

GUIDE DU DÉFENSEUR:

Politiques, programmes
et services d'avortement
sécurisé fondés sur les droits

GUIDE DU DÉFENSEUR:



**Politiques, programmes
et services d'avortement
sécurisé fondés sur les droits**

Développé par TK Sundari Ravindran et Subha Sri B

Ce guide s'adresse aux défenseurs des DSSR et cherche à faciliter le plaidoyer pour garantir que les politiques, programmes et services d'avortement fondés sur le droit soient mis en œuvre.

Cette publication a été produite avec le soutien financier de RFSU (Riksförbundet för Sexuell Upplysning) - l'Association Suédoise pour l'Éducation Sexuelle.

Le contenu de cette publication relève de la seule responsabilité de l'Asian Pacific Resource & Research Centre for Women (ARROW)

2021
**ASIAN-PACIFIC RESOURCE &
RESEARCH CENTRE FOR WOMEN
(ARROW)**



ISBN 978-967-0339-52-8

Ce travail est sous licence de Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International License. Pour voir une copie de cette licence, visitez <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>.

Toute partie du texte de la publication peut être photocopiée, reproduite, stockée dans un système de recherche documentaire, ou transmise sous quelque forme que ce soit par quelque moyen que ce soit, ou adaptée et traduite pour répondre aux besoins locaux, à des fins non commerciales et à but non lucratif. Cependant, le droit d'auteur pour les images utilisées reste la propriété des détenteurs des droits d'auteur respectifs. Toutes formes de copies, reproductions, adaptations et traductions par les moyens mécaniques, électriques ou électroniques doivent reconnaître ARROW comme la source. Une copie de la reproduction, de l'adaptation et/ou la traduction doit être envoyée à ARROW. En cas d'utilisation commerciale, ARROW doit être contacté pour autorisation à arrow@arrow.org.my

PUBLIÉ PAR

Asian-Pacific Resource & Research
Centre For Women (ARROW)
1 & 2 Jalan Scott, Brickfields
50470 Kuala Lumpur, Malaysia

Tel	00 603 2273 9913/9914
Fax	00 603 2273 9916
E-mail	arrow@arrow.org.my
Web	arrow.org.my
Facebook	facebook.com/ARROW.Women
Instagram	arrow_women
Twitter	@ARROW_Women
Youtube	youtube.com/user/ARROWWomen
LinkedIn	arrowwomen

ÉQUIPE DE PRODUCTION

Auteurs

TK Sundari Ravindran and Subha Sri B

Supervision Générale

**Sivananthi Thanenthiran, Sai Jyothirmai Racherla,
and Garima Shrivastava**

Réviseurs Internes

**Sai Jyothirmai Racherla, Garima Shrivastava,
and Karell Jo Angelique C. Calpito**

Réviseurs Externes

**Marevic Parcon, Payal Shah, Leila Hessini,
Cecilia Espinoza, and Bia Galli**

Coordonnateur des publications

Garima Shrivastava and Karell Jo Angelique C. Calpito

Appui Technique des Publications

**Garima Shrivastava, Karell Jo Angelique C. Calpito,
and Keshia Mamood**

Éditeur de copie

Stefanie Peters

Traducteur Français

Nondo Ejano

Vérificatrice de la Traduction

Archane Phonsina



arrow.org.my

Contenu

6 ABRÉVIATIONS

7 INTRODUCTION

8 CHAPITRE 1

Avortement sécurisé : un problème de santé publique et de Droits Humains

- 8 1.1. Introduction
- 9 1.2. La Justification de la santé publique pour les services d'avortement sécurisé
- 11 1.3 Obligations en matière de droits de l'homme pour prévenir et lutter contre les avortements à risque
- 13 1.4 Foire aux questions sur le droit à un avortement sécurisé

16 CHAPITRE 2

Soins cliniques pour les personnes subissant un avortement : quelques points pour un défenseur

- 16 2.1. Avortement sécurisé
- 16 2.2 Méthodes d'avortement
- 17 2.3 Soins pré-avortement
- 19 2.4 La procédure d'avortement
- 27 2.5 Soins post-avortement

30 CHAPITRE 3

Droit et politique : appliquer le prisme des droits de la personne

- 30 3.1 Statut juridique de l'avortement dans le monde et changements depuis la CIPD
- 33 3.2. Repousser les limites : exemples de stratégies visant à étendre la portée des lois restrictives vers une réforme plus large
- 37 3.3 Au-delà des lois restrictives : autres obstacles réglementaires, cliniques et administratifs à l'accès à l'avortement

48 CHAPITRE 4

Planification et gestion de l'avortement sécurisé : une approche fondée sur les droits humains

- 48 4.1 Une approche fondée sur les droits humains sur l'information et les services de l'avortement
- 51 4.2 Information et prestation de services d'avortement fondés sur les droits de l'homme : un programme d'action

74 NOTES FINALES

74 RÉFÉRENCES

LISTE DES FIGURES

- 11 Figure 1: Taux différentiels de complications de l'avortement
- 20 Figure 2: Mécanisme d'action des médicaments de l'AM
- 23 Figure 3: Seringue MVA
- 32 Figure 4: Libéralisation des lois sur l'avortement depuis la CIPD (40 pays)
- 40 Figure 5: Prestation de services d'avortement par cadre de prestataires en Éthiopie (2014)

LISTE DES TABLEAUX

- 20 Tableau 1: Protocole de l'AM avec la mifépristone et le misoprostol
- 20 Tableau 2: Protocole de l'AM lorsque la mifépristone n'est pas disponible
- 27 Tableau 3: Comparaison des avortements médicaux et chirurgicaux
- 33 Tableau 4: Pays où les lois sur l'avortement sont devenues plus restrictives depuis la CIPD

LISTE DES ENCADRES

- 17 Encadré 1: Caractéristiques d'un bon counseling pour les services d'avortement sécurisé
- 24 Encadré 2: Gestion de la douleur en cas d'avortement
- 25 Encadré 3: Prévention d'infections pour les avortements chirurgicaux
- 38 Encadré 4: Loi sur l'avortement au Canada
- 40 Encadré 5: Services d'avortement par les prestataires de niveau intermédiaire
- 42 Encadré 6: Exemples de lois et de politiques sur l'avortement dans le meilleur intérêt de l'adolescent
- 44 Encadré 7: Non à l'objection de conscience – le cas de la Suède
- 53 Encadré 8: Concevoir un service d'avortement trans-inclusif
- 56 Encadré 9: Les services doivent être disponibles à différents niveaux de soins de santé
- 63 Encadré 10: Quelques indicateurs suggérés pour le suivi des services d'avortement
- 72 Encadré 11: Stratégies de responsabilité juridique et sociale pour élargir l'accès à l'avortement

Abréviations

CAT	Comité Contre La Torture
CCPR	Comité Des Droits Civils Et Politiques Des Nations Unies
CEDAW	Convention Pour L'Élimination De La Discrimination A L'Égard Des Femmes
CESCR	Comité Des Droits Économiques, Sociaux Et Culturels
ASC (CHW)	Agent De Santé Communautaire
COVID	Maladie Du Coronavirus
CDE	Comité Des Droits De L'Enfant
CHRPD	Comité De Droits Des Personnes Handicapées
CRR	Center For Reproductive Rights (Centre Pour Les Droits Reproductifs)
EVA	Aspiration Électrique Sous Vide
GAPD	Base De Données Des Politiques d'Avortement Globales
GGR	Règle De Bâillon Mondial
HRBA	Approche Fondée Sur Les Droits De La Personne
HRC	Commission Des Droits De La Personne
PIDCP	Pacte International Relatif Aux Droits Civils Et Politiques
PIDESC	Pacte International Relatif Aux Droits Économiques, Sociaux Et Culturels
CIPD	Conférence Internationale Sur La Population Et Le Développement
DIU	Dispositif Intra-Utérin
AM	Avortement Médicamenteux
SMI	Santé Maternelle Et Infantile
RM	Règlement Menstruel
IMG	Interruption Médicale De La Grossesse
AMIU	Aspiration Manuelle Intra Utérine
PCO	Pilules Contraceptives Orales
OMS	Organisation Mondiale De La Sante
OHCHR	Haut-Commissariat Des Nations Unies Aux Droits De L'Homme
SPA	Soins Après Avortement
MIP	Maladie Inflammatoire Pelvienne
ODD	Objectifs De Développement Durable
PVVIH	Personnes Vivant Avec Le VIH
POCSO	Loi Sur La Protection Des Enfants Contre Les Infractions Sexuelles
RCOG	Collège Royal d'Obstétriciens Et Gynécologues
SR	Santé De La Reproduction
DSR	Droits En Matière De Santé Reproductive
SSR	Santé Sexuelle Et Reproductive
DSSR	Droit A La Sante Sexuelle Et Reproductive
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
EPU	Examen Périodique Universel
VA	Aspiration Sous Vide
TFMHA :	American Psychological Association's Task Force on Mental Health and Abortion (Groupe du Travail de L'Association Américaine de Psychologie sur la Santé Mentale et L'Avortement)

INTRODUCTION

En 2012, l'Organisation Mondiale de la Santé a publié la deuxième édition de l'Avortement Sécurisé: orientation techniques et politiques pour les systèmes de santé (désormais, document d'orientation de l'OMS), en vue de fournir les orientations sur les meilleures pratiques fondées sur des données probantes pour la prestation de soins d'avortement sécurisé.

Le document a non seulement fourni des conseils cliniques, mais a également décrit les meilleures pratiques pour les lois et les politiques sur l'avortement enracinées dans les principes des droits de l'homme. Il a recommandé le respect de principes suivants :

- Les lois et politiques sur l'avortement devraient protéger la santé des femmes et leurs droits humains.
- Les obstacles réglementaires, politiques et programmatiques qui entravent l'accès aux soins d'avortement sécurisé et la prestation de soins en temps voulu devraient être supprimés.
- Un environnement réglementaire et politique favorable est nécessaire pour garantir que chaque femme légalement éligible ait un accès facile aux soins d'avortement sécurisé. Les politiques devraient être axées sur le respect, la protection et la réalisation de droits fondamentaux des femmes, l'obtention de résultats positifs pour la santé des femmes, la fourniture d'information et de services contraceptifs de qualité et la satisfaction de besoins particuliers de femmes pauvres, des adolescentes, des victimes de viol et des femmes vivant avec le VIH (OMS 2012, p.9, encadré 7).

Depuis 2012, il y a eu une évolution significative dans notre compréhension de meilleures pratiques et de normes de droits humains pour la fourniture de soins complets d'avortement sécurisé. En 2019, la directive de l'OMS sur les interventions d'auto-soins pour la santé et les droits sexuels et reproductifs incluait l'avortement précoce en tant que procédure que les femmes peuvent gérer elles-mêmes à l'aide de pilules abortives médicamenteuses, avec le soutien approprié du système de santé (OMS 2019).

Les blocages obligatoires pendant la pandémie de COVID-19 semblent avoir positionné l'avortement précoce autogéré comme une option acceptable. Sur le front de droits humains, d'ici 2020, presque tous les organes conventionnels des droits humains ont lancé un appel sans équivoque à la dépénalisation de l'avortement en toutes circonstances.

Ce guide, le quatrième de la série de guides de plaidoyer produits par ARROW, s'adresse aux défenseurs des DSSR et vise à faciliter le plaidoyer pour garantir que ce qui a été réalisé sur papier se traduise en actions sur le terrain, en surveillant les progrès en matière d'accès à l'avortement sécurisé, la qualité et la mesure dans laquelle les services d'avortement sécurisé sont informés par les normes internationales en vigueur en matière de droits humains. Ce guide du défenseur peut être considéré comme complémentaire au document d'orientation de l'OMS, qui s'adressait aux décideurs politiques, aux gestionnaires de programmes et aux prestataires de services d'avortement. Il s'appuie sur le document d'orientation de l'OMS, mettant à jour les informations cliniques et politiques et les droits de l'homme selon les besoins.

Le Guide est organisé en quatre chapitres. Le chapitre d'introduction expose l'impératif de santé publique et de droits humains pour rendre l'avortement sécurisé accessible à tous ceux qui en ont besoin. Le deuxième chapitre fournit un résumé des informations techniques essentielles fondées sur des preuves sur les méthodes et procédures d'avortement, leur sécurité et leur efficacité, y compris les protocoles à adopter. Un aperçu des lois et politiques sur l'avortement à travers le monde est fourni dans le troisième chapitre.

Ce chapitre examine également les obstacles réglementaires et de prestation de services à l'accès à l'avortement sécurisé, y compris des exemples de stratégies utilisées par les défenseurs et les militants pour contourner les restrictions légales et élargir l'accès à l'avortement. Le quatrième et dernier chapitre explique à quoi devrait ressembler un service d'avortement sécurisé basé sur les droits, en utilisant neuf principes clés reflétant les principes et normes des droits de l'homme relatifs aux informations et aux services d'avortement. Ces neuf principes sont les mêmes que ceux utilisés dans les orientations de l'OMS sur les informations et les services contraceptifs fondés sur les droits : Non-discrimination ; Disponibilité d'informations et de services sur l'avortement ; Accessibilité des informations et des services sur l'avortement ;

Acceptabilité des informations et des services d'avortement ; Qualité de l'information et des services sur l'avortement ; Prise de décision éclairée ; Vie privée et confidentialité ; Participation ; et Responsabilité (OMS 2014).

Les deuxième, troisième et quatrième chapitres comprennent des listes de contrôle. Les listes de contrôle sont conçues comme des outils à utiliser par les défenseurs pour évaluer les lacunes existantes et identifier les domaines nécessitant une enquête plus approfondie en termes de normes techniques pour la prestation de services d'avortement ; lois, politiques et réglementations sur l'avortement ; et l'adhésion aux principes des droits humains dans les programmes de prestation de services d'avortement. On s'attend à ce qu'une telle évaluation contribue à la conception d'activités de plaidoyer pour élargir l'accès aux services d'avortement sécurisé pour toutes les personnes.

UTILISATION DES LISTES DE CONTRÔLE :

Chacune des listes de contrôle utilise un code de couleur pour évaluer le respect des principes de droits de l'homme. Deux (dans quelques cas, trois) codes de couleur ont été fournis

pour classer les lois, les politiques, les programmes et les services liés à l'avortement sécurisé : rouge (signifiant le non-respect des principes de droits humains), vert (signifiant pour classer les lois, les politiques, les programmes et les services liés à l'avortement sécurisé : rouge (signifiant le non-respect des principes de droits humains), vert (signifiant l'adhésion) et jaune (signifiant l'adhésion partielle). Un espace est également prévu pour prendre des notes supplémentaires. Plus le nombre de cases vertes remplies dans les listes de contrôle est élevé, le mieux est le respect des principes des droits de l'homme.

Une fois les listes de contrôle remplies, les cases rouges peuvent être revues pour identifier les domaines de non-respect des principes de droits de l'homme. Ceux-ci peuvent ensuite être prioritaires pour un plaidoyer et une action ultérieurs par le groupe effectuant l'examen, en gardant à l'esprit son propre mandat, son champ d'action et ses forces en tant que groupe/organisation/réseau, ainsi que le climat sociopolitique dans lequel ils opèrent. Cela doit ensuite être suivi de l'élaboration d'un programme d'action assorti d'un calendrier.

CHAPITRE 1

Avortement Sécurisé : Un Problème de Santé Publique et de Droits Humains

1.1 INTRODUCTION

Le droit de chaque femme de choisir librement et de manière responsable, sans contrainte, le nombre et l'espacement de leurs enfants et d'avoir les moyens de le faire a été énoncé dans le Programme d'action de la CIPD (1994). La capacité d'exercer ce droit dépend de l'accès des femmes aux services pour mettre fin à toute grossesse non planifiée ou mal programmée en toute sécurité. Bien que les femmes aient toujours eu besoin d'accéder aux services d'avortement sécurisé, ces services continuent d'être refusés à des millions de femmes à travers le monde en raison de lois restrictives qui criminalisent l'interruption volontaire de la grossesse par un avortement provoqué. Même dans des contextes où la loi est relativement moins restrictive, les services sont souvent inaccessibles pour un certain nombre de raisons. Lorsqu'une personne enceinte n'a pas accès aux services d'avortement sécurisé, elle n'a souvent pas d'autre choix que de rechercher les services qui ne sont pas optimaux, ou « dangereux ».

Les conséquences sont des décès évitables et une morbidité subie par les millions de personnes. La baisse des taux de mortalité et de morbidité liés à l'avortement (en particulier dans les pays où l'avortement est illégal), et le remplacement de méthodes à risque par les avortements pharmacologiques, a conduit les chercheurs à revoir les méthodes d'évaluation et de classification par rapport à la sécurité d'avortements dans les pays aux lois plus restrictives qui ont plus ou moins accès à l'avortement médicamenteux.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit un avortement comme étant sécurisé s'il est pratiqué à la fois par un prestataire dûment formé et en utilisant une méthode recommandée (Ganatra et al. 2017). Les avortements à moindre risque ne remplissent qu'un seul de ces deux critères - par exemple, s'ils sont fournis par un agent de santé qualifié utilisant une méthode obsolète ou auto-induits par une femme utilisant une méthode sûre (comme le médicament misoprostol) sans information ou soutien adéquat de la part d'une personne formée.

Les avortements moins sûrs ne répondent à aucun des critères ; ils sont fournis par les personnes non formées utilisant des méthodes dangereuses, telles que les objets tranchants ou les substances toxiques. Dans le monde, on estime que 55 % des avortements peuvent être classés comme sécurisés, 31 % comme à moindre risques et 14 % comme moins sûrs.

Refuser un service de santé reproductive tel que l'avortement, dont seules les femmes et les personnes transgenres capables de porter la grossesse ont besoin, porte atteinte à leur capacité à prendre des décisions autonomes concernant leur sexualité, leurs fonctions reproductives et leur vie, violant ainsi leur droit à l'intimité et à l'égalité parmi d'autres droits humains fondamentaux (UNOHCHR 2020).

Le droit à la santé comprend à la fois les libertés et les droits. Les libertés exigent que les États veillent à ce que les individus aient le droit de contrôler leur santé et leur corps, y compris les la liberté sexuelle et reproductive et le droit de ne pas subir d'interférence, comme le droit de ne pas être soumis à la torture, aux traitements médicaux non consensuels et à l'expérimentation (PIDESC 2000).

Les droits comprennent un système de santé fonctionnel avec les services de santé appropriés, les services communautaires, la disponibilité d'établissements de santé, l'accès aux médicaments essentiels, les prestataires de soins de santé adéquats et la fourniture d'une éducation et informations liées à la santé (PIDESC 2000).

Dans ce chapitre, nous présentons la justification du point de vue de la santé publique et de droits humains pour plaider en faveur de l'accès universel aux services d'avortement sécurisé pour toutes les femmes. Dans la section suivante (1.1), nous discutons de l'ampleur du besoin de services d'avortement sécurisé et de conséquences d'un accès restreint à ces services à travers le monde. Ensuite, dans la section 1.2, nous fournissons les informations sur les déclarations internationales et les pactes relatifs aux droits humains qui affirment le droit de femmes aux services d'avortement sécurisé et retracent le rôle positif joué par les organes de traités internationaux et les agences des Nations Unies dans la promotion du droit des femmes aux services d'avortement sécurisé. La dernière section (1.3) de ce chapitre fournit les informations factuelles sur certaines questions fréquemment posées concernant la légalité et la sécurité de l'avortement provoqué.

1.2 INSCRIRE LES DSSR À L'AGENDA MONDIAL : LE VOYAGE DU CAIRE VERS LES ODD.

Toutes les grossesses ne sont pas planifiées et toutes les personnes qui tombent enceintes ne souhaitent pas poursuivre la grossesse.

Les relations sexuelles non consensuelles, l'échec de la contraception et les circonstances personnelles qui rendent la naissance d'un enfant difficile sont des raisons courantes pour lesquelles les femmes décident de ne pas poursuivre une grossesse.

On estime qu'en 2015-19, il y a eu 121 millions de grossesses non désirées chaque année dans le monde. Pour 1 000 femmes en âge de procréer (15-49 ans), 64 grossesses étaient non désirées chaque année. Près des deux tiers d'entre elles ont fini par un avortement (Bearak et al. 2020).

La probabilité qu'un avortement ne soit pas sécurisé augmente dans les pays où les services d'avortement sécurisé sont limités par la loi ou difficiles à obtenir en raison de leur disponibilité limitée.

1.2.1 Avortement à risque : ampleur du problème

Les dernières données disponibles (2010-14) montrent que dans le monde, environ 25 millions d'avortements à risque ont lieu chaque année. Cinquante pour cent de tous les avortements étaient sécurisés, 31 % étaient à moindre risques et 14 % étaient moins sûrs. Presque tous les avortements dans les pays développés et environ la moitié des avortements dans les pays en développement étaient sécurisés (Ganatra et al. 2017). Une synthèse des résultats d'études couvrant 12 pays en développement a montré que les adolescentes étaient plus susceptibles que les femmes plus âgées de rechercher les services d'avortement auprès de prestataires non formés ou de se provoquer les avortements elles-mêmes. En conséquence, elles étaient plus susceptibles de faire de multiples efforts pour avorter.

Tous ces facteurs augmentent le risque de complications des avortements à risque. Seize pour cent d'avortements à risque dans les pays en développement concernaient les adolescentes âgées de 15 à 19 ans (Darroch et al 2016).

Comme on pouvait s'y attendre, le statut juridique de l'avortement dans un pays a fait une différence cruciale dans le pourcentage d'avortements sécurisés. Ainsi, dans les pays où l'avortement était disponible sur demande, 87 % de tous les avortements étaient sécurisés, tandis que seulement un avortement sur quatre (25,2 %) était sécurisé dans les pays dotés de lois restrictives sur l'avortement. (Ganatra et al. 2017)

1.2.2 Morbidité et mortalité suite à des avortements non sécurisé

La mort et le handicap dus aux complications d'un avortement à risque représentent une tragédie de santé publique sans précédent, car il s'agit d'une cause de décès et d'handicap totalement évitable qui affecte les femmes qui sont généralement en bonne santé et dans la force de l'âge. L'expérience historique montre que lorsque les services d'avortement sont disponibles sur de larges bases légales ou sur demande, le nombre de décès dus à un avortement à risque diminue considérablement car les femmes ont accès aux informations vitales pour faire des choix autonomes. Ce fut le cas en Roumanie et plus récemment en Afrique du Sud. En Roumanie, l'avortement avait été interdit pendant 28 ans avant 1989, et le taux de mortalité maternelle était de 148 pour 100 000 naissances vivantes. Suite à la légalisation en 1989, il y a eu une chute du taux de mortalité maternelle à 9 pour 100 000 en 2002, une baisse de 16 fois sur une période de moins de 15 ans. En Afrique du Sud, le nombre de décès maternels dans les établissements publics a diminué de 91 %, passant de 425 décès en 1994 à 40 décès en 1999 (Guttmacher 2017).

Les femmes qui subissent les avortements dans des conditions les moins sûres peuvent subir des complications telles qu'un avortement incomplet, lorsque le produit de la conception n'a pas été complètement expulsé ; hémorragie ou saignement abondant; infection et conditions potentiellement mortelles telles que la perforation de l'utérus à la suite d'un perçage avec un objet pointu, et des dommages au tractus génital et aux organes internes parce que des objets dangereux ont été insérés dans le vagin ou l'anus pour tenter de provoquer l'avortement (OMS 2019). Dans les contextes où les lois sur l'avortement sont restrictives, la crainte de poursuites peut dissuader ou retarder de nombreuses femmes souffrant de complications d'avortements à risque de rechercher les soins post-avortement. Lorsqu'elles ne sont pas traitées ou elles sont traitées trop tard, les complications des avortements à risque peuvent entraîner une morbidité à long terme telle qu'une inflammation de l'appareil reproducteur, une maladie inflammatoire pelvienne (MIP) et l'infertilité (Guttmacher 2018).

En 2012, on estime que sept millions de femmes dans les régions en développement (à l'exclusion de l'Asie de l'Est) ont été traitées dans les établissements pour complications d'avortements provoqués à risque (Guttmacher 2017). Des études montrent que la proportion d'avortements à risque entraînant des complications et la gravité des complications ont diminué au fil du temps.

L'une des raisons importantes à cela est la disponibilité de l'avortement médicamenteux et le déclin de l'utilisation de méthodes les plus grossières et les plus dangereuses à l'heure actuelle (Singh et al. 2017).

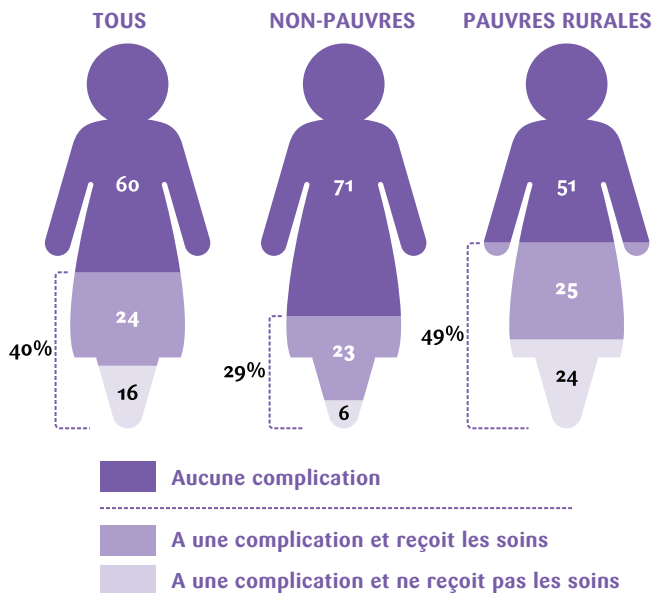
Chaque année, quelque 22 800 à 31 000 femmes présentant les complications dues à l'avortement à risque meurent suite à ces conditions.

L'Afrique subsaharienne a le taux de létalité actuel le plus élevé de 141 pour 100 000, suivie de l'Asie, à l'exclusion de l'Asie de l'Est, (62 pour 100 000), tandis que l'Amérique latine et les Caraïbes ont le taux le plus bas de 22 pour 100 000 (Singh et al. 2017). Les avortements à risque contribuent à 4,7 à 13,2 % de tous les décès maternels (Say et al 2014). Des études en Afrique subsaharienne indiquent une gamme beaucoup plus élevée de 12-31% beaucoup plus élevée de 12 à 31 % [Salamonsen 2017]. Une étude réalisée en 2005 au Nigéria a indiqué que l'avortement à risque était la principale cause de décès maternel chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans (Ujah et al. 2005).

Ce sont souvent les femmes des groupes à faible revenu et autres groupes marginalisés tels que ceux vivant dans les zones rurales, les migrants et les adolescents, qui sont les plus touchés lorsque l'accès à l'avortement est restreint. Celles qui ont les moyens de payer parviennent généralement à accéder aux services d'avortement sécurisé. Les estimations basées sur des études de 14 pays en développement montrent que les femmes des groupes socialement et économiquement vulnérables portent un fardeau disproportionné (Guttmacher 2017) (Figure 1)

FIGURE 1 : TAUX DIFFÉRENTIELS DE COMPLICATIONS DE L'AVORTEMENT

Dans 14 pays où l'avortement à risque est répandu, on estime que les femmes pauvres vivant en milieu rural sont beaucoup plus susceptibles de subir des complications que les femmes non pauvres vivant en milieu urbain.



Source: Adapté de Guttmacher 2017

1.3 OBLIGATIONS DE DROITS HUMAINS DE PRÉVENIR ET LUTTER CONTRE L'AVORTEMENT À RISQUE

Le droit de décider de poursuivre une grossesse ou non est un droit humain fondamental. Ceci est approuvé et soutenu par plusieurs documents, traités et instruments internationaux de consensus. Les droits reproductifs, y compris l'accès à un avortement sécurisé, sont essentiels à la jouissance d'un large éventail de droits humains, notamment les droits à la vie, à la santé, à la protection contre la torture et les mauvais traitements, à l'intimité, à l'éducation, à l'égalité et à la non-discrimination.

Les principaux organes de traités des droits de l'homme des Nations Unies ont interprété leur mandat comme incluant la prévention de la morbidité et de la mortalité évitables dues à l'avortement à risque et affirment le droit des femmes et des filles à accéder aux services d'avortement sécurisé. D'ici 2020, l'appel à la dépénalisation de l'avortement en toutes circonstances est venu, entre autres, du Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes (Comité CEDAW), du Groupe de travail sur la discrimination à l'égard des femmes et

des filles, du Comité de droits de l'enfant (CRC), du Comité des droits des personnes handicapées (CRPD), du Rapporteur spécial sur le droit au meilleur état de santé physique et mentale possible, du Rapporteur spécial sur les exécutions extrajudiciaires, sommaires ou arbitraires, et du Rapporteur spécial sur la violence contre les femmes (ONU 2011 ; UNOHCHR 2017 ; UNOHCHR 2018).

Au niveau régional, la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples a également exprimé son soutien à la dépénalisation de l'avortement et a lancé en 2016 une campagne régionale à cette fin (CADHP 2016).

Dès 1999, le Comité CEDAW a noté qu'il s'agit d'une forme de discrimination fondée sur le sexe pour un État partie de « refuser de fournir légalement la prestation de certains services de santé reproductive pour les femmes » ou de punir les femmes qui recherchent ces services (Comité CEDAW 1999a). Le Comité a qualifié la non-fourniture de services d'avortement sécurisé aux femmes, même lorsqu'il existe une menace pour leur vie ou leur santé physique ou mentale, d'être en violation de l'article 12 de la Convention de droits des femmes à la santé et à la vie (CEDAW Commission 1999b).

Dans ses recommandations générales no. 35 sur la violence sexiste à l'égard de femmes publié en 2017, le Comité CEDAW a en outre observé (paragraphe 18) que l'incrimination d'avortement, le refus ou le retard de l'avortement médicalisé et de soins post-avortement, et la poursuite forcée de la grossesse sont des formes de violence et de discrimination fondées sur le genre... (Qui peut dans certaines circonstances) équivaloir à la torture ou à des traitements inhumains ou dégradants (CEDAW 2017). Le rapport du Groupe de Travail sur la discrimination à l'égard de femmes en droit et dans la pratique a affirmé une fois encore le droit de femmes et de filles à prendre des décisions autonomes concernant leur propre corps et leurs fonctions reproductives, comme étant au cœur même de leur droit fondamental à l'égalité et à la vie privée. (Conseil de droits de l'homme 2018).

En 2013, le Comité de droits de l'enfant (CDE), dans son Observation générale n° 15 sur le droit de l'enfant à la santé, a recommandé que « les États garantissent l'accès (aux adolescents sexuellement actifs) aux services d'avortement sécurisé et de soins post-avortement, indépendamment du fait que l'avortement lui-même soit légal (Comité de droits de l'enfant 2013).

L'Observation générale 20 du Comité publiée en 2016 a pris une position beaucoup plus ferme, exhortant les États à dépénaliser l'avortement afin que les filles aient accès aux services d'avortement sécurisé et post-avortement, et à revoir la législation en vue de garantir l'intérêt supérieur des adolescentes enceintes et veiller à ce que leurs opinions soient toujours entendues et

respectées dans les décisions relatives à l'avortement. (Comité des droits de l'enfant 2016, paragraphe 60).

Le Comité de Droits Economiques, Sociaux et Culturels (CDESC) a adopté l'Observation générale 22 en 2016 qui développe les aspects spécifiques du droit à la santé. Selon cette Observation générale, l'accès à l'avortement sécurisé était une composante du droit à la santé, et les législations qui refusaient l'accès aux services d'avortement sécurisé représentaient un manquement des États à respecter le droit à la santé de femmes (Comité des droits économiques, sociaux et culturels 2016 : paragraphe 57). L'Observation générale exigeait des États qu'ils adoptent toutes les mesures législatives, budgétaires, judiciaires et administratives nécessaires pour rendre disponibles les services d'avortement (et d'autres services de SSR) et qu'ils assurent également la disponibilité de prestataires de soins de santé qualifiés désireux de fournir les services dans les établissements de santé publics et privés (Comité sur Droits Economiques, Sociaux et Culturels 2016 : paragraphes 60 et 14). Les États ont été invités à éliminer et à s'abstenir d'adopter les obstacles médicalement inutiles à l'avortement, tels que les périodes d'attente obligatoires et les exigences d'autorisation de tiers. Les États devaient également réglementer le refus d'avortement d'un praticien pour des raisons de conscience, si une telle pratique était autorisée dans le pays (Comité des droits économiques, sociaux et culturels 2016 : Supra note 1, paragraphes 41 et Supra note 1, paragraphe 14).

Le refus de services d'avortement aux femmes, les amenant ainsi à recourir aux services d'avortement à risque et à risquer leur vie, représente une violation du droit de femmes à la santé et à la vie.

En 2018, le Comité de Droits Civils et Politiques (CDCP) a publié son Observation générale 36 sur le droit à la vie, mentionnant explicitement que les États parties ne peuvent pas réglementer l'accès aux services d'avortement sécurisé par les mesures qui pourraient violer le droit à la vie des femmes et des filles. Il exhorte également les États parties à ne pas imposer des sanctions pénales aux femmes et aux filles qui subissent un avortement ou aux prestataires de services médicaux qui les aident à le faire, afin de prévenir les avortements à risque (Comité des droits civils et politiques 2018 : paragraphe 8).

Outre ces organes conventionnels, le Comité contre la torture (CAT) a à plusieurs reprises identifié l'interdiction totale de l'avortement comme constituant la torture ou les mauvais traitements (Comité contre la torture 2009a), et a recommandé que l'accès à l'avortement soit garanti aux femmes dont la vie ou la santé est en danger (Comité contre la torture 2009b), qui ont survécu à un viol ou à un inceste, ou qui portent des fœtus non viables (Comité contre la torture 2011).

Le Comité de droits des personnes handicapées (CDPH) dans son article 25 affirme que les États ont l'obligation de fournir aux personnes handicapées la même gamme, la même qualité et le même niveau de soins et de programmes de santé sexuelle et reproductive gratuits et abordables que ceux fournis aux autres (ONU 2006). Cherchant à prévenir l'avortement et la stérilisation involontaires chez les personnes handicapées, la CDPH a recommandé au gouvernement Argentin que les personnes handicapées reçoivent le soutien nécessaire sous tutelle ou curatelle afin que les femmes elles-mêmes soient les personnes fournissant un consentement éclairé pour l'avortement et la stérilisation (CRPD, 2012).

Le processus d'examen périodique universel (EPU) a été mis en place en tant que processus d'examen par les pairs entre les États membres par le Conseil de droits de l'homme (CDH) depuis 2006. L'EPU s'est avéré être un mécanisme important pour tenir les États responsables du respect de droits sexuels et reproductifs, y compris le droit aux services d'avortement sécurisé.

Entre 2008 et 2016, il y a eu 145 recommandations de l'EPU faisant référence aux avortements. Ces recommandations appelaient largement à la dépénalisation de l'avortement au moins en cas de risque pour la vie ou la santé de la femme enceinte, en cas de viol ou d'inceste et lorsque le fœtus n'est pas viable ; à la libération des femmes emprisonnées pour avoir tenté d'avorter ; et à l'élimination d'obstacles juridiques et du système de santé à l'accès aux services d'avortement (Berro Pizzarossa 2018).

Le rapport 2017 du Groupe de travail de haut niveau sur la santé des femmes, des enfants et des adolescents représente un autre jalon majeur dans l'avancement de l'avortement en tant que droit humain. Le rapport, présenté à la fois à l'Assemblée Mondiale de la Santé et au Conseil de Droits de l'Homme (OMS 2017), a ouvertement appelé à la légalisation de l'avortement, principalement sur la base de considérations relatives aux droits de l'homme. Il a recommandé aux États parties d'abroger ou de modifier les lois et politiques qui créent les obstacles ou restreignent l'accès aux services de santé (y compris les services de santé et de droits sexuels et reproductifs) et qui discriminent, explicitement ou effectivement, les femmes, les enfants ou les adolescents en tant que tels, ou pour des motifs interdits par le droit relatif aux droits de l'homme. Cela comprend l'abrogation de lois qui criminalisent les comportements et les décisions spécifiques en matière de sexualité et de reproduction, telles que l'avortement, l'intimité homosexuelle, le travail du sexe et la fourniture ou la réception d'informations sur la santé et les droits sexuels et reproductifs. (OMS, 2017 : Page 58).

Chacun de ces développements a ouvert les espaces pour que les défenseurs des droits à la santé sexuels et reproductifs tiennent leurs gouvernements responsables de dépenaliser l'avortement et de mettre en place les services d'avortement sécurisé. De nombreux pays, par exemple la Bolivie, le Tchad, la Colombie, l'Éthiopie et le Népal, ont dû libéraliser leurs lois sur l'avortement et améliorer l'accès aux services. Ces changements résultent soit directement des recommandations des organes de suivi des traités et du processus de l'EPU, soit de leur influence sur les processus de responsabilité juridique au niveau national (Zorzi 2016 ; Steven 2018).

1.4 QUESTIONS FRÉQUEMMENT POSÉES SUR LE DROIT À L'AVORTEMENT SÉCURISÉ

1.4.1 Le fœtus a-t-il un droit absolu à la vie, selon les traités internationaux des droits de l'homme ?

L'article 1 de la Déclaration universelle de droits de l'homme stipule que « [T]ous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits » (Nations Unies 1948). La mention explicite de « né » implique que les droits humains ne s'appliquent qu'après la naissance (Center for Reproductive Rights 2014). L'Observation générale 36 sur le droit à la vie en vertu de l'article 6 du Pacte International relatif aux Droits Civils et Politiques (PIDCP) soutient le droit de femmes à ne pas se voir refuser le droit à la vie en raison de restrictions légales imposées à l'avortement (Comité de Droits Civils et Politiques 2018 : paragraphe 8).

Bien que les États parties puissent adopter les mesures visant à réglementer les interruptions volontaires de grossesse, ces mesures ne doivent pas entraîner une violation du droit à la vie d'une femme ou d'une fille enceinte, ni de ses autres droits en vertu du Pacte.

Ainsi, les restrictions à la capacité des femmes ou des filles de demander un avortement ne doivent pas, entre autres, mettre leur vie en danger, les soumettre aux douleurs ou souffrances physiques ou mentales qui violent l'article 7, être discriminatoires à leur égard ou porter arbitrairement atteinte à leur vie privée (Commission de la protection civile et Droits politiques 2018 : paragraphe 8).

