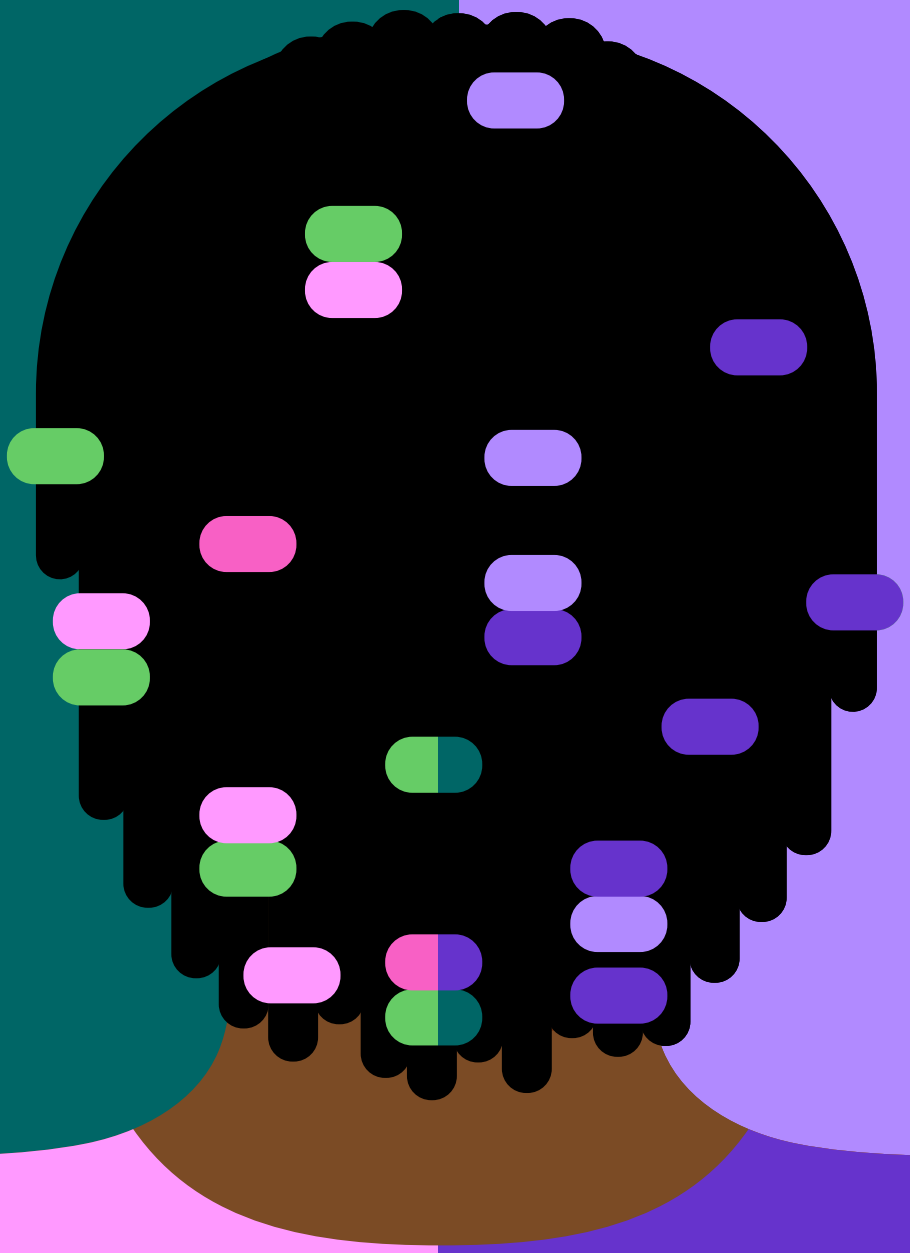


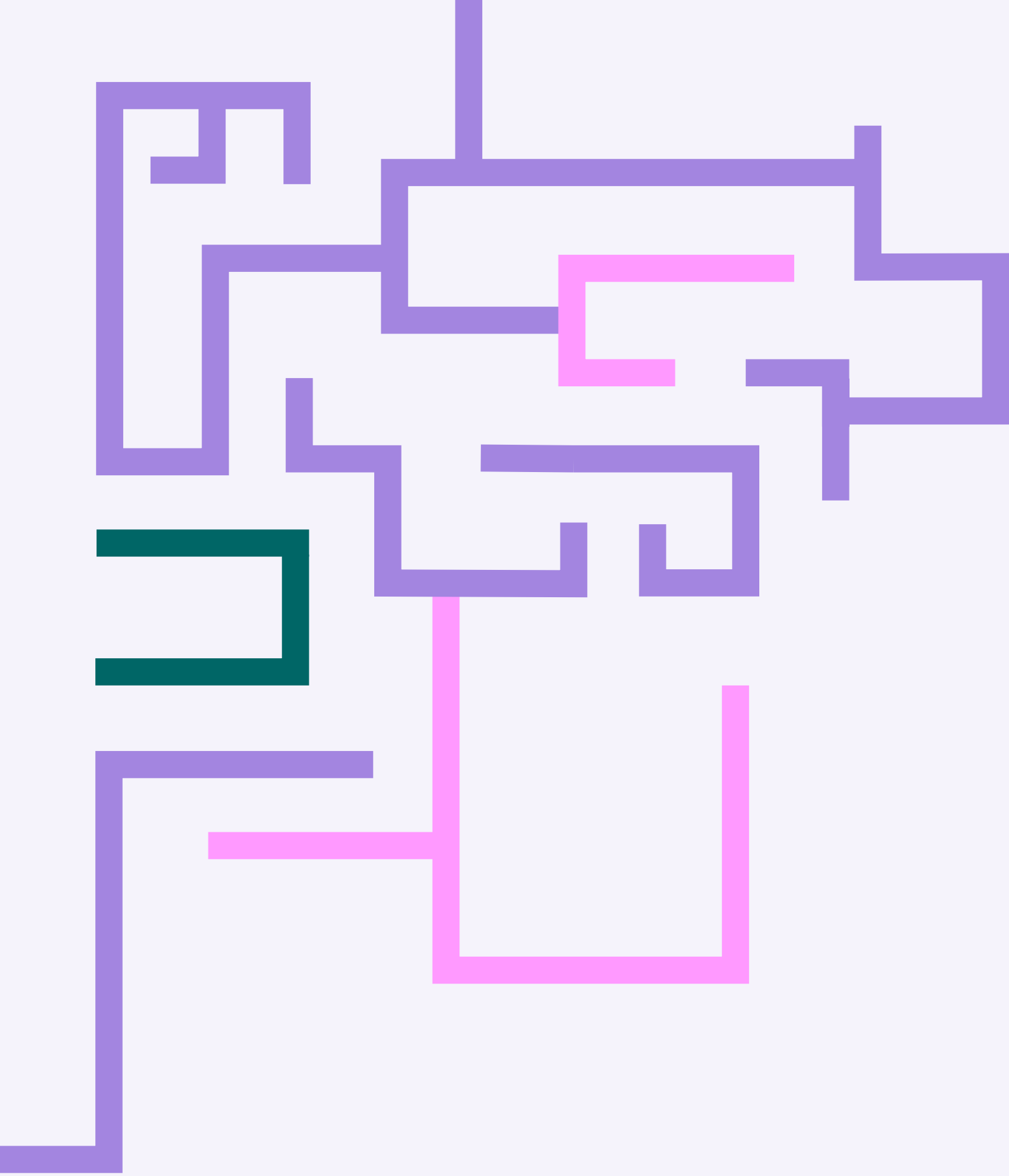
PRISES ENTRE LEURS DROITS ET LA RÉALITÉ : LE LABYRINTHE AUQUEL LES FEMMES SONT CONFRONTÉES

Accès à l'avortement sécurisé et légal pour les femmes et les filles victimes-survivantes de violences sexuelles

Étude comparative en Afrique de l'Ouest et du Centre 2025

Rutgers

Financé par l'Union européenne



Remerciements

Cette recherche n'aurait pas été possible sans le leadership et la coordination du Centre de recherche en reproduction humaine et en démographie (CERRHUD), sous la direction de Jean-Paul Dossou, de Komi Mena Agbodjavou et de Christelle Boyi, qui ont travaillé en étroite collaboration avec Jonna Both et Harriët Meiborg de Rutgers.

Nous tenons à remercier tous les participants à cette étude pour leur contribution à la collecte de données. Nous exprimons notre profonde gratitude aux victimes-survivantes qui ont fait preuve d'un courage exceptionnel en partageant leur vécu, qui a mis en lumière l'impact profond de la violence sexuelle, des grossesses non désirées et des avortements à risque. Leur volonté de témoigner, malgré la douleur et la sensibilité des expériences, a considérablement enrichi cette étude, fait progresser les connaissances et contribué à l'élaboration de pistes de solution pour améliorer la santé et les droits des femmes et des filles à travers le monde.

Nous tenons à remercier tout particulièrement les jeunes chercheurs pour leurs efforts incessants et leur flexibilité, leur expertise et leurs connaissances uniques, ainsi que leurs équipes de soutien dans chaque pays :

Joseph Similoluwa Olujobi, jeune chercheur au Bénin, soutenu par Anissa Eyi-Tayo Abdoulaye et Rosette Dossou CERRHUD en tant que co-chercheurs principaux au Bénin et par Martial Akodogbo en tant que point focale de recherche à l'Association Béninoise pour la Promotion de la Famille (ABPF).

Akioua J.A. William Nignan (MD), jeune chercheur au Burkina Faso, soutenu par Rachidatiou Compaoré en tant que co-chercheur principal et Lassane Sawadogo en tant que point focal de recherche à l'Association Burkinabé pour le Bien-Être Familial (ABBEF).

Ulrich Valdo Yonga, Ulrich Valdo Yonga, jeune chercheur au Cameroun, soutenu par Jeannette Bibiche Afounde et Moustapha Moncher Nsangou en tant que co-chercheurs principaux et Vanessa Ekame en tant que point focale de recherche à l'Association nationale camerounaise pour le bien-être familial (CAMNAFAW).

Betinou Marie-Andrée Kadimon, jeune chercheuse en Côte d'Ivoire, soutenue par le Dr Michel Edoukou N'Da-Ezoa en tant que co-chercheur principal et Ernest Kouassi en tant que point focale de recherche à l'Association Ivoirienne pour le bien-être familial (AIBEF).

Dorcas Afi Delali Essilivi, jeune chercheuse au Togo, soutenue par Abram Amétépé Agossou en tant que co-chercheur principal et Koffi Edem Dzotsi en tant que point focal de recherche à l'Association Togolaise pour le Bien-Être Familial (ATBEF).

Nous tenons également à remercier Joël Miafo Djatche, psychologue qui a renforcé les capacités de l'équipe et fourni des conseils lorsque cela était nécessaire, ainsi que Ramatou Ouedraogo, du Centre africain de recherche sur la population et la santé (APHRC), pour ses conseils sur la conception de l'étude et sa participation aux entretiens de sélection.

Nous exprimons notre gratitude à l'ABBEF, l'ABPF, l'AIBEF, l'ATBEF, la CAMNAFAW, l'Ipas et DKT International pour leur soutien et leur contribution à ce projet de recherche, et nous remercions l'Union européenne d'avoir rendu cette recherche possible dans le cadre du programme Ado Avance Ensemble financé par l'UE.

Ce rapport a été financé par l'Union européenne. Son contenu relève de la seule responsabilité de Rutgers et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'Union européenne.

Table de matières

Remerciements 3

Résumé exécutif 7

Introduction 16

À propos de l'étude 20

- **Pourquoi cette étude est-elle importante ?** 22

Rèsultats 26

- **Les cadres juridiques et politiques, leur évolution et leurs lacunes** 27
  - Points clés à retenir 27
  - Introduction 28
  - Synthèse des résultats par pays 29
  - Similitudes et différence dans les cadres juridiques 34

- **Déficits de mise en œuvre et autres obstacles auxquels sont confrontées les victimes-survivantes** 38
  - Points clés à retenir 39
  - Bénin 39
  - Burkina Faso 50
  - Cameroun 60
  - Côte d'Ivoire 68
  - Togo 78

Discussion : Comment les mécanismes d'exclusion nient le droit à l'avortement sécurisé 92

- **Report de la redevabilité et de la responsabilité de l'État** 93

- **La complexité procédurale : un parcours épuisant** 96

- **Le manque d'information : barrière commune à tous les pays** 98

- **Le contrôle social patriarcal : stigmatisation et silence forcé** 99

Conclusion 100

Recommandations 102

Annexes 110

- **Annexe 1** **110**
  - Méthodologie 110
    - Design d'étude 110
    - Équipe de recherche et positionnalité 111
    - Cadre théorique guidant l'étude 111
  - Stratégie de sélection des pays et zone d'étude 113
  - Population cible et échantillonnage 114
    - Population d'étude 114
    - Stratégie d'échantillonnage 114
  - Collecte de données 115
    - Analyse documentaire 116
    - Entretiens individuels 116
    - Discussions de groupe 116
  - Approche d'analyse des données 117
    - Stratégie d'analyse qualitative collaborative itérative 117
  - Approbations éthiques et politiques de protection 118
    - Éviter las dommages 118
    - Limitations 119

- **Annexe 2** **120**
  - Cadres juridiques et politiques documentés dans les cinq pays 120

- **Annexe 3** **131**
  - Objectifs de l'étude 131

- **Annexe 4** **132**
  - Liste des abréviations et des acronymes 132

Bibliographie 134



Cette étude révèle un fossé énorme entre les droits sur le papier et les réalités vécues

Résumé exécutif

Malgré l'existence de cadres juridiques qui autorisent l'accès à l'avortement sécurisé, les victimes-survivantes de violences sexuelles en Afrique de l'Ouest et du Centre continuent de se heurter à des obstacles majeurs. Cette étude révèle un énorme fossé entre les droits sur le papier et les réalités vécues dans cinq pays. Elle révèle comment le chevauchement des systèmes de droit, de soins de santé et de normes sociales néfastes crée un labyrinthe d'obstacles qui empêchent les femmes et les filles d'accéder à la justice, aux soins et au soutien.

Première étude systématique et comparative de ce genre dans la région

Une crise évitable

Chaque année, environ 25 millions d'avortements non sécurisés sont réalisés dans le monde, selon l'OMS. Les conséquences de ces pratiques sont tragiques : plus de 20 000 femmes et filles en meurent, tandis que beaucoup d'autres en subissent des séquelles physiques ou médicales irréversibles. Les répercussions s'étendent plus loin, puisque les communautés et les systèmes de santé doivent, eux aussi, assumer des coûts sociaux et financiers important. Pourtant, ces drames sont loin d'être inévitables. Ils résultent d'inégalités de genre, de stigmatisation et de cadres juridiques restrictifs qui 'entravent l'accès à des soins sécurisés et rapides. L'avortement non sécurisé, bien que parfaitement évitable, reste une cause majeure de mortalité maternelle dans les pays où la législation sur l'avortement est restrictive. À l'inverse, dans ceux où l'avortement est légal et accessible, la majorité des interventions sont sécurisées.

Les risques sont particulièrement aigus en Afrique de l'Ouest et du Centre. En 2019, on estime que 2,3 millions d'avortements non sécurisés ont été pratiqués en Afrique de l'Ouest et 1,1 million en Afrique du Centre. Cela en fait parmi les régions les plus dangereuses au monde pour les femmes et les filles confrontées à une grossesse non désirée.

Derrière ces chiffres se cachent une multitude d'histoires individuelles : des femmes et des filles tombées enceintes après des violences sexuelles, telles que viols ou inceste, et qui se voient privées de solutions sécurisées. Ces victimes-survivantes sont aux prises avec des lois mal appliquées, des politiques lacunaires et des services souvent inaccessibles. À cela s'ajoute un sérieux déficit

d'information, nombre d'entre elles ignorant leurs droits légaux à un avortement sécurisé. À chaque étape, elles subissent stigmatisation, discrimination et blâme pour des situations pourtant indépendantes de leur volonté.

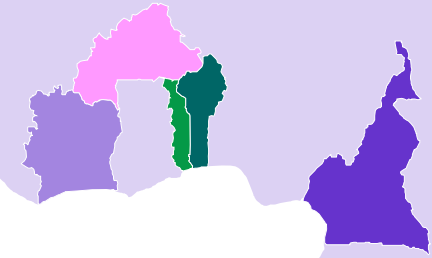
Démêler le labyrinthe auquel les femmes sont confrontées

Cette étude comparative systématique, première du genre pour la région, analyse l'impact de l'interaction entre les cadres juridiques, les systèmes administratifs et les normes sociales sur l'accès des victimes-survivantes à un avortement sécurisé. Elle fait ressortir à la fois des obstacles persistants et les signaux encourageants qui pourraient orienter les réformes, tout en mettant en avant les réalités vécues trop souvent ignorées des victimes-survivantes.

L'étude a été menée par Rutgers et CERRHUD dans cinq pays* : le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Togo et le Cameroun. Même que ces pays partagent un contexte institutionnel similaire, ils divergent dans leurs trajectoires juridiques et politiques.

Les travaux de recherche ont bénéficié de l'apport unique de cinq jeunes chercheurs nationaux, dont l'expertise contextuelle a permis d'intégrer pleinement la perspective des jeunes au coeur des données recueillies.

Bénin
Burkina Faso
Côte d'Ivoire
Togo
Cameroun



* Sélectionnés dans le cadre du partenariat Ado Avance Ensemble, coordonné par Rutgers en collaboration avec des partenaires en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Constats : le décalage entre les lois et les réalités

L'étude analyse les obstacles à l'accès à l'avortement légal à tous les niveaux de gouvernance et de mise en oeuvre. Elle explique l'accumulation de ces obstacles selon un schéma descendant : ratification d'un cadre international des droits humains sans suivi effectif, paralysie administrative, des inégalités dans l'adoption institutionnelle, pour finalement aboutir à un parcours du combattant pour les victimes-survivantes marqué par le déni et l'exposition au danger.

> « Il existe un fossé énorme entre les droits sur le papier et les réalités vécues »

Les cadres juridiques

Certes, les gouvernements ont officiellement adhéré au Protocole de Maputo. Néanmoins, ces engagements restent souvent symboliques. L'intégration complète de l'article 14(2)(c)* du Protocole de Maputo autorisant l'avortement sécurisé aux victimes-survivantes de violences sexuelles dans le droit interne demeure rare. Le Bénin constituant une exception notable à cet égard, étant le seul pays à avoir pleinement intégré cet article.

