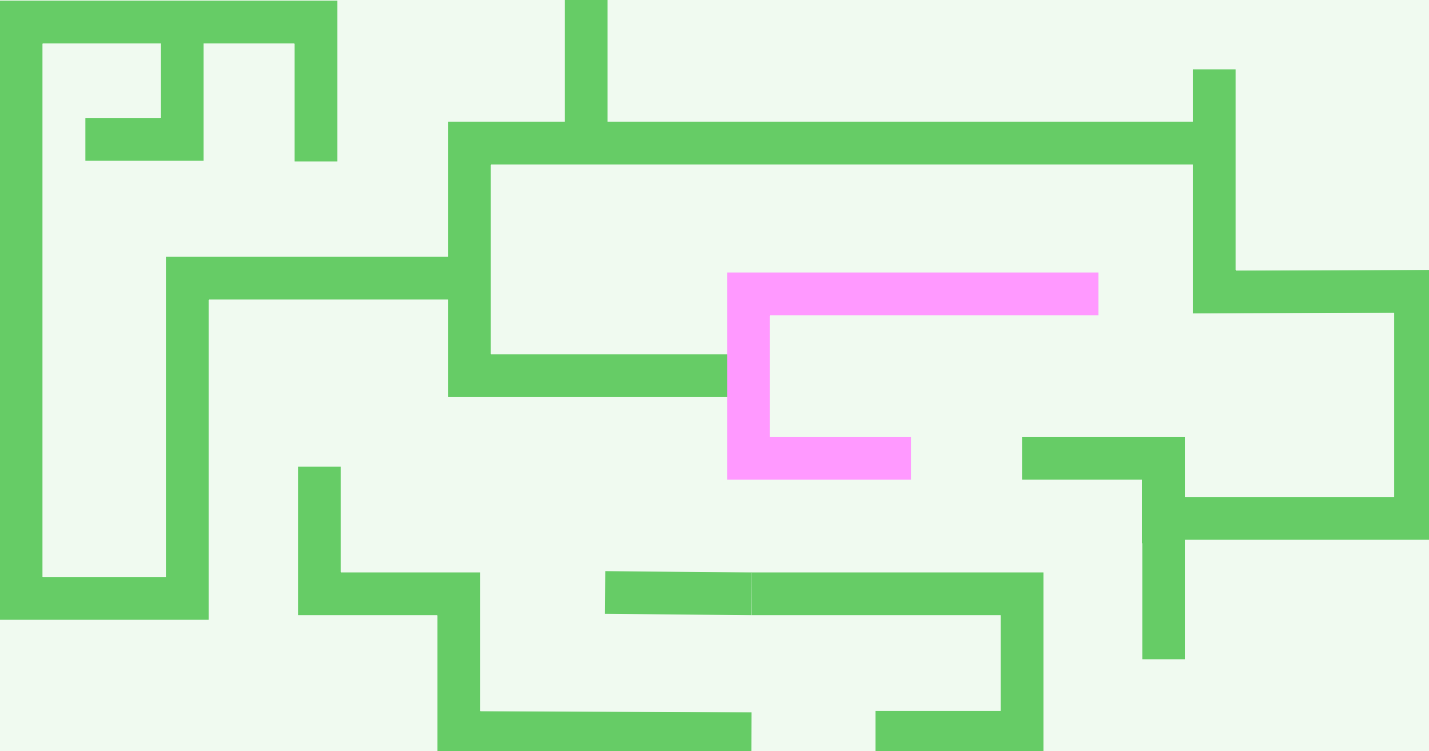




À L'INTÉRIEUR DU LABYRINTHE AUQUEL LES FEMMES SONT CONFRONTÉES : LA RÉALITÉ DES AVORTEMENTS NON SÉCURISÉS AU TOGO

Étude qualitative dans les régions
des Plateaux et du Grand Lomé



Autrices et auteurs

Ramatou Ouedraogo - Investigatrice Principale (APHRC)

Jonna Both - Co-Investigatrice Principale (Rutgers)

Fatou Bintou Mbow - Co-Investigatrice Principale (Population Council)

Bingo M'Bortche - Co-Investigateur Principal (ATBEF)

Cilor Ndong - Coordinatrice de recherche (Population Council)

Sitsopé Marie-Reine Toudeka - Consultante (APHRC)

Adjovi Holali Afanglo - Coordinatrice de recherche (APHRC)

Pyalo Amizou - Coordinatrice de recherche (Population Council)

Kossi Peace Alagno - Assistant de recherche (APHRC)

Masahalo Kobéyo Adjoli - Assistante de recherche (APHRC)

Adjowa Sagma B. Bakassibata - Assistante de recherche (APHRC)

Hypolite Venunye Nyakossi - Assistante de recherche (Population Council)

Hidaya Ouro Adoï - Assistante de recherche (Population Council)

Eunice Audrey Amoussou - Coordinatrice de recherche (APHRC)

Déo-Gracias Vanessa Dossi Sekpon - Coordinatrice de codage (APHRC)

Alina Meyer - Consultante (Indépendante)

Référence suggérée : À l'intérieur du labyrinthe auquel les femmes sont confrontées : la réalité des avortements non sécurisés au Togo. 2026. Rutgers, APHRC, ATBEF et Population Council.

Remerciements

L'équipe de recherche tient à exprimer sa sincère gratitude au ministère togolais de la Santé pour son appui à ce projet de recherche. Nous tenons également à remercier les autorités sanitaires ainsi que tous les prestataires de soins des régions du Grand Lomé et des Plateaux, dont le soutien a été essentiel à la mise en œuvre du travail de terrain et à la validation des résultats.

Nous sommes profondément reconnaissants aux participant·e·s à la recherche (en particulier les adolescentes et les femmes, leur partenaire et leurs proches), qui ont partagé avec nous leurs témoignages, leurs parcours et leurs expériences de recherche de soins d'avortement et de soins après-avortement. Leurs témoignages ont donné tout son sens et toute sa raison d'être à cette recherche.

Nous adressons également nos remerciements à l'ensemble des informatrices et informateurs clés, ainsi qu'à toutes les parties prenantes, pour leur disponibilité et leur générosité à participer aux entretiens ou à soutenir les activités de collecte de données. Nous tenons tout particulièrement à saluer les collègues de l'ATBEF et du Mouvement d'action des jeunes au Togo, ainsi que le comité consultatif jeune mis en place pour cette étude.

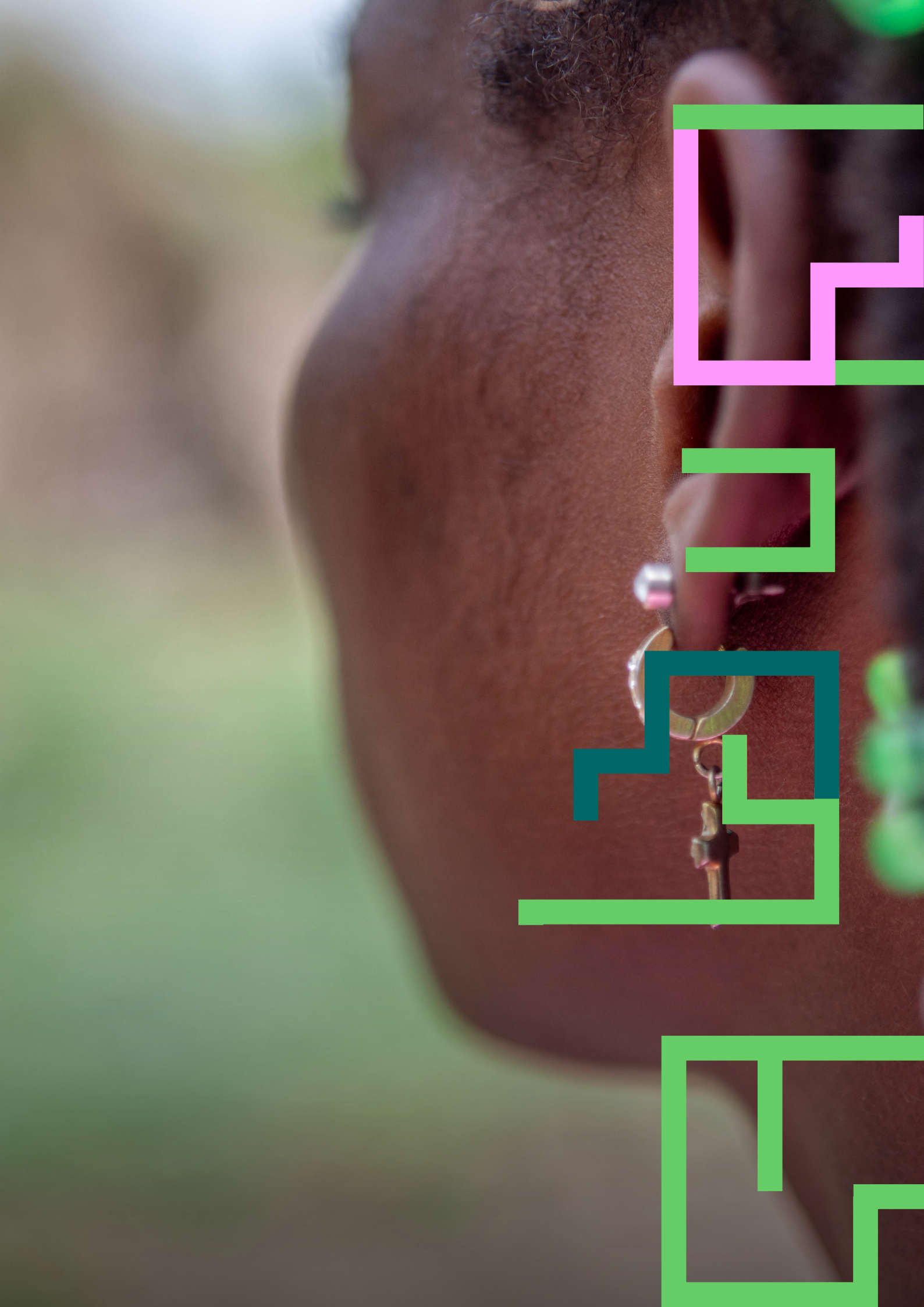
Le rapport repose sur des données recueillies par six chercheurs et chercheuses dédiées (la plupart de moins de 35 ans) et deux coordonnatrices, sur une période de sept mois. Ce travail de recherche n'aurait pas pu voir le jour sans leur engagement et leur persévérance.

Enfin, cette recherche n'a pu être menée à bien que grâce au soutien financier de la Loterie néerlandaise des codes postaux, par l'intermédiaire de Rutgers, et de la Fondation William et Flora Hewlett, par l'intermédiaire du Population Council.

Table des matières :

Remerciements	3
Résumé exécutif	7
– Documenter le vécu des adolescentes et des femmes	8
– Résultats clés	10
– Conclusion	12
– Recommandations	13
Introduction	14
– Contexte	16
– Approche méthodologique	18
Résultats de la recherche	20
– L’histoire d’Ingrid	21
– Des déterminants des grossesses non planifiées	22
– Point clés à retenir	22
– Le manque d’éducation à la sexualité	23
– La fragilité des liens familiaux	27
– La vulnérabilité économique et les relations transactionnelles	29
– Le lien entre fragilité mentale et vulnérabilité aux une grossesses non planifiées	31
– La non-utilisation de méthodes contraceptives (fiabes)	33
– Les grossesses non planifiées issues de violences sexuelles	36
– L’histoire d’Ama	38
– Le processus décisionnel en matière d’avortement	40
– Point clés à retenir :	40
– Découverte de la grossesse : émotions et recherche de soutien	41
– Les raisons qui ont motivé la décision de faire recours à l’avortement	43
– Les personnes impliquées dans le processus décisionnel	47
– L’histoire d’Ayoefa	49

– Les parcours d'avortement au Togo	50
– Point clés à retenir :	50
– L'accès à l'information	51
– Accès aux méthodes et aux soins d'avortement	55
– L'histoire d'Akouvi	60
– Les expériences et les pratiques en matière de soins post-avortement	61
– Point clés à retenir :	61
– Les complications liées à l'avortement et la recherche de soins après -avortement	62
– Les difficultés liées à l'accès et à l'offre des soins après-avortement et à la prestation de ces soins	65
– Perspectives des patientes et des prestataires sur la qualité des soins après-avortement	68
– Les coûts des soins après-avortement	76
Discussion	78
Conclusion	84
Recommandations	88
Bibliographie	103



Résumé exécutif

Cette étude qualitative, intitulée « À l'intérieur du labyrinthe auquel les femmes sont confrontées : la réalité des avortements non sécurisés au Togo » analyse les vécus d'adolescentes et de femmes confrontées à une grossesse non planifiée¹ qu'elles ne sont pas en mesure de mener à terme. S'appuyant sur des témoignages personnels d'avortement, le rapport met l'accent sur les voix des adolescentes et des femmes. Il met en lumière le labyrinthe complexe de la stigmatisation, de la honte, du silence, des risques et des restrictions légales auxquels elles sont confrontées, ainsi que l'influence de ces forces sur leurs décisions et leurs expériences. Ce faisant, le rapport révèle comment les lois, la pression sociale et les inégalités en matière de santé limitent l'accès à l'avortement sécurisé et aux soins après-avortement. Les adolescentes et les femmes sont les premières à en subir les conséquences sur leur bien-être, leur santé et leur vie.

Au Togo, malgré les efforts du gouvernement, les grossesses non planifiées constituent un enjeu majeur de santé publique touchant à la fois les adolescentes et les femmes, et entraînant souvent un avortement. L'avortement légal y est strictement encadré². Pourtant, selon l'Institut Guttmacher, on estime à 60 300 le nombre d'avortements pratiqués chaque année entre 2015 et 2019, dont la majorité étaient pratiqués dans des conditions non sécurisés³. Malgré l'ampleur du phénomène, on sait très peu sur le vécu des adolescentes et des femmes et leur accès aux soins.

Les résultats de la recherche montrent que, dans un contexte où l'accès à un avortement légal et sécurisé est quasi inexistant, les adolescentes et les femmes sont contraintes de prendre de grands risques, ce qui entraîne un nombre important de complications graves et de décès. Cette étude fournit des données cruciales qui sont nécessaires de toute urgence pour trouver des solutions aux avortements non sécurisés et à leurs conséquences néfastes pour les femmes et les filles.

1 Dans cette étude, le terme « grossesses non planifiées » renvoie aux grossesses non intentionnelles, alors que l'expression « grossesses non désirées » est utilisée une fois que la décision d'avortement a été prise.

2 Au Togo, l'avortement n'est autorisé que dans trois circonstances spécifiques : lorsque la poursuite de la grossesse met en danger la vie ou la santé de la mère, lorsqu'il existe un risque élevé de malformation fœtale, ou lorsque la grossesse résulte d'un viol ou d'un inceste.

3 [Togo | Guttmacher Institute](#)

Documenter le vécu des adolescentes et des femmes

La présente étude ethnographique a été réalisée par l'APHRC, Rutgers, Population Council et l'ATBEF. Elle s'inscrit dans le cadre de deux programmes : « Sa Santé, Ses Choix », déployé en Afrique de l'Ouest et du Centre dans le but de réduire la mortalité et la morbidité maternelles liées aux avortements non sécurisés et « Expanding access to quality sexual and reproductive health services in Francophone West Africa »⁴

L'étude a été conduite au Togo dans les régions du Grand Lomé et des Plateaux, choisies pour leurs taux élevés de grossesses non planifiées et d'avortements. Elle s'appuie sur des observations dans 12 établissements de santé et leurs communautés environnantes, ainsi que sur des entretiens approfondis répétés avec 22 adolescentes (âgées de 15 à 19 ans) et 39 femmes (soit 61 participantes au total) qui ont eu recours à un avortement. En outre, des entretiens et des discussions de groupe ont été organisés avec un large éventail de parties prenantes. La collecte des données a été assurée principalement par de jeunes chercheurs qui ont passé sept mois sur le terrain dans les régions étudiées. Cette immersion leur a permis de gagner la confiance de leurs interlocuteurs, essentielle à ce travail de recherche sensible.



4 Financé respectivement par la Loterie néerlandaise des codes postaux, par l'intermédiaire de Rutgers, et par la Fondation William et Flora Hewlett, par l'intermédiaire du Population Council.



Au Togo,

les grossesses non planifiées constituent un enjeu majeur de santé publique, souvent suivies d'un **avortement non sécurisé.**

Cette étude fournit des données cruciales qui sont nécessaires de toute urgence pour trouver des solutions aux avortements non sécurisés et à leurs conséquences néfastes pour les femmes et les filles.

Résultats clés

Les résultats de l'étude montrent l'enchevêtrement de facteurs qui influent sur le risque d'une grossesse non planifiée chez les adolescentes et les femmes. Ils soulignent également la complexité des processus décisionnels autour de l'avortement, ainsi que les difficultés d'accès à un avortement sécurisé et à des soins après-avortement.

Facteurs influençant le risque de grossesse non planifiée

Les entretiens réalisés auprès des adolescentes, des femmes et des principales parties prenantes ont révélé une série de facteurs interconnectés qui aggravent le risque d'une grossesse non planifiée :

1. **L'inadéquation de l'éducation sexuelle**, attribuable aux tabous autour de la sexualité, ainsi qu'à la mésinformation sur la fertilité et la contraception.
2. **La fragilité du soutien familial**, qui résulte souvent de la perte ou de la séparation des parents, ou d'un placement en famille d'accueil.
3. **La vulnérabilité économique**, qui expose à des relations sexuelles inégales ou transactionnelles.
4. **Le faible recours à des méthodes contraceptives fiables**, dû à la crainte de leurs effets secondaires, à la stigmatisation et au manque de soutien de la part du partenaire, de la famille et des prestataires de santé.
5. **Des problèmes de santé mentale et des besoins émotionnels non satisfaits**, liés aux insécurités sociales et économiques.
6. **Les violences sexuelles**, aggravées par des obstacles à l'accès aux soins après un viol, y compris la contraception d'urgence.

How decisions about abortions are made

D'après les recherches antérieures, un tiers des grossesses non planifiées au Togo se terminerait par un avortement⁶. La présente étude révèle que les adolescentes et femmes prennent rarement seules la décision d'avorter : le partenaire masculin ou les parents interviennent souvent, parfois en imposant leur choix sans consultation. Les normes sociales pèsent lourdement dans cette prise de décision.

Les raisons invoquées pour justifier l'avortement sont diverses et souvent, plusieurs facteurs entrent en jeu en même temps :

- La peur des réactions de la famille ou de la communauté, notamment l'exclusion sociale ou la perte de soutien
- L'abandon par le partenaire ou des pressions de sa part
- L'influence de la mère ou d'autres parents
- L'incapacité de mener la grossesse à son terme, en raison de l'âge, des études, de difficultés financières ou de conditions de vie instables
- Une grossesse issue de violences sexuelles
- Une grossesse résultant d'une relation occasionnelle

Je n'ai pas cherché à
me faire soigner parce
que j'avais peur. Je
pouvais déjà imaginer
les reproches, les
regards méprisants,
les critiques.

Farida, 35 ans, région des
Plateaux



Les parcours d'avortement

Une grande diversité de parcours d'avortement a été identifiée au Togo. La plupart de ces parcours ont été entravés par des obstacles liés aux facteurs suivants :

- **La peur et la mésinformation concernant la loi sont très répandues.** La plupart des adolescentes et des femmes, y compris celles légalement éligibles à une prise en charge (comme les victimes survivantes de violences sexuelles), croyaient l'avortement totalement interdit au Togo.
- **Le risque perçu contre la nécessité.** Si beaucoup associaient l'avortement à des complications graves, voire à la mort, elles se sentaient contraintes de prendre ce risque, faute de choix.
- **La stigmatisation et le secret.** Poussées par la crainte du jugement social et des sanctions légales, les adolescentes et les femmes recherchent discrètement des informations auprès d'amis, de partenaires, de proches ou sur les réseaux sociaux.
- **La prédominance des méthodes non sécurisées.** Les conseils reçus portaient majoritairement sur des méthodes non sécurisées : herbes médicinales, concoctions, comprimés d'origine inconnue, médicaments en vente libre ou cliniques clandestines.
- **Les obstacles à des options sécurisées.** Même si certaines avaient entendu parler de la pilule abortive médicamenteuse (comme le misoprostol), l'accès à ces méthodes était entravé par leur coût élevé ou par le refus des prestataires de soins de santé et des pharmaciens de les fournir.
- **Des décisions dictées par la contrainte.** Faute d'accès à un avortement sécurisé et légal, les choix sont guidés par l'accessibilité financière, la discrétion, le secret et les recommandations de personnes de confiance.
- **Des conséquences graves sur la santé.** Les expériences d'avortement varient considérablement, tout en étant souvent marquées par des douleurs intenses, des tentatives répétées et un manque de soutien. Sur les 61 participantes, 49 ont subi des complications (saignements abondants, infections, douleurs vives, coma) nécessitant des soins après-avortement.

Expériences avec les soins après-avortement

Les résultats de l'étude montrent l'enchevêtrement de facteurs qui influent sur le risque d'une grossesse non planifiée chez les adolescentes et les femmes. Ils soulignent également la complexité des processus décisionnels autour de l'avortement, ainsi que les difficultés d'accès à un avortement sécurisé et à des soins après-avortement.

- **Issues fatales :** Au cours de l'étude, cinq jeunes femmes (âgées de 19 à 27 ans) sont décédées à la suite de complications liées à un avortement non sécurisé.
- **Retards dans la démarche de recherche de soins :** La crainte de la divulgation et la stigmatisation ont conduit plusieurs adolescentes et femmes à reporter leur recherche de soins.
- **Limites en ressources des établissements de santé :** Les établissements de santé de premier niveau n'ont souvent pas la capacité de traiter les complications graves, ce qui nécessite des transferts qui retardent davantage les soins critiques.

– Obstacles à des soins de qualité :

- Le manque de matériel (fonctionnant) et de médicaments en quantité suffisante
- La stigmatisation par les prestataires de soins de santé
- Le manque de respect de la vie privée et de la confidentialité
- Gestion insuffisante de la douleur pendant les procédures telles que l'aspiration manuelle intra-utérine
- Counseling inadéquate en matière de contraception après un avortement.
- Les coûts élevés des soins

Les résultats démontrent clairement que les adolescentes et les femmes ayant grossesse non désirée au Togo sont confrontées à un labyrinthe d'obstacles qui menace leur bien-être, leur santé et leur vie.

Conclusion

Comme cette étude le montre, les grossesses non planifiées au Togo résultent d'un ensemble complexe de facteurs sociaux, économiques, culturels et systémiques. Une législation restrictive et la stigmatisation sociale poussent les adolescentes et les femmes vers des méthodes d'avortement non sécurisées, souvent obtenues auprès de réseaux informels, au prix de complications graves, voire mortelles – ainsi, cinq décès ont été observés au cours de l'étude.

La peur de la stigmatisation a pour effet de retarder la démarche de recherche de soins en cas de complications. Si de nombreux établissements de santé dispensent des soins après-avortement vitaux, l'accès à ceux-ci demeure inégal et l'on observe de grandes disparités en matière de qualité des soins, de préparation aux complications graves et de respect des patientes.

Les résultats démontrent clairement que les adolescentes et les femmes avec une grossesse non désirée au Togo sont confrontées à un labyrinthe d'obstacles qui menace leur bien-être, leur santé et leur vie.

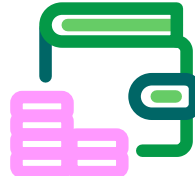
Quoique complexes, les causes observées de l'injustice reproductive ne sont pas insurmontables. Les données présentées dans cette étude peuvent guider l'action. Les chercheurs, en collaboration avec des parties prenantes clés, notamment des jeunes, des professionnels de la santé et des organisations de la société civile, ont formulé des recommandations solides pour améliorer l'accès à l'avortement sécurisé et à des soins après-avortement de qualité.

Recommandations



Réviser le cadre juridique sur l'avortement

Réformer les conditions légales de l'avortement sécurisé en révisant la loi de 2007 sur la santé de la reproduction, et veiller à son application afin de réduire la mortalité et la morbidité maternelles.



Promouvoir l'accès universel à des services de santé reproductive

Lever les obstacles financiers en garantissant la gratuité des soins complets d'avortement sécurisé, des soins après-avortement, des contraceptifs et des services de planification familiale.



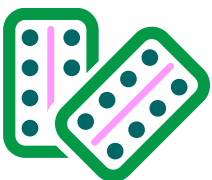
Améliorer la qualité des soins post-avortement

Former les prestataires de soins de santé à des soins complets d'avortement sécurisé et après-avortement, notamment à la prise en charge sans jugement, à la gestion de la douleur et au conseil en matière de contraception.



Renforcer l'éducation en matière de valeurs et de santé sexuelle (EVSS)

Fournir aux adolescents des informations sur le bien-être relationnel et sexuel. Intégrer l'EVSS dans les programmes de formation des enseignants et des travailleurs sociaux.



Assurer la disponibilité des fournitures médicales

Doter tous les établissements de santé du matériel, des médicaments et des contraceptifs nécessaires à des soins complets d'avortement et des soins après-avortement.



Méner une étude nationale sur l'incidence des avortements

Produire des données probantes sur l'ampleur des complications liées aux avortements non sécurisés et des décès maternels associés, afin d'éclairer les politiques et d'orienter l'action.



Introduction

Le rapport « *À l'intérieur du labyrinthe auquel les femmes sont confrontées : une étude qualitative sur la réalité des avortements non sécurisés au Togo* » examine le vécu des adolescentes et des femmes au Togo. A partir d'une recherche ethnographique mettant leurs voix au centre, ce rapport a pour but d'accroître le corpus de données sur les avortements non sécurisés au Togo et de présenter des pistes pour réduire les conséquences délétères sur la santé de cette pratique souvent dissimulée.

En raison des restrictions légales et de la stigmatisation qui prévaut, les adolescentes et les femmes sont nombreuses à s'exposer à des risques importants lorsqu'elles se trouvent confrontées à une grossesse non planifiée^a. En dépit des efforts continus du gouvernement

^a Dans le présent rapport, nous désignons par « grossesses non planifiées » les grossesses qui n'étaient pas prévues, et nous les qualifions de « grossesses non désirées » une fois que la décision d'avorter a été prise.



À l'intérieur du labyrinthe auquel les femmes sont confrontées :
La réalité des avortements non sécurisés au Togo

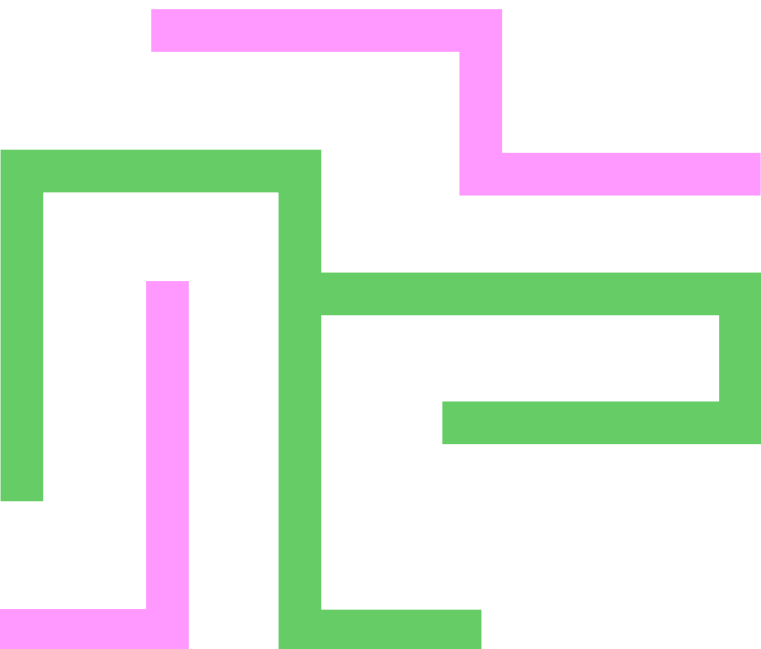
togolais pour accroître l'utilisation des méthodes contraceptives et réduire le nombre de grossesses chez les adolescentes, les grossesses non planifiées restent un enjeu majeur de santé publique. On estime que 60 300 avortements ont lieu chaque année¹. La majorité de ces avortements se produisent dans des conditions non sécurisées, en raison d'une législation restrictive, de la stigmatisation qu'ils suscitent et du manque d'accès à des soins de qualité. Les avortements non sécurisés ont été identifiés comme la cause de 10 % des décès maternels dans une région du Togo².

Pour de nombreuses adolescentes et femmes togolaises, le parcours de recherche de soins d'avortement est semé d'embûches qui peuvent mettre leur santé en péril, voire leur coûter la vie. Ainsi, durant la période de la collecte des données de cette recherche, cinq d'entre elles sont décédées dans les centres de santé de l'étude et beaucoup d'autres ont été hospitalisées pour des complications liées à un avortement non sécurisé. Pour celles-ci, l'accès à des soins après-avortement de qualité, sans stigmatisation, reste rare, alors qu'il s'agit d'un besoin vital.

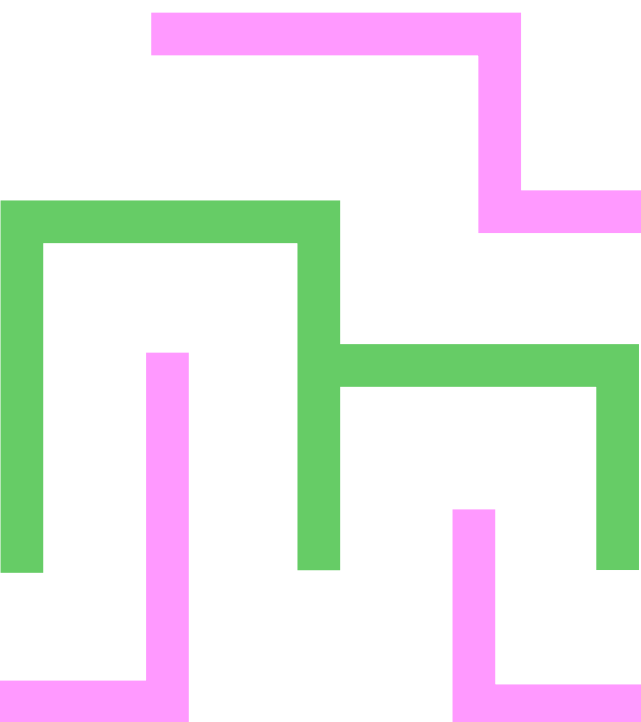
Partant de ces observations, le rapport présente des recommandations concrètes, élaborées conjointement avec les parties prenantes lors d'un atelier de validation tenu à Lomé en octobre 2025. Ces recommandations présentent des pistes pour une action concertée de la part des pouvoirs publics, des organisations de la société civile, des professionnels de la santé, des bailleurs de fonds et des communautés, afin de protéger les adolescentes et les femmes contre les risques potentiellement mortels d'un avortement non sécurisé.

La présente étude a été dirigée par l'African Population and Health Research Center (APHRC), Rutgers, le Population Council et l'Association Togolaise pour le Bien-être Familial (ATBEF). Le travail de terrain a été réalisé par six jeunes chercheur·e-s du Togo et deux coordonnatrices de recherche dans le pays.

**A partir d'une
recherche
ethnographique
mettant leurs
voix au centre,
ce rapport a pour
but d'accroître le
corpus de données
sur les avortements
non sécurisés au
Togo**



Il existe très peu de données sur l'accès effectif à l'interruption volontaire de grossesse dans les conditions prévues par la loi.



Contexte

Partout dans le monde, les grossesses non planifiées continuent d'être un enjeu majeur de santé publique. Selon les estimations des Nations Unies et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), des millions de grossesses non planifiées se produisent chaque année, avec des disparités notables entre les régions du monde. Au Togo, les grossesses non planifiées concernent à la fois les adolescentes et les femmes³. Malgré les efforts continus des pouvoirs publics d'accroître l'adoption des méthodes contraceptives, et de prévenir les grossesses chez les adolescentes et les violences sexuelles, le ministère des Enseignements Primaire et Secondaire a recensé 2 284 cas de grossesse dans des établissements du primaire et du secondaire à la fin de l'année scolaire 2024-2025⁴. Il est fort probable que ce chiffre ne soit que la face visible de l'iceberg, car avant d'être enregistrées, de nombreuses grossesses non planifiées se terminent par des avortements provoqués⁵. D'après les modélisations de l'Institut Guttmacher, au Togo, environ 50 % des grossesses sont non planifiées, dont 32 % se terminent par un avortement, soit environ 60 300 avortements par an entre 2015 et 2019⁶. Sur la base des données fournies par les établissements de santé, le ministère de la Santé du Togo fait état d'un nombre nettement inférieur, mais néanmoins élevé, d'environ 10 000 avortements provoqués par an.

Malgré ces chiffres élevés, l'interruption volontaire de grossesse n'est légale au Togo que sur prescription d'un médecin dans trois cas précis :

1. Une grossesse posant un danger pour la santé ou la vie de la femme enceinte
2. Une grossesse résultant d'un viol ou de rapports incestueux
3. Une anomalie grave du fœtus

L'intervention doit obligatoirement être effectuée dans un centre hospitalier par du personnel qualifié, conformément aux articles 42-43⁷ de la loi n° 2007-005 sur la santé de la reproduction. Le Code de la santé publique de 2009 ne mentionne pas que l'avortement thérapeutique est autorisé en cas de malformation fœtale, mais précise que dans les cas des deux autres conditions mentionnées ci-dessus, la participation

de trois médecins est obligatoire⁸. Il existe très peu de données sur l'accès effectif à l'interruption volontaire de grossesse dans les conditions prévues par la loi. Une étude menée à la clinique principale de l'ATBEF au Togo a révélé que 25 interruptions médicales de grossesse avaient eu lieu en l'espace de 10 ans (2012-2021). Les causes principales étaient les motifs fœtaux (28 %), maternels (20 %) et obstétricaux (52 %)⁹. Concernant les grossesses issues d'un viol ou d'un inceste, quant à elles, une étude récente démontre que les barrières à l'accès à un avortement sécurisé et légal restent particulièrement nombreuses¹⁰. Une précédente étude avait déjà documenté les obstacles majeurs à l'application des dispositions de la loi¹¹. Parmi ces obstacles, on peut citer la faible connaissance de la loi et ses directives de mise en œuvre n'ont jamais été publiées, ce qui explique pourquoi la plupart des professionnels de santé hésitent à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse, même lorsque celles-ci sont autorisées par la loi¹².

Les restrictions juridiques et politiques, combinées à l'absence d'application effective de la loi, constituent un obstacle structurel à l'accès aux services d'avortement sécurisé¹³. S'ajoute à cela la forte réprobation sociale de l'avortement, motivée par des normes religieuses, sociales et culturelles. Cette réprobation entrave la circulation d'informations sûres sur les dispositions légales et les méthodes d'avortement sécurisé, ce qui a un effet négatif, tant sur les parcours de recherche de soins des adolescentes et des femmes, que sur les attitudes et les pratiques des prestataires de soins¹⁴. Ces facteurs combinés sont connus pour entraver l'accès aux services d'avortement sécurisés, en particulier pour les adolescentes et femmes économiquement vulnérables¹⁵¹⁶¹⁷, dont les besoins non satisfaits en contraception sont particulièrement importants¹⁸. Faute d'utiliser des méthodes contraceptives, elles sont contraintes de recourir à des avortements non sécurisés.