L'un des arguments souvent avancés contre l'avortement est qu'il viole le droit à la vie du fœtus. Le droit à la vie est un droit humain fondamental, essentiel à la jouissance de tous les autres droits humains. La loi internationale de droits humains reconnaît ce droit fondamental comme acquis à la naissance, et les organismes internationaux et régionaux de droits humains, ainsi

que les tribunaux du monde entier, ont clairement établi que toute protection prénatale doit être compatible avec les droits humains des femmes. (Center for Reproductive Rights, 2014)

La Convention de Droits de l'Enfant et ses Observations Générales no. 15 et 20 sur le droit de l'enfant à la santé, affirmer le droit de l'adolescente aux services d'avortement sécurisé, même dans des contextes où l'avortement peut ne pas être légal, et appel les gouvernements à revoir leurs législations relatives à l'avortement pour garantir l'intérêt supérieur des adolescentes et écouter à leurs besoins (Comité des droits de l'enfant 2013, Comité des droits de l'enfant 2016). Ces observations générales précisent que le libellé du préambule de la CDE énonçant « l'enfant, en raison de son immaturité physique et mentale, a besoin de garanties et de soins spéciaux, y compris une protection juridique appropriée, avant comme après naissance... (Nations Unies 1989) » ne doit pas être mal interprété comme soutenant le droit absolu à la vie du fœtus.

La Cour Européenne des droits de l'homme a statué à plusieurs reprises que le droit à la vie affirmé à l'article 2, paragraphe 1, de la Convention Européenne de Droits de l'Homme ne s'étend pas à l'enfant à naître. Par exemple, dans *VO c. France*, la Cour a précisé que l'enfant à naître n'était pas automatiquement reconnu comme une « personne » directement protégée par l'article 2(1). La Commission interaméricaine et la Cour interaméricaine de droits de l'homme ont également statué, par exemple dans *Artavia Murillo et al. (« Fécondation in vitro ») c. Costa Rica*, 2012) et *Baby Boy c. États-Unis*, 1981, que le droit à la vie inscrit dans la Convention américaine de droits de l'homme n'est pas absolu et est compatible avec le droit à l'autonomie reproductive. (Center for Reproductive Rights 2014, p. 7-8).

Les organismes internationaux et régionaux de droits humains, ainsi que les tribunaux du monde entier, ont clairement établi que toute protection prénatale doit être conforme aux droits humains des femmes.

Certains pays du monde ont des législations reconnaissant les droits de l'enfant à naître. Par exemple, les constitutions nationales du Chili et du Guatemala reconnaissent explicitement le droit à la vie avant la naissance. Ces derniers temps, il y a eu des tentatives pour étendre l'interprétation du droit à la vie inscrit dans les constitutions nationales pour inclure la phase prénatale (Center for Reproductive Rights 2014, Copelon et al. 2005). Ces développements doivent être contestés comme étant contraires aux droits fondamentaux de femmes et de toutes les personnes susceptibles de tomber enceintes, car :

Ces efforts, souvent enracinés dans des motivations idéologiques et religieuses, font partie d'une tentative délibérée de refuser aux femmes la gamme complète de services de santé

reproductive qui sont essentiels à la sauvegarde de droits fondamentaux de femmes, entre autres le droit à la vie, à la santé, à la dignité, à l'égalité et à l'autonomie (Center for Reproductive Rights 2014).

Dans les sociétés où la maternité avant le mariage est punie de sanctions sociales voire de violences, l'avortement reste le seul recours.

1.4.2 Les restrictions légales sur l'avortement réduisent-elles l'incidence d'avortements ?

L'une des justifications proposées pour imposer les restrictions légales à l'avortement est de décourager la pratique et de réduire l'incidence de l'avortement.

Rien ne peut être loin de la vérité. Les preuves montrent que, que l'avortement soit limité ou non, les femmes cherchent à interrompre une grossesse si elles pensent qu'il ne leur est pas possible de la porter à terme. En 2015-19, l'incidence de l'avortement était plus élevée (36 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans) dans les pays où l'avortement est limité par rapport aux pays où l'avortement est largement légal (26 pour 1 000 femmes). Il est intéressant de noter que l'incidence de l'avortement était de 40 pour 1 000 femmes dans les pays où il était totalement interdit, contre 36 pour 1 000 femmes où il était permis pour sauver la vie des femmes et aussi dans les pays où l'avortement était autorisé pour des raisons de santé. En plus, entre 1990-94 et 2015-19, l'incidence de l'avortement a augmenté de 12 % dans les pays dotés de lois restrictives sur l'avortement, alors qu'elle a diminué de 43 % dans les pays où l'avortement était largement légal (Bearak et al. 2020).

1.4.3 Ne serait-il pas préférable que les femmes soient plus responsables et évitent les grossesses non désirées/non planifiées en premier lieu ?

Les grossesses non planifiées ou non désirées sont souvent le résultat de circonstances inévitables ou indépendantes de la volonté ou du contrôle de la femme. Le sexe n'est pas toujours volontaire et consensuel. Un exemple clair est la grossesse résultant de violences sexuelles et de relations sexuelles non consensuelles, y compris chez les femmes mariées (Ravindran et Balasubramanian 2004 ; Subhasri et Ravindran 2012).

Les raisons socio-économiques et le désir d'arrêter ou d'espacer la grossesse sont quelques-unes des raisons les plus fréquemment rapportées par les femmes pour expliquer pourquoi une grossesse n'est pas désirée (Singh et al. 2017). L'utilisation de la contraception n'est pas toujours une option réalisable pour de

nombreuses femmes. Elle est influencée par les circonstances de la vie des femmes, telles que les conditions médicales, le soutien des partenaires, l'accès aux soins de santé et le compromis entre les avantages perçus de la contraception et leurs risques.

Le manque d'éducation sexuelle et la réticence du système de santé à fournir les informations et les services contraceptifs aux adolescents et aux jeunes contribuent aux grossesses non désirées. Dans les sociétés où la maternité avant le mariage est punie de sanctions sociales voire de violence, l'avortement reste le seul recours (Sowmini 2013).

Dans certains contextes, les maris ou partenaires masculins ne soutiennent pas l'utilisation de la contraception par la femme et ne veulent pas utiliser un préservatif, même lorsqu'ils ont l'intention d'arrêter ou de reporter la grossesse (Kriel et al. 2019). De nombreuses méthodes de contraception réversibles pour les femmes – telles que la pilule contraceptive orale, le DIU et le contraceptif injectable ont des effets secondaires, et sans accès facile aux services de santé de qualité, les femmes hésitent à utiliser ces méthodes (Sedgh et Hussain 2014).

1.4.4 L'utilisation généralisée de la contraception éliminerait-elle le besoin d'avorter ?

Non, ce ne serait pas le cas. Il y aura toujours les femmes qui auront besoin d'avorter, quelle que soit l'ampleur de l'utilisation des contraceptifs. Premièrement, toutes les femmes ne demandent pas un avortement parce que leur grossesse n'était pas désirée. Pour certaines femmes, une grossesse qui commence comme une grossesse désirée peut devenir non désirée pour des raisons telles qu'une anomalie fœtale grave, une menace pour la santé ou la vie de la femme enceinte et les changements dans les circonstances de sa vie, y compris la perte et/ou la rupture avec le partenaire, ou d'autres situations de crise. Deuxièmement, presque tous les contraceptifs ont tendance à échouer chez une petite proportion de femmes dans le cadre d'une utilisation « typique » dans des situations réelles. Alors qu'une femme sur 100 utilisant un implant hormonal, un stérilet ou une stérilisation féminine est susceptible de tomber enceinte dans des conditions d'utilisation typiques, les proportions sont respectivement de 4, 9 et 17 % parmi les utilisatrices du contraceptif injectable (Depo-Provera), la pilule contraceptive orale et le diaphragme, respectivement (CDC 2020).

Les données historiques du monde entier montrent qu'une utilisation accrue de contraceptifs n'entraîne pas toujours une diminution des taux d'avortement. La relation globale entre l'utilisation de contraceptifs et l'incidence de l'avortement est complexe. De nombreux pays (par exemple le Cuba, le Singapour, la République de Corée) ont connu des augmentations

simultanées de taux de prévalence contraceptive et de taux d'avortement pendant les périodes de forte baisse de la fécondité. On pense que cela est dû au fait que l'utilisation accrue de contraceptifs n'a pas suffi à elle seule à répondre au besoin de régulation de la fécondité dans les situations de baisse rapide de la fécondité (Martsen et Cleland 2003).

1.4.5 Les femmes qui subissent un avortement provoqué présentent-elles un risque secondaire de traumatisme psychologique et d'infertilité?

Beaucoup pensent qu'un avortement provoqué est associé à un traumatisme psychologique, et plusieurs études sont citées à l'appui de cette affirmation. Cependant, les études méthodologiquement solides et substantielles, couvrant plus de trois décennies, indiquent qu'il n'y a aucun fondement à cette affirmation.

Les examens systématiques effectués par l'Academy of Medical Royal Colleges de Londres et par le groupe de travail de l'American Psychological Association sur la santé mentale et l'avortement (TFMHA) ont révélé que l'avortement n'a pas d'effet émotionnel grave sur les femmes. Cependant, lorsque la femme a un problème émotionnel ou psychologique préexistant avant l'avortement, ou lorsqu'une grossesse souhaitée est interrompue pour des raisons de santé ou en raison d'une anomalie fœtale grave, il existe un risque accru de problèmes de santé mentale après un avortement (Planned Parenthood Fédération of Amérique 2014).

Un article basé sur un suivi de cinq ans comparant les femmes à qui l'avortement a été refusé à celles qui en ont bénéficié, a révélé que le refus d'un avortement peut être associé à un plus grand risque de connaître initialement des résultats psychologiques défavorables.

Cependant, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes au bout de cinq ans (Biggs et al. 2017). Les études antérieures des années 1980 menées en Suède, en Écosse et en Tchécoslovaquie ont montré que le refus d'avortement entraînait fréquemment de graves difficultés psychosociales chez les femmes pendant de longues périodes après le refus d'avortement. En outre, les études de suivi à long terme avec des cas-témoins en Tchécoslovaquie et en Suède ont indiqué un risque élevé de problèmes psychosociaux chez les enfants non désirés nés à la suite d'un refus d'avortement (Watter 1980).

Les données historiques du monde entier montrent qu'une utilisation accrue de contraceptifs n'entraîne pas toujours une diminution des taux d'avortement.

On pense que cela est dû au fait que l'augmentation de l'utilisation de contraceptifs à elle seule n'a pas été en mesure de répondre au besoin de régulation de la fécondité dans les situations de baisse rapide de la fécondité.

Selon les directives sur l'avortement du Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG 2011, p.43), il n'y a pas d'association prouvée entre l'avortement provoqué non compliqué et l'infertilité ultérieure. Cependant, dans les cas où une infection post-avortement se produit, cela peut entraîner plus tard une infertilité tubaire. L'utilisation systématique d'antibiotiques prophylactiques après un avortement peut réduire le risque d'infection à moins d'un pour cent de femmes subissant la procédure (RCOG 2011, p. 42).

1.4.6 Les avortements ne sont-ils pas dangereux pour la vie des femmes ?

Lorsqu'il est pratiqué par les prestataires formés dans des établissements de santé convenablement équipés, l'avortement est l'une des procédures les plus sûres. Entre 2000 et 2009, le taux de mortalité liée à l'avortement aux États-Unis était de 0,7 pour 100 000 interventions, contre 0,8 à 1,7 décès pour 100 000 interventions de chirurgie plastique et 0 à 1,7 décès pour 100 000 interventions dentaires (Raymond et al. 2014).

Selon les recommandations récentes de l'OMS, les personnes au premier trimestre (jusqu'à 12 semaines de grossesse) peuvent s'administrer elles-mêmes les médicaments à base de la mifépristone et du misoprostol sans la supervision directe d'un fournisseur de soins de santé (OMS 2020).

Une autre étude confirme également la sécurité relative de l'avortement en tant que procédure à travers une comparaison de deux groupes similaires de femmes. Le premier groupe était constitué des femmes qui ont demandé et reçu un avortement, et le second, des femmes qui ont été refoulées d'un service d'avortement et ont porté leur grossesses non désirées à terme. Celles qui ont accouché ont connu des complications potentiellement mortelles et un décès maternel chez 231 femmes, alors qu'il n'y a eu aucun cas de morbidité ou de mortalité chez les femmes qui ont subi un avortement. Les femmes qui ont accouché ont déclaré avoir besoin de trois fois plus de jours de repos que les femmes qui ont eu un avortement (Gerdt et al. 2016).

CHAPITRE 2

Soins cliniques pour les Personnes subissant un Avortement : quelques points pour un défenseurs

Ce chapitre présente les aspects techniques liés à la prise en charge clinique de personnes subissant un avortement. Le contenu inclus dans ce chapitre n'a pas l'intention de reproduire les directives cliniques existantes, mais se concentrera plutôt sur les points techniques clés qui sont considérés comme les connaissances essentielles pour toute personne qui plaide en faveur de services d'avortement sécurisé (mais n'a pas nécessairement une formation médicale). Ce chapitre est également pertinent pour une définition juridiquement restrictive car il détaille les normes minimales nécessaires pour garantir la qualité technique et la sécurité de la procédure d'avortement effectuée pour sauver la vie ou la santé de la personne. Le chapitre fournit également les détails techniques sur l'avortement autogéré et les soins post-avortement qui peuvent être utilisés dans des contextes aussi restrictifs.

À la fin du chapitre, une liste de contrôle est présentée pour évaluer la qualité technique de services d'avortement dans un domaine particulier. Cette liste est destinée aux défenseurs de DSSR et peut être utilisée en combinaison avec les listes de contrôle du chapitre 4 pour évaluer le niveau d'adhésion aux principes de droits humains dans les services d'avortement fournis dans un pays spécifique.

2.1 AVORTEMENT SECURISÉ

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit un avortement comme étant sécurisé s'il est pratiqué à la fois par un prestataire dûment formé utilisant une méthode recommandée dans un environnement qui répond à toutes les normes médicales (OMS, 2012). Au fil des ans, l'introduction de technologies simples telles que les méthodes médicales d'avortement et d'aspiration a conduit aux avortements de plus en plus sécurisés, même lorsqu'ils sont pratiqués dans les établissements de soins primaires et par les prestataires autres que les médecins (Ganatra et al, 2017). Ainsi, la classification de la sécurité de l'avortement s'est éloignée de la classification dichotomique de sécurisé et dangereux, pour capturer un spectre de sécurité, les avortements étant désormais classés comme sécurisés, à moindre risques et moins sûrs (voir le chapitre 1 pour plus de détails).

Il est important de noter ici que l'avortement légal et l'avortement sécurisé ne sont pas nécessairement identiques

- l'avortement légal est un avortement qui est conforme à la loi du pays, tandis que l'avortement sécurisé est celui qui est pratiqué dans des conditions sûres telles que définies ci-dessus. Un avortement légal peut parfois être dangereux, tout comme un avortement illégal peut être pratiqué en toute sécurité. Cependant, il existe suffisamment de preuves que la fourniture de services d'avortement dans le cadre de la loi améliore l'accès aux services d'avortement sécurisé (OMS, 2012).

2.2 MÉTHODES D'AVORTEMENT

En gros, il existe deux méthodes pour pratiquer un avortement – chirurgical ou médicamenteux.

L'avortement chirurgical est l'utilisation d'une intervention chirurgicale mineure pour effectuer un avortement. Les interventions chirurgicales recommandées et leur efficacité varient selon la durée de la grossesse.

Il est important de noter que les pilules abortives sont différents de pilules contraceptives d'urgence - les pilules contraceptives d'urgence sont utilisées après un rapport sexuel non protégé pour prévenir la grossesse, tandis que les pilules abortives médicales sont utilisées pour mettre fin à une grossesse établie.

Étant donné que l'avortement chirurgical implique l'introduction d'instruments chirurgicaux dans l'utérus,

- il a besoin de prestataires de soins de santé bien formés et compétents pour effectuer la procédure,
- les soins doivent être apportés à la prévention de l'infection par le biais d'antibiotiques, et
- la prévention et la prise en charge de douleurs doivent se faire par une anesthésie appropriée.

L'avortement médicamenteux est un avortement pratiqué à l'aide de médicaments sans aucune intervention chirurgicale. Une combinaison de deux médicaments, la mifépristone et le misoprostol, utilisés de manière séquentielle, est la méthode la plus courante.

Dans les endroits où la mifépristone n'est pas disponible, le misoprostol seul peut être utilisé. Lorsqu'il est utilisé dans la posologie et le protocole recommandés, l'avortement médicamenteux est très efficace, surtout avant 12 semaines de grossesse.

Étant donné que l'avortement médicamenteux ne nécessite pas la procédure chirurgicale invasive, il peut être fourni par les prestataires de santé même au niveau des soins primaires ; ou avec les bonnes informations et le bon dosage, il peut être fait à la maison ou dans un endroit confortable par les personnes enceintes elles-mêmes, et a donc le potentiel de rendre l'avortement plus accessible.

Plus de détails sur les méthodes médicamenteuses et chirurgicales de l'avortement sont donnés dans les sections suivantes.

2.3 SOINS AVANT L'AVORTEMENT

Lorsqu'une personne s'adresse à un prestataire de soins de santé pour avoir un avortement, il y a plusieurs éléments de soins pré-avortement qui devraient être fournis par le prestataire. Ceux-ci comprennent :

- Donner de l'information et le counseling,
 - La prise d'antécédents, l'examen physique et les tests de laboratoire et échographie tel que requis,
 - Donner de l'information et le counseling sur la contraception.
- Chacun de ces éléments est détaillé ci-dessous.

2.3.1 Donner de l'information et les conseils

Toute personne qui demande un avortement doit recevoir les informations complètes et scientifiquement exactes à son sujet. Ces informations devraient aider la personne à :

- décider de procéder à l'avortement,
- décider d'une méthode d'avortement appropriée,
- décider du type de gestion de douleurs qu'elle choisirait, et
- à quoi s'attendre de la procédure.

Le counseling doit être fait de manière impartiale et sans jugement quels que soient l'âge et l'état matrimonial de la personne, de telle sorte qu'il aide la personne à prendre ses propres décisions.

Le counseling ne devrait PAS être obligatoire. Si la personne a déjà décidé de subir un avortement, la soumettre à une consultation obligatoire dans le but de changer d'avis est une violation de ses droits reproductifs.

La passation de l'information et le counseling ne doit être effectuée que par les personnes formées à ces fins et le conseiller ne doit pas imposer ses valeurs morales/religieuses sur la personne qui cherche un avortement. La session du counseling doit se faire dans des conditions qui garantissent l'intimité et la confidentialité. L'encadré 1 énumère certaines des caractéristiques d'un bon counseling pour les services d'avortement sécurisé.

ENCADRÉ 1 : CARACTÉRISTIQUES D'UN BON COUNSELING POUR LES SERVICES D'AVORTEMENT SECURISÉ

- Le counseling doit se faire dans un endroit qui garantit l'intimité et la confidentialité.
- Les clientes doivent recevoir les informations scientifiquement correctes et complètes sur toutes les méthodes d'avortement disponibles et appropriées.
- Les clientes doivent être soutenues pour prendre une décision éclairée et volontaire concernant l'avortement et la méthode y relative.
- Les clientes doivent être conseillées chaque fois que nécessaire dans la langue qu'elles comprennent.
- Il faut prendre soin d'expliquer aux clients ce qui se passera avant, pendant et après la procédure, et les complications potentielles.
- Les clientes doivent être encouragées à poser les questions pour clarifier leurs doutes, le cas échéant.
- Le conseiller ne doit pas imposer ses propres valeurs et croyances personnelles au client. Le conseil doit être neutre et sans jugement.
- Le conseil doit également identifier les personnes présentant différentes vulnérabilités – par ex. les personnes confrontées à la violence conjugale, les adolescents – et leur apporter le soutien nécessaire.

Source : adapté des directives de l'OMS, 2012.

Les informations fournies dans le cadre de soins pré-avortement doivent inclure les éléments suivants :

1. Les différentes méthodes d'avortement qui conviennent à la personne en fonction de l'âge gestationnel et d'autres critères, afin qu'elle puisse choisir une méthode appropriée.
2. Les détails de ce qui sera fait dans le cadre de soins pré-avortement avant la procédure, y compris les tests et l'examen échographique.
3. À quoi s'attendre pendant la procédure - ce qui sera fait, combien de temps cela prendra-t-il, à quoi s'attendre en termes de douleur, de saignement et d'autres symptômes, quel type de soulagement de la douleur est

nécessaire, quelles sont les options disponibles pour la gestion de la douleur, afin que la personne puisse choisir ce qu'elle préfère.

4. Que se passe-t-il après la procédure - combien de temps y aurait-il des saignements et d'autres symptômes, quand peut-on reprendre le travail normal, quand l'activité sexuelle peut-elle reprendre, quels soins de suivi sont nécessaires, à quoi faut-il faire attention en termes de signes de danger, quand et où consulter en cas de complications.
5. L'Informations sur la contraception afin de prévenir de futures grossesses non désirées – quelles sont les méthodes appropriées et aider la personne à en choisir une, où et quand accéder à la méthode contraceptive.

Le conseil doit également identifier les personnes en situation de vulnérabilité qui peuvent avoir besoin d'un soutien supplémentaire pendant le processus d'avortement. Il s'agit notamment des adolescentes, des femmes enceintes hors mariage, des femmes victimes de violence domestique, des femmes contraintes d'interrompre ou de poursuivre leur grossesse et des hommes trans. Dans de telles circonstances, les conseillers devraient identifier le soutien dont ces personnes ont besoin ou les mettre en relation avec les organisations qui peuvent offrir un tel soutien.

Le conseil pré-avortement offre également l'occasion de répondre à toutes les inquiétudes que la personne peut avoir concernant les conséquences potentielles de l'avortement sur la santé - il existe plusieurs mythes concernant l'effet de l'avortement sur la grossesse future, l'infertilité, le cancer du sein et la santé mentale qui devraient être dissipés si la personne cherchant à avorter exprime des inquiétudes à ces sujets. Certains d'entre eux sont discutés dans le chapitre 1.

2.3.2 Prise d'Antécédents, Examen physique et Tests de laboratoire

Les soins pré-avortement doivent inclure une anamnèse complète par le prestataire de soins de santé et un examen physique approfondi. Les objectifs de ceux-ci sont ce qui suit :

- estimer la durée de la grossesse,
- identifier toute contre-indication spécifique à l'avortement médicamenteux ou chirurgical, et
- identifier les facteurs de risque pouvant entraîner les complications pendant ou après l'avortement.

2.3.2.1 Historique

Le prestataire de soins de santé doit demander les antécédents concernant la dernière date du cycle menstruel afin de déterminer la durée de la grossesse (âge gestationnel). Si la femme a des règles irrégulières, cela peut affecter l'estimation précise de la durée de la grossesse ; par conséquent, des détails sur la régularité des cycles menstruels de la personne doivent être demandés. L'estimation de la durée de la grossesse peut ne pas être exacte chez les personnes qui utilisent une contraception hormonale et n'ont donc pas de règles (aménorrhée) ou des saignements irréguliers. Certaines personnes peuvent également présenter des saignements au début de la grossesse, ce qui peut affecter la précision de l'estimation de l'âge gestationnel.

D'autres aspects à couvrir dans l'historique comprennent:

- un antécédent médical pour identifier d'éventuelles maladies pouvant présenter des risques ou entraîner des complications,
- antécédents de troubles de la coagulation,
- tout médicament,
- toute allergie,
- antécédents obstétricaux et gynécologiques,
- antécédents pour exclure les facteurs de risque de grossesse extra-utérine, et
- antécédents familiaux pour les maladies pertinentes.
- En outre, l'historique doit couvrir les aspects sociaux, y compris les antécédents de violence et de coercition concernant la décision de continuer ou d'interrompre la grossesse.

2.3.2.2 Examen Physique

Le but principal de l'examen physique est de déterminer la durée de la grossesse. Ceci est fait par un prestataire de soins de santé qualifié par le biais d'un examen abdominal et d'un examen pelvien. En plus, les paramètres de base tels que le pouls, la pression artérielle et la température sont mesurés. Le statut d'anémie de la personne est également vérifié. En plus, l'examen dépiste toutes les conditions telles que les infections sexuellement transmissibles ou le paludisme.

2.3.2.3 Tests de laboratoire

Aucun test de laboratoire n'est systématiquement requis avant un avortement. En cas de suspicion clinique d'anémie, un test d'hémoglobine peut être utile. Si possible, le groupe sanguin et le typage peuvent être effectués afin que l'immunoglobuline Rh puisse être administrée conformément au protocole si la personne a un groupe sanguin Rh négatif.

2.3.2.4 Examen échographique

Une échographie n'est pas systématiquement requise avant tous les avortements. Une échographie est cependant utile dans des circonstances cliniques où :

- on ne sait pas si la personne est enceinte,
- il existe un doute sur la durée de la grossesse, soit en raison :
 - de règles irrégulières, ou
 - parce que la taille de l'utérus est soit plus petite, soit plus grande que prévu selon les dates des règles, ou
- en cas de suspicion clinique de grossesse extra-utérine.

Insister sur une échographie avant tout avortement est inutile, surmédicalisé la procédure d'avortement et crée des barrières inutiles pour ceux qui cherchent à avorter.

Si une échographie est nécessaire, elle doit être effectuée, si possible, dans une zone séparée, à l'écart des examens échographiques effectués pour les femmes sollicitant les soins prénatals.

Une échographie n'est pas systématiquement requise avant tous les avortements. Il n'est indiqué que dans certaines conditions cliniques. Insister sur une échographie avant tous les avortements est inutile, médicalisé excessivement la procédure d'avortement et crée des barrières inutiles pour ceux qui cherchent un avortement

2.3.3 Contraception

La personne souhaitant avorter doit recevoir les informations sur la contraception future dans le cadre de soins pré-avortement afin qu'elle puisse commencer à utiliser une méthode contraceptive dès que possible après la procédure d'avortement. La personne doit être informée que l'ovulation peut survenir dès deux semaines après l'avortement et qu'une grossesse peut survenir si aucune contraception n'est utilisée.

Les informations fournies doivent discuter de toutes les méthodes appropriées pour la personne afin qu'elle puisse choisir la méthode la plus appropriée qui lui convient. En outre, les informations doivent être fournies sur le moment où la méthode doit être démarrée et où le service peut être consulté.

Dans le cas où la grossesse non désirée actuelle résulte d'un échec de la contraception, les raisons possibles d'un tel échec de la contraception doivent être discutées et la personne doit recevoir de l'aide pour choisir une méthode alternative si nécessaire.

L'acceptation d'une méthode contraceptive ne doit PAS être une condition préalable aux services d'avortement et l'avortement ne doit pas être refusé à une personne si elle choisit d'en pas utiliser de contraception. Ceci est discuté beaucoup plus en détail au chapitre 4.

2.4 LA PROCÉDURE D'AVORTEMENT

Différentes méthodes d'avortement sont disponibles et les méthodes qui conviennent à une personne en particulier dépendent principalement de la durée de la grossesse. Généralement, les méthodes d'avortement varient en fonction de la durée de la grossesse moins de 12-14 semaines ou plus de 12-14 semaines.

En dessous de 12-14 semaines, les options disponibles sont :

1. l'avortement médicamenteux
2. l'aspiration sous vide

Au-dessus de 12-14 semaines, les options disponibles sont :

1. l'avortement médicamenteux
2. la dilatation et évacuation (D&E)

Les différentes méthodes et leurs avantages relatifs et les inconvénients sont décrits en détail ci-dessous.

2.4.1 Avortement Médicamenteux (AM)

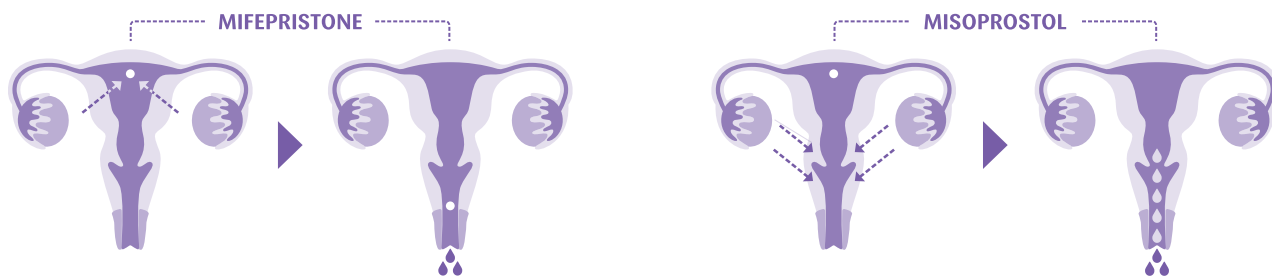
L'avortement médicamenteux est un avortement utilisant les médicaments, sans aucune opération chirurgicale. L'avortement médicamenteux est couramment pratiqué par la combinaison de deux médicaments utilisés successivement – la mifépristone et le misoprostol.

2.4.1.1 Médicaments pour l'AM

1. La mifépristone est un anti progestatif qui agit contre l'hormone progestérone. Il empêche une grossesse viable de continuer.
2. Le misoprostol est un type de prostaglandine et provoque les contractions de l'utérus.

Dans le cadre du protocole d'avortement médicamenteux, la mifépristone est prise en premier, ce qui rend la grossesse non viable. Lorsque le misoprostol est administré par la suite, l'utérus se contracte et la grossesse est expulsée de l'utérus (Figure 2).

FIGURE 2 : MÉCANISME D'ACTION DES MÉDICAMENTS D'AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX



2.4.1.2 Protocole de l'AM

Il existe des protocoles spécifiques pour le dosage et le calendrier de l'administration de la mifépristone et du misoprostol. Ils sont différents pour une grossesse de moins de 12 semaines et pour celle de plus de 12 semaines. Les directives les plus récentes de l'OMS recommandent le protocole suivant (OMS, 2019) :

TABEAU 1 : PROTOCOLE D'AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX AVEC LA MIFEPRISTONE ET LE MISOPROSTOL

Durée de la Grossesse : Moins de 12 semaines

Protocole Recommandé

- > Mifépristone 200 mg par voie orale
- > Suivi 1-2 jours plus tard par
- > Misoprostol 800mcg par voie vaginale, buccale (à l'intérieur de la joue) ou sublinguale (sous la langue)

Durée de la Grossesse : Au-delà de 12 semaines

Protocole Recommandé

- > Mifépristone 200 mg par voie orale
- > Suivi 1-2 jours plus tard par
- > Misoprostol 800 mcg par voie vaginale, buccale (à l'intérieur de la joue) ou sublinguale (sous la langue)

TABEAU 2 : PROTOCOLE D'AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX QUAND LA MIFEPRISTONE N'EST PAS DISPONIBLE

Durée de la Grossesse : Moins de 12 semaines

Protocole Recommandé

- > Misoprostol 800mcg par voie vaginale, buccale (à l'intérieur de la joue) ou sublinguale (sous la langue)

Durée de la Grossesse : Au-delà de 12 semaines

Protocole Recommandé

- > Misoprostol 400 mcg par voie vaginale, buccale (à l'intérieur de la joue) ou sublinguale (sous la langue)

Les médicaments ne peuvent pas être administrés aux personnes qui y sont allergiques, qui souffrent d'une maladie héréditaire appelée porphyrie ou qui souffrent d'insuffisance surrénale chronique. Les médicaments d'avortement médicamenteux ne fonctionnent pas dans une grossesse extra-utérine (grossesse qui s'est implantée en dehors de l'utérus, par exemple dans les trompes de Fallope), et cela doit donc être prélevé lors de soins pré-avortement.

En plus, les médicaments pour l'AM doivent être administrés avec prudence chez les personnes qui présentent une anémie sévère, une maladie cardiaque, un asthme sévère non contrôlé ou un trouble de la coagulation.

Dans les milieux où la mifépristone n'est pas disponible, le misoprostol seul peut être utilisé comme indiqué dans le tableau suivant. Cependant, le régime misoprostol seul a des taux de réussite inférieurs à ceux d'une combinaison de la mifépristone et du misoprostol - lorsqu'il est administré jusqu'à neuf semaines de grossesse, il est efficace de 75 à 90 % pour provoquer un avortement complet (OMS, 2019).

L'avortement médicamenteux est très efficace, surtout en début de grossesse. Il est efficace jusqu'à 98% lorsqu'il est utilisé jusqu'à neuf semaines (63 jours de grossesse) - c'est-à-dire que l'avortement complet se produit avec l'utilisation de l'AM seul chez 98% d'utilisatrices de l'AM ; 2-5% d'utilisatrices de l'AM peuvent avoir besoin d'une intervention chirurgicale pour traiter soit un saignement excessif, un avortement incomplet ou une grossesse continue.

La mifépristone et le misoprostol sont tous deux les médicaments relativement peu coûteux et font partie de la liste des

médicaments essentiels de l'OMS (OMS, 2019). Ils sont également stables à température ambiante et n'ont donc pas besoin de réfrigération. Étant donné que l'avortement médicamenteux ne nécessite aucune intervention chirurgicale impliquant l'introduction d'instruments dans l'utérus, il peut potentiellement être fourni par les prestataires de soins de santé ayant un niveau de compétences techniques inférieur à celui requis pour l'avortement chirurgical. Ceci est discuté plus en détail au chapitre 4.

2.4.1.3 À quoi s'attendre pendant un AM

Une procédure d'avortement médicamenteux ressemble à une fausse couche naturelle.

La personne ne présente généralement aucun symptôme après la prise du premier médicament, la mifépristone, mais dans les 4 à 6 heures suivant la prise du deuxième médicament le misoprostol, la personne ressent des douleurs abdominales basses, des crampes et des saignements vaginaux. En outre, la personne peut également ressentir des effets secondaires du misoprostol, notamment de la fièvre avec des frissons, des vomissements et de la diarrhée. Les contractions de l'utérus entraînent alors l'expulsion des produits de la grossesse en même temps que le saignement.

2.4.1.4 L'utilisation du Misoprostol à domicile par rapport dans un établissement de santé

L'avortement médicamenteux avant neuf semaines de grossesse peut être pratiqué à domicile. La personne cherchant à avorter peut recevoir la mifépristone dans un établissement de santé et peut ensuite être conseillée sur la façon de prendre le misoprostol à la maison. Cela permet à la personne de gérer elle-même l'avortement à la maison. Les instructions claires doivent être données pour surveiller les complications potentielles, par ex. les saignements excessifs et quand demander des soins dans un établissement de santé.

Les études montrent que la gestion à domicile de l'avortement médicamenteux est souvent préférée par les femmes car elle leur permet de subir le processus d'avortement dans l'intimité et le confort de leur foyer.

Cependant, il existe également les études qui montrent que lorsque les femmes n'ont pas accès à l'intimité, à l'eau ou aux toilettes à domicile, ou s'il n'y a personne pour leur apporter du soutien à domicile, elles peuvent préférer retourner à l'établissement de santé pour le misoprostol (Ngo et al, 2011)

2.4.1.5 Autogestion de l'AM

L'avortement autogéré, c'est lorsqu'une personne pratique son propre avortement sans supervision clinique. Actuellement, L'OMS recommande l'avortement médicamenteux autogéré comme méthode d'avortement pour les personnes qui sont enceintes de moins de 12 semaines et qui ont « une source d'informations précises et un accès à un prestataire de soins de santé si elles en ont besoin ou le souhaitent à n'importe quel stade de du processus." (OMS, 2019).

Surtout dans les contextes où l'avortement est limité par la loi, l'avortement médicamenteux offre à la personne qui cherche à avorter une alternative sûre à l'autogestion de la procédure d'avortement.

Dans les milieux où la mifépristone n'est pas disponible, des schémas thérapeutiques à base du misoprostol seul peuvent être utilisés pour une telle autogestion.

Cela peut être particulièrement utile dans les contextes où l'avortement est légalement restreint puisque le misoprostol peut être disponible dans de tels contextes pour d'autres indications. Les preuves des tendances de l'avortement dans des contextes restrictifs comme l'Amérique latine et les Caraïbes révèlent que l'utilisation de régimes à base du misoprostol seul par les demandeurs d'avortement a réduit considérablement l'incidence d'avortements à risque (Barot S, 2018). Plus de détails sur l'autogestion de l'AM sont discutés dans le Chapitre 4.

L'avortement médicamenteux offre également la possibilité de fournir le service à distance par les prestataires de soins de santé via des supports en ligne ou via la télémédecine. Cela a le potentiel d'augmenter la disponibilité et l'accès aux services d'avortement sécurisé, et est détaillé au chapitre 4.

Au-delà de neuf semaines de grossesse, l'avortement médicamenteux doit avoir lieu dans un établissement de santé car plusieurs doses de misoprostol doivent être administrées sous surveillance médicale. La personne doit rester dans l'établissement de santé jusqu'à l'expulsion des produits de la grossesse.

2.4.1.6 Prise en charge de la douleur pendant l'AM

Les personnes qui subissent un avortement médicamenteux ressentent de la douleur à cause de crampes utérines. Le conseil pré-avortement devrait couvrir les options adéquates de gestion de la douleur, en les aidant à choisir une méthode appropriée pour le soulagement de la douleur.

Une connaissance adéquate de ce à quoi s'attendre, le soutien verbal et le réconfort d'un prestataire de soins de santé et le soutien de la personne qui prend soin à domicile ou en établissement peuvent offrir beaucoup d'aide pour soulager la douleur. Les analgésiques (AINS comme l'ibuprofène) devraient également être proposés à la personne si nécessaire. Pour les avortements médicamenteux de plus de 12 semaines de grossesse, en plus de ceux-ci, les analgésiques supplémentaires comme les analgésiques opioïdes ou une anesthésie péridurale peuvent être administrés.

2.4.1.7 Demise fœtale avant l'intervention

Si un avortement médicamenteux est demandé après 20 semaines, il est possible que le fœtus naisse vivant, ce qui entraîne des dilemmes éthiques sur le traitement ou non d'un nourrisson extrêmement prématuré. Afin d'éviter cela, il est recommandé de proposer les procédures médicales qui induisent la mort du fœtus avant la procédure.

