptions de grossesse depuis 1987 avant de voir la gravité de son acte. Et ça m'a choqué. Je savais que comme elle a dit ça, elle va le faire. Je me suis dit que comment après avoir couché sur un enfant qui a fini par mourir, elle se permet d'avorter encore sa grossesse pour la troisième fois. Et elle m'a déçu en même temps. J'ai aussitôt pensé que Dieu me donne une autre femme pour oublier celle-là. Plus de 8 mois, je ne me suis pas intéressé à la femme sur mon lieu de travail. Je ne m'intéressais qu'à mon travail. Les gens m'ont fait de tas de reproches à ce propos. Certains sont allés jusqu'à me qualifier d'impuissant.

J'avais un collègue de Lamordé qui m'a dit un jour qu'il a eu une femme pour moi. Il m'a remis le numéro que j'ai composé. On a causé avant de se donner rendez-vous. C'était février et on s'est donné rendez-vous le 1er mai 2007. A la fin de 2007, je suis retourné en décembre et c'est en ce moment elle est rentrée dans tous les détails. Or il se trouvait que moi, j'étais déjà avec une autre. Je ne tenais plus à elle quoi. Elle m'a dit comme d'habitude ; que c'est la grossesse qui l'a dérangée. Avant de rentrer, il y avait un collègue qui était rentré à Ouaga. Je lui ai remis 200 000 FCFA pour qu'il remette à ma femme. Dans cette somme, elle pouvait quitter Ouaga pour aller au village car depuis qu'elle est rentrée d'Abidjan, elle n'est pas allée au village. Elle m'a signifié que les 200 000 FCFA sont peu et qu'elle ne peut pas voyager dedans. Je lui ai dit tant pis. Elle s'est débrouillée pour aller. De Ouaga à notre village, le transport fait 5000 FCFA. Et avec un sac de riz, une bouteille de gaz, 5 à 10 000 FCFA de condiment pour les enfants. Avec 100 000 FCFA, elle peut aller au village revenir. Moi j'ai refusé de lui donner quelque chose de plus. C'est en ce moment, elle a avorté et l'enfant est mort. Rentrée au village, elle était paralysée car l'enfant s'était déjà formé lorsqu'elle a pris le médicament. Elle est restée là-bas jusqu'au jour où elle est retournée à Ouaga.

En décembre 2007, quand je l'ai rejointe, je lui ai demandé d'après sa grossesse dont elle m'a parlé et elle a dit ce n'est pas resté. Et j'ai dit tu as enlevé encore. Elle a souri avant de rentrer dans tous les détails. Elle m'a complètement

découragé. Comment se fait-il que tu vives avec une femme qui avorte chaque fois qu'elle tombe enceinte. Ici, les enfants sont notre richesse, toi tu enlèves ça volontairement et pour la troisième fois alors qu'il y en a qui cherchent, mais qui n'ont pas. Bon, on est resté durant tout le temps que mon congé a duré. Et avant de quitter, elle est tombée enceinte. Elle ne m'a pas dit et je l'appelle chaque fois, elle ne me dit rien. J'ai appelé ma grande sœur qui m'a dit qu'elle va venir passer une à deux semaines avec elle à Ouaga. Tous les jours, elle se bagarre avec ma grande sœur. Elle ne veut pas la voir chez moi. Quand ma grande sœur était venue, elle était enceinte. Pendant ce temps, je me suis marié à Agadez à une autre femme ; celle avec qui je suis présentement. Je l'ai fait venir et on était logé à Lamordé. Ma grande sœur est venue chez nous. Je lui ai expliqué ce qui s'est passé. Elle est assise et elle a commencé à couler des larmes. Or quand ma grande sœur est allée chez moi à Ouaga, ma femme que j'ai laissée là-bas a utilisé les mêmes médicaments pour avorter. Quand elle a enlevé, elle a appelé ma grande sœur qui est partie voir ça dans la chambre. C'était le quatrième avortement.