Malgré l'absence de statistiques complètes et actualisées, les données disponibles suggèrent que l'avortement non sécurisé est une pratique courante chez de nombreuses adolescentes et femmes togolaises. Ces données proviennent d'études régionales, de statistiques hospitalières et d'enquêtes scolaires. Les résultats d'une étude réalisée

en 2002 à Lomé, auprès de 3 230 répondantes ont révélé que 32,4 % d'entre elles avaient déjà eu recours à un avortement, dont 24,7 % à plusieurs reprises¹⁹. Dans la région de Kara, 32,9 % des adolescentes avaient été enceintes au moins une fois et 80,6 % d'entre elles avaient eu recours à au moins un avortement clandestin²⁰. Une étude récente effectuée en milieu hospitalier dans la région de Kara établit un lien entre 10 % des décès maternels et les avortements provoqués²¹. En 2024, 1 439 cas d'avortements provoqués nécessitant des soins hospitaliers ont été recensés au Togo, dont 225 à Lomé et 336 dans la région des Plateaux²². Quoique fragmentaires, ces chiffres confirment néanmoins la fréquence de l'avortement, malgré son interdiction hors des rares cas légaux évoqués plus haut.

Compte tenu de l'ampleur du phénomène, davantage de données sont nécessaires pour mieux cerner la pratique de l'avortement au Togo. Les recherches existantes, incomplètes ou obsolètes, ne permettent pas d'appréhender les évolutions récentes dans le recours et l'accès à l'avortement. D'autre part, les données disponibles fournissent très peu d'informations sur les circonstances dans lesquelles surviennent les grossesses non planifiées chez les adolescentes et les femmes, ainsi que sur les avortements non sécurisés et les complications connexes. Ces données ne tiennent souvent pas compte du point de vue des femmes et des adolescentes, ni de l'interprétation des dilemmes complexes que posent les grossesses non planifiées. Combler ce vide est essentiel pour comprendre pleinement les épreuves qu'elles traversent.

L'objectif général de cette étude qualitative approfondie est donc de documenter les parcours d'avortement des adolescentes et des femmes togolaises. Celle-ci vise à combler le manque de connaissances sur les déterminants des grossesses non planifiées qui se soldent par un avortement, ainsi que sur les processus décisionnels de recours à l'avortement. Elle analyse également les dynamiques sociales, de genre et du système de santé qui entourent la recherche de méthodes abortives, de soins d'avortement et de soins après-avortement.

Approche méthodologique

Cette étude qualitative, basée sur une approche ethnographique, avait pour but de comprendre les facteurs qui conduisent à un avortement non sécurisé et la complexité des parcours d'avortement au Togo^b. Elle s'est appuyée sur l'observation participante dans 12 établissements de santé situés dans diverses localités dans les régions des Plateaux et Grand Lomé, ainsi que sur des entretiens approfondis et répétés avec 61 adolescentes et femmes (22 adolescentes âgées de 15 à 19 ans et 39 femmes âgées de 20 ans et plus) qui ont eu recours à l'avortement, et la documentation de cinq cas de décès liés à un avortement non sécurisé. Des entretiens ont aussi été réalisés avec d'autres personnes impliquées dans le parcours de recherche de soins d'avortement, à savoir des proches et des partenaires (28 entretiens), des prestataires de soins (40 entretiens), des informatrices et informateurs clés^c (69 entretiens), ainsi que 24 discussions de groupe.

L'étude a été réalisée par l'APHRC, Rutgers, Population Council et l'ATBEF. Elle s'est inscrite dans le cadre de deux programmes : « Sa Santé, Ses Choix », déployé en Afrique de l'Ouest et du Centre dans le but de réduire la mortalité et la morbidité maternelles liées aux avortements non sécurisés^d et « Expanding access to quality sexual and reproductive health services in Francophone West Africa »^e.

Sur le terrain, l'étude a été réalisée dans deux régions : celle du Grand Lomé et celle des Plateaux, pour observer la dynamique dans deux territoires différents. La première région comprend la capitale Lomé, ce qui a permis de saisir les dynamiques spécifiquement urbaines concernant les grossesses non planifiées et les avortements non sécurisés. La région des Plateaux, quant à elle, en plus d'un taux élevé de besoins non satisfaits en

matière de planification familiale (34,7 %), compte également le plus grand nombre d'avortements provoqués nécessitant des soins hospitaliers²³. Une équipe de six jeunes chercheurs et chercheuses (cinq femmes, un homme), la plupart âgés de moins de 35 ans, et deux coordonnatrices de terrain, avec une formation en anthropologie ou en sociologie, ont été recrutés et formés à la méthodologie de l'étude ethnographique. Une attention particulière a été portée à l'éthique de la recherche sur des sujets sensibles, comme l'avortement et la violence sexuelle. L'approbation éthique de cette étude a été délivrée par le Comité togolais de bioéthique pour la recherche en santé (CBRS)^f.

La collecte des données s'est déroulée sur une période de sept mois, de septembre 2024 à avril 2025, avec des échanges réguliers et le soutien continu des chercheurs seniors issus de l'équipe de recherche. Les obstacles rencontrés et les premiers résultats ont été discutés lors de séances hebdomadaires de débriefings, qui ont éclairé le déroulement et l'orientation de la recherche, notamment les décisions sur le choix des études de cas. Les principaux défis du travail de terrain consistaient à gagner la confiance des professionnels de la santé, des adolescentes et des femmes, et à assurer la continuité de leur participation. Certains assistant-e-s de recherche ont éprouvé une détresse émotionnelle après avoir été témoins de complications graves d'avortement non sécurisé chez des adolescentes et des femmes, ou après avoir vu certaines d'entre elles mourir de ces complications. Ces difficultés ont été surmontées grâce au soutien de l'équipe, des chercheurs seniors et d'un psychologue disponible tout au long du projet qui a eu à fournir un appui à l'une des assistantes.

Les données ont été soumises à une analyse thématique. Les entretiens et les discussions ont tous été enregistrés sur audio, transcrits, anonymisés et traduits. L'équipe de recherche a utilisé le logiciel Dedoose pour coder les transcriptions et les notes

^b Des précisions sur la méthodologie employée figurent à l'annexe 2.

^c Les informatrices et informateurs clés comprenaient des partenaires masculins, des mères, des proches, des décideurs et des prestataires d'avortement non encadrés.

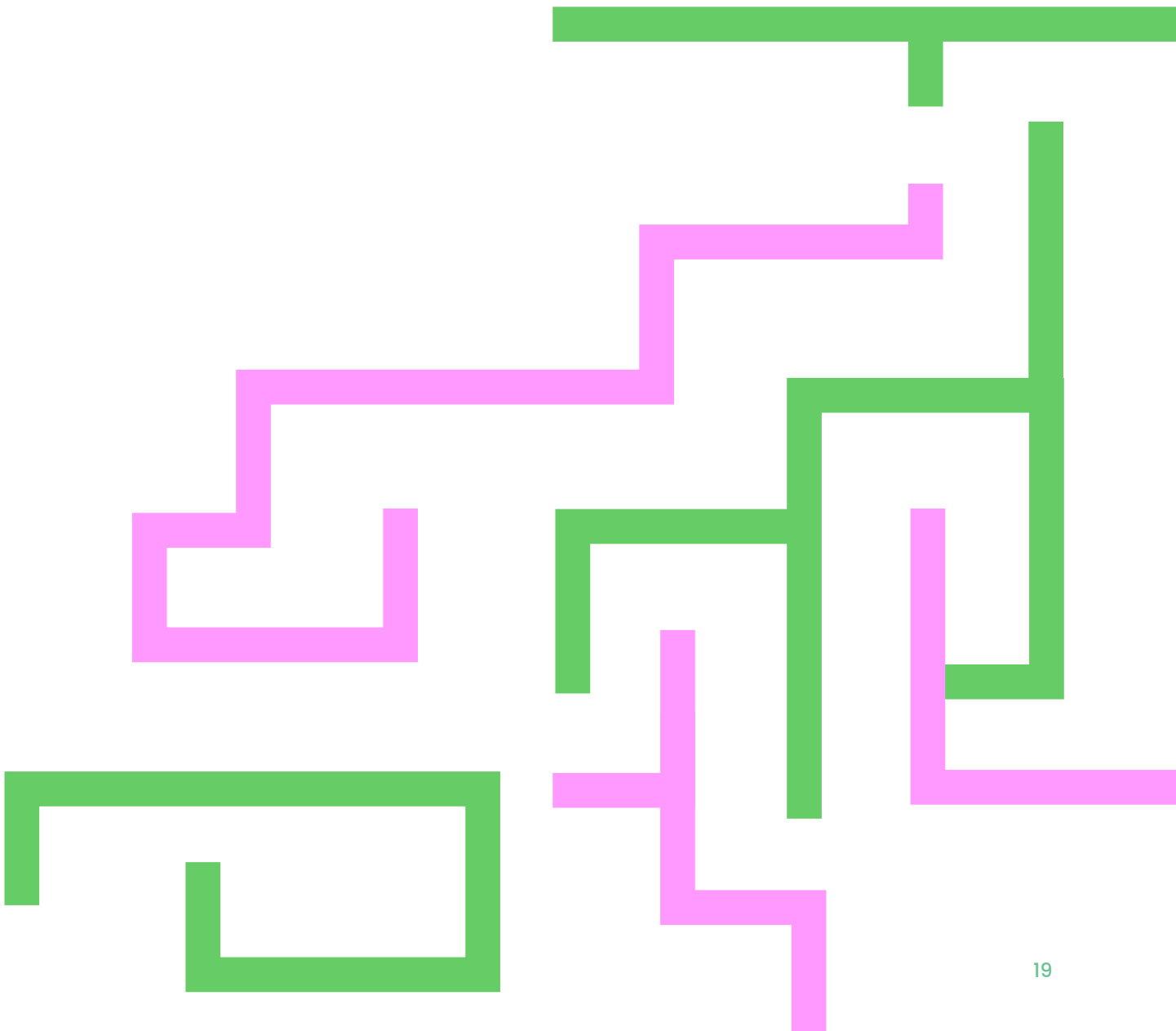
^d Financé par la Loterie nationale néerlandaise des codes postaux par l'intermédiaire de Rutgers.

^e Financé par la Fondation William et Flora Hewlett par l'intermédiaire du Population Council.

^f Référence : AVIS N° 033/2024/CBRS du 04 juillet 2024.

d'observations de terrain. Toute l'équipe a contribué à la rédaction du rapport, et les résultats préliminaires ont été présentés lors d'un atelier de validation à Lomé les 2 et 3 octobre 2025. Les participants à l'atelier incluaient l'ensemble de l'équipe de recherche, les partenaires de recherche, les parties prenantes clés issues du ministère de la Santé, des professionnels de la santé, des responsables religieux et communautaires, des représentants des organisations de la société civile (OSC) et des jeunes issus du comité consultatif jeune du projet de recherche. Des recommandations ont été élaborées conjointement durant cet atelier. Une description détaillée de la méthodologie figure à l'annexe 2.

L'étude s'est appuyée sur l'observation participante dans 12 établissements de santé situés dans diverses localités dans les régions des Plateaux et Grand Lomé.





Résultats de la recherche

L'histoire d'Ingrid*

Ingrid, 17 ans, en classe de première au lycée, est enfant unique. Après la séparation de ses parents à ses 3 ans, elle a été élevée par son père et sa grand-mère paternelle. Ingrid décrit une enfance marquée par un manque d'affection maternelle et le sentiment d'avoir été abandonnée et non désirée par sa mère. De plus, elle ne se sentait pas à l'aise à l'idée de se confier à sa grand-mère sur des sujets personnels, comme sa vie sociale ou sa sexualité.

Privée de toute information, elle a eu sa première expérience sexuelle à 11 ans, avec un ami de 13 ans :

« Ça s'est passé chez lui. Je ne connaissais rien de tout cela. [...]. Tout ce que je savais, c'est qu'à la télévision, quand on voyait des Blancs s'embrasser, on me disait " Ferme les yeux, ce n'est pas pour les enfants ". Je faisais semblant de fermer les yeux, mais je continuais à regarder. C'est tout ce que je savais. »

À 16 ans, Ingrid s'est engagée dans une relation qui se solde par une grossesse non planifiée. Quand ses camarades de classe se sont mis à remarquer ses symptômes physiques (gain de poids et vomissements), elle a décidé de recourir à l'avortement. Sa décision a été motivée par sa détermination de poursuivre ses études et une peur absolue de la réaction de son père. En tant qu'aînée et enfant unique, elle était convaincue que, si sa grossesse venait à être découverte, les conséquences seraient catastrophiques, comme elle le dit :

« Je n'avais absolument pas l'intention d'accoucher. Ce qui compte pour moi en ce moment, ce sont mes études. Si mon père apprenait que je suis enceinte, il serait absolument furieux et pourrait même essayer de me tuer. »

Après avoir décidé d'interrompre la grossesse, faute d'informations sur les méthodes sécurisées, Ingrid s'est fiée à son partenaire, qui l'a emmenée dans une clinique clandestine (ou un « cabinet sauvage »). Après une piqûre, un comprimé et un curetage, Ingrid est rentrée chez elle, pensant que l'intervention était terminée. Cependant, trois jours plus tard, elle développe une forte fièvre, des saignements abondants et de fortes douleurs pelviennes. La détérioration de son état a fini par alarmer sa grand-mère. Après la confirmation de sa grossesse par un test positif, Ingrid a avoué l'avortement et les complications qu'elle avait cachés. Elle a été emmenée par sa grand-mère dans un centre de santé local, mais en raison de la gravité de son état, elle a été immédiatement transférée vers un hôpital.

* Tous les noms des participant-e-s ont été pseudonymisés afin de garantir leur anonymat.

Des déterminants des grossesses non planifiées

Point clés à retenir :

Les grossesses non planifiées dans les régions du Grand Lomé et des Plateaux peuvent s'expliquer par les facteurs suivants, souvent interconnectés :

- Le manque d'éducation à la sexualité des adolescent·e·s et des jeunes (à la maison et à l'école, comme auprès des pairs et sur les réseaux sociaux, les informations restent fragmentaires et parfois inexactes)
- La fragilité des liens familiaux, notamment en cas de divorce ou décès des parents, ou de confiage des enfants à des familles d'accueil extérieures à la famille immédiate
- Une vulnérabilité économique, conduisant à des rapports sexuels transactionnels
- Des problèmes de santé mentale
- La non-utilisation de méthodes contraceptives fiables
- Des violences sexuelles

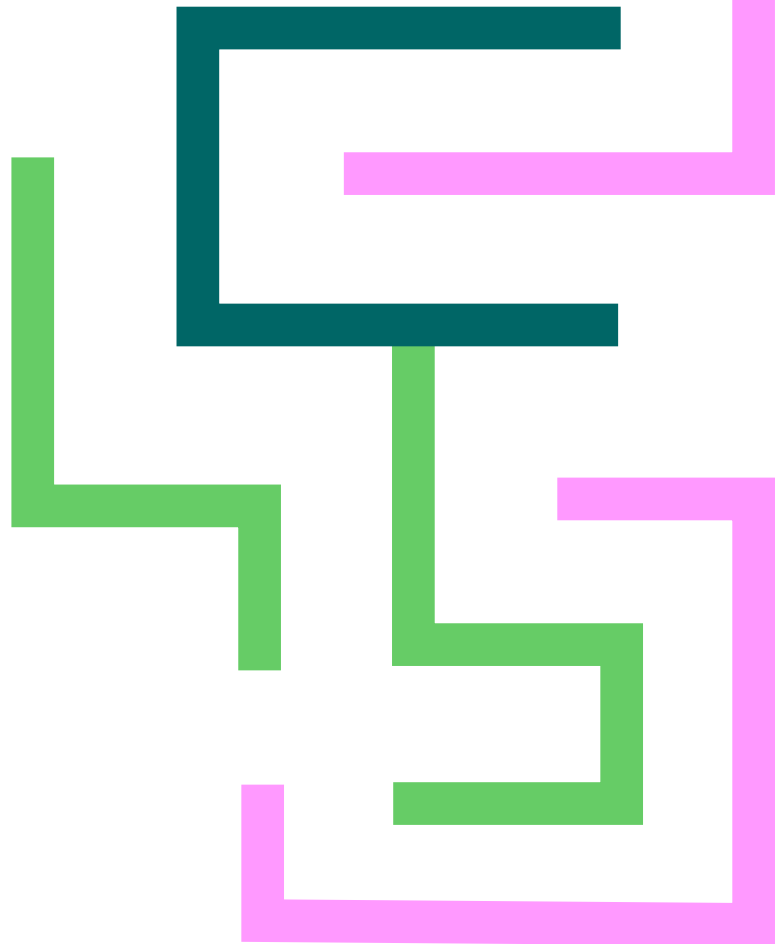
Le manque d'éducation à la sexualité

Les entretiens avec différents types de participant·e·s, complétés par les observations des chercheurs au sein de la communauté, ont montré que l'accès à des informations sur la sexualité et la prévention des grossesses non planifiées constitue un défi majeur pour les jeunes femmes et hommes. Comme illustré dans le cas d'Ingrid, les données mettent en évidence un manque criant d'éducation sexuelle adéquate ou suffisante au sein des familles et des institutions. Ces carences s'expliquent par plusieurs facteurs : le tabou entourant la sexualité, les réticences des parents et des communautés face à l'éducation à la sexualité des jeunes, ainsi que l'absence des parents ou leur incapacité à aborder ces sujets.

Les tabous sexuels rendent abstraite l'éducation à la sexualité par les parents

Selon les participant·e·s, la sexualité est un sujet tabou rarement abordé avec les enfants. En discuter ouvertement est souvent perçu comme indécent ou immoral. C'est donc un sujet qu'on chuchote et qu'on n'aborde qu'en l'absence des enfants. Un père a confirmé cette observation lors d'une discussion de groupe : « *Comme les parents n'aiment pas parler de sexualité avec leurs enfants, lorsque ceux-ci atteignent la puberté, il leur arrive forcément des ennuis. De nombreux parents ne parlent pas non plus de sexualité avec leurs filles, de sorte que beaucoup d'entre elles se retrouvent enceintes alors qu'elles n'en ont pas l'intention.* » Un participant, Grand Lomé

Il ressort clairement des données que ce sujet n'est abordé qu'au moment où les filles commencent à avoir leurs règles et où les garçons montrent des signes de puberté. À ce stade, les informations fournies aux filles, principalement par les mères, les tantes ou les grands-mères, sont décrites comme limitées, superficielles et manquant de détails. De ce fait, les filles n'ont souvent que de vagues notions de ce qu'il en retourne, comme l'illustre cet extrait d'une discussion de groupe :



De nombreux parents ne parlent pas non plus de sexualité avec leurs filles, de sorte que beaucoup d'entre elles se retrouvent enceintes alors qu'elles n'en ont pas l'intention.

Un participant, Grand Lomé

On raconte que quand tu passes devant un garçon, dès qu'il te touche (rires), tu tombes enceinte. Ça me paraît bizarre : je ne comprends pas comment le simple fait de passer devant un garçon, s'il te touche (rires), tu tombes enceinte ... C'est à l'école qu'on nous a appris que...quand les règles se terminent, il y a un temps d'ovulation pendant lequel, si on va voir un homme (si on couche avec), on tombe enceinte. C'est là que j'ai compris que tu ne tombes pas enceinte juste parce qu'un garçon te touche.

Une adolescente, Grand Lomé

Les résultats de l'étude montrent que les parents transmettent peu d'informations, et cela afin de ne pas encourager les adolescent·e·s à avoir des relations sexuelles. Une femme a expliqué cette logique lors d'une discussion de groupe :

Quand une fille a 18 ans, on ne peut pas lui conseiller directement de se protéger avant d'avoir un rapport sexuel. Si on met des idées pareilles dans la tête de l'enfant, elle les utilisera et s'en inspirera pour faire ce qu'il ne faut pas. Il faut l'interdire à la fille, tout en lui disant que si elle veut se marier et que ses parents soient fiers d'elle plus tard, elle doit se protéger, elle doit faire preuve d'abstinence.

Une participante, Grand Lomé

Comme ce témoignage l'indique, le message sur la sexualité est souvent véhiculé sous la forme d'interdictions (« ne regarde pas », « ne t'approche pas ») pour instiller de la peur et dissuader les jeunes d'avoir des rapports sexuels. On peut s'interroger sur l'efficacité d'une telle approche dans la mesure où elle n'empêche pas les jeunes d'avoir des rapports sexuels, comme on l'a vu dans le cas d'Ingrid et de nombreux jeunes interrogés dans cette étude. Au lieu de cela, elle les prive d'informations complètes et essentielles pour prendre des décisions éclairées concernant leur sexualité et la protection contre les risques liés aux rapports sexuels (grossesse ou infection sexuellement transmissibles (IST)).

Compte tenu de l'importance de cette question, plusieurs participant·e·s ont insisté sur la nécessité que les parents établissent un dialogue précoce avec leurs enfants afin de leur fournir les informations nécessaires et appropriées pour les aider à trouver leurs marques dans leur vie sexuelle et à compléter ou contrecarrer les informations qu'ils reçoivent d'autres sources. En effet, si discuter de la sexualité est un tabou au sein du cercle familial, ces discussions surviennent souvent en dehors de la famille, notamment à l'école, sur les réseaux sociaux ou entre pairs.

Insuffisance de l'éducation à la sexualité à l'école

Au Togo, l'éducation à la sexualité serait dispensée dans les écoles, et de nombreux enseignants recevraient régulièrement une formation en la matière. Ces cours de formation à l'éducation à la sexualité sont principalement organisés par des organisations non gouvernementales de prévention des grossesses précoces, des IST, de la violence basée sur le genre (VBG) et des avortements non sécurisés. Dans la pratique, toutefois, il est rare que l'éducation à la sexualité soit traitée comme une matière à part entière dans le programme scolaire. Elle est plutôt dispensée de manière fragmentaire, à l'initiative des enseignants, et incorporée dans d'autres matières, comme les sciences de la vie, les sciences naturelles ou l'éducation civique et morale. C'est ce qui explique qu'elle est souvent incomplète ou superficielle, comme expliqué par l'un des enseignants interrogés : « *Honnêtement, non. Ici, l'éducation sexuelle est quasiment inexistante. On en parle très peu dans les programmes. Je me souviens du module sur la reproduction humaine en sciences naturelles, mais ce n'est pas suffisant.* » Un enseignant, 32 ans, région des Plateaux

Cette approche fragmentaire et superficielle découle de l'absence d'institutionnalisation de l'éducation à la sexualité dans les programmes de formation, laissant ainsi place à un enseignement informel à la discrétion des enseignant·e·s et des directions d'établissement. Lors d'une discussion de groupe, une jeune fille a confirmé le caractère superficiel de l'enseignement qu'elle avait reçu en matière d'éducation à la sexualité : « *Je crois qu'on apprend plus de choses dans notre quotidien. À l'école, il y a des*



enseignants qui essaient d'en parler, sans pour autant entrer dans les détails. » Une adolescente, Grand Lomé

À l'école, les rares fois où l'éducation à la sexualité est abordée, c'est principalement sous l'angle des risques associés à la sexualité, au détriment d'une approche globale et positive. L'absence d'un cadre éducatif structuré pour l'éducation sexuelle entraîne des pratiques pédagogiques disparates, dictées par les convictions personnelles des enseignant-e-s, leur formation et le contexte socioculturel local. Cette disparité pose question sur l'égalité d'accès à l'information, l'uniformité des contenus et la légitimité des savoirs transmis. Pour combler ce déficit informationnel, les jeunes sont contraints de s'en remettre à leurs pairs ou de se renseigner sur les réseaux sociaux et Internet.

L'apprentissage auprès des pairs et sur les réseaux sociaux : avantages et inconvénients

L'étude révèle que l'éducation par les pairs comble un vide majeur dans l'apprentissage de la sexualité, particulièrement lorsque l'école n'y pourvoit pas, ou pas suffisamment. Elle permet aussi d'atteindre les jeunes non scolarisés. L'éducation par les pairs offre une approche accessible, informelle et adaptée aux jeunes en matière d'éducation à la sexualité, ce qui a conduit certaines organisations œuvrant dans le domaine des droits et la santé sexuels et reproductifs (DSSR) à investir afin d'atteindre les jeunes scolarisés et non scolarisés. En dehors de ce cadre formel d'éducation par les pairs, ces derniers, tout comme les réseaux sociaux, jouent un double rôle ambivalent dans



Pendant la récréation, les enfants se connectent sur leur portable à WhatsApp pour regarder des films et des images pornographiques... Il leur est donc facile d'apprendre ce genre de choses sur leur téléphone.

Un participant, Grand Lomé

l'éducation sexuelle des jeunes. D'après plusieurs hommes et femmes interrogés à ce sujet, l'augmentation des grossesses non planifiées s'explique par l'essor des réseaux sociaux et leur usage par les adolescent.e.s : *« Je pense que les réseaux sociaux ont joué un rôle à cet égard. Je me rappelle qu'ici, à l'école du quartier, pendant la récréation, les enfants se connectent sur leur portable à WhatsApp pour regarder des films et des images pornographiques... Il leur est donc facile d'apprendre ce genre de choses sur leur téléphone. »* Une participante, Grand Lomé

D'autre part, les participant.e-s ont expliqué que la teneur des informations partagées sur les réseaux sociaux devrait être considérée avec une certaine réserve : *« Selon moi, ces informations ne sont pas fiables. Parce que je peux immédiatement aller sur mon compte TikTok et y poster une vidéo. Même si je dis des bêtises et que je les rends publiques sur mon compte sur TikTok, les gens vont quand même les suivre... On ne peut pas se fier à ce genre d'information. »* Un participant, Grand Lomé

Cet extrait illustre bien les questions que les gens se posent quant au contenu, à l'utilisation, à l'exactitude et à la fiabilité de ces réseaux pour se renseigner sur la sexualité. Des préoccupations similaires concernent les réseaux de pairs. Cependant, parmi les jeunes et les adolescent.e-s interrogé.e-s, certains ont trouvé que les informations trouvées sur les réseaux sociaux et auprès de leurs pairs étaient d'une importance primordiale et leur permettaient de compléter les informations qu'ils ne recevaient pas auprès de leurs proches ou à l'école, comme illustré ici : *« Plus particulièrement, j'ai visité des forums sur Telegram et ailleurs aussi, où il y a des informations sur la santé sexuelle, et ça m'a beaucoup aidé. J'ai vu qu'il y a des gens qui sont désireux d'aider les jeunes à mieux connaître leur corps et celui de leur partenaire, et donc on trouve ce genre d'information sur les réseaux sociaux. »* Un participant, Grand Lomé

Les jeunes reconnaissent que certains canaux offrent des informations utiles qui les aident à comprendre leur sexualité. Il s'agit souvent de sites Web ou de plateformes bien structurés et fiables, comme ceux gérés par des organisations ou des réseaux de DSSR. Selon les jeunes, contrairement à ces

plateformes, il en existe d'autres, comme les réseaux sociaux, qui font la promotion d'une sexualité irresponsable. Par conséquent, il appartient aux jeunes de se débrouiller par eux-mêmes pour trouver des informations fiables sur la sexualité et la contraception. Comme la plupart des adultes interrogés, ils se disent capables de reconnaître les avantages des réseaux sociaux. En outre, certains ont confirmé qu'ils étaient en mesure de glaner des informations utiles et crédibles sur la sexualité par ces canaux, malgré la quantité omniprésente de désinformation qui s'y trouve.

La fragilité des liens familiaux

L'influence de la fragilité des liens familiaux sur la vulnérabilité à une grossesse non planifiée ressort clairement des observations et des entretiens approfondis menés auprès des adolescentes et des femmes. Cette fragilité peut s'expliquer par le divorce des parents, le décès d'un ou des deux parents, ou le confiage des enfants à des proches ou des tuteurs. Cela conduit les adolescentes à rechercher des liens affectifs auprès d'hommes, adolescents ou adultes.

Certaines parmi les adolescentes et les jeunes femmes ayant été confrontées à des grossesses non planifiées ne vivaient pas avec leurs deux parents. Ceux-ci étaient soit divorcés ou séparés. L'histoire d'Ingrid, citée ci-dessus, montre que le divorce ou la séparation des parents peut engendrer une instabilité familiale et influencer le développement social et psychologique d'un enfant : « Je vis sans ma mère depuis l'âge de 3 ans. Je manque d'amour maternel, je n'ai ni petit frère ou petite sœur, ni grand frère ou grande sœur. Tout cela m'affecte (...) Parfois, les soucis à la maison, comme je suis seule, me rendent triste. J'en pleure parfois. »
Ingrid, 17 ans, lycéenne, Grand Lomé

Cette solitude et détresse l'a amenée à chercher du réconfort et de l'amitié dans des relations avec les garçons qui étaient gentils avec elle :

J'avais dit à une amie que je recherchais quelqu'un à qui parler. J'ai essayé de parler avec beaucoup de mes amies filles, mais ça n'a pas marché (...) Elle m'a dit de me trouver un ami masculin. C'est ce que j'ai fait et j'ai remarqué que cet ami, le garçon à qui je parle, m'a vraiment aidé. Il est plus âgé que moi. Il me parle... Nous passons de bons moments ensemble. Parfois, si je me fâche avec lui, il me demande avec qui je vais parler. Il me traite comme une sœur ...

Ingrid, 17 ans, lycéenne, Grand Lomé

C'est le besoin d'affection et d'un confident qui a conduit Ingrid à avoir des rapports sexuels et à se trouver confrontée à une grossesse non planifiée. Dans d'autres cas, le décès d'un ou des deux parents a contribué à la vulnérabilité des adolescentes à ce risque. Selon les participantes, de tels décès, s'ils se produisent à un très jeune âge, ont pour effet de briser la structure familiale et de les priver de repères sociaux et de soutien. Le cas d'Akouvi, une adolescente de 15 ans tombée enceinte à un jeune âge en raison des difficultés auxquelles elle a été confrontée après le décès de son père et le remariage de sa mère, en est un exemple illustratif :

Quand mon père est mort, ma mère est partie. Je me suis retrouvée avec mes cinq petits frères et sœurs, avec qui nous avons la même mère, mais pas le même père. C'est chez leur père que je vis actuellement (...) Des hommes m'ont fait la cour, mais j'ai refusé. Kokou est la première personne avec qui j'ai eu une relation. J'ai accepté l'idée du mariage à cause de la manière dont mes parents me traitaient ici (...) Mon [beau-]père est très méchant avec moi ... Ma maman prend soin de moi, c'est elle qui me donne le déjeuner. Mon [beau-]père, lui, ne l'a jamais fait. Et quand ma mère n'a pas d'argent, Kokou m'en envoie. Il m'aide beaucoup et je le considère comme mon père.

Akouvi, 15 ans, élève, Grand Lomé

Le confiage informel des enfants à des membres de la famille élargie apparaît également comme un facteur de vulnérabilité à une grossesse non planifiée.

Le manque d'attention et la maltraitance de son beau-père l'ont amenée à rechercher ailleurs un amour paternel et un soutien financier, sous la forme d'une relation qui a abouti à une grossesse non planifiée.

Dans certains cas, le décès ou le divorce des parents conduit au confiage des filles à d'autres personnes, souvent des proches ou des tuteurs. En effet, le confiage informel des enfants à des membres de la famille élargie apparaît également comme un facteur de vulnérabilité à une grossesse non planifiée. Cette pratique culturelle vise à combler les lacunes dans la socialisation des enfants du fait de la dissolution de la famille, de l'absence de structure disciplinaire ou de difficultés économiques. Dans le cas de Claudine, lycéenne de 16 ans, cette pratique l'a rendue vulnérable à des abus sexuels. Ses parents, n'ayant plus les moyens de payer ses frais de scolarité, l'avait envoyée vivre chez la sœur cadette de son père et c'est là que son cousin Komi l'a violée. Ce viol s'est produit lors de l'absence de son oncle et de sa tante, partis deux jours assister à un enterrement. Après le viol, Komi lui a interdit d'en parler à quiconque. Claudine ne savait rien des risques d'une grossesse et n'a pas su reconnaître les premiers symptômes qui sont apparus. C'est sa cousine, chargée de l'achat de ses serviettes hygiéniques, qui a fini par se rendre compte que Claudine était enceinte et a alerté sa tante.

L'histoire de Claudine illustre les effets qu'un placement familial peut avoir sur la vie d'une jeune fille. Claudine n'avait reçu aucune éducation à la sexualité, ni de ses parents, ni de sa tante ou de sa cousine, et sa position ambiguë dans cette famille d'accueil l'a rendue vulnérable aux abus et à une grossesse non planifiée. Pour cacher le viol commis par son fils, la tante a décidé de la faire avorter clandestinement. Outre des liens sociaux fragiles, la précarité socio-économique des adolescentes et des femmes apparaît également comme un facteur déterminant majeur.

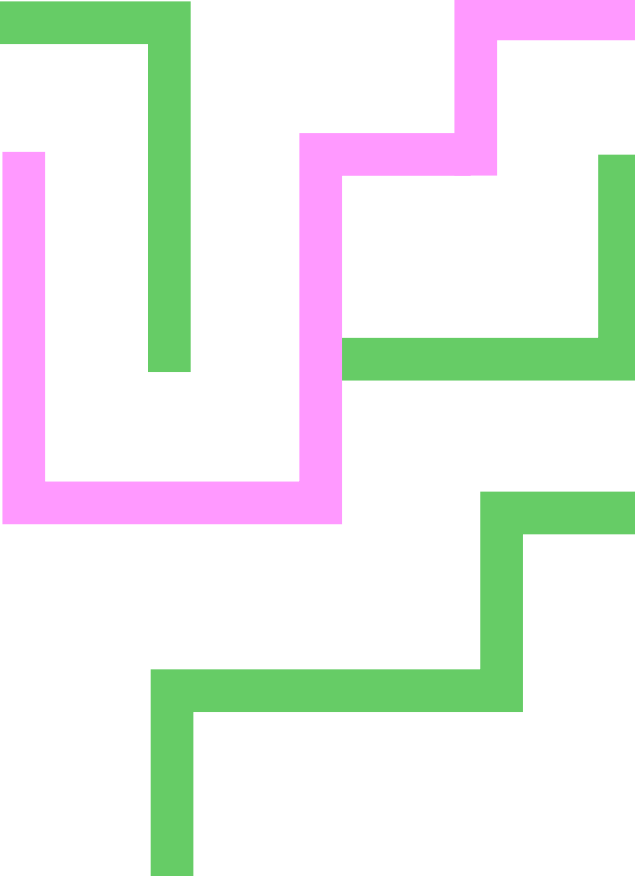


La vulnérabilité économique et les relations transactionnelles

Comme l'ont montré Akouvi et de nombreuses autres participantes à l'étude, la vulnérabilité économique constitue un facteur contribuant aux grossesses non planifiées. Deux formes spécifiques de vulnérabilité économique sont abordées ici : le chômage ou l'emploi faiblement rémunéré, et l'absence de soutien financier ou l'abandon par les parents ou des proches. Toutes deux poussent les adolescentes et les femmes vers des relations transactionnelles pour survivre financièrement.