Ces procédures comprennent l'injection de médicaments comme le chlorure de potassium ou la dioxine dans le cœur fœtal, le cordon ombilical ou la cavité amniotique. Cela devrait être discuté dans le cadre du counseling pré-avortement et les procédures proposées afin que la personne cherchant à avorter puisse décider en conséquence.

2.4.1.8 Complications courantes de l'AM

L'avortement médicamenteux est une procédure très sûre, d'autant plus qu'elle évite les interventions chirurgicales invasives et l'anesthésie. Cependant, toutes les procédures médicales présentent un faible risque de complications et certaines complications peuvent également survenir rarement après un AM.

Saignement.

Les saignements font partie de la procédure d'AM – les saignements plus abondants que le flux menstruel habituel, le passage de caillots et le passage de produits de grossesse font partie du processus.

Cependant, la personne doit recevoir des instructions claires pour reconnaître un saignement excessif (généralement défini comme le trempage complet de deux ou plusieurs serviettes de taille maxi pendant deux heures consécutives) et demander les soins si un tel saignement excessif se produit.

Effets Secondaires Courants du Misoprostol

Le misoprostol utilisé dans le cadre de la procédure d'AM peut provoquer certains effets secondaires.

La fièvre est un effet secondaire fréquent et peut être accompagnée de frissons, en particulier lorsque les doses multiples de misoprostol sont administrées comme dans l'AM au-delà de 12 semaines de grossesse. Le paracétamol peut être administré pour réduire la fièvre. Si la fièvre survient plus de 24 heures après la prise du misoprostol, cela pourrait être un signe d'infection et les soins doivent être recherchés auprès d'un prestataire de soins de santé.

D'autres effets secondaires courants du misoprostol comprennent les nausées, les vomissements et la diarrhée

– ceux-ci peuvent être traités avec une réhydratation et un réconfort adéquats.

Avortement incomplet. L'une des complications potentielles de l'AM est un avortement incomplet où la grossesse n'est pas expulsée complètement. Les résidus de la grossesse peuvent provoquer une infection et également provoquer les saignements excessifs. Dans un tel scénario, les doses supplémentaires du misoprostol ou une aspiration sous vide pour éliminer les produits retenus peuvent être nécessaires, et la personne doit être informée de la nécessité de se faire soigner.

La grossesse continue. Rarement, la grossesse peut se poursuivre malgré la procédure de l'AM. L'absence ou très peu de saignements pendant la procédure d'AM, l'absence de résidus de la grossesse, les symptômes persistants de la grossesse comme les nausées et les vomissements, l'augmentation de la taille de l'utérus sont tous les signes d'une grossesse continue.

Dans une telle situation, une procédure d'avortement alternative comme l'aspiration sous vide devrait être proposée. Les médicaments de l'AM peuvent être tératogènes, c'est-à-dire qu'ils peuvent provoquer les malformations congénitales chez le fœtus, et par conséquent, cela doit être expliqué à la personne au cas où la grossesse se poursuivrait même après la prise de médicaments de l'AM.

Infection. L'infection après une l'AM est rare – de la fièvre survenant 24 heures après l'AM, les saignements excessifs, les pertes vaginales nauséabondes, une sensibilité utérine peuvent être les signes d'infection. Cependant, l'infection étant rare après l'AM, l'utilisation systématique d'antibiotiques prophylactiques pendant l'AM n'est pas recommandée.

Rupture utérine. Chez les personnes ayant une cicatrice utérine, par ex. d'une césarienne précédente ou d'une chirurgie utérine précédente, le misoprostol peut rarement provoquer une rupture utérine, surtout lorsqu'il est administré en fin de grossesse.

2.4.1.9 Quelques Questions Fréquemment Posées sur l'AM

Une personne peut-elle allaiter pendant qu'elle prend les pilules d'AM ?

La mifépristone et le misoprostol sont sécrétés dans le lait maternel en quantité minimale. Cependant, étant donné qu'ils ne sont administrés qu'en dose unique, il n'y a pas de risque d'accumulation chez le nourrisson. Par conséquent, l'allaitement peut être poursuivi sans interruption pendant la prise de pilules d'AM (UK Medicines Information, 2020).

Est-il sécurisé d'avoir les avortements médicaux répétés ?

Il n'y a aucune preuve que le fait d'avoir plus d'un AM au cours de la vie ait des effets néfastes sur la santé ou sur les futures grossesses.

Cependant, si une personne a besoin d'AM répétées, cela signifie également qu'elle connaît les grossesses non désirées répétées - cela peut être dû au manque d'accès aux contraceptifs, à l'incapacité d'utiliser les contraceptifs correctement, à un partenaire non favorable ou violent qui ne permet pas ou ne coopère pas avec utilisation de contraceptifs.

Ces questions doivent être explorées et traitées dans le cadre du counseling en matière d'avortement.

Est-il sans danger pour les adolescentes d'avoir un AM?

Les études ont montré que l'avortement médicamenteux avec la mifépristone et le misoprostol, ou avec le misoprotol seul, chez les jeunes femmes a des taux de réussite similaires ou supérieurs à ceux de femmes plus âgées. Ils montrent également que l'avortement médicamenteux est aussi sécurisé ou plus sûr chez les jeunes femmes que chez les femmes plus âgées, avec des taux de complications similaires ou inférieurs (Ipas, 2020). Par conséquent, il n'y a pas de restrictions d'âge pour passer un AM. Il est sans danger pour les adolescentes confrontées à une grossesse non désirée de subir un AM.

2.4.1.10 Contraception après l'AM

Toutes les méthodes de contraception peuvent être utilisées après l'AM. La personne qui subit un avortement doit être conseillée sur toutes les méthodes contraceptives dans le cadre de soins pré-avortement et soutenue pour choisir une méthode appropriée.

- Les méthodes hormonales telles que les PCOs et les injections contraceptives peuvent être démarrées immédiatement après la première pilule du schéma d'AM.
- Les DIU peuvent être insérés et la stérilisation peut être effectuée dès qu'il est confirmé que la procédure d'avortement est terminée.
- Le diaphragme et la cape cervicale ne peuvent être

utilisés que six semaines après un avortement du deuxième trimestre.

- Les méthodes fondées sur la connaissance de la fécondité ne peuvent être utilisées qu'après la reprise des cycles normaux.

2.4.2 Avortement chirurgical

L'avortement chirurgical est un avortement pratiqué par une opération chirurgicale mineure. Il existe différentes procédures basées sur la durée de la grossesse.

- Jusqu'à 12-14 semaines de grossesse – Aspiration sous vide
- Plus de 12-14 semaines de grossesse – Dilatation et évacuation

2.4.2.1 Aspiration Sous Vide

L'aspiration sous vide est une méthode par laquelle le contenu de la grossesse dans l'utérus est aspiré en utilisant la pression négative du vide. Une canule en plastique ou en métal est introduite dans l'utérus par le col de l'utérus et est attachée à une pompe à vide électrique (Aspiration par le vide électrique, AVE) ou à une seringue manuelle qui génère un vide (Aspiration Manuelle Intra-utérine, AMIU, schéma 3). La canule qui est insérée dans l'utérus est de différentes tailles et la taille appropriée doit être choisie en fonction de la durée de la grossesse. Le tissu de grossesse est aspiré à travers la canule en utilisant une pression négative et l'achèvement de l'avortement est évalué en examinant le tissu aspiré.

L'aspiration est très efficace jusqu'à 14 semaines de grossesse avec des taux d'avortement complet allant jusqu'à 98-100 %. La procédure prend moins de 10 minutes et la personne peut quitter l'établissement de santé environ 30 minutes après la procédure

SCHEMA 3 : SYRINGUE AMIU



Une Note sur la Dilatation et le Curetage (D&C)

La dilatation et le curetage (D&C) est une procédure où le col de l'utérus est dilaté à l'aide d'instruments spéciaux appelés dilateurs et les parois de l'utérus sont grattées avec un instrument tranchant appelé curette. La D&C a des taux de complications plus élevés que l'aspiration sous vide et est également plus douloureuse pour la personne qui la subit. Par conséquent, le D&C est désormais considéré comme une méthode obsolète (OMS, 2012).

Il y a aussi parfois une pratique de curetage de l'utérus après une procédure d'aspiration par le vide - cela n'augmente pas l'achèvement de l'avortement et a le potentiel de causer plus de complications ; il n'est donc pas recommandé.

ENCADRÉ 2 : GESTION DE LA DOULEUR D'AVORTEMENT

Une prise en charge appropriée de la douleur DOIT être proposée à toutes les personnes avant un avortement médicamenteux ou chirurgical.

Pour l'avortement médicamenteux

< 12-14 semaines

- la réassurance verbale
- le soutien du prestataire de soins de santé
- le soutien d'un membre de la famille/ami
- AINS, par ex. Ibuprofène

> 12-14 semaines

- Tout ce qui précède
- les analgésiques opioïdes
- l'anesthésie péridurale

Pour l'avortement chirurgical (AMIU/EVA et D&E)

- Médicaments sédatifs/anti-anxiété/anesthésie locale/Bloc paracervical
- L'anesthésie générale ne doit PAS être utilisée de manière courante

Source : Directives de l'OMS, 2012.

Il est également particulièrement utile chez les femmes ayant déjà subi une chirurgie utérine, celles présentant un risque plus élevé de perforation utérine, les adolescentes et les prestataires inexpérimentés. La préparation cervicale ajoute cependant du temps supplémentaire à la procédure. Il peut également provoquer des douleurs dues à la dilatation cervicale qui a lieu pendant le processus.

La préparation cervicale se fait soit par l'utilisation d'osmotiques dilateurs ou par l'utilisation de médicaments.

- Les dilateurs osmotiques sont des dispositifs qui, lorsqu'ils sont placés dans le col de l'utérus, absorbent l'humidité et gonflent, dilatant ainsi physiquement le col de l'utérus. Le dilateur osmotique le plus couramment utilisé est la laminaire qui est fabriquée à partir d'algues séchées. Les dilateurs osmotiques nécessitent au moins 4 heures pour agir et peuvent également être placés pendant la nuit avant la procédure d'avortement chirurgical. Les dilateurs osmotiques sont préférés que les médicaments pour les procédures D&E du deuxième trimestre.

- Alternativement, des médicaments comme le misoprostol peuvent être utilisés pour la préparation cervicale. Le misoprostol 400 mcg par voie vaginale est efficace pour la préparation cervicale lors d'avortements chirurgicaux du premier trimestre lorsqu'il est placé 3 à 4 heures avant l'intervention. Alternativement, 200 mg de la mifépristone par voie orale peuvent être pris environ 36 heures avant une aspiration sous vide au premier trimestre.

2.4.2.2 Dilatation et évacuation

La dilatation et l'évacuation (D&E) est une procédure d'avortement après 12-14 semaines. En cela, l'utérus est vidé avec l'Aspiration sous vide et l'utilisation d'une pince, après dilatation du col de l'utérus. Ça se fait parfois aussi sous contrôle échographique. Ça peut être fait en tant que procédure ambulatoire et prend généralement environ une demi-heure pour terminer.

2.4.2.3 Considérations préalables à l'intervention en cas d'avortement chirurgical

Préparation cervicale

La préparation cervicale est la procédure par laquelle le col de l'utérus est ramolli et dilaté avant l'avortement afin de rendre l'introduction d'instruments dans l'utérus plus facile et plus sûre. La préparation cervicale réduit la durée de la procédure, réduit la nécessité d'introduire les dilateurs mécaniques et est particulièrement nécessaire après 12 semaines de gestation.

Gestion de la douleur

Les personnes qui subissent un avortement chirurgical ressentent de la douleur. Le niveau de douleur peut varier en fonction de l'âge de la personne, de l'accouchement antérieur, de la durée de la grossesse, du type d'intervention, du niveau de dilatation cervicale nécessaire et de la tolérance à la douleur et des niveaux d'anxiété de la personne.

Les personnes qui subissent un avortement chirurgical ressentent de la douleur. Le niveau de douleur peut varier en fonction de l'âge de la personne, de l'accouchement antérieur, de la durée de la grossesse, du type d'intervention, du niveau de dilatation cervicale nécessaire et de la tolérance à la douleur et des niveaux d'anxiété de la personne.

Les mesures de soulagement de la douleur couramment utilisées pour l'avortement chirurgical comprennent des anxiolytiques comme le diazépam administrés avant l'intervention, ainsi qu'un anesthésique local injecté autour du col de l'utérus (bloc paracervical) au début de l'intervention.

Un bloc paracervical doit impérativement être réalisé si l'intervention nécessite une dilatation cervicale mécanique. L'anesthésie locale sous forme de bloc paracervical est plus sûre et plus facile que l'anesthésie générale. Cela permet également à la personne d'être consciente et donc de garder la communication ouverte avec le prestataire pendant la procédure. L'encadré 2 détaille les différentes méthodes de gestion de la douleur pour les avortements médicaux et chirurgicaux.

L'anesthésie générale n'est pas recommandée en routine pour l'avortement chirurgical car elle comporte un risque plus élevé de complications que l'anesthésie locale. Il peut rarement être nécessaire si la personne qui subit un avortement est très anxieuse et le demande, ou si l'on s'attend à ce que la procédure soit particulièrement difficile. Les procédures sous anesthésie générale ne doivent être entreprises que dans des installations équipées de ressources humaines formées et d'équipements adéquats.

Prévention des infections

Afin de prévenir l'infection pendant les interventions chirurgicales, une dose d'antibiotique prophylactique est recommandée pour toutes les personnes subissant un avortement chirurgical juste avant l'intervention. Ceci n'est pas nécessaire avant les procédures d'avortement médicamenteux.

En plus, les prestataires de soins de santé qui fournissent les services d'avortement doivent adhérer aux pratiques standard de contrôle d'infections, y compris le lavage des mains, les précautions d'asepsie et l'utilisation d'instruments stériles.

Les prestataires de soins de santé doivent également appliquer les précautions universelles afin de se protéger contre l'infection lors de l'exécution d'une procédure d'avortement. Cela comprend l'utilisation de l'équipement de protection individuelle nécessaire et l'élimination en toute sécurité du linge souillé, des objets tranchants et autres déchets biomédicaux conformément au protocole. L'encadré 3 énumère les différentes procédures d'infection à suivre.

ENCADRÉ 3 : PRÉVENTION DES INFECTIONS POUR LES AVORTEMENTS CHIRURGICAUX

- > **Pratiques courantes de prévention d'infections**
 - le lavage des mains
 - l'utilisation d'EPI
 - l'utilisation de précautions aseptiques
 - l'utilisation d'instruments stériles

- > **Technique pas-touche** (les parties d'instruments qui entrent dans l'utérus ne doivent pas toucher les objets ou les surfaces qui ne sont pas stériles, y compris les parois vaginales, avant d'être inséré.)

- > **Traitement standard d'instruments usagés**
 - le trempage et désinfection initiaux
 - le nettoyage
 - la stérilisation/désinfection de haut niveau
 - l'antibiotique prophylactique

Source : Directives de l'OMS, 2012.

2.4.2.4 Post-procédure

Le prestataire de soins de santé doit examiner visuellement le tissu obtenu de l'avortement pour s'assurer que les résidus de la grossesse ont été extraits. L'absence de résidus de la grossesse peut être un signe de grossesse extra-utérine et doit être immédiatement étudiée plus profondément. Si le volume de produits de grossesse extraits est inférieur à celui attendu pour l'âge gestationnel particulier, cela peut être le signe d'un avortement incomplet et une ré-aspiration peut être nécessaire.

Après la procédure d'avortement chirurgical, la personne doit rester dans l'établissement de santé jusqu'à ce que les effets de la sédation ou de l'anesthésie s'estompent. L'admission d'une nuitée n'est pas systématiquement requise.

2.4.2.5 Complications d'un avortement chirurgical

Les avortements sont extrêmement sécurisés lorsqu'ils sont pratiqués par un prestataire de soins de santé qualifié. Cependant, comme toutes les procédures médicales, il existe un faible risque de complications.

Avortement incomplet. L'avortement incomplet et la poursuite de la grossesse sont très rares avec les procédures d'AVE et de D&E. Dans l'un ou l'autre de ces cas, une ré-évacuation doit être effectuée.

Hémorragie. Les saignements excessifs peuvent survenir en cas de rétention de résidus, de lésion du col utérin ou de l'utérus ou d'infection.

Un traitement approprié en fonction de la cause doit être donné – cela comprend la ré-évacuation, le remplacement du liquide intraveineux, les antibiotiques et le traitement de toute blessure du tractus génital.

Infection. L'infection est rare lorsqu'un avortement est pratiqué par un prestataire formé dans des conditions sûres. En plus, les antibiotiques prophylactiques administrés avant la procédure protègent également contre l'infection. Cependant, étant donné que le col de l'utérus est dilaté et que les instruments sont introduits dans l'utérus lors d'un avortement chirurgical, une infection ascendante est rarement possible. Les signes d'infection comprennent de la fièvre, des saignements excessifs, les pertes nauséabondes, les douleurs abdominales et une sensibilité utérine. L'infection est traitée avec une cure d'antibiotiques. En cas de présence de retenus des résidus de la grossesse, une ré-évacuation doit être effectuée.

Blessure utérine. Une complication rare de l'avortement chirurgical est la perforation de l'utérus. La plupart des perforations utérines sont très petites et passent inaperçues. Cependant, en cas de suspicion de lésion utérine, une laparoscopie doit être réalisée pour visualiser l'utérus et la lésion et estimer l'ampleur de dommages.

En cas de suspicion de lésion des intestins ou de la vessie, une laparotomie doit être effectuée et les réparations appropriées doivent être effectuées.

Complications liées à l'anesthésie. Les complications liées à l'anesthésie sont très rares sous anesthésie locale. Si une anesthésie générale est administrée, les risques de complications sont plus élevés.

Effets à long terme. Il n'y a aucune preuve d'effet à long terme d'un avortement chirurgical sécurisé et bien réalisé. Il n'y a pas d'effets indésirables sur les grossesses ultérieures. Il n'y a également aucune preuve d'effets de routine sur la santé mentale après un avortement.

Tout effet négatif sur la santé mentale est généralement la continuation de problèmes de santé mentale antérieurs ou si la grossesse était souhaitée, mais la personne a été forcée de subir un avortement pour des raisons telles que la présence d'anomalies fœtales

2.4.3 Prise de décision concernant la méthode d'avortement

Les sections ci-dessus ont décrit à la fois les méthodes médicales et chirurgicales d'avortement. Dans la mesure du possible, la personne qui demande un avortement doit avoir le choix de choisir la méthode qu'elle préfère. Les recherches montrent qu'une personne trouve la méthode d'avortement plus acceptable lorsqu'elle a son mot à dire dans son choix (Slade et al, 1998).

Le tableau 3 à la page 25 compare les avantages et les inconvénients relatifs de l'avortement médical et chirurgical. Ces informations doivent être partagées avec la personne cherchant à avorter dans le cadre du counseling pré-avortement et la personne doit être soutenue dans le choix d'une méthode appropriée pour elle-même.

Il n'y a aucune preuve d'effets à long terme d'un avortement chirurgical sûr et bien réalisé. Il n'y a pas d'effets indésirables sur les grossesses ultérieures. Il n'y a également aucune preuve d'effets de routine sur la santé mentale après un avortement. Tout effet négatif sur la santé mentale est généralement la continuation de problèmes de santé mentale antérieurs.

TABLEAU 3: COMPARAISON DE L'AVORTEMENT MEDICAMENTEUX ET CHIRURGICAL

Temp	Avortement Médicamenteux	Aspiration Sous vide
< 12-14 Semaines	<ul style="list-style-type: none"> > Evite la chirurgie > Imite une fausse couche naturelle, la personne souffre de saignements et de crampes utérines > Contrôlé par la personne qui demande l'avortement > Potentiel d'autogestion > Peut se passer à domicile (< 9 semaines) > Peut prendre plus de temps qu'AVE > Peut nécessiter plus d'une visite à l'établissement de santé 	<ul style="list-style-type: none"> > Se déroule dans un établissement de santé > Exécuté et contrôlé par le prestataire de soins de santé > Implique l'introduction d'instruments dans l'utérus > Moins de chance de blessure à l'utérus > Procédure rapide, complétude de l'avortement vérifiée immédiatement
> 12-14 Semaines	<ul style="list-style-type: none"> > Evite la chirurgie > Imite une fausse couche naturelle, la personne souffre de saignements et de crampes utérines > A lieu dans une structure sanitaire > Prend plus de temps que la D&E - peut prendre des heures voire des jours > La personne doit rester dans l'établissement de santé jusqu'à l'expulsion de la grossesse, ce qui peut nécessiter une nuitée. 	<ul style="list-style-type: none"> > Se déroule dans un établissement de santé > Exécuté et contrôlé par le prestataire de soins de santé > Procédure rapide, complétude de l'avortement vérifiée immédiatement > Nécessite la préparation cervicale > Implique l'introduction d'instruments dans l'utérus > Moins de chance de blessure à l'utérus

2.5 SOINS POST-AVORTEMENT

Les soins post-avortement sont importants pour éviter toute morbidité et mortalité après une procédure d'avortement. Ceci est particulièrement important après une procédure d'avortement à risque où les soins post-avortement appropriés peuvent atténuer certains des effets néfastes de la procédure à risque.

Les objectifs des soins post-avortement sont comprennent ce qui suit :

- Assurer un suivi adéquat de la personne qui a subi un avortement
- Assurer la détection précoce et la gestion de toute complication
- Conseiller et fournir les services de contraception

Toutes les personnes ayant subi un avortement doivent recevoir les instructions claires avant de rentrer chez elles, à la fois verbalement et par écrit, sur ce à quoi s'attendre dans les prochains jours, et sur ce qu'elles peuvent et ne peuvent pas faire. Cela devrait inclure les instructions sur la durée des saignements vaginaux, quand elles peuvent reprendre un travail normal et une activité sexuelle, et comment reconnaître tout signe de danger qui devra revenir à l'établissement de santé.

Après un avortement sécurisé, une visite de suivi de routine n'est pas nécessaire à moins que la personne soit confrontée à une complication. Les complications majeures consécutives à un avortement médical et chirurgical ont été discutées dans la sous-section précédente.

2.5.1 Les soins après avortement comme stratégie de réduction des méfaits

Dans les contextes où l'avortement est limité par la loi, les soins post-avortement ont été utilisés comme stratégie pour garantir que les personnes qui ont subi un avortement à risque reçoivent les soins appropriés afin de prévenir une morbidité et une mortalité supplémentaires. Dans les contextes aussi restrictifs, les soins post-avortement peuvent être utilisés comme point d'entrée pour discuter d'avortements et prévenir les avortements à risque.

Il existe également une responsabilité éthique de prestataires de soins de santé de fournir les soins aux personnes qui présentent les complications liées à l'avortement, et le refus de fournir de tels soins ne peut être justifié par l'objection de conscience. Ainsi, la promotion de soins post-avortement de bonne qualité peut être considérée comme une stratégie de réduction de risques dans les contextes juridiquement restrictifs.

Dans un tel contexte, les soins post-avortement qui sont fournis doivent être de bonne qualité, humains et sans jugement, et le traitement doit inclure le traitement de complications de l'avortement spontané et provoqué, le counseling, les services de contraception, la mise en relation avec d'autres services de santé reproductive, y compris l'évaluation et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), le counseling et le dépistage du VIH et le dépistage du cancer.

LISTE DE CONTRÔLE 1_1		
ASPECTS TECHNIQUES DES SOINS POST-AVORTEMENT		
<div> <div></div> Oui <div></div> Non </div>		
		NOTES
	Les informations claires et correctes d'un point de vue scientifique sont fournies au client dans la langue qu'il comprend	
	Un conseiller dédié est disponible pour l'information	
	L'intimité et une confidentialité adéquates sont maintenues pendant la fourniture d'informations.	
	Le conseil est neutre et sans jugement	
	Le prestataire de soins de santé demande un historique clair et complet couvrant les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> > Date de dernières règles > Détails de cycles menstruels antérieurs > Antécédents médicaux > Antécédents de troubles de la coagulation > Tous les médicaments > Toute allergie > Antécédents obstétricaux et gynécologiques > Histoire de famille > Aspects sociaux, y compris tout antécédent de violence et de coercition concernant la décision de poursuivre ou d'interrompre la grossesse. 	
	Le fournisseur de soins de santé effectue un examen physique complet comprenant : <ul style="list-style-type: none"> > Examen général comprenant le pouls et la TA > Recherche d'anémie > Examen de l'abdomen > Examen vaginal (examen pelvien bi-manuel) > Dépistage des IST 	
	Aucun test de laboratoire, y compris l'examen échographique, n'est exigé à moins que les indications cliniques spécifiques soient présentes	
	Les informations claires et complètes sur toutes les méthodes contraceptives appropriées sont fournies	
	La personne cherchant à avorter reçoit les informations claires, complètes et précises sur le choix des méthodes disponibles et appropriées et est habilitée à faire un choix de méthode	
MÉTHODE D'AVORTEMENT : Avortement médicamenteux		NOTES
	Les informations détaillées sont fournies sur la façon de prendre les pilules et à quoi s'attendre	
	Pour les grossesses de moins de 9 semaines, une option est donnée à la personne de choisir entre l'utilisation du misoprostol à domicile ou dans l'établissement de santé.	
	Pour les grossesses de moins de 12 semaines, une option est donnée pour que la personne choisisse la prise en charge autonome de l'AM.	
	Les personnes qui subissent un AM reçoivent les informations sur la gestion de la douleur et les médicaments y afférent	
	Les personnes subissant une AM après 20 semaines reçoivent les informations sur la mort fœtale avant l'intervention et les services y afférent si le client le choisit.	
	Les informations claires et complètes sur les complications possibles de l'AM et ce qu'il faut faire dans un tel événement sont fournies.	

À utiliser avec les listes de contrôle du chapitre 4 sur la prestation de soins fondée sur les droits

LISTE DE CONTRÔLE 1_2		
MÉTHODE D'AVORTEMENT : Avortement Chirurgical		NOTES
	La préparation cervicale avant l'avortement chirurgical est effectuée le cas échéant	
	Un soulagement adéquat de la douleur est offert pour l'avortement chirurgical, notamment : > La sédation > L'anesthésie locale/bloc paracervical	
	L'anesthésie générale N'EST PAS utilisée en routine pour l'avortement chirurgical	
	Les méthodes adéquates de prévention d'infections sont utilisées pour l'avortement chirurgical, notamment : > Les méthodes standard de précaution standard de routine - lavage des mains, utilisation de précautions aseptiques, utilisation d'équipements de protection individuelle > La technique sans contact > Le premier trempage d'instruments usagés > Le nettoyage d'instruments > La stérilisation d'instruments médicaux > L'antibiotique prophylactique > L'élimination adéquate des déchets biomédicaux conformément aux directives locales	
	Les méthodes obsolètes telles que la D&E et le curettage ne SONT PAS utilisées	
	L'examen post-opératoire du tissu obtenu à partir d'un avortement est effectué	
	Aucune nuitée n'est systématiquement requise sauf en cas de conditions cliniques spécifiques.	
	La cliente reçoit les informations claires et complètes sur les complications possibles après un avortement chirurgical et sur ce qu'il faut faire en cas de complications.	
SOINS POST-AVORTEMENT		NOTES
	La contraception est proposée systématiquement dans le cadre de soins post-avortement	
	Les informations claires et complètes sont fournies sur les détails du suivi requis - quand, où, à quoi s'attendre.	

CHAPITRE 3

Droit et politique : appliquer le prisme de droits de l'homme

L'objectif de ce chapitre est de fournir une compréhension détaillée des lois, des politiques (y compris les réglementations qui régissent la mise en œuvre des lois et des politiques) qui ont un impact sur l'accès aux services d'avortement sécurisé. Le chapitre comprend une liste de contrôle pour analyser la politique et la situation juridique régissant l'accès aux services d'avortement dans son pays ou sa province/état.

Dans la première section, nous décrivons les changements intervenus dans le statut juridique de l'avortement à travers le monde depuis la CIPD, en documentant les progrès et recul depuis 1994. Ensuite, la deuxième section donne des exemples de stratégies utilisées par les mouvements de femmes et les mouvements sociaux dans différents pays pour libéraliser les lois restrictives sur l'avortement et étendre la portée des lois restrictives sur l'avortement. Il convient de noter que même dans les pays où les lois sur l'avortement sont relativement libérales, les services d'avortement ne sont disponibles que jusqu'à une certaine période de gestation. Il peut y avoir d'autres restrictions au niveau de la prestation de services. Par exemple, seules certaines méthodes d'avortement peuvent être disponibles dans un pays ; ou les services peuvent uniquement être disponibles dans les établissements de soins secondaires ou tertiaires ; ou peut exiger le consentement du conjoint, et ainsi de suite. Ceux-ci sont discutés dans la troisième section.

3.1 STATUT JURIDIQUE DE L'AVORTEMENT A TRAVERS LE MONDE ET CHANGEMENTS DEPUIS LA CIPD

3.1.1 Statut juridique de l'avortement dans le monde

Les lois relatives au statut juridique de l'avortement sécurisé sont classées en cinq catégories, de plus restrictive aux moins restrictives :

Catégorie 1: Vingt-six pays n'autorisent l'avortement en aucun cas.

Catégorie 2: Trente-neuf pays autorisent l'avortement uniquement pour sauver la vie de la femme. 10 pays parmi ceux-ci, autorisent l'avortement pour d'autres motifs tels que le viol, l'inceste et la déficience grave du fœtus.

Catégorie 3: Dans 56 pays, l'avortement est également autorisé pour des raisons de santé, et 25 de ces pays mentionnent également explicitement des raisons de santé mentale. Presque tous les pays de cette catégorie autorisent également les avortements pour les motifs supplémentaires mentionnés ci-dessus.

Catégorie 4: Quatorze pays autorisent l'avortement pour toutes les raisons ci-dessus et également pour des raisons sociales et économiques, ainsi qu'en cas de viol, d'inceste ou de malformation fœtale grave.

Catégorie 5: Dans 66 pays du monde, l'avortement est disponible sur demande (CRR 2019a).

Les pays des catégories un, deux et trois sont généralement considérés comme ayant des lois « restrictives » sur l'avortement et ceux des catégories quatre et cinq sont considérés comme ayant des lois « largement libérales » sur l'avortement « largement libérales ».

À l'échelle mondiale, plus des deux cinquièmes de femmes en âge de procréer vivent dans des pays où les lois sur l'avortement sont restrictives et 59 % vivent dans des pays où les services d'avortement sont disponibles sur les bases largement libérales (CRR 2019a).

d'avortement sont disponibles sur les bases largement libérales (CRR 2019a).

3.1.2 Progrès et reculs de la libéralisation des lois sur l'avortement depuis 1994

Au cours des 25 années écoulées depuis la CIPD (1994-2020), 48 pays sont passés d'une loi plus restrictive à une loi moins restrictive sur l'avortement. Quarante d'entre eux étaient des pays en développement (CRR 2019b-progress).

La figure 4 présente les informations sur les modifications apportées aux lois sur l'avortement au cours de deux dernières décennies et demie dans 40 pays à travers le monde.

Les changements juridiques les plus notables ont fait que l'avortement soit devenu disponible dans 15 pays, et 18 pays ont supprimé l'interdiction totale de l'avortement. Deux de ces pays - le Népal et Sao Tomé-et-Principe - ont supprimé l'interdiction

totale de l'avortement et sont passés à la catégorie V, rendant l'avortement disponible sur demande.

Dans 11 pays qui ont levé l'interdiction totale, l'avortement est devenu possible pour des raisons de santé ainsi que pour d'autres motifs tels que le viol, l'inceste et la déficience fœtale. Cinq pays qui ont levé l'interdiction totale de l'avortement l'ont rendu disponible uniquement pour sauver la vie de la femme enceinte et pour d'autres motifs tels que le viol, l'inceste et la déficience fœtale. Dans d'autres cas, les progrès ont été modestes, avec les motifs supplémentaires ajoutés mais sans changement de catégorie (CRR 2019b).

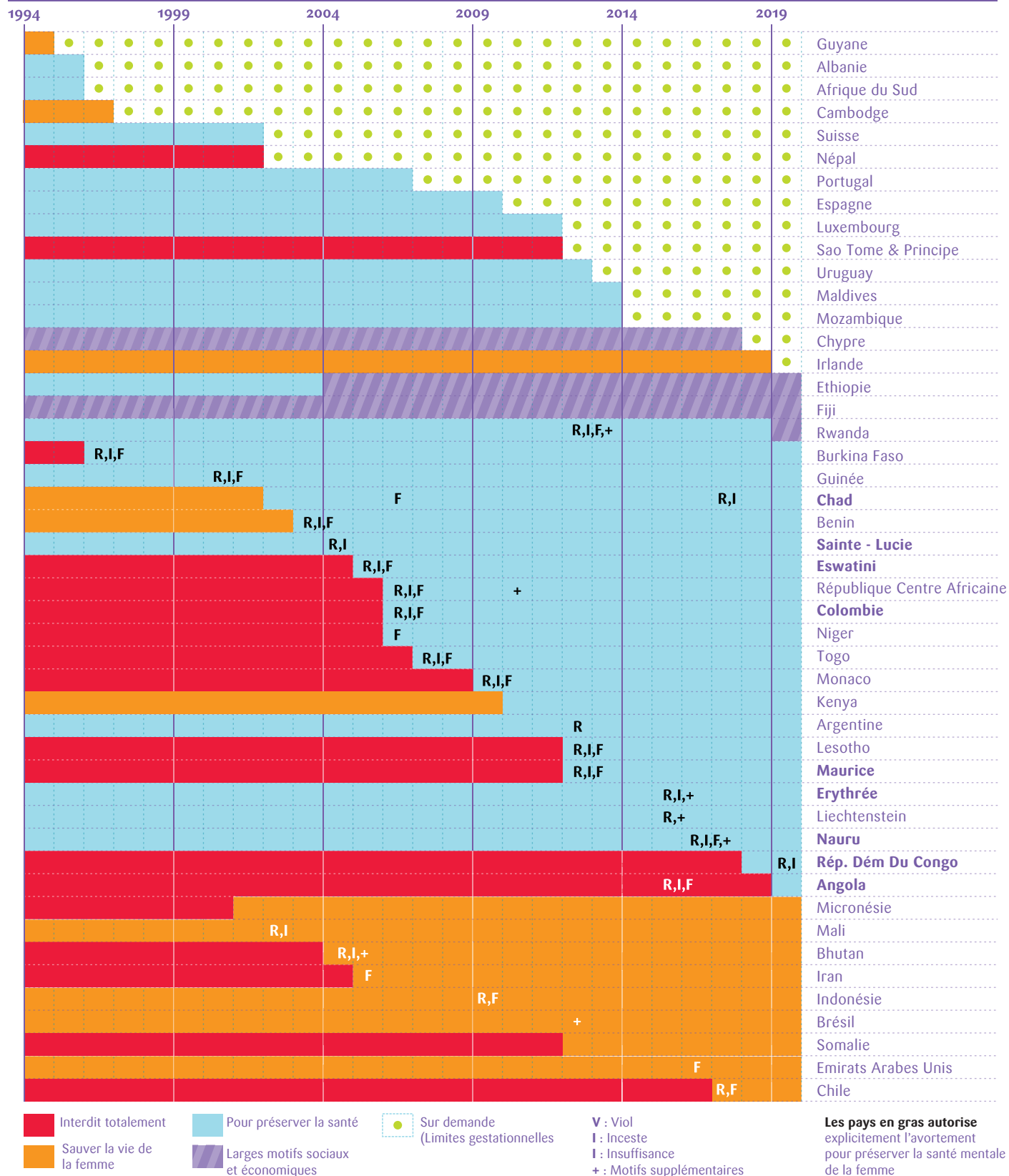
Malheureusement, il y avait aussi les pays où les lois relatives à l'avortement sont devenues plus restrictives. En République dominicaine et au Nicaragua, l'avortement, qui n'était autorisé que pour préserver la vie de la femme, est désormais interdit en circonstances, alors qu'en Irak et au Congo, le changement est passé du motif de santé à l'interdiction totale (ONU, 2014 et CRR 2019b).

2.4.3 Prise de décision concernant la méthode d'avortement

Les sections ci-dessus ont décrit à la fois les méthodes médicales et chirurgicales d'avortement. Dans la mesure du possible, la personne qui demande un avortement doit avoir le choix de choisir la méthode qu'elle préfère. Les recherches montrent qu'une personne trouve la méthode d'avortement plus acceptable lorsqu'elle a son mot à dire dans son choix (Slade et al, 1998).

Le tableau 3 à la page 25 compare les avantages et les inconvénients relatifs de l'avortement médical et chirurgical. Ces informations doivent être partagées avec la personne cherchant à avorter dans le cadre du counseling pré-avortement et la personne doit être soutenue dans le choix d'une méthode appropriée pour elle-même.

Il n'y a aucune preuve d'effets à long terme d'un avortement chirurgical sûr et bien réalisé. Il n'y a pas d'effets indésirables sur les grossesses ultérieures. Il n'y a également aucune preuve d'effets de routine sur la santé mentale après un avortement. Tout effet négatif sur la santé mentale est généralement la continuation de problèmes de santé mentale antérieurs.

FIGURE 4: LIBÉRALISATION DES LOIS SUR L'AVORTEMENT DEPUIS LA CIPD (40 PAYS)

En République dominicaine, un amendement constitutionnel a étendu le droit à la vie à s'appliquer dès la conception (Amnesty International 2009). En 2006, le Nicaragua a adopté un projet de loi à l'Assemblée nationale interdisant complètement l'avortement (BBC News 29 octobre 2006).

Sept autres pays ont réduit le nombre de motifs pour lesquels l'avortement était autorisé (tableau 4).