Dans les cinq pays étudiés, les lois criminalisant la « promotion » de l'avortement instaurent un climat de crainte parmi les acteurs publics et la société civile, ce qui limite la diffusion d'informations et entrave les efforts de sensibilisation.

Lacunes dans les politiques et les systèmes

Dans les pays où des directives nationales encadrent un avortement sécurisé et légal, celles-ci sont souvent insuffisamment claires ou entrent en contradiction avec d'autres cadres. Preuve en est le décalage fréquent constaté entre les politiques relatives à la violence sexuelle et sexiste et celles consacrées à la santé sexuelle et reproductive. Dans les pays privés de directives opérationnelles, comme le Togo, cette absence conduit à une paralysie des systèmes sanitaire et juridique.

L'adoption des politiques par les organisations de mise en oeuvre

On observe une incohérence dans l'interprétation des lois et des politiques entre hôpitaux, dispensaires et tribunaux. Souvent, le personnel n'est pas informé des évolutions législatives récentes ou ne dispose pas de directives claires pour leur application. Par conséquent, l'expérience des victimes-survivantes varie considérablement d'un établissement à l'autre : certains leur assurent des soins empreints de compassion, tandis que d'autres refusent purement et simplement de leur fournir les services. Cependant, des innovations telles que les plateformes numériques mettant les femmes en relation avec des prestataires sûrs et les associations professionnelles créant des filières d'orientation montrent ce qu'il est possible de faire lorsque les institutions renforcent activement la mise en oeuvre.

La mise en oeuvre dans la pratique et les réalités vécues par les victimes-survivantes

Les victimes-survivantes et leurs familles manquent souvent d'informations sur les lois censées les protéger. La stigmatisation et la culpabilisation dont elles font l'objet au sein des familles, des communautés et des institutions constituent autant d'obstacles à l'accès effectif aux soins. Lorsqu'elles osent exprimer leur besoin et réclamer une prise en charge, elles se heurtent à d'importantes barrières administratives, juridiques et financières, tandis que les procédures d'autorisation d'avortement sont généralement trop longues. Face à ces freins, beaucoup se voient contraintes de recourir à un avortement non sécurisé et clandestin ou de poursuivre une grossesse non désirée : leurs droits légaux se trouvent ainsi réduits à un privilège réservé aux mieux informées et aux plus favorisées.

*Autorisation de l'avortement médicalisé en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la poursuite de la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus.

Discussion : Des mécanismes d'exclusion qui se renforcent mutuellement

L'étude révèle que, pour les victimes-survivantes de violences sexuelles, l'accès à un avortement sécurisé ne dépend pas seulement du cadre juridique, mais également d'un enchevêtrement complexe d'obstacles qui, lorsqu'ils se cumulent, forment un véritable labyrinthe d'exclusion. Ces barrières peuvent être regroupées en quatre mécanismes interdépendants.

1. Retard dans la redevabilité

Tous les États de l'étude ont ratifié le Protocole de Maputo, qui reconnaît le droit à l'avortement en cas de viol, d'inceste ou lorsque la santé ou la vie de la femme sont en danger. Cependant, à l'exception du Bénin, ces dispositions n'ont pas encore été pleinement intégrées dans le droit national et restent donc largement inappliquées. Cette ratification sans mise en oeuvre effective prive les victimes-survivantes d'un droit qui demeure théorique, tandis que les mécanismes de redevabilité demeurent insuffisants.

2. Complexité procédurale

Les victimes-survivantes doivent souvent faire face à des formalités administratives complexes et contradictoires : obtention de rapports de police, obtention de certificats médicaux, demandes d'autorisation judiciaire. Ces démarches engendrent des délais supplémentaires, sources de nouveau traumatisme, et sont particulièrement incompatibles avec l'urgence que requiert la prise en charge d'une grossesse non désirée. Quelques initiatives de la société civile visant à relever ces défis montrent des pistes possibles pour sortir de cette complexité.

3. Manque d'information

Même lorsque le cadre juridique existe, les victimes-survivantes ignorent souvent leurs droits et ne sont pas suffisamment orientées vers les soins adaptés. Les prestataires de santé eux-mêmes se trouvent fréquemment dans l'incertitude quant à la législation en vigueur : les directives sont méconnues ou inexistantes et la communication avec le public sur l'avortement sécurisé reste minimal. De nombreuses victimes-survivantes, faute de connaissance des voies sécurisées et légales, font donc recourir à des solutions non sécurisées.

4. Contrôle patriarcal et stigmatisation

Des normes de genre néfastes alimentent le blâme et le silence. Les victimes-survivantes font face à la stigmatisation et à l'intimidation non seulement au sein de leurs familles et communautés, mais aussi de la part des professionnels de santé, ce qui les dissuade de signaler les faits et de chercher à obtenir des soins.

À eux tous, ces mécanismes en viennent à former un véritable labyrinthe systémique qui, au lieu de leur en faciliter l'exercice, prive les victimes-survivantes de l'accès aux droits qui leur sont pourtant garantis.

25 millions
d'avortements non sécurisés
chaque année dans le monde
(OMS)



Conclusion

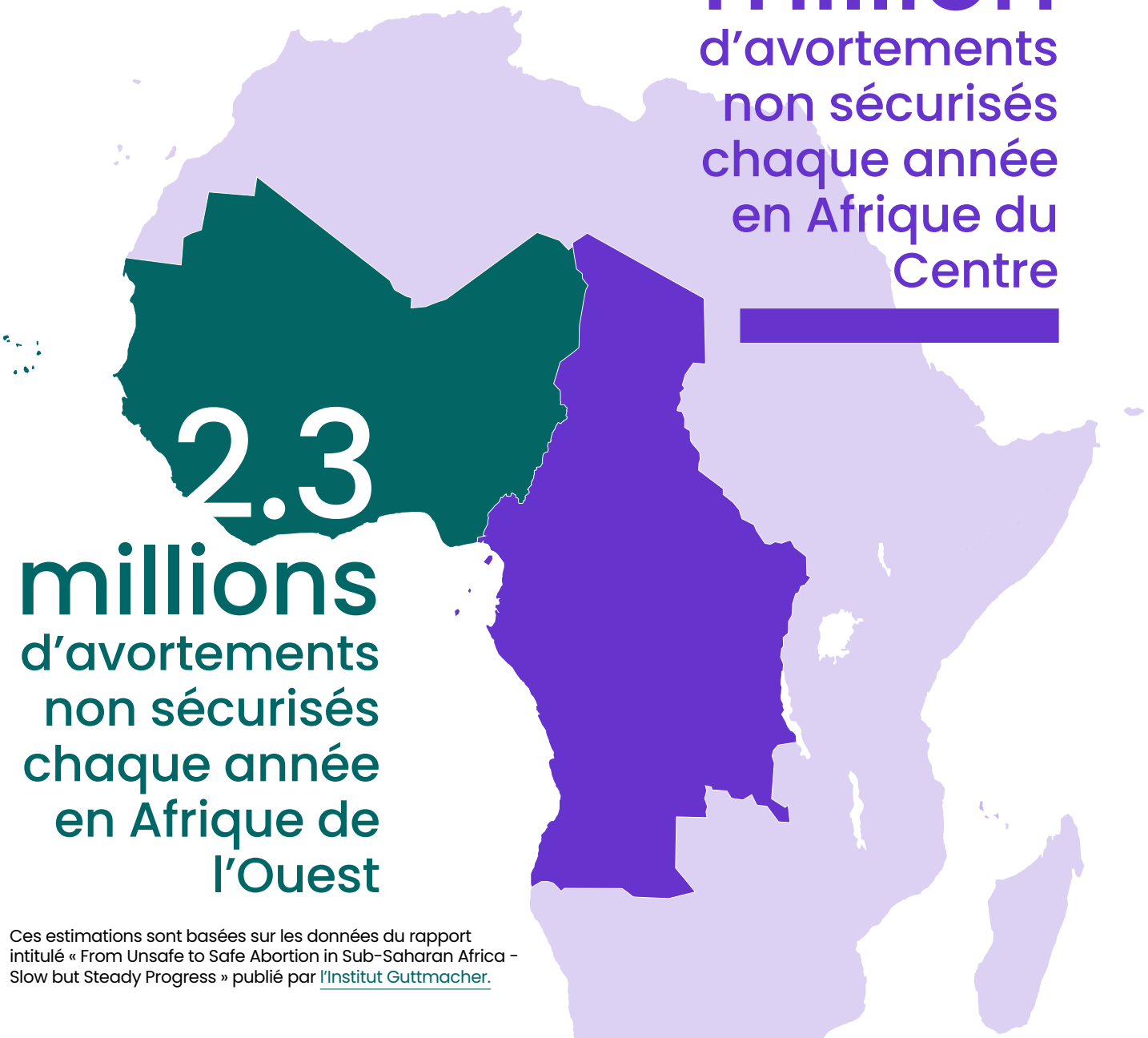
Cette étude met en lumière un paradoxe saisissant : dans les cinq pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre étudiés, des lois garantissent aux victimes-survivantes de viol et d'inceste le droit à un avortement sécurisé, pourtant ces droits demeurent en grande partie inapplicables. Les victimes-survivantes sont perdues dans un labyrinthe de complexité, de retards, de silence et de stigmatisation.

Les conséquences sont dramatiques : mortalité maternelle, blessures évitables et de nombreux avenirs brisés. Pourtant, cette situation n'est pas une fatalité. Un changement systémique est non seulement urgent, mais réalisable.

Les évolutions positives en matière de politiques, de sensibilisation et de prestation de services montrent que des progrès sont possibles. Bien que ces efforts restent inégaux, ils indiquent qu'une action coordonnée et un engagement soutenu peuvent faire une réelle différence.

Il s'agit là d'autant de tremplins vers un avenir meilleur, mais qui ne suffisent pas à éliminer ce labyrinthe d'obstacles. Il est impératif que, collectivement, les pouvoirs publics, la société civile, les prestataires de soins et les communautés intensifient leurs efforts.

1.1 million
d'avortements non sécurisés chaque année en Afrique du Centre



2.3 millions
d'avortements non sécurisés chaque année en Afrique de l'Ouest

Ces estimations sont basées sur les données du rapport intitulé « From Unsafe to Safe Abortion in Sub-Saharan Africa - Slow but Steady Progress » publié par l'Institut Guttmacher.

Recommandations

Pour mettre fin à ce labyrinthe, des mesures audacieuses et coordonnées s'imposent. Ce rapport rassemble un ensemble exhaustif de recommandations, dont voici un résumé des priorités les plus urgentes pour les pouvoirs publics, les systèmes de santé, la société civile et les communautés. Ces actions sont essentielles pour lever les obstacles, garantir le respect des droits et assurer que les victimes-survivantes de violences sexuelles puissent accéder effectivement à un avortement sécurisé et légal, au-delà des seuls engagements écrits.



Aligner les politiques d'avortement et de lutte contre les violences basées sur le genre

Harmoniser les politiques en matière d'avortement et de violence sexuelle et sexiste et garantir un soutien médical, social et juridique coordonné aux victimes-survivantes.



Rendre l'information accessible au plus grand nombre

Les informations sur l'avortement sécurisé et légal devraient être facilement accessibles, ce qui implique notamment la suppression par les gouvernements des obstacles juridiques à la sensibilisation.



Lutter contre la stigmatisation et la discrimination

Les gouvernements, la société civile et les communautés devraient intensifier leurs efforts pour lutter contre la violence sexuelle et sexiste, la prévenir et traduire les auteurs en justice. Cela implique notamment de s'attaquer aux préjugés, la stigmatisation et la discrimination ancrés dans des normes de genre inéquitables.



Reproduire les réformes réussies

Le Bénin, l'Éthiopie et la République démocratique du Congo ont réformé leurs lois sur l'avortement en supprimant les conditions préalables judiciaires, en reconnaissant la détresse morale ou en acceptant le témoignage d'une femme comme preuve suffisante d'un viol. D'autres gouvernements pourraient suivre ces exemples afin de créer un cadre plus accessible, plus humain et plus réactif pour les victimes-survivantes de violences sexuelles.



Éliminer les obstacles procéduraux

Séparer les procédures médicales des procédures judiciaires permet de supprimer les obstacles procéduraux tout en protégeant les victimes survivantes contre tout nouveau préjudice.

Le labyrinthe s'arrête ici

Comme le révèle l'étude *Prises entre leurs droits et la réalité : Le labyrinthe auquel les femmes sont confrontées,* bien qu'il existe des lois garantissant un avortement sécurisé aux victimes-survivantes de violences sexuelles, celles-ci se heurtent à des obstacles systémiques qui les piègent dans un labyrinthe de retards, de stigmatisation et d'exclusion. Derrière chaque statistique sur l'avortement non sécurisé, il y a une femme : une femme dont les choix sont réduits, dont la santé et la vie sont menacées, dont la dignité est compromise.





Pourtant, ce n'est pas une fatalité, loin s'en faut. Ensemble, nous pouvons transformer les preuves en actions et tracer pour chaque femme une voie sûr vers un choix véritable, de quelque côté qu'elle se tourne. Aucune femme ne devrait risquer sa vie pour se frayer un chemin dans ce labyrinthe.

Chaque victime-survivante mérite d'être reconnue, entendue, crue et soutenue. Le choix, c'est la dignité. Et il est en notre pouvoir de le rendre possible pour toutes les femmes et les filles, partout dans le monde.

Chaque victime-survivante mérite d'être vue, entendue, crue et soutenue



Introduction

Lorsqu'une jeune femme en Afrique de l'Ouest ou du Centre tombe enceinte à la suite d'un viol ou d'un inceste, elle devrait pouvoir bénéficier de soins, de sécurité et de soutien. Pourtant, trop souvent, elle se retrouve confrontée a un véritable labyrinthe : un parcours semé d'embûches, marqué par la stigmatisation, le silence et les lenteurs administratives, qui se termine bien souvent par le recours forcé à un avortement non sécurisé. Et cela, malgré l'existence, dans tous les cinq pays étudiés, de dispositions légales qui garantissent à ces adolescentes et jeunes femmes le droit d'accéder à un avortement sécurisé et légal dans une telle situation si elles ne souhaitent pas mener leur grossesse à terme.



Laure, un témoignage de violences sexuelles au Togo

L'histoire de Laure, originaire du Togo, illustre très bien cette difficulté. Chaque fois qu'elle a cherché de l'aide, elle s'est heurtée à un enchaînement d'obstacles qui lui a fermé toutes les issues.

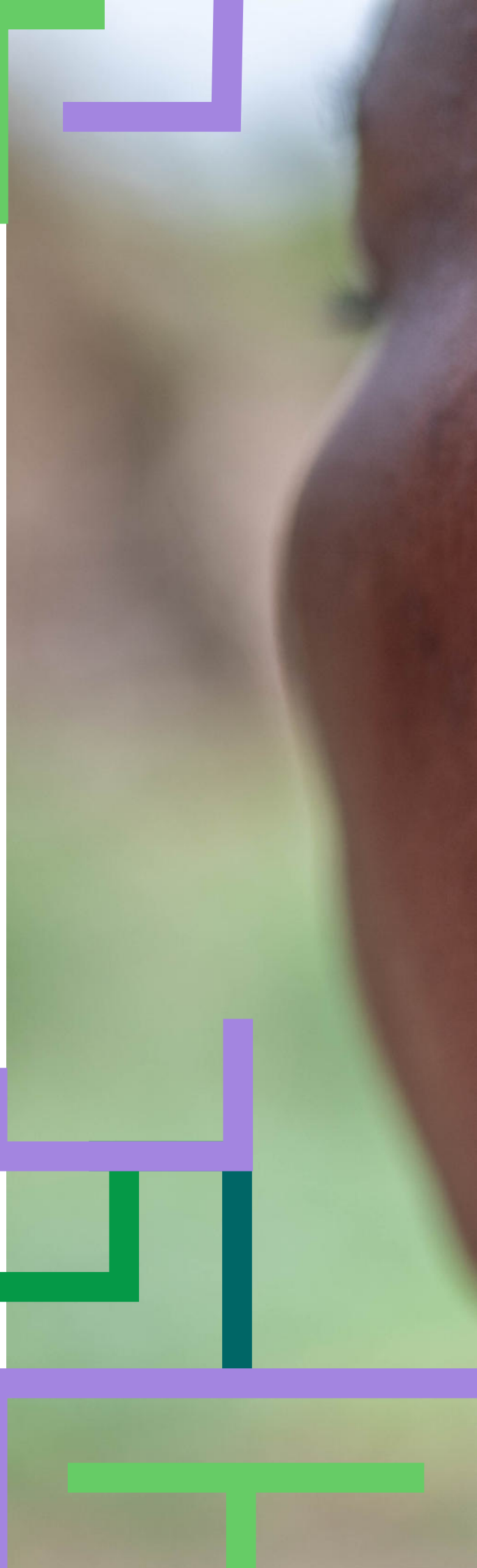
Laure[a] , est une jeune fille de 16 ans qui vit au Togo. Il y a quelque temps, un voisin l'a violée. Une professionnelle de santé nous a relaté son histoire. Laure a informé sa mère du viol immédiatement. Quelques jours plus tard, sur les conseils d'une amie, sa mère l'a emmenée dans un centre de santé. Avant de s'y rendre, elle a dû attendre trois jours pour obtenir l'autorisation du père. En raison de cette arrivée tardive, l'examen, réalisé plus de cinq jours après l'agression, n'a pas permis de constater de traces de celle-ci. Laure n'a pas reçu la pilule d'urgence, car elle est venue trop tard pour qu'elle soit efficace. Deux mois plus tard, elle est retournée au centre de santé, n'ayant pas eu ses règles. Sa mère a alors demandé une prise en charge pour un avortement. La responsable du centre a lancé une procédure judiciaire, mais, deux mois plus tard, il n'y avait toujours aucune réponse. La mère de Laure s'est alors résolue à recourir à un avortement clandestin pour sa fille.

a Des pseudonymes sont utilisés tout au long de ce rapport afin de préserver l'anonymat des participantes victimes-survivantes.

L'expérience de Laure n'est pas une exception. Cette étude met en lumière le parcours semé d'embûches auquel sont confrontées de nombreuses femmes et filles lorsqu'elles tombent enceintes à la suite de violences sexuelles. Elle cherche à comprendre pourquoi, malgré les réformes juridiques et les engagements internationaux, les victimes-survivantes de violences sexuelles se voient encore trop souvent refuser l'accès à des soins d'avortement sécurisé auxquels elles ont pourtant droit, dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre -Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Togo et Cameroun.