Le chômage ou un emploi mal rémunéré

Il ressort des travaux de recherche que de nombreuses femmes et adolescentes en situation de grossesse non planifiée vivaient dans une précarité économique. La majorité d'entre elles étaient des élèves/étudiantes ou en apprentissage, et donc financièrement dépendantes de leurs parents. D'autres, issues de familles vivant en milieu rural, avaient à peine de quoi survivre. C'est le cas de Maela, 27 ans, mère de six enfants, qui travaillait comme ouvrière agricole saisonnière et touchait de très faibles revenus. Elle dépensait tout son maigre salaire pour nourrir sa famille, sans y parvenir. À l'exception de quelques rares femmes qui vivaient en milieu urbain et occupaient un poste bien rémunéré, la majorité des femmes et des adolescentes interrogées dans cette recherche se trouvaient dans une situation similaire à celles vivant en milieu rural, avec des emplois de vendeuses



« **J'ai des petits frères et des petites sœurs qui vivent là et il faut payer leurs frais de scolarité en plus d'autres besoins familiaux, parfois elle [ma mère] me dit qu'il n'y a rien. Alors, quand j'ai des problèmes financiers, je ne me tourne plus vers elle ... J'ai été obligée d'avoir un petit ami qui m'aide parfois...** »

Céline, 22 ans, Grand Lomé



ambulantes, domestiques ou coiffeuses. D'autres, comme Stella, 23 ans, de Lomé, n'ont pas réussi à trouver de travail après avoir obtenu leur diplôme ou suivi un stage, et se sont retrouvées au chômage. Sa précarité était telle qu'elle a accepté les avances d'un homme qu'elle jugeait « bizarre », poussée par le soutien financier qu'il lui apportait. Au cours de cette relation, elle a eu des rapports sexuels non protégés qui ont conduit à une grossesse non planifiée.

Alors qu'un soutien familial, issu des parents ou des proches, pourrait les protéger, l'étude montre qu'elles en sont souvent privées.

Le manque de soutien des parents et des proches

Certaines adolescentes et jeunes femmes confrontées à une grossesse non planifiée ne bénéficiaient pas du soutien parental dont elles avaient tant besoin. C'est le cas de Céline, coiffeuse de 22 ans. Quatrième de douze enfants, Céline vivait avec sa mère, qui était seule à s'occuper du foyer. Son père, polygame, vivait ailleurs avec l'une de ses épouses et ne contribuait pas à la prise en charge des enfants. Céline a confié que, malgré les efforts de sa mère, ils n'avaient pas suffisamment de moyens pour répondre aux besoins de chacun, ce qui la plaçait dans une situation de grande insécurité, tant affective que matérielle : « *J'ai des petits frères et des petites sœurs qui vivent là et il faut payer leurs frais de scolarité en plus d'autres besoins familiaux, parfois elle [ma mère] me dit qu'il n'y a rien. Alors, quand j'ai des problèmes financiers, je ne me tourne plus vers elle ... J'ai été obligée d'avoir un petit ami qui m'aide parfois...* »

Le témoignage de Céline met en évidence les effets de l'insécurité économique sur les grossesses non planifiées. Il illustre une réalité partagée par de nombreuses adolescentes et jeunes femmes vivant dans des circonstances similaires. Le fardeau que représente le fait d'avoir plusieurs enfants pèse lourdement, en particulier pour les mères célibataires. Leur incapacité à subvenir aux besoins de tous leurs enfants crée un environnement de vulnérabilité chronique, où les adolescentes sont souvent les plus exposées. Faute d'autre recours, elles se tournent souvent vers des soutiens financiers risqués, comme des rapports sexuels transactionnels.

Des rapports sexuels transactionnels comme solution à l'insécurité financière

Comme dans les cas de Stella et Céline, l'échange de relations sexuelles contre de l'argent apparaît comme une stratégie de survie connue pour compenser le manque de revenus. Une autre participante à l'étude, Solim, 27 ans, assistante de direction dans la région de Grand Lomé, a insisté sur ce point : « J'ai eu quelques aventures, pas des relations, (je suis) juste sortie avec des gens. C'était juste pour de l'argent (...) lui, il donne bien de l'argent. Quand il t'appelle, tu y vas parce que tu sais que tu reviendras avec de l'argent »

Des participant·e·s ont expliqué que parfois, ce sont les parents qui encouragent leurs filles à avoir des rapports sexuels transactionnels. Or ces relations transactionnelles s'articulent autour d'une profonde inégalité : le partenaire masculin est seul à décider du moment, des modalités et de la protection (ou non) des rapports sexuels. Cette inégalité accroît le risque de grossesses non planifiées, des grossesses qui menacent d'exacerber l'insécurité économique de la femme ou de l'adolescente, et qui par conséquent, se concluent souvent par un avortement.

Le lien entre fragilité mentale et vulnérabilité aux une grossesses non planifiées

Cette étude met en lumière une corrélation entre la santé mentale et la vulnérabilité aux grossesses non planifiées. La présente section se concentre sur les problèmes de santé mentale que connaissent les jeunes, la quête d'un soutien affectif et le lien avec les grossesses non planifiées.

Les problèmes de santé mentale rencontrés par les jeunes

Selon les données de cette recherche, les adolescentes et les femmes en situation de grossesse non planifiée ont souvent été

confrontées à un manque d'affection et de soutien en raison de liens familiaux fragiles ou de leur placement en famille d'accueil. Dans le cas d'Ingrid, la séparation avec sa mère à un jeune âge et le fait de ne pas avoir de frères et sœurs ont causé chez elle une forte détresse émotionnelle :

Parfois je suis évasive(...) c'est à cause de mes soucis. Ma solitude à la maison me pèse et me rend triste. Ça me fait pleurer parfois. J'ai une fois pleuré jusqu'à tomber malade. J'ai pleuré et je refusais de manger. Par exemple, à l'école, j'ai des amies qui ont des sœurs en seconde. Il y en a qui sont en terminale dont je fais la même classe que leurs petites sœurs. Donc si je vois tout ça là, ça m'affecte. Ça me fait de la peine. Quelquefois en récréation tu verras les sœurs ou les frères se tenir la main et s'amuser. Ça me fait de la peine(...)

Ingrid, 17 ans, lycéenne, Grand Lomé

Cet extrait révèle l'impact profond de la situation familiale d'Ingrid sur sa santé mentale, à savoir l'absence de mère et son statut de fille unique. Comme Ingrid, Akouvi a souffert elle aussi de solitude, du divorce de ses parents et du remariage de sa mère. Au-delà de liens familiaux fragiles, la précarité financière des adolescentes, des femmes et de leurs familles mine également leur santé mentale. L'obligation de subvenir à leurs propres besoins ainsi qu'à ceux de leurs familles a généré une détresse profonde chez certaines participantes, comme dans le cas de Céline.

Lorsque les adolescentes et les jeunes femmes éprouvent de la solitude ou une carence affective, un manque de communication et de connexion avec leurs parents ou tuteurs les empêche de demander de l'aide à la maison et les oblige à en chercher à l'extérieur.

De la recherche d'un soutien affectif à une grossesse non planifiée

Les entretiens avec les adolescentes et les jeunes femmes révèlent que, dans leur recherche de soutien affectif, elles tissent souvent des relations affectives avec

des hommes, adolescents ou adultes, ce qui les expose à un risque important de grossesse non planifiée. Ingrid, dont l'histoire a été évoquée précédemment, et d'autres adolescentes ont cherché du réconfort et de la compagnie auprès de garçons ou d'hommes adultes. Or souvent, ces liens se concrétisent par des rapports sexuels non protégés et des grossesses non planifiées.

En conclusion, la vulnérabilité économique et des liens sociaux fragiles, entraînant une mauvaise santé mentale, apparaissent comme des déterminants majeurs de grossesses non planifiées chez les adolescentes et les jeunes femmes, particulièrement quand s'y ajoute la non-utilisation de méthodes contraceptives pour les raisons évoquées ci-après.

Même les personnes qui connaissent les préservatifs sont réticentes à les utiliser. Leur achat est mal vu. Même les hommes mariés ont du mal à les acheter en pharmacie et baissent la voix pour les demander discrètement.

Une jeune participante, Grand Lomé





La non-utilisation de méthodes contraceptives (fiables)

Comme le confirme l'analyse des données recueillies dans cette étude, la plupart des femmes et des adolescentes qui ont eu une grossesse non planifiée n'utilisaient pas de méthodes contraceptives au moment de la survenue de leur grossesse. Les participantes invoquent plusieurs raisons à cela : le manque d'information sur les méthodes contraceptives, des expériences négatives passées, les rumeurs sur leurs effets secondaires, ainsi que la réprobation sociale de l'utilisation de méthodes contraceptives par les adolescentes et les jeunes femmes. S'y ajoutent parfois l'opposition du partenaire ou des difficultés d'accès dans les établissements de santé.

Le manque d'informations fiables sur les méthodes contraceptives modernes

Les données de cette recherche montrent que certaines femmes et adolescentes n'utilisaient pas les contraceptifs modernes par manque d'informations fiables, comme l'explique cette participante :

La communauté manque d'informations sur les méthodes contraceptives, telles que les injections et les implants. Certaines personnes pensent qu'une fois adoptées, elles empêchent toute grossesse future ou provoquent des règles abondantes. Ce manque d'informations alimente de nombreuses idées fausses. Même les personnes qui connaissent les préservatifs sont réticentes à les utiliser. Leur achat est mal vu. Même les hommes mariés ont du mal à les acheter en pharmacie et baissent la voix pour les demander discrètement. Ce tabou amène les jeunes à préférer le coït interrompu. Ils pensent que le fait de se retirer avant l'éjaculation permet d'éviter les risques, mais cette méthode n'est pas fiable.

Une jeune participante, discussion de groupe, Grand Lomé

Au-delà du manque d'information, ce témoignage souligne comment les tabous autour de la sexualité peuvent empêcher des échanges ouverts et informatifs sur la contraception. Ces tabous opèrent comme de véritables freins à l'accès à des méthodes contraceptives, tant chez les femmes que chez les hommes, quel que soit leur âge, mariés ou pas. À la place, beaucoup se tournent vers des pratiques traditionnelles comme la méthode du calendrier ou le retrait, sans être réellement informés des risques persistants de grossesse qu'elles présentent. En effet, les résultats de l'étude confirment que parmi les utilisatrices de la méthode du calendrier, certaines méconnaissaient leur cycle ou leur période d'ovulation : *« Il m'a demandé si je connaissais bien mon cycle, et je lui ai répondu que non parce que je ne me souciais même pas de ce genre de choses, puisque je n'avais pas de relations sexuelles. Ce n'est qu'après mon avortement que j'ai commencé à apprendre à suivre mon cycle et à comprendre de quoi il en retourne. » Cynthia, 25 ans, étudiante, Grand Lomé*

Cynthia est tombée enceinte après que son partenaire lui a eu assuré pouvoir surveiller précisément son cycle d'ovulation. D'autres jeunes ont indiqué que les préservatifs étaient la principale méthode connue des jeunes, mais qu'ils ne les utilisaient pas toujours correctement.

Les rumeurs sur les effets secondaires des méthodes contraceptives

Les rumeurs sur les effets secondaires des « contraceptifs modernes » sont également apparues comme un facteur de non-utilisation de la contraception. Un agent de santé communautaire a expliqué que les rumeurs (par exemple, que les contraceptifs rendent les utilisatrices grosses ou stériles) dissuadent certaines femmes, comme l'ont confirmé des femmes lors des discussions de groupe : *« D'après moi, le fait d'utiliser des préservatifs, des implants ou des injections n'est pas une bonne chose. C'est très mauvais pour la santé. Si seulement nous pouvions nous fier à nos règles. Je crois qu'il est préférable d'utiliser la méthode du calendrier que des méthodes contraceptives, comme des injections et des implants. » Une participante, région des Plateaux*

Il est important de noter que les inquiétudes des femmes concernant les effets secondaires des contraceptifs proviennent souvent de leur entourage. Leurs craintes sont parfois si fortes qu'elles poussent des participantes comme Dado, qui a eu deux avortements non sécurisés, à continuer de s'opposer aux contraceptifs : *« Jamais ! Moi, faire du planning familial ? Jamais ! On me dit souvent que si je ne veux pas avoir d'enfant, c'est ce qu'il faut faire. Mais moi, je ne veux pas grossir. J'ai une tante qui l'a fait, on lui a posé un implant, et elle est devenue énorme, et moi je ne veux pas ça... Même si on me donnait des millions, je ne le ferais pas. » Dado, 23 ans, étudiante, Grand Lomé*

Comme le montre ce témoignage, il est fréquent que des adolescentes et des jeunes femmes refusent d'utiliser des méthodes contraceptives, par crainte d'effets secondaires graves qu'elles pourraient avoir sur leur santé et leur apparence physique. Elles craignent de ne plus pouvoir avoir d'enfants à l'avenir, étant donné que la fertilité d'une femme est source de respect et de statut social. En témoignent les propos de Baméla, adolescente de 15 ans qui, de peur de devenir stérile, a refusé d'utiliser des méthodes contraceptives. Elle l'explique en ces termes : « Les gens disent que l'injection s'accompagne de risques de stérilité et de maladies incurables. C'est pour ça. » La circulation de ces rumeurs est amplifiée par la condamnation par les membres de la communauté de l'utilisation des contraceptifs par les adolescentes et les jeunes femmes (non mariées), ce qui incite à répandre des rumeurs pour décourager cette pratique.

La stigmatisation de l'utilisation des contraceptifs par les jeunes

Les données de terrain révèlent des perceptions négatives de l'utilisation de la contraception par les adolescentes et jeunes femmes. Un chef traditionnel du Grand Lomé s'exprime sans équivoque : *« Surtout une adolescente qui n'est pas mariée. Oh non, non, non ! En tant que garant des us et coutumes, je dis que c'est déconseillé (l'utilisation des contraceptifs). C'est quelque chose d'inadmissible ! »* Le même sentiment était partagé par les parents et certains prestataires de soins et des agents de santé communautaires dans les deux régions. Cette stigmatisation de l'utilisation

Surtout une adolescente qui n'est pas mariée. Oh non, non, non ! En tant que garant des us et coutumes, je dis que c'est déconseillé (l'utilisation des contraceptifs). C'est quelque chose d'inadmissible !

Un chef traditionnel du Grand Lomé

des contraceptifs chez les adolescentes s'explique par la conviction que les contraceptifs encouragent l'irresponsabilité ou la promiscuité sexuelle. D'autres craignent à tort que cela conduise à l'infertilité.

L'opposition du partenaire à l'utilisation de contraceptifs

L'opposition du partenaire demeure un obstacle majeur à l'utilisation régulière de méthodes contraceptives. En témoigne cette assistante de santé communautaire du Grand Lomé : « [...] certaines (femmes) déjà mariées disent que leur mari refuse désormais les contraceptifs, de crainte d'être tenu responsable en cas de problème. »

Cela montre que l'opposition du partenaire à l'utilisation de contraceptifs découle souvent de la peur des effets secondaires. Lorsque les femmes n'utilisent pas elles-mêmes de contraceptifs, elles doivent compter sur leur partenaire pour prévenir les grossesses non planifiées. D'après les données, l'utilisation du préservatif n'est pas une pratique systématique. Cynthia, 25 ans, une étudiante du Grand Lomé, l'explique en ces termes : « Non, il n'a pas mis de protection. Il m'a dit que les gens ne mettent pas de protection les premières fois... moi, je lui ai demandé pourquoi, mais je n'ai pas insisté. J'ai dit, d'accord, pas de problème. » Dans d'autres cas, les hommes persuadent leur partenaire qu'ils ont les connaissances nécessaires, notamment pour pratiquer le coït interrompu ou la méthode du calendrier, alors qu'en réalité, comme souligné précédemment, ils ont un contrôle ou une connaissance limitée de ces méthodes.

Si certaines adolescentes et femmes parviennent à surmonter les obstacles décrits ci-dessus et décide d'utiliser des contraceptifs modernes, elles rencontrent toutefois des difficultés pour accéder à ces méthodes.

Les obstacles à l'accès à la contraception

Les résultats de cette recherche montrent que la majorité des centres de santé visités n'offrent pas de services de contraception adaptés aux jeunes. L'observation participante et les discussions avec les responsables des services de planification familiale révèlent souvent l'absence

J'ai entendu des sage-femmes de l'hôpital local s'étonner que des étudiantes viennent chercher des implants et des contraceptifs. Ce genre de remarques dissuade les jeunes d'adopter ces méthodes, alors qu'en réalité, celles qui prennent cette initiative ont compris l'importance de la contraception.

Élise, 24 ans, étudiante, Plateaux

d'espaces réservés aux jeunes. Cette lacune décourage les jeunes de fréquenter les centres et de bénéficier des services de planification familiale qui y sont offerts. De plus, la stigmatisation de l'utilisation de la contraception par les jeunes non mariés suscite des attitudes négatives du personnel médical envers eux, comme l'explique Élise : « *J'ai entendu des sage-femmes de l'hôpital local s'étonner que des étudiantes viennent chercher des implants et des contraceptifs. Ce genre de remarques dissuade les jeunes d'adopter ces méthodes, alors qu'en réalité, celles qui prennent cette initiative ont compris l'importance de la contraception.* » Élise, 24 ans, étudiante, Plateaux

Les comportements signalés comprennent des prestataires qui crient et se montrent méprisants ou moralisateurs. Parfois, les conseils prodigués par les prestataires découragent les jeunes célibataires d'utiliser des méthodes contraceptives de longue durée, en invoquant les risques liés à la fertilité. Ces attitudes créent des obstacles pour les jeunes qui souhaitent bénéficier des services de planification familiale, car la crainte d'être jugé peut les dissuader de se rendre dans les établissements de santé ou les amener à en repartir sans obtenir la méthode contraceptive de leur choix.

Les grossesses non planifiées issues de violences sexuelles

Parmi les adolescentes et les jeunes femmes ont été suivies dans le cadre de cette étude, certaines sont tombées enceintes à la suite de violences sexuelles, telles qu'un viol ou des rapports incestueux.

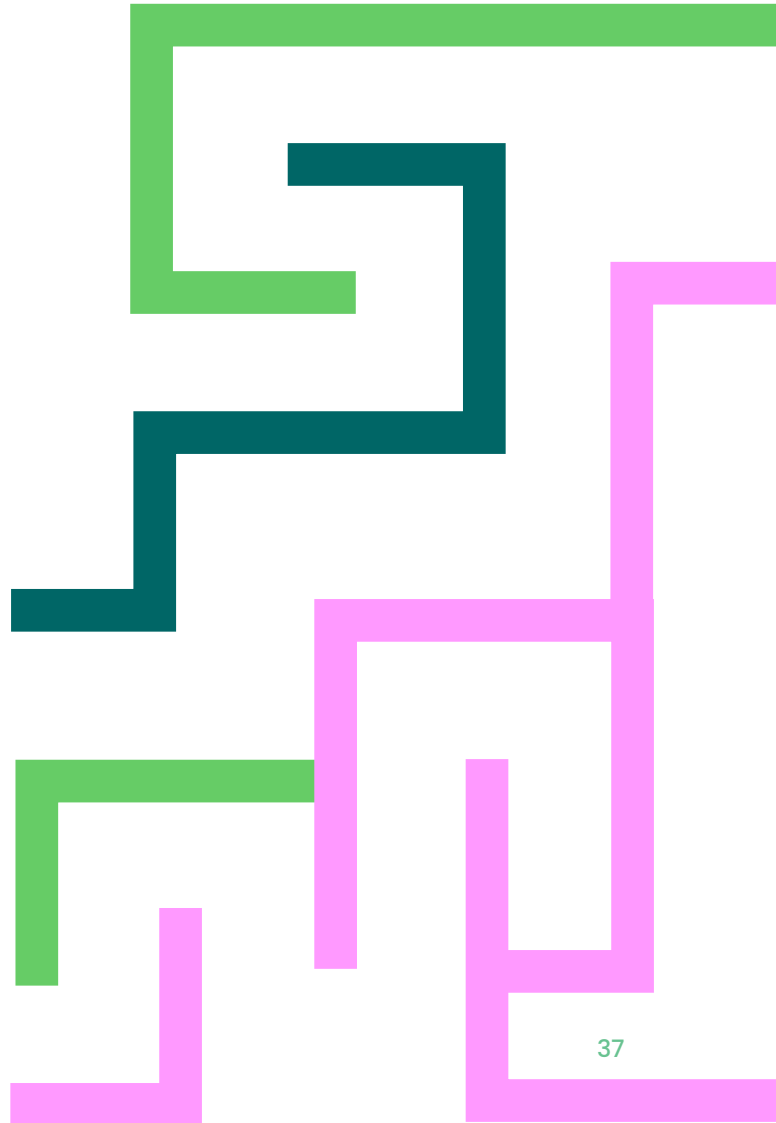
La première étude de cas est celle de Claudine, 16 ans, mentionnée plus haut, qui est tombée enceinte après avoir été violée par son cousin dans la famille d'accueil où elle vivait en tant qu'enfant confiée. Sur injonction de son agresseur, elle n'avait dit mot à personne du viol dont elle avait été victime. Lorsque sa tante et sa cousine ont découvert plus tard qu'elle était enceinte, elles ont pris les mesures nécessaires pour lui faire subir un avortement clandestinement, sans reconnaître l'abus sexuel qu'elle avait subis ni tenir l'auteur responsable de son acte. Une deuxième étude de cas est celle

d'Akouvi, 15 ans, qui a rencontré son petit ami Kokou, un garçon du coin, lors d'une visite dans le village de son grand-père. Un soir, lors de funérailles, Akouvi et Kokou, et Landry (l'ami de Kokou) et sa petite amie, s'embrassaient sur un terrain de jeux. Lorsque Kokou a insisté pour avoir des rapports sexuels avec Akouvi et qu'elle a refusé à plusieurs reprises, Landry l'a aidé en immobilisant Akouvi afin que Kokou puisse avoir des rapports sexuels avec elle contre sa volonté. Elle a eu du mal à s'échapper, comme elle le dit : « *J'ai mordu la main de son ami pour qu'il me lâche. J'ai poussé Kokou, il est tombé, et j'ai couru, mais il m'a rattrapée.* » Elle a eu beau lui résister, il a fini par la violer. Elle est tombée enceinte à la suite de ce rapport, après quoi Kokou l'a aidée à se procurer une méthode d'avortement clandestine. L'exemple d'Akouvi montre comment la coercition sexuelle exercée par un petit ami peut se transformer en agression sexuelle et conduire à une grossesse non planifiée.

Ces cas partagent une caractéristique commune : le silence qui entoure souvent les violences sexuelles subies par ces adolescentes. Dans le cas d'Akouvi, elle n'a pas fermement condamné le comportement de son petit ami lorsqu'elle a été interviewée, ce qui soulève des questions sur la manière dont le consentement est interprété, en particulier parmi les couples ou les personnes qui sortent ensemble. Cela montre aussi comment ce type de comportement de la part de jeunes hommes n'est pas nécessairement condamné, comme quand la tante de Claudine a rapidement organisé un avortement pour éviter que son fils soit reconnu comme l'auteur du viol.

Les résultats révèlent que de nombreuses adolescentes ont été victimes d'agression sexuelle et n'ont pas pu se défendre ni trouver le soutien médical et juridique nécessaires. Elles n'ont pas pu accéder à des soins de santé après un viol pour soigner leurs blessures ou prévenir les IST et une grossesse non planifiée. Elles n'ont pas pu non plus accéder à des services judiciaires pour tenir les auteurs responsables de leurs actes. Un autre point commun réside dans l'ignorance du fait que le viol et l'inceste constituent des motifs pour accéder à un avortement légal et sécurisé au Togo, chose contribuant à exposer les victimes à des pratiques d'avortement clandestines et non sécurisés.

En conclusion, cette section consacrée aux déterminants des grossesses non désirées met en évidence plusieurs facteurs influençant les grossesses non désirées chez les participantes à l'étude. Il s'agit notamment, mais pas exclusivement, de l'insuffisance de l'éducation à la sexualité, du non-recours aux méthodes contraceptives, de la précarité économique, de liens sociaux fragiles, de violences sexuelles et de problèmes de santé mentale. Souvent, plusieurs de ces facteurs se conjuguent pour aggraver la vulnérabilité et la détresse. Une fois enceintes, les adolescentes et les femmes qui ont participé à cette étude ont dû prendre la décision difficile soit de poursuivre la grossesse, soit de l'interrompre.



L'histoire d'Ama

Âgée de 17 ans et originaire du Grand Lomé, Ama avait quitté l'école et travaillait dans un petit restaurant en bordure de route, où elle n'était payée que sporadiquement. Elle avait récemment emménagé en ville avec son petit ami Koffi, à la recherche d'un emploi, malgré l'opposition de sa mère à leur relation.

Koffi, âgé de 21 ans, avait abandonné ses études universitaires et travaillait de jour dans une usine à un poste mal rémunéré, et de nuit comme DJ. Au début de leur relation, Ama avait résisté à ses avances. Elle craignait de tomber enceinte. À la longue, Ama avait fini par céder, rassurée par les connaissances de Koffi en matière de prévention de grossesse.

Malgré les incitations de Koffi à ce qu'Ama utilise la contraception injectable, elle s'y était opposée, par crainte des piqûres et de leurs effets secondaires. La méfiance d'Ama en matière de contraception provenait notamment des fausses couches répétées de sa sœur, qu'elle attribuait à l'utilisation de contraceptifs. Koffi, quant à lui, n'aimait pas utiliser le préservatif, de sorte que le couple s'en remettait plutôt à la méthode du calendrier, qui, clairement, s'est révélée inefficace.

Quand Ama s'est rendu compte qu'elle était enceinte, Koffi lui a déclaré qu'il n'était pas prêt à assumer ses responsabilités, faute de ressources financières insuffisantes. Il s'est adressé aux sage-femmes d'un centre de santé voisin pour s'informer sur les soins liés à l'avortement, expliquant :

« Nous aurions pu nous en occuper [provoquer l'avortement] tranquillement à la maison, mais je savais que cette méthode est très risquée. Au moins à l'hôpital, l'intervention sera plus sûre. » Les sage-femmes leur ont toutefois déconseillé l'avortement et les ont encouragés à poursuivre la grossesse, malgré les difficultés financières du couple. Ils ont commencé par se rallier à cette idée.

Selon Ama, au fil de la grossesse, des disputes sont apparues dans le couple et Koffi l'a agressée physiquement, insistant qu'elle ait recours à un avortement. Koffi conteste ses allégations et, selon lui, leur désaccord portait sur le refus d'Ama de commencer à suivre les soins prénatals.

Ama a fini par décider d'interrompre la grossesse sans en informer Koffi. Elle s'est rendue à la pharmacie, mais la honte l'a empêchée de demander directement des médicaments abortifs. Au lieu de cela, elle a demandé à une femme qui sortait de la pharmacie de les acheter pour elle. Cette femme a accepté de le faire, mais ne lui a pas expliqué en quoi consistait le produit ni comment il fallait le prendre. Ama a avalé les cinq comprimés du blister en une seule prise, et rien ne s'est passé.

Plusieurs semaines plus tard, Ama a tenté une autre méthode dont elle avait entendu parler par des amis, qui consiste à avaler une boisson énergisante avec du paracétamol. Peu de temps après, elle s'est mise à saigner abondamment. Quand elle lui en a parlé, Koffi l'a accompagnée au centre de santé pour s'y faire soigner.

Alors qu'elle perdait beaucoup de sang, Ama a attendu longtemps au centre de santé avant d'être examinée. Quand elle a enfin reçu des soins, une sage-femme lui a parlé durement et lui a reproché d'avoir tenté de provoquer un avortement. Ama s'est sentie profondément blessée par le comportement que le personnel du centre a eu envers

elle. « *On m'a insultée, en me traitant de sorcière et en m'accusant d'entêtement* », se souvient-elle. « *On s'occupe bien des malades, mais à cause de ce que j'ai fait, on m'a traitée vraiment mal.* »

Les sage-femmes n'ont administré aucun analgésique à Ama lors du retrait des tissus de grossesse retenus. Elle a décrit l'intervention comme extrêmement douloureuse, en disant :

« Ça faisait très mal [...] le genre de douleur qui pourrait tuer un être humain. »

Le processus décisionnel en matière d'avortement

Point clés à retenir :

Il est rare que les adolescentes et les femmes prennent seules la décision d'avorter. Souvent le partenaire masculin ou les parents sont impliqués et parfois leur choix l'emporte, sans consultation. Les normes sociales pèsent lourdement dans cette prise de décision.

Les raisons courantes pour décider d'avorter comprenaient :

- La peur des réactions de la famille ou de la communauté, notamment l'exclusion sociale ou la perte de soutien
- L'abandon par le partenaire ou des pressions de sa part
- L'influence de la mère ou d'autres parents
- L'incapacité de mener la grossesse à son terme, en raison de l'âge, des études, de difficultés financières ou de conditions de vie instables
- Une grossesse issue de violences sexuelles
- Une grossesse résultant d'une relation occasionnelle

Souvent, une combinaison de ces facteurs était en jeu.



Les résultats de l'étude confirment que, dans une situation de grossesse non planifiée, le processus décisionnel est à la fois complexe et non linéaire, mêlant des facteurs individuels, sociaux, économiques, juridiques, culturels, religieux et médicaux.

Plusieurs des femmes et des adolescentes interrogées ont mené leur grossesse non planifiée à terme. Elles l'ont fait par crainte des complications ou de la stigmatisation sociale ou religieuse liées à l'avortement. Dans certains cas, des tentatives d'avortement ont échoué. Dans d'autres, des proches ou leur partenaire les ont empêchés de mettre fin à leur grossesse. Parfois, un prestataire de soins de santé les a convaincues des risques (supposés) d'un avortement et de l'importance d'aller au bout de la grossesse.

En revanche, d'autres adolescentes et femmes enceintes ont choisi d'interrompre leur grossesse et le reste de ce rapport se consacre à leurs expériences. La section suivante détaille la complexité de la prise de décision en matière d'avortement : les émotions en jeu, les raisons interdépendantes d'interrompre une grossesse non planifiée et les personnes impliquées.

Découverte de la grossesse : émotions et recherche de soutien

La découverte d'une grossesse est un moment décisif dans le processus de prise de décision. Or les données montrent que cette découverte peut se produire tardivement, en l'occurrence au bout de trois mois, voire plus. C'est d'autant plus le cas chez les adolescentes qui n'avaient reçu qu'une éducation limitée à la sexualité et leur cycle menstruel (voir plus haut). Elles ignoraient souvent que les rapports qu'elles avaient eus pouvaient conduire à une grossesse ou n'ont pas reconnu les premiers signes d'une grossesse. Akoko, 19 ans, en est un exemple : elle a d'abord imputé l'absence de règles à un cycle irrégulier. L'absence continue de règles l'a poussée à faire un test de grossesse et c'est à ce moment-là qu'elle a appris qu'elle était enceinte. Alors qu'elle avait estimé sa grossesse à deux mois, le prestataire de soins de santé qui l'a traitée pour des soins post-avortement a estimé la grossesse à quatre mois d'après la

La grossesse a souvent été vécue comme une menace immédiate pour leurs études et leur statut social.

taille du placenta retiré par curetage. Dans certains cas, ce sont les femmes plus âgées de leur entourage (mère, sœur, tante ou grand-mère) qui ont remarqué la grossesse en premier et ont ensuite confronté les adolescentes.

La découverte d'une grossesse non planifiée a suscité plusieurs types d'émotions chez les participantes. Les participantes ont souvent fait état d'émotions négatives accablantes telles que le choc, la panique et le désespoir, même si elles soupçonnaient déjà une grossesse. C'est ce qui s'est passé pour Céline, 22 ans, comme elle l'explique : « *Je me suis mise à pleurer, à trembler, je ne savais pas quoi faire* ». Ces réactions étaient liées à l'impact potentiel que la grossesse pourrait avoir sur leur vie. En effet, la grossesse a souvent été vécue comme une menace immédiate pour leurs études et leur statut social. Leur peur provenait de la réaction (violente) qu'elles attendaient de leurs parents ou de leur partenaire, de la stigmatisation sociale (en particulier pour les adolescentes encore à l'école, en apprentissage, ou pour des femmes qui n'étaient pas mariées) et des incertitudes quant à l'avenir. Les normes sociales qu'elles ont internalisées génèrent chez elles un sentiment de culpabilité, sachant qu'une grossesse avant le mariage est vue comme un déshonneur familial et une dévalorisation personnelle.

Si certaines adolescentes et femmes ont choisi de cacher leur découverte de grossesse à leur entourage pour éviter toute stigmatisation, d'autres ont cherché à se confier à quelqu'un. La première personne à qui elles ont osé parler était souvent une confidente, quelqu'un qui n'allait pas les juger, comme l'explique Reine, 23 ans, étudiante du Grand Lomé : « J'ai d'abord parlé à ma meilleure amie. Elle m'a écoutée sans me critiquer. Elle m'a dit qu'on allait chercher une solution ensemble. » En se confiant ainsi à son amie, Reine a pu trouver à la fois un réconfort et un soutien. D'autres femmes et adolescentes se sont tournées vers un membre de leur famille. C'est ce qu'a fait Mawussé, étudiante de 18 ans de la région des Plateaux, qui s'est confiée à sa cousine. Elle s'attendait à trouver chez elle de la compréhension et du soutien, car sa cousine avait joué un rôle de médiatrice dans sa relation avec son petit ami, en lui donnant la confiance nécessaire pour lui parler. Or celle-ci a réagi violemment à sa nouvelle en la

prévenant : « Tu es foutue chez ta maman ! »
Au lieu d'obtenir l'aide escomptée, la réaction de sa cousine a accentué ses sentiments de solitude, de honte, de culpabilité et d'angoisse.

D'autres adolescentes et jeunes femmes ont choisi d'en parler à leur partenaire pour savoir s'il allait assumer sa part de responsabilité dans la grossesse ou choisirait de prendre des distances. Élyse, une femme au foyer de 33 ans, originaire de la région des Plateaux a raconté : « *Quand je lui ai dit, il a d'abord gardé le silence, puis il m'a demandé si j'étais sûre. Il avait l'air paniqué, mais il ne s'est pas enfui.* » Bien que son partenaire se sentait dépassé, il a décidé de la soutenir. Si ce partenaire a cherché à apporter son soutien, d'autres ont réagi durement et violemment, notamment en niant toute responsabilité. C'est ce qui s'est passé pour Ama, 17 ans : « *Il n'était pas content. Quand je lui ai annoncé la nouvelle, il a froncé les sourcils et m'a dit qu'il n'avait pas les moyens de subvenir aux frais d'une grossesse jusqu'à la naissance du bébé. Il m'a dit de ne pas le garder.* »

Parfois, après beaucoup d'hésitations et de craintes, les mères étaient sollicitées pour obtenir de l'aide. Les réactions ont varié d'une mère à l'autre. Akouvi, 15 ans, du Grand Lomé, a expliqué : « *J'avais peur de le lui dire, et quand j'ai enfin trouvé le courage de le faire, elle est restée calme et s'est mise à pleurer...* ». D'autres ont rapporté que leur mère s'était mise en colère, les avait battues ou chassées de la maison, comme pour Benjamine, 16 ans, une élève des Plateaux : « *Elle m'a frappé avec un bâton. Après m'avoir frappé, elle est allée le dire à la mère de mon petit ami.* »

Le fait de se confier à quelqu'un, que sa réaction soit bienveillante ou réprobatrice, a permis aux adolescentes et aux jeunes femmes de ne plus avoir à supporter seules le fardeau d'une grossesse non planifiée. Les adolescentes et les femmes, ainsi que les personnes à qui elles s'étaient confiées, devaient désormais prendre la décision de mener la grossesse à terme ou d'y mettre fin. La peur, la honte, l'incertitude et la nécessité de trouver une solution ont pesé lourdement sur les choix qu'elles ont pris.