TABLEAU 4: PAYS OU LES LOIS SUR L'AVORTEMENT SONT DEVENUE PLUS RESTRICTIVES DEPUIS LA CIPD

Pays	Restrictions dans la loi sur l'avortement depuis la CIPD
Algérie	Viol et inceste supprimés comme motifs d'avortement
Belize	Viol et inceste supprimés comme motifs d'avortement
Congo (Brazzaville)	Motifs de santé à l'interdiction totale
République Dominicaine	Préserver la vie à l'interdiction totale
Équateur	Viol supprimé comme motif
Irak	Motifs de santé à l'interdiction totale
Japon	La santé mentale supprimée comme motif
Nicaragua	Préserver la vie à l'interdiction totale
Papouasie Nouvelle Guinée	Santé physique et mentale pour préserver la vie

Source: ONU 2014 et CRR 2019b

3.2. REPOUSSER L'ENVELOPPE : EXEMPLES DE STRATÉGIES VISANT À ÉLARGIR LA PORTÉE DE LOIS RESTRICTIVES SUR LA VOIE D'UNE RÉFORME PLUS LARGE

Dans cette section, nous présentons cinq exemples de stratégies qui ont élargi la portée de lois restrictives sur l'avortement pour élargir l'accès aux services d'avortement sécurisé et pour réduire la mortalité et la morbidité dues aux avortements à risque. Le premier exemple est l'utilisation de la régulation menstruelle au Bangladesh pour rendre disponibles les avortements au début du premier trimestre. La seconde est l'utilisation de soins post-avortement (SAP) comme stratégie pour réduire la mortalité et la morbidité dues aux avortements à risque, généralement dans des contextes où l'avortement est sévèrement limité par la loi. La troisième est une description de la stratégie de « réduction de risques » qui a été utilisée avec succès en Uruguay pour parvenir à une réduction significative de la mortalité maternelle due à un avortement à risque. Il s'agit d'une expérience qui se déroule parallèlement au plaidoyer et à la mobilisation pour la libéralisation de la loi sur l'avortement. Le quatrième exemple est le plaidoyer auprès de prestataires de services de santé dans certains pays d'Amérique Latine pour une interprétation libérale de motifs de « santé » en vertu desquels les services d'avortement étaient légaux.

Le cinquième exemple concerne les initiatives féministes visant à utiliser la télé-médecine et l'avortement autogéré lorsque l'avortement est légalement restreint ou l'accès est limité pour une ou plusieurs raisons, qui ont gagné en crédibilité en tant qu'options sûres et efficaces pendant les blocages obligatoires liés à COVID-19.

3.2.1 Régulation menstruelle pour ramener les règles retardées

Au Bangladesh, l'avortement est un crime en vertu du code pénal de 1860, sauf pour sauver la vie de la femme. Cependant, la régulation menstruelle (RM) est une procédure approuvée pour « réguler la menstruation lorsque la menstruation est absente pendant une courte période » (Women on Waves 2020) et fait partie du programme de planification familiale du pays depuis 1979. La RM était acceptable car au Bangladesh, ramener les règles retardées était une pratique traditionnelle acceptée, tant que la grossesse n'avait pas été confirmée (Dixon-Mueller 1988).

La RM est disponible dans plus de 5 000 établissements gouvernementaux à travers le pays. Il est disponible pour toutes les femmes qui ont manqué un cycle. Les méthodes disponibles sont l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) lorsque la dernière période menstruelle a été retardée jusqu'à 12 semaines ; et l'AMIU et les médicaments (appelés MRM) utilisant la mifépristone et le misoprostol pendant un délai pouvant aller jusqu'à neuf semaines. sage-femmes

Alors que l'avortement médicamenteux peut être fourni par les médecins ainsi que par les non-médecins formés en RM, l'AMIU peut être pratiquée par les non-médecins uniquement jusqu'à 10 semaines de règles différées, et seuls les médecins sont autorisés à effectuer la procédure d'AMIU jusqu'à 12 semaines. (Sultana 2020). Un programme de formation de non-médecins tels que les sage-femmes, les paramédicaux et les visiteurs du bien-être familial (Les FWV) est en place depuis les années 1980 et a contribué à élargir l'accès aux services.

L'introduction d'une régulation médicale des menstruations a été approuvée par le directeur général de la planification familiale par le biais d'une note publiée en 2015, après que des études de recherche opérationnelle aient établi son innocuité et son acceptabilité (Govt. of Bangladesh, 2015).

L'approbation de la fabrication locale de l'association médicamenteuse mifépristone-misoprostol a permis l'approvisionnement local du médicament.

La RM peut être une stratégie appropriée pour rendre les avortements du premier trimestre disponibles dans des contextes où le retard des règles est un concept et une pratique culturellement acceptés.

Cependant, cette stratégie n'est pas sans limites. Dans une étude récente, de nombreux établissements de santé qui disposent du personnel formés et de l'équipement pour fournir les services de RM n'ont pas offert les services, souvent parce que les prestataires de santé ne voulaient pas ou ne se sentaient pas prêts à effectuer la procédure (Guttmacher Institute 2012). Les services de RM ne sont fournis que jusqu'à 10 semaines de grossesse. Cela exclut de nombreuses personnes qui peuvent demander un avortement plus tard pour un certain nombre de raisons bien connues telles que la détection tardive de la grossesse, les difficultés à trouver du temps et de l'argent pour atteindre un service de RM. Plus important encore, la disponibilité de services de RM n'enlève pas la nécessité de plaider en faveur de services d'avortement sécurisé disponibles sur demande pour toutes les personnes.

3.2.2 Utilisation des soins post-avortement (SPA) comme stratégie de réduction de la morbidité et de la mortalité dues à l'avortement à risque

Le « modèle de Soins Post-Avortement » (SPA) a été développé en 1994 sous l'égide de l'USAID pour lutter contre les conséquences sanitaires néfastes de l'avortement à risque (Curtis 2007). Les SPA comportaient trois volets : a) le traitement d'urgence de complications d'un avortement spontané ou provoqué ; b) les conseils et services de planification familiale post-avortement ; et (c) la fourniture d'autres services de santé reproductive, principalement les IST et VIH/SIDA. Le modèle SPA a été jugé acceptable dans plusieurs pays dotés de lois restrictives sur l'avortement (Rasch 2011).

La République-Unie de Tanzanie a une loi restrictive sur l'avortement, où l'avortement est une infraction pénale, sauf pour sauver la vie de la femme. Cependant, depuis que le modèle de SPA a été mis en œuvre pour la première fois en Tanzanie à la fin des années 1990, le ministère de la Santé, du Développement communautaire, du Genre, des Personnes âgées et des Enfants (MOHCDGEC) s'est fortement engagé dans les SPA. Les SPA sont disponibles à partir du niveau de soins primaires, avec l'aspiration manuelle sous vide et le misoprostol administrés même par les prestataires de niveau intermédiaire. Les SPA sont inclus dans le Paquet national d'interventions sanitaires essentielles de la Tanzanie. Les services de contraception post-avortement, y compris les méthodes réversibles à longue durée d'action, font partie de l'ensemble de ces services (Baynes et al. 2019).

3.2.3 Stratégies de réduction des dommages pour réduire la mortalité et la morbidité dues à l'avortement à risque

L'approche de « réduction des dommages » a ses origines dans le contexte du VIH/sida, pour réduire la morbidité et la mortalité liées à la transmission du VIH par injection de la drogue.

L'approche a été utilisée pour la première fois en Uruguay au début des années 2000, et depuis lors, dans plusieurs autres pays, pour réduire la morbidité et la mortalité dues à l'avortement à risque dans les contextes de lois restrictives sur l'avortement.

La lutte de l'Uruguay pour libéraliser les lois sur l'avortement a duré près de 30 ans, jusqu'à l'adoption de la loi sur l'interruption volontaire de grossesse le 25 Septembre 2012. Les efforts d'un mouvement féministe fort, les gynécologues-obstétriciens concernés et les partis politiques progressistes avaient proposé quatre lois sur l'avortement - en 1985, 1993, 2002 et 2004, sans succès.

Alors que la mobilisation en faveur d'une réforme juridique se poursuivait, les gynécologues obstétriciens d'un grand hôpital de soins tertiaires ont lancé le programme de « réduction des risques et des dommages » connu sous le nom d>Iniciativas Sanitarias en 2002. (Folter 2019).

La stratégie de réduction des risques consistait à donner aux femmes victimes d'une grossesse non désirée les informations déjà disponibles dans le domaine public, qui leur permettraient de prendre une décision éclairée, et, au cas où elles procéderaient à un avortement, elles choisiraient plutôt une option à faible risque que celle à haut risque. Un avortement à faible risque a été défini comme celui où l'utilisatrice :

- « a eu une visite de counseling avant d'atteindre l'âge gestationnel de 12 semaines et a décidé d'interrompre la grossesse, tout comprenant les informations qui lui ont été fournies ;
- a eu l'accès au misoprostol et l'utilise conformément aux preuves scientifiques internationalement reconnues;
- a subi un avortement complet ou incomplet sans complication;
- n'a eu aucune complication immédiate (au cours du premier mois) du point de vue biopsychosocial.
- utilise une méthode contraceptive sûre, efficace, adaptée à sa situation et qu'elle a choisie elle-même. (Labandera et coll. 2016 : S8).

La stratégie, initialement mise en œuvre dans un grand hôpital, a entraîné une baisse significative de la morbidité et de la mortalité dues aux complications de l'avortement à risque (Labandera et al. 2016).

En 2004, peu de temps après une autre tentative infructueuse d'adopter une loi moins restrictive sur l'avortement, le Ministère de la Santé a adopté un protocole sur la réduction de dommages liés à l'avortement sécurisé, applicable à l'ensemble du pays (Woods et al. 2016).

La stratégie de réduction de risques et des dommages était un moyen positif de maintenir l'élan de la lutte pour la réforme juridique, tout en offrant aux femmes l'accès aux informations scientifiques fondées sur des preuves afin de prévenir la mortalité et la morbidité évitables dues à l'avortement à risque, ainsi que de renforcer les capacités des prestataires de soins de santé sur les soins d'avortement humanistes et respectueux.

Les initiatives féministes pour utiliser la télémedecine et l'avortement autogéré là où l'avortement est légalement restreint ou l'accès est limité, ont gagné en crédibilité en tant qu'options sûres et efficaces pendant les restrictions obligatoires liées à la COVID-19.

Les défenseurs doivent reconnaître que les soins post-avortement et la réduction des risques ne sont que des stratégies provisoires sur la voie de la réalisation de l'objectif de services d'avortement sécurisé pour tous. Selon les mots d'Erdman (2012),

« Tout en répondant aux besoins des femmes, la réduction des dommages (y compris les SPA) ne décharge pas le gouvernement de sa responsabilité de s'attaquer aux contraintes abusives, répressives ou limitatives qui créent ces besoins. (Erdman 2012). »

3.2.4 Interprétation élargie des motifs de « santé » pour l'avortement (« l'exception de santé »)

Dans 56 pays dotés de lois restrictives sur l'avortement, l'avortement est autorisé pour des raisons de santé - c'est-à-dire si la poursuite de la grossesse présente un risque important pour la santé de la femme, et dans environ la moitié de ces pays (25), le risque pour la santé mentale est également un motif d'avortement (CRR 2019a). Le « risque pour la santé » est cependant souvent interprété de manière restreinte comme signifiant une menace imminente à la vie de la femme, limitant ainsi l'accès à l'avortement à plusieurs femmes. La Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé et le Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels défendent le « droit de toute personne de jouir du meilleur état de bien-être physique, mental et social » (OMS, 1946 ; CESCR 2000).

En plus, selon l'OMS, le risque d'effets indésirables est suffisant pour considérer qu'une personne présente un risque pour la santé, il n'est pas nécessaire qu'un dommage se produise (OMS 2002). L'utilisation de ces interprétations plus larges de la santé et du risque pour la santé permettrait d'appliquer les « raisons de santé » ou « l'exception de santé au droit pénal » pour un plus large éventail d'indications, et d'élargir l'accès des femmes aux services d'avortement légaux et sécurisés.

Plusieurs organes créés en vertu d'instruments relatifs aux droits de l'homme, notamment le Comité de Droits de l'Enfant (CDE),

Plusieurs organes créés en vertu d'instruments relatifs aux droits de l'homme, notamment le Comité de Droits de l'Enfant (CDE), le Comité de Droits Civils et Politiques (CCPR) et le Comité Contre la Torture (CAT), le Comité pour l'Elimination de la Discrimination à l'Egard des Femmes (Comité CEDAW) et le Comité sur les Droits Economiques, Sociaux et Culturels (Comité DESC) ont interprété les « raisons de santé » pour l'avortement sécurisé comme incluant les grossesses résultant d'un viol et d'un inceste (CAT 2011 para 22 ; CCPR 2014 para 9 ; CEDAW Committee 2009, para 12 ; CDE 2007 para 56 ; CE 2011 para 64 ; Comité DESC 2004 para 53 ; Comité DESC 2010, para 29) et en cas d'anomalie fœtale mortelle (CAT 2011 para 22; CCPR 2005; CCPR 2014 para 9; CDE 2011 para 64). Dans ses recommandations finales au rapport national du Paraguay, le CAT (2011) a observé que lorsque les femmes victimes de violences sexuelles et d'inceste se voient refuser l'avortement :

« ... les femmes concernées sont constamment rappelées à la violation commise à leur encontre, qui provoque un stress traumatique grave et comporte un risque de problèmes psychologiques durables (CAT 2011, paragraphe 22)... »

Le même Comité poursuit en disant que :

« Le Comité est également préoccupé par le refus de soins médicaux aux femmes qui ont décidé de se faire avorter, ce qui pourrait mettre gravement en danger leur santé physique et mentale (CAT 2011, paragraphe 22) »

Plusieurs organes créés en vertu d'instruments relatifs aux droits de l'homme, notamment le Comité de Droits de l'Enfant (CDE), le Comité de Droits Civils et Politiques (CCPR) et le Comité Contre la Torture (CAT), le Comité pour l'Elimination de la Discrimination à l'Egard des Femmes (Comité CEDAW) et le Comité sur les Droits Economiques, Sociaux et Culturels (Comité DESC) ont interprété les « raisons de santé » pour l'avortement sécurisé comme incluant les grossesses résultant d'un viol et d'un inceste (CAT 2011 para 22 ; CCPR 2014 para 9 ; Comité CEDAW 2009, para 12 ; CDE 2007 para 56 ; CE 2011 para 64 ; Comité DESC 2004 para 53 ; Comité DESC 2010, para 29) et en cas d'anomalie fœtale mortelle (CAT 2011 para 22; CCPR 2005; CCPR 2014 para 9; CDE 2011 para 64). Dans ses recommandations finales au rapport national du Paraguay, le CAT (2011) a observé que lorsque les femmes victimes de violences sexuelles et d'inceste se voient refuser l'avortement :

« ... les femmes concernées sont constamment rappelées à la violation commise à leur encontre, qui provoque un stress traumatique grave et comporte un risque de problèmes psychologiques durables (CAT 2011, paragraphe 22). »

Le même Comité poursuit en disant que :

Le même Comité poursuit en disant que : « *Le Comité est également préoccupé par le refus de soins médicaux aux femmes qui ont décidé de se faire avorter, ce qui pourrait mettre gravement en danger leur santé physique et mentale (CAT 2011, paragraphe 22)* »

D'autres organes créés en vertu d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme ont également estimé que la criminalisation générale de l'avortement violait le droit des femmes à la vie et à la santé, car elle pourrait les obliger à recourir à un avortement clandestin et dangereux qui met en danger leur vie et leur santé (CCPR 2012, paragraphe 20; CCPR 2014, paragraphe 14). Dans son observation finale du rapport national du Tchad (1999), le CDE a exhorté le pays à revoir sa législation sur l'avortement en vue de « prévenir les avortements illégaux et d'améliorer la protection de la santé mentale et physique des filles (CDE 1999, paragraphe 30).

La poussée vers une telle interprétation élargie de l'exception de santé a commencé en Colombie en 2006, sous l'impulsion de La Mesa (Défenseurs de la Vie et la Santé des Femmes), peu après une décision de la Cour constitutionnelle autorisant le risque pour la vie et la santé d'une femme comme motif juridique d'avortement. La Mesa a travaillé avec les alliés dans d'autres pays de la région pour parvenir à un document de consensus régional en 2008, sur la façon dont l'exception sanitaire peut être interprétée plus largement conformément aux normes internationales de droits humains établies. Un guide de formation a été élaboré et une formation de formateurs organisée en Colombie, en Argentine, au Mexique et au Pérou pour un large éventail de parties prenantes : par ex. médecins, responsables de santé, éducateurs médicaux et acteurs de la société civile. Les campagnes en ligne, la diffusion lors de réunions universitaires et professionnelles et via des sites Web clés ont porté le message partout dans la région Latino-Américaine. Une étude qualitative réalisée en 2012 a révélé que la stratégie avait considérablement augmenté, à la fois le nombre total d'avortements légaux et ceux liés aux raisons de santé dans les établissements de SSR gérés par deux ONG à travers le pays (Orientamé et Profamilia) en Colombie.

Par exemple, le nombre total d'avortements dans les établissements d'Orientamé est passé de 36 en 2006-07 à 4.066 en 2011, et la proportion d'avortements pour motif de santé, de 22 % à 99,7 % (González Vélez 2011).

3.2.5 Utilisation de la télémedecine pour faciliter l'avortement autogéré dans des situations de restrictions légales et d'accès limité

La télémedecine dans l'avortement est l'utilisation de la technologie de communications pour organiser un avortement en

clinique avec l'aide d'un prestataire de santé ou un avortement autogéré, à l'aide de pilules abortives médicamenteuses (Berer 2020). Les organisations féministes du monde entier ont utilisé la télémedecine pour élargir l'accès aux services d'avortement sécurisés à l'aide de pilules abortives médicamenteuses. Celles-ci ont été utilisées pour aider les personnes vivant dans des milieux où l'avortement est légalement restreint, l'accès à l'avortement est limité et/ou font face aux multiples obstacles, même là où l'avortement est moins restreint et disponible. À l'heure actuelle de la pandémie de COVID-19, même si plusieurs pays ont utilisé les restrictions obligatoires comme une opportunité pour limiter davantage l'accès à l'avortement, quelques pays ont soutenu la télémedecine et l'avortement autogéré comme mesures provisoires et temporaires.

En 2005, Women on Web a mis en place le premier service de télémedecine géré par les féministes pour fournir les informations et les conseils sur l'autogestion de l'avortement à l'aide de pilules d'avortement médicamenteux, et a également fourni les pilules d'avortement médicamenteux par la poste. Aujourd'hui, 26 pays à travers le monde disposent de lignes téléphoniques d'information et fournissent les informations et un soutien à l'avortement autogéré en utilisant une gamme de technologies de télécommunications allant de téléphones et mails aux applications et aux médias sociaux (Berer 2020).

Pendant la pandémie de COVID-19, l'Irlande, le Royaume-Uni et la France ont autorisé la télémedecine pour l'avortement comme moyen d'assurer l'accès sans contact physique avec les prestataires de santé, ce qui peut augmenter le risque d'infection au COVID-19 pour les deux parties (Berer 2020).

Cela implique l'obtention de l'approbation pour l'avortement médicamenteux par n'importe quel moyen de télécommunication, suivie de la réception de pilules abortives à domicile. Elles reçoivent les conseils sur la façon de gérer elles-mêmes l'avortement et de se faire avorter à la maison. Les soins de suivi sont assurés par télécommunication.

Les directives de l'Organisation Mondiale de la Santé relatives à l'avortement dans le cadre de services de santé essentiels pendant la COVID-19 ont recommandé que les services d'avortement sécurisés soient autorisés dans toute la mesure de la loi. En outre, les visites dans les établissements et les contacts entre le prestataire et le client doivent être minimisés par « l'utilisation de la télémedecine et des approches d'autogestion (OMS 2020)

L'approbation par certains gouvernements et par l'OMS de la télémedecine et des avortements autogérés en tant qu'options sûres pendant la pandémie a signalé aux femmes du monde qu'il s'agissait d'options sûres et efficaces pour elles.

3.3 AU-DELÀ DES LOIS RESTRICTIVES : AUTRES OBSTACLES RÉGLEMENTAIRES, CLINIQUES ET ADMINISTRATIFS À L'ACCÈS À L'AVORTEMENT

Même lorsque la loi sur l'avortement dans un pays ne relève pas de la catégorie « restrictive », il existe de nombreux obstacles cliniques et réglementaires liés à la prestation de ces services. Il s'agit, par exemple, de

- La coexistence de lois pénales avec les lois, politiques ou protocoles de santé qui réglementent l'accès aux services d'avortement pour autoriser l'avortement dans des conditions spécifiques
 - L'imposition de limites gestationnelles
 - Restrictions liées au prestataire, à l'établissement et aux méthodes
 - Counseling obligatoires et biaisés, périodes d'attente obligatoires et visualisation d'images ultrasonores/écoute des battements cardiaques fœtaux
 - La nécessité d'une autorisation de tiers : l'autorisation par plusieurs professionnels de santé ; l'autorisation conjugale et parentale; le cas particulier de personnes vivant avec les troubles mentaux ou les handicaps ; nécessité d'un consentement judiciaire lorsque les conditions légales ne sont pas remplies
 - L'absence de lignes directrices pour l'objection de conscience et son utilisation abusive par les prestataires de soins de santé, refusant ainsi l'accès aux soins d'avortement sécurisé.
 - L'interdiction de la détermination du sexe et de l'avortement sexo-sélectif
- Nous discutons ci-dessous de l'absence de la justification scientifique solide pour chacune des restrictions et soutenons qu'elles devraient être supprimées.

3.3.1 La coexistence de lois pénales et de lois autorisant les services d'avortement dans des conditions particulières

Dans presque tous les pays du monde, y compris ceux qui rendent disponible les services d'avortement pour un large éventail de motifs, la légalité de l'avortement est établie par les lois qui précisent l'ensemble des circonstances et conditions dans lesquelles pratiquer ou accéder à un avortement est légal. Lorsque ces circonstances et conditions ne sont pas remplies, l'avortement est une infraction pénale. Par exemple, au Royaume-Uni, où les services d'avortement sécurisé sont largement disponibles par le biais du Service national de santé (NHS), l'avortement est une infraction pénale en vertu de la loi de 1861 sur les infractions contre la personne (OAPA).

Pendant de nombreuses décennies, les défenseurs de la santé des femmes ont concentré leur attention sur l'élargissement de motifs pour lesquels l'avortement était légal.

Cependant, à l'époque actuelle, l'avortement médicamenteux a rendu possible l'autogestion de l'avortement. Si les lois pénales continuent, les femmes ayant recours aux avortements autogérés courraient le risque de sanctions pénales.

Par exemple, en Inde, entre 63 et 83 % de tous les avortements en 2015 ont été pratiqués à l'aide de pilules abortives médicales obtenues dans les établissements autres que les structures sanitaires, en dehors du champ d'application de la loi sur l'inter-ruption médicale de la grossesse de 1971 (Singh et. al. 2018).

Selon Berer (2017), la dépénalisation de l'avortement fait référence à la suppression dans la loi de sanctions pénales spécifiques contre l'avortement. Cela signifie que la loi, les politiques et les réglementations connexes doivent être modifiées de telle sorte que :

- Personne ne soit puni pour avoir dispensé un avortement sécurisé
- Personne ne soit puni pour avoir subi un avortement
- La police ne soit pas impliquée dans les enquêtes ou les poursuites concernant la fourniture d'un avortement sécurisé
- Les tribunaux ne soient pas impliqués dans la décision d'autoriser ou non un avortement
- L'avortement soit traité comme toute autre procédure médicale régie par les lois existantes relatives aux pratiques dangereuses ou négligentes (Berer 2017).

Il n'y a plus aucune raison de criminaliser l'avortement. Il est temps pour les défenseurs de la santé de femmes et de DSSR d'exiger que les services d'avortement ne soient pas réglementés par une loi spéciale et traités différemment des autres formes de soins de santé. Il y a un certain nombre de raisons pour le faire.

Pour commencer, le Code de droit canonique, qui a influencé le statut juridique de l'avortement dans de nombreuses anciennes colonies espagnoles, remonte de 1398. Le statut pénal relatif à l'avortement a été promulgué au XIX^e siècle, à une époque où l'avortement était une intervention chirurgicale dangereuse nécessitant le plus haut niveau de technicité. La loi originale peut avoir été destinée à protéger les femmes contre les dommages. Ce n'est plus le cas aujourd'hui.

Les progrès de la médecine ont fait de l'avortement l'une des procédures les plus sûres lorsqu'il est effectué par les prestataires de soins de santé formés selon les protocoles approuvés.

Deuxièmement, une loi pénale sur l'avortement promulguée à une époque où les femmes n'avaient pas le droit de propriété ou le droit de vote, et n'étaient pas considérées

comme les égales juridiques des hommes, est obsolète dans le monde d'aujourd'hui où l'égalité de femmes a été reconnue dans les constitutions nationales et les normes internationales de droits humains (Sheldon 2015). Par exemple, les Observations générales émises par le Comité de Droits de l'Homme, les Comités CEDAW et le CDE et le Rapporteur spécial des Nations Unies pour la Santé ont tous appelé les États à éliminer les législations qui criminalisent l'avortement, car elles violent les droits à la santé sexuelle et reproductive des femmes (CRR 2020a).

Troisièmement, les lois ont été promulguées dans le monde entier pour faire des exceptions aux lois pénales sur l'avortement, ce qui indique qu'en tant que société, nous avons choisi de privilégier l'autonomie et la santé de femmes plutôt que le caractère sacré de la vie fœtale. En outre, une loi pénale est considérée comme la mesure la plus draconienne et la plus onéreuse qu'un État puisse prendre, et n'est considérée comme appropriée que lorsqu'elle constitue une réponse proportionnée à l'acte qu'il cherche à prévenir ou à condamner (Sheldon 2015). Il n'y a aucune raison pour qu'un statut pénal spécial soit nécessaire pour réglementer une procédure de santé comme l'avortement. Cela n'aurait de sens que, par exemple, lorsqu'une femme est forcée d'avorter contre son gré ; reçoit des pilules d'avortement médicamenteux à son insu ; ou est soumis à des procédures dangereuses ou négligentes causant des blessures ou la mort (Berer 2017).

Quatrièmement, dans nombreux pays où l'avortement est criminel en toutes circonstances ou autorisé uniquement pour sauver la vie de la femme enceinte, les professionnels de santé sont tenus par la loi de signaler les femmes qui demandent les soins post-avortement. Les professionnels de santé peuvent dénoncer purement et simplement les femmes sur la base de soupçons ou d'aveux forcés comme condition à la prestation d'un traitement salvateur. Ces exigences entrent en conflit avec la responsabilité éthique de professionnels de santé de protéger la confidentialité de patients. En plus, ils violent le droit de femmes à la santé et peuvent, dans certaines circonstances, être considérés comme des traitements cruels et inhumains contraires à la Convention Contre la Torture (McCarthy 2014).

Le Canada a la particularité d'être le seul pays qui a complètement retiré l'avortement de la loi qui le délimite et a complètement dépénalisé l'avortement. L'avortement est traité comme toute autre procédure médicale à décider entre la femme et son médecin (Shaw et Norman, 2020). L'encadré 4 décrit la situation au Canada, qui établit que l'absence d'une loi distincte sur l'avortement ne met en aucun cas la vie des femmes en danger.

3.3.2 Imposition de délais pour accéder à l'avortement

Dans presque tous les pays du monde, il existe un délai après lequel l'avortement n'est pas autorisé par la loi. La limite supérieure habituelle est de 20 à 24 semaines. Les limites gestationnelles sont imposées même dans les pays qui autorisent l'avortement sans restriction quant à la raison.

Les seuls pays qui n'ont pas de limites de gestation pour l'avortement sont le Canada, la Chine, la Corée du Nord et le Vietnam (Baglini 2014).

ENCADRÉ 4 : LA LOI SUR L'AVORTEMENT AU CANADA

En 1988, à la suite de décisions antérieures de tribunaux inférieurs, la Cour suprême du Canada a statué que la loi canadienne sur l'avortement, qui autorisait l'avortement uniquement pour les motifs spécifiques, était inconstitutionnelle. La loi a été considérée comme violant l'article 7 de la Charte de droits et libertés parce qu'elle violait le droit de femmes à « la vie, à la liberté et à la sécurité de leur personne ». En l'absence de loi, l'avortement est devenu une question de réglementation au niveau provincial. Au cours de premières années, plusieurs provinces ont cherché à introduire les lois qui restreignaient l'accès à l'avortement. Cependant, les tribunaux de tout le Canada se sont prononcés contre l'imposition de restrictions. Les décisions judiciaires ultérieures ont également affirmé que le fœtus n'était pas une personne et qu'il n'avait donc pas les droits d'un être humain jusqu'au moment de la naissance. Les services d'avortement étaient fournis gratuitement dans les établissements publics. Cependant, en raison de l'immensité du pays, l'accès géographique aux services d'avortement reste un défi dans certaines parties du pays.

Avec la disponibilité de l'avortement médicamenteux au Canada depuis 2017, l'accès à l'avortement s'est considérablement amélioré, même dans les régions éloignées. Une femme qui souhaite subir un avortement médicamenteux peut le faire dans les 8 à 9 semaines suivant la gestation. Elle devrait se rendre chez son médecin ou infirmier(e) praticien(ne) le(la) plus proche, qui la conseillerait, et effectuerait les tests et le dépistage échographique nécessaires. Si un avortement médicamenteux est décidé, le prestataire de soins de santé fournit une ordonnance pour une combinaison de la mifépristone et du misoprostol à obtenir en pharmacie. Les médicaments d'avortement médicamenteux sont généralement disponibles gratuitement. La femme peut s'auto-administrer la mifépristone et le misoprostol au moment et au lieu qui lui conviennent. Les premières données montrent que les résultats sont aussi bons que sous surveillance médicale.

Source : Shaw et Norman, 2020.

Les avortements au-delà de 20 semaines de gestation peuvent être pratiqués en toute sécurité par les professionnels qualifiés dans un établissement de soins secondaires ou tertiaires. Les taux de mortalité due à l'avortement augmentent selon l'augmentation de la gestation, mais ne sont pas plus élevés que les taux de mortalité liés à l'accouchement. Par exemple, une étude nationale de 2015 aux États-Unis a révélé qu'entre 1998 et 2010, les taux de mortalité liée à l'avortement sont passés de 0,3 pour 100 000 avortements pour les grossesses de 8 semaines et moins de 6,7 pour 100 000 pour les grossesses de 18 semaines et plus. Le taux de mortalité maternelle en 2018 aux États-Unis était de 8,8 pour 100 000 naissances (Barry 2018). Les complications graves – par ex. les ruptures utérines, les hémorragies majeures et les déchirures cervicales dues aux avortements au-delà de 20 semaines de gestation sont extrêmement rares lorsqu'elles sont pratiquées par les professionnels formés dans les établissements de santé bien équipés (Grossman et. al. 2008).

Restreindre l'accès aux avortements tardifs ne réduit pas leur nombre, et l'absence de limite gestationnelle n'augmente pas la proportion d'avortements tardifs. Par exemple, une publication de 2019 a signalé que la proportion d'avortements au-dessus de 20 semaines de gestation au Canada était de 0,3 % contre 1,34 % dans le Queensland, en Australie, qui a une limite supérieure de 22 semaines (Millar 2019).

D'un autre côté, restreindre l'accès aux avortements tardifs désavantage de manière disproportionnée les plus vulnérables, en particulier les jeunes femmes. Les études menées au Royaume-Uni, en Australie et aux États-Unis montrent qu'en plus d'anomalies fœtales, les raisons pour lesquelles les femmes ont besoin d'avorter à la fin du deuxième trimestre ou au début du troisième trimestre comprennent les difficultés à reconnaître les symptômes de la grossesse en raison de règles irrégulières ou d'une aménorrhée de l'allaitement; de partenaires violents et de circonstances socio-économiques (Millar 2019; Barry 2018; Marie Stopes International 2005). Dans les pays comme l'Inde, les victimes de viol d'enfants occupent une place prépondérante parmi celles qui demandent un avortement au troisième trimestre (Ravindran 2019).

Ainsi, il peut être sûr de dire qu'il n'y a aucune raison scientifique pour imposer une limite gestationnelle supérieure après laquelle l'avortement peut ne pas être autorisé. Ce qu'il faut, c'est s'assurer que des prestataires formés et les structures bien équipées existent pour répondre aux besoins de la petite minorité qui en a besoin.

3.3.3 Restrictions liées aux méthodes, au prestataire et au niveau de l'établissement de santé

Les restrictions concernant les méthodes disponibles, les personnes qui doivent pratiquer l'avortement et le niveau de soins de santé sont utilisées pour ériger les obstacles supplémentaires redoutables à l'accès aux services d'avortement.

L'Organisation Mondiale de la Santé identifie l'aspiration sous vide comme une méthode sûre et efficace d'avortement chirurgical jusqu'à 12 à 14 semaines de gestation, la dilatation et l'évacuation (D&E) pour l'avortement chirurgical pour les grossesses de plus de 12 à 14 semaines, et la mifépristone et le misoprostol à différentes doses recommandées pour l'avortement médicamenteux avant neuf semaines, 9-12 semaines et plus de 12 semaines (OMS 2012 : 123-125). Cependant, pour une ou plusieurs raisons, toutes les méthodes ne sont pas disponibles dans tous les pays où l'avortement est légal, ce qui limite l'accès aux services d'avortement.

Par exemple, sur 205 pays pour lesquels les données sont disponibles dans la base de données mondiale sur les politiques d'avortement de l'OMS, l'aspiration sous vide n'était disponible que dans 47 pays, dont 10 d'Afrique, 12 d'Asie et 12 d'Amérique latine. La mifépristone et le misoprostol pour l'avortement médicamenteux n'étaient disponibles que dans 42 pays, et la D&E dans 31 pays seulement (GAPD 2020).

Selon l'OMS, l'aspiration jusqu'à 12 semaines de gestation et les services d'avortement médicamenteux jusqu'à neuf semaines de gestation peuvent être fournis en toute sécurité au niveau de soins primaires en tant que procédure ambulatoire. L'OMS recommande également qu'un éventail de prestataires de soins de santé de niveau intermédiaire puisse pratiquer en toute sécurité l'avortement du premier trimestre en utilisant les méthodes d'aspiration ou d'avortement médicamenteux (OMS 2012). Les pays à faible revenu qui ont autorisé les prestataires de niveau intermédiaire à pratiquer les avortements ont trouvé les résultats gratifiants (Encadré 5).

Malheureusement, une grande majorité de pays stipulent que l'avortement ne peut pas être fourni au niveau de soins primaires, ou par un prestataire de soins de santé autre qu'un médecin. Une analyse de données de 158 pays où l'avortement est légal pour un ou plusieurs motifs a révélé que 12 pays interdisaient explicitement la fourniture de services d'avortement au niveau de soins primaires (Lavelanet et. al. 2020). L'exclusion de prestataires du niveau intermédiaire et de centres de santé primaires dans la fourniture de services d'avortement va à l'encontre de nombreuses recommandations en vertu de la loi internationale de droits de l'homme qui appellent spécifiquement à l'élargissement de l'éventail de prestataires et de points de prestation de services.

ENCADRÉ 5 : SERVICES D'AVORTEMENT PAR LES PRESTATAIRES DU NIVEAU INTERMÉDIAIRE

Les prestataires du niveau intermédiaire sont les agents de santé ayant 2 à 3 ans de formation post-secondaire en soins de santé qui entreprennent les tâches généralement effectuées par les médecins et les infirmier(e)s, telles que les fonctions cliniques ou diagnostiques. Les preuves montrent que l'avortement du premier trimestre (jusqu'à 12 semaines de gestation) peut être pratiqué en toute sécurité par les prestataires du niveau intermédiaire. Une revue Cochrane d'études sur les avortements chirurgicaux et médicaux du premier trimestre pratiqués respectivement par les prestataires du niveau intermédiaire et les médecins a révélé qu'il n'y avait pas de différence entre les deux catégories de prestataires dans le risque d'échec ou de complications de l'avortement médicamenteux et le risque de complications de l'avortement chirurgical. Un risque élevé d'échec a été trouvé dans les avortements chirurgicaux pratiqués par les prestataires du niveau intermédiaire, mais le nombre d'études était petit et les données n'étaient pas robuste

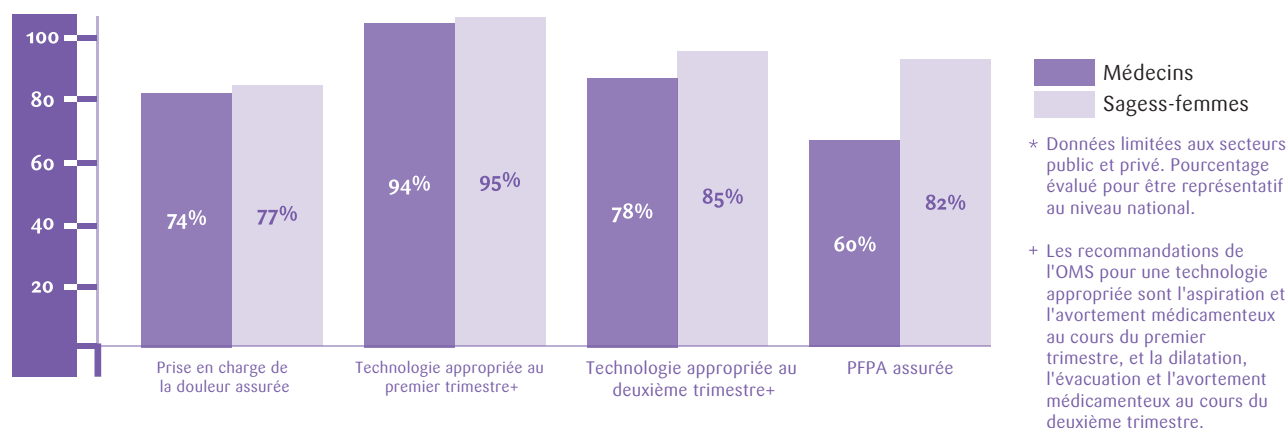
(Barnard et al. 2015).

En Éthiopie, suite à la libéralisation de la loi sur l'avortement en 2005, les prestataires du niveau intermédiaire sont autorisés à pratiquer l'avortement au premier et au deuxième trimestre. Les données de 2014 ont montré que la performance de prestataires du niveau intermédiaire était sûre et un peu meilleure que celle de médecins en termes de qualité de soins (Figure 5).

Les prestataires du niveau intermédiaire semblaient également être en mesure de mieux répondre aux besoins de femmes de groupes vulnérables. Alors que 55 % de clients de prestataires du niveau intermédiaire étaient les jeunes femmes (< 25 ans), 47 % n'étaient pas mariées et 31 % étaient moins instruites, les chiffres comparables pour les clients de médecins étaient respectivement de 39 %, 34 % et 29 %. (Ipas 2016).