Les avortements non sécurisés sont particulièrement fréquents chez les adolescentes et les jeunes femmes. Derrière ces chiffres se cachent des réalités bien concrètes : des filles et des femmes qui n'avaient d'autre choix que d'ingérer des breuvages dangereux, de recourir à des prestataires clandestins ou de vivre avec des séquelles irréversibles, quand elles n'y perdent pas la vie – soit autant de tragédies évitables.

Cette étude comparative, conduite par Rutgers et CERRHUD en collaboration avec des partenaires de la région et de jeunes chercheurs, réunit des témoignages de victimes-survivantes, des expériences de prestataires ainsi que des analyses du cadre juridique et des politiques publiques. Elle révèle comment, dans la pratique, les lois et les engagements peinent à se traduire en réalité pour les filles et les femmes et s'érodent progressivement. L'étude met en lumière l'effet d'exclusion systématique des droits à travers quatre mécanismes majeurs : l'absence de redevabilité, la complexité des procédures, le manque d'information et la stigmatisation patriarcale. Elle souligne également des pistes de transformation. Qu'il s'agisse de la réforme pionnière du Bénin ou d'initiatives locales innovantes, le changement est à portée de main : dès lors que la volonté politique s'affirme et que les investissements nécessaires accompagnent les engagements, les gouvernements peuvent convertir les constats en actions et garantir à chaque femme l'accès à un parcours qui mène à un choix sécurisé.







À propos de l'étude



Il s'agit de la première étude comparative systématique dans les régions de l'Afrique de l'Ouest et du Centre pour analyser l'effet du cadre juridique, des systèmes administratifs et des normes culturelles sur l'accès des victimes-survivantes à un avortement sécurisé. Elle met en évidence à la fois les obstacles persistants et les avancées réalisées, ainsi que les réalités vécues par les femmes et les filles, trop souvent occultées ou réduites au silence.

L'étude propose des pistes de réflexion tout en amplifiant les voix des femmes, des prestataires de soins de santé et des défenseurs. Elle a pour objectif d'éclairer les décideurs politiques des cinq pays concernés, ainsi que les acteurs internationaux, notamment les bailleurs et donateurs.

L'étude a été confiée par Rutgers au CERRHUD, basé au Bénin, qui l'a menée en étroite collaboration avec son équipe. L'une des singularités de cette étude tient à sa collaboration avec cinq jeunes chercheurs nationaux, dont les perspectives ont permis de placer la voix des jeunes au cœur des données recueillies.

L'étude se concentre sur cinq pays (le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Togo et le Cameroun) qui partagent des contextes institutionnels similaires mais présentent des trajectoires juridiques et politiques distinctes. À l'aide d'une approche qualitative et comparative, la recherche a fait appel à plusieurs méthodes complémentaires :

- Des entretiens approfondis avec des victimes-survivantes de violences sexuelles et leurs proches.
- Des entretiens avec des prestataires de soins de santé, des experts juridiques, des décideurs, des acteurs du media et des acteurs communautaires.
- Des analyses documentaires des lois et des politiques publiques, notamment leur conformité avec les engagements internationaux tels que le Protocole de Maputo.

Cette recherche documente et analyse l'accès à l'avortement légal et sécurisé pour les victimes-survivantes dont la grossesse résulte d'un viol et d'un inceste. Elle examine les modalités d'application des lois et politiques publiques, relève les obstacles, évalue l'influence des facteurs sociaux et culturels, fait ressortir les inégalités affectant les groupes vulnérables et présente des innovations organisationnelles susceptibles d'améliorer l'offre de soins.

L'étude s'inscrit dans le cadre du programme Ado Avance Ensemble (juillet 2022-juin 2025), dont la mission est de soutenir les adolescentes et les jeunes dans l'exercice de leur santé et de leurs droits sexuels et reproductifs, en particulier en matière d'accès à la contraception et en relevant principaux défis qui les concernent. Le programme, financé par l'Union européenne, est mis en œuvre par un consortium coordonné par Rutgers regroupant l'ABBEF, l'ABPF, l'AIBEF, l'ATBEF, la CAMNAFAW, ainsi que DKT International et Ipas. Plus de détails concernant l'équipe de recherche, sa positionalité et sa méthodologie sont disponibles à l'annexe 1.

Pourquoi cette étude est-elle importante ?

Cette recherche aborde l'intersection de deux défis majeurs qui touchent les adolescentes et les jeunes femmes en Afrique de l'Ouest et du Centre : l'avortement à risque et la violence sexuelle. Bien que l'urgence soit manifeste, ces problématiques sont rarement analysées conjointement et les données concernant les grossesses résultant de violences sexuelles demeurent limitées en raison d'une forte sous-déclaration. Comprendre cette intersection est essentiel pour orienter de manière éclairée les réponses politiques et programmatiques.

L'avortement non sécurisé en Afrique de l'Ouest et du Centre

Les femmes et les filles en Afrique subsaharienne sont parmi les plus exposées au monde aux risques d'un avortement non sécurisé. On estime que 42 % des grossesses ne sont pas désirées et qu'environ 37 % d'entre elles se terminent par un avortement. En raison de lois restrictives et d'une stigmatisation généralisée, 77 % des avortements sont pratiqués dans des conditions dangereuses, ce qui contribue à environ 185 décès pour 100 000 avortements, soit environ 15 000 décès par an en Afrique subsaharienne[1].

Les adolescentes sont particulièrement vulnérables en raison de la faible utilisation de contraceptifs, de l'accès limité à l'éducation sexuelle, des normes de genre inégalitaires et de l'exposition à la violence sexuelle[2,3,4]. Celles qui sont sexuellement actives ont les taux d'avortement les plus élevés parmi les femmes en âge de procréer, mais leur accès à des services sûrs et légaux demeure extrêmement limité. Cette situation les expose à des complications graves, voire à un risque de décès[5].

En Afrique occidentale et centrale, 85 % à 88 % des avortements sont classés moins sécurisés ou non sécurisés. L'Afrique du Centre, notamment le Cameroun, enregistre le taux de mortalité lié à l'avortement le plus élevé du continent (≈260 décès pour 100 000 avortements), suivie de près par l'Afrique de l'Ouest (≈225 décès pour 100 000)[6].

Dans cette région, les femmes et les filles sont confrontées à l'un des risques d'avortement non sécurisé les plus élevés au monde



42%

des grossesses
sont non désirées

Les grossesses en Afrique subsaharienne

37%

d'entre elles se terminent par un avortement

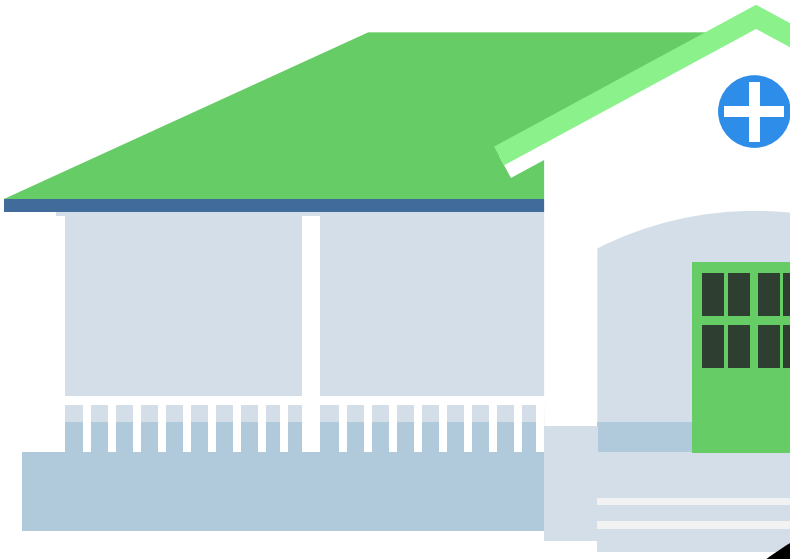
Les répercussions sur la santé d'un avortement non sécurisé

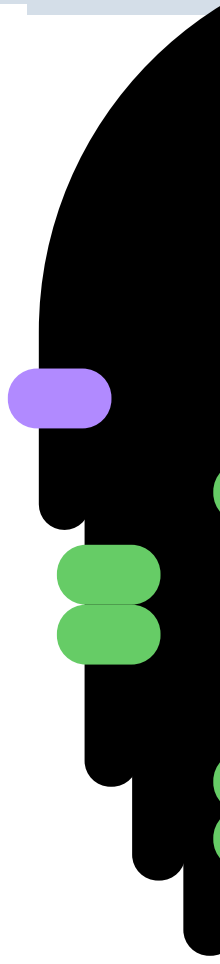
Les femmes et les filles qui recourent à des méthodes d'avortement non sécurisés et qui souvent sollicitent des soins tardivement en cas de complications, s'exposent à des risques immédiats pour leur santé. Ceux-ci incluent des hémorragies, des infections, des blessures irréversibles telles que des perforations utérines et, dans les cas les plus graves, le décès[7].

Violences sexuelles et sexistes

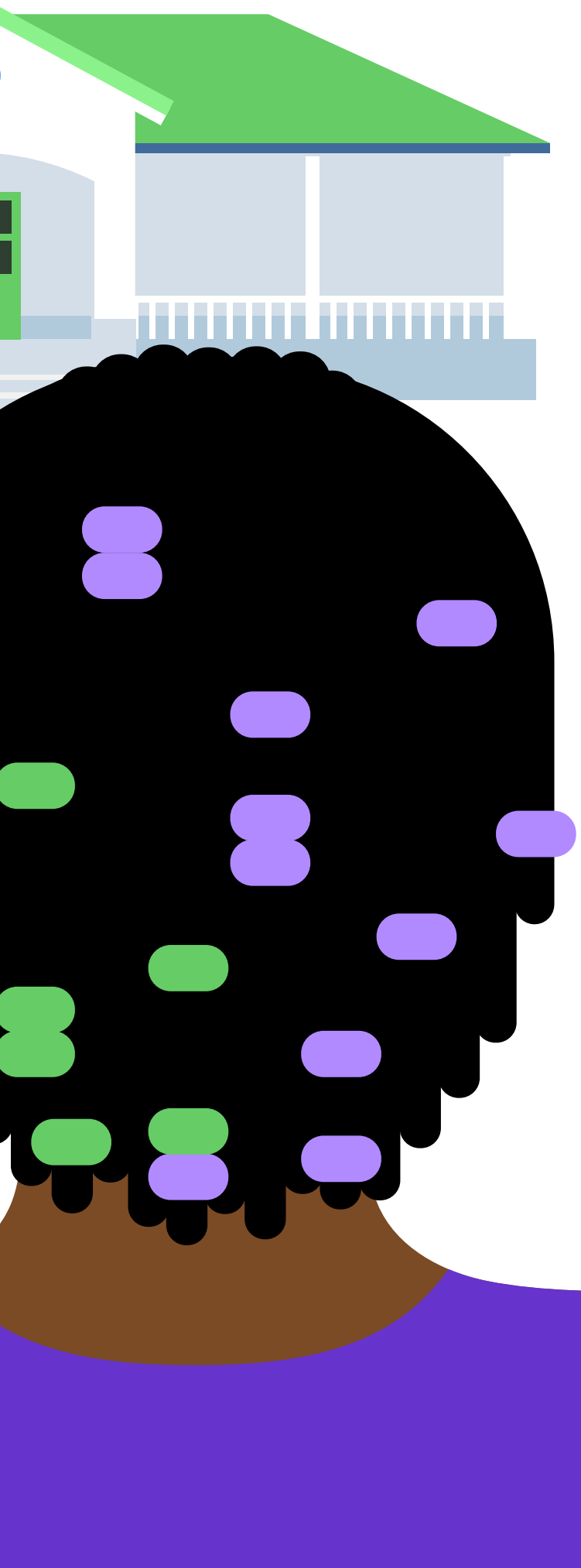
Les violences basées sur le genre touchent une femme sur trois en Afrique subsaharienne[8]. La violence sexuelle et sexiste est également répandue dans les contextes humanitaires[9] et entraîne des conséquences sanitaires et sociales durables, notamment des grossesses non désirées. Bien que les données précises sur les grossesses résultant de violences sexuelles demeurent limitées, les études disponibles révèlent une réalité alarmante. Au Cameroun, par exemple, une enquête menée en 2008 a constaté que 24 % des filles et des femmes victimes de viol sont tombées enceintes à la suite de leur agression[10]. Les grossesses issues d'un viol ou d'un inceste se terminent souvent par des avortements non sécurisés,tandis que d'autres sont menées à terme par choix ou par manque d'options disponibles. [11,12,13].

Des recherches conduites au Cameroun et au Burkina Faso montrent que les grossesses issues de viols aboutissent très fréquemment à un avortements clandestin, en dépit d'un cadre juridique qui autorise officiellement l'avortement dans ces cas de figure[14,15]. Dans les contextes de conflit en Afrique, la prévalence des avortements clandestins parmi les victimes-survivantes de violences sexuelles est également très élevée[16]. L'accès à un avortement sécurisé et légal après un viol et un inceste, bien que théoriquement prévu par la loi, reste extrêmement limité et insuffisamment documenté.





Les grossesses résultant d'un viol ou d'un inceste aboutissent souvent à des avortements non sécurisés



Le contexte juridique et l'accès à l'avortement sécurisé

Les cinq pays examinés offrent une perspective unique pour comprendre les dynamiques liées à l'avortement. Ces pays partagent plusieurs caractéristiques institutionnelles : un système juridique issu du droit civil français, des structures administratives centralisées et la coexistence du christianisme, de l'islam et des religions traditionnelles.

Tous ces pays ont ratifié le Protocole de Maputo qui, dans son article 14 (2) (c) reconnaît le droit à l'avortement sécurisé en cas d'agression sexuelle, de viol ou d'inceste, et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale ou physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus[17]. Ce cadre juridique commun a toutefois donné lieu à des interprétations législatives et administratives contrastées : certains pays, comme le Bénin, ont élargi l'accès à l'avortement sécurisé, tandis que d'autres maintiennent une approche beaucoup plus restrictive.

Le manque de données empiriques

L'analyse documentaire révèle des lacunes persistantes. La violence sexuelle et l'avortement font souvent l'objet d'études distinctes et très peu de travaux explorent leurs interconnexions. Les recherches comparatives et multidimensionnelles sur les facteurs déterminant l'accès effectif aux services d'avortement sécurisé restent rares. Ces lacunes empêchent de comprendre pourquoi certains contextes qui dispose d'un cadre juridique favorable peinent à assurer l'accès à des services sécurisés, tandis que d'autres, plus contraignants, parviennent à développer des mécanismes compensatoires efficaces[18].

Cette étude représente le premier effort comparatif systématique pour analyser, en Afrique de l'Ouest et du Centre, l'articulation des facteurs juridiques, politiques et culturels.



Résultats

Les cadres juridiques et politiques, leur évolution et leurs lacunes

Points clés à retenir

L'analyse comparative des lois sur l'avortement au Bénin, au Burkina Faso, au Cameroun, en Côte d'Ivoire et au Togo fait ressortir six enseignements majeurs :

Les cadres internationaux sont importants. Tous les pays étudiés se sont éloignés des lois coloniales très restrictives, le Protocole de Maputo ouvrant la voie à un élargissement des motifs d'avortement légal.

L'harmonisation reste lente. À l'exception du Bénin, la plupart des États n'ont pas encore complètement intégré le Protocole de Maputo dans leur législation nationale, malgré plus de 15 ans depuis sa ratification.

Le décalage entre législation et politiques publiques. En l'absence de cadres de mise en œuvre clairs, les réformes juridiques peinent à produire des effets concrets, comme en témoigne le blocage de la loi togolaise sur la santé reproductive.

La persistance des obstacles à l'information. Les restrictions du Code pénal découragent la diffusion d'informations sur l'avortement sécurisé, ce qui crée un climat d'incertitude pour les prestataires comme pour le public.

Les contradictions entre les textes juridiques. Le manque de cohérence entre les cadres relatifs au droit pénal, à la santé et à la violence sexuelle et sexiste compromet l'accès effectif à l'avortement pour les survivantes de violences sexuelles.

Quand les délais légaux ignorent les réalités biologiques. Les procédures administratives, souvent longues et lourdes, dépassent fréquemment les limites légales de gestation, ce qui prive les victimes-survivantes de l'exercice de leurs droits.

Introduction

Cette section présente les conclusions de l'analyse des cadres juridiques et politiques, en retrace leur évolution et met en évidence leurs lacunes persistantes. La section suivante, consacrée aux déficits de mise en œuvre et aux autres obstacles, montre comment ces limites se traduisent concrètement pour les victimes-survivantes dans les cinq pays étudiés, et comment elles sont aggravées par des freins supplémentaires.

Cette approche progressive illustre la manière dont les écarts s'accumulent à chaque niveau et finissent par instaurer des mécanismes systémiques d'exclusion, qui ont pour effet de transformer des droits proclamés en des privilèges accessibles uniquement aux personnes les mieux informées et socialement favorisées.

Le **Protocole de Maputo**, officiellement le Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique, constitue le premier instrument juridiquement contraignant au monde en matière de droits humains à reconnaître explicitement l'avortement comme un droit de la femme dans des circonstances spécifiques. Adopté en 2003 par l'Union africaine, il engage les États parties à protéger la santé des femmes et à garantir leurs droits reproductifs. Son article 14(2)(c) oblige les États à autoriser l'avortement sécurisé en cas d'agression sexuelle, de viol ou d'inceste, ainsi que lorsque la poursuite de la grossesse met en danger la vie ou la santé physique ou mentale de la femme, ou la vie du fœtus. Le Protocole établit ainsi une obligation juridique claire : fournir un accès effectif à l'avortement sécurisé dans ces situations. Contrairement à d'autres textes qui se limitent à des principes généraux, le Protocole définit des droits concrets et opérationnels. Toutefois, malgré une ratification largement acquise, son application demeure inégale à travers le continent. De nombreux pays peinent encore à transposer pleinement ses dispositions dans leurs législations nationales et à adapter leurs systèmes de santé aux obligations qu'il consacre.