Depuis 2007, je ne me suis plus encore intéressé à elle. Je lui envoyais seulement les frais de loyer jusqu'en 2009 où elle est venue à Niamey avec les enfants. J'étais au service, les enfants m'ont appelé. Ils sont venus trouver ma deuxième femme à la maison. Elle m'a demandé de la renvoyer, j'ai refusé. Elle m'a dit que si je ne le fais et si jamais je vais au service, elle mettra ses bagages à la rue. En ce moment, j'étais à Nogaré. Devant cette menace, j'ai demandé à ma deuxième femme d'aller chez son grand-frère qui vivait à l'aéroport. Ma belle-sœur m'a dit pourquoi j'ai marié sa sœur si je ne peux pas la garder. Elle a emporté tous ses bagages. Et la première m'a demandé pourquoi je l'ai laissée partir avec tout ce qu'il y a dans la maison. Je lui ai dit que si elle l'a trouvée, c'est que c'est moi qui l'ai fait venir et ensuite, c'est pour elle, tous les bagages qu'elle a emportés. Depuis ce jour, je sors chaque jour après leur avoir laissé les frais de condiment mais je ne rentre que le soir. Un mois après, elle me dit qu'elle va rentrer à Ouaga comme je ne la touche pas. J'ai payé les tickets et c'est seulement les deux grands enfants qui sont partis. Elle, elle est restée avec le plus petit. Elle a fait tout pour que je couche avec elle. Dès que je me couche, je m'endors. J'ai déjà pris ma décision. Elle a décidé finalement de rentrer à Ouaga. Je lui ai remis ses frais de transport. C'était en 2009 et jusqu'à présent on ne s'est pas vu encore. »

Ces cinq tranches de vécus d'avortement qui viennent d'être présentées ont été volontairement longues pour donner les détails nécessaires à la compréhension des choix des personnes concernées et de la pression des contraintes auxquelles elles ont été confrontées.

Quelques remarques

Les peurs qui déterminent les décisions d'avorter

On note la recherche active de moyens pour avorter. Si visiblement, la femme/fille semble avoir toutes les cartes en main pour décider du sort de la grossesse, en filigrane ce choix est surtout déterminé par d'autres paramètres : la peur de la famille et l'humiliation que celle-ci connaîtrait avec la poursuite de la grossesse ; la peur de devoir assumer un enfant hors mariage ; la peur d'être rejetée ; la peur de compromettre un projet de vie. Même dans le cas où l'on souhaite garder une grossesse non prévue, ces peurs viennent inhiber ce désir enfoui. En clair, les catégories émotionnelles sont à leur paroxysme dans la mesure où les liens familiaux et au sein des couples sont mis à rude épreuve. Aussi l'avortement est vécu comme un moment de détresse pour les jeunes filles et de désespoir pour leurs parents (les mères en particulier lorsqu'elles sont au courant). Parfois c'est le sentiment de culpabilité qui apparaît, lorsqu'on n'a pas eu la capacité de négocier un moyen contraceptif avec le partenaire (le préservatif). Parfois, il faut souligner que la capacité de résistance des jeunes filles est bien faible face à des hommes matures mariés. A ce sujet une interlocutrice s'indigne :

« Mais qui va avec les filles là, ce n'est pas les jeunes gens qu'on voit, on les accuse, c'est les gens qui ont l'argent, les inconscients, les pères de famille inconscients, mais c'est eux, toute celles qu'on a reçues ce mois on ne m'a jamais dit que c'est un lycéen, se sont en général ces inconscients et ils se sauvent, ils ont profité de la fille. » (Professionnelle de la santé à la retraite)

Parfois, c'est le sentiment d'irresponsabilité qui accable une femme divorcée en raison de sa maturité et de sa maîtrise supposée de sa fécondité.

Dans toutes ces conditions, dans bien des cas, l'épreuve de l'avortement est traversée dans la solitude.

Le risque de grossesse est peu géré, surtout subi

Les femmes qui témoignent n'avaient pas vraiment un plan de contrôle de leur fécondité, même si elles n'avaient pas un projet immédiat de grossesse. Les moyens mobilisés au niveau individuel ne sont pas à la hauteur des risques encourus. Et c'est un peu comme à la loterie, où l'échec est réparé par la mobilisation d'une autre carte, l'avortement. Ce manque de planification dénote des besoins non satisfaits en PF, qui relèvent des programmes nationaux mis en place. Il montre aussi les difficultés d'une action publique à vouloir contrôler un domaine de l'intime en pleine mutation, où s'affirme de plus en plus une différence entre normes de sexualité et normes de fécondité. En effet, la plupart de nos interlocuteurs témoignent d'une sexualité basée sur le plaisir et le sentiment amoureux, et où l'enfant n'est qu'un projet à moyen ou long terme.