Les raisons qui ont motivé la décision de faire recours à l'avortement

Cette section se concentre sur les motivations qui ont conduit les adolescentes et les femmes ayant une grossesse non planifiée à recourir à un avortement. Souvent, plusieurs raisons se combinent.

La peur de la réprobation parentale et sociale

Adira, une étudiante de 25 ans du Grand Lomé, redoutait les réactions de ses amis et voisins lorsqu'ils apprendraient qu'elle était enceinte. Elle imaginait les regards, les rumeurs et les critiques. De plus, elle craignait la réaction de ses parents et de l'impact que cette grossesse aurait sur ses études. En effet, il est fréquent que les parents paient des frais de scolarité, parfois au détriment de la scolarisation d'autres frères et sœurs. Les adolescentes et les jeunes femmes craignent qu'une grossesse hors mariage ne compromette ce soutien financier et toute éducation ou formation future. Les garçons partageaient des craintes similaires concernant les réactions de leurs parents, ainsi que la peur de l'entourage élargi :

On se met à t'insulter, on te dit "tu n'as pas l'âge d'avoir un enfant ! Tu as mis une femme enceinte, mais tu as quoi au juste ? [...] Tu n'as même pas un champ pour nourrir ta femme et ton enfant, et tu l'as mise enceinte. Qu'est-ce que tu vas faire pour subvenir à leurs besoins ? Tu ne peux même pas te suffire à toi-même : c'est ton père qui te soutient, et maintenant tu as mis une fille enceinte"... C'est comme ça que les gens réagissent.

Un jeune homme, Plateaux

La peur d'une pareille réprobation familiale ou sociale pousse les garçons à nier la responsabilité de la grossesse ou à inciter leur partenaire à avorter. Certaines adolescentes ont fini par décider de se faire avorter, pour éviter la honte, le ridicule ou l'exclusion qui accompagnent une grossesse hors mariage.

Abandon ou pression exercée par le partenaire

Certaines participantes ont eu recours à l'avortement après avoir été abandonnées par leur partenaire ou avoir subi des pressions de sa part. Ama, l'adolescente de 17 ans qui avait quitté l'école et travaillait dans un petit restaurant du Grand Lomé, en faisait partie. Comme elle l'a dit : « *À la moindre occasion, il me frappait et me demandait d'avorter.* » À force de pressions et de violences, Ama a opté pour l'avortement. Les résultats de la recherche ont révélé que, dans certains cas, comme dans celui d'Ama, l'attitude du partenaire à l'annonce d'une grossesse influence fortement la décision d'avorter. Dans le cas d'Ama, son partenaire a fait pression sur elle pour qu'elle se fasse avorter parce qu'il n'avait pas les moyens de subvenir aux besoins d'un enfant. Dans d'autres cas, le partenaire craignait les réactions de ses parents ou de son entourage. C'est ce qui incite souvent les hommes à contester la paternité comme moyen de prendre des distances. Ces comportements sont source de conflits, de méfiance, d'accusations, voire d'abandon, comme dans le cas de Marlène, une couturière de 25 ans du Grand Lomé : « *Mais à un moment donné, il a complètement changé et des gens se sont mis à lui dire que tout cela se finira en pleurs et qu'il n'était pas responsable de la grossesse, car plusieurs hommes me draguent.* » Face aux rumeurs, le partenaire de Marlène a nié être responsable de la grossesse et pris ses distances. Angoissée et se sentant abandonnée, Marlène a vu l'avortement comme la seule solution. Le refus du partenaire d'accepter ou de reconnaître la grossesse prive souvent la femme enceinte du soutien social, financier et émotionnel nécessaire pour mener la grossesse à son terme.

L'influence de la mère ou d'autres proches

Les données montrent que les partenaires masculins ne sont pas les seuls à avoir poussé les adolescentes et les femmes à avorter. Parfois, c'est la mère ou d'autres proches qui ont pris la décision d'avortement comme « solution » au problème, sans consulter nécessairement l'adolescente ou la femme. C'est ce qu'a connu Benjamine, apprentie de 20 ans, dans la région des Plateaux. C'est sa mère, par crainte de la

réaction de son mari quand il apprendrait la grossesse, qui a pris la décision d'avoir recours à un avortement, au nom de sa fille. Elle avait peur qu'il devienne violent, ou même qu'il chasse sa fille de la maison. Même si son petit ami s'opposait à l'avortement et voulait partir avec elle pour qu'elle puisse accoucher, Benjamine a choisi de suivre la volonté de sa mère, bien consciente que c'était d'elle qu'elle dépendait le plus.

De même, Georgette, 29 ans, de la région des Plateaux, a avorté alors qu'elle était encore étudiante. À l'époque, elle vivait avec sa tante et fréquentait un jeune homme. Quand sa tante a appris la grossesse, elle est devenue furieuse. Non seulement elle craignait que ses parents ne lui en imputent la faute, mais, en plus, elle a rappelé à Georgette qu'elle avait de mauvaises relations avec la famille du jeune homme. Elle l'a donc mise devant un ultimatum : soit Georgette attribuait la grossesse à un autre homme, soit elle avortait. N'ayant eu à cette époque qu'un seul partenaire à qui elle pouvait attribuer la grossesse, Georgette a essayé de trouver le soutien de ses parents biologiques pour mener sa grossesse à terme. Ceux-ci ont toutefois adhéré à la position prise par sa tante et lui ont ordonné de se faire avorter. Georgette n'a pas eu d'autre choix que d'accéder à leur volonté.

Ces exemples illustrent l'influence majeure des mères et des proches sur la décision d'avorter. Leur décision, ou leur coercition, était souvent motivée par un désir d'éviter de jeter la honte et le déshonneur sur la famille et de préserver l'avenir de la jeune adolescente. Les adolescentes n'avaient souvent guère leur mot à dire dans cette décision.

L'incapacité de mener la grossesse à terme, en raison de l'âge, des études, de difficultés financières ou de conditions de vie instables

La majorité des adolescentes et des femmes interrogées ont déclaré ne pas se sentir prêtes à assumer une grossesse. Cette impression d'impréparation renvoyait le plus souvent à la précarité de leur situation économique, à la poursuite de leurs études ou encore à un sentiment de manque de maturité. Dans un cas, les problèmes de santé ont été la principale raison invoquée.



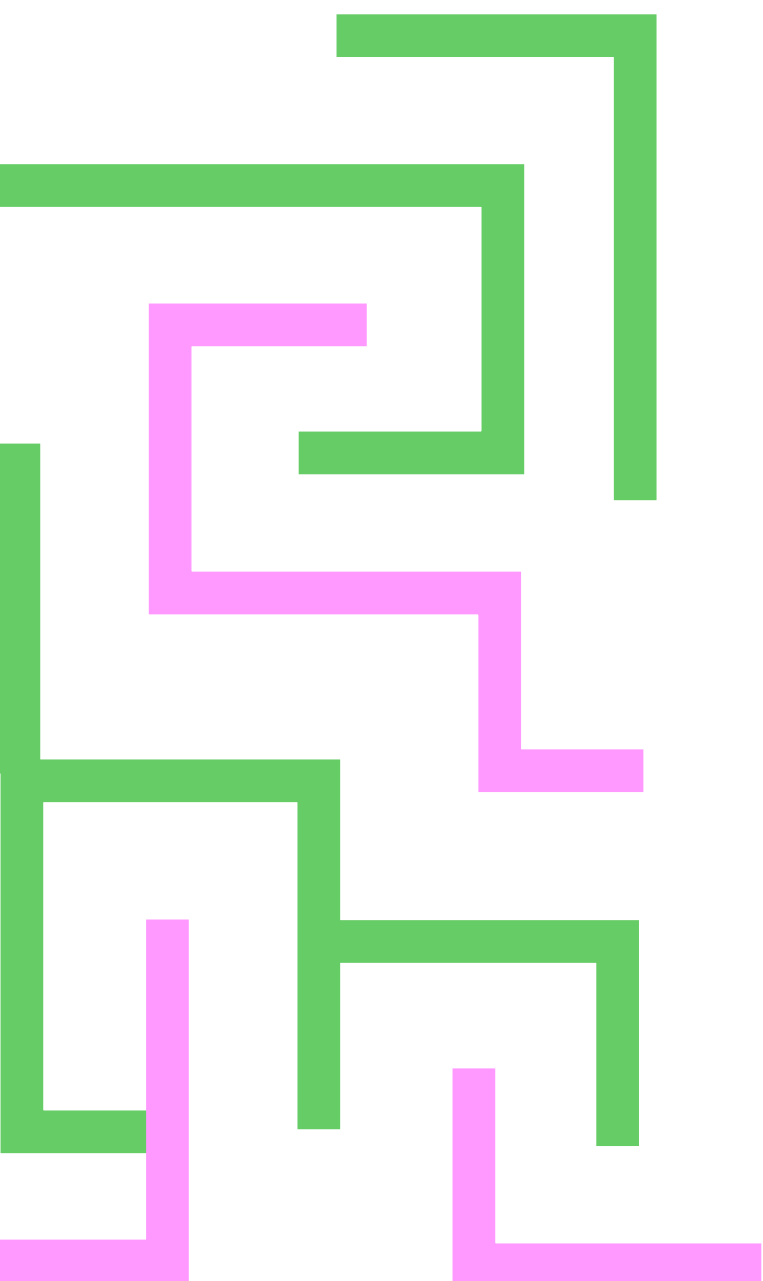
**Je n'avais pas
de travail, je
n'avais rien,
même pas assez
pour m'acheter à
manger. Parfois,
c'est difficile !
Comment je
pourrais m'en sortir
avec un enfant ?**

Ahoefa 39 ans, Grand Lomé

Beaucoup d'entre elles étaient encore jeunes (certaines mineures) et estimaient ne pas avoir l'expérience de vie nécessaire pour s'occuper d'un enfant. Pour les adolescentes encore scolarisées, en formation ou en préparation d'un diplôme, une grossesse non planifiée constituait un obstacle majeur à leurs perspectives d'avenir. Plusieurs craignaient de devoir abandonner leurs études ou renoncer à leurs projets professionnels. Le désir de réussir leurs études ou leur carrière peut être un facteur en faveur d'un avortement. Adira, étudiante de 25 ans, l'a expliqué en ces termes : « *J'étais encore à l'école, je ne pouvais pas me permettre de tomber enceinte à ce moment-là. J'avais peur de prendre du retard dans mes études.* »

Par ailleurs, la poursuite d'une grossesse suppose de disposer de ressources financières suffisantes, or de nombreuses participantes n'avaient pas d'emploi ou de soutien financier, comme l'explique Ahoefa, 39 ans, de Grand Lomé, qui était âgée de 19 ans lorsqu'elle est tombée enceinte et a eu son premier avortement : « *Je n'avais pas de travail, je n'avais rien, même pas assez pour m'acheter à manger. Parfois, c'est difficile ! Comment je pourrais m'en sortir avec un enfant ?* » La jeunesse ou le chômage de leur partenaire, ou leur abandon par celui-ci, ne fait qu'accentuer leur peur quant à leur incapacité financière à subvenir aux besoins d'une grossesse et d'un enfant, comme l'a expliqué la participante suivante :

De nombreuses adolescentes et jeunes femmes ainsi que leurs partenaires se trouvent en situation de précarité : absence d'emploi, de logement stable et d'alimentation suffisante.



Comme il [mon partenaire] n'avait pas les moyens et, surtout, n'avait pas de travail..., nous avions déjà beaucoup de mal à nous nourrir. Parfois, il allait chez sa mère pour rapporter un peu de quoi manger. C'était difficile pour nous deux de joindre les deux bouts. Dans ces circonstances, j'ai gardé la grossesse pendant un ou deux mois, mais je savais qu'il nous serait difficile d'assumer la suite, avec les consultations prénatales et tout le reste. C'est moi qui ai suggéré d'avorter, parce que nous ne pouvions pas nous en sortir financièrement.

Céline, 22 ans, tresseuse, Grand Lomé

Ce témoignage illustre la précarité dans laquelle se trouvent de nombreuses adolescentes et jeunes femmes et leur partenaires : absence d'emploi, de logement stable et d'alimentation suffisante. Si plusieurs participantes se sont repliées sur leurs parents et leurs proches pour subvenir à leurs besoins, beaucoup de ces familles étaient elles-mêmes en situation de grande vulnérabilité économique et sociale, et auraient été incapables de les soutenir durablement en cas de poursuite de la grossesse. Confrontées à cette insécurité matérielle, combinée à d'autres difficultés, ces adolescents et ces femmes en sont venues à considérer l'avortement comme la seule option viable.

Une grossesse issue de violences sexuelles

Les données de cette recherche montrent que certaines adolescentes et jeunes femmes sont tombées enceintes à la suite de rapports sexuels forcés. Cinq d'entre elles ont déclaré avoir été enceintes à la suite de violences sexuelles, ce qui leur a conduit à un avortement non sécurisé. Dans un cas, celui d'Akouvi, violée par son partenaire, le couple a choisi de rester ensemble, tout en décidant de ne pas poursuivre la grossesse. Bamela, quant à elle, a bénéficié du soutien de sa mère, qui l'a aidée à trouver les moyens d'obtenir un avortement. Dans le cas de Claudine, hébergée chez sa tante et agressée par le fils de celle-ci, c'est la tante elle-même qui a pris l'initiative d'imposer un avortement. Les motivations variaient selon les situations, mais dans les cas de Claudine et de Bamela,

ce sont des femmes de leur entourage familial (en l'occurrence, la tante et la mère) qui ont choisi de taire les violences sexuelles subies. Souvent, être victime survivante de violences sexuelles est vécu comme infamant : on lui en impute le tort, elle se trouve stigmatisée et abandonnée à son sort. Dans de tels cas, l'avortement ne vise donc pas seulement à interrompre une grossesse non planifiée, mais sert aussi à dissimuler les violences sexuelles subies et à éviter la honte et la stigmatisation qui y sont associées.

Une grossesse résultant d'une relation occasionnelle

L'étude a montré que plusieurs adolescentes et femmes sont tombées enceintes à la suite d'une relation occasionnelle ou de courte durée. Lorsqu'elles se sont retrouvées enceintes, elles se sont rendu compte que la relation était trop incertaine ou pas assez sérieuse pour mener la grossesse à terme. Solim, 27 ans, assistante de direction du Grand Lomé, a décrit sa situation :

« *Franchement, ce n'était pas quelqu'un avec qui je comptais faire ma vie. C'était juste une petite aventure. Je ne me voyais pas tomber enceinte de lui.* » Elle ne voulait donc pas d'un enfant de cette relation occasionnelle et a choisi de mettre fin à la grossesse.

En conclusion, les résultats de cette recherche montrent que la décision des adolescentes et des femmes d'avoir recours à un avortement découle d'un ensemble complexe de facteurs personnels, sociaux, économiques et culturels. Dans certains cas, c'est la peur de la stigmatisation familiale ou communautaire qui les a poussés à dissimuler leur grossesse et à considérer l'avortement comme leur seule issue possible. Pour d'autres, leur choix a été dicté par leur précarité financière ou leur dépendance économique : elles estimaient ne pas avoir les moyens de subvenir aux besoins d'un enfant, ou craignaient que la grossesse ne compromette leurs études et leur avenir. D'autres enfin étaient dans une relation instable, manquaient de soutien de la part de leur partenaire ou leur grossesse était le résultat d'une relation violente ou temporaire.

Les personnes impliquées dans le processus décisionnel

Comme on l'a vu plus haut, la décision d'avortement n'est pas toujours le fruit d'un choix individuel : elle peut impliquer plusieurs acteurs, dont les rôles et les influences varient et se complètent parfois. Cette section examine à la fois les situations où la décision est prise exclusivement par les femmes et les adolescentes elles-mêmes, et celles où elle est influencée par d'autres personnes.

Gérer la situation seule : lorsque le silence facilite la prise de décision en matière d'avortement

Bien que la prise de décision en matière d'avortement mobilise souvent différents acteurs et différentes dynamiques, quelques entretiens ont révélé des situations où les adolescentes et les femmes ont choisi d'agir seules. Cette décision d'autonomie répondait le plus souvent au besoin de préserver leur indépendance, d'éviter les tensions ou de se protéger de réactions qu'elles anticipaient comme désapprouvantes. Ce choix du silence s'est observé notamment chez les participantes qui savaient que leur partenaire ou leur entourage chercherait à les convaincre, voire à les contraindre, à poursuivre la grossesse.

D'autres ont commencé par se confier à leur partenaire dans l'espoir d'un soutien émotionnel dans leur décision d'avorter. Mais cette confiance a eu tôt fait de se transformer en conflit lorsqu'il s'est opposé à cette idée. Dans ces cas, la femme poursuivait souvent seule et en secret la décision prise. C'est ce qui est arrivé à Anita, 22 ans, femme au foyer de la région des Plateaux : « *Non, je ne lui ai rien dit. Je savais qu'il voulait garder le bébé et qu'il n'était pas prêt à envisager une autre option.* » Cette crainte de l'opposition masculine traduit un contexte où les femmes craignent de discuter librement de leurs choix reproductifs. Dans certaines situations, lorsqu'elles ont eu besoin d'un soutien financier pour interrompre la grossesse, elles ont cherché à l'obtenir de manière détournée, parfois même auprès de leur partenaire, sans révéler la véritable raison. Le cas de Véronique, 21 ans, infirmière, illustre bien cette stratégie : « *Je n'ai pas*

voulu lui expliquer pourquoi je voulais ces boissons. J'avais peur qu'il comprenne mon intention et qu'il essaye de me convaincre de ne pas avorter. Alors, je me suis contentée de lui demander de les acheter et il l'a fait sans poser de question. » Par ce silence, Véronique a cherché à conserver la maîtrise totale de sa décision de ne pas poursuivre la grossesse, consciente que toute explication risquait d'entraîner des pressions contraires à sa volonté.

Entre soutien et coercition : le rôle du partenaire et des proches dans le processus décisionnel

Plusieurs adolescentes et femmes ont pu prendre cette décision seules, et sont parvenues à interrompre leur grossesse. D'autres l'ont fait en accord avec leur partenaire et/ou leurs proches, notamment leur mère. D'autres encore y ont été contraintes.

Pour plusieurs d'entre elles, le partenaire a joué un rôle important dans la prise de décision. Comme on l'a vu plus haut, les adolescentes et les femmes ont été nombreuses à informer leur partenaire de leur grossesse. Cette nouvelle a donné lieu à trois scénarios distincts : dans le premier cas, un accord mutuel pour interrompre la grossesse ; dans le deuxième, un désir de la femme de poursuivre la grossesse, opposé par le partenaire ; et dans le troisième, un souhait de l'interrompre de la part de la femme, contesté par le partenaire. En cas d'accord mutuel sur l'avortement, le soutien du partenaire a pris des formes variées, de l'affectif au financier. Lisa, mariée et mère de trois enfants, en témoigne :

À ce moment-là, nous traversons une situation financière difficile, et c'est-là que j'ai dit à mon mari qu'on ne pouvait pas le garder. Et aussi, j'ai une santé fragile : quand je tombe enceinte, mon col de l'utérus ne tient pas. Et pour couronner le tout, cela coïncidait avec mon stage, et donc s'il y avait un moyen de le faire, il fallait mettre fin à la grossesse. Mon mari n'a pas été surpris. On en a discuté et ensemble, nous avons décidé d'avoir recours à un avortement.

Lisa, 34 ans, stagiaire, Grand Lomé

Grâce à cette entente, Lisa a pu exercer son choix procréatif dans un cadre favorable. Son mari lui a ensuite trouvé un prestataire qualifié, ce qui lui a permis de bénéficier de soins d'avortement appropriés dans une clinique établie, l'un des rares cas documentés dans cette étude.

Contrairement au cas de Lisa, plusieurs femmes ont rapporté avoir été contraintes d'interrompre leur grossesse. Selon elles, c'est leur partenaire ou leur mère qui leur a suggéré, voire imposé, d'avorter. C'est le cas de Béné, reprographiste de 25 ans de la région des Plateaux, dont le partenaire l'a contrainte à le faire, parce qu'il était déjà marié et père de deux enfants : « Il n'était pas d'accord, il voulait que j'avorte. Il n'arrêtait pas de me harceler pour me faire avorter. Au début, j'ai refusé, mais j'ai fini par céder... Oui, j'avais peur d'avorter parce que c'était ma première fois et je ne savais pas à quel point ce serait douloureux. »

Souvent, des proches ou la mère sont intervenus dès qu'ils ont eu connaissance de la grossesse, décidant de l'interruption sans vraiment tenir compte de l'avis de l'intéressée (comme dans les cas de Benjamine et Georgette, toutes deux adolescentes). Une fois la décision prise, la prochaine étape consiste à déterminer la marche à suivre, de la manière la plus discrète possible, comme le montre la section suivante.

L'histoire d'Ayoefa

Quand Ayoefa, une jeune femme de 19 ans, s'est retrouvée enceinte, elle a décidé avec Thomas, son petit ami, d'interrompre la grossesse par peur de la réaction de son père, décrit comme un homme autoritaire et souvent cruel. Thomas a sollicité l'aide de sa sœur aînée, qui a préparé une concoction, destinée à provoquer l'avortement. Présentée à Ayoefa, celle-ci a refusé de la consommer : « *Sa grande sœur m'a donné à boire dans un gobelet. C'était noir, comme du goudron.* » Son refus était motivé par la peur des conséquences, ses doutes sur cette mixture et ses incertitudes quant à la marche à suivre. Même si elle ne souhaitait pas mener cette grossesse à terme, elle ne se sentait pas prête à recourir à une méthode aussi risquée.

Après qu'Ayoefa eut refusé la boisson, Thomas s'est tourné vers un homme de leur quartier connu pour proposer des services d'avortement en privé. On ne savait pas vraiment s'il était médecin ou infirmier diplômé, mais il pratiquait régulièrement des avortements. Après lui avoir parlé, cet homme a accepté de procéder à l'intervention. Quand Thomas est revenu, accompagné cette fois d'Ayoefa, celle-ci a été surprise de se retrouver dans une clinique clandestine, car Thomas lui avait dit que l'intervention aurait lieu dans un hôpital. Faute d'alternatives et n'ayant personne d'autre pour la soutenir ou la conseiller, elle n'a rien dit.

L'homme lui a demandé d'entrer dans une chambre afin qu'il puisse commencer l'intervention. Il ne lui a pas demandé à quel stade en était sa grossesse, n'a effectué aucun examen et ne lui a prescrit aucun médicament pour soulager la douleur ou l'anxiété. Ayoefa a décrit cette expérience comme effrayante et extrêmement douloureuse :

« Je pensais à ma mère, et j'avais très mal. Et quand l'homme s'est muni d'un long instrument à insérer dans mes parties intimes, je me suis dit : " Si je meurs ici, qui le saura ? " Et j'ai pleuré. »

À l'issue de l'intervention, le prestataire lui a indiqué qu'elle aurait des saignements pendant quelques jours et que tout irait bien. « Il nous a prescrit des médicaments, que nous sommes allés chercher en pharmacie, mais sans aucune recommandation de suivi médical », se souvient-elle.

Soulagés de penser avoir réglé une situation difficile, Ayoefa et Thomas sont repartis chez eux, ignorant que débutait pour elle une longue période de complications de santé.

Il n'était pas d'accord, il voulait que j'avorte. Il n'arrêtait pas de me harceler pour me faire avorter. Au début, j'ai refusé, mais j'ai fini par céder...

Les parcours d'avortement au Togo

Point clés à retenir :

Une multitude de parcours d'avortement ont été identifiés au Togo. La plupart de ces parcours ont été entravés par des obstacles comme la stigmatisation, la peur, le manque d'informations, les contraintes juridiques et financières, que les adolescentes, les femmes et leurs proches doivent surmonter. Ces obstacles expliquent le recours à toutes sortes de méthodes d'avortement non sécurisées ou non encadrées, aux répercussions graves sur la santé.

- **La peur et la mésinformation concernant la loi sont très répandues.** La plupart des adolescentes et des femmes interrogées, y compris celles légalement éligibles à une prise en charge (comme les victimes de violences sexuelles), croyaient l'avortement totalement interdit au Togo.
- **Le risque perçu contre la nécessité.** Beaucoup associaient l'avortement à des complications graves, voire à la mort, mais estimaient n'avoir d'autre choix que de prendre ce risque.
- **La stigmatisation et le secret.** Poussées par la crainte de du jugement social et de sanctions légales, les adolescentes et les femmes se procurent discrètement des informations auprès d'amis, de partenaires, de parents ou sur les réseaux sociaux.
- **La prédominance des méthodes non sécurisées.** Les conseils reçus portaient majoritairement sur des méthodes non sécurisées : herbes médicinales, concoctions, comprimés d'origine inconnue, médicaments en vente libre ou cliniques clandestines.
- **Les obstacles à des options sécurisées.** Même si certaines avaient entendu parler de la pilule abortive médicamenteuse (comme le misoprostol), elles s'étaient heurtées à son coût élevé ou au refus des prestataires de soins de santé ou des pharmaciens de la fournir.

Ce chapitre présente les différentes ressources disponibles ainsi que les parcours d'avortement qui s'offrent aux adolescentes et aux femmes au Togo. Elle examine d'abord leur accès à l'information (méthodes d'avortement, risques associés, cadre juridique, etc.), avant d'explorer la diversité des innombrables parcours complexes menant à l'avortement.

L'accès à l'information

L'accès aux informations sur les méthodes d'avortement et la législation en la matière est essentiel pour pouvoir recourir à l'avortement. Cette section examine les types d'informations et les modalités d'accès qui ont joué un rôle clé dans le parcours vers l'avortement des adolescentes et des femmes.

La connaissance du cadre juridique

Au Togo, la loi n'autorise l'avortement que dans des circonstances exceptionnelles, à savoir lorsque la grossesse résulte d'un viol ou de rapports incestueux, lorsque la vie de la mère est en danger, ou lorsque le fœtus est mal formé. Or la plupart des personnes interrogées ignoraient l'existence même de cette loi. Beaucoup pensent que l'avortement est totalement interdit au Togo, comme on a pu le constater lors d'une discussion de groupe de jeunes femmes, qui s'est tenue dans la région des Plateaux : « *Ce que je sais de la loi togolaise, c'est que l'avortement n'est pas autorisé sur le territoire togolais.* » En revanche, la plupart d'entre elles sont au courant des peines encourues : elles savent que l'emprisonnement est la sanction prévue pour avoir avorté ou pour avoir aidé une femme à avorter^g. La notion d'illégalité de l'avortement et les lourdes peines qui l'accompagnent forcent les femmes et leurs proches à rechercher la clandestinité en ayant recours à des méthodes non sécurisées et à des pratiques dangereuses.

Dans les discussions, il est apparu clairement que, même lorsque les circonstances de la grossesse entrent dans le cadre prévu par la loi, les adolescentes et femmes se sont souvent heurtées à des obstacles, comme

La notion d'illégalité de l'avortement et les lourdes peines qui l'accompagnent forcent les femmes et leurs proches à rechercher la clandestinité en ayant recours à des méthodes non sécurisées.

^g Entre six mois et deux ans selon l'article 830 du Code pénal

l'obligation de présenter un certificat médical du une preuve de viol, ce qu'il leur était souvent difficile d'obtenir. Ces formalités peuvent avoir un effet très dissuasif. Comme l'a révélé une femme : « Ils m'ont demandé un document pour prouver le viol, mais comme je n'en avais pas, ils ont refusé de m'aider. » Une autre a témoigné lors d'une discussion de groupe : « *La loi dit que l'avortement est autorisé dans certains cas. C'est ce qu'on m'avait dit, mais une fois arrivée à l'hôpital, il n'y a plus personne pour t'aider. On te regarde comme si tu avais commis un crime. C'est pour cette raison que beaucoup préfèrent la clandestinité, même si c'est risqué.* »

Les données montrent que, méconnue et mal mise en œuvre, la loi aggrave la stigmatisation, isole les femmes et les empêche de demander de l'aide à des professionnels, même si leurs circonstances correspondent aux critères d'exception.

Connaissance de la loi béninoise sur l'avortement

Théoriquement, les adolescentes et les femmes togolaises enceintes de moins de 12 semaines pouvaient traverser la frontière pour obtenir un avortement légal et sécurisé au Bénin. En 2021, la loi béninoise sur la santé reproductive a été modifiée pour autoriser les femmes et les adolescentes, jusqu'à 12 semaines de grossesse, à accéder à ces services dans des centres de santé agréés, en cas de détresse éducative, professionnelle, économique ou morale. Pourtant, selon les données recueillies, les participantes togolaises à cette recherche ignoraient tout de la réforme de la loi sur l'avortement au Bénin, et cette voie n'a été utilisée par aucun des participants à cette étude.

Information sur les conséquences de l'avortement

Dans les deux régions couvertes par l'étude, de nombreuses personnes, notamment des adolescentes et des femmes, associaient l'avortement à un risque d'infertilité et de décès. Ainsi, une participante à une discussion de groupe dans le Grand Lomé a expliqué : « *Un avortement peut entraîner une série d'avortements par la suite [...] une personne qui y a recours à plusieurs reprises risque ensuite de faire des fausses couches.* » Lors de la même discussion de groupe, une autre femme a ajouté : « *Certains*

avortements se passent très mal et provoquent de très grosses pertes de sang. Et il arrive que des adolescentes en meurent à la suite de ces actes, après avoir beaucoup souffert. »

Le fait que des adolescentes et des femmes, et leur entourage, continuent malgré tout à rechercher des moyens de mettre fin à une grossesse non-désirée, bien qu'ils soient conscients des graves conséquences pour la santé que les avortements dans leur environnement entraînent, témoigne de la profondeur de leur détresse.

Les sources d'information sur les méthodes d'avortement à la disposition des adolescentes et des femmes

Bien que les restrictions légales et la stigmatisation sociale limitent fortement l'accès à une information fiable sur les méthodes d'avortement sécurisé, toutes sortes de messages continuent de circuler au sein des réseaux communautaires informels. Les adolescentes et les femmes obtiennent principalement des informations sur l'avortement auprès de leurs pairs, de leurs proches et, parfois, des réseaux sociaux, de la radio ou de la télévision. Ces informations sont généralement fragmentaires et incomplètes.

Les participantes à la recherche ont indiqué qu'elles avaient glané des renseignements sur l'avortement en parlant avec leurs pairs dans leur établissement scolaire ou à l'université ou en surprenant des conversations entre femmes. L'extrait suivant illustre comment, selon Rose, 35 ans, vendeuse dans le Grand Lomé, les informations sur les méthodes d'avortement circulent à travers les conversations du quotidien entre femmes : « *Vous dites à votre amie que vous avez le paludisme. Elle vous répond qu'elle a entendu dire que telle concoction à base d'herbes [prise normalement contre le paludisme] peut aussi provoquer un avortement. Elle vous dira alors : "Tu es sûre que c'est bien du paludisme dont tu souffres ?" C'est à peu près comme ça que les discussions commencent.* »

Marlène, 25 ans, couturière dans le Grand Lomé, a confirmé cette observation. Selon elle, les adolescentes peuvent facilement recueillir des informations sur les méthodes

d'avortement en discutant entre elles à l'école, même si elle-même doutait fortement de la sécurité de ces méthodes.

Un sous-ensemble de personnes interrogées a démontré des connaissances plus approfondies concernant les méthodes et les pratiques en matière d'avortement. Leurs principales sources d'information étaient les médias traditionnels (radio et télévision), les réseaux sociaux, ainsi que des contacts personnels avec des personnes ayant une formation paramédicale ou médicale. Ainsi, Dado, étudiante de 23 ans du Grand Lomé, a raconté : « *Je savais déjà qu'il existait des médicaments parce que ... en fait, j'ai beaucoup d'amies infirmières. Je peux les contacter et leur demander de me donner le nom d'un médicament.* »

Dans certains cas, avant de tomber enceintes, les adolescentes n'avaient qu'une connaissance très limitée de l'avortement :

elles connaissaient le terme sans vraiment comprendre ce qu'il signifiait, jusqu'à vivre elles-mêmes une interruption de grossesse, souvent à l'initiative d'un membre de leur famille (leur mère ou un proche) ou de leur partenaire intime.

Les méthodes d'avortement connues et utilisées

Les participantes ont cité un large éventail de méthodes d'avortement prétendu, notamment des tisanes, des médicaments sans ordonnance mélangés à des boissons énergisantes ou à de l'alcool, des médicaments à base de plantes, ainsi que des injections, ou des comprimés. Ils ont également mentionné des visites à des cliniques clandestines ou privées. Le tableau ci-dessous, quoique non exhaustif, illustre la grande variété de méthodes de circulation de l'information.

Âge	Lieu de résidence	Connaissance préalable de méthodes d'avortement	Sources d'information
17	Milieu périurbain	Rush (boisson énergisante à base de caféine) + paracétamol	Amis
17	Milieu rural	Eau de Kpatima (hysope d'Afrique) + Rush	Amis
19	Milieu rural	Citron + sucre, Guinness chaude, misoprostol	Amis à l'école, internet
23	Milieu urbain	Médicaments ou consultation en clinique	Amis
25	Milieu urbain	Potasse rouge Boire de la bière chaude	À l'école



**Dans notre quartier,
il y a un médecin
qui pratique des
avortements.
Quand on est
chez soi et qu'on
voit une fille et un
garçon aller chez
lui, on peut avoir la
certitude que c'est
pour un avortement
... On raconte qu'il
utilise un appareil,
mais je ne sais pas
de quoi il s'agit.**

Une participante, Grand Lomé

Bon nombre de ces méthodes sont faciles à obtenir et peu coûteuses. D'autres personnes interrogées ont sollicité l'aide de proches (amis, frères et sœurs, ou membres de la famille), qui les ont mises en relation avec des vendeurs de médicaments, officiels ou clandestins, pour se procurer des produits abortifs. L'obtention d'un médicament abortif comme le misoprostol se fait normalement sur ordonnance, mais les prestataires de santé rechignent généralement à en délivrer en raison des interdictions légales sur l'avortement. Certaines ont néanmoins réussi à se procurer du misoprostol par des canaux informels qui sont restés opaques. D'autres ont consulté des praticiens traditionnels, qui préparent des concoctions à base de plantes et d'herbes. Par ailleurs, les données indiquent que les prestataires de soins proposent également des méthodes d'avortement clandestines, comme l'a expliqué une adolescente lors d'une discussion de groupe à Grand Lomé : « *Dans notre quartier, il y a un médecin qui pratique des avortements. Quand on est chez soi et qu'on voit une fille et un garçon aller chez lui, on peut avoir la certitude que c'est pour un avortement ... On raconte qu'il utilise un appareil, mais je ne sais pas de quoi il s'agit.* »

L'étude met en lumière la circulation d'informations sur d'autres méthodes alternatives jugées risquées, comme la consommation d'aliments réputés provoquer une fausse couche (œufs, persil, ananas, bananes), le tabac local ou la potasse (un bicarbonate traditionnel particulièrement dangereux). Comme l'a expliqué un jeune homme qui a participé à une discussion de groupe tenue dans le Grand Lomé : « Il y a des filles qui prennent des médicaments du marché noir ou des breuvages mortels, comme de la potasse mélangée à de l'eau. C'est suicidaire. »

Les données font apparaître de fortes inégalités dans l'accès à des informations fiables sur les méthodes d'avortement sécurisées. Si une minorité de jeunes femmes se procurent des informations fiables dans les médias et auprès de professionnels de la santé dans leur entourage, les sources dominantes portent sur des méthodes dites « naturelles » ou « néo-traditionnelles », aux risques graves pour la santé, y compris des complications potentiellement fatales.