Synthèse des résultats par pays

Bénin

Le Bénin a connu une évolution juridique progressive marquée par deux étapes majeures. La loi de 2003 avait déjà rompu avec la criminalisation totale héritée du Code pénal français de 1920 en autorisant l'interruption volontaire de grossesse dans trois conditions :

1. Lorsque la poursuite de la grossesse met en danger la vie et la santé de la femme enceinte ;
2. À la demande de la femme lorsque la grossesse est la conséquence d'un viol ou d'une relation incestueuse ;
3. En cas de malformation congénitale de l'enfant à naître.

En 2021, cette partie de la loi sur la santé reproductive a été révisée, dans la mesure où la mortalité maternelle restait élevée et où, dans la pratique, même les femmes remplissant les critères légaux existants n'avaient toujours pas accès à un avortement sécurisé.

La réforme de 2021 instaure un cadre juridique unique sans précédent dans la région. Elle autorise désormais l'interruption volontaire de grossesse dans quatre situations: 1) lorsque la vie ou la santé de la mère est en danger, 2) en cas de viol ou d'inceste, 3) en cas de malformation grave du fœtus et 4) en situation de détresse (matérielle, éducative, professionnelle ou morale) avant 12 semaines de gestation. Cette avancée devrait significativement améliorer l'accès à l'avortement sécurisé au Bénin et contribuer à réduire la mortalité maternelle. Elle a été suivie, un an et demi plus tard, de la publication d'un décret d'application qui précise les conditions de mise en œuvre de la loi révisée, bien que certains points restent encore à clarifier et à communiquer.



Néanmoins, malgré ces progrès notables, des lacunes demeurent. Les procédures opérationnelles standard de prévention et de réponse aux violences basées sur le genre, mises à jour en 2023, mentionnent bien la réforme de 2021 de manière générale, mais ne font aucune référence explicite à l'accès à l'avortement en cas de viol ou d'inceste. Cette omission traduit soit un déficit de communication et de coordination entre secteurs, soit la persistance des tensions autour des dispositions relatives à l'avortement dans la loi actualisée sur la santé sexuelle et reproductive.

Un tableau présentant le cadre juridique et politique du Bénin en matière d'avortement se trouve à l'annexe 2.

Burkina Faso

Le cadre juridique actuel, codifié aux articles 513-13 et 513-14 du Code pénal de 2018, autorise « l'interruption volontaire de grossesse » sous trois conditions :

1. Mise en péril de la santé de la mère (sans limites gestationnelles)
2. Anomalies fœtales graves et incurables (sans limites gestationnelles)
3. Viol et inceste (délai de 14 semaines)

Le Code pénal burkinabè de 2018 est en grande partie aligné sur les dispositions du Protocole de Maputo, puisqu'il autorise l'avortement en cas de viol, d'inceste, de danger pour la santé de la mère ou de malformation grave du fœtus. Toutefois, une lacune importante demeure : la santé mentale de la femme enceinte n'y figure pas explicitement comme motif légitime d'accès à un avortement sécurisé, contrairement à ce que prévoit le Protocole.

Dans le Directives nationales des Soins Après Avortement et de l'Interruption Sécurisée de Grossesse du 2021 par le ministère de la Santé, une procédure est détaillée : « Si le ministère public burkinabè établit la matérialité de la détresse de la femme enceinte en cas de viol ou d'inceste, il donne par écrit un avis favorable à la pratique de l'ISG (interruption sécurisée de grossesse). La difficulté de prouver le viol, en particulier après le signalement tardif observé des cas de violence sexuelle au Burkina Faso, constitue un obstacle majeur à l'établissement de la preuve de la matérialité de la détresse. En outre, il n'existe pas de lignes directrices sur les critères et les délais dont dispose le procureur pour établir l'importance de la détresse.



Le Burkina Faso présente d'autres points d'achoppement en ce qui concerne son cadre juridique et politique. Ainsi que l'illustre le tableau de l'annexe 2, un manque d'harmonisation persiste entre les différentes lois et protocoles en vigueur. En particulier, les dispositions relatives à la lutte contre la violence sexuelle à l'égard des femmes et des filles ne mentionnent pas explicitement que le viol et l'inceste constituent des motifs légaux d'accès à l'avortement. Comme l'explique un participant à l'étude :

> « Ces textes fournissent un arsenal juridique, mais ils ne sont pas harmonisés. Quand on essaie de les comparer, on se rend compte qu'ils ne disent pas la même chose. S'ils ne disent pas la même chose, tout le monde peut utiliser le texte qui lui convient pour se défendre. Nous voudrions voir une harmonisation, pour que nous puissions utiliser ce qui a été harmonisé et aussi l'appliquer, pour que les femmes puissent en tout cas pouvoir l'utiliser.»
>
> **Président d'une association professionnelle, Ouagadougou**

Les entretiens menés au Burkina Faso révèlent que la société civile s'emploie activement à fournir des orientations plus claires au pouvoir judiciaire et à tester, dans la pratique, la limite légale de 14 semaines pour l'avortement en cas de viol ou d'inceste.

Le tableau présentant les détails du cadre juridique et politique du Burkina Faso en matière d'avortement se trouve à l'annex 2.

Cameroun

Bien que le Cameroun ait ratifié le Protocole de Maputo en 2012, son cadre juridique demeure plus restrictif que ce que le texte préconise. Lors de la ratification, le pays a en effet émis des réserves, notamment une déclaration relative à l'avortement stipulant que « l'acceptation du Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique ne doit en aucun cas être interprétée comme une approbation, un encouragement ou une promotion de l'avortement (à l'exception de l'avortement thérapeutique) [...].[19]

Le Code pénal, qui a ensuite été révisé en 2016, inclut deux motifs pour l'avortement légal dans son article 337, stipulant que l'avortement thérapeutique[b] n'est autorisé que dans deux situations :

b L'avortement thérapeutique signifie l'avortement pour des raisons médicales, et c'est la terminologie utilisée dans le contexte camerounais pour les avortements légaux.

1. En cas de viol avec attestation du procureur de la République

2. En cas de danger grave pour la santé de la mère

Le document « Normes et Standards en santé reproductive et en planification familiale » de mars 2018 élargit cette définition en incluant les cas de malformation fœtale sévère incompatible avec la vie. Le document précise également les modalités d'application en définissant des limites gestationnelles : avant 12 semaines pour les cas de viol ou les raisons médicales, et entre 12 et 28 semaines pour les risques vitaux ou les malformations fœtales sévères ou en cas de viol selon des circonstances spécifiques.

Deux lacunes majeures caractérisent le dispositif camerounais : d'une part, l'absence de reconnaissance de l'inceste comme motif légal d'avortement thérapeutique, contrairement aux exigences du Protocole de Maputo ratifié en 2012. Cette omission crée un décalage avec les engagements internationaux du pays et limite la protection des victimes de violences sexuelles intrafamiliales. D'autre part, le cadre légal manque de directives claires à destination des magistrats, ce qui rend l'accès des victimes-survivantes aux services très dépendant de l'appréciation individuelle des juges, en l'absence d'instructions uniformes harmonisant les décisions judiciaires.

Cependant, l'alignement du droit national sur l'article 14 du Protocole de Maputo relatif aux droits reproductifs, ainsi que sa mise en œuvre complète, sont devenus une priorité pour la société civile camerounaise, notamment la CAMNAFAW. Ce dernier a longtemps milité pour que l'Assemblée nationale consacre une session plénière à cette question. Lors de la séance du 27 mars 2025, les parlementaires ont exhorté le gouvernement à élaborer une loi sur la santé reproductive, à intégrer les dispositions de l'article 14 dans la législation nationale et à réviser le Code pénal afin de faciliter l'accès à l'avortement en cas de viol, d'inceste ou de danger pour la mère[20]. Le processus est toujours en cours.

Le tableau présentant les éléments du cadre juridique et politique documenté au Cameroun figure à l'annex 2.

Côte d'Ivoire

La Côte d'Ivoire a connu une évolution juridique notable, particulièrement marquée entre 2019 et 2024. Jusqu'en 2019, l'avortement n'était autorisé que pour sauver la vie de la mère. Huit ans après la ratification du Protocole de Maputo, le Code pénal révisé a finalement élargi les conditions légales en y intégrant deux motifs :

- sauver la vie de la mère et les cas de viol.

La loi n° 2024-358 du 11 juin 2024 a marqué une nouvelle avancée majeure. Elle a introduit l'inceste comme motif légal d'avortement et reconnu explicitement la santé mentale et physique de la mère comme critères d'autorisation. Elle a également permis de clarifier les procédures applicables en cas de viol et de renforcer ainsi la lisibilité juridique et l'accès aux droits reproductifs.

Cette évolution approche la Côte d'Ivoire d'une conformité effective avec le Protocole de Maputo, ratifié treize ans plus tôt, sans pour autant s'y aligner complètement dessus, notamment parce que la législation ne mentionne pas explicitement les grossesses qui présentent un risque pour la vie du fœtus comme motif légal d'avortement.

L'élaboration de politiques publiques et de lignes directrices de mise en œuvre pour s'assurer que la loi peut être correctement appliquée est en cours.

Le tableau présentant les éléments du cadre juridique et politique documenté en Côte d'Ivoire figure à l'annexe 2.

Togo

Le Togo présente le paradoxe le plus frappant de la sous-région : le pays a un cadre juridique progressiste mais une absence de mise en œuvre effective depuis dix-huit ans. Par suite de la ratification du protocole de Maputo par le Togo en 2005, la loi sur la santé reproductive n° 2007-005 du 10 janvier 2007 autorise l'avortement :

1. En cas de viol ou d'inceste

2. S'il y a un menace pour la santé de la mère et de malformation fœtale grave (Sans aucune limite gestationnelle précisée dans les textes juridiques)

Cette évolution légale s'inscrit dans une histoire complexe, caractérisée initialement par la criminalisation totale sous le Code pénal français de 1810, renforcée en 1920 par une loi française limitant l'avortement aux seuls cas de danger pour la vie de la femme. En 1984, une loi anti-avortement spécifique est entrée en vigueur, punissant de 1 à 5 ans de prison et d'amendes importantes (500 000 à 1 000 000 FCFA) toute personne contribuant à l'avortement d'une fille scolarisée ou inscrite dans un centre de formation professionnelle d'amende.

Le Protocole de Maputo, signé en 2003 puis ratifié sans réserve en octobre 2005, a servi de catalyseur au changement progressif qui s'est concrétisé en 2007 avec la loi sur la santé reproductive autorisant l'interruption volontaire de grossesse en cas de viol, d'inceste, de mise en danger de la vie et de la santé de la femme enceinte, ou lorsqu'il existe un haut risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une affection grave.

Toutefois, la spécificité togolaise réside dans l'absence totale de décrets d'application depuis la promulgation de la loi en 2007. Cependant, la loi n° 2022-020 portant protection des apprenants contre les violences à caractère sexuel au Togo mentionne brièvement l'accès à l'interruption volontaire de grossesse après un viol, mais le protocole de prise en charge des violences basées sur le genre de septembre 2023 exclut l'avortement sécurisé, témoignant d'une stratégie persistante d'évitement institutionnel.

Le tableau présentant les éléments du cadre juridique et politique documenté au Togo figure à l'annexe 2.



Similitudes et différence dans les cadres juridiques

Similitudes : des trajectoires convergentes sous influence internationale

Les cinq pays étudiés présentent des trajectoires d'évolution remarquablement similaires, marquées par un passage progressif de la criminalisation totale héritée des codes pénaux coloniaux vers une libéralisation conditionnelle. Cette convergence s'explique largement par l'influence des instruments juridiques internationaux, particulièrement le Protocole de Maputo qui sert de référentiel commun depuis sa ratification entre 2005 (Bénin, Togo) et 2012 (Cameroun). Le passage de cette criminalisation absolue à la reconnaissance progressive de conditions d'exception révèle des dynamiques comparables de modernisation juridique.

Au Togo, on observe une phase de durcissement avec une loi spécifique de 1984 contre l'avortement des filles scolarisées, traduisant des préoccupations sociétales internes, avant une libéralisation progressive amorcée en 2007.

La présente étude montre que les organisations médicales nationales sont souvent à l'origine de ces changements : le Collège National des Gynécologues Obstétriciens du Bénin (CNGOB), la Société de Gynécologie et d'Obstétrique du Cameroun (SOGOC), et leurs homologues dans les autres pays ont joué des rôles déterminants dans le plaidoyer et la formulation des politiques. Ces organisations professionnelles ont systématiquement avancé les données sanitaires alarmantes concernant la mortalité maternelle qu'ils constatent dans leur travail quotidien pour justifier les réformes légales. Par ailleurs, des organisations telles que les membres de l'IPPF, souvent avec des alliés, ont déployé divers efforts pour promouvoir un environnement plus favorable et un meilleur accès à l'avortement sécurisé, élément essentiel pour prévenir la mortalité maternelle liée aux avortements non sécurisés. La production de données probantes a été un levier crucial, illustrée par l'étude d'évaluation situationnelle de l'IPAS en Afrique de l'Ouest francophone[21] et à l'étude de Cerrhud sur l'avortement au Bénin[22].

Similitudes : incertitudes sur la légalité de la diffusion d'informations

L'analyse montre que plusieurs pays appliquent des restrictions variables à la communication publique sur l'avortement. Au Burkina Faso et au Cameroun, tout acte susceptible d'inciter à l'avortement est strictement interdit. Le Code pénal burkinabè punit de deux mois à deux ans d'emprisonnement et d'une amende d'un à deux millions de francs CFA toute incitation à l'avortement par diffusion ou publicité (Loi n° 025-2018/AN portant Code pénal, article 513-15). Au Cameroun, la loi interdit tout acte oral, écrit ou matériel visant à provoquer ou favoriser l'avortement (Loi n° 90-035). Au Cameroun, la loi n° 90-035 interdit tout acte susceptible de provoquer ou de favoriser l'avortement, qu'il s'agisse de déclarations orales ou écrites, ou encore de la diffusion de matériel à visée potentiellement abortive. En Côte d'Ivoire, des sanctions existent concernent spécifiquement les professionnels de santé qui prescrivent ou favorisent l'avortement (Code pénal, Loi n° 2019-574, article 426).

Au Bénin, malgré une loi progressiste de 2021 sur la santé reproductive, le Code pénal du pays reste ambigu sur ce qui peut ou non être communiqué publiquement en matière d'avortement. L'article 19-I de la loi de 2021 se référant à l'article 519 du Code pénal, interdit le fait d'offrir ses services pour pratiquer une interruption volontaire de grossesse en public, lors d'une réunion ou par la diffusion de documents écrits. Les mêmes peines s'appliquent aux personnes qui font la promotion de moyens, d'objets et de procédés liés à l'interruption volontaire de grossesse. Au Togo, la loi de 2007 ne comporte pas de restrictions spécifiques sur l'information, mais interdit la vente de produits abortifs.

Le flou qui entoure l'interdiction d'incitation et de promotion de l'avortement crée des incertitudes quant à ce qu'il est possible ou non de dire publiquement sur ce sujet. Cette ambiguïté amène les prestataires de santé reproductive à

craindre d'informer et d'orienter clairement les personnes vers l'avortement sécurisé et vers la législation qui le régit. L'information accessible au public reste donc limitée. Ceux qui abordent le sujet privilégient une communication cadrée, axée sur la prévention des grossesses non désirées et les risques liés aux avortements pratiqués dans des conditions non sécurisé.

Les organisations de la société civile doivent exercer une grande vigilance pour ne pas être accusées de promouvoir l'avortement ou certaines méthodes. Parmi les approches efficaces, figurent le renforcement de la compréhension du sujet par les médias et les leaders communautaires, ainsi que le développement de leur capacité à traiter l'information dans leurs communautés, toujours sous un angle préventif (comme prévention des grossesses non désirée, risques liées aux avortements non sécurisé) non promotionnel.

Similitudes : la difficulté de l'harmonisation des lois et des procédures nationales

Malgré des cadres juridiques et politiques parfois progressistes, tous les pays peinent à traduire l'intention politique en mécanismes opérationnels efficaces. Le Togo offre une illustration extrême de paralysie administrative chronique : dix-huit ans après l'adoption de la loi de 2007 sur la santé reproductive, aucun décret d'application n'a encore été élaboré.

L'analyse comparative des textes révèle par ailleurs une absence d'harmonisation entre, d'une part, les procédures relatives au traitement des violences sexuelles et sexistes, et, d'autre part, les lois et protocoles qui encadrent l'accès à l'avortement. Cette disjonction illustre la complexité de la coordination intersectorielle et conduit souvent à une méconnaissance mutuelle : les acteurs qui travaillent auprès des victimes-survivantes de violences basées sur le genre ne disposent pas toujours des informations nécessaires sur la législation relative à l'avortement, tandis que ceux qui œuvrent en faveur de l'accès à l'avortement sécurisé manquent parfois d'indications essentielles concernant la prise en charge des victimes.

> « Le flou qui entoure l'interdiction d'incitation et de promotion de l'avortement crée des incertitudes quant à ce qu'il est possible ou non de dire publiquement sur ce sujet »

Différences :rythme et ambitions

Malgré ces similitudes, les pays se distinguent nettement par la rapidité, l'ampleur et les stratégies adoptées pour leurs réformes.

L'analyse des données met en évidence trois modèles temporels :

1

Le **modèle de révolution** récente, illustré par le Bénin, caractérisé par une transformation juridique rapide et ambitieuse. La loi de 2021 marque une rupture avec le passé en intégrant explicitement les situations de détresse socio-économique, allant au-delà des exigences du Protocole de Maputo, même si d'autres instruments internationaux reconnaissent un accès plus large à l'avortement comme droit fondamental.

2

Le **modèle d'évolution continue**, observé au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire, qui privilégie une progression incrémentale sur plusieurs décennies. Le Burkina Faso témoigne d'une évolution graduelle étalée sur 60 ans (1960-2018), tandis que la Côte d'Ivoire a concentré sa modernisation sur une période intensive de cinq ans (2019-2024)

3

Le **modèle de blocage institutionnel**, représenté par le Togo et le Cameroun, révèle des stratégies d'évitement distinctes. Le Togo dispose d'un cadre progressiste inopérant depuis 2007, alors que le Cameroun maintient un cadre restrictif stable depuis 2016, avec de récentes évolutions visant à un meilleur alignement sur le Protocole de Maputo.