Le désaveu de paternité vs le déni de maternité

On a souvent associé aux parcours d'avortement une absence des partenaires masculins, qui exprimerait parfois un désaveu de paternité. Ces derniers influent dans la décision d'avortement et cela se passe parfois dans le conflit. Même s'il arrive qu'ils accompagnent les parcours d'avortement, cet accompagnement est mitigé aux yeux d'une jeune fille qui sortait avec un homme marié : ils ne sont présents que pour bien s'assurer de la réalisation de l'avortement. Leur accompagnement n'est en rien compassionnel. A l'opposé on observe le déni de maternité à travers le dernier témoignage, c'est-à-dire l'expérience de l'avortement vue par un homme. Cette histoire montre bien que la domination masculine n'est pas toujours présente dans la gestion de la fécondité. En fait, le couple est traversé par deux courants contraires. Le premier courant est fondé sur l'idée que le couple n'a de sens qu'à travers la

procréation. Le second courant appréhende le couple comme une construction à travers d'autres logiques, c'est-à-dire une logique sentimentale, ou une logique économique, mais aussi simplement la liberté d'un épanouissement de l'identité féminine en dehors de l'enfantement.

La stigmatisation de la part des soignants

On note que les normes de sanction sociale imprègnent les comportements des soignants dans la prise en charge des femmes qui font un avortement provoqué. Le cas de GH n'est pas isolé, nous rapportons ici le témoignage d'une jeune fille de 18 ans qui a subi aussi une stigmatisation :

« ...Je crois que certaines sages-femmes me jugent très mal, parce que j'ai mis une tige de manioc pour avorter. Hier après que mon accompagnante ait acheté les sérums, j'avais informé à plusieurs reprises les sages-femmes que les produits sont là. Elles ont refusé de venir. Pire, une sage-femme murmura à sa copine : « *laisse-la souffrir, elle a un cœur noir* '(biné bi)' » (extrait Mémoire Infi)

Est-ce pour cette raison que nous avons eu connaissance d'une rumeur qui circule à Niamey, selon laquelle les jeunes filles seraient en danger de mort lorsqu'elles se rendent dans les structures sanitaires pour une complication d'avortement provoqué clandestin ?

« Les filles quand elles font l'avortement et que ça se passe mal, elles préfèrent cacher et ne veulent pas aller à l'hôpital.

Q : Pourquoi ?

Si tu pars et qu'on voit que tu as avorté, tu ne sors pas vivant. » (réaction spontanée d'un homme à qui nous avons parlé de l'objet de notre recherche lors d'une causerie informelle)

Au final tout se joue sur un fil

Pour peu que le partenaire masculin manifeste son attachement à la femme/fille et qu'il y ait une réelle projection commune dans le futur, la

grossesse acquiert le statut de grossesse désirée ; autrement dit l'enfant devient désiré, viable, avec une chance de trouver une place au sein du couple. La place au sein de la société est une autre paire de manche que ses géniteurs vont devoir gérer en comptant sur les réajustements sociaux possibles. On voit bien qu'on est au cœur de la complexité des relations humaines, des enjeux autour des conflits sociaux, et en particulier des rapports de genre: l'avortement ne saurait être toujours un choix de régulation de la fécondité comme le soutiennent certains auteurs.

Conclusion

Au sein de la communauté internationale, deux positions normatives divergentes caractérisent les perceptions de l'avortement, celle des pro-avortement et celle des opposants.

Ceux qui sont pour l'avortement revendiquent le libre choix de procréation aux femmes, c'est-à-dire celui de poursuivre ou d'interrompre une grossesse en cours. Leur position s'inscrit dans la lignée de la lutte pour le droit des femmes, notamment celui de disposer de son corps, et l'égalité entre les femmes et les hommes. Ainsi, lorsqu'une femme est confrontée à une grossesse non désirée, elle doit pouvoir trouver l'assistance médicale nécessaire pour mettre fin à cette grossesse. Celles qui décident volontairement de ce choix d'avorter ne doivent pas risquer la prison, d'autant plus que la poursuite d'une telle grossesse est souvent lourde de conséquences subies par les femmes et cela sur le plan social, économique et affectif. Aussi des plaidoyers et des mobilisations sont souvent organisés pour que l'IVG soit autorisée partout à travers le monde. En outre dans les pays en développement, de nombreuses ONG internationales font la promotion de la contraception et en particulier l'adoption de la pilule du lendemain.