Perceptions des méthodes d'avortement dangereuses

La connaissance d'une méthode d'avortement n'entraîne pas forcément son adoption. C'est ce qu'on a pu constater dans l'étude de cas concernant Ayoefa. Cette jeune femme de 19 ans a refusé de boire la première boisson qu'on lui a proposée, la jugeant dangereuse. Conscientes des conséquences potentiellement mortelles d'un avortement non sécurisé, les adolescentes et les femmes, même celles munies de peu d'informations, ont cherché à diminuer les dangers. Marlène, couturière de 25 ans du Grand Lomé, a par exemple jugé trop risquée l'ingestion de potasse rouge, une méthode évoquée par ses camarades d'école et qualifiée de « suicidaire » par un participant aux discussions de groupe. Elle a préféré tenter l'avortement avec de la bière chaude. Les cas d'Ayoefa et de Marlène montrent comment la stigmatisation et le secret entourant l'avortement empêchent les adolescentes et les femmes avec une grossesse non désiré, leurs partenaires ou leurs proches de mener des recherches approfondies et d'évaluer posément les options disponibles.

Accès aux méthodes et aux soins d'avortement

Acteurs impliqués dans le parcours d'avortement

Amélie, 23 ans, apprentie de la région des Plateaux, est décédée des suites d'un avortement non sécurisé pratiqué en secret par un praticien traditionnel. Comme Amélie, certaines adolescentes ou femmes ont cherché à se procurer une méthode d'avortement à l'insu de tout le monde, pour éviter d'avoir à faire face à la pression de leur partenaire ou de leurs parents. D'autres, comme Ayoefa, 19 ans, ont sollicité l'aide de leur partenaire, d'une amie, de leur mère, d'un guérisseur traditionnel ou d'un praticien clandestin pour avoir accès à un avortement. Très souvent, les femmes en

quête d'avortement, ou leur partenaire, se sont confiées à une personne de confiance pour obtenir des conseils en lui demandant de garder le secret. Si celle-ci ne disposait pas des informations nécessaires, elle a généralement su les orienter vers d'autres personnes de confiance. C'est ce qui s'est passé dans le cas de Rose, 35 ans, vendeuse du Grand Lomé : « *J'ai demandé à mon amie de m'aider et elle m'a dit qu'elle allait se renseigner. Le lendemain, comme je n'avais pas de ses nouvelles, je l'ai appelée et elle a dit qu'elle viendrait et m'a apporté le produit. Elle m'a montré comment le boire, et c'est tout.* »

D'autres personnes encore se sont tournées vers des proches qui avaient déjà eu recours à un avortement. Ainsi, Dado a expliqué qu'elle était certaine que son amie garderait son secret, car elle avait elle-même eu un avortement à plusieurs reprises. Celle-ci l'a conduite chez un professionnel de santé qui a procédé à l'intervention dans un cadre informel, hors de sa clinique, en ayant recours à la méthode d'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU)^h.

Les données révèlent que les méthodes « traditionnelles » comme les concoctions faites à la maison étaient plus fréquemment utilisées lorsque seules les femmes participaient au processus. Lorsque les partenaires masculins soutenaient la recherche d'une méthode d'avortement, ils étaient plus enclins à aider leur partenaire à se procurer des comprimés, le plus souvent du misoprostol. La manière dont ceux-ci étaient obtenus n'était pas toujours claire. Lorsque les partenaires masculins étaient impliqués, les orientations vers des cliniques d'avortement (privées ou clandestines) étaient également plus courantes.

Des professionnels de santé ont également été directement sollicités dans la recherche d'un avortement par les adolescentes et les jeunes femmes. Dans la plupart des cas, il s'agissait de parents, d'amis ou de connaissances. Lisa, 34 ans, a raconté : « *L'un des frères de mon partenaire dirige le centre de santé ici, donc, nous sommes allés le voir. Nous lui avons expliqué le problème, et il nous a orientés vers quelqu'un.* » De même, Sabine, 22 ans, étudiante du Grand Lomé, a

^h Bien que l'AMIU soit recommandée par l'OMS et considérée comme sécurisée lorsqu'elle est pratiquée par une personne qualifiée, dans un cadre conforme aux normes médicales minimales, Dado a souffert de complications assez graves, finalement résolues par le même prestataire. Ces complications nous amènent à conclure au non-respect des normes de la part de ce dernier.

expliqué que son partenaire, après lui avoir fourni un comprimé (misoprostol), l'a mise en relation avec une prestataire de santé pour veiller au bon déroulement de l'avortement : « Il m'a mis en relation avec une infirmière de sa famille. Elle m'a suivie jusqu'à la fin pour s'assurer que tout se passait bien. »

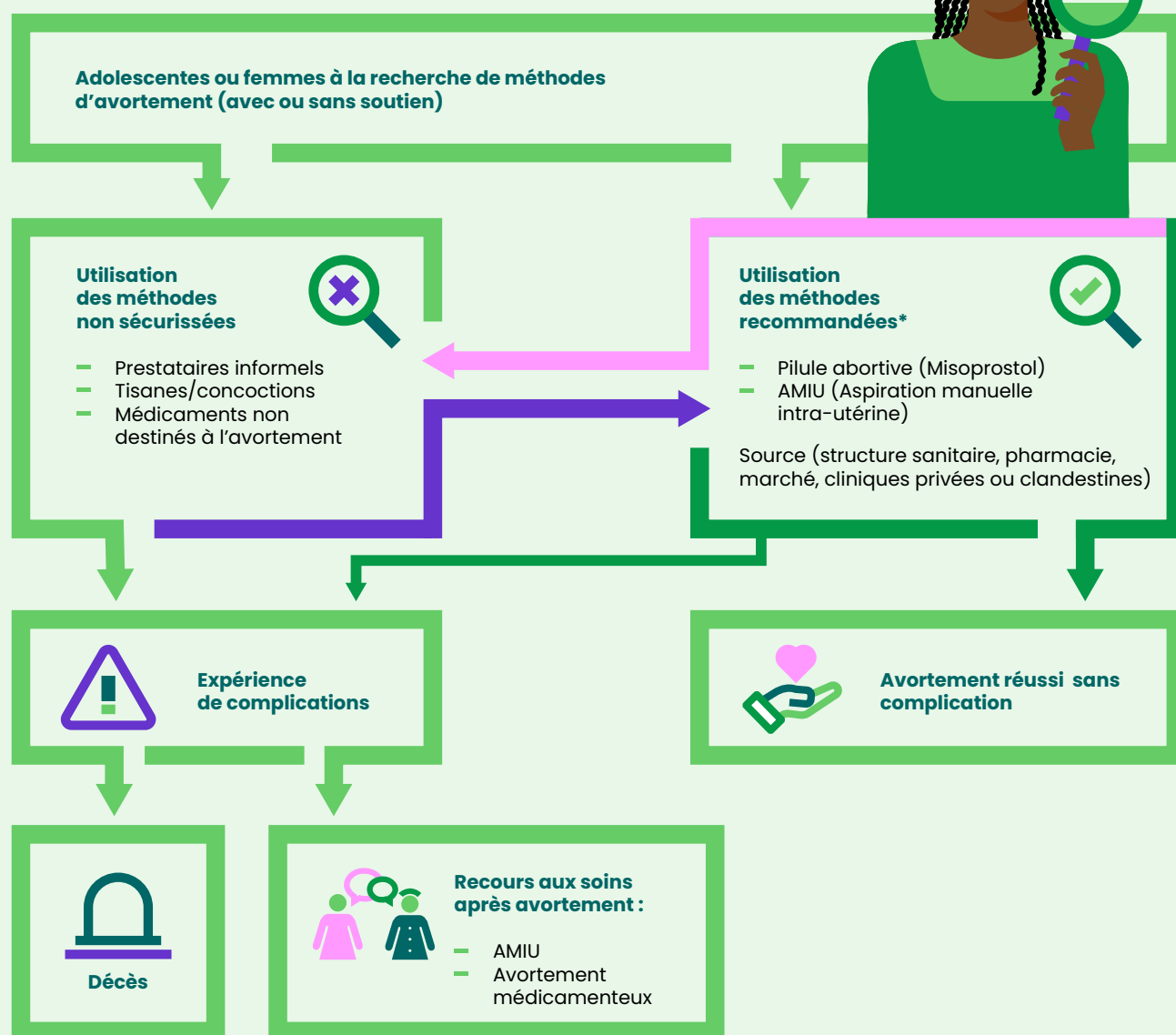
Les résultats montrent que les femmes en quête d'avortement s'appuyaient généralement sur des réseaux fiables et

informels pour accéder à des méthodes d'avortement, y compris des services informels fournis par des professionnels de santé légitimes et illégitimes.

Les parcours d'avortement au Togo

Les vécus d'avortement par les adolescentes et les femmes au Togo révèlent un large éventail de parcours, illustrés dans le modèle ci-dessous :

Une pluralité des parcours d'avortement au Togo



*Ces méthodes sont considérées comme sécurisées, à condition d'être utilisées conformément aux recommandations de l'OMS. Dans cette étude, elles ont également été utilisées d'une manière qui ne respecte pas les directives de l'OMS et ne peuvent donc pas toujours être qualifiées de sécurisées.

Le modèle montre que certaines femmes ont eu recours à des méthodes dites « recommandées » (comme le misoprostol ou l'AMIU), mais comme toutes les conditions nécessaires pour garantir la sécurité de ces méthodes n'étaient pas toujours réunies (par exemple lorsque les comprimés n'étaient pas pris exactement comme recommandé ou que les conditions d'administration de l'AMIU n'étaient pas hygiéniques), celles-ci pouvaient tout de même, dans certains cas, entraîner des complications. Dans d'autres situations, cette « méthode recommandée », telle que la pilule abortive, n'a pas produit l'effet escompté et elles cherchaient alors une autre méthode, soit recommandé ou non recommandé. Dans de nombreux cas, des méthodes non recommandées et non sécurisées ont été utilisées, entraînant des complications et, dans cinq cas, la mort.

Répéter les tentatives d'avortement pour garantir le succès

Les données montrent que plusieurs adolescentes et jeunes femmes ont multiplié les tentatives d'avortement avant de parvenir à l'issue souhaitée. C'est ce qui s'est passé pour Ingrid, qui nous a fait part de son expérience :

« J'ai pris de l'alcool [elle avait pris une boisson alcoolisée à 18°] mélangé à une boisson énergisante riche en caféine et des comprimés de sedaspirⁱ, mais sans succès. Mon partenaire m'a emmenée chez un praticien. Celui-ci m'a donné les comprimés, m'a fait une piqûre dans la fesse et j'ai commencé à avoir des saignements. Puis il a inséré quelque chose dans le vagin, aspiré et ressorti quelque chose et il a dit : c'est fini. »

Ingrid, 17 ans, lycéenne, Grand Lomé

Malgré ces tentatives successives, l'avortement d'Ingrid était incomplet. Quelques jours plus tard, elle se tordait à nouveau de douleurs et les saignements ne s'arrêtaient pas. Après consultation, elle a été prise en charge dans un hôpital de référence, où elle a bénéficié de soins après-avortement et d'un traitement contre la douleur.

Le tableau ci-dessous recense ces échecs initiaux et les méthodes tentées par la suite.

Âge	Milieu	Méthode
16	Milieu urbain	1re tentative : Batchana + Rush + sedaspir 2e tentative : AMIU par un praticien clandestin
17	Milieu périurbain	1re tentative : Pharmacie (5 comprimés) 2e tentative : Rush + paracétamol
19	Milieu rural	1re tentative : Citron + sucre 2e tentative : Guinness chaude 3e tentative : misoprostol
22	Milieu périurbain	1re tentative : Tisanes 2e tentative : Avortement médicamenteux en clinique clandestine
34	Milieu urbain	Plusieurs tentatives infructueuses avec une combinaison de jus de citron, de feuilles de papaye, de feuilles antipaludiques et de sedaspir. La femme a arrêté ses tentatives au 7e ou 8e mois de grossesse et a fini par accoucher.

ⁱ Le sedaspir est un antalgique qui est disponible sans ordonnance et s'achète en pharmacie ou auprès de vendeurs ambulants. Certaines participantes à la recherche l'ont utilisé comme moyen de contraception, en le prenant juste avant ou après des rapports sexuels, et d'autres pour provoquer un avortement.

Âge	Milieu	Méthode
27	Milieu urbain	1re tentative : injection par un praticien d'avortement clandestin 2e tentative : deuxième injection par le même praticien d'avortement clandestin 3e tentative : Curetage dans une clinique clandestine

Des tentatives répétées avec des méthodes non recommandées ou par des prestataires d'avortement clandestins, sans avoir recours à des soins de santé formels, peut retarder la recherche de soins appropriés et intensifier la gravité des complications.

Expériences d'avortement

Les participantes à l'étude ont décrit des expériences d'avortement très variées. Pour certaines, le processus a été relativement rapide et indolore. D'autres, notamment celles ayant subi une aspiration manuelle intra-utérine en clinique clandestine ou privé, ont fait état de douleurs extrêmes. D'autres encore ont dû multiplier les tentatives avant de réussir. C'est le cas de Solim, 27 ans, assistante de direction du Grand Lomé, qui, lorsqu'elle a appris qu'elle était enceinte, s'est tournée vers un ami pour l'aider à mettre fin à sa grossesse. Accompagnée de cet ami, elle a d'abord consulté un prestataire clandestin proposant des injections abortives. Après deux échecs, son ami l'a orientée vers une clinique clandestine : « *C'est là que j'ai pu avoir un curetage. Avec anesthésie générale, tout s'est bien passé. Pas de saignements, rien... Juste après, une très légère douleur dans le bas-ventre, qui a vite disparu.* »

Dans un autre cas, Benjamine, apprentie de 20 ans dans la région des Plateaux, n'a eu besoin que d'une seule tentative pour mettre fin à sa grossesse, mais qu'elle a qualifiée de profondément traumatisante. Craignant la réaction de son mari, la mère de Benjamine a contraint sa fille et son partenaire à avoir recours à un avortement. Ce dernier s'est procuré la somme de 40 000 francs CFA ouest-africains (61 euros)^j qu'il a versée à un guérisseur traditionnel dans un lieu éloigné, puis s'est absenté de la procédure.

Ce praticien, que Benjamine a décrit comme quelqu'un de sale et de peu soigné, lui a avoué que certaines clientes y avaient laissé leur vie et a exigé sur le secret absolu de ses services d'avortement. Malgré l'angoisse de Benjamine, sa mère lui a dit que si elle n'avortait pas, son père la chasserait de la maison. La procédure a consisté en une injection suivie d'une aspiration manuelle intra-utérine extrêmement douloureuse. Lorsque Benjamine s'est mise à pousser des cris de douleur, le « guérisseur » lui a intimé de se taire pour ne pas alerter les passants, sinon il abandonnerait l'intervention. Trois jours plus tard, des douleurs aiguës et complications lui ont valu d'être hospitalisée pour des soins après avortement. Le témoignage de Benjamine n'est pas unique : il est fréquent qu'il soit ordonné aux clientes de cliniques clandestines de taire leurs cris de douleur tout en se voyant refuser un traitement antidouleur adéquats.

L'avortement médicamenteux peut entraîner une expérience différente. Cette méthode offre plus de discrétion, comme l'illustre le témoignage d'Adira. Adira, 25 ans, étudiante du Grand Lomé, s'est confiée à une amie qui, par le passé, avait déjà réussi une interruption de grossesse avec des comprimés (sedaspir). Cette dernière lui a fourni des instructions précises sur la posologie et les effets attendus, puis est allée lui acheter le médicament. Le lendemain, Adira avait des douleurs abdominales et des saignements vaginaux. Malgré la présence de ses parents au domicile, elle a pu masquer ses symptômes en les attribuant à ses règles. Ses cycles ont repris normalement un mois après l'intervention. Bien qu'anxieuse, Adira a géré le processus seule, rassurée par les explications claires de son amie. Ces exemples révèlent la grande diversité des

^j Toutes les conversions ont été effectuées le 4 février 2026 avec Oanda Currency Converter <https://www.oanda.com/currency-converter/>



expériences d'avortement, selon la méthode choisie, le degré de confiance envers le prestataire ou l'accompagnant, et la qualité de la communication (notamment la clarté sur les effets attendus) et du traitement reçu. Ils montrent aussi la pluralité des méthodes employées chez de nombreuses participantes : autant de tentatives multiples qui augmentent les coûts et les risques sanitaires, tandis que d'autres ont obtenu l'issue désirée dès la première fois.

Les disparités dans les coûts des méthodes d'avortement

Si bon nombre des méthodes peu sécurisées que les femmes connaissaient avant leur avortement étaient abordables, d'autres méthodes utilisées étaient souvent plus coûteuses. Ama, qu'on a citée plus haut, a acheté du paracétamol pour 100 francs CFA ouest-africains (0,15 euros), pris avec une boisson énergisante à 250 francs CFA ouest-africains (0,35 euros). Malgré ses moyens extrêmement limités, elle a pu assumer ces coûts seule. En revanche, Dado, 23 ans, étudiante, s'est vu facturer 20 000 francs CFA ouest-africains (30 euros) sa prise en charge dans une clinique clandestine, plus 5 000 francs CFA ouest-africains (7,6 euros)

de médicaments, soit quasiment un mois de loyer pour elle-même, sa mère et ses deux frères (30 000 francs CFA ouest-africains (45 euros)). Ses activités entrepreneuriales lui ont permis de réunir cette somme.

Le coût d'Ama représente 1,5 % de celui de Dado, ce qui souligne la disparité des méthodes d'avortement disponibles selon les moyens. Les méthodes traditionnelles et les concoctions faites à la maison sont plus abordables que celles en clinique, clandestine ou privée. À mi-chemin figure le misoprostol, cette pilule abortive utilisée par un nombre considérable de participantes à l'étude qui est souvent obtenue par les partenaires masculins via des canaux informels ou opaques. Ainsi, les coûts déclarés d'un avortement vont de 350 francs CFA ouest-africains (0,5 euros) à 65 000 francs CFA ouest-africains (99 euros). Les tentatives répétées nécessitent plus de moyens. Ainsi, Solim a payé 65 000 francs CFA ouest-africains (99 euros) pour trois tentatives différentes. Dans de nombreux cas, tels que ceux d'Ama et de Dado, elles ont fini par devoir engager des frais supplémentaires pour traiter les complications résultant de leur avortement, sujet qui sera abordé ci-dessous.

L'histoire d'Akouvi

Quelques jours après avoir pris des comprimés d'origine inconnue que Kokou, son petit ami, lui avait donnés, Akouvi, 15 ans, a été saisie d'étourdissements et s'est évanouie alors qu'elle se rendait chez lui. À son réveil, elle s'était retrouvée chez un inconnu, trempée de sueur et saignant toujours. L'homme l'a aidée à prévenir sa mère, qui est arrivée environ 50 minutes plus tard. Voyant sa fille affaiblie et saignante, elle l'a prise délicatement dans ses bras, l'a rassurée, puis l'a emmenée immédiatement au centre de santé le plus proche.

Akouvi se rappelle la scène :

« Elle [la maman] a hurlé et s'est effondrée en pleurant. Après, elle s'est levée, m'a aidée à marcher et m'a emmenée à l'hôpital. »

Au premier centre de santé, le personnel n'a pas été en mesure de lui prodiguer des soins d'urgence et l'a orienté vers un établissement mieux équipé. Comme Akouvi l'a expliqué :

« On nous a juste dit d'aller dans un autre centre de santé, car on ne pouvait pas me soigner dans le leur, alors nous sommes parties. »

Il était tard la nuit et ne sachant pas si l'hôpital de référence acceptait des patients à cette heure, la mère d'Akouvi lui a suggéré de rentrer à la maison et d'y retourner le lendemain matin. Akouvi a passé une nuit de douleurs atroces et de saignements abondants.

Tôt le matin, après avoir eu du mal à trouver un moyen de transport, elles sont arrivées à l'hôpital. Akouvi a raconté :

« Nous sommes allées tout droit au service de maternité. Je me suis assise sur la terrasse pendant que ma mère est allée frapper à la porte. »

Akouvi a été hospitalisée immédiatement et les sages-femmes ont vite compris sa situation. « Elles ne m'ont pas dit un mot. Elles m'ont juste demandé de m'allonger sur le matelas, ce que j'ai fait. Une des dames est venue s'occuper de moi... »

Après le traitement, une sage-femme lui a demandé ce qu'elle avait pris pour provoquer les saignements. Akouvi a nié avoir pris quoi que ce soit et a prétendu qu'elle était simplement tombée. La sage-femme ne l'a pas crue, mais a décidé de ne pas lui poser d'autres questions. Elle est sortie de l'hôpital quelques jours plus tard et s'est rétablie chez elle.

Les expériences et les pratiques en matière de soins post-avortement

Point clés à retenir :

L'accès à des soins après-avortement rapide et de qualité est souvent limité, ce qui a de lourdes conséquences pour les adolescentes et les femmes.

- **Des conséquences graves sur la santé.** Les expériences d'avortement ont été très variées, souvent marquées par des douleurs intenses, des tentatives répétées et un manque de soutien. Parmi les 61 participantes à l'étude, 49 ont présenté des complications (saignements abondants, infections, douleurs intenses et coma) nécessitant des soins post-avortement.
- **Retards dans la démarche de recherche de soins.** La crainte de divulgation et de la stigmatisation ont conduit plusieurs adolescentes et femmes à retarder leur recherche de soins.
- **Des issues fatales.** Au cours de l'étude, cinq jeunes femmes (âgées entre 19 et 27 ans) sont décédées à la suite de complications liées à un avortement non sécurisé.
- **Des limites en ressources des établissements de santé.** Les établissements de santé de premier niveau n'ont souvent pas la capacité de traiter les complications graves, ce qui nécessite des références qui retardent davantage les soins critiques.
- **Obstacles à des soins de qualité :**
 - Le manque de matériel (fonctionnant) et de médicaments en quantité suffisante
 - La stigmatisation par les prestataires de santé
 - Le manque de respect de la vie privée et de la confidentialité
 - Gestion insuffisante de la douleur pendant les procédures telles que l'aspiration manuelle intra-utérine
 - Counselings inadéquats en matière de contraception après-avortement
 - Les coûts élevés des soins

Ce chapitre se focalisera sur les étapes clés du parcours de soins après-avortement, notamment la décision de rechercher des soins, les personnes impliquées dans la décision et l'accès à des soins après-avortement dans des établissements de santé.

Les complications liées à l'avortement et la recherche de soins après -avortement

Comme on l'a vu au chapitre précédent, la plupart des participantes à cette étude ont eu recours à des procédures non sécurisées pour interrompre leur grossesse. De ce fait, sur les 61 femmes qui ont avorté ou tenté de le faire, 49 ont connu des complications.

Les symptômes et les signes avant-coureurs

Les observations et les entretiens avec les femmes, leurs proches et les prestataires de soins montrent que les femmes ont fait l'expérience d'une pluralité de complications, dont les plus fréquentes sont des hémorragies abondantes et des douleurs aiguës. Sachant ou ayant été informées que les saignements et les douleurs faisaient partie du processus d'avortement, elles n'ont pas été inquiétées par ces symptômes dans un premier temps. L'inquiétude a émergé lorsque les saignements sont devenus abondants, que les analgésiques ont cessé de fonctionner ou que les symptômes ont persisté plus longtemps que prévu, comme en témoigne Chikira, une vendeuse de 28 ans de la région des Plateaux : « *Les douleurs ont duré toute la nuit et je n'ai pas pu dormir. C'était comme si quelque chose se déchirait en moi. Je perdais aussi énormément de sang.* »

L'incapacité à supporter les symptômes, à se tenir debout, tremblements et frissons étaient les signes d'alertes d'une condition anormale nécessitant une intervention. Comme l'explique l'une des participantes, Véronique, 21 ans, infirmière, de la région des Plateaux : « *J'étais déjà dans la douleur, et je savais qu'il fallait prendre une décision rapidement.* » Si quelques participantes

ont décidé de rechercher des soins à ce moment-là, d'autres ont tardé à le faire, pour diverses raisons.

Quand la peur de la divulgation et le rapport de pouvoir retardent la recherche de soins

Les retards dans la recherche de soins chez les femmes et adolescentes confrontées à des complications après-avortement s'expliquent principalement par la crainte de révéler leur avortement à leur famille ou aux soignants. C'était le cas de Farida :

Le deuxième jour a été terrible. Je ne pouvais même pas sortir de la chambre. J'étais incapable de me redresser... chaque minute était une véritable torture. J'ai pleuré toute seule (...). Mais je n'ai pas recherché des soins parce que j'avais peur. J'avais peur qu'on apprenne que j'avais essayé d'avorter. J'imaginais déjà les reproches, les regards méprisants, les critiques.

Farida, 35 ans, vendeuse, Plateaux

Comme Farida, de nombreuses adolescentes et femmes craignaient d'être ostracisées. Pour certaines, le simple fait de se rendre dans l'établissement de santé de leur quartier ou de leur village présentait un risque d'exposition et de questions indésirables. En plus d'être reconnues par leurs proches et leurs voisins, d'autres craignaient d'être jugées et signalées à la police par des prestataires de soins.

Parfois, ces délibérations et les décisions qui en découlent de retarder la recherche de soins étaient prises seule. Cette situation était fréquente lorsque les personnes de leur entourage n'étaient pas impliquées dans le processus d'avortement (comme dans les cas de Farida et de Véronique). Dans d'autres cas, la décision a été prise par les proches ou le partenaire ou conjointement avec eux. Certaines adolescentes et jeunes femmes ne se sont confiées à leurs proches que quand elles ne pouvaient plus cacher leurs symptômes et craignaient pour leur vie. C'est ce qui s'est passé pour Ingrid, qui a attendu de se tordre de douleurs pour alerter sa grand-mère :

« Les douleurs ont duré toute la nuit et je n'ai pas pu dormir. C'était comme si quelque chose se déchirait en moi. Je perdais aussi énormément de sang. »

Chikira, 28 ans, Plateaux

C'est quand les effets secondaires ont commencé à se manifester que j'ai dû dire la vérité à Mamie. Elle m'a dit qu'au stade où j'en étais, il ne s'agissait plus d'en discuter, mais que ma vie était en jeu. Elle m'a demandé d'aller à l'hôpital ... pour faire ce qu'il fallait faire pour que je reste en vie pour ne pas que ma mère vienne la tuer.

Ingrid, 17 ans, lycéenne, Grand Lomé

Dans certains cas, les proches n'ont pris connaissance de l'avortement et de ses complications associées qu'à la suite de l'évanouissement des participantes à l'étude, nécessitant ainsi leur transport d'urgence vers un établissement de santé, comme dans le cas d'Armandine :

Les saignements ont commencé par des douleurs dans le bas-ventre. Je me suis dit que c'était bon signe. Les saignements ont continué comme ça pendant deux jours et les douleurs se sont atténuées. Le troisième jour, j'étais couchée dans ma chambre et j'avais besoin d'aller uriner. Je me suis levée pour aller aux toilettes et à mon retour, suis effondrée en passant devant la chambre de ma colocataire. J'ai appelé la tante chez qui vous m'avez trouvée, et à son arrivée, on m'a emmené à l'hôpital.

Armandine, 32 ans, stagiaire, Grand Lomé

Dans ces cas, ce sont des proches ou des voisins qui ont décidé de chercher immédiatement des soins, par crainte de conséquences plus graves dont ils pourraient être tenus pour responsables, comme l'a laissé entendre la grand-mère d'Ingrid. Dans d'autres cas, ce sont les proches ou le partenaire qui ont contribué à allonger le retard dans la recherche de soins. Certains proches ou partenaires ont eu peur de la divulgation de l'avortement et de leur implication, et ont par conséquent encouragé les adolescentes et les femmes à supporter la douleur, comme l'a décrit l'une des participantes, 23 ans, de la région des Plateaux : « Ma mère a refusé [de révéler l'avortement] parce qu'il y a beaucoup de gens que nous connaissons là-bas. »

En raison des retards dans la recherche de soins, certaines adolescentes et femmes se sont présentées dans un état critique dans les établissements de santé.

Compte tenu des rapports de pouvoir en jeu, en particulier le contrôle des ressources financières et matérielles nécessaires pour obtenir des soins après-avortement par les proches et les partenaires, les adolescentes et les femmes n'avaient guère d'autre choix que d'accepter ces décisions. Dans d'autres cas encore, les soins ont été retardés par la recherche de l'argent nécessaire pour le traitement par les proches ou les partenaires.

En raison de ces retards dans la recherche de soins, certaines adolescentes et femmes se sont présentées dans un état critique dans les établissements de santé, ce qui a entraîné le décès de certaines d'entre elles, peu après leur admission. Dans un des cas de décès observés au cours de la période de collecte de données, la sage-femme réceptrice a expliqué :

La jeune femme s'était enfermée à clé dans sa chambre, probablement par peur ou de honte. Ce sont ses colocataires, alertées par ses cris, qui ont forcé la porte pour lui porter secours. Quand elles ont fini par réussir à entrer, elles ont été horrifiées de la trouver allongée dans une mare de sang. La scène était choquante et a immédiatement déclenché une réponse d'urgence. Elles ont aussitôt alerté la propriétaire de l'appartement, qui a décidé de l'emmener à l'hôpital.

Une sage-femme, établissement de référence, région des Plateaux

Malgré l'intervention rapide de ses colocataires et de la propriétaire, les prestataires de soins n'ont pas été en mesure de lui sauver la vie en raison du retard et des complications qui s'étaient accumulées.



Les difficultés liées à l'accès et à l'offre des soins après-avortement et à la prestation de ces soins

Les prestataires de soins et les parties prenantes interrogés ont décrit les soins après-avortement comme des soins « essentiels » et « salvateurs ». Toutefois il ressort des observations et des conversations avec les participant-e-s que souvent, les centres de santé primaires sont dépourvus des ressources nécessaires pour offrir ces soins. Il leur manque des ressources comme des kits d'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU), des fournitures et du personnel qualifié. Les prestataires ont expliqué que, bien qu'ils fournissent souvent les premiers soins, ils sont souvent contraints de référer les patientes vers des établissements de

niveau supérieur, notamment celles qui sont admises avec des complications graves. À leur niveau, la prise en charge des complications après-avortement consiste surtout à stabiliser la patiente, comme l'a expliqué une sage-femme de 38 ans d'un établissement de référence de la région des Plateaux : « *On fait ce qu'on peut... Certaines arrivent très faibles, avec des infections. On commence par leur administrer des antibiotiques, puis on est obligés de les référer vers un autre établissement.* »

Certains prestataires ont tenté de traiter les patientes avant de les référer, tandis que d'autres les ont référées tout de suite après leur admission sans aucun traitement préalable, comme dans le cas d'Akovi, mentionné plus haut. Dans son cas, les prestataires de soins présents pendant la nuit l'ont brièvement examinée, puis ont dit à sa mère que son état dépassait leurs compétences et les ont orientées vers un établissement de santé de niveau supérieur.

Les prestataires ont expliqué que, bien qu'ils fournissent souvent les premiers soins, ils sont souvent contraints de référer les patientes vers des établissements de niveau supérieur, notamment celles qui sont admises avec des complications graves.

Or ces références ont entraîné un retard dans l'accès aux soins. Bien que son cas aurait dû être traité de toute urgence, Akouvi et sa mère sont rentrées chez elles et ont attendu jusqu'au matin avant de se rendre au centre de référence. Dans d'autres cas, le retard était dû aux démarches des familles pour réunir les fonds nécessaires, car ils s'attendaient à ce que les soins dispensés dans les établissements de santé de référence soient onéreux. Certaines participantes ont aussi rapporté des difficultés à trouver un moyen de transport, dans la mesure où la plupart de ces structures ne disposaient pas d'ambulances pour le transport des patientes. Certaines participantes vivant en milieu rural, ont dû faire de longs trajets pour se rendre dans des hôpitaux de référence, souvent situés en ville : « *Nous sommes allés dans le centre de santé le plus proche lorsque j'ai commencé à avoir des douleurs au bas-ventre quelques jours après avoir tenté un avortement. Je me sentais de plus en plus faible, mais les infirmières m'ont dit qu'elles n'étaient pas en mesure de me prendre en charge et qu'il fallait que j'aille dans le grand hôpital de la ville.* » Bénédicte, 25 ans, reprographiste, région des Plateaux. La référence a non seulement pour effet de retarder davantage l'accès aux soins, mais entraîne aussi des coûts supplémentaires pour les patientes et leurs familles.

Les résultats de l'étude indiquent que, même si les structures de référence prennent plus souvent en charge la majorité des soins après-avortement, elles rencontrent également de nombreux obstacles dans l'offre de ces soins. Selon les prestataires interrogés, ils doivent composer avec une charge de travail excessive, combinée à un manque de soignants et de formation dans la prise en charge des complications après-avortement, ainsi qu'une stigmatisation persistante autour de ces soins. Comme l'explique un assistant médical de la région des Plateaux : « *Même ici (au centre de santé de référence), nous ne sommes pas toujours préparés. Nous apprenons sur le tas. Et parfois, des collègues nous jugent. Ce n'est pas facile.* »

Pour ce qui concerne la disponibilité de personnel qualifié, les observations pendant l'étude montrent que seuls certains membres du personnel, notamment quelques sage-femmes, étaient habilités à prodiguer des soins après-avortement. L'évacuation utérine par exemple, qu'elle soit réalisée

avec du misoprostol ou par aspiration intra-utérine, exige des compétences techniques spécifiques et une bonne maîtrise des protocoles. La formation est par conséquent indispensable pour garantir que les prestataires disposent des connaissances et des capacités nécessaires. Toutefois, le manque de formations et le transfert du personnel formé vers d'autres structures réduisent fortement le nombre de personnes en mesure d'assurer ces interventions en continu. Au-delà du manque de formation, l'étude met également en évidence le manque d'intérêt ou la gêne de certains membres du personnel vis-à-vis de la prestation de soins après-avortement. Certains prestataires ont ainsi rapporté le cas de collègues refusant de fournir ces soins pour des raisons religieuses et redirigeant leurs patientes vers d'autres membres de l'équipe.