Les conditions d'autorisation de l'avortement traduisent des conceptions contrastées de l'autonomie reproductive et du rôle de l'État. Le Bénin se distingue par une approche particulièrement complète avec la prise en compte de la détresse socio-économique à l'aune de critères explicites (pauvreté, risque de perte d'emploi, interruption des études, déséquilibre psychologique). Cette démarche exprime une vision large de la justice reproductive et sociale. À l'inverse, le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire adoptent une stratégie plus conformiste, qui cherche essentiellement à s'aligner sur le Protocole de Maputo sans dépasser de manière notable les standards établis par l'Union africaine. Leur position privilégie avant tout la légitimité internationale plutôt que l'innovation juridique. Le Cameroun, qui s'était initialement peu rapproché du Protocole, commence aujourd'hui à suivre cette même voie d'alignement. Enfin, le Togo présente un paradoxe : son cadre légal, relativement ouvert en théorie – sans limite gestationnelle et avec trois motifs d'autorisation – demeure inopérant en pratique, traduisant une stratégie de façade, destinée à respecter ses engagements internationaux sans provoquer de changement social réel.

Derrière ces rythmes différents se jouent divers équilibres et tensions entre les législateurs et la société. La majorité des décideurs évitent d'ouvrir ces débats, par crainte des oppositions politiques, religieux et sociales, au détriment de la santé des femmes. Certains, plus audacieux, ont toutefois proposé des lois sensibles, comme au Bénin, mais ces initiatives ont souvent rencontré l'opposition et l'incompréhension de la société. Cela signifie que, même lorsque les lois sont adoptées, leur mise en œuvre demeure difficile à cause de ces tensions.

Différences : barrières liées à l'âge gestationnel

L'analyse met en évidence des conceptions différentes de la temporalité reproductive et des différentes limites de gestation sont indiquées dans chaque pays :

- **Bénin :** approche différenciée tenant compte de la spécificité traumatique, sans limite de délai pour les cas de viol, d'inceste, de santé maternelle ou de malformation fœtale, et avec un délai de 12 semaines pour les situations de détresse ;
- **Burkina Faso :** approche différenciée selon le motif, sans limite pour les raisons médicales, et 14 semaines pour le viol et l'inceste ;
- **Cameroun :** approche graduée par période, avec 12 semaines en général puis entre 12 et 28 semaines selon les risques ;
- **Côte d'Ivoire :** pas de limite explicite fixée dans la loi de 2024 ;
- **Togo :** absence totale de limites dans les textes légaux.

L'inadéquation entre les contraintes biologiques et les temporalités administratives constitue une barrière systémique universelle, quels que soient les progrès légaux. Les délais légaux de 12 à 14 semaines contrastent avec des procédures judiciaires qui dépassent systématiquement ces limites dans tous les pays examinés. Cette discordance reflète une conception bureaucratique du temps, qui ignore l'urgence biologique et psychologique, transformant les procédures en obstacles insurmontables et vidant les droits de leur portée effective, même dans les cadres juridiques les plus avancés.

Différences : risques et ambiguïtés pour le personnel de santé

L'absence généralisée de protection juridique pour les prestataires (à l'exception du Bénin et, dans une certaine mesure, du Cameroun) révèle l'incapacité des systèmes à anticiper l'ampleur des résistances sociétales et politiques auxquelles s'exposent les praticiens de l'avortement. En conséquence, le simple fait d'accompagner des victimes-survivantes dans la revendication de leurs droits peut constituer un risque professionnel. Ce risque constitue un effet dissuasif systémique qui freine la prestation de services, indépendamment du cadre juridique en vigueur. Le Bénin reste le seul pays à avoir véritablement pris en compte cette opposition sociale, comme en attestent les dispositions explicites de protection pour les prestataires.

Dans la plupart des pays, les lois et les codes de déontologie médicale autorisent les professionnels de santé à refuser de pratiquer un avortement pour des motifs d'objection de conscience, sauf en cas d'urgence. Or ces clauses offrent une protection insuffisante aux droits des victimes-survivantes. En réalité, les gouvernements délèguent aux praticiens de première ligne la responsabilité de décisions cruciales, ce qui induit des pratiques hétérogènes. L'accès effectif à l'avortement dépend alors moins des droits légaux que des convictions personnelles des prestataires. Officiellement, les professionnels qui invoquent une objection de conscience sont néanmoins tenus d'orienter correctement les patientes vers des collègues disposés à fournir ces services. Mais, dans la pratique, cette exigence se traduit souvent par des retards de prise en charge et, parfois, par un véritable déni de droits, comme l'illustre la section suivante du rapport consacrée au cas du Burkina Faso.

Dans le domaine de l'avortement, l'objection de conscience désigne le droit reconnu aux professionnels de santé de refuser de participer à la réalisation de ce service lorsqu'il entre en conflit avec leurs convictions personnelles, qu'elles soient morales, éthiques ou religieuses.

Déficits de mise en œuvre et autres obstacles auxquels sont confrontées les victimes-survivantes

Lorsqu'on observe la mise en œuvre des lois relatives à l'avortement et aux violences sexuelles et sexistes dans les cinq pays étudiés, un écart frappant apparaît entre les dispositions juridiques et la réalité vécue par les victimes-survivantes de violences sexuelles. Cette section du rapport s'attache à explorer leur expérience concrète, en s'intéressant au niveau micro de l'application des lois et politiques par les acteurs qu'elles rencontrent dans leur accès à des services médicaux, juridiques et sociaux.



La trajectoire prescrite versus la trajectoire réelle de la victime-survivante

Un modèle pour étudier la mise en œuvre, au niveau micro, des lois et des politiques relatives à la violence sexuelle et sexiste et à l'avortement légal consiste à comparer la trajectoire prescrite à la trajectoire réelle suivie par la victime-survivante[c]. La trajectoire prescrite correspond au schéma théorique qui détaille toutes les étapes que doit franchir une victime de viol ou d'inceste pour accéder à un avortement légal.

La conception de la ligne de services peut varier d'un pays à l'autre, mais se fonde généralement sur les étapes suivantes :

- Information et sensibilisation (étape indispensable, sans laquelle personne n'est informé des politiques ni des démarches à suivre)
- Signalement
- Soins médicaux et délivrance de certificat
- Soins psychologiques
- Procédures administratives et/ou juridiques pour obtenir l'autorisation d'avorter (non requise au Bénin)
- Procédure d'interruption volontaire de grossesse conformément à la loi (d'après la législation en vigueur au Cameroun, cette mesure n'est pas autorisée pour les victimes-survivantes d'inceste)

L'utilisation de ce schéma permet, d'une part, d'appréhender les étapes officiellement requises par les lois et politiques, et d'autre part, de les confronter aux expériences vécues par les victimes-survivantes tout au long de leur trajectoire. Cette comparaison permet de faire ressortir les écarts entre les normes juridiques et leur mise en œuvre, en analyse les conséquences pour les victimes-survivantes, identifie les facteurs qui les expliquent et révèle les réponses innovantes apportées par les organisations de la société civile face aux failles systémiques et procédurales constatées. Ce chapitre met l'accent sur le vécu des victimes-survivantes, principales concernées par l'accès à ces services et directement exposées aux lacunes de mise en œuvre. Il souligne également le rôle déterminant des prestataires

c Ce modèle a été développé par CERRHUD aux fins de cette étude.

de soins, des forces de police, des travailleurs sociaux et des juges, parmi autres.

La comparaison entre les parcours réels des victimes-survivantes et les trajectoires prescrites dans chaque pays révèle que seule une minorité parvient à accéder à l'ensemble des services prévus. La majorité rencontre des ruptures à des étapes critiques, qui compromettent gravement l'exercice de leurs droits légalement reconnus. Ces ruptures peuvent entraîner de nombreux risques : des infections sexuellement transmissibles (IST) non traitées, un manque de soutien psychologique ou encore le recours à des méthodes d'avortement à risque, avec tous les dangers que cela implique.

Nous décrivons ce processus pays par pays, en soulignant les lacunes et obstacles qui transforment l'accès à une procédure médicale pourtant relativement simple en un véritable labyrinthe, dans lequel il est aisé de s'égarer ou de se perdre.

Points clés à retenir

Les victimes-survivantes de violences sexuelles se heurtent à une série d'obstacles imbriqués qui entravent leur accès à un avortement sécurisé et légal. Ces obstacles se manifestent dès l'amont, sous la forme de stigmatisation, de peur et de manque d'information, puis se prolongent lorsque les victimes-survivantes sollicitent un soutien médical ou juridique. Cette accumulation de freins explique le très faible accès, dans les pays étudiés, à un avortement sécurisé et légal pour les filles et les femmes tombées enceintes à la suite d'un viol ou d'un inceste.

Les principaux obstacles sont les suivants :

- **Obstacles au signalement :** La méconnaissance des droits, la stigmatisation, la peur d'être blâmées ou de subir des représailles, les pressions familiales ou communautaires, ainsi que l'intimidation exercée par l'auteur de la violence sont autant de facteurs qui découragent ou retardent la divulgation.
- **Obstacles médicaux et juridiques :** Les victimes-survivantes qui parviennent à signaler se heurtent à l'incrédulité, au manque d'orientation, à la désinformation ou au refus d'intervenir d'agents de santé, mais aussi à la corruption, à la lenteur des procédures et aux coûts élevés. Il en résulte fréquemment que les délais légaux de gestation sont dépassés avant même que l'autorisation ne soit accordée.
- **Déficits systémiques :** Si les lois existent en théorie, elles sont rarement mises en œuvre dans la pratique et le droit à l'avortement est encore trop peu évoqué par les acteurs de première ligne.

Le Bénin offre une piste intéressante : il autorise en effet l'accès à l'avortement pour motif de « détresse morale », ce qui permet de contourner la lenteur des procédures judiciaires. Toutefois, cette avancée reste limitée par les seuils de gestation et par la révélation souvent tardive de leur grossesse chez les adolescentes.

Il est donc essentiel de capitaliser sur les pratiques prometteuses observées au Bénin et dans d'autres initiatives en Afrique subsaharienne, afin de réduire les obstacles persistants et de garantir aux victimes-survivantes des soins rapides, une justice effective et un accompagnement respectueux de leur dignité.

Bénin

> « Une fois chez le procureur, l'agresseur a été arrêté. Le procureur nous a demandé de rentrer chez nous et de revenir une semaine plus tard. Une semaine plus tard, à notre retour, le procureur a interrogé l'auteur du viol pour savoir s'il connaissait la victime et s'il avait eu des rapports sexuels avec elle. Devant le procureur, il a rapidement répondu oui. Celui-ci lui a alors demandé pourquoi, après que la jeune fille soit tombée enceinte, il avait nié les faits. L'homme a baissé la tête et est resté silencieux. Le procureur lui a alors expliqué que son dossier était lourd et l'a mis en garde : s'il ne venait pas rencontrer les parents de la victime pour régler la situation, il serait emprisonné et risquerait de ne jamais sortir. Le procureur a souligné que le fait qu'il a violé une jeune fille qui porte un uniforme, qu'il l'ait mise enceinte sans reconnaître la grossesse, sont autant d'infractions graves à la loi. Il lui a dit qu'en prison, il risquait de passer le reste de sa vie, et l'a encouragé à régler cela à l'amiable en allant chez nous, les parents de la victime. »
>
> **Mère d'une survivante de 17 ans, Cotonou**



Les entretiens avec les victimes-survivantes et leurs proches au Bénin dressent un tableau complexe du traitement des cas de violences sexuelles par les victimes-survivantes, leur entourage et les prestataires d'information et de services. Stéphanie, apprentie couturière, a été violée par un homme à qui elle avait livré une commande. Elle n'a jamais cherché d'aide, même en saignant après l'agression, car elle ne savait pas comment en parler à sa mère, citée plus haut. Quatre mois plus tard, sa grossesse est remarquée par une tante, et la mère de Stéphanie avoue l'avoir violemment frappée sous le coup de la colère. Une fois que son entourage a découvert l'histoire, elle a été emmenée à la brigade des mineurs, des enquêtes ont eu lieu et le garçon a été arrêté, ce qui a conduit à l'intervention du procureur décrite précédemment.

Stéphanie a fini par accoucher, grâce au soutien financier de sa mère, qui s'est ensuite retrouvée lourdement endettée à la suite des emprunts contractés pour couvrir les frais médicaux. Pendant ce temps, l'auteur du viol n'a jamais pris contact avec les parents de Stéphanie, malgré les suggestions du procureur. L'intervention de ce dernier s'était limitée à éviter l'incarcération du jeune homme, à obtenir la reconnaissance de paternité et à négocier avec les parents, sans jamais solliciter l'avis de Stéphanie. Ni elle ni sa famille ne connaissaient les dispositions légales en vigueur au Bénin, qui autorisent un avortement sécurisé et légal en cas de grossesse issue d'un viol ou d'un inceste. Aucune information ne leur avait été communiquée à ce sujet, ni par la police ni par les services sociaux.

Cet exemple illustre l'écart entre les lois en vigueur et la réalité vécue par les victimes-survivantes de violences sexuelles. Les analyses qui suivent s'appuient sur le vécu de neuf victimes-survivantes de viol ou d'inceste au Bénin, ainsi que sur les témoignages de leurs proches et d'autres informateurs clés, afin de mettre en lumière ces lacunes. Cette analyse souligne une contradiction nette entre les progrès institutionnels et la persistance d'obstacles majeurs à la mise en œuvre, qui entravent l'accès réel aux droits.

Écarts dans l'accès à l'information

Les parcours des victimes-survivantes montrent plusieurs obstacles, à commencer par un manque d'information et de sensibilisation : les filles et les femmes, et leur entourage, ignorent souvent l'importance de chercher des soins médicaux immédiatement après une violence sexuelle. Elles méconnaissent aussi leurs droits,

comme celui à une interruption de grossesse sécurisée. L'absence ou la mauvaise qualité des informations impacte toutes les étapes nécessaires pour accéder aux soins complets. Les filles et femmes informées ont beaucoup plus de chances d'obtenir ces services, tandis que celles qui manquent d'informations ou qui, sous la pression de menaces ou de normes de genre néfastes, gardent le silence, ne reçoivent jamais l'aide dont elles ont besoin. Une exception concerne celles qui font une déclaration tardive, souvent liée à une grossesse, et qui peuvent alors accéder à certains soins médicaux.

Sur le terrain, certains acteurs bien informés par des ONG comprennent bien la loi et son importance, mais ils soulignent qu'une sensibilisation beaucoup plus large aux violences sexuelles est nécessaire, notamment pour dissuader les auteurs en renforçant la peur de la sanction, ainsi qu'une meilleure information sur les lois relatives à l'avortement, comme l'a exprimé l'un d'eux :

> "Le principal problème est que je déplore dans mon pays c'est le manque criant d'informations.
>
> **Participant masculin à un groupe de discussion avec des leaders communautaires, Athième, Bénin**

Si certains leaders communautaires essaient de faire en sorte que les bonnes informations parviennent à tout le monde, ces bonnes volontés se heurtent à des obstacles financiers pour atteindre les régions les plus éloignées :

> « Nous faisons face à des difficultés liées à l'emplacement des villages, ce qui complique l'atteinte de nos objectifs. Nous cherchons à atteindre ces villages, mais nos déplacements sont limités par des moyens insuffisants. De plus, la position stratégique de nos relais ne permet pas toujours de diffuser l'information en profondeur dans les villages les plus éloignés. »
>
> **Participant masculin à un groupe de discussion avec des leaders communautaires, Athième, Bénin**

Le même besoin d'étendre la diffusion d'informations, y compris dans les zones les plus reculées, a été souligné par un officier de police judiciaire dans le Mono et un agent de santé communautaire de l'Ouémé.

Le manque d'information touche également les prestataires de services. Dans un cas documenté dans le cadre de cette étude, un officier de police judiciaire, tout comme le procureur cité ci-dessus, n'a pas évoqué la possibilité d'une interruption de grossesse sécurisée et légale à la victime-survivante ou à ses proches. À la place, il a encouragé la confirmation de la paternité par l'auteur. Dans d'autres cas, les professionnels de santé, confrontés à une grossesse issue d'un viol, ont omis de mentionner l'option d'un avortement sécurisé et ont automatiquement initié les soins prénataux. Le soutien offert aux victimes-survivantes s'en trouve ainsi compromis, faute d'informations claires de la part des professionnels de première ligne.

De toute évidence, ces lacunes reflètent une insuffisance majeure au sein de la communauté de connaissances et de sensibilisation aux lois sur l'avortement. Les responsables de centres spécialisés dans la prise en charge des violences sexuelles et sexistes, les acteurs juridiques, les professionnels de santé ainsi que les travailleurs sociaux manquent d'informations (ou, parfois, choisissent de les taire), ce qui a pour effet de priver les victimes-survivantes et leurs familles de leur droit à la santé et à la justice. Une meilleure information des détenteurs de droits et des décideurs, ainsi que des orientations adaptées (notamment via des formations fondées sur les droits et les valeurs), permettrait de créer un environnement plus favorable, où les victimes-survivantes pourraient prendre en toute sécurité des décisions difficiles.

Conséquences pour les victimes-survivantes des lacunes dans la mise en œuvre de la loi

Sans prétendre à la représentativité des données suivantes, le résumé suivant donne un aperçu des parcours réels de femmes et filles victimes-survivantes au Bénin.

Dans notre petit échantillon de neuf parcours, on note :

- 3 cas de mariage ou d'arrangement forcé avec l'auteur ou le violeur, résultant en 3 cas des grossesses menées à terme (une sans possibilité de retour à l'école, une en grande précarité financière, une avec décès de l'enfant après quelques mois)

- 3 cas d'avortements non sécurisés (dont un avec complications graves, un sans complication, et un suivi ensuite d'un avortement sécurisé).

- 3 avortements sécurisés (initiés par la victime ou sa famille, sans orientation professionnelle les informant que c'était une option).

Aucune de ces neuf femmes n'a déclaré les faits ni s'est présentée dans un centre de santé dans les 72 heures, ce qui les a privées de contraception d'urgence, de traitements contre les infections sexuellement transmissibles et de soutien psychologique immédiat.

Dans les cas d'avortement sécurisé, le critère de détresse morale a souvent été utilisé pour permettre l'accès. Par exemple, quand la survivante ne voulait pas porter plainte parce que l'auteur avait disparu. Dans un cas, le père a directement conduit sa fille dans un centre pour avorter sans vouloir ouvrir une procédure judiciaire. Dans un autre, les parents ont choisi une clinique privée sans vouloir accuser l'auteur, un religieux, à cause de sa situation de pauvreté.