Source : Ipas (2016).

FIGURE 5: PRESTATION DE SERVICES D'AVORTEMENT PAR CADRE DE PRESTATAIRE EN ÉTHIOPIE (2014*)



Source : Ipas (2016).

3.3.4 Le counseling obligatoires et biaisés, périodes d'attente obligatoires et visualisation d'images échographiques/écoute de battements de cœur fœtaux

Dans certains pays, un autre ensemble d'obstacles rencontrés par les femmes au niveau de la prestation de services comprend le conseil obligatoire basé sur un script et la visualisation d'images ultrasonores du fœtus ou l'écoute de battements de cœur Doppler avant de donner son consentement éclairé pour subir un avortement. Certains pays d'Europe et plusieurs États des États-Unis insistent sur une période d'attente fixe et obligatoire d'un à sept jours après le consentement, avant de pouvoir bénéficier de services d'avortement (Rowlands et Thomas 2020).

Alors que le counseling qui fournit les informations pertinentes et impartiales sur toutes les options disponibles à la femme ayant une grossesse non désirée est une composante importante des services d'avortement sécurisé (voir chapitre 2), il doit être volontaire et respectueux de décisions de la femme. Le counseling obligatoire est souvent directif et vise à dissuader les femmes de se faire avorter, et donc biaisé. De toute évidence, présenter aux femmes les images échographiques à la même intention. Les périodes d'attente obligatoires visent à donner aux femmes plus de temps pour reconsidérer leur décision d'avortement. Toutes les trois sont les interventions paternalistes qui impliquent que les femmes peuvent prendre une décision irréfléchie qu'elles peuvent regretter plus tard (Klick 2006). Cependant, cette hypothèse n'est pas fondée sur les preuves. Une étude longitudinale récente aux États-Unis a montré que cinq ans après leur avortement, seulement 1% de femmes regrettaient leur avortement, et que la plupart de femmes se sentaient soulagées tout au long du suivi (Rocca et. al. 2020). Un certain nombre d'études montrent également que la visualisation volontaire de l'échographie ne dissuade pas les femmes d'avorter (Upadhyay et. al. 2017, Gatter et. al. 2014, Kimport et. al. 2013).

D'un autre côté, les périodes d'attente obligatoires entraînent la nécessité d'un rendez-vous supplémentaire, des retards qui peuvent augmenter le coût, et certaines femmes peuvent finir par dépasser leur limite gestationnelle pour l'avortement, avec le potentiel de causer une détresse importante à la femme (Rowlands et Thomas 2020). Un groupe d'experts basé aux États-Unis réuni en 2018 a constaté que l'exigence d'une période d'attente avant de subir un avortement peut augmenter à la fois le risque de complications pour la patiente et le coût de la procédure, sans aucune preuve que les périodes d'attente améliorent la sécurité de l'avortement (Académies nationales des sciences, de l'ingénierie et de la médecine 2018).

Le Guide Technique de l'OMS (2012) déconseille de tels obstacles aux services d'avortement : « Plusieurs femmes ont pris la décision de se faire avorter avant de demander les soins, et cette décision doit être respectée sans soumettre une femme à un counseling obligatoire. La fourniture de conseils aux femmes qui le souhaitent devrait être volontaire, confidentielle, non directive et par une personne formée (p. 36). ... Les périodes d'attente obligatoires peuvent avoir pour effet de retarder les soins, ce qui peut compromettre la capacité de femmes à accéder aux services d'avortement sécurisé et légal et rabaisse les femmes en tant que décideurs compétents (p. 96).

3.3.5 Nécessité d'une autorisation de tiers

Le guide technique de l'OMS sur l'avortement (2012) indique clairement que « Une femme qui cherche à avorter est une adulte autonome. L'autonomie signifie que les adultes mentalement aptes n'ont pas besoin de l'autorisation d'un tiers, tel qu'un mari, un partenaire, un parent ou un tuteur, pour accéder à un service de santé. L'autorisation d'un tiers ne devrait pas être requise pour que les femmes obtiennent les services d'avortement. L'exigence d'une autorisation du conjoint, des parents ou des autorités hospitalières peut porter atteinte au droit à l'intimité et à l'accès des femmes aux soins de santé sur base de l'égalité hommes-femmes. (p.68)

Outre l'OMS, les Organes Internationaux de Surveillance de Traités relatifs aux Droits de l'Homme ont également reconnu l'exigence d'autorisation d'un tiers pour la prestation de services de santé sexuelle et reproductive, y compris l'avortement, comme une violation de droits humains de femmes (CRR 2020b). Néanmoins, un grand nombre de pays exigent l'autorisation d'un tiers pour accéder aux services d'avortement.

3.3.5.1 Autorisation par les Prestataires de Soins de Santé

Une analyse de données de 158 pays dans la Base de Données Mondiale sur les Politiques d'Avortement (2020) a indiqué que 105 de 158 pays (66,5%) exigeaient l'autorisation d'un ou plusieurs personnels de santé. Il n'était pas toujours précisé si cela s'ajoutait ou non au prestataire d'avortement. Dans 23 de 105 pays, au moins deux prestataires devaient autoriser l'avortement, et dans 18 pays, l'autorisation de la part de trois prestataires de soins de santé était nécessaire (Lavelanet et. al. 2020). Dans les pays où le ratio médecins-population est faible et avec peu de médecins en milieu rural, l'exigence d'une autorisation de deux prestataires ou plus limiterait effectivement l'accès à l'avortement pour un grand nombre de femmes.

3.3.5.2 Autorisation du conjoint

Dans 12 pays - 11 en Asie et un en Afrique, la loi exige qu'une femme souhaitant avorter ait l'autorisation de son conjoint. Le consentement du conjoint est également requis dans quelques autres pays, mais uniquement dans des circonstances particulières. Par exemple, au Kirghizistan, une femme cherchant à avorter pour des raisons sociales avait besoin de l'autorisation du conjoint, tandis qu'en Mongolie, elle était nécessaire pour avorter en raison d'une anomalie fœtale ou d'une menace à la vie de la femme, et en Malaisie, si la femme est musulmane (Lavelanet et al. 2020).

3.3.5.3 Autorisation parentale

L'exigence d'une autorisation parentale pour les mineurs sollicitant les services d'avortement est un autre exemple d'exigence d'autorisation d'un tiers. Dans certains pays comme l'Éthiopie, les Fidji, la Finlande, la France, la Guyane, l'Israël, la Nouvelle-Zélande, l'Afrique du Sud et la Suède, seule la mineure peut consentir à son avortement, en vertu de dispositions de la loi sur l'avortement (Skuster 2013). Environ un tiers de 158 pays (57/158) de la GAPD exigent une autorisation parentale pour les mineurs. Seuls 41 de 57 pays précisent l'âge limite après lequel le consentement parental est requis, qui varie de 14 à 18 ans avec une médiane de 16 ans (Lavelanet et al. 2020).

L'OMS conseille aux prestataires de soins d'informer, de conseiller et de traiter les adolescents en fonction de leurs « capacités évolutives à comprendre les options de traitement et de soins proposées, et non en fonction d'un âge limite arbitraire (OMS 2012 p. 68) ».

Les médecins doivent reconnaître l'autonomie naissante de leur cliente adolescente et comprendre qu'elle pourrait être suffisamment « mûre » pour prendre certaines ou toutes leurs décisions médicales. « Mature » dans ce contexte signifie que la personne est capable de comprendre la nature et les conséquences de la procédure qu'elle est sur le point de subir et de fournir un consentement éclairé à celle-ci (RCPSC 2020).

L'encadré 6 fournit quelques exemples de lois et politiques en matière d'avortement qui sont dans le meilleur intérêt de l'adolescente et respectent son autonomie.

ENCADRÉ 6 : EXEMPLES DE LOIS ET DE POLITIQUES SUR L'AVORTEMENT DANS LE MEILLEUR INTÉRÊT DE L'ADOLESCENT

Afrique du Sud : la loi de 1996 sur le choix de l'interruption de grossesse

Dans le cas d'une mineure enceinte, un médecin ou une sage-femme ou une infirmière diplômée, selon le cas, conseille à cette mineure de consulter ses parents, son tuteur, les membres de sa famille ou ses amis avant l'interruption de la grossesse : à condition que l'interruption de grossesse ne doit pas être refusée parce que cette mineure choisit de ne pas les consulter.

Ghana : Le Service de santé du Ghana. Prévention et gestion d'avortements à risque, normes et protocoles de services complets de soins d'avortement, 2012.

Le prestataire de services devrait encourager les mineurs à consulter un parent ou un adulte de confiance s'ils ne l'ont pas déjà fait, à condition que cela ne les mette pas en danger de blessure physique ou émotionnelle. Cependant, les services d'avortement ne doivent pas être refusés parce que cette mineure choisit de ne pas les consulter.

Un parent, un proche parent, un autre adulte ou un prestataire de services formé agissant en loco parentis (à la place du parent) peut donner son consentement au nom du mineur.

La confidentialité du mineur doit être respectée, sous réserve des exceptions habituelles qui s'appliquent à la confidentialité patient-prestataire.

Zambie : Le Ministère de la Santé. Normes et directives pour la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux avortements à risque en Zambie. 2009.

Norme 3 : Les établissements doivent veiller à ce que les adolescents et les jeunes prennent les décisions éclairées et libres sans coercition de la part de parties intéressées.

Les lignes directrices:

1. Veiller au respect de l'autonomie dans la prise de décision sans l'autorisation d'un tiers.
2. Les prestataires doivent agir de bonne foi dans l'intérêt du mineur, ce qui peut impliquer de laisser de côté le consentement de parents ou du tuteur.

Source : Skuster, 2013.

3.3.5.4 Autorisation du tuteur dans le cas de personnes ayant une déficience intellectuelle ou mentale

Bien que l'égalité et la non-discrimination soient les principes de droits humains établis de longue date, plusieurs pays assimilent les déficiences mentales et intellectuelles à un manque de capacité juridique. Par conséquent, un tuteur légal est investi du droit de prendre toutes les décisions au nom d'une personne adulte vivant avec une déficience mentale ou intellectuelle (FRA 2013). Cela inclut le droit de décider si la personne handicapée peut ou ne pas subir un avortement.

L'autonomie est un principe central et une obligation légale de base décrits dans la Convention des Nations Unies relative aux Droits de Personnes Handicapées (CRPD). La CRPD exige que les États qui ont ratifié le traité reconnaissent que les personnes handicapées ont la capacité juridique sur le même pied d'égalité que les autres dans tous les aspects de la vie, et que le handicap à lui seul ne justifie pas la privation de la capacité juridique (FRA 2013). Le Comité CRP a appelé les États ratifiant à réformer leurs lois pour remplacer la prise de décision « substituée » par une prise de décision « soutenue », qui respecte l'autonomie, les préférences et la volonté de la personne (Comité CRPD 2014).

Notre interprétation des dispositions de la CRPD est la suivante. Le prestataire de soins est tenu de fournir à la personne handicapée mentale ou intellectuelle les informations sur la procédure d'avortement et les

conséquences d'avoir ou ne pas avoir un avortement. Il appartient à la personne concernée de prendre une décision, avec le soutien du prestataire de soins et/ou de son tuteur. Si la personne souffre d'un handicap mental grave qui rend un tel processus impossible, la loi sur l'avortement devrait définir une procédure claire sur la manière dont la décision serait prise. Tant que la femme qui avorte est capable de faire connaître ses souhaits et ses préférences, c'est sa décision qui doit prévaloir.

3.3.6 Objection de conscience des prestataires de soins de santé

Dans le contexte de soins d'avortement, l'objection de conscience se produit lorsqu'un agent de santé ou une institution refuse d'administrer les services d'avortement ou les informations pour des raisons de conscience ou de croyance religieuse (CRR 2020c).

L'Organisation Mondiale de la Santé reconnaît que les prestataires de soins de santé ont droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion en vertu du droit international relatif aux droits humains. Il souligne également que la jouissance de ces droits est soumise aux limitations nécessaires pour protéger les droits humains d'autrui.

En conséquence, les prestataires de soins de santé ont l'obligation d'orienter les femmes vers un autre établissement de santé facilement accessible où les services d'avortement leur sont garantis. Dans le cas où une telle orientation n'est pas possible, le prestataire de soins de santé qui s'y oppose est néanmoins tenu d'administrer les services d'avortement pour sauver la vie de la femme et éviter les dommages graves à sa santé (OMS 2012, p. 96).

Une étude analysant les données de la GAPD pour les pays où l'avortement est légal pour un ou plusieurs motifs a révélé que 56 de 158 pays autorisent l'objection de conscience de la part de prestataires de soins de santé à l'avortement. Dans environ la moitié de ces pays (29/56), les prestataires de soins de santé sont tenus d'orienter la femme vers un autre prestataire qui lui fournira les services d'avortement légaux, et 21 pays n'autorisent pas l'objection de conscience s'il y a une menace à la vie de la femme (Lavelanet et al. 2020). Un grand nombre de pays ne précisent pas si l'objection de conscience est autorisée ou non, ce qui pourrait sérieusement compromettre l'accès de femmes aux services d'avortement sécurisé.

Le droit de chacun à la liberté de pensée, de conscience et de religion est protégé par la législation nationale et reconnu par le droit international en matière de droits humains, mais il peut être limité pour protéger la sécurité publique, la santé et les droits fondamentaux des autres, en particulier pour garantir le droit aux soins d'avortement sécurisé.

Les organes de Surveillance de Traités Internationaux relatifs aux Droits de l'Homme, à travers leurs nombreuses déclarations, ont adopté la position selon laquelle lorsqu'un État autorise l'objection de conscience à la prestation d'un service de santé sexuelle ou reproductive, l'État devrait :

- « Garantir un nombre adéquat et une dispersion géographique appropriée de prestataires volontaires, dans les établissements de santé publics et privés
- Limiter l'invocation de l'objection de conscience aux individus et interdire les refus institutionnels de soins
- Établir un système d'orientation efficace pour garantir que les patientes puissent avoir accès à un autre professionnel de santé disposé et capable de fournir les soins d'avortement
- Imposer des limites claires à la légalité de refus, par exemple en veillant à ce qu'ils ne soient pas autorisés en situations d'urgence
- Mettre en œuvre des mécanismes adéquats de surveillance, de contrôle et d'application, y compris les systèmes efficaces pour surveiller le nombre et l'emplacement de professionnels de santé qui refusent et pour surveiller le respect de lois et de politiques régissant la pratique du refus.

Ils doivent également établir et mettre en œuvre les procédures d'exécution significatives pour traiter, sanctionner et prévenir la non-conformité (CRR-2020d).

Bon nombre de conditions ci-dessus seraient très difficiles à remplir dans une grande majorité de pays à revenu faible ou intermédiaire qui ne disposent pas d'infrastructures sanitaires solides. En fait, les études suggèrent que même dans les pays à revenu élevé, les prestataires peuvent ne pas se conformer aux exigences de l'objection de conscience. Par exemple, à Victoria, en Australie, les prestataires ayant une objection de conscience à la prestation de services d'avortement devaient orienter les femmes vers un prestataire qui procéderait à l'avortement. Cependant, il était de pratique courante pour les prestataires de ne pas conseiller leurs patientes sur les endroits où elles pouvaient obtenir un avortement.

Les prestataires avaient également tendance à retarder l'accès de femmes à l'avortement en utilisant diverses tactiques de blocage, ou ont tenté de culpabiliser les femmes (Keogh et al. 2019). Une étude Italienne, où 71 % de gynécologues étaient enregistrés comme objecteurs de conscience, a montré que l'objection de conscience entravait sérieusement l'accès à l'avortement, en particulier pour les femmes vivant dans les régions à faible revenu ou ayant les désavantages économiques (Autorinio et al. 2020).

Le point de vue inverse est que l'objection de conscience, un concept lié aux services militaires, n'a pas sa place dans la prestation des services de santé. Selon cette position, l'objection de conscience dans les soins de santé reproductive n'est pas un droit mais un refus contraire à l'éthique de traiter ; et qu'il

représente un abandon d'obligations professionnelles envers les patients, les patients devant en payer le prix. Ils préconisent que les États aient les politiques qui refusent l'objection de conscience à la prestation de services d'avortement (Fiala et Arthur 2017). Les pays comme la Suède, la Finlande et l'Islande, qui ne font aucune mention de l'objection de conscience dans leurs lois sur l'avortement, ont réussi à interdire cette pratique malgré les défis du mouvement anti-avortement, en raison de leur engagement indéfectible à défendre les droits sexuels et reproductifs de femmes (Encadré 7) (Fiala et al. 2016). Les exemples comme ceux-ci devraient être défendus par les défenseurs de la santé de femmes afin que l'objection de conscience soit finalement interdite partout et considérée comme redondante, comme elle devrait l'être.

3.3.7 Autres lois qui interfèrent avec l'accès aux services d'avortement sécurisé

3.3.7.1 Lois interdisant la détermination du sexe et l'avortement sélectif en fonction du sexe

Dans certaines parties du monde, l'interdiction de la détermination du sexe et de l'avortement sélectif a érigé un autre obstacle à l'accès à l'avortement. Nous soutenons que de telles interdictions doivent être levées.

Alors que la préférence pour les garçons est un phénomène mondial connu pour avoir existé historiquement, elle a entraîné une sélection sexo-spécifique dans certains pays d'Asie du Sud, de l'Est et centrale. Dans les pays comme l'Inde, la Chine, la Corée du Sud, le Taïwan, l'Arménie et l'Azerbaïdjan, la sélection sexo-spécifique a entraîné des sex-ratios biaisés à la naissance en faveur de l'enfant mâle.

ENCADRÉ 7 :

NON À L'OBJECTION DE CONSCIENCE – LE CAS DE LA SUÈDE

La Suède a mis en œuvre avec succès une interdiction de l'objection de conscience à la prestation de services d'avortement, principalement par le biais de la politique et de la pratique. La loi sur l'avortement est fondée sur les droits. Les femmes peuvent se référer elles-mêmes et n'ont pas besoin d'indiquer la raison de l'avortement jusqu'à 18 semaines de gestation. La loi oblige tous les services hospitaliers d'obstétrique/ gynécologie à pratiquer sans délai un avortement à la demande de la femme. Pour les femmes Suédoises, le coût de l'avortement, à 20-30 euros, est le même que pour tous les autres services de santé publique, et est gratuit pour les réfugiés, car il est considéré comme soin d'urgence.

Bien que la loi sur l'avortement soit muette sur l'objection de conscience, la politique est de ne pas l'autoriser. Le parlement Suédois a systématiquement rejeté les proposi-

tions visant à introduire l'objection de conscience pour les prestataires de soins de santé.

L'avortement est une composante essentielle de la formation médicale. Ceux qui souhaitent devenir obstétriciens-gynécologues ou sage-femmes suivent une formation obligatoire en soins d'avortement et n'ont pas d'option de « renoncement ». Les autorités médicales estiment que celles qui s'opposent à l'avortement ne peuvent pas devenir obstétriciens/gynécologues ou sage-femmes. Les contestations judiciaires de l'interdiction de l'objection de conscience n'ont pas abouti jusqu'à présent. La raison en est que les cours et tribunaux ont jusqu'à présent statué que le droit de femmes aux soins de santé reproductive l'emporte sur le droit de prestataires de soins de santé de refuser les soins pour des raisons de croyance personnelle.

Il est à craindre qu'un rapport homme-femme asymétrique dans la population n'aggrave les problèmes sociaux tels que la violence à l'égard de femmes et de filles, le trafic de femmes et l'augmentation de taux de criminalité chez les jeunes hommes (Guttmacher 2012).

Plusieurs gouvernements ont réagi au problème en interdisant la sélection sexuelle prénatale et pré-conceptionnelle et en rendant les avortements sélectifs illégaux. De telles mesures ont eu peu d'impact sur la réduction de la pratique de la sélection sexo-spécifique.

L'une des conséquences involontaires de mesures visant à atténuer la sélection sexo-spécifique est de limiter l'accès de femmes aux services d'avortement. Une déclaration inter-institutions sur la sélection sexo-spécifique biaisée indique clairement qu'« un tel résultat (accès restreint à l'avortement) représenterait une violation supplémentaire de leurs droits à la vie et à la santé, tels qu'ils sont garantis dans les traités internationaux relatifs aux droits humains et auxquels s'engagent les accords de développement (OMS 2011 p. v).

Ainsi, alors que la sélection sexo-spécifique doit être condamnée et activement combattue, la solution ne doit en aucun cas décourager l'accès de femmes aux services d'avortement. Une action efficace doit être fondée sur une compréhension plus globale du problème et appelle aux mesures à long terme pour saper les racines de la discrimination et de la sous-évaluation de filles et de femmes.

Il est également préoccupant que les opposants au droit à l'avortement aient utilisé la plate-forme de la sélection sexo-spécifique biaisée pour faire pression en faveur de l'interdiction des avortements sélectifs en fonction du sexe au nom de l'égalité de sexes. Ils ont réussi dans certains cas, par exemple en faisant passer une résolution à l'Assemblée Européenne interdisant les avortements sélectifs en fonction du sexe (Westeston 2012). La leçon pour les défenseurs de la santé de femmes est que la solution à la sélection sexo-spécifique ne réside pas dans l'interdiction de l'avortement sélectif, mais dans l'investissement dans les changements à long terme pour promouvoir l'égalité de sexes et prévenir la discrimination fondée sur le sexe.

3.3.7.2 Lois relatives au comportement sexuel

Parfois, d'autres lois sans rapport avec l'avortement peuvent créer les obstacles. En Inde, la loi sur la protection des enfants contre les infractions sexuelles (POCSO) exige le signalement de relations sexuelles mineures.

Les professionnels de santé sont donc tenus de signaler les mineures qui sollicitent les services d'avortement, car la grossesse est la preuve d'une activité sexuelle (Nadimpalli et. al. 2017). Au Maroc, il est illégal d'avoir des relations sexuelles hors mariage. En conséquence, bien que l'avortement soit autorisé par la loi dans les trois premiers mois si la santé physique et mentale de la femme est en danger, et en cas de viol, d'inceste ou de malformation congénitale, l'accès est refusé aux femmes non mariées (MFPA et ARROW 2016) .

3.3.8 La règle du Bâillon Mondial et son impact sur la disponibilité de services d'avortement dans les pays à revenu faible et moyen

Ce ne sont pas seulement les lois et politiques nationales qui érigent les obstacles à l'accès de femmes aux services d'avortement sécurisé. Depuis 1984, lorsque le président Ronald Reagan a signé pour la première fois la politique de la ville de Mexico, mieux connue sous le nom de « Règle du Bâillon Mondial (GGR) ». En choisissant de renouveler la GGR, les présidents des États-Unis ont déterminé les limites de l'accès de femmes à l'avortement sécurisé ainsi qu'à une gamme d'autres services de santé sexuelle et reproductive.

En janvier 2017, l'administration Trump a mis en vigueur la « Protecting Life in Global Health Assistance », la variante de l'administration de la GGR. La règle s'appliquait à toutes les Organisations Non Gouvernementales (ONG) étrangères recevant un financement et une assistance technique des États-Unis. Il stipulait qu'une organisation recevant un financement du gouvernement américain (y compris l'USAID) à quelque fin que ce soit (non seulement les services de SSR mais aussi le VIH/SIDA, WASH, etc...) était interdite de :

- dispenser les services d'avortements
- conseiller aux femmes que l'avortement peut être une option pour elles
- plaider en faveur de l'avortement, par exemple plaider auprès de gouvernements pour un accès accru aux soins d'avortement ou une législation plus progressiste
- orienter les femmes vers d'autres organisations qui pratiquent les avortements (IPPF 2019).

Selon une étude de la Coalition Internationale pour la Santé de Femmes basée sur les entretiens avec plus d'une centaine de parties prenantes au Kenya, au Népal, au Nigeria et en Afrique du Sud, l'élargissement de la GGR a directement entraîné une réduction de la disponibilité de l'avortement et de la planification familiale, ainsi que toute une gamme de services de santé sexuelle et reproductive (IWHC 2019).

Les rapports de la Fédération Internationale pour la planification Familiale (IPPF) et de Marie Stopes International parlent de la fermeture de centaines de cliniques de planification familiale et d'établissements d'avortement dans certains de pays les plus pauvres du monde, mettant en danger la vie et le bien-être de milliers de femmes (IPPF 2019 ; Marie Stopes US 2018).

Dans un geste bienvenu, la nouvelle administration Biden-Harris a abrogé la GGR par le biais d'un mémorandum présidentiel publié le 28 Janvier 2021. Le mémorandum a également déclaré le retrait des États-Unis du parrainage de la Déclaration du Consensus de Genève anti-avortement et anti-LGBTQ (Kaufman 2021). L'abrogation de la GGR par l'administration actuelle aiderait sans aucun doute à réparer une partie de dommages causés par la GGR très restrictive imposée par l'administration Trump. Cependant, la volatilité du financement de DSSR provoquée par l'imposition et l'abrogation de la GGR tous les quatre à huit ans - avec chaque changement de parti au pouvoir aux États-Unis - est un sujet de préoccupation constante.

UNE LISTE DE CONTROLE POUR ÉVALUER LE STATUT DES RÈGLEMENTS JURIDIQUES, POLITIQUES ET DE PRESTATION DE SERVICES POUR L'ACCÈS À L'AVORTEMENT SECURISÉ

LISTE DE CONTRÔLE 2_1

RATIFICATION DE TRAITÉS INTERNATIONAUX DE DROITS DE L'HOMME CONCERNANT L'AVORTEMENT

<div> <div></div> Ratifié <div></div> Ratifié avec réserve <div></div> Non ratifié </div>	NOTES
Pacte International relatif aux Droits Civils et Politiques (PIDCP)	
Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels (PIDESC)	
Convention sur l'Elimination de Toutes les Formes de Discrimination à l'Egard de Femmes (CEDAW)	
Convention Contre la Torture et Autres Peines ou Traitements Cruels, Inhumains ou Dégradants (CAT)	
Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE)	
Convention relative aux Droits de Personnes Handicapées (CRPD)	

MOTIFS JURIDIQUES POUR LESQUELS L'AVORTEMENT EST AUTORISÉ ET DÉLAI

<div> <div></div> Oui <div></div> Oui, avec restrictions <div></div> Non </div>	LIMITE DE TEMPS
Pour sauver la vie d'une femme	
Pour préserver la santé d'une femme (physique/mentale/non spécifié)	
En cas de viol ou d'inceste	
En cas de malformation fœtale	
Pour des raisons économiques ou sociales	
Sur demande	
L'objection de conscience est-elle autorisée ? <div><div></div> Oui <div></div> Non</div>	

CRIMINALISATION DE L'AVORTEMENT

<div> <div></div> Oui <div></div> Non </div>	NOTES
Il existe une loi pénale sur l'avortement applicable en cas d'avortement ne satisfaisant pas aux motifs autorisés	
La loi pénalise la femme qui sollicite un tel avortement	
La loi criminalise le fournisseur d'avortement d'un tel avortement	
La loi pénalise toute personne qui assiste à un tel avortement	
Il existe une « obligation de signaler » qui oblige les prestataires de soins de santé à signaler à la police s'ils soupçonnent une femme d'avoir subi un avortement qui n'est pas légal.	

EXISTENCE D'AUTRES LOIS QUI PEUVENT INTERFÉRER AVEC L'ACCÈS À L'AVORTEMENT

<div> <div></div> Oui <div></div> Non </div>	NOTES
Lois empêchant la sélection du sexe ou l'avortement sélectif	
Lois exigeant la déclaration obligatoire des grossesses soupçonnées d'avoir résulté de violences sexuelles	
Loi exigeant la déclaration obligatoire des femmes qui demandent un avortement ou des soins post-avortement	
Autres lois : décrire	

CHAPITRE 4

Planification et gestion de l'avortement sécurisé : ne approche fondée sur les Droits Humains

L'objectif de ce chapitre est de se concentrer sur la prestation de services d'avortement sécurisé par les systèmes de santé du point de vue d'une approche fondée sur les droits humains.









- Responsabilité et transparence de la part de tous les acteurs à toutes les étapes du cycle du programme, et mécanismes de responsabilité intégrés dans la conception du projet (UNFPA 2010:71-72).

4.1 UNE APPROCHE FONDÉE SUR LES DROITS HUMAINS EN MATIÈRE D'INFORMATION ET DE SERVICES D'AVORTEMENT

Une Approche Fondée sur les Droits Humains (AFDH) a deux caractéristiques principales. Premièrement, il prend position selon laquelle garantir l'accès à l'éducation et aux soins de santé et à d'autres besoins et équipements de base pour tous ses citoyens ne sont pas des actes subordonnés à la bonne volonté de gouvernements, mais plutôt des obligations qu'ils sont tenus de remplir en tant que signataires de normes internationales des droits de l'homme. Et deuxièmement, une approche basée sur les droits intègre les normes et principes du système international de droits de l'homme dans les plans, politiques et programmes (ARROW Guide des défenseurs).

L'AFDH considère toutes les personnes comme les détenteurs de droits, tandis que le gouvernement et ses agents sont les détenteurs d'obligations ayant les obligations spécifiques à respecter, protéger et exécuter. Selon l'UNFPA, approche de la santé basée sur les droits de l'homme serait caractérisée par:

- Un accent sur le fait que les processus ainsi que les résultats de la programmation sont informés par les principes de droits humains et le droit international de droits de l'homme
- Un accent sur les populations les plus marginalisées, telles que les personnes vivant dans la pauvreté, les adolescents et les jeunes issus de milieux défavorisés, les femmes engagées dans le travail du sexe, les personnes vivant avec un handicap et les minorités religieuses et ethniques.
- Viser une couverture universelle par les services concernés, en commençant par les populations les plus marginalisées
- Participation significative de toutes les personnes concernées, et à toutes les étapes du cycle du programme

LISTE DE CONTRÔLE 2_2		
EXIGENCES D'AUTORISATION DE TIERS		
 Oui  Non	NOTES	
	Autorisation par un ou plusieurs prestataires de soins	
	Autorisation du conjoint	
	Autorisation parentale pour les mineurs (préciser l'âge)	
	Autorisation d'un tuteur en cas de handicap intellectuel ou mental	
MÉTHODES AUTORISÉES		
 Oui  Non	NOTES	
	Aspiration sous vide	
	Avortement médicamenteux utilisant la mifépristone et le misoprostol	
	Avortement médicamenteux utilisant le misoprostol seul	
	Dilatation et évacuation (D&E)	
PRESTATAIRES AUTORISÉS		
 Oui  Non	NOTES	
	Infirmières	
	Sages-femmes/infirmières-sage-femmes	
	Médecins non spécialistes	
	Médecins spécialistes	
	Autres (Décrivez)	
STRUCTURES POUVANT OFFRIR LES SERVICES D'AVORTEMENT		
 Oui  Non	MÉTHODES	LIMITE DE LA GESTATION
	Centres de santé primaires (publiques)	
	Structures de niveau secondaire/de district (publiques)	
	Structures tertiaires (publiques)	
	Centres spéciaux d'avortement (publiques)	
	Établissements sanitaires privés	
	Structures non gouvernementales/caritatives	
	Autorisation judiciaire lorsque les motifs de l'avortement ne sont pas satisfaits.	

Dans le contexte du droit des personnes aux services d'avortement, l'AFDH s'appuierait sur les principes clés des droits de l'homme, des éléments du droit à la santé, ainsi que des éléments de droits humains applicables aux soins des patientes. Une approche des soins aux patients fondée sur les droits de l'homme offre un cadre complémentaire à la bioéthique.

Le cadre de bioéthique est axé sur les relations individuelles entre le prestataire et le patient et applique les principes philosophiques tels que l'autonomie, la justice, la bienfaisance et la non-malfaisance.

Le cadre de droits de l'homme, quant à lui, applique un ensemble de normes juridiques telles que la liberté, la sécurité de la personne, le droit à l'information et à la non-discrimination. Il adopte une approche systémique des problèmes rencontrés dans la relation individuelle prestataire-patient et met l'accent sur le rôle de l'État en tant que détenteur d'obligations dans la création de conditions propices à un comportement éthique (Cohen et Ezer 2013).

L'approche fondée sur les droits de l'homme offre aux défenseurs une base pour exiger les services d'avortement sécurisés même dans des contextes où l'accès aux services est restreint par les lois et les politiques. Les exemples de cas où les défenseurs ont utilisé de telles approches pour repousser les limites de l'accès aux services d'avortement sécurisé ont été détaillés au chapitre 3. En outre, les services d'avortement sécurisé dans de tels contextes, même s'ils sont disponibles de manière limitée, peuvent être surveillés pour vérifier s'ils adhèrent aux principes de droits de l'homme détaillés dans ce chapitre et les défenseurs peuvent exiger que les lacunes constatées soient comblées.

Dans ce chapitre, nous définissons l'AFDH dans la prestation de services d'avortement comme incluant les principes et normes clés de droits de l'homme suivants : (Veuillez noter que les services d'avortement ici incluent également les soins post-avortement offerts dans des contextes légalement restrictifs en tant que stratégie de réduction de risques.)

- Non-discrimination dans le partage de l'information et la prestation de services
- Disponibilité d'informations et de services
- Accessibilité d'informations et de services
- Acceptabilité d'informations et de services
- Qualité
- Prise de décision éclairée
- Intimité et confidentialité
- Participation, et
- Responsabilité

Ces principes et normes sont détaillés ci-dessous.

• Non-discrimination dans le partage d'informations et la prestation de services

Les informations et les services sur l'avortement doivent être accessibles et fournis sans discrimination (dans l'intention ou l'effet) basée sur l'état de santé, la race, l'origine ethnique, l'âge, le sexe, la sexualité, le handicap, la langue, la religion, l'origine nationale, le revenu ou le statut social. La conception de programmes devrait prendre en compte divers obstacles à l'accès rencontrés par les groupes vulnérables et les surmonter.

• Disponibilité d'informations et de services sur l'avortement

Une infrastructure de soins de santé adéquate (par exemple, les hôpitaux, les établissements de santé communautaires, les professionnels de la santé qualifiés) ; les intrants (par exemple médicaments, équipement, fournitures); les ressources humaines (prestataires de soins et personnel de soutien); les équipements de base tels que l'eau potable et l'assainissement ; les informations et services sur la santé sexuelle et reproductive, y compris la contraception ; doivent être disponibles en quantité suffisante dans un pays et répartis équitablement entre les zones géographiques et les communautés.

• Accessibilité des informations et des services d'avortement

Tous les soins de santé doivent être accessibles à tous sans discrimination. Nul ne doit se voir refuser les soins de santé préventifs, promotionnels ou curatifs, y compris les services de contraception et les services connexes de santé sexuelle et reproductive dont il a besoin. L'accessibilité a trois dimensions qui se chevauchent : l'accessibilité physique ; l'accessibilité économique ou l'abordabilité; et l'accès à l'information.

• Acceptabilité d'informations et de services d'avortement

Les établissements et les prestataires de soins de santé doivent respecter l'éthique médicale et adopter une approche fondée sur les droits humains pour les soins aux patients. Ils doivent respecter la dignité de tous les clients, dispenser les soins culturellement appropriés, être sensibles aux besoins basés sur le sexe, l'âge, la culture (y compris la religion, les croyances, les valeurs, les normes et la langue) et les capacités physiques.

• Qualité des services d'avortement

Tous les soins de santé, y compris les informations et les services relatifs à l'avortement, doivent être médicalement appropriés et guidés par les normes techniques de qualité et les mécanismes de contrôle.

Plus important encore, ils devraient être caractérisés par les attitudes positives de la part de prestataires, une prise de décision éclairée de la part du client et fournis de manière opportune et sûre, et à la satisfaction du client.

• Prise de décision éclairée et autonome

La prise de décision éclairée fait déjà partie de services acceptables et respectueux de l'éthique médicale. C'est aussi une caractéristique d'une bonne qualité de soins. Cependant, cet élément est considéré séparément en raison de nombreuses façons dont l'autonomie de la cliente est compromise dans le partage d'informations et la prestation de services d'avortement. Une prise de décision pleine et éclairée est une expression d'autonomie, soutenue par l'éthique médicale et le droit international relatif aux droits humains.

• Intimité et confidentialité

Le respect de la vie privée, de la confidentialité et de la dignité du client est un principe fondamental de l'éthique médicale. Le respect de la vie privée du client et le maintien de la confidentialité sont importants dans tous les domaines de soins de santé. Il est particulièrement important lors du partage d'informations et de la prestation de services sur l'avortement, faute de quoi, plusieurs conséquences négatives peuvent survenir. Par exemple, le service perd la confiance du client et le client peut ne pas revenir pour un service ou un suivi.

• Participation

Les individus et les communautés doivent pouvoir jouer un rôle actif, libre et significatif dans la conception et la mise en œuvre de politiques et programmes d'avortement. Les politiques et programmes sont donc nécessaires pour créer des structures et des mécanismes qui permettront et autoriseront une telle participation de toutes les parties prenantes, en particulier les groupes traditionnellement exclus et marginalisés.

• Responsabilité

Les gouvernements et les agences publiques doivent être tenus pour responsables de leurs actes ou omissions par rapport à leurs devoirs liés à la protection du droit aux soins de santé, y compris le droit à l'information et aux services contraceptifs et l'accès à un avortement sécurisé et légal, par le biais de normes et réglementations applicables, et les organes indépendants de contrôle de la conformité. Les gouvernements sont également tenus de réglementer les actions des entités privées telles que les prestataires privés de soins de santé, les compagnies d'assurance et les fabricants de produits pharmaceutiques afin que leurs actions ne violent pas le droit de citoyens à la santé.

4.2 INFORMATIONS ET SERVICES D'AVORTEMENT BASÉS SUR LES DROITS HUMAINS: UN PROGRAMME D'ACTION

Cette section traite de la conception des programmes d'avortement et de la prestation de services. Il décrit les caractéristiques de la prestation de services de planification familiale fondée sur les droits de l'homme et sensible au genre. Bon nombre de ces caractéristiques recoupent celles définies comme « centrée sur le client » dans la prestation de services, y compris l'autonomisation de clients et la possibilité pour les clients de jouer un rôle actif dans leurs propres soins de santé.