Les opposants à l'IVG, quant à eux, avancent généralement des arguments liés à deux registres : i) religieux : l'avortement est prohibé car la fécondité de la femme ne doit en aucun être empêchée, l'acte est considéré comme un péché ; ii) éthique et moral : l'embryon ou le fœtus sont des êtres humains en devenir, ce sont des personnes humaines potentielles, par conséquent ils ont des droits, les éliminer serait un assassinat

Au Niger, nous avons vu que les dimensions religieuse, psycho-sociale et médicale structurent divers points de vue sur le sujet. Même si de nos jours nous n'avons pas connaissance de cas d'emprisonnement pour cause d'avortement, il faut souligner que l'imaginaire populaire porte encore les traces de la forte répression qui a accompagné les premières mesures de lutte contre les avortements clandestins : les femmes mais surtout les jeunes filles en situation d'avortement compliqué, ont peur de se rendre dans un service public en raison des risques de poursuite judiciaire qu'elles encourent. Mais on a vu aussi que l'accès à une prise en charge après avortement est freiné par la stigmatisation dont ces jeunes filles font l'objet. Nos résultats ont montré le poids des normes socio-culturelles qui, plus que les normes juridiques et religieuses, alimentent cette stigmatisation, mais aussi, inversement, les raisons qui poussent à l'avortement (peur de la honte, du rejet, du déshonneur)

Au regard de l'ampleur de l'IVG et de ses conséquences graves sur les vies de nombreuses personnes (femmes mariées, jeunes filles et hommes), une remise en question des dispositions institutionnelles est nécessaire afin de remettre le sujet au cœur du débat et des préoccupations politiques. A ce titre, il convient de prendre en compte les éléments de réflexion suivants :

- La « démographie galopante » n'est pas un problème réellement ressenti par les populations ; en revanche on peut retenir qu'il a bien existé à l'interne, sous Kountché, une préoccupation sociale et de santé publique qui a participé à la mise en place des premiers dispositifs des services de PF, en liaison avec la question de l'avortement provoqué.
- Les droits liés à la sexualité des femmes sont loin d'être adoptés par les acteurs à tous les niveaux, on observe une discontinuité entre « ordre juridique » et « ordre socio-culturel ».
- La contraception touche à ce que l'individu a de plus intime, il est donc important de déplacer la focale d'une approche de médecine de masse pour une perspective basée sur les données probantes

provenant de méthodes qualitatives afin de donner un visage aux milliers de trajectoires contraceptives (ou pas) des femmes.

- La motivation des acteurs dans la mise en œuvre des politiques de santé n'est pas que d'ordre économique, elle est aussi intimement liée à des normes socio-culturelles, comme à des questions de souveraineté nationale.
- La mise en œuvre des programmes de contraception ne peut réussir sans tenir compte des discours privés des acteurs et de leurs marges de manœuvre.