Le recours à la détresse morale comme critère évite au personnel médical un travail administratif long (un certificat médical prenant au moins deux heures selon un médecin) et préserve la survivante de procédures judiciaires longues, publiques et potentiellement traumatisantes.

Il reste à vérifier si ces victimes-survivantes bénéficient d'un dépistage et d'un traitement approprié des infections sexuellement transmissibles ainsi que d'un suivi psychologique adapté, ce dernier étant obligatoire pour toutes les patientes après un avortement selon le décret de 2023, mais qui doit être spécifiquement adapté aux traumatismes des victimes-survivantes de viols.





La violence sexuelle n'est qu'une des formes des violences basées sur le genre qui entraînent des grossesses non désirées

Dans cette étude, plusieurs cas documentés au Bénin illustrent la complexité du lien entre violence sexuelle et sexiste et grossesses non désirées. Ces exemples montrent que d'autres formes de violence, au-delà du viol et de l'inceste, peuvent également conduire à une grossesse non désirée et au souhait ultérieur d'un avortement. Ainsi, une femme ayant une relation sexuelle consensuelle a vu la situation basculer dans la violence après que son partenaire a découvert qu'elle était enceinte, ce qui l'a poussée à vouloir interrompre cette grossesse. Dans d'autres cas, des relations consensuelles ont abouti à une grossesse, mais la paternité a été niée à plusieurs reprises, suivi de l'abandon des femmes en question, lesquelles ont ensuite souhaité interrompre leur grossesse. Dans d'autres cas, des femmes ont été délaissées sur le plan économique avec leurs enfants, et ont ensuite connu une nouvelle grossesse non désirée : faute d'aide conjugale, elles ont cherché à se faire avorter. Bien que toutes ces situations relèvent de violences sexuelles et sexistes, elles ne sont pas toujours reconnues par la loi comme motifs légaux d'avortement, qui se concentrent exclusivement sur le viol et l'inceste. Au Bénin, ces cas peuvent être traités comme des situations de détresse économique ou morale, ce qui constitue une avancée. En revanche, dans les autres pays étudiés, ces motifs ne donnent guère accès à l'avortement légal. D'où la nécessité de repenser les lois sur l'avortement, qui devraient élargir leur champ au-delà des seuls viols et incestes pour inclure d'autres formes de violences sexuelles et sexistes.

Barrières sociales et culturelles comme obstacles pour avoir accès à des services et à des droits en temps opportun

Déclaration tardive

Un obstacle majeur est la « déclaration tardive » de la violence sexuelle, liée aux normes sociales. Les victimes-survivantes craignent souvent d'être battues, comme Stéphanie, non crues ou tenues pour responsables. Par ailleurs, l'analyse révèle comment les agresseurs utilisent des stratégies d'intimidation qui exploitent les vulnérabilités spécifiques des adolescentes. Ou comme le dit un informateur clé :

« Quand j'ai découvert que j'étais enceinte après le viol, j'avais tellement peur. Je pensais que si je faisais l'avortement, j'allais mourir ou ne plus jamais avoir d'enfants. Alors j'ai préféré garder la grossesse. »

« Il y a aussi des cas impliquant des menaces, où après avoir terminé le sale boulot (viol), ils sortent un fétiche et disent : si tu sors ça, si tu dis mon nom, tu mourras. »

Informateur clé de la protection sociale dans le département du Mono, Bénin

La peur de la violence, la crainte de la stigmatisation, la dépendance vis-à-vis du foyer familial et la méfiance à l'égard du système judiciaire sont des menaces particulièrement efficaces pour inciter les adolescents à garder le silence le plus longtemps possible sur les violences sexuelles et les grossesses qui en résultent.

Lorsqu'une grossesse est signalée à un stade modéré, après trois ou quatre mois, il apparaît qu'aucun professionnel médical, social ou juridique n'aborde la question de l'interruption volontaire de grossesse légalement possible. Cependant, au Bénin, la loi ne mentionne pas une date limite officielle pour un avortement en cas de viol ou d'inceste. Les pratiques des professionnels suggèrent donc une manque d'information ou un tabou lié à l'avortement dans cette phase de la grossesse.

Expériences familiales et contrôle de l'avortement

Les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses laissent des cicatrices dans l'histoire des familles. Ceci conduit parfois à la conviction que l'avortement est considéré comme maudit dans certaines familles, selon les femmes leaders communautaires d'un groupe de discussion à Athième.

« Par exemple moi dans ma famille on n'avorte pas. Dans la famille de mon mari je ne sais pas si c'est permis ou pas. Mais pour les gens de ma maison si tu le fais c'est une malédiction. Donc pour cette raison on ne le fait pas dans notre famille car une de nos tantes l'a fait et est morte sur le coup et depuis lors c'est devenu une interdiction dans la famille. »

Participante de focus group avec des femmes leaders communautaires, Athième, Bénin



Outre la peur de la mort, la crainte d'une stérilité ultérieure contribue à l'opposition à l'avortement en cas de viol et d'inceste. Cette peur s'appuie sur des expériences passées d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses, entraînant des complications graves affectant la procréation. Chez les adolescentes, les croyances familiales et la désinformation remplacent souvent l'information médicale, compromettant leur autonomie reproductive et limitant l'accès à des soins sécurisés.

« Ma maman m'avait dit que pendant l'avortement on pouvait mourir. Elle disait que c'était dangereux, que ça pouvait rendre stérile. Mes tantes aussi disaient la même chose. Elles racontaient des histoires de filles qui avaient fait l'avortement et qui étaient mortes, ou qui n'avaient plus jamais eu d'enfants après. Quand j'ai découvert que j'étais enceinte après le viol, j'avais tellement peur. Je pensais que si je faisais l'avortement, j'allais mourir ou ne plus jamais avoir d'enfants. Alors j'ai préféré garder la grossesse. Même quand l'infirmière du centre m'a expliqué que c'était sûr maintenant, je n'arrivais pas à croire. Les paroles de ma maman étaient plus fortes »

Survivante de 17 ans, Bénin

Ces exemples témoignent de la force des mécanismes intergénérationnels de transmission des croyances. Les interdits souvent guidés par les hommes chefs de famille visent à préserver le contrôle et à garantir le bien-être de la famille, mais ils sont inadaptés au présent (nouvelles lois, meilleure connaissance des violences sexuelles et basées sur le genre, et disponibilité de méthodes d'avortement sécurisé). Ils empêchent les femmes et les filles de faire des choix éclairés face aux violences sexuelles et aux grossesses non désirées.

De plus, certaines familles préfèrent ne pas faire de déclaration pour préserver leur réputation, en cas d'inceste, ou celle de leur fille, estimant que la révélation d'un viol réduit ses chances de mariage. D'autre part, il existe une certaine compréhension et un certain soutien à l'avortement en cas d'inceste, beaucoup moins présents en cas de viol. Cela est évidemment lié à la nécessité de préserver la réputation des familles.

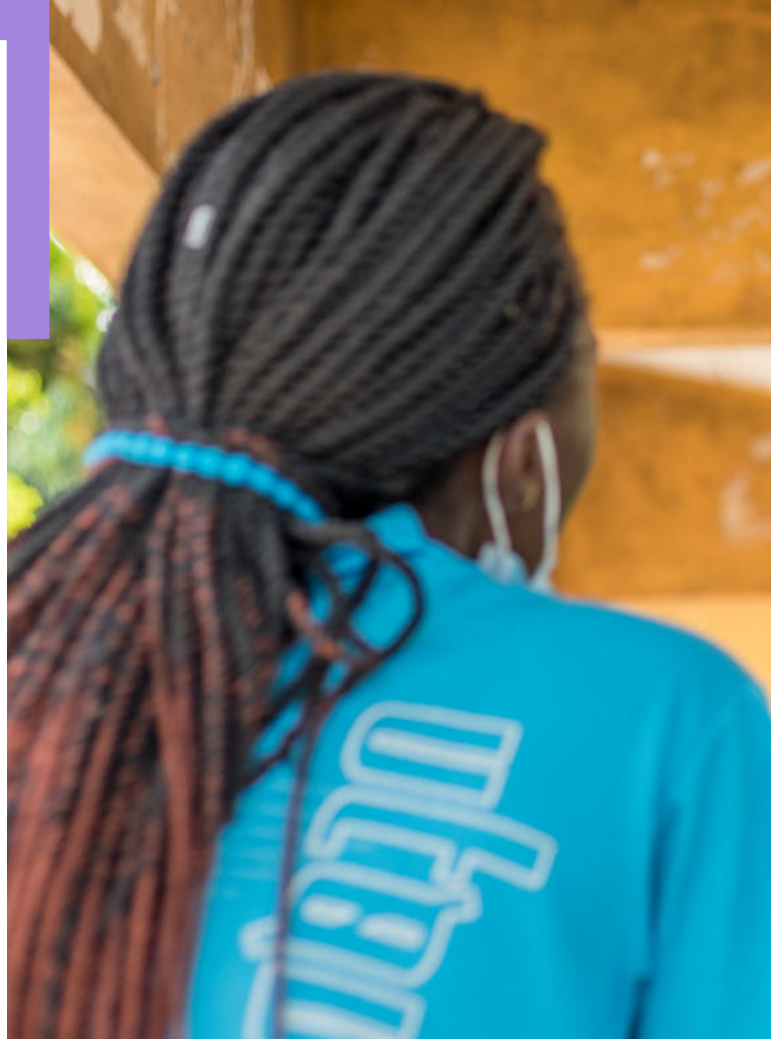
Facteurs explicatifs : Écarts au niveau des politiques et des systèmes

Notre analyse des lacunes au niveau juridique, politique et systémique permet d'expliquer l'origine de certaines lacunes observées. Une série d'obstacles potentiels émergent entre, d'un côté, les intentions politiques, les lois et les politiques mises en place et, de l'autre, la mise en œuvre de ces lois.

La mise en œuvre d'une nouvelle loi est une entreprise de grande envergure nécessitant des ressources financières, humaines et autres. Le gouvernement du Bénin a pris des mesures importantes pour traduire la loi en documents opérationnels, mettre en place une structure organisationnelle, mobiliser des financements pour soutenir des soins complets en santé reproductive, et former un grand nombre de professionnels aux nouveaux protocoles. Plusieurs instituts de formation intègrent désormais des modules sur l'interruption volontaire de grossesse conformément à la loi dans leurs cursus.

Cependant, il faut du temps pour que les formations et les ressources atteignent tout le monde. Ainsi, les prestataires de soins de santé n'ont pas encore tous reçu de formation. De plus, une seule formation peut parfois être insuffisante pour un prestataire de soins de santé qui a toujours été opposé à l'avortement, qui doit soudainement intégrer cette pratique. L'incertitude administrative sur les prestataires habilités ainsi que l'objection de conscience alimentent encore la confusion sur le terrain. Officiellement, en cas d'opposition d'un prestataire, la loi impose de réorienter la patiente vers un autre soignant, mais cela n'est pas toujours respecté.

Les financements nécessaires à l'élaboration de lignes directrices, à la formation du personnel, à la communication de la loi, à la formation d'agents communautaires et à la prise en charge des femmes démunies proviennent en partie d'ONG nationales via des fonds étrangers (relations bilatérales, organisations non gouvernementales internationales, organisations philanthropiques internationales). Cela soulève des questions quant à la pérennité de ces ressources financière, notamment en cas de désengagement des bailleurs ou de réorientation des priorités sanitaires. Néanmoins, le gouvernement béninois a développé une stratégie de financement public assurant la gratuité des soins dans le secteur public. Un professionnel de santé explique cette politique :



> « Le ministère a mis à notre disposition le premier paquet. Actuellement, les prestations [avortements hors examens complémentaires] sont gratuites dans les centres publics de santé. »
>
> **Professionnel de la santé, établissement public, Cotonou**

Cette directive nationale de gratuité implique nécessairement une allocation budgétaire du gouvernement pour compenser les coûts des soins, témoignant d'une volonté politique de lever les barrières financières à l'accès.

La confusion quant à savoir qui est autorisé à communiquer sur la nouvelle loi sur l'avortement et comment le faire et le fait que l'interdiction de promouvoir les soins d'avortement est toujours d'actualité semblent jouer surtout au niveau des centres sociaux et au sein du système judiciaire. La conséquence est que très peu de personnes travaillant dans ces centres communiquent en toute confiance sur la possibilité légale d'avorter. Dans cela, elles ne sont parfois pas aidées pas leur hiérarchie, comme le montre ce témoignage :



> « Il y a le volet déclaration des textes de loi. D'accord ? Mais on a organisé une séance de sensibilisation. Une représentante juridique du ministre des Affaires Sociales était là. Donc, on faisait le briefing par rapport aux points à aborder. Elle a dit, par exemple, de ne pas parler, de ne pas aller sur le terrain. [...] Est-ce que vous voyez ? Est-ce qu'elle parlait parce qu'elle avait une conviction personnelle qu'elle a laissé transparaître ? »
>
> **Informateur clé au niveau de la protection sociale dans le département du Mono**

Et cela amène à l'incertitude des travailleurs sociaux :

> « Par exemple, lorsque vous avez reçu quelqu'un qui vient vers vous. [L'avortement,] ce n'est pas l'objectif premier qu'elle a abordé. Je me dis, est-ce que c'est à moi par ma position [d'aborder le sujet] ? Est-ce que moi je peux lui en parler ? Est-ce que si je lui en parle, je suis dans mon rôle ? Mais quand elle va sortir d'ici, qu'est-ce qu'elle dira ? Si elle est contente de vous rencontrer, elle dira oui. Je suis allé vers lui pour lui demander de l'aide et il m'a dit d'aller avorter... »
>
> **Informateur clé de la protection sociale dans le département de Mono, Bénin**

L'incertitude qui règne parmi le personnel de la protection sociale découle des craintes de promouvoir l'avortement, ce qui est contraire à la loi, du manque de soutien de la direction, comme mentionné ci-dessus, et du fait que les procédures opérationnelles standard (POS) de 2023 pour prévenir et répondre aux violences basées sur le genre ne font pas référence au droit à l'avortement.

L'ensemble de ces résultats montre qu'au Bénin, de nombreuses mesures ont été prises au niveau des politiques et des systèmes pour permettre la mise en œuvre réussie de la loi modifiée sur l'avortement. Cependant, des obstacles spécifiques subsistent pour s'assurer que tous les secteurs impliqués dans la prise en charge des victimes-survivantes soient bien informés, confiants et à l'aise avec la loi.

Facteurs explicatifs : Lacunes dans l'adoption des politiques

La mise en œuvre des politiques et programmes sur le terrain incombe à diverses institutions et organisations. L'adoption de ces politiques par les acteurs concernés demeure toutefois inégale. Si les organisations professionnelles et de nombreuses associations de la société civile, qui bénéficient par ailleurs du soutien financier de bailleurs internationaux, s'impliquent activement dans la mise en œuvre de la nouvelle loi, il n'en demeure pas que souvent, l'accès à un avortement sécurisé reste difficile dans les centres de santé publique. Cette mise en œuvre se heurte notamment à la résistance de certains personnels liés à leurs convictions religieuses Un prestataire de santé témoigne de cette résistance : « Même avant que la loi ne soit promulguée, j'avais déjà dit que je ne ferais jamais une telle chose [...] si le problème se pose je peux aider la personne, mais pas pour pratiquer [un avortement] » (Entretien, prestataire de soins, Bénin). Cette cooptation s'explique par des convictions religieuses profondément ancrées : « Nous, [prestataires de soins] chrétien, on n'a pas trop accepté cette loi [...] ce qu'on entend à l'église, c'est que c'est un péché, parce que faire un avortement, c'est tuer un enfant qui veut naître » (Entretien, prestataire de soins, Bénin).

Par ailleurs, au niveau institutionnel, la hiérarchie ne soutient pas fermement l'application des politiques, ce qui altère l'intention politique initiale. « On ne peut pas forcer quelqu'un ou quelqu'une à pratiquer l'avortement sécurisé. Tout ce qu'on peut faire c'est de sensibiliser les gens pour leur faire adopter une méthode contraceptive » (Entretien, responsable d'hôpital, Bénin). Ces données montrent comment les convictions personnelles peuvent saper l'intention politique initiale et bloquer la mise en œuvre des politiques, et donc l'accès des victimes-survivantes et des autres demandeurs de soins à l'avortement.





Conclusion sur la micro-implémentation et les résultats pour les victimes-survivantes au Bénin

Au Bénin, malgré une législation progressiste en matière d'avortement, beaucoup reste à faire pour que les victimes de violences sexuelles reçoivent des soins adaptés, notamment psychologiques, soient correctement informées de leurs droits, et bénéficient d'un soutien social pour accéder à l'aide. Nous avons identifié d'importantes lacunes dans la communication sur la loi modifiée sur l'avortement (malgré les efforts considérables du gouvernement et des OSC). L'environnement social des filles et des femmes les oriente souvent vers des solutions contraires à leurs intérêts, sans qu'elles soient nécessairement consultées, comme les relations forcées avec les auteurs de violences et la conduite à terme de grossesses forcées. Au Bénin, les victimes-survivantes qui ne souhaitent pas engager de lourdes procédures juridico-administratives pour signaler les violences sexuelles peuvent désormais invoquer leur détresse morale comme motif d'accès à l'avortement. Cependant, malgré cette avancée, des avortements non sécurisés continuent d'être pratiqués. Il est important de noter que recourir à la détresse morale comme critère d'autorisation prive souvent les victimes-survivantes du soutien psychologique indispensable pour surmonter leur traumatisme. Cette situation peut également contribuer à réduire la responsabilisation des auteurs de violences. Quoi qu'il en soit, cette option allège considérablement le fardeau des femmes et leur offre la possibilité de reprendre le contrôle de leur vie et de prendre des décisions autonomes. Elle leur ouvre un accès aux soins dans un contexte où la quête de justice est fréquemment entravée par des obstacles tels que la longueur excessive des procédures, la disparition des auteurs, des erreurs dans les formalités médicales, l'indisponibilité de preuves ou encore la demande faite aux victimes de financer elles-mêmes leurs frais de déplacement pour les enquêtes policières.