La section est organisée en sous-sections qui décrivent comment les neuf principes et normes de droits de l'homme définis en 4.1 (non-discrimination ; disponibilité ; accessibilité ; acceptabilité ; qualité ; prise de décision éclairée ; vie privée et confidentialité ; participation et responsabilité) peuvent être mis en œuvre au niveau de la programmation et de la prestation de services. L'élaboration de la manière dont la sensibilité au genre et la sensibilité culturelle peuvent être intégrées dans ces normes est intégrée dans chacune de ces sections.

Chaque section présente une liste de contrôle pour évaluer le niveau d'adhésion aux principes de droits humains dans les services d'avortement fournis dans un pays spécifique.

Lorsque les lacunes dans le respect de normes de droits humains se situent dans le domaine de la prestation de services au niveau local, les défenseurs peuvent initier les changements avec les gestionnaires de programme et les prestataires de services. Lorsque les lacunes appellent des changements au niveau des politiques et des programmes, un large éventail de parties prenantes devra être impliqué. Ceux-ci peuvent inclure les gouvernements fédéraux et provinciaux ; les principaux décideurs politiques ; les gestionnaires de programmes de SSR ; les organisations de professionnels de santé ; les organisations communautaires et les faiseurs d'opinion ; et les acteurs de la société civile concernés par les droits à la santé sexuelle et reproductive (avec une attention particulière aux organisations qui travaillent avec les adolescents et les jeunes ; les personnes handicapées ; les PVVIH ; les professionnel(le)s du sexe ; les communautés minoritaires ; et les groupes à faible revenu).

4.2.1 Non-discrimination dans la prestation de services d'avortement sécurisé

L'OMS définit le principe de non-discrimination dans la prestation de services de santé sexuelle et reproductive de manière à englober deux principes clés (OMS, 2017) :

- Non-discrimination - Prestation de services à tous sans distinction de sexe, de sexualité, d'âge, d'état matrimonial, de caste, d'ethnicité, de race et de statut économique.
- Autonomie – Prestation de services volontairement, sans coercition ni violence

Même là où les services d'avortement peuvent être légalement disponibles, il y a des personnes appartenant aux groupes vulnérables spécifiques qui font face aux difficultés accrues pour accéder aux services d'avortement sécurisé. Le principe de non-discrimination implique d'identifier ces groupes spécifiques et de veiller à ce que les services d'avortement leur soient accessibles.

Lorsqu'ils sont confrontés à une grossesse non planifiée/non désirée, les adolescentes et les jeunes retardent souvent la recherche de services d'avortement en raison de retards dans la suspicion et le diagnostic d'une grossesse, et dans l'organisation de ressources et la recherche de soins pour un avortement. C'est particulièrement le cas s'ils sont célibataires et vivent dans un contexte où l'activité sexuelle avant le mariage entraîne une stigmatisation sociale (Espinoza et al, 2020). Les politiques telles que le consentement parental obligatoire et les lois qui criminalisent l'activité sexuelle des adolescents ajoutent les obstacles supplémentaires à l'obtention du service d'avortement sécurisé. Il existe également des preuves que les lois qui imposent l'information ou le consentement de parents affectent de manière disproportionnée les jeunes femmes de couleur ou immigrantes, et peuvent les pousser à rechercher les méthodes d'avortement dangereuses (Dennis et al, 2009). Refuser aux jeunes les services d'avortement ou placer de telles barrières supplémentaires viole à la fois le principe de non-discrimination et leur autonomie (voir chapitre 3). Les prestataires de soins de santé doivent être formés pour répondre aux besoins spécifiques des adolescents de manière impartiale. Les médecins doivent reconnaître l'autonomie naissante de la cliente adolescente et comprendre qu'elle pourrait être suffisamment « mature » pour prendre certaines ou toutes ses décisions médicales. Ils devraient également les traiter en fonction de leur capacité évolutive et devraient pouvoir les soutenir dans leur meilleur intérêt en fonction de leurs propres choix. Ceci est discuté en détail dans le chapitre 3.

Un autre groupe qui n'est souvent pas reconnu lors de la planification de services d'avortement est celui de personnes trans. Les personnes trans qui subissent une grossesse non désirée rencontrent souvent les obstacles pour accéder aux services d'avortement conçus pour les femmes et sont donc exclues de ces services (Lowik AJ, 2017). Les efforts particuliers doivent donc être déployés pour garantir que les services d'avortement

soient adaptés aux trans. L'encadré 8 détaille quelques suggestions pour rendre un service d'avortement convivial pour les trans.

Les femmes vivant avec le VIH sont un autre groupe confronté aux problèmes spécifiques liés à l'avortement. Les femmes vivant avec le VIH peuvent avoir des raisons spécifiques à leur séropositivité pour interrompre une grossesse en plus des raisons que les autres femmes ont généralement pour choisir un avortement.

Ceux-ci incluent la peur de la transmission du VIH à l'enfant, le désir d'attendre que la charge virale soit plus faible avant de poursuivre une grossesse, les inquiétudes concernant les effets de la grossesse sur leur propre santé et le désir de donner la priorité aux ressources financières limitées pour prendre soin de soi ou d'autres membres de la famille (de Bruyn, 2012).

Il existe cependant des preuves que les femmes vivant avec le VIH se voient refuser les services d'avortement en raison de leur statut sérologique. Dans d'autres cas, les femmes vivant avec le VIH peuvent également être contraintes d'interrompre leur grossesse en invoquant la peur de la transmission du VIH au fœtus (Orner et al, 2011). Forcer une femme à poursuivre sa grossesse ou la contraindre à l'interrompre en raison de sa séropositivité sont toutes les deux les violations de principes de non-discrimination et d'autonomie. Les services d'avortement doivent être inclus dans le cadre de soins complets de santé sexuelle et reproductive pour les personnes vivant avec le VIH.

ENCADRÉ 8 : CONCEVOIR UN SERVICE D'AVORTEMENT TRANS-INCLUSIF

- Assurez-vous que le service est annoncé comme étant destiné à toute personne confrontée à une grossesse non désirée et ayant besoin d'un avortement, plutôt qu'aux femmes ayant besoin d'un avortement. Cela devrait inclure de s'assurer que le nom du service n'exclut pas les personnes trans (par exemple, les noms tels que la Clinique de Santé des Femmes) peuvent être interprétés comme étant exclusivement réservés aux femmes), que les affiches et les brochures contiennent les images de personnes trans.
- Le personnel doit être formé à l'inclusion des trans dans la langue qu'il utilise et lorsqu'il parle ou fournit les informations/les conseils aux clients qui demandent un avortement. Cela devrait inclure de demander aux clients les pronoms qu'ils utilisent pour s'identifier eux-mêmes, les termes qu'ils utilisent pour désigner les parties de leur corps. Le langage trans-inclusif devrait également être utilisé dans les formulaires et documents médicaux.
- Le personnel doit être formé sur les problèmes spécifiques de santé sexuelle et reproductive de personnes trans et sur les mesures spécifiques pour inclure les personnes trans dans leurs services.
- Le personnel doit être formé sur la façon de traiter la transphobie d'autres clients – comment traiter les plaintes/problèmes soulevés par d'autres personnes en quête de services, affirmant que le service est trans-inclusif et que le service croit en la non-discrimination.
- Assurez-vous qu'au moins certaines toilettes pour les clients sont neutres en termes de genre.
- Assurer une intimité et une confidentialité adéquates pour les clients trans.

Source : Lowik AJ, 2017.

Les femmes vivant avec le VIH doivent recevoir le counseling neutre, non dirigés et sans jugement au sujet de la grossesse, et leur libre arbitre et choix concernant leur grossesse doit être respectés et soutenus.

Les femmes handicapées sont confrontées aux obstacles supplémentaires lorsqu'elles recherchent un service de santé sexuelle et reproductive.

L'autonomie est un principe fondamental de la Convention relative aux Droits de Personnes Handicapées (CRPD) et le comité CRPD déclare que les femmes handicapées, comme toutes les femmes, ont le droit de choisir le nombre et l'espace-ment de leurs enfants, ainsi que le droit d'avoir le contrôle et de décider librement et de manière responsable sur les questions liées à leur sexualité, y compris la santé sexuelle et reproductive, sans coercition, discrimination et violence (CRPD, art 1). Cependant, les femmes handicapées sont confrontées à la discrimination en raison de stéréotypes préjudiciables à leur sujet qui supposent que les personnes handicapées sont asexuées, inaptées à être parents ou qu'elles n'ont pas la capacité de prendre des décisions concernant leur propre sexualité et santé reproductive (OMS, 2009). Les programmes et services de SSR peuvent également renforcer ces stéréotypes en ne reconnaissant pas la capacité juridique de personnes handicapées à exercer leur autonomie.

Le personnel de santé doit être formé pour respecter l'autonomie de personnes handicapées elles-mêmes dans les décisions concernant la poursuite ou l'interruption de leur grossesse et dans l'administration de soins respectueux et dignes. Les besoins spécifiques de personnes handicapées doivent être pris en compte dans la conception et la prestation de services de SSR, y compris les services d'avortement sécurisé. Les services doivent mettre en place les mesures spécifiques pour augmenter l'accès physique de personnes handicapées, y compris des rampes et d'informations de conception, et du matériel de communication adapté aux personnes handicapées.

Les survivantes de viol ont besoin d'une contraception d'urgence pour éviter une grossesse dans le cadre de l'ensemble des soins qui leur sont fournis. Les survivantes de viol confrontées à une grossesse non désirée à la suite d'un viol doivent être traitées avec sensibilité et se voir proposer les services d'avortement sécurisé en temps opportun et sans délai. Ces services doivent être fournis dans le cadre d'un ensemble complet pour les survivants d'agression sexuelle, y compris la contraception d'urgence, la prévention et le traitement des IST/VIH et un soutien en santé mentale. Les procédures médico-légales et judiciaires ne doivent pas être un motif pour retarder les soins de SSR, et le signalement obligatoire du viol ne doit pas être subordonné à la prestation de services de SSR, y compris les services d'avortement. Le personnel de santé doit être formé pour traiter les victimes de viol avec sensibilité et dignité et pour leur offrir les soins médicaux appropriés, y compris les services d'avortement sécurisé.

LISTE DE CONTRÔLE 3		
NON DISCRIMINATION		
	<div> <div></div> Oui <div></div> Non </div>	NOTES
	Les adolescents et les jeunes reçoivent des services sans exiger l'information ou le consentement des parents.	
	Les adolescentes et les jeunes filles sont présumées avoir la capacité de prendre des décisions et de consentir à des services d'avortement sans avoir besoin d'une autorisation ou d'un consentement parental	
	Les services d'avortement sont trans-inclus dans la conception de l'espace infrastructurel (par exemple, zone d'attente, toilettes).	
	Les travailleurs de la santé sont formés pour fournir des services qui sont trans-inclusifs	
	Un langage trans-inclusif est utilisé dans les supports publicitaires et de communication, les formulaires médicaux et par les agents de santé lors des interactions avec les clients.	
	Les services d'avortement font partie des services complets de SSR pour les femmes vivant avec le VIH	
	Les services de SSR pour les femmes vivant avec le VIH comprennent des conseils et un soutien neutres sans jugement pour exercer leur choix concernant leur grossesse	
	Il n'y a aucun cas de femmes vivant avec le VIH qui ont été contraintes d'interrompre leur grossesse	
	Les services d'avortement sont adaptés aux personnes handicapées en termes d'accès physique - fourniture de rampes, accès aux fauteuils roulants, toilettes adaptées aux personnes handicapées	
	Les supports d'information et de communication sont adaptés aux personnes handicapées.	
	Les prestataires de soins de santé sont formés et reconnaissent la capacité juridique des personnes handicapées à exercer leur propre choix concernant la poursuite ou l'interruption d'une grossesse	
	Il n'y a aucun cas où des personnes handicapées ont été contraintes d'interrompre leur grossesse	
	Les services de contraception d'urgence et d'avortement font partie du paquet SSR fourni aux victimes de viol	
	Même s'il existe des clauses obligatoires de signalement du viol, les services d'avortement ne sont pas refusés si une survivante ne veut pas signaler le viol	
	Il n'y a pas de retard dans la fourniture de contraceptifs d'urgence et de services d'avortement sécurisé aux victimes de viol en raison de procédures médico-légales ou judiciaires	
	Les prestataires de soins de santé sont formés pour identifier les groupes marginalisés ayant besoin de services de SSR, y compris les services d'avortement sécurisé, et pour leur fournir ces services avec respect et sensibilité	
	Les programmes de DSSR ont cartographié les différents groupes de communautés vulnérables de la région qui nécessitent une attention particulière dans la fourniture d'un avortement sécurisé et d'autres services de SSR.	
	Les données relatives à la prestation de services sont ventilées par groupes vulnérables particuliers	
	Les données ventilées utilisées pour surveiller si les services sont accessibles à ces groupes vulnérables particuliers.	

Un domaine clé où la disponibilité de services d'avortement sécurisé est essentielle est dans les situations d'urgence et humanitaires. Les femmes et les filles sont ciblées en tant que victimes de guerre ou d'autres types de conflits qui génèrent les déplacements et les migrations, et les grossesses non désirées résultant de viols en sont la conséquence. Cela peut également conduire à la stigmatisation sociale et à l'ostracisme. En plus, dans de tels contextes, les obstacles à l'accès à la contraception et aux soins de santé maternelle peuvent être plus importants, entraînant un risque plus élevé de grossesse non planifiée et d'issues défavorables de la grossesse. Le droit international en matière de droits humains prévoit la protection de besoins médicaux de femmes et de filles sans discrimination en temps de conflit (Radhakrishnan et al, 2017). Cela inclut l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, y compris les services d'avortement sécurisé. Refuser aux femmes et aux filles les services d'avortement sécurisé dans les situations d'urgence et humanitaires est discriminatoire et peut entraîner des souffrances physiques et mentales et peut être considéré comme un traitement inhumain. Le Paquet Minimum de Services Initiaux (MISP) pour la santé sexuelle et reproductive (SSR) dans les situations de crise développé par le groupe de travail inter institutions est une série d'activités cruciales et vitales requises pour répondre aux besoins de SSR des populations affectées au début d'une crise humanitaire. Cela comprend la disponibilité d'une gamme de méthodes contraceptives, de soins d'avortement sécurisé dans la mesure permise par la loi et de soins post-avortement. (GTIA, 2020)

4.2.2 Disponibilité de services d'avortement sécurisé

Pour que toutes les personnes ayant besoin de services d'avortement puissent les recevoir, les services d'avortement sécurisé doivent d'abord être facilement disponibles à différents niveaux du système de santé. Les services d'avortement doivent être intégrés aux services de SSR existants à la fois dans le secteur public et privé à but non lucratif. Cela doit inclure une constellation de services comprenant les informations scientifiquement exactes, les différentes méthodes d'avortement, les soins post-avortement et les services de contraception.

L'un des obstacles les plus importants à la prestation de services d'avortement sécurisé est la pénurie de travailleurs du domaine de la santé. La délégation ou le partage des tâches est une stratégie clé utilisée lorsqu'un plus large éventail de travailleurs de la santé sont formés à la place de médecins spécialistes pour fournir divers services - il a été démontré que cela améliore la disponibilité de services, rend les services disponibles aux niveaux inférieurs du système de santé, et améliore l'équité dans l'accès aux services. Il est prouvé que nombreuses interventions médicales visant à fournir les services d'avortement sécurisé peuvent être dispensées par les médecins non spécialistes au niveau de soins primaires et/ou en ambulatoire (Barnard et al, 2015). L'OMS recommande que l'avortement médicamenteux au cours du premier trimestre (jusqu'à 10 semaines) puisse être pratiqué en toute sécurité par les infirmières sage-femmes auxiliaires, les infirmières, les sage-femmes et les médecins non spécialistes, ainsi que par les médecins appartenant aux systèmes de médecine complémentaires lorsqu'ils sont formés pour le faire et fournissant déjà d'autres services de SSR.

Il recommande également que l'aspiration sous vide pour l'avortement au cours du premier trimestre puisse être assurée en toute sécurité par les infirmières, les sage-femmes et les médecins non spécialistes (OMS, 2015).

Ainsi, il existe suffisamment de preuves pour que les avortements du premier trimestre par AMIU/EVA et/ou les pilules abortives médicamenteuses soient disponibles au niveau de soins primaires où les cadres de personnel spécifiés ci-dessus sont disponibles, sans avoir besoin de médecins spécialistes. Ceci est discuté plus en détail au chapitre 3.

Les avortements du deuxième trimestre par les méthodes médicales ou par dilatation et évacuation sont recommandés être pratiqués par les médecins, non-spécialistes ou spécialistes. Certaines tâches liées aux avortements du deuxième trimestre, par ex. la préparation du col de l'utérus ou l'administration d'un avortement médicamenteux, pourraient être effectuées par les sage-femmes et les infirmières dans des circonstances spécifiques où elles disposent d'une formation supplémentaire à cet effet, d'une supervision et d'un suivi adéquats, et d'installations chirurgicales d'appoint et de référence adéquates en cas de complications (OMS, 2015).

Grâce aux progrès de la médecine et aux technologies modernes, les avortements du deuxième trimestre peuvent être pratiqués en toute sécurité lorsque les ressources humaines adéquatement formées et et équipements appropriés sont disponibles (voir les chapitres 2 et 3).

Veiller à ce que les services d'avortement soient disponibles au niveau le plus bas possible du système de santé, à la fois dans les secteurs public et privé, est essentiel pour garantir l'accès aux services d'avortement à toutes les personnes qui en ont besoin. Garantir une telle disponibilité est également une mesure d'équité car le manque d'une telle disponibilité affecte de manière disproportionnée les personnes les plus marginalisées, les personnes qui vivent dans les zones rurales, les pauvres, les jeunes et les non-mariés.

En outre, les services relatifs à l'information sur les contraceptifs, aux tests de grossesses et à l'orientation vers les services d'avortement sécurisé sans délai au niveau communautaire devraient être fournis par les agents de santé communautaires et les pharmaciens.

La disponibilité de services implique également de s'assurer qu'un choix de méthodes est disponible pour ceux qui cherchent à avorter. Chaque niveau d'établissement devrait fournir au moins les méthodes dont il a la capacité de fournir en toute sécurité, et s'assurer qu'il existe les mécanismes d'orientation appropriés pour d'autres méthodes. Afin que les services d'avortement sécurisé puissent être liés à d'autres services de SSR dont les clientes peuvent avoir besoin, par ex. test de grossesse, contraception, dépistage du VIH, tous ces éléments doivent être fournis sous un même toit dans le cadre d'un ensemble complet de SSR. L'encadré 9 détaille les différents services liés à l'avortement qui devraient être disponibles à chaque niveau du système de santé.

ENCADRÉ 9 : LES SERVICES QUI DOIVENT ÊTRE DISPONIBLES À DIFFÉRENTS NIVEAUX DE SOINS DE SANTÉ

Niveau communautaire :

- Fourniture d'informations sur la santé reproductive, y compris la contraception et l'avortement
- Distribution à base communautaire de méthodes contraceptives appropriées
- Détection de grossesse
- Information et référence pour les services d'avortement sécurisé
- Reconnaissance, prise en charge initiale et orientation de complications liées à l'avortement
- Reconnaissance, soutien initial et référence pour les survivants d'agression sexuelle

Niveau de soins primaires :

- Tous les services au niveau communautaire
- Fourniture d'informations et de conseils sur la contraception et l'avortement

- Large gamme de services contraceptifs, y compris le DIU, les injectables et les implants
- Aspiration manuelle intra-utérine (AMIU ou EVA) jusqu'à 12-14 semaines de grossesse
- Avortement médicamenteux jusqu'à 9 semaines
- Stabilisation initiale et référence de complications post-avortement



Structures de niveau de référence :



- Tous les services mentionnés aux niveaux inférieurs
- Large gamme de services contraceptifs, y compris la stérilisation
- Avortement à tous les stades de la grossesse
- Prise en charge de toutes les complications de l'avortement

Source : Document d'orientation de l'OMS, 2012

LISTE DE CONTRÔLE 4

DISPONIBILITÉ

	 Oui  Non	NOTES
	Les indicateurs de disponibilité des services d'avortement - nombre d'établissements offrant les services d'avortement sécurisé disponibles pour 500 000 habitants - sont régulièrement signalés dans le cadre du suivi et de la notification par les services du système de santé.	
	Il n'y a aucune disposition dans la loi ou la politique qui restreint la prestation de services d'avortement uniquement aux médecins.	
	Les prestataires de santé de niveau intermédiaire, par exemple les infirmières, les sage-femmes, sont formés et fournissent les services d'avortement sécurisé par le biais de l'AMIU ou de l'AM	
	Les services d'avortement du deuxième trimestre sont disponibles, via l'AMIU et l'AM, dans les établissements de niveau secondaire et tertiaire	
	En l'absence de médecins spécialistes, les médecins non spécialistes des établissements secondaires et tertiaires sont formés pour pratiquer l'avortement au deuxième trimestre.	
	Les établissements qui fournissent les services d'avortement sécurisé offrent un choix de méthodes dans la mesure du possible aux clientes recherchant ces services.	
	Les services d'avortement sécurisé sont disponibles dans le cadre de services complets de SSR, y compris la contraception sous un même toit.	
	Les services de test de grossesse, de fourniture de contraceptifs et de référence pour un avortement sécurisé sont disponibles au niveau communautaire	

	 Oui  Non	NOTES
	Les agents de santé communautaire et les pharmaciens sont formés aux tests de grossesse, à la fourniture de contraceptifs et à l'orientation pour un avortement sécurisé.	
	Les services d'avortement du premier trimestre via AM et AMIU sont disponibles au niveau de soins primaires dans le secteur public et privé à but non lucratif.	

4.2.3 Accessibilité de services d'avortement sécurisé

En plus d'être disponible, les services d'avortement doivent être accessibles. L'OMS définit l'accessibilité pour inclure l'accessibilité physique, économique et de l'information (OMS, 2017).

4.2.3.1 Accessibilité physique

L'accessibilité physique implique que les services de santé soient dans une large mesure à la portée physique sûre de tous ceux qui en ont besoin, y compris pour les plus vulnérables. Pour que les services d'avortement médicalisés soient physiquement accessibles, ils doivent être disponibles au niveau primaire et, si possible, par le biais de services ambulatoires, comme détaillé dans la sous-section sur la disponibilité. Cela signifie également que les établissements de niveau inférieur et les prestataires au niveau communautaire devraient fournir les services d'orientation appropriés pour ceux qui ont besoin de services d'avortement sécurisé, de services post-avortement ou de services pour les complications de l'avortement.

Télésanté/Télémédecine pour un avortement sécurisé

Une stratégie qui a été explorée pour augmenter l'accessibilité physique aux services d'avortement est l'utilisation de services de Télésanté/Télémédecine. La télésanté/télémédecine implique une consultation à distance avec un prestataire de soins de santé par téléphone ou vidéoconférence. Les études qui ont évalué l'utilisation de la télémédecine pour fournir les services d'avortement médicamenteux ont trouvé qu'elles étaient sûres, efficaces et acceptables. Ils ont également constaté qu'ils augmentaient l'accès aux services d'avortement sécurisé, en particulier pour les personnes résidant dans les zones rurales reculées. (Donovan M, 2019).

Différents modèles de télémédecine ont été essayés pour l'avortement médicamenteux.

Le modèle de note implique une consultation avec un prestataire de soins de santé à domicile par téléphone ou vidéo, suivie d'une auto-administration de médicaments d'AM. Un autre modèle implique que les clients se rendent dans un établissement de santé et consultent à distance un prestataire qui n'est pas présent physiquement dans la clinique (Ramaswamy et al, 2020). Pendant la pandémie de COVID-19, la télémédecine a été explorée pour la prestation de services d'avortement dans certains contextes - par ex. il a été approuvé par le NHS au Royaume-Uni pour les services d'avortement médicamenteux (Ministère de la santé et des affaires sociales, 2020).

Au Népal, le ministère de la Santé a approuvé l'utilisation de la télémédecine, l'auto-utilisation et l'utilisation à domicile de services d'avortement médicamenteux pendant la pandémie de COVID-19 (IPPF, 2020). Cependant, certains obstacles existent à l'utilisation de la télémédecine dans la prestation de service de l'AM - ceux-ci comprennent les lois et les politiques qui exigent une visite physique en face à face avec un prestataire de soins de santé, les tests obligatoires comme une échographie avant l'avortement ou les restrictions sur la prescription de médicaments d'avortement médicamenteux uniquement par un médecin agréé (Ramaswamy et al, 2020). Ces barrières devraient être levées pour faire de la télémédecine une option potentiellement largement disponible pour les services d'AM.

Autosoins et autogestion de l'avortement médical

L'autogestion de l'avortement médicamenteux est une autre stratégie en étude pour accroître l'accès à l'avortement médicamenteux. L'OMS définit les interventions d'autosoins comme étant celles fondées sur les preuves, les médicaments, les dispositifs, les diagnostics et/ou les produits numériques de qualité qui peuvent être fournis entièrement ou partiellement en dehors de services de santé formels et peuvent être utilisés avec ou sans la supervision directe du personnel de santé (OMS, 2019). Les autosoins sont considérés comme comblant un fossé dans les zones où les systèmes de santé sont faibles, il y a pénurie du personnel de santé ou les systèmes de santé sont perturbés en raison de situations d'urgence ou humanitaires. Cependant, il est important de noter que pour que les interventions d'auto-soins soient utilisées efficacement et en toute sécurité, un environnement favorable est requis sous la forme d'un système de santé fonctionnel qui fournit un soutien et un accompagnement en cas de complications.

Dans le domaine de l'avortement, les femmes ont recours à l'avortement médicamenteux autogéré dans des nombreux contextes et pour de nombreuses raisons. Par exemple, une étude réalisée en Inde en 2015 a estimé que près de trois quarts de tous les avortements dans le pays cette année-là étaient effectués par les méthodes médicamenteuses en dehors des établissements de santé (Singh et al, 2018). Un examen de la portée d'avortements autogérés a révélé que les femmes peuvent opter l'autogestion de l'avortement comme méthode préférée, mais qu'elle est également souvent utilisée en dernier recours en l'absence d'autres options. Les raisons invoquées par les femmes pour choisir les avortements autogérés comprenaient les obstacles spécifiques à la recherche de soins cliniques, notamment les longs trajets, l'incapacité de s'absenter

au travail ou de s'occuper des enfants, les problèmes financiers, le manque de connaissance de l'endroit où obtenir un avortement légal, les problèmes d'intimité et de confidentialité, les craintes d'être signalé à la police et les restrictions légales. Certaines raisons positives de choisir l'autogestion comprenaient le choix de l'avortement médicamenteux plutôt que les méthodes chirurgicales, la perception de l'autogestion comme proactive et stimulante, et la possibilité de pratiquer l'avortement à la maison tout en ayant quelqu'un avec lui pour le soutenir (Moseson et al, 2020).

L'OMS affirme que les approches d'autogestion et d'auto-évaluation peuvent être valorisantes et représentent également un moyen d'optimiser les ressources disponibles en personnel de santé et le partage des tâches.

Il recommande que la gestion des médicaments à base de mifépristone et de misoprostol sans la supervision directe d'un prestataire de soins de santé soit effectuée dans les circonstances spécifiques où les femmes ont une source d'informations précises et un accès à un prestataire de soins de santé en cas de besoin ou lorsqu'elles le souhaitent à n'importe quel stade du processus.

Il recommande également qu'après avoir pris les comprimés d'AM, l'autogestion puisse être utilisée pour évaluer l'intégralité du processus d'avortement à l'aide de tests de grossesse et de listes de contrôle dans les circonstances très spécifiques - lorsque la mifépristone et le misoprostol sont utilisés (pas le misoprostol seul), et où les femmes ont une source d'informations précises et un accès à un prestataire de soins de santé si elles en ont besoin ou le souhaitent à n'importe quel stade du processus (OMS, 2019). (Veuillez noter que les tests de grossesse utilisés pour évaluer la complétude de l'avortement sont des tests de grossesse à faible sensibilité spécifiquement utilisés à cette fin et différents de ceux utilisés pour diagnostiquer la grossesse).

Il est donc important de noter que si l'autogestion est considérée comme une option viable pour l'AM au premier trimestre, elle ne doit pas être considérée comme une alternative aux systèmes de santé peu fonctionnels et insensibles conduisant à une abdication de la responsabilité du système de santé ; les interventions d'autogestion devraient plutôt être considérées et utilisées comme des approches permettant aux femmes de prendre le contrôle de leur propre corps et de leur santé, avec un soutien adéquat du système de santé en cas de besoin.

4.2.3.2 Accessibilité économique

L'accessibilité économique est connue pour agir comme un obstacle majeur pour les demandeurs d'avortement. Les preuves montrent que les obstacles financiers affectent de manière disproportionnée les groupes marginalisés lorsqu'ils recherchent les services de santé - les adolescents, les femmes de zones rurales, les femmes pauvres et les femmes célibataires ont des difficultés à organiser les ressources, y compris les frais de voyage et de séjour pour un service d'avortement sécurisé. En outre, il existe des preuves que les prestataires du secteur privé facturent de manière abusive lorsque la personne cherchant à avorter appartient à un groupe socialement vulnérable et que la grossesse et l'avortement entraînent une stigmatisation sociale

(Duggal R, 2004).

Lorsque les personnes ayant besoin d'un avortement ne peuvent pas accéder aux services d'avortement sécurisé en raison de dépenses personnelles élevées, elles sont obligées de recourir aux méthodes dangereuses. Cela peut, en fin de compte, entraîner des coûts élevés pour le système de santé dans la lutte contre les conséquences et les effets à long terme de l'avortement à risque.

Il est donc important que les services d'avortement sécurisé soient proposés dans le secteur public avec des mécanismes de financement gratuits sur le lieu de soins. Les frais d'utilisation facturés au moment de la prestation du service peuvent constituer un obstacle majeur à l'accès. Les budgets adéquats doivent être prévus dans les programmes de SSR pour couvrir les services d'avortement. En plus, les services d'avortement ne doivent être couverts par les mécanismes de protection financière comme les programmes d'assurance maladie.

Un grand nombre de programmes d'assurance maladie ne couvrent pas les services d'avortement - par ex. aux États-Unis, les fonds fédéraux via Medicaid ne peuvent pas être utilisés pour payer les services d'avortement, sauf en cas de viol, d'inceste ou de mise en danger de la vie (Henshaw et al, 2009). Les mandats juridiques et politiques doivent être fournis pour garantir que les services d'avortement sont inclus dans les programmes d'assurance maladie.

4.2.3.3 Accessibilité des informations

L'accessibilité de l'information comprend le droit de rechercher et de recevoir les informations sur la santé. Le manque de connaissance du statut juridique de l'avortement agit comme un obstacle à la recherche de services d'avortement sécurisé - par ex. les études menées en Inde montrent que les connaissances généralisées sur la légalité de l'avortement en vertu de la loi MTP sont médiocres (Nidadavolu et Bracken, 2006). Les informations correctes sur le statut juridique de l'avortement et les motifs sur lesquels l'avortement est disponible légalement doivent être largement communiquées à la population en général.

Il convient également de s'assurer que les agents de santé disposent les informations correctes sur les lois relatives à l'avortement dans le pays.

En plus de la loi, les informations généralisées devraient être disponibles dans la communauté sur les endroits où les services d'avortement sont disponibles, où accéder aux services d'avortement à différentes périodes de la grossesse et quel choix de méthodes sont disponibles où. Les agents de santé communautaire et les pharmaciens peuvent être formés pour fournir de telles informations.

L'avortement médicamenteux ne doit pas être considéré comme une alternative aux systèmes de santé peu fonctionnels et insensibles conduisant à une abdication de la responsabilité du système de santé ; les interventions d'autogestion devraient plutôt être considérées et utilisées comme des approches d'autonomisation permettant aux femmes de prendre le contrôle de leur propre corps et de leur santé, avec un soutien adéquat du système de santé en cas de besoin.

LISTE DE CONTRÔLE 5		
ACCESSIBILITÉ		
	<div> <div></div> Oui <div></div> Non </div>	NOTES
	Un service d'avortement sécurisé est disponible dans les 2 heures du temps pour toutes les populations de la région.	
	La télémédecine est utilisée pour la prestation de services d'avortement médicamenteux.	
	il n'y a aucune disposition dans la loi ou la politique qui limite les services d'avortement uniquement aux médecins	
	Il n'y a aucune disposition dans la loi ou la politique comme la consultation en face à face obligatoire avec un prestataire de soins de santé ou l'échographie obligatoire qui soit un obstacle à l'utilisation de la télémédecine.	
	Il n'y a aucune disposition dans la loi ou la politique qui empêche les personnes de gérer elles-mêmes leur avortement si elles choisissent de le faire.	
	Les informations sur l'autogestion de l'avortement sont fournies à toute personne cherchant à se faire avorter	
	Toute personne qui choisit de gérer elle-même un avortement dispose d'une source d'informations précises et d'un accès à un prestataire de soins de santé si elle en a besoin ou le souhaite à n'importe quelle étape du processus	
	Les informations sur l'auto-évaluation de l'exhaustivité du processus d'avortement à l'aide de tests de grossesse et d'une liste de contrôle sont fournies aux personnes ayant un AM à l'aide de la combinaison Mifépristone - Misoprostol.	
	Toute personne qui choisit d'auto-évaluer l'exhaustivité du processus d'avortement dispose d'une source d'informations précises et d'un accès au prestataire de soins de santé si elle en a besoin ou le souhaite à n'importe quelle étape du processus.	
	Les services d'avortement sécurisé sont offerts dans le secteur public avec les mécanismes de financement gratuits sur le lieu de soins	
	Aucun frais d'utilisation n'est facturé au moment de la prestation de services pour l'avortement sécurisé dans le secteur public et le secteur privé à but non lucratif	
	Les budgets adéquats sont prévus dans les programmes de SSR pour couvrir les services d'avortement.	
	Les services d'avortement sont couverts par un mécanisme de protection financière comme les programmes d'assurance maladie	
	Les informations correctes sur le statut juridique de l'avortement et les motifs pour lesquels l'avortement est légalement disponible sont largement communiquées à la population en général	
	Les agents de santé disposent des informations correctes sur les lois concernant l'avortement dans le pays.	
	Les informations correctes sont disponibles dans la communauté sur les endroits où les services d'avortement sont disponibles, où accéder aux services d'avortement à différentes périodes de la grossesse et quel choix de méthodes sont disponibles	
	Les agents de santé communautaire et les pharmaciens sont formés pour fournir les informations dans la communauté sur les endroits où les services d'avortement sont disponibles, où accéder aux services d'avortement à différentes périodes de la grossesse et où et quel choix de méthodes sont-ils disponibles.	

Les études ont également montré que les prestataires ne ressentent pas souvent le besoin de répondre à ces préoccupations, en particulier lorsque les services d'avortement sont fournis gratuitement (Barua et Apte, 2007).

Lorsque les services d'avortement ne répondent pas aux besoins spécifiques de clients, ces derniers choisissent souvent de préférer un service qui le fait, même s'il ne répond pas aux normes de qualité technique. Cela est d'autant plus vrai que dans plusieurs contextes, l'avortement entraîne une stigmatisation sociale, en particulier parmi les célibataires, et la confidentialité dans la recherche de services est considérée comme primordiale.

Pour que les services d'avortement soient culturellement acceptables, une stratégie clé serait la mise à disposition de conseillers qui peuvent parler la langue locale et répondre à toutes les questions ou doutes de manière sensible. Le counseling doit inclure les informations sur tous les aspects de la procédure d'avortement et doit prendre en compte les besoins de personnes issues de contextes culturels différents.

Le point important à noter est que le counseling n'est pas une « motivation », un « conseil » ou une « persuasion » pour accepter le point de vue du prestataire, mais plutôt la fourniture d'informations pertinentes et appropriées, permettant au client de faire un choix.

La sensibilité au genre est une autre caractéristique clé qui rend les services d'avortement acceptables. Les counselings sensibles au genre qui prennent en compte les normes de genre et la manière dont celles-ci influencent le comportement reproductif peuvent fournir aux clients les informations nécessaires pour faire des choix concernant leur procédure de grossesse et d'avortement. Les clientes peuvent être contraintes d'interrompre ou de poursuivre une grossesse contre leur gré lorsqu'elles sont confrontées à la violence entre partenaires intimes. L'identification et la lutte contre la violence basée sur le genre ou la violence entre partenaires intimes devraient également être un élément clé de ce counseling sensible au genre.

LISTE DE CONTRÔLE 6

ACCEPTABILITÉ

<div> <div></div> <div>Oui</div> <div></div> <div>Non</div> </div>	NOTES
Les prestataires de soins de santé sont conviviaux et respectueux lorsqu'ils interagissent avec les clientes qui demandent les services d'avortement.	
Les prestataires de soins de santé préservent l'intimité et la confidentialité tout en fournissant les services d'avortement	
Il n'y a aucune contrainte d'adopter une méthode contraceptive lors d'une demande d'avortement	
Si une cliente souhaitant avorter ne souhaite pas utiliser une méthode contraceptive, l'avortement ne lui est pas refusé.	
Il n'y a pas de retard dans la prestation de services d'avortement à ceux qui les demandent	
Les conseillers sont présents dans les services d'avortement pour fournir les informations correctes et complètes aux clientes cherchant à avorter	
Les conseillers/prestataires de soins de santé sont capables de parler la langue locale.	
Les conseillers/prestataires de soins de santé sont conscients de contextes culturels locaux et sensibles aux besoins de groupes spécifiques marginalisés	
Les conseillers/prestataires de soins de santé passent suffisamment de temps avec chaque client et répondent correctement, patiemment et avec sensibilité aux questions ou aux doutes.	
Le dépistage de la violence entre partenaires intimes est intégré à la prestation de services d'avortement	
Les conseillers/prestataires de soins de santé sont formés sur la façon de soutenir les clients confrontés à la violence entre partenaires intimes	
Les conseillers/prestataires de soins de santé sont formés sur la façon de soutenir une cliente qui est forcée de poursuivre/interrompre sa grossesse contre son gré en tenant compte du genre.	

4.2.5 Qualité

Le cadre de Qualité de Soins de l'OMS pour la santé maternelle identifie deux grands domaines de la qualité de soins : la prestation de soins et l'expérience de soins (Tuncalp et al, 2015). Sur cette base, les services d'avortement sécurisé doivent être de bonne qualité technique et également sensibles aux besoins spécifiques de la cliente.