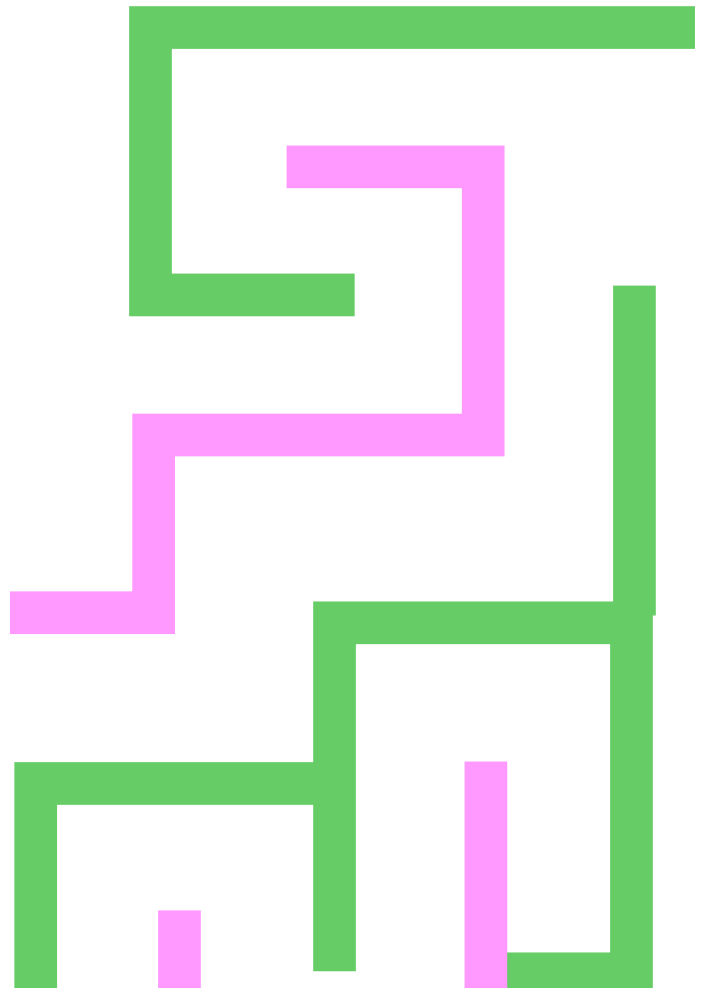
Les données ont également mis en évidence le manque du matériel nécessaire pour offrir les soins après-avortement dans certaines structures de santé de référence, comme l'a expliqué une prestataire :

Notre problème ici, c'est que le matériel utilisé passe entre plusieurs mains. En effet, les apprenants, les enseignants, tout le monde y passe. Cela signifie que le matériel ne dure pas. Et lorsque le matériel se détériore, il est difficile pour eux [l'administration] de le remplacer, car ils disent que cela nous a été donné il y a moins de trois mois et que c'est déjà endommagé. [...] Nous avons un problème avec le matériel. Le matériel n'est pas toujours en bon état pour être utilisé.

Une sage-femme, 37 ans, établissement de santé de référence, Grand Lomé

Le matériel, tel que les kits d'AMIU, se détériore rapidement en raison d'un usage intensif, mais son remplacement demeure difficile. Au final, ces limites de capacité, tant dans les structures de premier recours que dans les établissements de référence, ont eu des répercussions directes sur la qualité des soins après-avortement et sur l'état de santé des patientes.

Le matériel, tel que les kits d'AMIU, se détériore rapidement en raison d'un usage intensif, mais son remplacement demeure difficile.





« Quand je suis arrivée, l'infirmière m'a tout de suite fait asseoir et m'a dit : "Ne t'inquiète pas, on va s'occuper de toi." Cela m'a vraiment rassurée. »

Perspectives des patientes et des prestataires sur la qualité des soins après-avortement

Si la plupart des patientes ont fini par recevoir des soins et ont pu se remettre des complications liées à leur avortement, les données mettent en évidence les difficultés qui entourent la qualité des soins fournis.

Les délais d'attente avant l'accès aux soins

Les données révèlent que les délais entre l'admission de la patiente et la prestation de soins ont varié en fonction du type d'établissement, de l'état de la patiente ainsi que le flux de patients par rapport au



À l'intérieur du labyrinthe auquel les femmes sont confrontées :
La réalité des avortements non sécurisés au Togo

s'interrogeant sur son état alors que la douleur reprenait et que les saignements continuaient abondamment. Comme elle l'a dit : « *On m'a laissée souffrir jusqu'à 2 heures du matin, sans rien faire. Ce n'est qu'à ce moment-là qu'on m'a enfin prescrit des médicaments et des injections, que mes proches ont dû aller acheter eux-mêmes.* »

L'étude a mis en évidence des structures de santé débordées et en sous-effectif, comme le décrit une sage-femme d'un établissement de référence du Grand Lomé : « *Lorsqu'un accouchement est en cours ou qu'un pronostic vital est engagé, les autres patients doivent attendre. Ce n'est pas par manque de volonté, mais parce que nous ne pouvons pas tout faire.* »

Certaines patientes ont dissimulé leur état de santé et n'ont par conséquent pas été considérées comme prioritaires, à l'exception de celles admises avec des saignements abondants, des douleurs aiguës ou une perte de connaissance. Dans certains cas, le retard de prise en charge était dû à l'absence (surtout pendant les gardes de nuit ou les week-ends) ou l'indisponibilité de personnel qualifié. Des retards supplémentaires sont survenus lorsque les prestataires de soins ont découvert que les complications étaient liées à un avortement provoqué. Dans ces situations, les prestataires ont fait preuve de détachement, de jugement (implicite ou explicite) ou ont retardé l'assistance apportée à ces patientes.

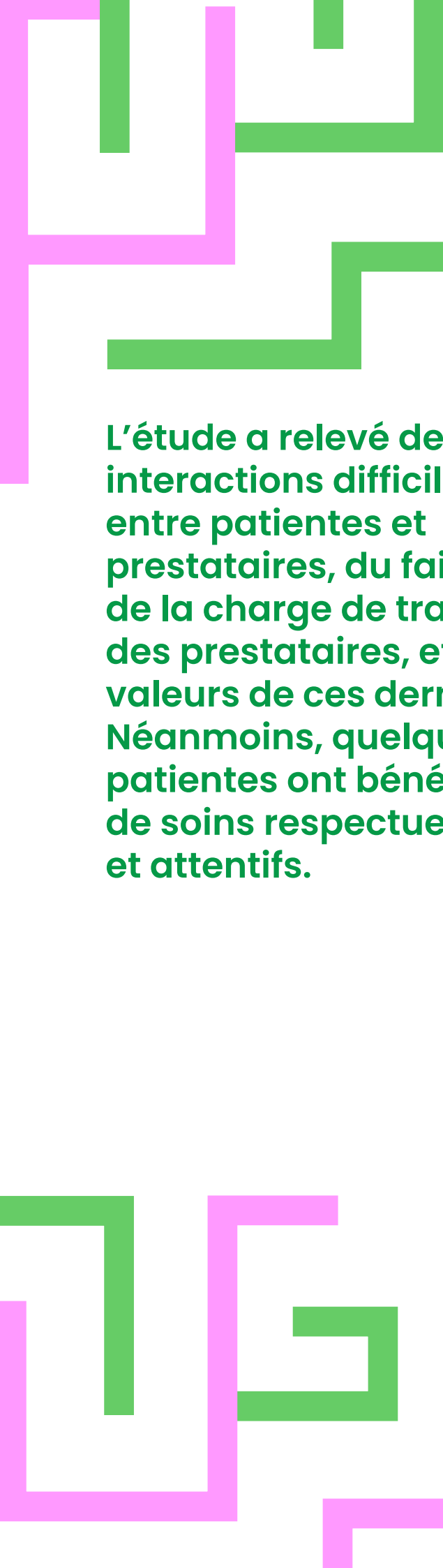
Les interactions entre prestataires et patientes

L'étude a relevé des interactions difficiles entre patientes et prestataires, du fait de la charge de travail des prestataires, et aux valeurs de ces derniers. Néanmoins, les observations participantes et les données issues des entretiens ont révélé que quelques patientes ont bénéficié de soins respectueux et attentifs.

Les prestataires ont aussi rapporté des moments où ils ont été amenés à protéger la confidentialité de la patiente, tout en gérant la pression, parfois inconsciente, exercée par les proches ou le partenaire. Selon une sage-femme d'un établissement de référence de la région des Plateaux : « *Parfois, nous devons demander aux accompagnants de sortir. Non pas pour les exclure, mais*

nombre de prestataires disponibles. Ce délai a varié de quelques minutes à plus de cinq heures. Quelques patientes ont déclaré avoir été immédiatement prises en charge à leur arrivée, en particulier celles admises dans un état grave ou lorsque le flux de patients n'était pas élevé. Une patiente, âgée de 25 ans, de la région des Plateaux, a ainsi rapporté : « *Quand je suis arrivée, l'infirmière m'a tout de suite fait asseoir et m'a dit : "Ne t'inquiète pas, on va s'occuper de toi." Cela m'a vraiment rassurée.* »

Contrairement à cette patiente, beaucoup ont fait état de longs temps d'attente : « *Je suis restée debout là-bas pendant près d'une heure. Personne ne m'a adressé la parole. Je ne savais même pas si j'étais au bon endroit.* » (Flore, 22 ans, apprentie coiffeuse, Grand Lomé). Dans certains cas, le processus de soins a été initié par les prestataires, après quoi la patiente a été laissée en attente comme Laure, 21 ans, serveuse dans la région du Grand Lomé, contrainte de patienter des heures,



L'étude a relevé des interactions difficiles entre patientes et prestataires, du fait de la charge de travail des prestataires, et aux valeurs de ces derniers. Néanmoins, quelques patientes ont bénéficié de soins respectueux et attentifs.

pour que la patiente puisse parler sans crainte. » Les notes d'un-e des assistant-e-s de recherche travaillant dans la même région corroborent ces constats : *« On peut sentir que certaines adolescentes sont sous pression. Elles regardent leurs parents avant de répondre. »* Dans de telles situations, certains prestataires de soins ont adopté une attitude bienveillante et protectrice, sans pour autant aller à l'encontre des souhaits de la patiente.

Les femmes et les adolescentes confrontées à des complications liées à l'avortement ont souvent fait l'expérience d'une détresse émotionnelle supplémentaire en raison du stress et de la solitude de leur parcours d'avortement. Les données indiquent qu'au-delà de la prise en charge médicale, les patientes avaient besoin d'un soutien émotionnel, mais qui a été rarement offert de façon systématique. Ce soutien a varié considérablement en fonction du nombre de patientes et des valeurs des prestataires. Dans certaines situations, des gestes simples et quelques mots bienveillants ont été vivement appréciés par les patientes. Une femme de 23 ans de la région des Plateaux en a témoigné : *« Après la procédure, l'assistant est resté avec moi pendant quelques temps. Il m'a dit "Tu as eu peur, n'est-ce pas ? Ne t'inquiète plus, tu es en sécurité maintenant". »* Cette participante, qui s'attendait à être jugée ou réprimandée, a été tellement soulagée et émue par l'attention de cet assistant qu'elle s'est mise à pleurer.

Un tel soutien, assorti d'un réel souci de confidentialité, de respect de la vie privée et d'empathie, a pu être observé lorsque les prestataires disposaient de suffisamment de temps pour échanger avec les patientes. La même qualité d'attention a été constatée dans les cas de fausses couches apparentes, où la responsabilité de la patiente dans la perte de la grossesse n'était pas mise en cause. Contrairement à ces patientes ayant reçu un soutien, plusieurs patientes, interviewées ou observées ont reçu très peu ou pas de soutien au cours de leur prise en charge, comme cette jeune femme de 23 ans de la région des Plateaux : *« Ils ont effectué l'aspiration et c'était tout. Pas un seul mot. J'étais seule, j'avais honte, et je ne savais même pas si c'était terminé. »* Elle est restée dans l'incertitude pendant toute la procédure et n'a compris qu'ensuite que l'intervention était terminée.

Certains participants ont voulu poser des questions, mais s'en sont abstenues, par crainte de susciter des réactions désobligeantes de la part des prestataires. Au-delà des retards dans la prise en charge et du manque d'empathie, certaines adolescentes et jeunes femmes ont été confrontées à la stigmatisation et à des violences verbales de la part de prestataires. Dans plusieurs établissements de santé, l'équipe de recherche a observé des moments où les soignants ont eu un changement brusque d'attitude dès qu'ils découvraient que la patiente présentait des complications liées à un avortement provoqué. Ils sont devenus distants, ont exprimé une réprobation implicite ou explicite, ou retardé la prise en charge. C'est ce qu'a vécu une adolescente de 15 ans de la région des Plateaux : « *Quand j'ai dit que c'était après un avortement, leurs visages ont changé. Ils m'ont laissée dans le couloir, sans un mot, pendant des heures.* » Une autre participante, de 26 ans, de la région de Grand Lomé, a raconté comment on l'avait laissée saigner pendant plus de deux heures pour lui donner une leçon. D'autres ont été insultées, comme cette participante : « *Les sages-femmes m'ont vraiment insultée. Elles m'ont dit : "Ton petit ami n'a pas encore trouvé une meilleure fille pour sortir avec" Cela m'a rendue très triste.* »

Certaines patientes traitées pour des complications après-avortement ont été stigmatisées par des comportements indirects ou non verbaux de la part des prestataires de soins. Ceux-ci ont notamment évité de les regarder dans les yeux, refusé de répondre à leurs questions, hurlé leur nom alors qu'ils appelaient les autres plus poliment et ont parlé d'elles à voix haute avec leurs collègues. Ainsi Béné, 25 ans, de la région des Plateaux, s'en souvient : « *J'étais dans le rang, ils parlaient entre eux et disaient à voix haute : "Il y a encore des filles qui viennent pour ça (l'avortement), elles n'ont pas honte". Ils savaient que je pouvais les entendre.* » Cette forme de violence verbale indirecte était utilisée par les prestataires pour exprimer leur désapprobation sans s'adresser directement à la patiente.

Le non-respect de la vie privée et de la confidentialité a également constitué un vrai problème pour les patientes prises en charge pour des complications après-avortement dans les établissements de santé. Souvent,

il n'existait pas d'espaces adaptés pour les discussions confidentielles entre les prestataires de soins et les patientes. Les conversations sur des sujets sensibles comme l'avortement se sont souvent tenues dans des espaces ouverts, tels que des couloirs ou des salles d'attente. Lorsque ces conversations ont eu lieu dans des salles de consultation ou d'accouchement, elles se sont déroulées en présence d'autres patientes ou de membres du personnel non impliqués dans le processus de prise en charge. Les notes d'observation suivantes attestent bien de ce type d'échanges :

Une sage-femme est entrée accompagnée d'une patiente admise pour des soins après-avortement. Elle l'a fait asseoir dans une pièce déjà occupée par d'autres patientes et des sages-femmes. Elle ne lui a vraiment pas expliqué pourquoi elle était là, elle lui a juste dit : « Assieds-toi ici, on viendra s'occuper de toi tout à l'heure. » La patiente avait l'air un peu perdue, elle gardait la tête baissée et ne parlait pas. On voyait qu'elle se sentait mal à l'aise. Les autres femmes dans la pièce lui jetaient des coups d'œil, et plusieurs chuchotaient entre elles. La sage-femme est partie sans autre explication, et la patiente est restée là, seule, à attendre. Il n'y avait pas vraiment d'intimité, tout le monde pouvait entendre tout ce qui se disait. C'était gênant, surtout pour elle.

Notes d'observation, établissement de référence, Grand Lomé

De telles violations de la confidentialité ont mis les patientes mal à l'aise et les ont exposées davantage à la stigmatisation, surtout lorsque parmi les personnes témoins, certaines étaient issues de leur communauté.

Certains prestataires de soins interrogés ont reconnu le manque soutien émotionnel et la stigmatisation que subissent certaines patientes, qu'ils ont attribué à un manque de temps ou de formation. Selon les participantes, la combinaison de la stigmatisation, de la discrimination et de l'insuffisance des mesures de confidentialité, associée à des possibilités limitées d'exprimer leurs émotions telles que la douleur ou la peur, a renforcé leur sentiment d'isolement.

En outre, la mauvaise qualité des soins a affecté psychologiquement et physiquement les adolescentes et les femmes : plusieurs ont dû attendre malgré leur état qui nécessitait une prise en charge urgente. Comme l'a conclu une participante : « *Je ne demandais pas à être aimée. Juste à être traitée comme tout le monde.* » Par conséquent, certaines patientes, comme Nabila, 23 ans, région des Plateaux : « *J'ai eu mal après, mais je n'ai pas osé retourner à l'hôpital. J'avais trop peur de revivre ça.* » (23 ans, secrétaire, région des Plateaux).

La gestion de la douleur

Comme souligné dans le chapitre précédent, le processus d'avortement a souvent été douloureux pour les femmes et les adolescentes. Les complications ont contribué à augmenter ces douleurs, jusqu'à devenir parfois insupportables. Les hurlements de douleur étaient courants chez les patientes lors de leur admission pour des soins après-avortement :

Nous nous sommes dirigés vers la salle d'accouchement où elle était allongée, hurlant de douleur. Ses cris déchirants résonnaient dans toute la pièce : « J'ai tellement mal, aidez-moi, j'ai tellement mal. » La détresse dans sa voix était palpable, et chaque mot exprimait une souffrance intolérable.

Notes d'observation, établissement de niveau de référence, région des Plateaux

Les patientes confrontées à de telles douleurs devaient souvent subir une aspiration intra-utérine, laquelle aggravait encore leur inconfort et douleur. Bien que cette douleur nécessitait une attention immédiate, les observations des procédures de soins après-avortement et les entretiens révèlent des disparités dans l'application des protocoles de gestion de la douleur au sein des établissements de santé. La quasi-totalité des procédures d'AMIU ont été effectuées sans analgésiques. Les notes ci-dessous illustrent l'un de ces cas :





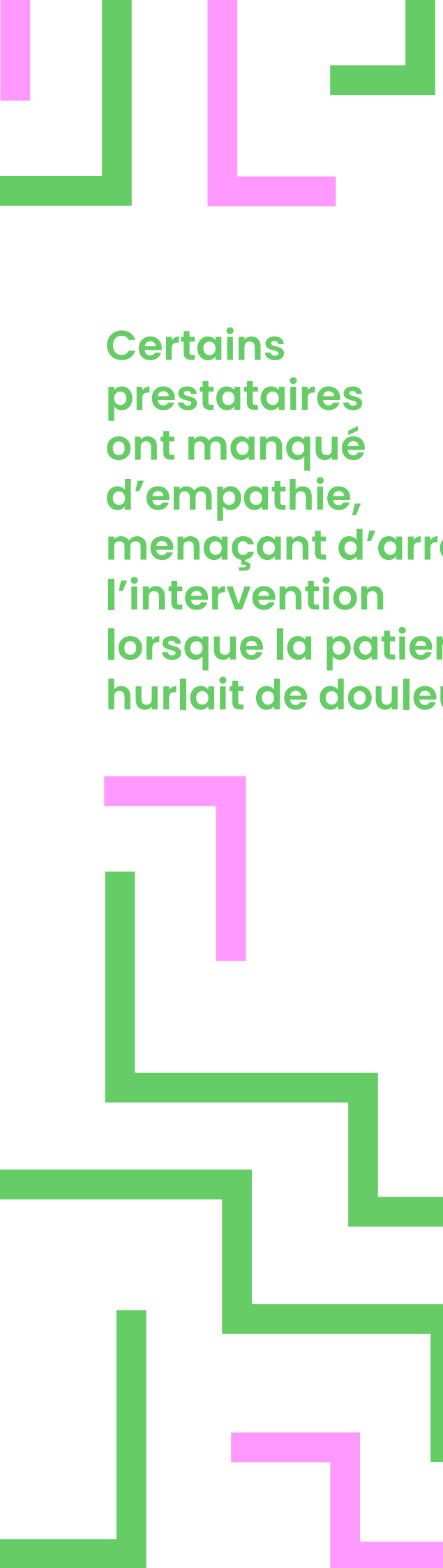
Par la suite, l'infirmière vient lui poser une perfusion intraveineuse, puis l'assistant arrive avec son kit. (...) Il insère un spéculum dans le vagin pour atteindre le col de l'utérus (...) Il me dit ensuite d'enfiler des gants et de lui prendre un spéculum un peu plus grand. Je le lui apporte (...), puis il enlève le premier spéculum pour insérer le second. La femme hurle à nouveau de douleur, et l'assistant lui demande ce qui ne va pas. Elle répond que ça lui fait mal et l'assistant lui répond que tout ira bien. (...) Il prend ensuite une petite canule et l'insère. Dès qu'il insère la canule, elle hurle et se met à pleurer. L'assistant connecte la seringue d'aspiration et commence à la déplacer d'avant en arrière, de gauche à droite, un peu comme s'il la faisait tourner, puis tire sur la seringue pour aspirer ce qui se trouve dans la canule. (...) Pendant tout ce temps, la femme n'a pas arrêté de hurler et de pleurer, et de se tordre de douleur.

Notes d'observation, établissement de niveau de référence, région des Plateaux

Diverses explications ont été avancées pour justifier l'absence de prise en charge de la douleur lors des interventions d'AMIU, comme le manque de compétence ou de confiance dans l'administration d'une anesthésie locale (bloc paracervical), ou encore la crainte de complications.

« Nous administrons des analgésiques en fonction du niveau de douleur que la personne peut tolérer. Sinon, normalement, pour faire une AMIU, il faut administrer une anesthésie, une anesthésie locale. Mais parfois, l'anesthésie locale peut entraîner d'autres complications. Si tu ne sais pas comment le faire, tu peux perforer ou occasionner d'autres dommages. »

Une sage-femme, 36 ans, clinique privée, Grand Lomé



Certains prestataires ont manqué d'empathie, menaçant d'arrêter l'intervention lorsque la patiente hurlait de douleur.

Dans l'un des rares cas où l'équipe de recherche a assisté à l'administration d'un bloc paracervical, la prestataire a eu du mal à le réaliser. Une de ses collègues lui a même demandé si elle savait comment s'y prendre. Pour éviter ces difficultés, le bloc paracervical est rarement utilisé pendant l'AMIU, bien qu'il soit l'une des procédures les plus efficaces de gestion de douleur recommandée. À la place, les prestataires se montraient sélectifs dans l'administration d'analgésiques, ne les réservant généralement qu'aux patientes jugées incapables de tolérer la douleur. Toutefois, cette évaluation est subjective et parfois éloignée de la réalité. Il est possible que certaines patientes aient ressenti des douleurs intenses, mais les aient cachées pour ne pas attirer l'attention et éviter la honte.

En l'absence de procédures antidouleur efficaces, les prestataires ont dit avoir adopté des approches telles que la « verbacaine », qui consiste à parler avec la patiente pendant la procédure d'AMIU pour détourner son attention. Ils ont aussi rapporté d'administré des injections d'analgésiques pas nécessairement efficaces :

Alors je lui explique que, oui, ça va faire mal, et qu'elle doit s'y attendre. Je lui donne un peu de paracétamol, parfois une piqûre ou un analgésique léger. En voyant qu'on lui a administré quelque chose, elle se dit : "Ça y est, ça ne fera plus mal." Psychologiquement, elle croit que ça va réduire sa douleur, de sorte qu'elle essaie de la gérer.

Une sage-femme, 36 ans, clinique privée, Grand Lomé

En conséquence, les patientes ont été soumises à des douleurs traumatisantes, qui ont rendu les procédures d'AMIU longues et parfois difficiles à réaliser :

Elle donnait parfois des coups de pied et, alors qu'elle se tordait de douleur, elle a glissé jusqu'au bord du lit, de sorte que l'assistant ne pouvait plus poursuivre l'aspiration. Il s'est arrêté un instant, lui a demandé de remonter sur le lit et d'écartier les jambes et de rester immobile. Elle a continué de pleurer et a

répondu qu'elle avait mal. L'assistant lui a rétorqué que lui-même avait mal au dos et que, plus elle resterait immobile, plus vite ce serait terminé.

Notes d'observation, établissement de niveau de référence, région des Plateaux

Certains prestataires ont manqué d'empathie, menaçant d'arrêter l'intervention lorsque la patiente hurlait de douleur.

Des lacunes dans la fourniture de conseils sur la contraception après-avortement et une faible adoption de la contraception

Faisant écho aux constats sur l'administration d'analgésiques, l'étude révèle que les établissements observés n'offraient pas systématiquement de conseil sur la contraception après-avortement. Même si les prestataires de soins comprennent que le counseling sur la contraception est une composante des soins après-avortement, en reconnaissant sa logique (aider les patientes à éviter de nouvelles grossesses non planifiées) et qu'ils s'efforcent de le prodiguer, ils ont rapporté parfois des occasions manquées de conseiller les patientes sur la contraception : *« Mais je dois être honnête : ce conseil n'est pas systématique pour toutes les patientes, surtout dans les cas d'urgence où nous devons intervenir très rapidement. Aussi, faute d'effectifs et faute de temps, le counseling est parfois limité ou précipité, ce qui n'est pas idéal. »* Une sage-femme, 42 ans, établissement de référence, région des Plateaux.

Ces occasions manquées incluent des situations où les patientes ne reçoivent pas de conseils et à la place se voient prescrire ou offrir des méthodes contraceptives sans explication adéquate. Ce fut le cas d'une participante de 28 ans, de la région des Plateaux : *« Ils m'ont donné un comprimé et dit d'attendre. On ne m'a pas dit ce que c'était, ni à quoi ça servait. »* Elle s'est rendu compte plus tard qu'il s'agissait de comprimés contraceptifs. Les adolescentes et les femmes ont souvent refusé les contraceptifs, les considérant comme inadaptés à leur corps, en raison du peu d'informations qui leur avaient été fournies.

Comme indiqué précédemment, un autre facteur contribuant à l'absence ou à l'insuffisance du counseling était la charge de travail des prestataires. Les prestataires comme les patientes ont imputé ce gap à la surcharge de travail et au sous-effectif, qui a empêché les soignants de consacrer suffisamment de temps aux échanges sur la contraception. Anita, 22 ans, femme au foyer de la région des Plateaux, en témoigne : *« L'infirmière m'a dit qu'elle avait trop de gens à qui parler et que je devrais revenir si j'avais des questions. »* Certains prestataires de soins prévoyaient d'offrir le counseling sur la contraception lors du rendez-vous de suivi, mais souvent les patientes ne s'y sont pas rendues. Enfin, certaines patientes ont expliqué qu'elles n'avaient pas reçu d'informations sur la contraception en raison des relations tendues avec les prestataires. Lorsqu'on lui a demandé si l'établissement de santé lui avait donné des informations sur la planification familiale, une jeune fille de 19 ans de la région des Plateaux a répondu : *« Je vous ai dit que les gens du centre nous ignorent. »* Selon cette patiente et d'autres qui avaient eu un avortement provoqué, elles n'avaient eu aucune discussion sur la planification familiale avec les prestataires, qui semblaient ne pas se préoccuper de leur bien-être et avaient à la place une attitude réprobatrice à leur égard.

Parmi celles qui ont reçu un counseling, certaines ont expliqué qu'elles avaient accepté sans hésiter d'utiliser des méthodes contraceptives connues afin de ne pas avoir à « vivre la même chose ». Dans ces cas, leur expérience d'avortement (notamment la douleur physique et le fardeau psychologique) l'a emporté sur les craintes et les préoccupations qu'elles pouvaient avoir au sujet des contraceptifs. En plus d'empêcher des expériences similaires, certaines femmes désiraient préserver leur avenir professionnel ou leurs études. Une étudiante de 19 ans de la région des Plateaux l'a exprimé clairement : *« J'ai quitté l'école à cause de ma grossesse. Maintenant que je suis libre, je ne veux plus avoir de problèmes. Il faut absolument que je continue mes études. »*

En revanche, certaines participantes ont choisi de ne pas adopter de méthode contraceptive à leur sortie de l'établissement de santé, faute de confiance en celles-ci, comme l'explique Anita : *« Je préfère faire attention moi-même pour l'instant, je ne*

Le coût total des soins après-avortement a varié entre 15 000 (23 euro) et 120 000 francs CFA ouest-africains (183 euro) en fonction du degré de complications.

veux rien mettre dans mon corps ». Cette participante, comme d'autres, craignait les effets secondaires des contraceptifs, qu'un counseling de qualité aurait pu dissiper. Le besoin d'obtenir l'autorisation du mari, du partenaire ou d'un parent a également empêché les adolescentes et les femmes de quitter le centre de santé avec une méthode contraceptive. Elles ont demandé du temps pour consulter leur partenaire et ne sont jamais retournées. Certaines participantes ont aussi décliné les contraceptifs qui leur ont été proposés sur la base de leurs convictions personnelles ou religieuses. Un autre facteur important ayant empêché l'adoption des méthodes contraceptives était le coût des services, comme le raconte cette vendeuse de 22 ans de la région des Plateaux : « Quand j'étais sur le point de rentrer chez moi, la sage-femme a décidé que je devais aller à la clinique de planification familiale. J'y suis allée, mais c'était cher, je croyais que c'était gratuit. Je leur ai dit que je reviendrais. » Cette participante n'est pas non plus retournée à la clinique, faute de n'avoir pas réussi à obtenir les fonds nécessaires.

Les coûts des soins après-avortement

Les soins après-avortement entraînent souvent des coûts importants, notamment des consultations, des échographies, des analyses de sang (groupe sanguin et numération), des procédures d'évacuation utérine et des médicaments (analgésiques, antibiotiques), comme l'explique un prestataire :

Lorsque la femme arrive, elle paie le kit d'admission, qui coûte 3 500. Le groupage sanguin coûte 2 000, le NFS 5 000, donc l'admission coûte 10 500. Ensuite, il y a le kit qui coûte 15 000. Et le médicament oral que nous prescrivons ici coûte environ 5 000. Soit environ 5 000, ce qui porte le total à environ 30 000. Oui, c'est plus de 30 000. (...) Et s'il y a des complications, alors...

Une sage-femme, 37 ans, établissement de référence, Grand Lomé

Le coût total des soins après-avortement a varié entre 15 000 (23 euro) et 120 000 francs

CFA ouest-africains (183 euro) en fonction du degré de complications. Les patientes ayant un groupe sanguin négatif ont dû assumer des coûts supplémentaires liés à l'injection de sérum anti-D. À cela se sont ajoutés d'autres frais tels que : les analyses complémentaires de laboratoire, le transport pour se rendre à l'hôpital, des médicaments complémentaires, les examens réalisés en dehors de l'établissement et les paiements non encadrés versés directement aux prestataires.

Dans de nombreux cas, les patientes et leurs familles ont dû payer une partie de ces coûts avant de recevoir le traitement, toutefois plusieurs ont eu du mal à le faire en raison de contraintes financières. Certaines patientes et leurs proches ou leur partenaire ont dû puiser dans leurs économies ou emprunter de l'argent, comme l'a expliqué une participante : « *J'ai dû emprunter de l'argent à mon voisin pour me rendre à l'hôpital. Je n'avais même pas assez pour payer le transport.* » Grace, 22 ans, étudiante, région des Plateaux. D'autres sont arrivées sans aucun argent et ont dû contacter en urgence leur partenaire ou des proches, qui étaient lents à réagir, compliquant ainsi la continuité des soins. Certaines patientes ont même été retenues plusieurs jours à l'hôpital, le temps de s'acquitter de leur facture. Blewussi, 23 ans, de la région des Plateaux s'est vu remettre une facture de 70 000 francs CFA ouest-africains (107 euro), qu'elle n'avait pas les moyens de la régler. L'aide de ses proches lui a permis de réunir une partie de la somme, mais elle a été retenue à l'hôpital une journée entière, jusqu'à ce que son petit ami lui envoie le reste de l'argent pour ses frais et son transport.

Certaines femmes ont tenté de négocier avec les prestataires afin d'obtenir une exonération ou une réduction des coûts (ex. acheter uniquement les médicaments prescrits qu'elles considéraient comme essentiels). Certains prestataires les ont aidées en puisant dans leurs propres stocks, en prescrivant des alternatives moins chères ou en optant pour des procédures moins coûteuses. Akofa, une sage-femme de la région des Plateaux, était une de ces soignants compatissants qui s'efforçaient sans relâche d'aider les patients et leurs familles. Elle a raconté que lorsqu'elle rencontre des patientes avec des ressources financières limitées, elle choisit d'effectuer un curetage digital au lieu d'une AMIU. Si cette

méthode réduit les coûts, elle contrevient aux protocoles standards pour le traitement de l'avortement incomplet et accroît fortement les risques de douleurs intenses.

Contrairement à Akofa, certains prestataires ont manifesté leur irritation face aux patientes démunies, leur infligeant un traitement humiliant. Alors que les patientes imploraient leur clémence, les prestataires leur ont rétorqué « *Tu n'as pas payé tes médicaments ? Donc tu veux qu'on te soigne gratuitement ?* » ou « *Voici les filles qui vont se faire enceindre et qui viennent nous embêter* », autant de remarques qui provoquent des sentiments de honte et de désespoir.

De plus, l'étude montre que le coût des soins après-avortement a eu des répercussions mentales, économiques et physiques sur les adolescentes, les femmes, leurs proches et leurs partenaires. Franck, agriculteur et coursier occasionnel de 20 ans, a accompagné Amélie, sa petite amie, à l'hôpital après qu'elle ait consommé en secret un breuvage pour mettre fin à sa grossesse. Franck a dépensé toutes ses économies dans ses soins, puis est parti de l'hôpital en quête de fonds supplémentaires. Pendant son absence, il a reçu un appel de la mère d'Amélie qui l'a informé du décès de sa petite amie. À ce moment-là, il raconte : « *Je ne savais plus quoi faire. Je hurlais dans tous les sens et je pleurais comme un bébé. "Je ne te reverrai plus jamais", je disais. J'étais dépassé et je ne savais pas si je devais retourner à l'hôpital, rester dans mon village ou aller dans celui d'Amélie, situé à 5 km de son centre de formation.* » (Franck, 20 ans, agriculteur, région des Plateaux). En plus de pleurer la perte de sa compagne et porter le poids financier de ses soins, Franck a dû faire face à la pression des parents de sa petite amie qui l'accusaient d'être responsable de sa mort et exigeaient qu'il paie les frais d'obsèques.