Burkina Faso

Amina, une survivante de viol au Burkina Faso explique quand est-ce qu'après un viol, il faut aller dans un centre de santé ou non :

> « Après un viol, elles [les filles et femmes violées] peuvent aller à l'hôpital si elles ont des douleurs ou ne pas y aller si elles n'ont pas de douleur »
>
> **Amina, survivante de 16 ans, Ouagadougou, Burkina Faso**

Amina, citée ci-dessus, ne savait pas à quoi s'attendre des soins de santé après avoir été victime de violences sexuelles. Elle pensait qu'il fallait aller au centre de santé seulement en cas de douleur. Elle a poursuivi l'école jusqu'à sa grossesse, mais ignorait tous des dépistages d'infections sexuellement transmissibles, des contraceptifs d'urgence ou du besoin de soins psychologiques après un viol. Si elle l'avait su, elle n'y serait peut-être pas allée, car elle avait tellement honte et n'a parlé à personne du fait que son oncle paternel l'avait violée : « J'ai juste pleuré suffisamment et je n'en ai pas parlé. » Quand la nouvelle femme de son père découvre sa grossesse (sa mère était décédée), Amina s'est enfuie par peur des réactions. Elle a trouvé refuge chez sa patronne de couture et y a vécu jusqu'à l'accouchement. Son père et sa femme n'ont appris que l'auteur était l'oncle paternel qu'à huit mois de grossesse. Lorsque les contractions ont commencé, sa patronne l'a renvoyée chez elle ; elle a accouché en chemin. Après avoir passé la nuit chez une tante, sa famille l'a expulsée avec son bébé. N'ayant nulle part où aller, elle s'est adressée à la police, qui l'a orientée vers les services sociaux. Son fils a finalement été adopté à l'âge de huit mois. Amina affirme qu'elle aurait choisi l'avortement si elle avait connu la loi, ce qu'elle n'a appris que lors de son entretien avec les chercheurs : « Si j'avais su, je l'aurais interrompue et je n'aurais pas autant souffert ». Sa relation avec son père reste difficile, même si, selon la belle-mère, « il lui a pardonné », signe d'une culpabilisation de la victime dans la famille.

L'histoire d'Amina illustre les difficultés rencontrées par les victimes-survivantes de violences sexuelles au Burkina Faso. Les six histoires des victimes-survivantes recueilli (majoritairement de mineures au moment des

faits) ainsi que ceux de leurs proches montrent que dans deux cas, l'agresseur était un membre de la famille. La honte et les normes sociales poussent souvent les adolescentes à fuir de chez elles sans demander d'aide médicale ou judiciaire. Même les personnes qui les recueillent ne les encouragent généralement pas à en parler ni à chercher de soins. L'expulsion de la maison, l'accouchement loin de la famille, l'infanticide pour « laver l'honneur » familial, et l'absence de poursuites contre les agresseurs sont des situations fréquentes, excluant ces jeunes filles de tout soutien médical, psychologique ou judiciaire.

La principale raison de ces situations est un manque d'accès à l'information sur la loi et les démarches à suivre, ainsi que des normes culturel et de genre spécifiques qui cherchent à promouvoir la dissimulation et à juger les victimes plutôt qu'à les croire et à les soutenir.

Pourtant, viol et inceste sont des motifs légaux d'avortement avant 14 semaines au Burkina Faso. Mais dans les faits, ces situations sont rarement révélées à temps : le délai légal de 14 semaines est souvent dépassé, rendant impossible le recours légal à l'avortement faute de preuves et de jugement dans les temps.

En résumé, malgré la loi, de nombreux obstacles empêchent les victimes-survivantes à Burkina Faso d'accéder à l'avortement ou à tout autre soutien. Ci-dessous sont présentés les principaux points issus de l'analyse des parcours de six victimes-survivantes, leurs proches et les informateurs clés au Burkina Faso.

Écarts dans l'accès à l'information

Les données du Burkina Faso mettent en évidence plusieurs obstacles, en premier lieu le manque d'information et de sensibilisation ainsi que la méconnaissance des droits. Comme au Bénin, l'absence d'accès à des informations fiables ou la diffusion d'informations incomplètes ou erronées affectent toutes les étapes ultérieures nécessaires pour bénéficier de l'ensemble des soins et services.

La majorité des filles et femmes ne connaissent pas leurs droits en matière d'interruption sécurisée de grossesse[23] et de violences basées sur le genre. Elles, ainsi que leur entourage, ignorent souvent l'importance de demander une aide immédiate après des violences sexuelles ou le fait qu'elles ont droit à une protection et à une interruption de grossesse sécurisée si elles le souhaitent. Plusieurs informateurs clés ont souligné que ce déficit d'information constitue un obstacle majeur.

> « Les obstacles c'est d'abord la vulgarisation de la loi. La loi n'est pas assez vulgarisée. Les femmes ne connaissent pas souvent leurs droits en matière d'interruption sécurisée de grossesse. »
>
> **Informateur clé 2 du ministère, Direction régionale de la santé, Ouagadougou**

L'insuffisance de traduction de la loi en langues locales serait aussi incriminée dans l'insuffisance de connaissance de la loi par les populations. Les entretiens réalisés au niveau régional ont appuyé ce facteur. Un des répondants affirme dans ce cadre :

> « Donc tant que cette loi n'est pas, en tout cas, transcrite dans nos différentes langues nationales et diffusée sur nos antennes, voilà, dans les différentes communautés, les gens ne trouvent pas l'information sur ça. »
>
> **Informateur clé 2 du ministère de la santé, Ouagadougou**

En effet, les six récits de victimes-survivantes burkinabè documentés dans cette étude témoignent de ce manque d'information. Quatre parmi ces six filles ou femmes (dont trois étaient des victimes de viol et deux étaient des victimes d'inceste) n'ont jamais eu recours à aucun service prévu pour les victimes-survivantes de violences sexuelles et ont toutes les quatre mené leur grossesse à terme. La citation ci-dessous est illustrative :

> « Je ne savais pas qu'au Burkina la loi permet l'avortement d'une grossesse issues d'un viol ou d'un inceste. Dès le début que tu as découvert que tu es enceinte tu peux interrompre, si j'avais su et interrompre je n'aurais pas autant souffert »
>
> **Survivante, 16 ans, à Ouagadougou**

« Je ne savais pas qu'au Burkina la loi permet l'avortement d'une grossesse issues d'un viol ou d'un inceste. Dès le début que tu as découvert que tu es enceinte tu peux interrompre, si j'avais su et interrompre je n'aurais pas autant souffert »

Toutes les victimes-survivantes ont dit, après avoir pris connaissance de la loi lors de l'entretien, qu'elles auraient envisagé une interruption sécurisée de grossesse selon la loi si elles avaient été mieux informées sur le contenu de la loi.

Une vulnérabilité aggravée par l'insécurité

Les témoignages recueillis auprès des acteurs de la société civile révèlent l'extrême vulnérabilité des filles et des femmes dans les régions affectées par les crises au Burkina Faso. Elles sont davantage exposées aux violences sexuelles et subissent la dégradation des systèmes de santé et d'autres services essentiels liés à cette insécurité : de nombreux établissements ferment et les trajets pour se rendre dans des structures plus éloignées s'avèrent souvent dangereux et coûteux. Cette situation contraint les filles et leurs familles à gérer seules ces difficultés, dans un contexte où l'accès aux soins post-viol est fréquemment inaccessible. Par ailleurs, les grossesses issues d'un viol sont souvent détectées trop tard pour permettre une interruption légale, comme le témoigne une journaliste décrivant la dure réalité à laquelle ces femmes font face.

« Notre situation sécuritaire est venue aggraver peut-être tous les autres obstacles. Voilà. Peut-être qu'on n'a pas assez documenté, mais il y a eu beaucoup de viols durant cette période de crise sécuritaire [...].quelqu'un qui est dans une localité loin de Kaya, on vient, on vous déguerpit de votre village, tu es violé, tu marches pendant trois jours pour pouvoir avoir une localité, après tu continues le processus, tu arrives dans une ville, [...] comme tout est désorganisé mentalement, la personne découvre la grossesse tard, et comme c'est des gens qui sont en milieu rural aussi, souvent l'accès à l'information n'est pas aussi fluide. Après elle découvre qu'elle est enceinte, et ça vaut peut-être 4 mois, 2 mois, et peut-être il découvre que ça vaut 5, 4 mois comme ça qu'elle est en grossesse, et c'est vraiment un viol. Donc, voilà un peu des situations qui sont difficiles un peu. Donc, la crise sécuritaire est venue encore exacerber les choses »

Journaliste à Ouagadougou



La crise sécuritaire burkinabè ne constitue pas simplement un obstacle supplémentaire mais transforme radicalement les dynamiques d'accès aux droits en créant de nouvelles formes de vulnérabilité et en perturbant les mécanismes de protection traditionnels.

Barrières sociales et culturelles comme obstacles pour avoir accès à des services et à des droits en temps opportun

Protection de la réputation de la famille

Au Burkina Faso, de nombreuses filles et jeunes femmes enceintes à la suite d'un viol ou d'un inceste sont soit contraintes de se marier, soit abandonnées (temporairement) afin de préserver les liens familiaux. Plusieurs entretiens ont ainsi révélé l'instauration d'un système de médiation familiale qui contourne les canaux officiels dans le but de préserver la cohésion sociale et familiale au détriment des droits individuels des femmes et des filles.

> « L'environnement social peut avoir un impact [...] tu préfères te cacher. Chez nous, quand une fille est violée, c'est la honte pour toute la famille. Les gens vont dire que c'est parce qu'elle traînait dehors, qu'elle s'habillait mal, qu'elle provoquait. Alors les parents préfèrent régler ça en famille. Ils vont voir la famille du garçon, ils vont discuter. Parfois ils demandent de l'argent pour réparer l'offense, parfois ils forcent le mariage pour cacher la honte. Mais aller à la police, ça veut dire que tout le quartier va savoir. Et là, la fille ne pourra plus jamais se marier. Qui va vouloir d'une fille qui a été violée et que tout le monde connaît ? Alors on préfère garder ça secret et arranger ça entre familles. »
>
> **Participante à un groupe focus de femmes leaders communautaires, Ouagadougou**

Cette logique traduit une perception de la violence sexuelle avant tout comme une affaire familiale à réparer, et non comme un crime individuel à sanctionner. Ainsi, la priorité donnée à la restauration de l'honneur prime sur la justice rendue à la victime. Le mariage forcé avec l'agresseur transforme la recherche de protection d'honneur familiale en une nouvelle forme de victimisation. Des difficultés similaires apparaissent dans les cas d'inceste : plusieurs personnes interrogées ont souligné que la survivante risque alors d'être expulsée de sa maison familiale pour éviter la honte et préserver les liens familiaux. Un leader religieux expliquait ainsi ce raisonnement :

« Dans nos coutumes, les situations d'inceste sont réglées minutieusement et avec beaucoup d'attention. Parce que ça peut coûter la vie aux membres de la famille. En voulant conserver les survivantes dans la famille, on peut créer des désagréments. Et tant que cela n'est pas réglé, ça peut continuer à se faire au sein de la famille sans que vous sachiez ce qui se passe. Parce que vous avez transgressé la loi des ancêtres morts. Je peux dire ça. Et ça peut coûter très cher à la famille. C'est cette humiliation qui fait qu'il faut que la survivante quitte la famille pour purifier l'air et le sang. »

Participant masculin à un groupe de discussion avec des leaders religieux, Ouagadougou

Dans certaines familles, des rituels sont en effet recommandés et un retour est possible à un moment donné. Néanmoins, nous avons très souvent entendu parler de l'infanticide comme étant la seule «solution» au regroupement familial ,

« Chez nous, tu dois quitter la maison pour aller chercher de l'aide ailleurs […] Oui, je l'ai donné en adoption […] parce que l'enfant ne pouvait pas rester avec moi […] Dans notre famille et dans notre communauté c'est interdit. L'enfant ne peut pas rentrer avec moi à la maison. Si je vais avec lui au village ils vont le tuer. »

Survivante de 19 ans, Ouagadougou

Dans d'autres cas, c'est le désespoir de la survivante expulsée qui peut conduire à de telles pratiques, comme l'explique ce survivante :





> « Ils disaient que je suis sortie avec des hommes et je suis tombée enceinte, que mon enfant est sans père. Je souffrais énormément, l'on m'injuriait. Je pensais souvent à faire mourir l'enfant parce que je n'en pouvais plus. Ma grande mère même m'a abandonné seule dans sa chambre pour venir à Ouaga. J'ai donc décidé d'aller jeter l'enfant, chose que j'ai faite. Mais étant donné que l'action sociale m'a accueilli et bien pris son de moi si je retournais là-bas sans l'enfant ils me questionneraient, je suis retournée chercher le bébé que j'ai trouvé toujours endormi. J'ai alors contacté la dame qui m'avait accompagnée à l'action sociale pour lui expliquer ma situation et elle a accepté que je vienne rester chez elle.»
>
> **Survivante de 16 ans, Ouagadougou**

Ces observations confirment les données en montrent que les victimes-survivantes de l'inceste doivent souvent être prises en charge par les centres sociaux, parce qu'elles n'ont aucun endroit où aller.

Facteurs explicatifs : Écarts au niveau des politiques et des systèmes

Les obstacles identifiés précédemment : manque d'information, insécurité et barrières socioculturelles, expliquent en grande partie les difficultés rencontrées par les victimes-survivantes pour suivre la trajectoire prescrite des services d'avortement légal et sécurisé. Celles-ci n'ont souvent accès qu'à des services sociaux et à des conseils psychologiques. Cependant, des entretiens avec d'autres parties prenantes ont révélé des obstacles supplémentaires que rencontrent les victimes-survivantes lorsqu'elles sollicitent des services médicaux et juridiques. L'analyse des niveaux centraux et périphériques de mise en œuvre éclaire l'origine de ces obstacles.

Au niveau central, deux constats majeurs se dégagent. D'une part, le manque de coordination entre les différents secteurs impliqués dans la prise en charge des violences sexuelles et sexistes et dans la mise en œuvre des procédures d'accès à l'avortement légal constitue un frein important. D'autre part, les centres sociaux hébergeant les victimes ont rarement accès à des services d'avortement sécurisé ; ces centres privilégient souvent la médiation familiale au détriment de la prise en charge médicale.

> Oui, je l'ai donné en adoption [...] parce que l'enfant ne pouvait pas rester avec moi [...] Dans notre famille et dans notre communauté c'est interdit. L'enfant ne peut pas rentrer avec moi à la maison. Si je vais avec lui au village ils vont le tuer.

De l'autre, l'État burkinabè a développé depuis 2018 des outils techniques substantiels pour soutenir la mise en œuvre de la politique d'interruption sécurisée de grossesse. Le document central est le manuel de référence « Soins après avortement et soins de l'interruption sécurisée de grossesse autorisée par la loi » élaboré en août 2021 par la Direction de la Santé de la Famille. Un informateur clé du ministère de la santé décrit l'utilisation de ces protocoles :

> « Oui, on a le manuel de référence pour les soins après avortement et l'interruption sécurisée de grossesse selon la loi. On a les outils d'aide à la prise de décision. Donc, on a des algorithmes, des fiches techniques. Voilà. Ils ont été rendus disponibles dans la majorité des formations sanitaires »
>
> **Informateur clé 1 du ministère de la santé, Ouagadougou**

L'administration a également développé des algorithmes de prise en charge pour faciliter l'application des procédures par les prestataires non spécialement formés. Le même informateur clé explique cette innovation :

> « Nous avons élaboré des algorithmes pour la prise en charge de l'interruption sécurisée de grossesse selon la loi en fonction de différentes situations. Et nous l'avons ventilé pratiquement dans toutes les formations sanitaires »
>
> **Informateur clé 1 du ministère de la santé, Ouagadougou**

Cette stratégie vise à pallier les insuffisances de formation en fournissant des guides pratiques standardisés. En théorie, il s'agit d'une ressource très importante pour permettre aux prestataires de soins de santé de fournir des soins d'avortement sécurisés et légaux.

Facteurs explicatifs : Lacunes dans l'adoption des politiques

Les entretiens avec les informateurs clés confirment qu'une partie des organisations professionnelles (comme l'association des sages-femmes) et des organisations de la société civile, souvent soutenues par des fonds internationaux, ont fait de grands

progrès dans l'avancement des connaissances sur la loi sur l'avortement au Burkina Faso.

Cependant, dans la pratique, le délai de 14 semaines pour l'autorisation de l'interruption sécurisée de grossesse est un obstacle majeur qui ne permet souvent pas aux victimes-survivantes de recevoir à temps une autorisation à l'interruption sécurisée de grossesse. Comme en témoigne cet employé d'une organisation non gouvernementale :

> « Cependant, dans la pratique, le délai de 14 semaines pour l'autorisation de l'ISG est un obstacle majeur qui ne permet souvent pas aux survivantes de recevoir une autorisation à temps [...] nous menons le plaidoyer avec d'autres acteurs et d'autres composantes de la société civile pour que ce délai-là soit davantage... le mécanisme d'accès soit davantage revu. »
>
> **Informateur clé d'une ONG nationale, Ouagadougou**

Un exemple concret et terrible donné pour clarifier ce besoin est celui d'une femme déplacée par un conflit interne, qui a pu s'échapper grâce à l'intervention de l'armée. Elle a ensuite erré longtemps dans le nord avant de découvrir qu'elle était enceinte des personnes qui avaient tué son mari et violé ses filles. Elle avait déjà dépassé les 14 semaines de grossesse et personne ne pouvait l'aider ;

> « On dit qu'on ne peut plus rien faire. La femme dit qu'elle préfère mourir que de savoir que le tueur de son mari, son violeur, le violeur de sa fille, est le père de son petit-fils. La dame s'est donné la mort. Vous voyez le drame qu'on a. C'est un témoignage que j'ai pris dans une rencontre pas très lointaine.
>
> **Informateur clé d'une ONG nationale, Ouagadougou**

Comme illustré ci-dessus, même dans les cas impliquant des femmes et des filles qui ne vivent pas dans des zones de conflit, le signalement est souvent très tardif en raison de la stigmatisation à laquelle sont confrontées les victimes-survivantes de violences sexuelles et sexistes. Cela réduit considérablement leurs chances d'accéder à un avortement sécurisé et légal dans la limite légale de 14 semaines. Les OSC au Burkina s'efforcent d'améliorer le traitement juridique de ces cas, afin d'assurer un traitement rapide des cas signalés à temps :

> « Des efforts sont déployés [récemment] au niveau judiciaire pour accélérer les procédures. »
>
> **Magistrat, Ouagadougou, Burkina Faso**

Aussi, la coordination et l'alignement entre les différentes structures semblent faire défaut. Par exemple, bien que les centres sociaux jouent un rôle essentiel dans l'accueil des jeunes victimes-survivantes en proposant un accompagnement psychosocial et une orientation vers les soins de santé sexuelle et reproductive, ils n'informent pas clairement sur l'interruption sécurisée de grossesse. Leur mandat institutionnel se concentre sur les violences basées sur le genre, sans inclure spécifiquement l'interruption sécurisée de grossesse. L'accent est particulièrement mis sur la médiation familiale, à l'instar de ce que font les responsables communautaires.