Bibliographie

- Assoumane Ibrahim A., 2009, Aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) à la maternité Issaka Gazobi à propos d'une étude rétrospective de 916cas sur 23mois (01 Janvier 2008 au 30 Novembre 2009), Thèse de doctorat en médecine, FSS, Niamey-Niger, 133p.
- Bajos N. & Ferrand, M., 2006 « L'avortement ici et ailleurs. Introduction », *Sociétés Contemporaines*, 1, pp. 5-18
- Baxerres C., Boko I., Konkobo A., Ouattara F., Guillaume A., 2018, « Abortion in two francophone African countries: a study of whether women have begun to use misoprostol in Benin and Burkina Faso », *Contraception*, 97 (2) (février), p. 130-136. DOI :10.1016/j.contraception.2017.10.011.<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010782417304997>.
- Baxerres C., Boko I., Konkobo A., Ouattara F., Guillaume A., 2018, « Gestion des grossesses non désirées au Bénin et au Burkina Faso: Situations affectives et pratiques populaires d'avortement », *Anthropologie et Santé*, 16 (mai 18). DOI : 10.4000/anthropologiesante.2872.<http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2872>.
- Guillaume A., 2003, « Le rôle de l'avortement dans la transition de la fécondité à Abidjan au cours des années 1990 », *Population*, 58 (6) pp. 741-772.
- Guillaume A., 2003, « L'avortement en Afrique : une revue de la littérature des années 1990 à nos jours », CEPED, CD-ROM.
- Guillaume A. 2005, « L'avortement en Afrique ». <http://ceped.cirad.fr/avortement/>.
- Guttmacher institute, 2014, « Avortement au Burkina Faso », rapport
- Guttmacher institute, 2015 « Les faits sur l'avortement en Afrique », www.guttmacher.org
- Infi Ibrahim H., 2016, « Une approche socio-anthropologique du recours aux avortements clandestins et leur prise en charge à la maternité Issaka Gazobi de Niamey », Mémoire de master en socio-anthropologie de la santé, UAM-LASDEL
- Koné M., 1998, « L'avortement comme technique contraceptive. Enquêtes à Abidjan », Document de travail, Réseau anthropologie de la santé en Afrique.
- Moreau C. & al, 2011, « Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IGV », *Revue Française des Affaires Sociales*, pp : 148-61 ;

LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE AU NIGER

- OMS, 2016, «Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement», http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204495/1/9789242549263_fre.pdf?ua=1
- Ouédraogo 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»,
- Thonneau P.F., 2001, « Mortalité maternelle et avortements dans les pays en développement », In De Brouwere, V & et Van Lerberghe, W., Réduire les risque de la maternité : stratégies et évidence scientifique, *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 18, pp : 167-180
- Sambiéni E. & alii, 2016, « Les grossesses non désirées et les avortements au Burkina Faso, en Palestine, au Pérou et en République démocratique du Congo : analyse comparée des déterminants socio-culturels et communautaires », *Médecins du Monde*.
- Seye B., 2001, Les soins après avortement. Des études de cas sur les SAA au Burkina Faso et en Guinée, ONG POLICY
- UNFPA, 2013, « Soins après avortement dans les pays d'Afrique de l'Ouest. Une revue basée sur les enquêtes des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) », Nuriye Ortayli Sexual & Reproductive Health Branch Technical Division, UNFPA 2013.09.23
- USAID, 2010, «Soins après avortement. Guide pratique pour améliorer la qualité des soins», http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNABZ638.pdf
- USAID, ACCESS, 2010, « Soins après avortement, Manuel de référence », La Corporation Jhpiego www.jhpiego.org

Ce rapport est issu du programme de recherche « Les problèmes négligés du système de santé au Niger », financé par le CRDI (Canada)

Le LASDEL (Laboratoire d'études et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local) est un centre de recherche en sciences sociales implanté au Niger et au Bénin), dont les principaux axes de travail portent sur la délivrance des services publics, la mise en œuvre des politiques publiques et les interactions avec les usagers (santé, hydraulique, pastoralisme, éducation, justice, etc.), les pouvoirs locaux et la décentralisation, et l'intervention des institutions de développement. Le LASDEL recourt à des méthodes qualitatives fondées sur les enquêtes de terrain approfondies. Il met à la disposition des chercheurs et doctorants son Centre de Documentation de

La collection « *Etudes et Travaux du LASDEL* » propose des rapports de recherche issus des travaux menés par le LASDEL. Ils sont disponibles en ligne (www.lasdel.net) ou en vente à son secrétariat.

Derniers numéros parus :

- N° 127 « Les normes pratiques en vigueur dans les secteurs de l'éducation et la santé au Niger. Une base pour des réformes ancrées dans les réalités ? », par J.P. Olivier de Sardan, M. T. Ali Bako et A. Harouna (2019)
- N° 126 « Lutter contre les mariages précoces par l'autonomisation des filles », par A. Diarra, avec I. Traoré et B. Dicko (Mali), O. Hamani, N. Issaley et T. Ali Bako (Niger), A.M. Etorh et I. Tchitou (Togo) (2019)
- N° 125 « Le Programme Lisungi de transferts monétaires en République du Congo », par J.P. Olivier de Sardan, O. Hamani, O. Kawayá Meya et K. Moussa (2018)

LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE AU NIGER