Discussion

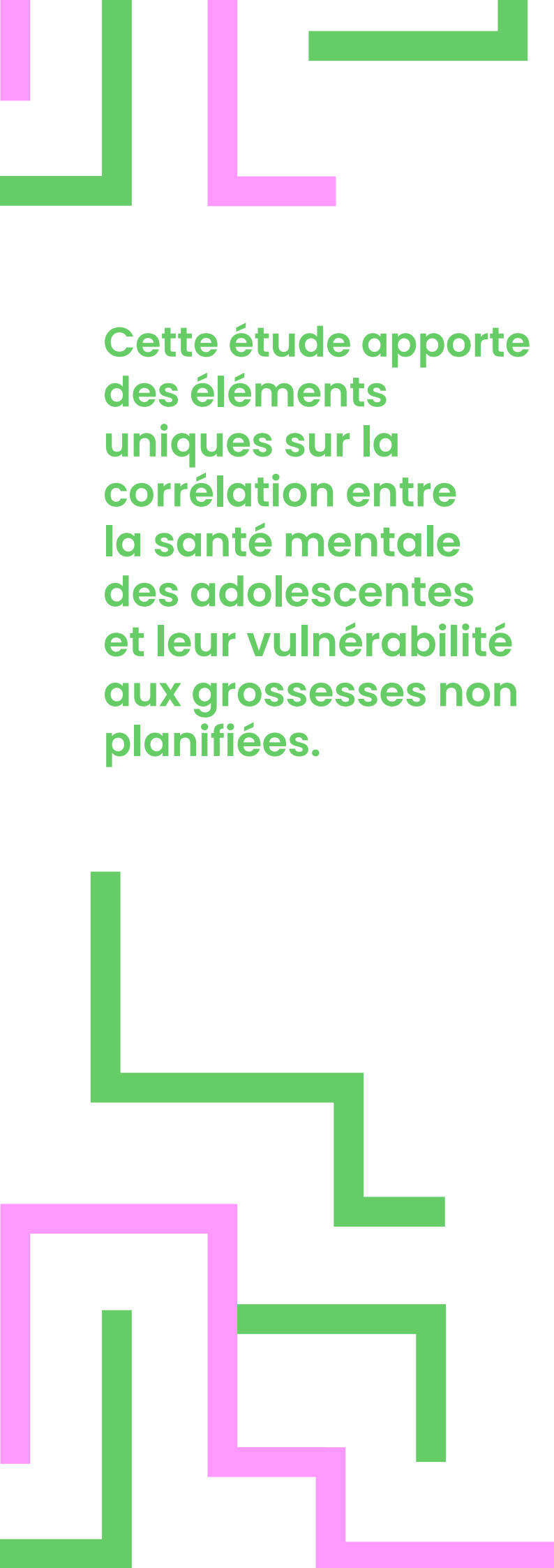
Cette étude a été menée pour recueillir des données permettant de combler une lacune importante dans la littérature sur les avortements non sécurisés au Togo. Elle documente spécifiquement les expériences d'avortements sous-déclarés chez les adolescentes et les femmes. Grâce à une approche ethnographique qui associe des observations participantes et des entretiens approfondis, l'étude révèle le labyrinthe auquel se confrontent les femmes dans l'accès à un avortement et à des soins après-avortement en cas de complications.

Les déterminants imbriqués conduisant aux grossesses non planifiées

En Afrique subsaharienne, les grossesses non planifiées chez les adolescentes et les femmes sont associées, entre autres conséquences graves, aux avortements non sécurisés et des décès maternels^{24,25}. Ce rapport montre que la vulnérabilité à une grossesse non planifiée est causée par une pluralité de facteurs, souvent imbriqués, notamment le faible recours à des méthodes contraceptives modernes, la fragilité des liens familiaux, l'insécurité économique et les violences sexuelles. D'autres études ont confirmé des besoins contraceptifs non satisfaits chez les jeunes femmes togolaises, particulièrement dans les quintiles de richesse « pauvre » ou « moyen »²⁶. L'étude révèle que les perceptions négatives des contraceptifs sont généralisées parmi les adolescentes, les femmes, leurs partenaires et la communauté. Indépendamment de l'âge ou du niveau d'instruction, ces perceptions participent à la forte dépendance à des méthodes contraceptives naturelles ou inefficaces. La crainte d'infertilité, surtout chez les adolescentes et les jeunes femmes, constitue un important facteur de non-recours à des méthodes contraceptives, tandis que les convictions religieuses jouent un rôle important pour d'autres.

Les données montrent que la précarité économique des adolescentes et de leurs familles apparaît également comme un facteur contribuant à des relations sexuelles transactionnelles et précoces, parfois encouragées par les parents. Par ailleurs, cette étude apporte des éléments uniques sur la corrélation entre la santé mentale des adolescentes et leur vulnérabilité aux grossesses non planifiées. En effet, les résultats montrent que des problèmes de santé mentale, liés à des liens sociaux fragiles comme le manque d'affection familiale ou à un état dépressif dû à la précarité financière, incitent certaines adolescentes à rechercher un soutien affectif dans des relations intimes précoces. Cela leur a valu d'être exposées à des grossesses non planifiées.

De plus, les violences sexuelles constituent un autre facteur clé de grossesse non planifiée, comme le confirment d'autres études²⁷. Une enquête récente réalisée auprès de 461 lycéens à Lomé, âgés entre 15 et 23 ans, a révélé que 27,5 % des personnes interrogées ont vécu leur première expérience sexuelle sous contrainte²⁸, tandis que 11 % des adolescentes de plus de 15 ans et des femmes togolaises



Cette étude apporte des éléments uniques sur la corrélation entre la santé mentale des adolescentes et leur vulnérabilité aux grossesses non planifiées.

ont déclaré avoir subi des violences sexuelles dans une relation²⁹. Bien que les femmes enceintes victimes de violences bénéficient théoriquement d'un accès à l'avortement sécurisé au Togo, une étude récente montre qu'en pratique, de multiples obstacles les en empêchent³⁰.

Selon les résultats, l'absence d'éducation sexuelle adéquate dans les ménages et à l'école, en raison de tabous culturels³¹, contribue davantage aux grossesses non planifiées. D'où l'urgence d'investir dans une éducation sexuelle transformatrice du genre et d'accompagner les parents pour briser ce tabou et discuter ouvertement de sexualité avec leurs enfants, afin de mieux les préparer à l'adolescence et à la vie adulte^{32, 33, 34}.

Les degrés variés d'autonomie dans prise de décision d'avortement

Au Togo, un tiers des grossesses non planifiées se solderait par un avortement³⁵. Les résultats de l'étude confirment que le processus décisionnel en matière d'avortement est à la fois complexe et non linéaire, simultanément influencé par des facteurs individuels, sociaux, économiques, juridiques, culturels, religieux et médicaux³⁶. Les principaux facteurs avancés incluent la peur des réactions de la famille et de la communauté face à la grossesse, l'abandon ou les pressions du partenaire, et l'influence de la mère et d'autres proches.

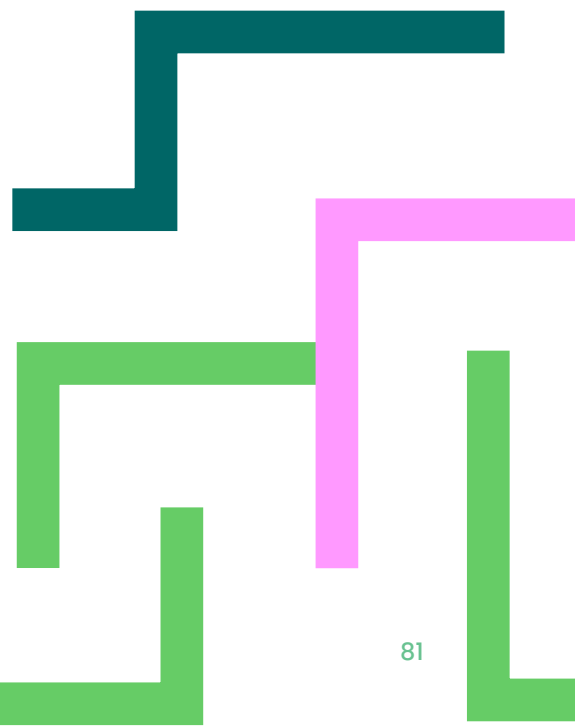
Ces dimensions relationnelles de la prise de décision d'avortement que les universitaires féministes ont nommé « l'autonomie relationnelle » dans les choix reproductifs sont intrinsèquement imbriqués dans les réseaux de parenté, la cohésion sociale et les stratégies de survie sociale, plutôt que d'être des exercices de volonté individuelle isolée^{37, 38}. L'étude met aussi en lumière le thème de la coercition reproductive. Celle-ci fait englobe les comportements par lesquels des individus exercent un contrôle sur l'autonomie reproductive de leur partenaire par divers moyens, y compris l'avortement forcé. Cette forme de violence intime mine le libre arbitre des femmes dans les prises de décision reproductive et constitue un problème de santé publique majeur, encore sous-étudié, appelant des recherches complémentaires^{39, 40}.

Cette étude met en évidence la manière dont les parents et les proches peuvent être des acteurs de coercition reproductive, au même titre que les partenaires. Les données soulignent les pressions que les mères et autres membres de la famille (sœurs, tantes, grands-mères) peuvent exercer sur les adolescentes afin de les pousser à avorter. Si ce comportement peut s'expliquer par la volonté de préserver la cohésion familiale, de protéger leurs filles ou de se conformer aux attentes sociales dominantes, ils restreignent néanmoins de manière significative l'autonomie reproductive des intéressées. L'implication manifeste d'autres acteurs dans la prise de décision et dans la recherche de méthodes d'avortement (voir ci-dessous) montre que la stigmatisation de cette pratique continue de peser principalement sur la femme ou l'adolescente, alors que de nombreuses personnes y participent discrètement. Pour lutter contre la coercition reproductive, il est essentiel de garantir l'accès à des soins d'avortement légaux et à des services de counseling d'avortement adaptés, y compris des protocoles clairs qui permettent aux prestataires de santé de déceler les situations de coercition.

Les parcours d'avortement au Togo

Les données montrent que, dans la majorité des cas, les adolescentes et les jeunes femmes, ainsi que leur partenaire et leurs proches, ont recours à des méthodes d'avortement non sécurisées, en dépit de leur conscience des risques qui les accompagnent. Plusieurs facteurs expliquent des méthodes non sécurisées, y compris un cadre juridique restrictif qui limite les opportunités d'accès à des options sécurisées, comme relevé dans d'autres études⁴¹. Bien que la loi reconnaisse aux filles et aux femmes togolaises le droit, sous certaines circonstances, à un avortement sécurisé et légal, l'étude révèle que cette loi reste largement méconnue du grand public. En revanche, les sanctions liées à l'avortement, documentées dans le Code pénal, sont très bien connues. La majorité des participantes étaient convaincues de l'illégalité de tous les avortements, ce qui les a conduites à chercher des solutions dans la clandestinité. Le fait que la loi existante n'ait pas été largement diffusée ni effectivement mise en œuvre, contribue à la stigmatisation qui entoure l'avortement, tant parmi les professionnels de santé que dans l'ensemble de la société⁴².

L'étude souligne également des préoccupations majeures concernant la qualité des interactions entre prestataires et patientes lors des soins après-avortement.



La stigmatisation de l'avortement opère aux niveaux individuel, communautaire, institutionnel et structurel et contribue à créer un environnement difficile pour la recherche et la fourniture de soins d'avortement et après-avortement au Togo. D'après les constats de l'étude, cette stigmatisation, qui s'ajoute à un cadre juridique restrictif, rend difficile la recherche d'informations fiables et l'obtention de méthodes sécurisées. Au contraire, le cadre juridique restrictif favorise le développement d'un secteur informel qui propose une multitude de méthodes non sécurisées vers lesquelles les adolescentes et les femmes sont orientées par des personnes de confiance, comme leur partenaire ou des proches. Cela les expose à de graves risques, car elles peuvent recourir à une série de méthodes dangereuses et déconseillées. Comme l'ont également montré d'autres études réalisées dans des contextes juridiques similaires, les adolescentes et les femmes placent au premier plan la sécurité sociale et la confidentialité au détriment de la sécurité médicale⁴³. Cela conduit souvent à des complications sévères sur la santé et la vie des adolescentes et des femmes. Cette étude a documenté cinq décès causés par des avortements non sécurisés et de nombreux cas de complications graves liées à l'avortement, notamment des saignements abondants, des infections, des douleurs aiguës et des comas.

Les soins après-avortement

L'étude met en évidence des retards fréquents dans la recherche de soins après-avortement lorsque des complications surviennent. Comme l'ont également montré d'autres études⁴⁴, ces retards s'expliquent par la crainte que les adolescentes et les femmes ont de voir leur avortement divulgué et d'en subir la stigmatisation. Lorsque celles-ci cherchent à obtenir des soins, le manque de capacité des structures de premier niveau à fournir des soins après-avortement adéquats conduit souvent à leur référence vers des établissements de niveau supérieur. Cela retarde l'accès aux soins, surtout chez celles qui disposent de ressources financières limitées. Les patientes et leurs proches doivent en effet réunir les fonds nécessaires avant de pouvoir accéder aux soins et aux moyens transport, ce qui provoque des retards significatifs dans leur prise en charge médicale.

L'étude souligne également des préoccupations majeures concernant la qualité des interactions entre prestataires et patientes lors des soins après-avortement. Ces problèmes sont souvent attribués à la charge de travail et aux valeurs personnelles des prestataires^{45, 46}. Si certaines patientes ont bénéficié de soins respectueux et empathiques, l'accompagnement émotionnel a souvent fait défaut, variant largement selon le volume de patientes, les valeurs des prestataires et les caractéristiques sociodémographiques des femmes concernées, notamment l'âge, le niveau socio-économique, la gravité des complications. Les expériences négatives courantes chez celles souffrant de complications liées à l'avortement incluent la négligence, la stigmatisation et la violence verbale. L'absence de protocoles solides garantissant la confidentialité et le respect de la vie privée accentue la détresse des patientes. Par ailleurs, la prise en charge de la douleur demeure souvent insuffisante. Dans certains cas, l'administration d'analgésiques est délibérément refusée par les prestataires comme punition à l'égard d'un comportement considéré comme transgressif⁴⁷. Les prestataires de soins ont reconnu ces difficultés, les attribuant principalement au manque de temps et à une formation insuffisante sur les soins complets après-avortement. Cette mauvaise qualité des soins engendre non seulement des souffrances psychologiques chez les patientes, mais également des conséquences physiques. Celles-ci hésitent souvent à consulter pour un suivi par peur d'être à nouveau maltraitées. Ces difficultés pourraient être surmontées si les prestataires de soins après-avortement bénéficiaient de formation spécifique à l'offre de services adaptés aux adolescentes et aux femmes, intégrant systématiquement la clarification des valeurs⁴⁸.

Les pressions normatives

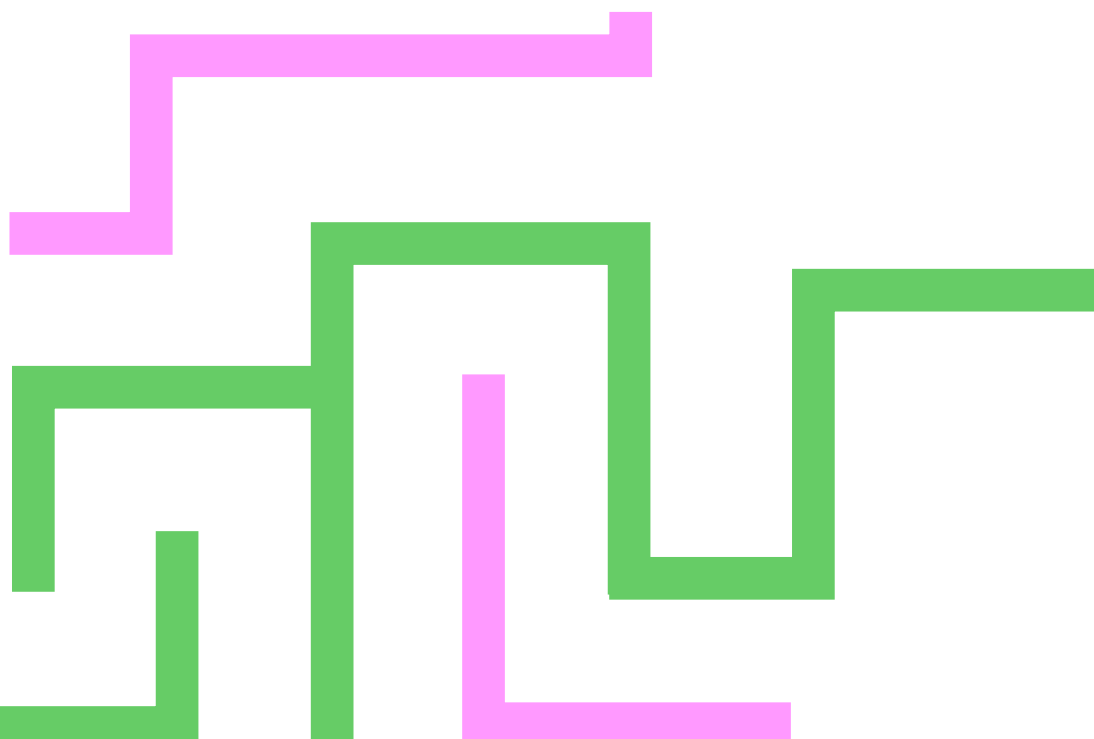
Globalement, les données démontrent clairement que les adolescentes et les femmes togolaises portent un triple fardeau normatif, semblable à celui constaté dans les pays voisins : elles sont obligées de composer avec des normes normatives contradictoires, qui 1) entravent une éducation à la sexualité adéquate, 2) stigmatisent les grossesses précoces et extraconjugales et 3) condamnent et stigmatisent fortement l'avortement⁴⁹. Ces normes forcent les

adolescentes et les femmes confrontées à une grossesse non planifiée à recourir à des méthodes d'avortement non sécurisées. Cette réalité démontre que la réponse au problème de l'avortement non sécurisé dépasse largement la seule dimension juridique ou médicale. Pour s'attaquer aux facteurs structurels et aux causes profondes identifiés dans cette étude, il est indispensable d'investir dans la transformation des normes de genre néfastes, la promotion de l'égalité de genre et la réduction de la stigmatisation liée à l'avortement.

Les violences obstétricales

D'autres auteurs ont mis en lumière les formes de violence inhérentes au modèle des soins après-avortement. Quoique conçue à l'origine comme une mesure visant à sauver des vies, la restriction de l'accès légal à l'avortement au Togo aux seules situations d'urgence, occulte paradoxalement la nécessité systémique de services complets, légaux, sécurisés et accessibles en matière d'avortement⁵⁰. De plus, les niveaux de violence obstétricale observés lors des soins après-avortement sont significatifs. Ces pratiques sont dues à un cadre juridique restrictif, la forte stigmatisation entourant l'avortement, le manque de ressources dans le système de santé, la surcharge de travail des prestataires et la persistance de valeurs personnelles discriminatoires. Sous cette forme, les soins après-avortement compromettent la santé, la sécurité et la dignité des adolescentes et des femmes⁵¹.

Globalement, les données démontrent clairement que les adolescentes et les femmes togolaises portent un triple fardeau normatif, elles sont contraintes de faire face à des normes normatives contradictoires, qui 1) entravent une éducation à la sexualité adéquate, 2) stigmatisent les grossesses précoces et extraconjugales et 3) condamnent et stigmatisent fortement l'avortement.





Conclusion

Ce rapport révèle des expériences courantes, quoique dissimulées, dans la vie des adolescentes et des femmes togolaises. Il illustre les causes profondes des grossesses non planifiées, ainsi que les nombreux défis que ces femmes doivent affronter, y compris la complexité des parcours menant à l'avortement et la gestion de ses complications. Alors que l'avortement est souvent perçu comme une affaire qui concerne exclusivement les adolescentes et les femmes, les résultats montrent que les garçons et les hommes, ainsi que les mères, les tantes et les pères, jouent un rôle important. Ces personnes influencent les facteurs participant à la vulnérabilité aux grossesses non planifiées, façonnent les processus décisionnels liés à l'avortement et affectent l'accès à des avortements clandestins, largement non sécurisés. Sous l'effet combiné de normes sociales néfastes et d'un cadre juridique restrictif, les prestataires d'avortements clandestins influencent et exploitent cet écosystème d'avortement non sécurisé, contribuant ainsi à créer un véritable labyrinthe qui oblige les adolescentes et les femmes avec des grossesses non désirées à recourir à des méthodes non sécurisées. Bien que de nombreuses personnes soient impliquées, ce sont les adolescentes et les femmes qui supportent le plus lourd fardeau : elles sont contraintes de s'exposer à des risques en recourant à des avortements non sécurisés, avant de pouvoir accéder à des soins médicaux légaux en cas de complications.

Alors que l'avortement est souvent perçu comme une affaire qui concerne exclusivement les adolescentes et les femmes, les résultats montrent que les garçons et les hommes, ainsi que les mères, les tantes et les pères, jouent un rôle important.

Cependant, la recherche de soins après-avortement expose souvent les adolescentes et les jeunes femmes à une nouvelle forme de préjudice : celle des violences obstétricales. Ces violences découlent à la fois des valeurs personnelles des prestataires et d'un système de santé insuffisamment préparé à prodiguer des soins de qualité, exempts de jugements moraux. Le cadre juridique restrictif, la peur qu'il suscite, la stigmatisation sociale et le sous-financement chronique des systèmes de santé rendent difficile l'accès à des soins rapides, adéquats et respectueux particulièrement pour les adolescentes et les femmes. Le labyrinthe de l'accès aux soins de santé devient mortel lorsque la pénurie de ressources se combine à la crainte de la stigmatisation, empêchant les adolescentes et les femmes de rechercher et de recevoir des soins dans les temps. Davantage de données empiriques sont nécessaires pour comprendre l'ampleur des complications et des décès liés aux avortements non sécurisés au Togo, ainsi que les facteurs contextuels qui les sous-tendent.

Il est impératif de s'appuyer sur les enseignements de la présente étude et sur les constats de recherches antérieures pour faire progresser les droits des adolescentes et des femmes à la santé, à l'éducation, à l'autonomie et l'intégrité corporelle. Il est également nécessaire de les utiliser pour lutter contre les multiples formes de violence dont elles font l'expérience. Si les causes profondes de l'injustice reproductive recensées dans ce rapport sont nombreuses, elles ne sont pas insurmontables. Une première étape essentielle consiste à renforcer l'accès à l'éducation en matière de valeurs et de santé sexuelle (EVSS), afin de permettre aux jeunes de faire des choix éclairés qui peuvent leur permettre de prévenir les grossesses non planifiées.

Des interventions sont nécessaires pour combattre les normes de genre néfastes qui exposent les adolescentes et les femmes aux abus sexuels. Il est tout aussi crucial de déstigmatiser l'usage des méthodes contraceptives chez les jeunes et de leur garantir des services de santé sexuelle et reproductive adaptés. Ces actions doivent s'accompagner d'un financement adéquat du système de santé pour offrir des soins de haute qualité pour tous. Les parents, les garçons, les hommes, et les prestataires de soins doivent avoir accès aux informations sur les méthodes sécurisées d'avortement,

l'autonomie et le consentement, afin de devenir de véritables alliés dans les efforts de prévention des grossesses non planifiées et des avortements non sécurisés au Togo.

Enfin, le cadre juridique régissant l'avortement doit être révisé afin d'élargir l'accès à l'avortement sécurisé, de prioriser la santé, la vie et le bien-être des adolescentes et des femmes, et de refléter leurs réalités et leurs besoins. Cette réforme devra s'accompagner de mécanismes robustes de redevabilité pour garantir la mise en œuvre et la diffusion effective du nouveau cadre légal. Ce n'est qu'ainsi que le labyrinthe effroyable auquel sont confrontées les adolescentes et les femmes confrontées à une grossesse non désirée pourra être démantelé, ouvrant la voie à un avenir digne et sain pour elles et leurs familles.

Le cadre juridique régissant l'avortement doit être révisé afin d'élargir l'accès à l'avortement sécurisé, de prioriser la santé, la vie et le bien-être des adolescentes et des femmes, et de refléter leurs réalités et leurs besoins. Cette réforme devra s'accompagner de mécanismes robustes de redevabilité.

Recommandations

Réformer le cadre juridique de la santé reproductive

Afin de garantir aux adolescentes et aux femmes confrontées à une grossesse non planifiée l'accès à un avortement sécurisé et légal, et d'éviter qu'elles ne mettent leur vie en danger en recourant à des méthodes non sécurisées. Pour y parvenir, les sous-recommandations suivantes sont pertinentes :

- Réviser la loi de 2007 sur la santé de la reproduction pour élargir les motifs légaux d'accès à un avortement sécurisé et garantir son application effective, afin de réduire la mortalité et la morbidité maternelles.
- Élaborer et publier les textes d'application de la loi révisée, de manière à en faciliter la mise en œuvre concrète.
- Diffuser largement ces textes d'application auprès des prestataires de services des secteurs sanitaire, social, judiciaire et sécuritaire.
- Augmenter les effectifs et améliorer la formation des prestataires en matière de soins complets liés à l'avortement.
- Veiller au suivi et à la mise en œuvre effective de la loi de 2007 révisée sur la santé de la reproduction.
- Informer la population sur le contenu de la nouvelle loi révisée.

Améliorer la qualité des soins après-avortement

À travers une formation ciblée des prestataires de santé à la prise en charge des avortements et aux soins après-avortement. Ces soins doivent être délivrés sans jugement, inclure une gestion adéquate de la douleur et s'accompagner systématiquement de conseils en matière de contraception. Les sous-recommandations suivantes fournissent des pistes à cet égard :

- Former les prestataires de soins de santé sur les soins complets d'avortement et les soins après-avortement selon la loi (formation continue) avec un focus sur : la vulgarisation de la loi SR, les soins complets en matière d'avortement, les soins après avortement, y compris la gestion de la douleur, l'écoute empathique, le counseling contraceptif après avortement, les droits et services de santé reproductive adaptés aux jeunes, et la clarification des valeurs afin de réduire la stigmatisation et l'opposition à l'offre des services.
- Élargir le programme de formation des professionnels de santé (formation initiale) sur les soins complets d'avortement et les soins après-avortement selon la loi avec un focus sur : la vulgarisation de la loi SR, les soins complets en matière d'avortement, les soins après avortement, y compris la gestion de la douleur, l'écoute empathique, le counseling contraceptif après avortement, les droits et services de santé reproductive adaptés aux jeunes, et la clarification des valeurs afin de réduire la stigmatisation et l'opposition à l'offre des services.
- Veiller à ce que les soins après-avortement soient dispensés selon les normes de qualité les plus élevées, sans stigmatisation et dans le respect de la vie privée, y compris une prise en charge adéquate de la douleur et des conseils de qualité en matière de contraception, afin d'éviter de nouvelles grossesses non désirées.
- Assurer une harmonisation des pratiques d'offre de soins d'avortement de qualité à travers la mise en place d'un protocole ou un guide national aligné sur les dernières recommandations de l'OMS et des données probantes, et le diffuser auprès de tous les professionnels de la santé au Togo.

Garantir la disponibilité des fournitures médicales

Afin d'éviter tout retard dans la prise en charge des soins d'avortement selon le cadre légal y compris des soins après-avortement et de garantir une prise en charge de qualité. Pour réaliser cela il est important de :

- Veiller à ce que chaque centre de santé et hôpital dispose d'équipements, de médicaments et de contraceptifs de qualité, afin d'assurer des soins de qualité, de pouvoir prendre en charge les complications de l'avortement, de pouvoir bien gérer la douleur pendant les procédures et de pouvoir dispenser des conseils adaptés en matière de contraception.



Promouvoir un accès universel et équitable aux services de santé reproductive

Les barrières financières doivent être levées en assurant la gratuité des soins complets relatifs à l'avortement, aux soins après-avortement et à la contraception à travers l'assurance maladie universel. Les sous-recommandations suivantes fournissent des pistes à cet égard :

- Rendre gratuits les soins complets d'avortement et les soins après avortement selon la loi.
- Rendre gratuites les méthodes contraceptives pour les jeunes et les femmes.
- Créer davantage de services de santé sexuelle et reproductive adaptés et conviviaux pour les adolescent·e·s et jeunes.
- Sensibiliser la population pour lever les barrières à l'utilisation de la contraception.

Renforcer l'éducation en matière de valeurs et de santé sexuelle

Les jeunes doivent avoir accès à des informations fiables sur la vie affective et sexuelle afin de prévenir les grossesses non désirées, les violences sexuelles et les avortements non sécurisés. Une éducation sexuelle complète doit être intégrée aux programmes de formation initiale des enseignants et des travailleurs sociaux.



6

Promouvoir une masculinité positive et déconstruisant les normes néfastes

Pour s'attaquer à la fois aux causes et aux conséquences des grossesses non désirées, il est essentiel de promouvoir une masculinité positive et de déconstruire les normes néfastes qui perpétuent la violence sexuelle et sexiste, qui découragent les filles et les jeunes femmes d'utiliser des contraceptifs et qui condamnent l'avortement.

Mener une étude sur l'ampleur des avortements au Togo

Pour mesurer avec précision l'ampleur des avortements non sécurisés, de leurs complications et des décès maternels associés, une étude nationale sur l'incidence de ces phénomènes est indispensable.

7

Annexes

Annexe 1

Objectifs de la recherche

Objectif général

L'objectif général de cette étude qualitative approfondie est de combler le manque de connaissances concernant les déterminants des grossesses non planifiées se soldant par des avortements, les processus décisionnels liés à l'avortement, ainsi que les dynamiques sociales, de genre et du système de santé qui influencent la recherche de méthodes d'avortement et soins après-avortement.

Objectifs spécifiques

Il s'agit plus spécifiquement de :

1. Explorer les dynamiques qui entourent les grossesses non planifiées et les processus décisionnels concernant l'avortement, selon le milieu économique, culturel et social de la femme.
2. Examiner les parcours de recherche et d'accès aux soins d'avortement, dans un contexte où cet accès est légalement limité.
3. Comprendre les connaissances du public sur le cadre juridique régissant l'avortement, les attitudes à l'égard de l'avortement, et la manière dont celles-ci influencent les prises de décisions d'avortement et les parcours de recherche de soins.
4. Comprendre quels facteurs (notamment le soutien du partenaire, accès à l'information, le lieu de résidence, et les ressources financières et sociales) influent l'accès des femmes et des adolescentes à des méthodes d'avortement sécurisées ou non.
5. Comprendre les expériences des adolescentes, des femmes et des prestataires de soins au Togo concernant sur l'offre et l'accès à des soins après-avortement.

Annexe 2

Méthodologie

Conception de l'étude

Pour comprendre les facteurs qui conduisent aux avortements non sécurisés et les complexités des parcours d'avortement au Togo, cette étude a adopté une approche ethnographique. Il s'agit d'une méthode qualitative de collecte de données, couramment utilisée en sciences sociales et comportementales pour donner sens à des phénomènes sociaux complexes. Elle repose, entre autres, sur des observations détaillées (participante) dans des contextes spécifiques et des entretiens approfondis avec les participant·e·s à l'étude⁵².

L'ethnographie se prête particulièrement bien à l'étude de phénomènes sociaux et des facteurs sous-jacents⁵³ (souvent cachés en raison de la honte qu'ils suscitent ou de leur caractère illégal), car elle exige une immersion prolongée au sein de la population étudiée pour gagner sa confiance et bien la comprendre.

La présente étude associe une approche ethnographique à une approche centrée sur les jeunes, en formant et mobilisant des jeunes chercheurs et chercheuses du Togo afin qu'ils soient en première ligne de la collecte, de l'interprétation et de l'analyse des données. Ce centrage sur les jeunes a permis leur participation réelle et inclusive à la production de données probantes sur les avortements non sécurisés au Togo. Cela a permis non seulement de générer des données de qualité et une compréhension contextuelle approfondie des comportements et des préoccupations des jeunes, tout en garantissant leur droit à participer aux questions qui les concernent⁵⁴. Enfin, cette démarche a contribué à renforcer les capacités des jeunes chercheurs et chercheuses togolais à conduire des recherches qualitatives sur des sujets de droits et santé sexuelle et reproductive sensibles.

La justification du choix des sites de l'étude

Cette recherche a été réalisée par l'APHRC, Rutgers, Population Council et l'ATBEF. Elle s'est inscrite dans le cadre de deux programmes : « Sa Santé, Ses Choix », mis en œuvre en Afrique de l'Ouest et du Centre dans le but de réduire la mortalité et la morbidité maternelles liées aux avortements non sécurisés^k, et « Élargir l'accès à des services de santé sexuelle et reproductive de qualité en Afrique de l'Ouest francophone »^l. Une analyse documentaire préliminaire avait révélé un manque criant de données empiriques sur l'avortement au Togo, comparé aux autres pays de la région. Le partenaire national, l'ATBEF, a confirmé cette lacune et a orienté les objectifs de recherche en conséquence.

Plusieurs indicateurs ont justifié le choix des deux sites de l'étude, à savoir les régions de Grand Lomé et des Plateaux. Grand Lomé a été choisie en raison de son statut de pôle administratif et métropolitain du pays qui abrite la capitale. Cela a permis d'examiner les défis urbains et contemporains liés aux grossesses non planifiées, notamment les violences sexuelles, l'insécurité économique, les relations sexuelles transactionnelles pour la survie quotidienne, et les mariages tardifs qui peuvent influencer les rapports sexuels prémaritaux. Les données en santé reproductive disponibles révèlent un taux élevé (34,4 %) de besoins non satisfaits en planification familiale à Lomé.⁵⁵ Elle a également été identifiée comme une région comptant de nombreuses cliniques d'avortement clandestines et donnant accès à un large éventail de méthodes informelles. La région des Plateaux, quant à elle, en plus d'un taux élevé de besoins non satisfaits en matière de planification familiale (34,7 %)⁵⁶, a enregistré en 2023 le plus grand nombre d'avortements provoqués nécessitant des soins après-avortement dans des établissements de santé.

Les établissements de santé ont été sélectionnés en se basant sur le nombre élevé de cas de soins après-avortement traités et leur emplacement (en veillant à une répartition équilibrée par emplacement,

^k Financé par la Loterie nationale néerlandaise des codes postaux par l'intermédiaire de Rutgers

^l Financé par la Fondation William et Flora Hewlett par l'intermédiaire du Conseil de population.

notamment deux en milieu rural, deux en milieu urbain et deux en milieu périurbain). Les informations sur le nombre de cas de soins après-avortement ont été obtenues à partir des données du système d'information de gestion de la santé (SGIS) par l'intermédiaire des coordonnateurs DSSR de chaque région.

Population de l'étude et échantillonnage

La principale population ciblée par cette étude était composée d'adolescentes et de femmes ayant eu recours à l'avortement au cours des deux années précédant le début de la recherche. Des entretiens approfondis et répétés ont été conduits auprès de 61 participantes au total (dont 28 femmes de Grand Lomé et 33 des Plateaux). Cinq décès liés à des avortements non sécurisés (tous survenus dans la région des Plateaux) ont été documentés à travers des observations dans les établissements de santé, des entretiens avec des prestataires de soins et, dans la mesure du possible, avec les partenaires ou les proches. Les 61 participantes ont été identifiées dans des établissements de santé et des communautés voisines, avec le soutien de prestataires de soins et d'agents de santé communautaires, ainsi que par échantillonnage en boule de neige. Dans tous les cas, les prestataires de soins de santé ou d'autres informateurs clés ont tout d'abord approché les participantes au nom des chercheurs afin de leur proposer de participer à l'étude, avant de les présenter aux assistant·e·s de recherche. Toutes les participantes ont donné leur consentement éclairé avant de prendre part à l'étude.

Ce travail a également inclus des proches des adolescentes et des femmes qui ont eu recours à un avortement, avec le consentement de ces dernières. De même, dans la mesure du possible, les conjoints ou partenaires des adolescentes ou des femmes ont été sollicités : 12 d'entre eux et 16 membres de la famille ont ainsi été interrogés dans les deux régions.

Des membres de la communauté (hommes et femmes adultes, adolescents·e·s, jeunes) ont participé à 24 discussions de groupe (12 par région) sur des thématiques générales de DSSR. Cette approche visait à préserver la confidentialité des thèmes principaux de l'étude et à protéger l'anonymat des

participantes individuelles avec qui les assistant·e·s de recherche étaient en contact. Les groupes ont été constitués de manière homogène (par genre, âge et rôle au sein de la communauté) afin de minimiser les déséquilibres de pouvoir susceptibles d'inhiber la participation.