4.2.5.1 Directives standard et qualité technique des soins

Les directives standard pour la prestation de soins d'avortement sont essentielles pour établir les soins de bonne qualité basés sur les principes cliniques solides et les valeurs fondées sur l'éthique et les droits. Ces directives aident les établissements et les prestataires à établir leurs propres normes, aident au suivi et à l'évaluation, et aident également à leur exiger de respecter les normes de prestation de services. Cependant, de telles directives standard ne sont pas disponibles dans plusieurs pays. Les lignes directrices standard devraient être fondées sur les principes basés sur les preuves et devraient être mises à jour régulièrement pour suivre le rythme de progrès médicaux.

Les preuves actuelles de divers aspects techniques de la prestation de services d'avortement sécurisé ont été détaillées dans le chapitre 2.

Les méthodes modernes d'avortement – l'AM et l'AMIU/EVA au premier trimestre, et l'AM et la D&E au deuxième trimestre – sont plus sûres et plus efficaces que les méthodes obsolètes comme la D&C. Par conséquent, un choix de méthodes modernes doit être disponible dans les différents centres d'avortement en fonction du niveau auquel ils dispensent les soins.

Une gestion adéquate de la douleur est un aspect clé de la qualité technique.

Fournir les services de santé sexuelle et reproductive sans un soulagement adéquat de la douleur a été considéré comme une forme de manque de respect et d'abus (OMS, 2014). Les différentes méthodes de gestion de la douleur pour les différentes méthodes d'avortement sont discutées au chapitre 2. Un choix de méthodes appropriées doit être disponible dans différents établissements.

De même, la prévention d'infections est un autre aspect clé de la qualité technique. Les prestataires de soins de santé doivent être formés aux normes de prévention d'infections, et un équipement et les intrants adéquats pour assurer la désinfection et la stérilisation doivent être assurés.

Fournir les services de santé sexuelle et reproductive sans un soulagement adéquat de la douleur a été considéré comme une forme de manque du respect et d'abus.

4.2.5.2 Environnement favorable

Assurer la qualité des soins dans la prestation des soins d'avortement signifie également s'assurer que les différentes composantes du système de santé qui doivent être fonctionnelles pour assurer un environnement propice à la prestation de ces soins sont fonctionnelles.

Un nombre suffisant de différentes catégories de prestataires de soins de santé à différents niveaux doit être présent. Les prestataires de soins de santé doivent également être formés de manière adéquate aux différents aspects de la prestation de soins de qualité, y compris une formation basée sur les compétences pour fournir les méthodes d'avortement appropriées, les techniques de gestion de la douleur et les méthodes de prévention d'infections. En outre, la formation doit également inclure la fourniture de soins respectueux et sensibles, le maintien de l'intimité et de la confidentialité, et la prise en compte de besoins particuliers de différents groupes, par ex. les adolescentes. Les valeurs négatives de prestataires sur l'avortement et sur les femmes qui le sollicitent affectent souvent la prestation de services (voir le chapitre 3 pour plus de détails). Les exercices de clarification des valeurs doivent être organisés pour les prestataires de soins de santé afin qu'ils puissent reconnaître l'impact de leurs propres valeurs personnelles sur la prestation de services d'avortement.

Les refus de soins se produisent également en raison de la crainte de sanctions pénales parmi les prestataires, ce qui a un effet dissuasif sur l'accès à l'avortement. Ces sanctions pénales doivent être supprimées afin que les prestataires disposent d'un environnement véritablement propice à la fourniture de services d'avortement sécurisé. Il faut mettre en place les mécanismes adéquats de règlement de griefs offrant la possibilité de faire appel en temps opportun en cas de refus d'avortement.

Les intrants et équipements adéquats requis pour les différentes méthodes fournies à chaque niveau doivent être assurés sans interruption. Les médicaments pour l'avortement médicamenteux – la mifépristone et le misoprostol – font partie de la liste modèle de médicaments essentiels de l'OMS et devraient également faire partie des listes nationales de médicaments essentiels afin d'assurer leur approvisionnement continu.

L'approvisionnement en médicaments antidouleur, en seringues et canules pour l'AMIU, en antibiotiques et en produits contraceptifs doit également être assuré.

Ceux-ci doivent faire partie des inventaires de routine, des achats et des systèmes d'information de gestion.

Un aspect clé de la prestation de services d'avortement est la rapidité de soins. Dans plusieurs contextes, les limites d'âge gestationnel pour l'avortement légal signifient que tout retard peut rendre illégal ce qui était un avortement légal. L'avortement précoce est également plus sûr.

Par conséquent, tout retard dans la prestation de soins est un soin de mauvaise qualité.

Les lois et politiques qui contribuent aux retards comme les périodes d'attente obligatoires et les examens échographiques obligatoires devraient être supprimées. Les prestataires de services de santé doivent également être formés pour administrer les soins aux personnes cherchant à avorter en temps opportun.

Certains contextes ont une licence ou une certification de prestataires et/ou des installations pour la fourniture de services d'avortement.

Afin d'assurer une large disponibilité de services d'avortement, ces critères de certification ne doivent pas être trop stricts et doivent être cohérents avec ce qui est attendu pour d'autres procédures médicales.

4.2.5.3 Surveillance et assurance qualité

Les mécanismes de surveillance assurent un suivi permanent pour le maintien de la qualité de soins. Le suivi des données spécifiques liées à l'avortement doit être effectué à la fois au niveau de l'établissement et au niveau de différentes unités comme le district et la région/l'État. Au niveau de l'établissement, le suivi doit être effectué à l'aide de différentes méthodologies, notamment l'analyse de données des services, les examens des cas, les audits de morbidité et de décès, l'observation, les vérifications des établissements et les commentaires des clients. Les données doivent être ventilées par âge gestationnel au moment de l'avortement, les méthodes d'avortement utilisées et les groupes vulnérables spécifiques pris en compte. Les systèmes de retour d'information de prestataires doivent être mis en place afin d'identifier les problèmes et de les résoudre. Les mécanismes de surveillance doivent alimenter les mécanismes d'assurance qualité qui effectuent les contrôles de qualité périodiques et entreprennent les actions correctives. L'encadré 10 énumère certains des indicateurs qui pourraient être utilisés pour surveiller les différents aspects de la prestation de services d'avortement.

Les données de service liées à l'avortement doivent être incluses dans les systèmes de gestion de l'information à différents niveaux afin que cela puisse être contrôlé. En outre, l'évaluation et le suivi des programmes à divers niveaux devraient inclure les indicateurs spécifiques liés à l'avortement. Cela devrait inclure à la fois les indicateurs de processus et de résultats (voir Encadré 10).

4.2.5.4 Expérience de soins

L'expérience de soins comprend plusieurs domaines dont les études montrent qu'ils sont importants pour les clients lors du choix des services d'avortement qui ont été détaillés dans d'autres sections de ce chapitre - ceux-ci incluent l'acceptabilité culturelle, la sensibilité au genre, l'intimité, la confidentialité et la prise de décision éclairée. Ces domaines devraient faire partie de la formation de prestataires de soins de santé et de mécanismes de suivi et d'assurance qualité.

L'expérience des soins comprend plusieurs domaines dont les études montrent qu'ils sont importants pour les clientes lors du choix de services d'avortement - ceux-ci incluent l'acceptabilité culturelle, la sensibilité au genre, l'intimité, la confidentialité et la prise de décision éclairée.

ENCADRÉ 10 : QUELQUES INDICATEURS SUGGÉRÉS POUR LE SUIVI DE L'AVORTEMENT PRESTATIONS DE SERVICE

La disponibilité et l'accès

- Nombre d'établissements offrant les services d'avortement sécurisé pour 500.000 habitants
- Population à moins de 2 heures de trajet vers un centre d'avortement sécurisé
- Proportion de prestataires de soins de santé formés pour offrir les services d'avortement sécurisé

L'accès à l'information

- Pourcentage de la population ayant une connaissance correcte du statut juridique de l'avortement
- Pourcentage de prestataires de soins de santé ayant une connaissance correcte du statut juridique de l'avortement

La qualité



- Nombre d'établissements proposant les méthodes d'avortement provoqué basées sur les preuves
- Nombre d'établissements qui fournissent les soins pour les complications post-avortement

Les résultats

- Pourcentage d'admissions dues à un avortement
- Taux d'hospitalisation due à l'avortement à risque pour 1.000 femmes
- Avortements pour 1.000 naissances vivantes
- Proportion de décès maternels dus à l'avortement à risque

Source : Lowik AJ, 2017.

LISTE DE CONTRÔLE 7		
QUALITÉ		
	<div> <div></div> Oui <div></div> Non </div>	NOTES
	Les directives standard fondées sur les preuves pour l'avortement sont disponibles au niveau national	
	Les directives standard pour la prestation de soins d'avortement sont régulièrement mises à jour sur base de récents progrès médicaux	
	Un choix de méthodes modernes est disponible dans chaque établissement en fonction du niveau auquel il dispense les soins	
	Les méthodes obsolètes pour l'avortement comme la D&C ne sont utilisées dans aucun établissement	
	Une prise en charge adéquate de douleur est offerte dans chaque établissement pour celles qui demandent un avortement	
	Les prestataires de soins de santé sont formés pour fournir une gestion adéquate de la douleur à celles qui souhaitent avorter.	
	Les méthodes adéquates de prévention d'infections sont suivies dans chaque établissement de services d'avortement	
	Les prestataires de soins de santé sont formés aux techniques adéquates et appropriées de prévention d'infections	
	Toutes les fournitures et équipements nécessaires à la prévention des infections sont disponibles sans interruption et en état de fonctionnement.	
	Un nombre suffisant de différentes catégories de prestataires de soins de santé est présent pour fournir des services d'avortement à différents niveaux.	
	Les prestataires de soins de santé ont reçu une formation basée sur les compétences sur différents aspects du service d'avortement de la prestation de services d'avortement	
	Les prestataires de soins de santé ont reçu une formation sur la prestation de soins respectueux et sensibles, le maintien de l'intimité et de la confidentialité et la prise en compte des besoins particuliers de différents groupes, par exemple les adolescents.	
	Des exercices de clarification des valeurs sur l'avortement ont été organisés avec des prestataires de soins de santé	
	Les fournitures et équipements adéquats requis pour les différentes méthodes d'avortement fournies à chaque niveau sont disponibles sans interruption Les pilules abortives médicales sont incluses dans la liste nationale des médicaments essentiels	
	Les pilules abortives, les fournitures et l'équipement pour les méthodes contraceptives font partie des inventaires de routine, des achats et du système d'information de gestion	
	Les critères de certification pour l'avortement ne sont pas trop stricts et sont en accord avec ce qui est attendu pour d'autres procédures médicales. Les établissements surveillent régulièrement les données relatives à la prestation de services d'avortement	
	Les données surveillées au niveau de l'établissement sont désagrégées par âge gestationnel au moment de l'avortement, les méthodes d'avortement utilisées et les groupes vulnérables spécifiques pris en compte.	
	Les mécanismes de surveillance comprennent des systèmes de rétroaction des prestataires de soins de santé.	
	Les mécanismes de suivi comprennent des systèmes de retour d'information des clients	

	 Oui  Non	NOTES
	Les mécanismes d'assurance qualité comprennent des contrôles périodiques de la qualité des services d'avortement et instituent des mesures correctives pour toute lacune identifiée	
	Les données de service liées à l'avortement sont incluses dans les systèmes d'information de gestion à différents niveaux, y compris l'établissement, le district, l'État et le niveau national	
	Les indicateurs liés à la prestation de services d'avortement font partie du suivi et de l'évaluation des programmes de routine	
	Les indicateurs liés à l'expérience des soins d'avortement, y compris l'acceptabilité culturelle, la sensibilité au genre, la vie privée, la confidentialité, la prise de décision éclairée font partie du mécanisme de suivi et d'assurance qualité.	

4.2.6 Prise de décision éclairée

Le principe de la prise de décision éclairée comporte deux éléments. L'une est que les clients reçoivent toutes les informations relatives à l'avortement et sont en mesure de prendre une décision autonome sur base de ces informations. La seconde est que la décision d'avorter ou non, prise sur base d'informations complètes, appartienne à la femme seule et non pas à une autre tierce personne. Cela recoupe le principe d'autonomie évoqué plus haut.

Les personnes cherchant à avorter sont souvent dans une situation vulnérable car elles sont confrontées à une grossesse non désirée et doivent prendre une décision à ce sujet et agir à ce sujet dans un délai déterminé. Cela est particulièrement vrai lorsqu'ils appartiennent aux communautés vulnérables comme les adolescents et les jeunes, les célibataires, les femmes vivant avec le VIH. Les systèmes de santé et les prestataires de soins de santé doivent être sensibles à cette vulnérabilité et fournir toutes les informations de manière sensible et respectueuse et aider les clients à prendre une décision. Comme discuté dans les chapitres 2 et 3, parfois, les politiques qui exigent les conseils obligatoires basés sur un script prédéfini sont utilisées pour transmettre les informations erronées qui ne sont pas basées sur les faits scientifiques précis afin de dissuader la femme de procéder à un avortement. Les croyances et les valeurs individuelles de prestataires sur l'avortement peuvent également influencer le counseling de manière biaisée. Tout cela constitue une violation du principe de prise de décision éclairée.

Certaines lois et politiques qui violent le principe de la prise de décision éclairée ont été abordées au chapitre 3, notamment le consentement ou l'information parental obligatoire, le consentement obligatoire du conjoint et le consentement judiciaire. Les exigences en matière d'autorisation du conjoint s'appliquent généralement exclusivement aux femmes et, en tant que telles, représentent une violation du droit de femmes à l'égalité et à la non-discrimination. Ces lois et politiques devraient être supprimées.



Parfois, même après que les lois et règlements ont changé, les prestataires de soins de santé peuvent continuer la pratique en raison de leur propre conviction que les choix de reproduction d'une femme doivent être approuvés par son mari. Les prestataires de soins de santé doivent être sensibilisés aux raisons pour lesquelles de telles politiques constituent les violations de droits et ne pas insister sur le consentement de parents ou du conjoint.

Il existe également les études qui rapportent que la prestation de services d'avortement n'est parfois proposée qu'à la condition que la cliente accepte une méthode contraceptive (Barua et Apte, 2007).

Il s'agit également d'une violation du principe de prise de décision éclairée.

LISTE DE CONTRÔLE 8

DÉCISION ÉCLAIRÉE

	Oui		Non	NOTES
	Les prestataires de soins de santé offrent les informations relatives à la prestation de services d'avortement aux clientes recherchant ces services d'une manière sensible et respectueuse et les aident à prendre une décision.			
	Les prestataires de soins de santé s'assurent que la cliente a donné son consentement éclairé à la procédure d'avortement.			
	Il n'y a pas de lois ou de politiques exigeant l'autorisation obligatoire d'un tiers, y compris celle de parents, du conjoint ou du pouvoir judiciaire.			
	Les prestataires de soins de santé défendent l'autonomie du client et n'insistent pas sur l'information/le consentement obligatoire de parents ou du conjoint.			
	Aucune condition, par ex. l'acceptation d'une méthode contraceptive, n'est requise pour dispenser les services d'avortement.			
	Les prestataires de soins de santé qui s'opposent en conscience orientent les personnes ayant besoin d'un avortement vers d'autres structures qui peuvent les fournir et s'assurent qu'elles reçoivent le service approprié.			
	Les prestataires de soins de santé ne sont pas autorisés à s'opposer en conscience si la vie de la personne cherchant à avorter est en danger.			
	Les prestataires de soins de santé ont reçu une formation sur l'importance de préserver l'autonomie du client et de permettre une prise de décision éclairée			
	La prise de décision éclairée est contrôlée dans le cadre de mécanismes de contrôle et d'assurance qualité.			

L'objection de conscience de prestataires est une barrière induite par les prestataires où les croyances et les valeurs personnelles de prestataires sont utilisées pour refuser de fournir les services d'avortement.

De tels refus constituent une violation de l'autonomie de la femme et de son droit à une prise de décision éclairée. Cela a été discuté en détail dans le chapitre 3.

Pour que les clients puissent prendre une décision éclairée sur l'avortement, les informations qui leur sont fournies doivent être scientifiquement correctes et fournies de manière qu'elles puissent comprendre. Les prestataires de soins de santé sont souvent surchargés et manquent de temps pour fournir les informations détaillées aux clients. Dans de telles situations, les conseillers qui parlent la langue locale et comprennent le contexte culturel local peuvent jouer le rôle de fournir les informations aux clients et permettre leur prise de décision.

Les systèmes de santé doivent faire les efforts particuliers pour s'assurer qu'une prise de décision éclairée est possible dans son véritable esprit. Les prestataires de soins de santé doivent être formés et sensibilisés à ce sujet, et cela devrait également faire partie des mécanismes de suivi et d'assurance qualité.

4.2.7 Intimité et confidentialité

L'intimité est un droit humain fondamental reconnu dans la Déclaration Universelle de Droits de l'Homme et sous-tend les valeurs telles que l'autonomie et la dignité humaine. Le droit à l'intimité comprend, entre autres, l'intimité corporel et celle liée aux informations et communication personnelles. Le droit à l'intimité est protégé par les réglementations et législations efficaces qui sont appliquées (Banisar et Davies, 1999). Cela comprend également la protection contre l'exposition corporelle contre leur gré ou d'une manière qui compromet la dignité personnelle, et la protection de toute information partagée avec le prestataire de soins de santé.

La confidentialité est un terme plus utilisé dans le contexte de la pratique médicale. L'obligation éthique du médecin à la confidentialité a d'abord été formulée dans le serment d'Hippocrate. Elle constitue la pierre angulaire d'une relation de confiance entre le prestataire de soins et le patient, permettant au patient de divulguer les informations sensibles essentielles à un diagnostic et un traitement efficaces (Mendelson et al. 2018). Dans le cadre de soins de santé, la confidentialité peut être considérée comme le mécanisme par lequel les prestataires de soins de santé sont en mesure de respecter certains aspects de la vie privée de patients, en particulier ceux liés à l'information et à la communication.

L'intimité et la confidentialité sont les principes essentiels de l'éthique de soins de santé. Le respect de l'intimité et de la confidentialité de la cliente acquiert une importance particulière dans le contexte d'une procédure stigmatisée telle que l'avortement, où elle peut faire la différence entre la vie et la mort.

Dans plusieurs contextes, le manque d'intimité et de confidentialité dissuade les femmes de rechercher les services d'avortement sécurisé ou de soins post-avortement pour les complications d'un avortement à risque. Cela est particulièrement vrai pour les femmes de populations marginalisées. Par exemple, dans une étude sur les femmes issues de communautés marginalisées du Tamil Nadu, en Inde, l'assurance du secret était perçue par les femmes comme une composante essentielle d'un avortement « sécurisé » (Subhasri et Ravindran 2012).

Lorsque la loi ou les réglementations d'un pays exigent que l'avortement d'une femme soit autorisé par son conjoint, ou un parent ou tuteur dans le cas de mineurs et de personnes handicapées mentales ou intellectuelles, il s'agit d'une violation du droit de la patiente à l'intimité et à la confidentialité. Plusieurs traités relatifs aux droits humains tels que le PIDCP, la CDE et la CEDAW défendent le droit de femmes à l'intimité et à la confidentialité lorsqu'elles reçoivent les services de santé sexuelle et reproductive, y compris l'avortement (Dhillon 2014).

Le Guide technique de l'OMS sur l'avortement sécurisé recommande que les lois, normes et standards sur l'avortement incluent la protection de la confidentialité et de l'intimité pour toutes les femmes, y compris les adolescentes (OMS, 2012).



Dans les contextes où l'avortement est limité par la loi, les professionnels de santé sont tenus par les normes éthiques professionnelles de ne pas refuser les soins médicaux d'urgence aux femmes qui demandent un avortement ou les soins post-avortement parce que l'autorisation d'un tiers requise par la loi n'a pas été obtenue. Ils sont tenus de respecter l'intimité et la confidentialité du patient même après la fin du traitement, et de ne pas signaler le patient aux autorités judiciaires. Ceci est énoncé par le Comité de droits de l'homme comme suit:

« où les États imposent une obligation légale aux médecins et autres personnels de santé de signaler les cas de femmes ayant subi un avortement. Dans ces cas, d'autres droits du Pacte, tels que ceux des articles 6 et 7 (droit au respect de l'intimité et d'être à l'abri de la torture, et de traitements cruels, inhumains et dégradants), pourraient également être en jeu » (Comité de droits de l'homme, 2000, paragraphe 20).



Le manuel d'éthique de l'Association Médicale Mondiale encourage les médecins à critiquer toute exigence légale qui les oblige à violer la confidentialité du patient, et avertit que « les exigences légales peuvent entrer en conflit avec le respect de droits de l'homme qui sous-tend l'éthique médicale (WMA 2005). Les défenseurs de DSSR peuvent utiliser le droit international relatif aux droits de l'homme et les normes d'éthique médicale comme outils pour tenir les gouvernements responsables et faire pression sur les gouvernements pour qu'ils réforment les lois et réglementations du pays sur l'avortement afin qu'elles soient conformes aux normes internationales.

LISTE DE CONTRÔLE 9

INTIMITÉ

 Oui  Non	NOTES
L'interaction prestataire-patient a lieu dans un espace aux portes ou rideaux fermés	
Personne en dehors du ou des prestataire(s) de soins concerné(s) et du patient n'est présent dans l'espace de consultation sauf sur demande expresse des clients eux-mêmes	
Aucun membre de la famille du patient n'est présent lors de l'interaction prestataire-patient, sauf lorsqu'il le demande expressément.	
Le patient a l'intimité pour s'habiller et se déshabiller.	
Le divan d'examen clinique ne fait pas face aux portes ou fenêtres ouvertes.	
Personne à part le professionnel de santé n'entre dans l'espace de consultation.	
Personne n'entre et ne sort de la salle d'examen	
Le prestataire parle doucement.	
Les autres patients ne sont pas assis là où la conversation patient-prestataire peut être entendue	

CONFIDENTIALITÉ

 Oui  Non	NOTES
Les dossiers médicaux du patient sont anonymes.	
Les dossiers médicaux du patient sont conservés en toute sécurité et sous clé	
Le personnel dispensant les services ne discute pas des détails du service de santé recherché dans un espace public, même avec la patiente elle-même.	
Le personnel impliqué dans la prestation de services ne partage pas les informations sur le patient avec aucun membre de la communauté	
Les informations sur la patiente ne sont jamais discutées avec son partenaire ou un membre de sa famille sans le consentement explicite de la patiente, même pour obtenir l'autorisation d'un tiers.	
Les informations sur la patiente ne sont pas communiquées à son partenaire ou aux membres de la famille sans le consentement explicite de la patiente.	

Pour plus d'informations sur les exigences d'autorisation de tiers et la déclaration obligatoire par les prestataires de soins de santé, référez-vous à la liste de contrôle n° 2.

4.2.8 Participation



La participation de communautés et en particulier de personnes directement affectées est un principe clé de droits humains. Cependant, les gens de l'autre extrémité du spectre politique utilisent le terme « participation » pour signifier les choses très différentes. Il existe au moins deux manières contradictoires de percevoir la participation et son objectif final. La première est l'approche utilitariste, où la participation est un moyen d'atteindre une fin prédéterminée – par exemple, augmenter la couverture, changer les comportements. La seconde est l'approche d'autonomisation, où la participation est considérée comme un ensemble de pratiques d'autonomisation qui permettent aux communautés socialement exclues d'exprimer leurs préférences et d'influencer la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions (Guareschi et Jovchelovitch 2004).

Dans une approche fondée sur les droits de l'homme, la participation fait référence à l'approche d'autonomisation, et les individus doivent être autonomisés en tant que « détenteurs de droits ».

La participation est importante pour la responsabilisation car elle fournit « ... les freins et les contrepoids qui ne permettent pas à un leadership unitaire d'exercer le pouvoir de manière arbitraire » (OMS 2017).

Une participation significative exige des forums et des structures qui permettent un engagement soutenu et la possibilité d'un dialogue continu entre les détenteurs d'obligations et les détenteurs de droits. Quelques exemples de structures de participation sont les comités de santé affiliés à chaque établissement de santé et à divers niveaux du gouvernement à partir du niveau local.

LISTE DE CONTRÔLE 10		
PARTICIPATION		
	<div> <div></div> Oui <div></div> Non </div>	NOTES
	Il existe des mécanismes de participation citoyenne au niveau des établissements de santé	
	Il existe des mécanismes de participation des citoyens à la prise de décision sur les politiques et programmes de santé. <ul style="list-style-type: none"> > au niveau des collectivités locales > au niveau du gouvernement provincial/étatique > au niveau du gouvernement national 	
	Les mécanismes de participation sont codifiés dans la loi ou les arrêtés/règles du gouvernement <ul style="list-style-type: none"> > au niveau de la structure sanitaire > au niveau des collectivités locales > au niveau du gouvernement provincial/étatique > au niveau du gouvernement national 	
	Les femmes constituent au moins un tiers des membres de mécanismes de participation. <ul style="list-style-type: none"> > au niveau de la structure sanitaire > au niveau des collectivités locales > au niveau du gouvernement provincial/étatique > au niveau du gouvernement national 	
	Les femmes de populations marginalisées sont représentées dans les mécanismes de participation. <ul style="list-style-type: none"> > au niveau de la structure sanitaire > au niveau des collectivités locales > au niveau du gouvernement provincial/étatique > au niveau du gouvernement national 	

	 Oui  Non	NOTES
	Les efforts de renforcement des capacités ont été déployés pour permettre la participation effective des femmes de populations marginalisées aux mécanismes de participation au cours de l'année écoulée.	
	L'accès de femmes aux services d'avortement a été à l'ordre du jour de mécanismes de participation au cours de la dernière année. > au niveau de la structure sanitaire > au niveau des collectivités locales > au niveau du gouvernement provincial/étatique > au niveau du gouvernement national	
	Les résultats de la participation ont éclairé les services d'avortement au niveau local.	
	Les résultats de la participation ont éclairé les programmes et les politiques d'avortement. > au niveau du gouvernement provincial/étatique > au niveau du gouvernement national	

Bien que l'importance de la participation communautaire ait été reconnue et soutenue depuis la Déclaration d'Alma-Ata en 1978, la participation effective de communautés, en particulier de femmes et d'autres groupes marginalisés, s'est avérée difficile à atteindre.

Les enseignements tirés d'une expérience visant à permettre la participation communautaire à la santé dans le Western Cape suggèrent qu'une participation efficace nécessite :

A. La législation codifiant les structures de participation ; les rôles et fonctions spécifiques de représentants de la communauté ; et les processus transparents à travers lesquels ils doivent être choisis

B. Les Quotas spécifiques pour la représentation de femmes et de communautés marginalisées

C. Les Règlements précisant les canaux de participation et l'applicabilité d'opinions exprimées par les représentants de la communauté

D. Les efforts de renforcement de capacités qui permettent une participation effective de membres de la communauté, y compris une formation administrative, avec une attention particulière au renforcement de capacités de représentants de groupes marginalisés (Meler et. al. 2012).

La promotion de la participation à la santé dans le contexte du respect du droit de femmes à l'avortement peut nécessiter les mesures allant au-delà de ce qui précède.

Par exemple, il devra y avoir une représentation égale de femmes dans les structures et les canaux de participation. Plus important encore, le renforcement de capacités de représentants de la communauté devrait inclure la connaissance de droits sexuels et reproductifs en tant que droits humains et une clarification de valeurs sur l'avortement en tant que droit de la femme. Voici une ressource utile : Turner, Katherine L. et Kimberly Chapman Page. 2008. Transformation de l'attitude en Matière d'Avortement : une boîte à outils de clarification de valeurs pour un public mondial. Chapel Hill, Caroline du Nord, Ipas. <https://ipas.azureedge.net/files/VALCLARE14-VCATAbortionAttitudeTransformation.pdf>.

Une série d'Organes de Surveillance de Traités des Nations Unies (TMBs) ont défendu les droits de femmes et de filles aux services d'avortement sécurisé et ont appelé les États parties à apporter des modifications législatives pour garantir la réalisation de ces droits.

4.2.9 Responsabilité

En référence aux politiques publiques, le terme « responsabilité » fait généralement référence à l'obligation de ceux qui détiennent l'autorité d'assumer la responsabilité de leurs actes, d'en répondre en les expliquant et en les justifiant aux personnes concernées, et d'être soumis à une forme quelconque de sanction exécutoire si leur conduite ou leur explication est jugée déficiente (Goetz et Jenkins 2005, p. 8).

La responsabilité a été affirmée comme « la raison d'être de l'approche fondée sur les droits » (UNOHCHR 2008). Dans le contexte de la santé, les gouvernements et les agences publiques sont responsables de leurs actions et omissions par rapport à leurs devoirs de protéger le droit à la santé de leur population. Les gouvernements sont également tenus de réglementer les actions des entités privées telles que les prestataires de soins de santé privés, les compagnies d'assurance et les pharmaceutiques afin que leurs actions ne violent pas le droit de citoyens à la santé (UNOHCHR 2000).

La responsabilité est constituée de trois éléments différents : l'engagement de détenteurs de droits avec les détenteurs de pouvoir (souvent aussi les détenteurs d'obligations) ; responsabilité de détenteurs de pouvoir envers les détenteurs de droits et exécution des actions par les détenteurs de pouvoir.

Les mécanismes de responsabilité sont les structures qui permettent l'engagement et la responsabilité (Murthy 2019). Les mécanismes de responsabilisation existent à plusieurs niveaux : international, national et infranational.

Une série d'organes de surveillance de traités de Nations Unies (TMBs) ont défendu les droits de femmes et de filles aux services d'avortement sécurisé et ont appelé les États parties à apporter les modifications législatives pour garantir la réalisation de ces droits (chapitre 3).

Les défenseurs de l'avortement sécurisé peuvent utiliser le mécanisme de rapports alternatifs aux TMBs, chercher à contribuer aux rapports nationaux de leurs gouvernements respectifs au Conseil de droits de l'homme et à d'autres TMBs. Ils peuvent également faire appel au Rapporteur Spécial de Nations Unies sur la Santé, dont l'examen minutieux peut déclencher la responsabilité politique nationale pour la prévention de violations de droits humains de femmes résultant du refus d'accès aux services d'avortement sécurisé.

Il existe d'autres mécanismes pour suivre et examiner la situation mondiale de l'avortement en tant que stratégie de responsabilisation. La base de données mondiale sur les politiques d'avortement de l'Organisation Mondiale de la Santé suit les obstacles politiques, réglementaires et liés à la pratique aux services d'avortement sécurisé au niveau national.

Les organisations non-gouvernementales internationales telles que le Guttmacher Institute et le Center for Reproductive Rights fournissent les bilans réguliers de lois et politiques relatives à l'avortement ainsi que les progrès réalisés en matière de réduction de l'incidence de la mortalité et de la morbidité dues à l'avortement à risque.

ENCADRÉ 11 :**STRATÉGIES DE RESPONSABILITÉ JURIDIQUE ET SOCIALE POUR ÉLARGIR L'ACCÈS À L'AVORTEMENT**

Au Rwanda, une organisation dirigée par des jeunes, Youth Action Movement (YAM), a joué un rôle central dans la libéralisation de la loi très restrictive du pays sur l'avortement.

YAM était la branche de la jeunesse de l'Association Rwandaise pour le Bien-Être Familial (ARBEF), affiliée à la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF). Au cours de la période 2009-2012, les jeunes militants de YAM ont reçu le soutien technique et financier de Rutgers WPF, une ONG Néerlandaise, pour travailler sur les « questions sensibles de la sexualité de jeunes ». Le YAM a décidé de travailler sur l'avortement à risque au Rwanda dans le cadre de ce projet. Ils ont recueilli les preuves sur les conséquences sanitaires d'un avortement à risque et les témoignages de jeunes emprisonnés pour avoir subi un avortement.

Les témoignages ont été regroupés dans des brochures et largement diffusés auprès de responsables gouvernementaux et dans les forums publics.

Le YAM a travaillé en réseau avec un large éventail d'organisations de la société civile, organisé les ateliers et les débats de clarification de valeurs ; travaillé avec les médias ; et a lancé une pétition pour une réforme de la loi. C'était également un moment politiquement opportun, car le code pénal allait être révisé et le Rwanda avait ratifié les conventions régionales de droits de l'homme à peu près à la même époque.

La loi sur l'avortement a été amendée lors de la révision de la loi en 2012 et permet l'avortement pour sauver la vie de la femme ; pour protéger sa santé ; ou lorsque la grossesse est le résultat d'un viol, d'un inceste ou d'un mariage forcé (Umuhoya 2013).

En Colombie, Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (Défenseurs pour la Vie et la Santé de Femmes, ci-après La Mesa), a collaboré avec Women's Link Worldwide dans le cadre de son projet de contentieux stratégique LAICIA (Litigation à fort impact en Colombie pour l'Inconstitutionnalité de l'Avortement). LAICIA a été lancée en 2005, et La Mesa et Women's Link Worldwide ont déposé une contestation de constitutionnalité contre la loi Colombienne sur l'avortement, en vertu de laquelle l'avortement n'était légal que pour sauver la vie de la mère. En 2006, la Cour constitutionnelle de Colombie a confirmé les droits à l'avortement sur base de l'égalité et a statué sur la constitutionnalité de l'avortement dans le cadre de droits humains. En vertu de la loi réformée, l'avortement n'est pas un crime à trois conditions : lorsque la vie ou la santé de la femme est en danger (comme certifié par un médecin) ; en cas d'anomalie fœtale grave ; et lorsque la grossesse est le résultat de violences sexuelles ou de relations sexuelles non consensuelles.

Source : Ruibal 2014.

Au niveau national et infranational, l'utilisation de stratégies de responsabilité juridique et de responsabilité sociale est courante dans le contexte de l'avortement. En matière de responsabilité sociale, les citoyens/la communauté demandent les comptes aux prestataires de services et au gouvernement. Par exemple, ils recueilleraient et partageraient les preuves sur les conséquences négatives de l'avortement à risque, mobiliseraient l'opinion publique par le biais de campagnes médiatiques, organiseraient les audiences publiques sur les violations de droits et feraient pression auprès de décideurs politiques et de parlementaires. La responsabilité légale consiste à utiliser les tribunaux pour tenir les gouvernements responsables de violations de droits de l'homme ou du non-respect de droits constitutionnels de citoyens. (Van Belle et al. 2018).

L'encadré 11 décrit l'utilisation réussie de la mobilisation sociale et de la pétition pour une réforme juridique au Rwanda et le contentieux stratégique en Colombie pour contester la loi restrictive du pays sur l'avortement (Ruibal 2014).

Dans le cadre de droits de l'homme, la garantie d'accès à la justice, aux mécanismes de recours et de réparation est au cœur de la responsabilité.

Au niveau national, les mécanismes de responsabilisation pour le respect du droit à la santé comprendraient les mécanismes administratifs de règlement de griefs au niveau des établissements et à divers niveaux de gouvernance, de médiateurs, de forums de consommateurs, de tribunaux, de commissions nationales des droits de l'homme et d'autres organes tels que la

Commission nationale pour les femmes (ou les femmes et les enfants).

Lorsque les mécanismes nationaux ne fournissent pas une réparation satisfaisante, les individus peuvent également recourir aux procédures de plainte qui sont autorisées par certains TMBs tels que le Comité CEDAW et la CE (Convention relative aux Droits de l'Enfant), à condition que leurs pays aient signé le protocole facultatif qui permet cela.

Dans le contexte de l'avortement, l'application de la responsabilité nécessite les mesures de recours et de réparation spécifiques pour lutter contre les pratiques abusives au sein du système de santé, telles que le renvoi de patientes sans motif valable et un traitement irrespectueux et abusif pendant la prestation de soins, y compris la suspension des analgésiques.

LISTE DE CONTRÔLE 11		
RESPONSABILITÉ		
	<div> <div></div> Oui <div></div> Non </div>	NOTES
	Le rapport le plus récent du gouvernement aux Organes de Surveillance des Traités relatifs aux Droits de l'Homme comprenait les informations sur le droit des femmes à l'avortement.	Notez quels rapports contenaient de telles informations
	Le rapport le plus récent du gouvernement aux Organes de Surveillance des Traités relatifs aux Droits de l'Homme comprenait des informations sur l'accès à l'avortement des populations vulnérables	Notez quels rapports contenaient telles information et sur quels groups
	Le rapport alternatif le plus récent de la société civile aux Organes de Surveillance des Traités relatifs aux Droits de l'Homme comprenait les informations sur le droit des femmes à l'avortement.	Notez quels rapports contenaient de telles informations
	Le rapport alternatif le plus récent de la société civile aux Organes de Surveillance des Traités relatifs aux Droits de l'Homme comprenait les informations sur l'accès à l'avortement des populations vulnérables.	Notez quels rapports contenaient telles information et sur quels groups
	Le gouvernement produit des rapports périodiques sur l'incidence, la morbidité et la mortalité des avortements. <ul style="list-style-type: none"> > au niveau départemental/de district > au niveau du gouvernement provincial/étatique > au niveau du gouvernement national 	Notez les indicateurs pour lesquels les données sont disponibles
	Il existe des mécanismes de règlement des griefs pour les demandeurs d'avortement <ul style="list-style-type: none"> > au niveau de la structure sanitaire > au niveau des collectivités locales > au niveau du gouvernement provincial/étatique > au niveau du gouvernement national 	Notez ici les noms des mécanismes de recours à différents niveaux
	Il existe des initiatives de responsabilité sociale pour <ul style="list-style-type: none"> > défendre le droit des femmes à un avortement sécurisé > surveiller et signaler les violations de droits humains concernant le droit des femmes à l'avortement (par exemple, comportement abusif, déni de services) > suivre les allocations budgétaires et les dépenses réelles pour la prestation de services d'avortement 	Notez ici les noms des initiatives de responsabilité sociale

Notes Finales

1. Nous reconnaissons que non seulement les femmes mais aussi les personnes transgenres capables de porter une grossesse peuvent avoir besoin de services d'avortement. Cependant, ce document se concentre principalement sur les femmes, car les normes internationales de droits de l'homme et la plupart de données de recherche concernent les femmes. Nous avons inclus les informations pertinentes pour les personnes transgenres dans la mesure du possible.