Par ailleurs, 40 prestataires de soins issus d'établissements publics, privés et communautaires ont été interrogés dans les deux régions.

Enfin, des entretiens ont été conduits avec des vendeurs de médicaments, des pharmaciens, des guérisseurs traditionnels, des leaders religieux, ainsi que des représentants d'institutions publiques et privées et d'ONG (38 dans la région des Plateaux et 33 dans la région de Grand Lomé).

Les données issues des entretiens et des discussions de groupe ont été enrichies par un volume important de données d'observations collectées dans les établissements de santé et au sein des communautés.

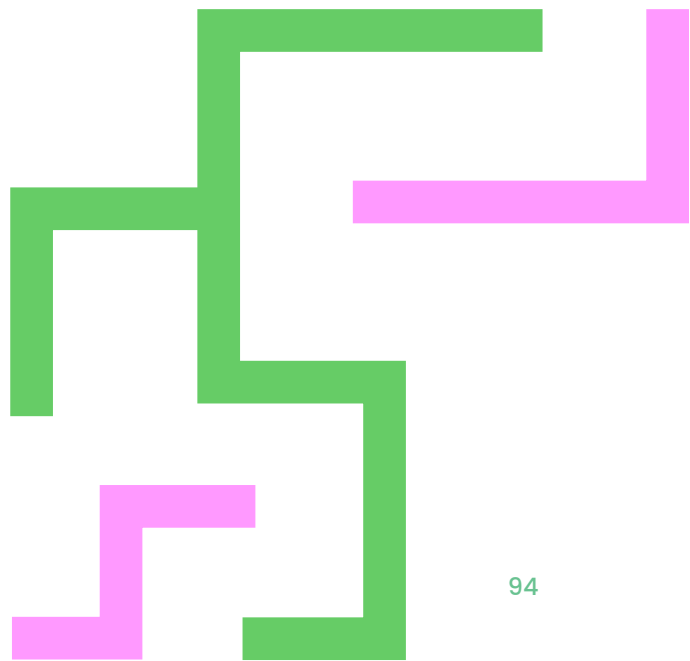


Tableau 1 : Résumé des participant-e-s à l'étude par catégorie

Participant-e-s	Nombre	Total
Entretiens approfondis avec des adolescentes et des femmes ayant eu un avortement	61	61
Entretiens avec des prestataires de soins	40	40
Entretiens avec des proches et des partenaires	12 partenaires 16 proches	28
Discussions de groupe avec des membres de la communauté	8 avec des jeunes (groupe d'adolescent-e-s et jeunes femmes et hommes), âgés entre 18 et 24 ans 8 avec des mères d'adolescentes et de jeunes femmes 8 avec des pères d'adolescentes et de jeunes femmes	24
Informatrices et informateurs clés		71

Collecte des données

Les données ont été collectées sur une période de sept mois, entre septembre 2024 et avril 2025, à partir des techniques et méthodes suivantes :

Observation participante dans les établissements de santé et les communautés

Dans les établissements de santé sélectionnés, les assistant-e-s de recherche ont recensé l'ensemble des points de prestation de soins après-avortement. Lorsque cela s'avérait pertinent et que l'accès avait été accordé, une observation participante a été menée, notamment dans les services d'urgence, de maternité (salles d'accouchement), de gynécologie et d'obstétrique. Ces observations ont

porté sur la qualité des soins de manière générale, la capacité du système de santé, les comportements, croyances et pratiques des prestataires, ainsi que les complications liées à l'avortement auxquelles les patientes étaient confrontées et le type de soins reçus. Dans les zones d'accueil et les salles d'attente, les observations se sont concentrées sur les interactions entre les patientes demandeuses de soins après-avortement et les prestataires de soins de santé, et celles entre les patientes et leurs accompagnants. Pour les patientes recevant des soins après-avortement (identifiées avec l'aide des prestataires de soins de santé), le processus a commencé du premier contact jusqu'à la sortie. Par ailleurs, les assistant-e-s ont observé des sessions de formation des prestataires et des sessions d'information sur la SSR, ainsi que des activités d'engagement communautaire sur les SSR durant la période de collecte.

Au cours des observations et d'échanges informels, les assistant-e-s de recherche et les prestataires de soins ont identifié des adolescentes et des femmes qui ont accepté, sur la base d'un consentement éclairé, de participer à cette étude et avec lesquelles ils/elles ont établi des relations de confiance en dehors des établissements de santé. À leur sortie, un nouveau consentement a été obtenu pour poursuivre les observations et entretiens.

Au niveau communautaire, les assistant-e-s de recherche ont effectué des « balades d'étude », qui ont consisté à visiter différents endroits dans les quartiers et à s'engager dans des discussions informelles et des activités avec des membres de la communauté. Ces échanges ont permis de

recueillir des informations et perceptions contextuelles sur la santé sexuelle et reproductive, les grossesses précoces, les pratiques d'avortement, les connaissances de la loi relative à l'avortement, etc. Elles ont également favorisé l'identification d'autres adolescentes et femmes qui ont eu recours à l'avortement.

Entretiens approfondis et répétés avec des adolescentes et des femmes ayant avorté

Une fois les participantes identifiées et leur consentement obtenu, des entretiens approfondis ont été effectués dans des espaces confidentiels avec 61 adolescentes et femmes. Le tableau ci-dessous résume les caractéristiques des femmes interrogées.

Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographiques des adolescentes et des femmes interrogées

Caractéristique		Fréquence (n=61)
Âge	15 -17	14
	18- 24	26
	25 - 30	16
	31 - 40	5
Situation matrimoniale	Mariée	11
	Divorcée	0
	Célibataire	47
	Concubinage	3
Niveau d'études	Pas d'éducation	4
	Primaire	12
	Secondaire	37
	Université	8
Lieu de résidence	Urbain	35
	Péri-urbain	10
	Rural	16

Caractéristique		Fréquence (n=61)
Occupation	Élève	13
	Étudiante	3
	Femme au foyer	2
	Stagiaire	2
	Travailleuse dans l'informel	41

Entretiens approfondis avec des conjoints/ partenaires et des proches de femmes ayant avorté

Lors des échanges informels avec les jeunes femmes ayant avorté, la possibilité d'interroger leur partenaire/conjoint ou leurs proches a été évaluée, avec leur consentement préalable. Au total, 12 partenaires et 16 proches ont été interrogés, notamment des mères, des tuteurs, des frères, des grands-mères, des cousins.

Entretiens approfondis avec des prestataires de soins

Des entretiens individuels ont été conduits auprès de 40 prestataires de soins, sélectionnés parmi les établissements participants à l'étude. Leur sélection s'est basée sur leur implication directe dans la prestation de soins après-avortement. Au total, 19 entretiens ont été réalisés dans la région de Grand Lomé et 21 dans la région des Plateaux.

Tableau 3 : résumé les profils des agents de santé interrogés

Caractéristique		Fréquence (n=61)
Âge	20 à 30 ans	6
	31 à 40 ans	16
	41 à 50 ans	18
Niveau d'instruction	CEPD	1
	Bac	4
	Bac+3	27
	DES	2
	Doctorat	6

Caractéristique	Fréquence (n=61)
Lieu de résidence	Milieu urbain
	19
	Milieu périurbain
Profession	11
	Milieu rural
	10
	Sage-femme
	23
	Gynécologue
	6
	Infirmier·ère d'État
	3
	Assistant médical
	2
	Assistant en gynécologie
	2
	Sage-femme
	4

Comme l'indique le tableau, l'étude a inclus l'ensemble des catégories de prestataires de soins travaillant en maternité.

Entretiens avec des informatrices et informateurs clés

Les entretiens avec les informatrices et informateurs ont visé principalement les prestataires de services d'avortement informels, les agents de santé communautaires, les vendeurs de

médicaments et les pharmaciens, ainsi que les guérisseurs traditionnels, les leaders religieux et les dépositaires des coutumes et traditions communautaires. Ils ont été identifiés grâce à l'approche d'échantillonnage par boule de neige, et les entretiens ont visé à recueillir leurs perspectives et leurs rôles dans la fourniture de services d'avortement. Au total, 71 informatrices et informateurs clés ont été interrogés : 33 dans la région de Grand Lomé et 38 dans la région des Plateaux.

Tableau 4 : Caractéristiques des informatrices et informateurs clés

Caractéristiques des informatrices et informateurs clés	Fréquence (n=61)
Acteurs d'ONG, affaires sociales	10
Responsables communautaires (agents de santé communautaires, membres de comités de développement de quartier, leaders traditionnels et de quartier)	17

Caractéristiques des informatrices et informateurs clés	Fréquence (n=61)
Pairs éducateurs/agent·e·s de plaidoyer issus des MAJ (Mouvement d'Action des Jeunes)	5
Leaders religieux (prêtres, imams, pasteurs, chefs traditionnels)	9
Représentant du ministère de la Santé (Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant)	1
Avocat	1
Professionnels de l'éducation (enseignant, chef d'établissement)	6
Pharmaciens/vendeurs informels de médicaments	8
Représentants d'associations de personnes vivant avec un handicap	2
Personnel (non médical) d'établissements de santé	10

Discussions de groupe

Des discussions de groupe ont été menées avec des hommes, des femmes, des jeunes hommes et des jeunes femmes issus des communautés cibles. Ces échanges visaient à documenter les normes sociales, culturelles et religieuses plus larges dans lesquelles évoluent les adolescentes et femmes participantes à l'étude. Ils ont réuni des membres de la communauté, indépendamment de toute expérience personnelle d'avortement. Au total, 24 discussions de groupe ont été animées dans les deux régions.

Gestion et analyse des données

Les fichiers audios ont été intégralement transcrits après chaque entretien, puis traduits des langues locales (éwé, kabié, kotokoli) en français lorsque nécessaire. Les noms des participant·e·s et des centres de santé ont été pseudonymisés pour garantir leur anonymat. Tous les fichiers numériques (notes, transcriptions, enregistrements) ont

été stockés sur un lecteur sécurisé, accessible uniquement à l'équipe de recherche.

L'analyse thématique a servi de cadre analytique principal. L'élaboration du schéma de codage et les analyses ultérieures ont été à la fois théoriques (à partir du protocole de recherche) et basées sur les données, reflétant les thèmes supplémentaires émergents des données. Des appels hebdomadaires et des communications en ligne ont été utilisés pour discuter et résoudre les défis rencontrés pendant le codage. Le logiciel Dedoose a été utilisé pour le codage. Les thèmes émergents liés aux facteurs contribuant à la vulnérabilité des adolescentes et des femmes à l'avortement, au processus de prise de décision, au parcours d'avortement et aux soins après-avortement, ont été extraits et analysés plus en détail pour ce rapport. Les résultats, issus des observations et des entretiens, sont présentés sous forme de verbatims et d'études de cas, avec des pseudonymes pour préserver l'anonymat des participant·e·s.

L'équipe de recherche et sa positionnalité

Ce travail de recherche a été conçu et mis en œuvre par des chercheurs et chercheuses de l'APHRC, de Rutgers, de l'ATBEF et Population Council, puis validé par un comité consultatif de jeunes du Togo. Les organisations et les personnes impliquées dans cette recherche représentent des institutions engagées en faveur de la santé, des droits et de la justice sexuels et reproductifs. L'étude adopte une approche axée sur la valorisation des voix marginalisées, l'analyse critique des rapports de pouvoir et le plaidoyer en faveur de la justice et d'une réforme systémique.

La recherche a été conduite par six chercheurs et chercheuses, pour la plupart des jeunes, et deux coordonnatrices nationales du Togo, directement impliqués dans la collecte de données. Le projet a également bénéficié du soutien de quatre chercheurs et chercheuses senior·e·s basés au Togo, au Sénégal, au Kenya et aux Pays-Bas, ainsi que de quatre autres coordonnatrices de recherche originaires du Sénégal, du Togo et du Bénin. La majorité des chercheurs et chercheuses ont une formation en anthropologie ou dans des disciplines connexes des sciences sociales. L'un·e des chercheur·euse·s senior·e·s, originaire du Togo, est gynécologue. Pendant la période de collecte de données, tous les membres de l'équipe ont participé chaque semaine à des séances de débriefing en ligne de deux heures afin d'échanger sur les difficultés pratiques rencontrées et les dilemmes éthiques soulevés sur le terrain. Tous sont restés disponibles pour apporter leur appui tout au long de la période de collecte de données, en cas de besoin.

Le présent rapport a été rédigé de manière collaborative par l'ensemble de l'équipe, à l'exception d'une jeune chercheuse ayant quitté le projet et d'une consultante externe. Une première des résultats a été présentée lors d'un atelier de validation tenu à Lomé les 2 et 3 octobre 2025. Cet atelier a réuni l'équipe de recherche, les partenaires de la recherche, des représentant·e·s clés du ministère de la Santé, des professionnel·le·s de santé, des responsables religieux et communautaires, des représentant·e·s d'OSC ainsi que le comité consultatif des jeunes de l'étude. Les participant·e·s de l'atelier ont conjointement formulé les recommandations présentées dans ce rapport et élaboré la

stratégie de diffusion et d'appropriation des résultats de la recherche.

Limites

Plus de sept mois ont été passés en immersion dans 12 établissements de santé et communautés sélectionnés dans les régions du Grand Lomé et des Plateaux, au Togo, afin de permettre une compréhension approfondie des avortements non sécurisés et des soins après-avortement dans ces contextes. Pour autant, les résultats présentés ne sauraient être généralisés aux autres régions du pays, en raison de la diversité culturelle, religieuse et socio-économique propre à chaque région.

Le tabou social et les restrictions juridiques entourant la question de l'avortement au Togo ont par ailleurs constitué des obstacles à la collecte de données. Malgré une présence prolongée sur les sites d'étude dans le but d'instaurer un climat de confiance, plusieurs facteurs ont pu influencer ce que les participant·e·s ont choisi de partager, ou de ne pas partager, ainsi que la manière dont les propos ont été formulés. Ces facteurs incluent la crainte de la stigmatisation, des répercussions juridiques et de jugement moral. Au début de la recherche, l'équipe s'est heurtée à la méfiance de certains prestataires de soins, qui a considérablement entravé l'accès à certains espaces de soins pertinents. L'intervention répétée de chercheurs et chercheuses senior·e·s a permis de lever progressivement ces réticences.

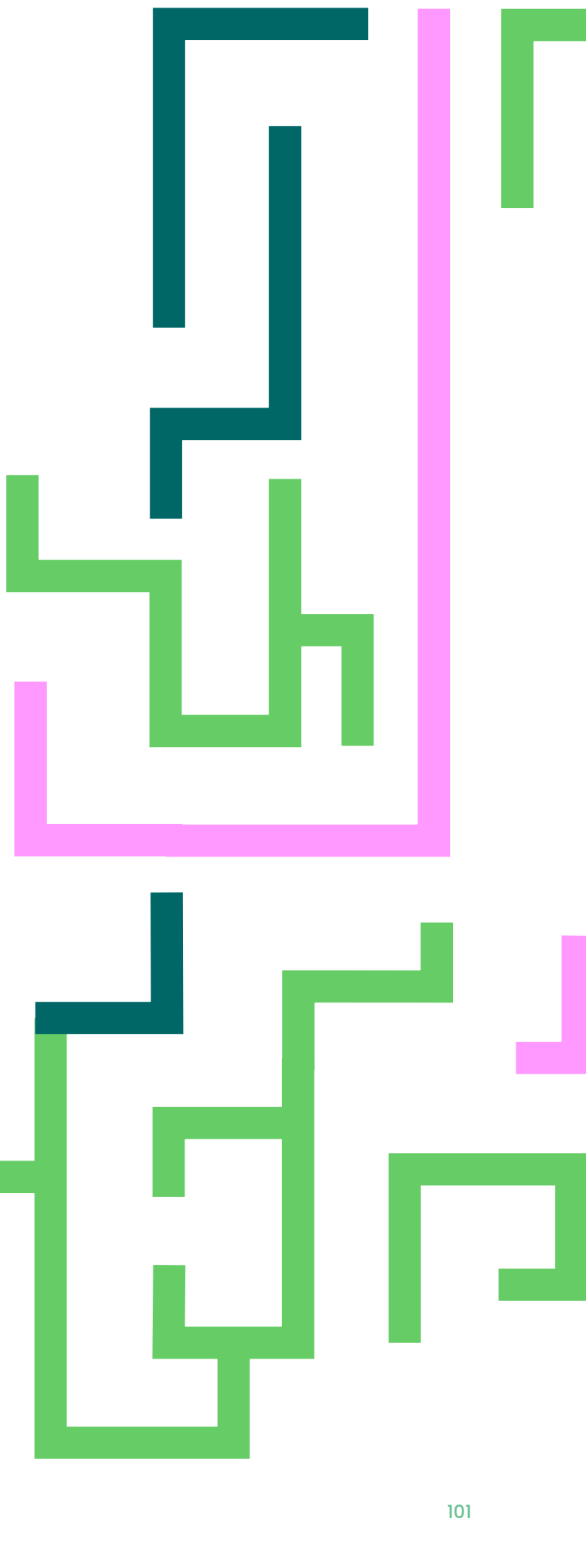
Il a été difficile de joindre certaines adolescentes et femmes pour des entretiens de relance, car elles craignaient que leur secret soit révélé. Dans d'autres circonstances, elles voulaient tourner la page sur leur expérience de l'avortement et ne plus la revivre. La décision des participant·e·s de se retirer de l'étude a toujours été pleinement respectée, conformément au protocole de consentement.

La collecte de données s'est concentrée principalement sur les adolescentes et les femmes qui ont eu recours à l'avortement suite à une grossesse non planifiée ou non désirée. Bien que des informations aient également été recueillies auprès de femmes ayant mené à terme une grossesse non planifiée ou non désirée, ce groupe demeure sous-représenté au sein de l'échantillon. Des

recherches complémentaires pourraient permettre d'approfondir la compréhension des expériences et des points de vue de cet important groupe d'adolescentes et de femmes.

Enfin, les résultats présentés dans ce rapport ont été façonnés par les analyses et les interprétations des chercheurs et chercheuses, elles-mêmes influencées par leurs visions du monde, leur positionnalité et leurs croyances religieuses ou culturelles. Ces dimensions ont potentiellement exercé une influence sur la manière dont les données ont été recueillies, interprétées et présentées. Pour renforcer la réflexivité et limiter les biais potentiels, le présent rapport de recherche a été élaboré et co-rédigé par l'équipe de recherche multidisciplinaire au grand complet, y compris dix chercheurs et chercheuses togolais, afin d'assurer la diversité des perspectives et des analyses. Les résultats ont par ailleurs été validés par un large éventail de parties prenantes, garantissant qu'ils reflètent fidèlement les réalités togolaises.

Malgré ces limites, l'étude apporte de nouveaux éclairages précieux, susceptibles d'informer de futurs travaux de recherche, politiques publiques et programmes au Togo (et au-delà), où les données disponibles sur ce sujet sont limitées.



Annex 3

Sigles et acronymes

APHRC	Africa Population and Health Research Center
--------------	--

AMIU	Aspiration manuelle intra-utérine
-------------	-----------------------------------

ATBEF	Association Togolaise pour le Bien-être Familial
--------------	--

CBRS	Comité Togolais de Bioéthique pour la Recherche en Santé
-------------	--

CFA	Communauté Financière Africaine
------------	---------------------------------

OSC	Organisation de la société civile
------------	-----------------------------------

IST	Infections sexuellement transmissibles
------------	--

ONG	Organisation non gouvernementale
------------	----------------------------------

SAA	National College of Gynaecologists and Obstetricians of Benin
------------	---

VSBG	Communauté financière africaine or African Financial Community
-------------	--

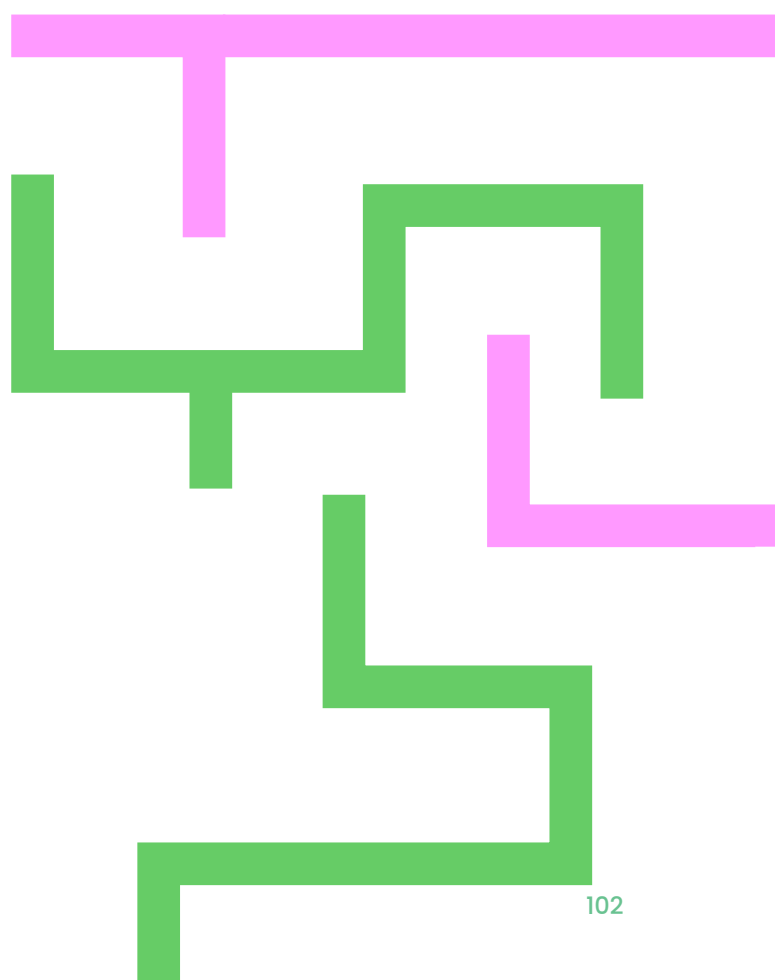
SGOT	Société des Gynécologues-Obstétriciens du Togo
-------------	--

SSR	Santé sexuelle et reproductive
------------	--------------------------------

DSSR	Droits et santés sexuelles et reproductifs
-------------	--

UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
--------------	--

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
------------	-----------------------------------



Bibliographie

1. Guttmacher Institute, [Togo country profile](#), 2025.
2. Ajavon, D., Edem, L., Yendoubé, K., Sibabe, A., et al. (2022). [Causes of Maternal Mortality in 2020 in the Kara Region \(Togo\)](#). *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 12, 104-111.
3. Toudeka, A. S., Jean Simon, D., Joseph, G., & Akakpo-Ahianyo, D. E. (2022). [Grossesses adolescentes en milieu scolaire au Togo: Déficit de communication entre parents- enfants?](#) *Sexologies*, 31(3), 156-164.
4. [Togo | Lutte contre les mariages et les grossesses chez les adolescentes : Des cellules communautaires de veille installées - Ministère des Solidarités, du Genre, de la Famille et de la Protection de l'Enfance](#) 2025
5. Adjignou, M., (2021). Analyse des représentations socio-religieuses de l'avortement provoqué au Togo : Etude de cas à Lomé et à Togoville, Mémoire pour l'obtention du diplôme de Master en Anthropologie sociale et culturelle, Université de Lomé.
6. Bankole, A., Remez, L., Owolabi, O., et al. (2020), *From Unsafe to Safe Abortion in Sub-Saharan Africa: Slow but Steady Progress*, New York : Guttmacher Institute
7. [Loi no. 2007-005 du janvier 2007 Sur la santé de la reproduction](#)
8. [Loi no. 2009 -007 Portant Code de la Santé Publique Togolaise](#)
9. M'bortche et al., 2022 M'bortche, B.K., Douaguibe, B., et al. (2022). [Medical Interruption of Pregnancy in the Second Trimester at the Principal Clinic of the Togolese Association of Family Well-Being Planning Center \(ATBEF\): About 25 Cases](#). *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 12, 81-92.
10. Rutgers, Cerrhud, et al. (2025). [Prises entre leurs droits et la réalité : le labyrinthe auquel les femmes sont confrontées](#). Rapport de l'étude
11. Turner, K.L., Senderowicz, L., Marlow, H.M. (2016), [Conclusions de l'analyse situationnelle : Besoins et opportunités pour une prise en charge des soins complets d'avortement en Afrique de l'Ouest francophone](#), Ipas.
12. Ibid.
13. Mutua, M. M., Manderson, L., Musenge, E., et al. (2018). [Policy, law and post-abortion care services in Kenya](#). *PloS one*, 13(9), e0204240.
14. Ibid.
15. APHRC, Rutgers, & ABPF. (2022). *Expériences de l'avortement au Bénin: Déterminants sociaux et parcours de soins dans le département de l'Atlantique*. APHRC.
16. Baxerres, C., Boko, I., Konkobo, A., et al. (2018). [Gestion des grossesses non désirées au Bénin et au Burkina Faso](#). *Anthropologie et Santé*, 16.
17. Bankole (2020)
18. Alidou, S., Dahourou, L. D., Dah, T. T. E., et al. (2023). [Unmet needs for modern contraceptive methods among sexually active adolescents and young women in Togo: a nationwide cross-sectional study](#). *Frontiers in Public Health*, 11, 1169180.
19. N'Bouke, A., Calvès, A.-E., & Lardoux, S. (2016). [Facteurs associés au recours à l'avortement à Lomé \(Togo\): Analyse d'une séquence d'étapes menant à l'avortement](#). *Cahiers québécois de démographie*, 45(2), 217-246.
20. Aboubakari, A.S. (2015). [Santé sexuelle et reproductive des jeunes en milieu scolaire à Kara, au nord du Togo : connaissances, attitudes et pratiques](#). *Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé*. 2015 ; 17(1) : 22330.
21. Ajavon (2022)
22. [ANNUAIRE DES STATISTIQUES SANITAIRES ANNÉE 2023](#), Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

23. Ibid.
24. Ayalew, H. G., Liyew, A. M., Tessema, Z. T., et al. (2022). Prevalence and factors associated with unintended pregnancy among adolescent girls and young women in sub-Saharan Africa, a multilevel analysis. *BMC Women's Health*, 22(1), 464.
25. Ayoko, K. A., Zoungrana, K., Soubeiga, D., et al. (2025). Issue de la Grossesse chez l'Adolescente à Lomé (Togo) : Outcome of Teenage Pregnancy in Lomé (Togo). *Health Research in Africa*, 3(2).
26. Alidou (2023)
27. Ajayi, A. I., & Ezegbe, H. C. (2020). Association between sexual violence and unintended pregnancy among adolescent girls and young women in South Africa. *BMC public health*, 20(1), 1370.
28. Kpegba-Fiaboe, E. E. (2025). Patterns and determinants of risky sexual behaviours among high school students in Lomé, Togo: a cross-sectional study. *medRxiv*, 2025-10.
29. Akinochi, H. (2019). L'égalité genre au Togo : Progrès et points sombres. *Afrobaromètre Synthèse de Politique*, 53,
30. Rutgers (2025)
31. Toudeka (2022)
32. Ibid.
33. Kpegba-Fiaboe (2025)
34. Toudeka, A. S., & Ouattara, F. (2024). Gendered socialization and sexual violence—A socio-anthropological study in Togo. *African Journal of Reproductive Health/La Revue Africaine de la Santé Reproductive*, 28, 130-136.
35. Guttmacher Institute, Togo country profile, 2025
36. Ouedraogo, R., Senderowicz, L. & Ngbichi, C. (2020). "I wasn't ready": abortion decision-making pathways in Ouagadougou, Burkina Faso. *Int J Public Health* 65, 477-486.
37. Mackenzie, C., & Stoljar, N. (2000). Introduction: autonomy refigured. In *Relational autonomy: Feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self* (pp. 3-31). Oxford University Press.
38. Van der Sijpt, E., (2014). Complexities and contingencies conceptualised: towards a model of reproductive navigation. From *Health Behaviours to Health Practices*, 120-131.
39. Grace, K.T., & Miller, E., (2023). Future directions for reproductive coercion and abuse research. *Reproductive Health*, 20(5)
40. Wood, S.N., Thomas, H.L., Guiella, G., et al. (2023). Prevalence and correlates of reproductive coercion across ten sites: Commonalities and divergence. *Reproductive Health*, 20 (22)
41. APHRC (2022)
42. Rutgers (2025)
43. Omondi, G. A., Both, J., Ouedraogo, R., et al. (2023). "I wasn't sure it would work. I was just trying": an ethnographic study on the choice of abortion methods among young women in Kilifi County, Kenya, and Atlantique Department, Benin. *Reproductive Health*, 20(1), 181.
44. APHRC (2022)
45. Ouedraogo, R., Kimemia, G., Igonya, et al. (2023). "They talked to me rudely". Women perspectives on quality of post-abortion care in public health facilities in Kenya. *Reproductive Health*, 20(1), 35.
46. APHRC (2022)
47. Ouedraogo, R., Obure, V., Kimemia, G., et al. (2023). "I will never wish this pain to even my worst enemy": Lived experiences of pain associated with manual vacuum aspiration during post-abortion care in Kenya. *Plos one*, 18(8), e0289689.
48. Mugore, S. (2019). Exploring barriers: how to overcome roadblocks impeding the provision of postabortion care to young people in Togo. *Global Health: Science and Practice*, 7(Supplement 2), S342-S349.
49. Sekpon, D. G. V. D., Both, J., Ouedraogo, R., et al. (2023). « Éloigne cette honte de moi! » : une étude qualitative des normes sociales entourant les expériences d'avortement chez les adolescentes et jeunes femmes au Bénin. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 31(5).

50. Suh, S. (2021). *Dying to count: Post-abortion care and global reproductive health politics in Senegal*. Rutgers University Press.
51. Ibid.
52. Hammersley, M., et Atkinson, P. (2019). *Ethnography: Principles in practice*. Routledge.
53. Fassin, D. (2000). Entre politiques du vivant et politiques de la vie : pour une anthropologie de la santé. *Anthropologie et Sociétés*, 24(1), 95–116.
54. Page, A., Cense, M., & van Reeuwijk, M. (2023). Working with young peer researchers in sexuality studies: benefits, challenges and lessons learnt. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 31(1)
55. Togo Enquête Démographique et de Santé 2013–2014
56. Ibid.

Derrière le rapport

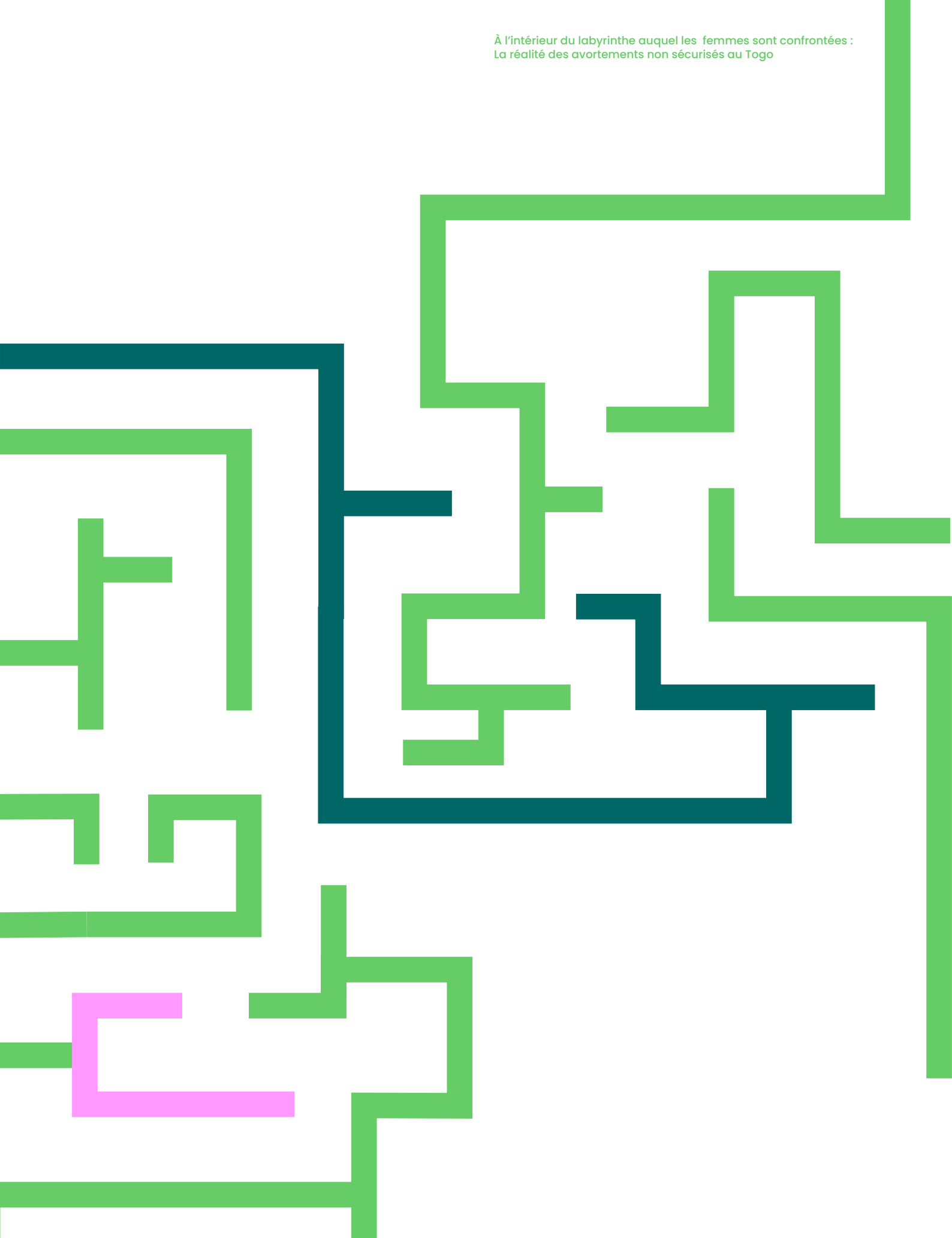
Ce rapport a pu voir le jour grâce au dévouement et à la créativité de nombreux partenaires et collaborateurs talentueux. Ensemble, leurs efforts collectifs ont transformé la recherche en une histoire vivante, qui, nous l'espérons, informera, inspirera et incitera à l'action.

Un grand merci aux personnes et aux communautés qui apparaissent sur les photos. Votre ouverture d'esprit et votre courage donnent vie à ce rapport et nous rappellent pourquoi ce travail est important.

Design : Rewire Design

Photographie : Yanick Folly et iStock





Publié par Rutgers © 2026 en partenariat
avec APHRC, ATBEF et Population Council.

Rutgers est le centre néerlandais de
connaissances et d'expertise en matière
de santé sexuelle, de sûreté et de bien-être.
Pour plus d'informations, rendez-vous sur
rutgers.international

APHRC est un institut de recherche de premier
plan qui se consacre à l'amélioration de la
santé et du bien-être en Afrique. Pour plus
d'informations, rendez-vous sur aphrc.org

ATBEF est une organisation engagée
dans la promotion de la santé sexuelle
et reproductive au Togo. Pour plus
d'informations, rendez-vous sur
atbeftogo.org

Population Council est une organisation
engagée dans la recherche et l'innovation
pour améliorer la santé et le bien-être
des populations en Afrique et Asie. Pour
plus d'informations, rendez-vous sur
populationcouncil.org