2. Présent dans seulement cinq pays au monde – le Chili, la République Dominicaine, l'El Salvador, le Malte et le Nicaragua.

3. L'Inde et la Chine ont été exclues de ces calculs car elles sont atypiques mais faussent les chiffres en raison de leur grande taille de population.

4. La publication du CRR répertorie 47 pays jusqu'en 2019. En plus, en 2020, la Nouvelle-Zélande a libéralisé sa loi sur l'avortement en rendant les services d'avortement disponibles à la demande jusqu'à 20 semaines de gestation.

5 Selon les recommandations de l'OMS sur les interventions d'auto-prise en charge, l'autogestion de l'avortement médicamenteux est désormais considérée comme sûre jusqu'à 12 semaines de grossesse, moyennant les informations adéquates et les services de santé d'appoint appropriés.

6 Les neuf principes et normes de droits de l'homme contiennent de nombreuses dimensions qui se chevauchent. Pour éviter les répétitions, chaque dimension est seulement traitée sous l'un des principes/normes et référencée.

References

INTRODUCTION:

WHO (2019). WHO consolidated guideline for self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights. Geneva. p. 67.

WHO (2014). Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services. Guidance and recommendations. Geneva.

WHO (2012). Safe abortion: Technical and policy guidance. Geneva.

CHAPITRE 1:

African Commission on Human and Peoples' Rights (2016). Statement by Commissioner Lucy Asuagbor during launch of ACHPR Campaign for the Decriminalization of Abortion in Africa. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A, Tunçalp Ö, Beavin C, Kwok L, Alkema L (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. Lancet, July. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6).

Center for Reproductive Rights. Reproductive Rights Violations as Torture or Ill-treatment (2011). New York. https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/Reproductive_Rights_Violations_As_Torture.pdf.

Centers for Disease Control and Prevention. Reproductive Health: Contraception. <https://www.cdc.gov/reproductive-health/contraception/index.htm#Contraceptive-Effectiveness>. Copelon R, Zampas C, Brusie E & DeVore J (2005). Human Rights Begin at Birth: International Law and the Claim of Fetal Rights, Reproductive Health Matters, 13:26, 120-129, DOI: 10.1016/S0968-8080(05)26218-3.

Darroch J, Woog V, Bankola A, Ashford L (2016). Adding it up: Costs and benefits of Meeting the contraceptive needs of adolescents. New York: Guttmacher Institute.

Ganatra B, Gerds C, Rossier C, Johnson Jr, BR, Tunçalp Ö, Assifi A, Sedgh G, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Berak J, Kang Z Alkema L (2017). Global, regional and sub-regional classification of abortion by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model. Lancet 390:2372-81. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28964589/>.

- Gerdtz C, Dobkin L, Foster DG and Schwarz EB. (2016). Side effects, physical health consequences, and mortality associated with abortion and birth after an unwanted pregnancy. *Women's Health Issues*. 26(1): 55-59.).
- Guttmacher Institute (2018). Abortion in Asia. Fact sheet. New York. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/fact-sheet/ib_awn- asia.pdf.
- Guttmacher Institute (2016). Adolescents' need for and use of abortion in developing countries. Fact sheet. New York. <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/adolescents-need-and-use-abortion-services- developing-countries>.
- Kriel, Y., Milford, C., Cordero, J. et al. Male partner influence on family planning and contraceptive use: perspectives from community members and healthcare providers in KwaZulu-Natal, South Africa. *Reprod Health* 16, 89 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12978-019- 0749-y>.
- Martsen C and Cleland J. Relationships between contraception and abortion. A review of the evidence. *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29(1):6-13).
- Organization of African Unity (2003). Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa, 2nd Ordinary Sess., Assembly of the Union, adopted July 11, 2003 [Maputo Protocol on the Rights of Women in Africa], Article 14, 2(c).
- Pizzarossa LB (2018) . Peer-Reviewing Abortion Laws: Lessons from the Universal Periodic Review. *ESR REVIEW #03 | Vol. 19*.
- Planned Parenthood Federation of America (2014). The emotional effects of induced abortion. https://www.plannedparenthood.org/files/8413/9611/5708/Abortion_Emotional_Effects.pdf.
- Ravindran TKS, Balasubramanian P. "Yes" to abortion but "no" to sexual rights: the paradoxical reality of married women in rural Tamil Nadu, India. *Reprod Health Matters*. 2004 May;12(23):88-99. doi: 10.1016/ s0968-8080(04)23133-0. PMID: 15242214.
- Raymond EG, Grossman D, Weaver M, Toti S and Winikoff B. (2014). Mortality of induced abortion, other outpatient surgical procedures and common activities in the United States. *Contraception* 90(5): 476- 479.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2011).The care of women requesting induced abortion. London. https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/abortion-guideline_web_1.pdf.
- Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, Gülmezoglu AM, Temmerman M, Alkema L (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. Jun; 2(6):e323-33.
- Sedgh G, Hussain R (2014). Reasons for Contraceptive Nonuse among Women Having Unmet Need for Contraception in Developing Countries. *Studies in Family Planning*. 45(2):151-69. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1728-4465.2014.00382.x>.
- Singh S, Remez L, Sedgh G, Kwok L and Onda T (2019). Abortion worldwide 2017. Uneven progress and unequal access. New York, Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/report/abortion- worldwide-2017>.
- Sowmini CV (2013). Delay in termination of pregnancy among unmarried adolescents and young women attending a tertiary hospital abortion clinic in Trivandrum, Kerala, India, *Reproductive Health Matters*, 21:41, 243-250, DOI: 10.1016/S0968-8080(13)41700-7.
- Stevens A (2018), Pushing a Right to Abortion through the Back Door: The Need for Integrity in the U.N. Treaty Monitoring System, and Perhaps a Treaty Amendment, 6 *Penn State Journal of Law and International Affairs*: 71. Available at: <https://elibrary.law.psu.edu/jlia/vol6/iss1/6>.
- Subhasri B and Ravindran TKS (2012). Medical abortion: Understanding perspectives of rural and marginalized women from rural South India. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 118, S33-S39 (Supp. 1).
- Ujah I, Aisien O, Mutahir J, Vanderjagt D, Glew R, Uguru V. (2005). Maternal mortality among adolescent women in Jos, North-Central, Nigeria. *Journal of Obstetrics & Gynecology*, 25(1), p3-6. 2005;25(1):3-6.
- United Nations (2011). Interim report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and Mental health, transmitted by Note of the Secretary-General. New York. UN Doc. A/66/254 (2011), para. 65(h), (i). <https://undocs.org/A/66/254>.
- United Nations (1995a). Programme of Action of the ICPD, Cairo, Egypt, 5-13 September 1994, para 7.2 and para 8.25, UN Doc.A/CONF.171/13/ Rev.1.
- United Nations (1995b).The Beijing Declaration and The Platform for Action. Fourth World Conference on Women, Beijing, China, 4-15 September 1995, para 106K, UN Doc. A/CONF.177/20.

United Nations (1989). General Assembly, Convention on the Rights of the Child, 20 November 1989, United Nations, Treaty Series, vol. 1577, p. 3, available at: <https://www.refworld.org/docid/3ae6b38fo.html> [accessed 6 September 2020].

United Nations (1948). General Assembly. Universal Declaration of Human Rights, 10 December 1948, 217 A (III), available at: <https://www.refworld.org/docid/3ae6b3712c.html> [accessed 6 September 2020]

UN Committee Against Torture (CAT) (2011). Concluding Observations: Paraguay, para. 22, U.N. Doc. CAT/C/PRY/CO/4-6 (2011). <https://atlas-of-torture.org/en/document/wgc9np-wq5oqbwn0115ib206r?page=1>.

UN Committee Against Torture (CAT) (2009). Concluding Observations: Nicaragua, para 16. U.N. Doc. CAT/C/NIC/CO/1 (2009). https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT/C/NIC/CO/1&Lang=En.

UN Committee Against Torture (CAT) (2009). Concluding Observations: El Salvador, para 23. U.N. Doc. CAT/C/SLV/CO/2 (2009).

https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT/C/SLV/CO/2&Lang=En.

UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW Committee) (1999). CEDAW General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (Women and Health), A/54/38/Rev.1, chap. I, available at: <https://www.refworld.org/docid/453882a73.html> [accessed 30 August 2020], supra note 10, paras. 11 and 14.

UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW Committee) (1999). Concluding Observations: Colombia. UN Committee on the Rights of the Child (CRC) (2016). General comment No. 20 (2016) on the implementation of the rights of the child during adolescence. <https://uniteforreproprights.org/wp-content/uploads/2018/01/G1640444-3.pdf>. (Paragraph 60).

UN Committee on the Rights of the Child (CRC) (2013). General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24), 17 April 2013, CRC/C/GC/15, available at: <https://www.refworld.org/docid/51ef9e134.html> [accessed 30 August 2020] Paragraph 70.

UN Committee on Economic, Social, and Cultural Rights (CESCR) (2016b). General Comment No. 22 on the Right to Sexual and Reproductive health (Art. 12 of the ICESCR), U.N. Doc. E/C.12/GC/22 (Mar. 4, 2016), <https://www.escr-net.org/resources/general-comment-no-22-2016-right-sexual-and-reproductive-health>. Para 60 & Para 14.

UN Committee on Economic, Social, and Cultural Rights (CESCR) (2015). Concluding Observations: Chile, paras. 29, 29(a), U.N. Doc. E/C.12/CHL/CO/4. <https://www.gi-escr.org/concluding-observations-private-education/chile-cescr-concluding-observations-ec12chlco4-para-30-19-june-2015>.

UN Committee on Civil and Political Rights (CCPR),(2018). General comment No. 36 (2018) on article 6 of the International Covenant on Civil and Political Rights, on the right to life. Paragraph 8. https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/1_Global/CCPR_GC_36_8785_E.pdf.

UN Human Rights Council (2018). Report of the Working Group on the issue of discrimination against women in law and in practice. Geneva. https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WG/A_HRC_38_46_EN.pdf.

UN Office of the High Commissioner for Human Rights (2020). Abortion. Information series on sexual and reproductive rights, Geneva. https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Abortion_WEB.pdf.

UN Office of the High Commissioner for Human Rights (2017). International Safe Abortion Day – Thursday 28 September 2017. Safe abortions for all women who need them – not just the rich, say UN experts. 27 September. <https://ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22167&LangID=E>.

UN Office of the High Commissioner for Human Rights (2018). Joint Statement by CEDAW and CRPD Committees, 'Guaranteeing sexual and reproductive health and rights for all women, in particular women with disabilities', 29 August 2018, www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDStateMENTS.aspx.

Watter WW. Mental health consequences of abortion and refused abortion. Canadian Journal of Psychiatry. 1980 Feb;25(1):68-73. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6989474/>. World Health Organization (2019). Preventing unsafe abortion. Fact sheet. Geneva. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>.

World Health Organization (2017). Leading the realization of human rights to health and through health: report of the High-Level Working Group on the Health and Human Rights of Women, Children and Adolescents. Geneva: WHO. Annex b. Human rights-related actions under Page 58. <https://www.who.int/life-course/publications/hhr-of-women-children-adolescents-report/en/>.

Zorzi K (2016), The Impact of the United Nations on National Abortion Laws, 65 Cath. U. L. Rev. 409 (2016). Available at: <https://scholarship.law.edu/lawreview/vol65/iss2/122>.

CHAPITRE 2:

Barot, S., 2018. The roadmap to safe abortion worldwide: Lessons from new global trends on incidence, legality and safety. Guttmacher Policy Review, 21, pp.17-22.

Barua, A. and Apte, H., 2007. Quality of abortion care: perspectives of clients and providers in Jharkhand. Economic and Political Weekly, pp.71-80.

Ganatra, B., Gerdt, C., Rossier, C., Johnson Jr, B. R., Tunçalp, Ö., Assifi, A., Sedgh, G., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Bearak, J., Kang, Z., & Alkema, L. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-2013;14: estimates from a Bayesian hierarchical model. The Lancet, 390(10110), 2372-2381. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4).

Ipas. (2020). Clinical Updates in Reproductive Health. L. Castleman & N. Kapp (Eds.). Chapel Hill, NC: Ipas.

Ngo TD et al. Comparative effectiveness, safety and acceptability of Medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. Geneva, World Health Organization, 2011 (Report no. 89).

Slade P et al. A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1998, 105:1288-1295.

UK Medicines Information. Can mothers breastfeed after a medical termination of pregnancy? 15th October 2020. <https://www.sps.nhs.uk/articles/can-mothers-breastfeed-after-a-medical-termination-of-pregnancy/>.

World Health Organization, 2012. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. World Health Organization.

World Health Organization, 2014. Clinical practice handbook for safe abortion. World Health Organization.

World Health Organization, 2019. Medical Management of abortion. World Health Organization.

World Health Organization, 2019. WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights. World Health Organization.

World Health Organization Model List of Essential Medicines, 21st List, 2019. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

CHAPITRE 3:

Autorino T, Mattioli F, Mencarini L (2020). The impact of gynecologists' conscientious objection on abortion access. Social Science Research 87. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2020.102403>.

Baglini A (2014). Gestational Limits on Abortion in the United States Compared to International Norms. Virginia (USA), Charlotte Lozier Institute. <https://lozierinstitute.org/internationalabortionnorms/> (Accessed 6 October 2020).

Barnard S, Kim C, Park MH, Ngo TD. Doctors or mid-level providers for abortion (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 7. Art. No.: CD011242. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011242.pub2/full>.

Barot S (2012). A problem and solution mismatch: son preference and sex-selective abortion bans. Guttmacher Policy Review. 15(2): 18-22.

Barry ME (2018). Abortion over 20 weeks' gestation. Frequently asked questions. Washington D.C., Congressional Research Service (CRS), April 30, 2018. <https://www.everycrsreport.com/reports/R45161.html> (Accessed June 4, 2020).

Baynes C, Yegon E, Lusiola G, Kahando R, Ngadaya, E, & Kahwa, J. (2019). Women's Satisfaction With and Perceptions of the Quality of Postabortion Care at Public-Sector Facilities in Mainland Tanzania and in Zanzibar. Global health, science and practice, 7(Suppl 2), S299-S314. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-19-00026>.

Berer M (2020). Telemedicine and self-managed abortion: a discussion paper. <https://www.safeabortionwomensright.org/news/telemedicine-and-self-managed-abortion-a-discussion-paper/>.

Berer M (2017). Abortion law and policy around the world: In search of decriminalization. Health and Human Rights 19(1): 13-27.

- Center for Reproductive Rights (2020a). Law and policy guide: criminality. <https://reproductiverights.org/law-and-policy-guide-criminality>.
- Center for Reproductive Rights (2020b). Law and policy guide: third-party authorization. New York, CRR. <https://reproductiverights.org/law-and-policy-guide-third-party-authorization>. (Accessed 2 June 2020).
- Center for Reproductive Rights (2020c). Law and policy guide: conscientious objection. New York, CRR. <https://reproductiverights.org/law-and-policy-guide-conscientious-objection>. (Accessed 2 June 2020).
- Center for Reproductive Rights (2019a). By the Numbers - the legal status of abortion worldwide. <https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/World-Abortion-Map-ByTheNumbers.pdf>. (Accessed 2 June 2020).
- Center for Reproductive Rights (CRR) (2019b). Accelerating progress: liberalization of abortion laws since ICPD. <https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/World-Abortion-Map-AcceleratingProgress.pdf>. (Accessed 2 June 2020).
- Center for Reproductive Rights (2015). Mandatory waiting periods and biased abortion counseling in Central and Eastern Europe: Restricting access to abortion, undermining human rights, and reinforcing harmful gender stereotypes. https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/CRR_Fact%20Sheet_Abortion_MWP%20and%20Biased%20Counseling_CEE_Final_o.pdf.
- Curtis C (2007). Meeting Health Care Needs of Women Experiencing Complications of Miscarriage and Unsafe Abortion: USAID's Postabortion Care Program. *Journal of Midwifery & women's health*, 52(4): 368-375. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.jmwh.2007.03.005>.
- Dixon-Mueller R. Innovations in reproductive health care: menstrual regulation policies and programs in Bangladesh. *Stud Fam Plann*. 1988 May-Jun;19(3):129-40. PMID: 3406963.
- "Dominican Republic delivers "huge blow" to women's right to life" Amnesty International. 18 September 2009. <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2009/09/republica-dominicana-golpe-tremendo-derecho-mujeres-vida-20090918/>. (Accessed 2 October 2020).
- Erdman JN (2012). Harm reduction, human rights, and access to information on safer abortion. Ethical and legal issues in reproductive health, 118 (1): 83-86. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.04.002>.
- European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) (2013). Legal capacity of persons with intellectual disabilities and persons with Mental health problems. Vienna, FRA.
- Fiala C, Arthur JH (2017). There is no defence for 'Conscientious objection' in reproductive health care. *European Journal of Gynecology and Reproductive Biology* 216: 254-258.
- Fiala C, Danielsson KG, Heikinheimo O, Guðmundsson JA, Arthur J (2016). Yes we can! Successful examples of disallowing 'conscientious objection' in reproductive health care, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21:3, 201-206, DOI: 10.3109/13625187.2016.1138458.
- Folter R. Why Uruguay is one of the only Latin American countries to legalize abortion. <https://www.womensmediacenter.com/fbomb/why-uruguay-is-one-of-the-only-latin-american-countries-to-legalize-abortion>. (Accessed on April 24, 2019).
- Gatter M, Kimport K, Foster DG, Weitz TA, Upadhyay UD. Relationship between ultrasound viewing and proceeding to abortion. *Obstet Gynecol*. 2014; 123(1):81-7. Epub 2014/01/28. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24463667/>.
- Global Abortion Policies Database (GAPD), 2020. <https://abortion-policies.srhr.org/>.
- González Vélez AC (2012) "The health exception": a means of expanding access to legal abortion, *Reproductive Health Matters*, 20:40, 22-29, DOI: 10.1016/S0968-8080(12)40668-1 Government of the People's Republic of Bangladesh. Directorate General of Family Planning: MCH Services Unit. Memorandum No.: DGFP/MCH- RH/pro-sha (admin) 23/05/108. 03 February 2015.
- Grossman D, Blanchard K, Blumenthal P (2008). Complications after Second Trimester Surgical and Medical Abortion," *Reproductive Health Matters*, 16: (31 Suppl):173-82. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(08\)31379-2](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(08)31379-2).
- Guttmacher Institute (2012). Menstrual regulation, unsafe abortion and maternal health in Bangladesh. In Brief No. 3. New York.
- Hunt P. Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Human Rights Commission. 60th Session. Theme 10 provisional programme. E/CN.4/2004/49. United Nations; 2004.

International Planned Parenthood Federation (2019). Policy Briefing: The impact of the global gag rule. London, IPPF.

International Women's Health Coalition (2019). Crisis in care: year two impact of Trump's global gag rule. NY, IWHC. <https://iwhc.org/resources/crisis-care-year-two-impact-trumps-global-gag-rule/>. Accessed 17 October 2020.

Kaufman R.E. (2021). The U.S. Recommits to Sexual and Reproductive Health and Rights. American Constitution Society. Blog, 19 March. <https://www.acslaw.org/expertforum/the-u-s-recommits-to-sexual-and-reproductive-health-and-rights/>.

Keogh LA, Gillam L, Bismark M, McNamee K, Webster A, Bayly C, Newton D (2019). Conscientious objection to abortion, the law and its implementation in Victoria, Australia: perspectives of abortion service providers. *BMC Medical Ethics*, 20:11. <https://bmcomedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-019-0346-1>.

Kimport K, Upadhyay UD, Foster DG, Gatter M, Weitz TA. Patient viewing of the ultrasound image prior to abortion. *Contraception*. 2013; 88(5):666-70. Epub 2013/09/14. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2013.07.006>.

Klick J. Mandatory waiting periods for abortions and female mental health. *Health Matrix*. 2006;16(1):183-208.

Labandera A, Gorgoroso M, Briozzo L. Implementation of the risk and harm reduction strategy against unsafe abortion in Uruguay: From a university hospital to the entire country. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2016; 134:S7-S11.

Lavelanet AF, Johnson BR, Ganatra B (2020). Global Abortion Policies Database: A descriptive analysis of the regulatory and policy environment related to abortion. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 62 (2020) 25e35. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.06.002>.

Marie Stopes International (2018). A world without choice: the Global Gag Rule's impact in Madagascar, 2018. Washington, DC. Marie Stopes US. https://www.mariestopes-us.org/wp-content/uploads/2018/01/MSI_Madagascar_GGR-Fact-Sheet-Jan-2018.pdf.

Marie Stopes International (2004). Late abortion: a research study of woMen undergoing abortion between 19 and 24 weeks' gestation. London, MSI. <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/247.pdf>. (Accessed 10 October 2020).

McCarthy, Angie. "State Obligations to Protect the Lives and Health of Women after Abortion or Miscarriage." *Human Rights Brief* 21, no. 2 (2014): 16-21. <https://digitalcommons.wcl.american.edu/hrbrief/vol21/iss2/3/>.

Millar E (2019). Here's why there should be no gestational limit for abortion. *The Conversation*, August 12, 2019. <https://theconversation.com/heres-why-there-should-be-no-gestational-limits-for-abortion-121500>. (Accessed 17 October 2020).

Moroccan Family Planning Association and Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women. Religious fundamentalism and access to safe abortion services in Morocco. Rabat and Kuala Lumpur: Moroccan Family Planning Association and Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women; 2016.

Nadimpalli S., Venktachalam D., Banerjee S. "India's abortion wars" *Deccan Chronicle*. 2017 Apr 16; <https://www.deccan-chronicle.com/opinion/op-ed/160417/indias-abortion-wars.html>.

National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, The Safety and Quality of Abortion Care in the United States, Washington, DC: National Academies Press, 2018.

Nicaragua votes to ban abortions." (26 October 2006). *BBC News*. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/americas/6089718.stm>. Accessed October 2, 2020.

Rasch V (2011). Unsafe abortion and postabortion care - an overview. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 90(7). <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01165.x>

Ravindran TKS (2019). Victims twice over: pregnancy due to sexual abuse and forced Motherhood due to failed justice. India, CommonHealth, November 21, 2019. <https://safeabortion889409100.wordpress.com/2019/11/21/victims-twice-over-pregnancy-due-to-sexual-abuse-and-forced-motherhood-due-to-failed-justice/>.

Rocca CH, Samari G, Foster DG, et al (2020). Emotions and decision rightness over five years following an abortion: an examination of decision difficulty and abortion. *Social Science and Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112704>.

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (2020). Abortion and the mature minor. *Bioethics cases. Reproductive Health*. Section 4.2.2. <http://www.royalcollege.ca/rcsite/bioethics/cases/abortion-mature-minor-e>.

Rowlands S and Thomas K. Mandatory waiting periods before abortion and sterilization: Theory and Practice. *International Journal of Women's Health* 2020;12 577-586.

Sheldon S. (2015) The decriminalisation of abortion: an argument for modernisation. *Oxford Journal of Legal Studies*. June: 1-32. <https://doi.org/10.1093/ojls/gqvo26>.

Singh S, Hussain R, Shekhar C, Acharya R, Moore AM, Stillman M, Frost JF, Sahoo H, Alagarajan M, Sundaram A, Kalyanwala S and Ball H (2018). Abortion and Unintended Pregnancy in Six Indian States: Findings and Implications for Policies and Programs. New York, Guttmacher Institute.

Skuster P (2013). Young women and abortion: avoiding legal and policy barriers. Chapel Hill, Ipas.

Sultana N (2020). Task-sharing in menstrual regulation services: Implementation efforts and lessons learned in Bangladesh. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Vol 150, S1:4-8.

Upadhyay UD, Kimport K, Belusa EKO, Johns NE, Laube DW, Roberts SCM (2017) Evaluating the impact of a mandatory pre-abortion ultrasound viewing law: A mixed methods study. *PLoS ONE* 12(7): e0178871. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178871>.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2014). Abortion Policies and Reproductive Health around the World (United Nations publication, Sales No. E.14.XIII.11). <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/AbortionPoliciesReproductiveHealth.pdf>.

UN Committee Against Torture (CAT) (2011). Concluding Observations: Paraguay, para. 22, U.N. Doc. CAT/C/PRY/CO/4-6 (2011). <https://atlas-of-torture.org/en/document/wgc9np-wq5oqbwn0115ib206r?pa=ge=1>.

UN Committee on Civil and Political Rights (CCPR) (2005). K.L. v. Peru, Human Rights Committee, Communication No. 1153/2003, U.N. Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003. <https://undocs.org/C-CPR/C/85/D/1153/2003>.

UN Committee on Civil and Political Rights (CCPR) (2014a). Human Rights Committee, Concluding Observations: Ireland, para. 9, U.N. Doc. CCPR/C/IRL/CO/4. <https://undocs.org/C-CPR/C/IRL/CO/4>.

UN Committee on Civil and Political Rights (CCPR) (2014b). Human Rights Committee, Concluding Observations: Sierra Leone, para. 14, U.N. Doc. CCPR/C/SLE/CO/1. <https://undocs.org/CCPR/C/SLE/CO/1>.

UN Committee on Civil and Political Rights (CCPR) (2012). Human Rights Committee, Concluding Observations: Guatemala, para. 20, U.N. Doc. CCPR/C/GTM/CO/3. <https://undocs.org/CCPR/C/GTM/CO/3>.

UN Committee on the Rights of the Child (CRC) (2011). Concluding Observations: Costa Rica, para. 64, U.N. Doc. CRC/C/CRI/CO/4. <https://undocs.org/CRC/C/CRI/CO/4>.

UN Committee on the Rights of the Child (CRC) (2007). Concluding Observations: Chile, para. 56, U.N. Doc. CRC/CHL/CO/3. <https://undocs.org/CRC/CHL/CO/3>.

UN Committee on the Rights of the Child (CRC) (1999). Concluding Observations: Chad, para. 30, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.107. <https://undocs.org/CRC/C/15/Add.107>.

UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW Committee) (2011). L.C. v. Peru, Communication No. 22/2009, para. 12, U.N. Doc. CEDAW/C/50/D/22/2009. <https://undocs.org/CEDAW/C/50/D/22/2009>.

UN Committee on Economic, Social, and Cultural Rights (CESCR) (2010). Concluding Observations: Dominican Republic, para. 29, U.N. Doc. E/C.12/DOM/CO/3. <https://undocs.org/E/C.12/DOM/CO/3>.

UN Committee on Economic, Social, and Cultural Rights (CESCR) (2004). Concluding Observations: Chile, para. 53, U.N. Doc. E/C.12/1/Add.105. <https://undocs.org/E/C.12/1/Add.105>.

UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2000). General comment No. 14. The right to the highest attainable standard of health. Art. 12. 22nd Session. E/C.12/2000/4. United Nations; 2000.

UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD Committee) (2014). Gen. Comment No. 1: Article 12: Equal recognition before the law, (11th session, 2014), para. 26, U.N. Doc. CRPD/C/GC/1.

Westeson J (2012). IntLawGrrls: Rights-based approach to sex-selection. Geneva, Center for Reproductive Rights (Europe). Women on Waves. Bangladesh Abortion Law [website] (2020). <https://www.womenonwaves.org/en/page/4866/bangladesh-abortion-law>. Accessed September 28.

Wood S, Abracinskas L, Correa S and Pecheny M. Reform of abortion law in Uruguay: context, process and lessons learned. *Reproductive Health Matters*, 2016; 24:48, 102-110, <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.11.006>.

World Health Organization (2020). Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context interim guidance, 1 June 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332240>.

World Health Organization (2011). Preventing gender-biased sex-selection. An interagency statement OHCHR, UNFPA, UNICEF, UN Women and WHO. Geneva, WHO.

World Health Organization (1946). Constitution, adopted during the International Health Conference. New York.

World Health Organization (2002). World Health Report: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, WHO.

CHAPITRE 4:

Banisar D and Davies S, (1999). Global Trends in Privacy Protection: An International Survey of Privacy, Data Protection, and Surveillance Laws and Developments. The John Marshall Journal of Information Technology and Privacy Law, 18(1). <https://repository.jmls.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1174&context=jitpl/>.

Barnard S, Kim C, Park MH, Ngo TD. Doctors or mid-level providers for abortion (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 7. Art. No.: CD011242. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011242.pub2>.

Barua, A. and Apte, H., 2007. Quality of abortion care: perspectives of clients and providers in Jharkhand. Economic and Political Weekly, pp.71-80.

Cohen J and Ezer T (2013). Human rights in patient care: a theoretical and practical framework. Health and Human Rights, 15(2).

CRPD, Art 1.

de Bruyn, M., 2012. HIV, unwanted pregnancy and abortion—where is the human rights approach? Reproductive Health Matters, 20(39), pp.70- 79.

Dennis, A., Henshaw, S.K., Joyce, T.J., Finer, L.B. and Blanchard, K., 2009. The impact of laws requiring parental involvement for abortion: a literature review. New York: Guttmacher Institute. Department of Health and Social Care, Government of UK, 2020. Temporary approval of home use for both stages of early medical abortion.

Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/temporary-approval-of-home-use-for-both-stages-of-early-medical-abortion--2/>.

Dhillon, J. (2014). Protecting women's access to safe abortion care: A guide to understanding the human rights to privacy and confidentiality: Helping advocates navigate 'duty to report' requirements. Chapel Hill, NC: Ipas.

Donovan, M., 2019. Improving access to abortion via telehealth. Guttmacher Policy Rev, 22, pp.23-28.

Duggal, R., 2004. The political economy of abortion in India: cost and expenditure patterns. Reproductive Health Matters, 12(sup24), pp.130- 137.

Espinoza, C., Samandari, G. and Andersen, K., 2020. Abortion knowledge, attitudes and experiences among adolescent girls: a

review of the literature. Sexual and Reproductive Health Matters, 28(1), p.1744225. Goetz A, Jenkins R. Reinventing accountability: Making democracy work for human development. Hampshire, Palgrave Macmillan, 2005:8.

Guareschi, Pedrinho; Jovchelovitch, Sandra (2004). Participation, health and the development of community resources in southern Brazil [online]. London: LSE Research Online. <http://eprints.lse.ac.uk/2629/>.

Henshaw, S.K., Joyce, T.J., Dennis, A., Finer, L.B. and Blanchard, K., 2009. Restrictions on Medicaid funding for abortions: A literature review. Guttmacher Institute.

Human Rights Committee. (2000). General Comment No. 28: The equality of rights between men and women. CCPR/C/21/Rev.1/Add.10.

Independent Accountability Panel, '2016: Old Challenges, new Hopes: Accountability for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health' available at http://iapreport.org/downloads/IAP_Report_September2016.pdf.

Inter Agency Working Group. Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings. <https://iawg.net/resources/misp-reference>.

International Planned Parenthood Federation South Asia Region. Safe abortion services amid COVID19 - Agile, adaptive & innovative response from South Asia. May 2020. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/SARO%20COVID19%20Update%203%20%28Safe%20Abortion%29.pdf>.

Lowik AJ. Trans-inclusive abortion services: A manual for providers on operationalising trans-inclusive policies and practices in an abortion setting. 2017.

Meler BM, Pardue C, London L. Implementing community participation through legislative reform: a study of the policy framework for community participation in the Western Cape province of South Africa. BMC International Health and Human Rights 2012, 12:15. <http://www.biomedcentral.com/1472-698X/12/15>.

Mendelson D, Rees and Wolf G (2018). Medical Confidentiality and Patient Privacy Chapter 9 in B White, F McDonald & L Willmott (Eds), Health Law in Australia, 3rd Edition, (2018 Thomson Reuters). <https://ssrn.com/abstract=3173601/>.

Moseson, H., Herold, S., Filippa, S., Barr-Walker, J., Baum, S.E. and Gerds, C., 2020. Self-managed abortion: a systematic scoping review. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 63, pp.87-110.

Murthy R. Presentation on Accountability mechanisms – SRH services in the context of UHC and inequalities. In: Technical consultative meeting on guidance for integrating sexual and reproductive health and rights (SRHR) within national UHC plans, Geneva, 15-16 May 2019. Geneva, World Health Organization, 2019.

Nidadavolu, V. and Bracken, H., 2006. Abortion and sex determination: conflicting messages in information materials in a District of Rajasthan, India. *Reproductive Health Matters*, 14(27), pp.160-171.

Orner, P.J., de Bruyn, M., Barbosa, R.M., Boonstra, H., Gatsi-Mallet, J. and Cooper, D.D., 2011. Access to safe abortion: building choices for women living with HIV and AIDS. *Journal of the International AIDS Society*, 14(1), p.54.

Radhakrishnan, A., Sarver, E. and Shubin, G., 2017. Protecting safe abortion in humanitarian settings: overcoming legal and policy barriers.

Reproductive health Matters, 25(51), pp.40-47.

Ramaswamy, A., Weigel, G., Sobel, L., Salganicoff, A., 2020. Medication Abortion and Telemedicine: Innovations and Barriers during the COVID-19 Emergency. Kaiser Family Foundation. Available from: <https://www.kff.org/policy-watch/medication-abortion-telemedicine-innovations-and-barriers-during-the-covid-19-emergency/>.

Ravindran TKS (2016). An advocates' guide: integrating human rights in universal access to contraception. Kuala Lumpur, Asian and Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW). Singh, S., Shekhar, C., Acharya, R., Moore, A.M., Stillman, M., Pradhan, M.R., Frost, J.J., Sahoo, H., Alagarajan, M., Hussain, R. and Sundaram, A., 2018. The incidence of abortion and unintended pregnancy in India, 2015. *The Lancet Global Health*, 6(1), pp.e111-e120.

Subhasri B and Ravindran TKS (2012). Medical abortion: Understanding perspectives of rural and marginalised women from rural South India. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 118, S33-S39 (Supp. 1).

Tunçalp, Ö., Were, W.M., MacLennan, C., Oladapo, O.T., Gülmezoglu, A.M., Bahl, R., Daelmans, B., Mathai, M., Say, L., Kristensen, F. and Temmerman, M., 2015. Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision. *Bjog*, 122(8), p.1045.

United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights (2000). CESCR General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (Art. 12). Adopted at the twenty-second session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, on 11 August 2000, <https://www.ref-world.org/pdfid/4538838do.pdf>.

United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights (2008). *Claiming the Millennium Development Goals: A Human Rights Approach*. Geneva, UNOHCHR, p.15.

United Nations Population Fund and Harvard School of Public Health (2010). *A Human Rights-Based Approach to programming*. New York, UNFPA. P. 71-72.

Umuhoza C, Oosters B, van Reeuwijk M, Vanwesenbeeck I. Advocating for safe abortion in Rwanda: how young people and the personal stories of young women in prison brought about change. *Reproductive Health Matters*, 2013, 21:49-56.

Van Belle S, Boydell V, George AS, Brinkerhof DW, Khosla R. Broadening understanding of accountability ecosystems in sexual and reproductive health and rights: A systematic review. *PLoS One*, 2018, 13:e0196788. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196788/>.

World Health Organization, 2009. Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities: WHO/UNFPA guidance note.

World Health Organization, 2012. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. World Health Organization. World Health Organization, 2014. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement (No. WHO/RHR/14.23). World Health Organization.

World Health Organization, 2015. Health worker role in providing safe abortion care and post abortion contraception. World Health Organization.

World Health Organization (2017). Human Rights and Health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.

World Health Organization, 2019. WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights.

World Medical Association (2005). *Medical Ethics Manual*. Ch. 2: Physicians and Patients, p. 53. Ferney-Voltaire Cedex, France: WMA

ISBN 978-967-0339-52-8



9 789670 339528 >

ARROW est une ONG régionale de femmes à but non lucratif basée à Kuala Lumpur, en Malaisie, et dispose du statut consultatif auprès du Conseil Economique et Social de Nations Unies. Depuis sa création en 1993, il travaille à faire progresser la santé de femmes, les droits et la sexualité affirmative, et à autonomiser les femmes grâce à l'information et aux connaissances, l'engagement, le plaidoyer et la mobilisation.

ARROW envisage un monde égal, juste et équitable, où chaque femme jouit de tous ses droits sexuels et reproductifs. ARROW promeut et défend les droits et les besoins de femmes, en particulier dans les domaines de la santé et de la sexualité, et réaffirme leur capacité à revendiquer ces droits.

Le projet « Revendiquer le droit à un avortement sécurisé » espère réaliser les gains progressifs dans la mise en œuvre de la législation sur l'avortement sécurisé et l'accès aux services dans cinq pays d'Asie afin de permettre un meilleur accès aux services d'avortement sécurisé pour toutes les femmes de ces pays.

La Safe Abortion Advocacy Initiative - A Global South Engagement (SAIGE) est un réseau co-créé de défenseurs, d'activistes, d'universitaires et de prestataires de services du Sud engagés à accroître leur impact pour garantir un avortement sécurisé grâce à une approche à plusieurs volets : la génération de preuves, le plaidoyer fondé sur les preuves et les stratégies de responsabilisation pour influencer la mise en œuvre de lois et politiques sur l'avortement sécurisé à plusieurs niveaux nationaux dans la région.

Cela implique également un travail concerté autour du démantèlement d'obstacles à l'avortement sécurisé, y compris une sensibilisation accrue à l'avortement sécurisé parmi les femmes et les prestataires de services ; lutter contre la stigmatisation et le refus de soins fondés sur base de la religion et traiter la mauvaise qualité et la disponibilité des services.

Ce projet est soutenu et financé par Riksförbundet för Sexuell Upplysning (RFSU) – l'Association Suédoise pour l'Education Sexuelle.

Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women (ARROW)

1 & 2 Jalan Scott, Brickfields, Kuala Lumpur, Malaysia 50470

Téléphone: (603) 2273 9913/9914/9915

Fax: (603) 2273 9916

Email: arrow@arrow.org.my

Site Web: arrow.org.my

Facebook: facebook.com/ARROW.Women

Instagram: [arrow_women](https://www.instagram.com/arrow_women)

Twitter: [@ARROW_Women](https://twitter.com/ARROW_Women)

Youtube: youtube.com/user/ARROWWomen

LinkedIn: linkedin.com/company/arrowwomen

The Safe Abortion Advocacy Initiative A Global South Engagement (SAIGE)

<https://saige.arrowadvocacy.org/>

Riksförbundet för Sexuell Upplysning (RFSU) – l'Association Suédoise pour l'Education Sexuelle

<https://www.rfsu.se/>