Selon un informateur clé d'une organisation professionnelle, bien que de nombreuses personnes aient été formées pour fournir des services d'ISG et offrir un soutien, cela reste insuffisant pour lever tous les obstacles rencontrés dans le parcours d'accès à l'aide et aux soins. Selon son témoignage, cela peut conduire à blâmer la victime plutôt qu'à l'orienter correctement :

> « Il y a de nombreux cas, mais malheureusement dans la procédure il y a des blocages à tous les niveaux : chez les officiers de police judiciaire, dans la justice, et dans les structures de santé. [...] Si la survivante n'a pas eu la chance de tomber sur une personne bien informée, c'est elle qui est discriminée. [...] Malgré les efforts du ministère et des organisations pour former les acteurs, certains restent opposés ou mal informés sur la loi. Ainsi, [...] les survivantes rencontrent souvent des difficultés pour accéder à l'interruption sécurisée de grossesse. »
>
> **Informateur clé d'une association professionnelle, Ouagadougou**

À cet égard, le même informateur clé parle de victimes-survivantes sont renvoyées d'avant en arrière entre les centres de santé. Même lorsqu'elles ont obtenu l'autorisation l'égale d'accéder à l'interruption sécurisée de la grossesse selon la loi :

> « C'est vrai qu'il y a encore beaucoup d'insuffisances. J'ai rencontré deux cas de femmes qui se sont plaintes. [...] Elle allait d'une structure à l'autre, comme une balle de ping-pong. On lui disait : « Non, ici on ne fait pas ça, il faut aller ailleurs », et dans la nouvelle structure, on la renvoyait encore. Le médecin qui était présent a joué le jeu pour attendre son collègue de la prochaine équipe, les sages-femmes aussi disent que ce n'est pas à elle de commencer le protocole ainsi de suite. [...] Elle a fait le tour de trois structures sans solution. Ce problème persiste. [...] Face à cela, certains invoquent l'objection de conscience. Nous répondons que, même en objection, le prestataire doit orienter vers un collègue capable d'assurer le service. »
>
> **Informateur clé d'une association professionnelle, Ouagadougou**

En résumé, alors que d'importantes lignes directrices ont été mises en place au Burkina Faso et que les OSC continuent de plaider pour l'amélioration des politiques (élargissement de la limite de 14 semaines de gestation pour l'accès à l'avortement sécurisé) selon les données obtenues, des lacunes importantes dans la mise en œuvre subsistent. Les lacunes les plus importantes sont dues à la situation sécuritaire, mais aussi au fait que les limites de gestation sont trop étroites, qu'il y a un manque d'alignement intersectoriel et d'orientation et que les travailleurs de la santé luttent avec leurs valeurs et croyances personnelles, ce qui entrave l'accès rapide à des soins d'avortement sécurisé pour les victimes-survivantes.





Conclusion

Les expériences des victimes-survivantes au Burkina Faso analysées dans cette étude montrent comment le manque d'informations sur la manière de traiter les cas de violence sexuelle et sur les lois relatives à l'avortement (qui touche également les victimes-survivantes, le personnel de santé et d'autres prestataires de services clés) entrave fortement l'accès aux soins de santé et à la justice pour les victimes-survivantes.

Les données ont également montré que de nombreux cas ne sont jamais signalés en raison des normes sociales et de genre préjudiciables qui visent à protéger la famille et l'avenir de la survivante, d'une manière qui va à l'encontre du bien-être des adolescentes, par exemple en les expulsant ou en les forçant à épouser l'auteur des violences. Il a également été constaté que les services sociaux jouent un rôle clé dans le soutien aux victimes, mais aussi que le système social et sanitaire n'est parfois pas équipé pour traiter les cas de violences sexuelles (soins post-viol) de manière impartiale et globale qui respecte toutes les options légales, l'avortement inclus. L'option de l'avortement n'a pas été divulguée aux jeunes victimes-survivantes qui sollicitaient de l'aide.

Pour les rares victimes qui entament des démarches pour accéder à des services d'interruption sécurisé de grossesse conformément à la loi, il a été constaté que les procédures prescrites pour l'avortement légal en cas de viol et d'inceste semblent trop complexes et irréalisables dans les limites autorisées de la grossesse. Ainsi, outre tous les obstacles sociaux, familiaux et liés au système de santé, la limite de 14 semaines de gestation constitue un obstacle majeur à la fourniture de soins efficaces.

Cameroun

L'une des victimes-survivantes que nous avons rencontrées au Cameroun, Chantal, a partagé une histoire poignante marquée par des années d'inceste (subi dès l'enfance, de la part de plusieurs personnes) puis par un viol à l'âge de 18 ans. Après ce dernier, elle découvre qu'elle est enceinte, mais ne porte jamais plainte. Chantal reçoit très peu de soutien familial, notamment parce qu'elle avait déjà eu un enfant hors mariage. À l'époque, elle ignorait que le viol et l'inceste étaient des infractions punies par la loi. Déterminée à interrompre cette grossesse issue d'une relation subie, elle était prête à risquer sa vie pour y parvenir. Voici ce qu'elle a raconté :

> « Soit l'enfant elle meurt, soit elle et moi on part, je n'avais que deux solutions dans ma tête. C'était soit j'avorte, soit je meurs avec la grossesse.[..]. Sincèrement c'était ça dans ma tête. [...] avoir un enfant avec quelqu'un, un enfant que tu as d'un rapport issu d'un viol. Je me demandais comment... Je ne voyais même pas cela, comment ça allait se passer. »
>
> **Chantal, 37 ans, Cameroun**

« Soit l'enfant elle meurt, soit elle et moi on part, je n'avais que deux solutions dans ma tête. C'était soit j'avorte, soit je meurs avec la grossesse. »

Malgré de nombreuses tentatives infructueuses, Chantal a essayé d'utiliser des objets pointus pour provoquer une fausse couche. Sa mère, ayant appris que sa fille était enceinte et risquait d'essayer d'interrompre la grossesse elle-même, a tout fait pour l'en empêcher. Finalement, Chantal a donné naissance à une fille, qui est décédée à huit mois après une longue fièvre. Le personnel médical l'a accusée de négligence, ce qu'elle a très mal vécu, assurant qu'elle avait tout mis en œuvre pour payer les soins de sa fille.

Chantal nous a confié qu'elle ignorait alors ce qu'était le viol et qu'elle ne pouvait donc pas demander de l'aide officielle. Elle n'a pas non plus reçu de soutien de la part de sa mère, qui l'avait battue lorsqu'elle lui avait parlé des agressions subies à la maison par son oncle maternel. Craignant de ne pas être crue, Chantal a préféré garder le silence. Aujourd'hui, dans la trentaine, elle explique que même si elle avait su ce qu'étaient les violences sexuelles, elle n'aurait probablement pas cherché de soins à l'hôpital, car elle savait que les démarches y seraient beaucoup trop coûteuses pour elle.

L'histoire de Chantal[d] illustre à quel point l'accès aux soins est difficile pour les femmes et les filles qui manquent d'information sur les violences basées sur le genre, leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive, et les lois existantes, et pour celles marginalisées dans leur propre famille ou confrontées à des discriminations et à de fortes barrières socioéconomiques. Nous présentons ci-dessous les principaux résultats d'une analyse approfondie des parcours de victimes-survivantes de violences sexuelles au Cameroun, dont les témoignages confirment, selon les mots d'un informateur clé d'une organisation de jeunesse du Sud et du Centre : « c'est un véritable parcours du combattant ».

Écarts dans l'accès à l'information

Tout commence par l'information et la compréhension. Prenons l'exemple de Chantal qui, confrontée à l'inceste et au viol, avait conscience que c'était mal, mais ne savait ni comment nommer ces violences ni qu'elles étaient punissables par la loi. Comme dans les autres pays étudiés, la méconnaissance des textes légaux et les limites imposées sur ce qu'il est permis de dire freinent la parole des acteurs de la société civile et du secteur public sur le sujet de l'avortement : Certaines associations communiquent via les réseaux sociaux, mais leurs moyens limités ne leur permettent pas de toucher efficacement les jeunes des zones rurales, qui manquent ainsi beaucoup d'informations. « Le plus grand défi est d'abord financier. Nous n'avons pas les ressources nécessaires pour aller dans les zones reculées parler d'avortement sécurisé, » selon un informateur clé d'une organisation de jeunesse dans la région du Sud et du Centre.

Par ailleurs, les informations sur les démarches à suivre en cas de viol ou d'inceste sont peu diffusées ou manquent de crédibilité. La corruption, fréquemment mentionnée, constitue un frein important : un fonctionnaire de police rapporte que pour dissimuler une affaire d'inceste, certains proches corrompent le médecin afin qu'il omette des éléments dans le certificat médical, bloquant ainsi le processus judiciaire.

Au-delà du grand public et des victimes-survivantes, d'autres groupes peinent à accéder à des informations justes ou laissent leurs convictions personnelles et religieuses pèsent lourdement sur la manière dont ils interprètent les informations ou décident de leur non-diffusion du savoir. Un policier a dit à plusieurs reprises : « Le viol n'est pas autorisé, l'avortement n'est pas autorisé. Les deux sont punis par le Code pénal ». S'il reconnaît qu'un avortement pour protéger la vie de la mère peut être légitime, il est opposé à l'avortement en cas de viol. Bien que la police n'ait aucun pouvoir de décision en la matière (c'est au procureur de décider), ces opinions personnelles peuvent constituer un obstacle à la transmission d'informations juridiques exactes. Enfin, un expert en santé de la reproduction d'une organisation régionale souligne que certains juristes, en raison de leurs convictions et normes personnelles, interprètent de façon biaisée le cadre légal autour de l'avortement. Ces interprétations conduisent parfois à menacer judiciairement les militants défendant l'accès à l'avortement sécurisé, sous prétexte d'incitation à l'avortement.

En résumé, les résultats révèlent que de nombreux obstacles persistent pour assurer une diffusion large et fiable des informations relatives aux lois sur l'avortement ainsi qu'au signalement des violences sexuelles et sexistes. Ces informations doivent pouvoir atteindre toutes les populations sans être altérées ou biaisées par des croyances et des valeurs personnelles. Il est par ailleurs crucial que le public puisse avoir confiance dans les procédures annoncées, afin de pouvoir y donner suite.

d Bien que les expériences de Chantal remontent à quelque temps déjà, les difficultés qu'elle a rencontrées sont similaires à celles rencontrées plus récemment au Cameroun dans le cadre de violences sexuelles et de grossesses non désirées, comme le montrent les parties restantes de ce chapitre.

> Nous rencontrons un problème au niveau de nos communautés. C'est le silence, je peux dire silence complice des familles, dans lequel les jeunes filles victimes des cas d'inceste vivent.

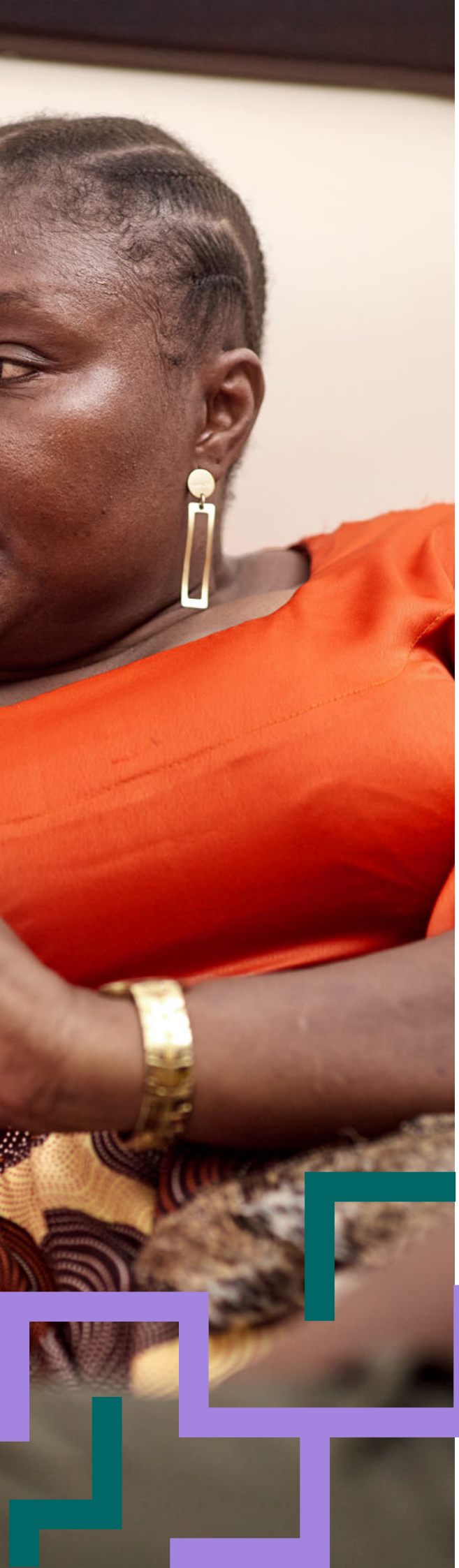
Barrières sociales et culturelles comme obstacles pour avoir accès à des services et à des droits en temps opportun

Les tabous sociaux mènent au silence

Outre le manque d'informations au sein de la population, il existe des normes sociales spécifiques préjudiciables qui font obstacle au signalement et à la recherche de soins. D'abord on note « le silence » comme un facteur important chez les victimes-survivantes elles-mêmes et dans les familles autour d'elles selon ces deux intervenants :

> « C'est un sujet très tabou dans notre communauté, les filles n'en parlent pas. »
>
> **Informateur clé d'une association de jeunesse dans la région du Sud et du Centre**





> « Alors, il faut déjà que je vous dise que nous rencontrons un problème au niveau de nos communautés. C'est le silence, je peux dire silence complice des familles, dans lequel les jeunes filles victimes des cas d'inceste vivent. Généralement, ces familles ont de la peine ou refusent même de signaler ces cas. Là, c'est une difficulté que l'on rencontre. »
>
> **Informateur clé de la protection sociale, dans le département de Mvila, Cameroun**

L'expérience camerounaise révèle la sophistication des mécanismes sociaux qui maintiennent les victimes dans le silence, exploitant les vulnérabilités spécifiques des adolescentes et leurs craintes d'exclusion familiale. Ces facteurs, associés à un manque d'information et de sensibilisation, font que les filles et les femmes ne cherchent jamais à obtenir les services opportuns. Ou le font très tardivement.

> « Ma fille avait 14 ans quand c'est arrivé. Elle n'a rien dit pendant des mois. Elle avait peur qu'on la gronde, qu'on dise que c'était sa faute. L'homme qui l'a violée lui avait dit que si elle parlait, il allait faire du mal à toute la famille. Elle y a cru. Il lui avait aussi dit que de toute façon, personne ne la croirait parce qu'elle était trop jeune et que lui, il était respecté dans le quartier. Quand j'ai découvert qu'elle était enceinte à 5 mois, j'ai d'abord pensé qu'elle avait un copain en cachette. Je l'ai grondée fort. Je lui ai dit qu'elle nous avait déshonorés. C'est seulement après qu'elle m'a tout raconté en pleurant. Là, j'ai compris ma faute, mais il était trop tard pour l'avortement. On ne savait même pas que c'était possible. Personne ne nous avait dit qu'il y avait des lois pour ça. »
>
> **La mère d'une survivante, Cameroun**

Cette histoire poignante révèle l'efficacité des stratégies de contrôle employées par l'agresseur à travers l'intimidation directe (menaces contre la famille) et l'utilisation de son statut pour remettre en question la crédibilité de la victime lorsqu'elle dénonce l'abus (statut social différentiel). La première réaction de la mère illustre comment les normes de genre, qui dictent que les filles de moins d'un certain âge ne doivent pas avoir d'activité sexuelle, risquent par inadvertance de détourner l'attention des agresseurs.

Protection de la réputation familiale

Le silence n'est pas seulement imposé aux filles par les auteurs, mais le silence est aussi souvent encouragé au sein des familles lorsque des situations d'inceste se produisent.

> « Quand ma petite sœur a essayé de dire que notre père la touchait, personne ne l'a crue au début. Ma mère disait qu'elle mentait, qu'elle voulait faire du mal à la famille. Mes oncles disaient qu'il ne fallait pas salir le nom de la famille pour des histoires d'enfant. Quand elle est tombée enceinte, là on ne pouvait plus nier. Mais au lieu de protéger ma sœur, la famille a essayé d'étouffer l'affaire. Ils disaient qu'il fallait régler ça en interne, que porter plainte allait détruire notre réputation. Quand ma mère a fini par le faire, toute la famille l'a rejetée. Ils disaient qu'elle avait détruit l'honneur familial. Maintenant, même après que papa a été condamné, les familles nous évitent. Ma sœur et ma mère sont devenues des parias. Et ma sœur, elle avait déjà 7 mois quand on a enfin agi. Il était trop tard pour l'avortement. »
>
> **Sœur d'une survivante, Cameroun**

Ces expériences mettent en lumière la logique de protection familiale qui se retourne contre la victime. Au Cameroun, le système familial élargi protège l'agresseur en préservant la réputation collective. La stigmatisation qui suit le signalement, transformant la victime en « paria », montre que le système social sanctionne davantage la révélation que l'agression elle-même. Cela décourage systématiquement l'accès aux droits, aux soins psychologiques et médicaux.

Punir les survivants

Dans le cas de Chantal, cité au début de ce chapitre, ainsi que dans d'autres témoignages, les filles et les femmes victimes d'inceste ou de viol craignent souvent de ne pas être crues. Pire, elles subissent parfois des violences de la part de leur propre mère au moment de la révélation de l'agression. Cette violence infligée aux victimes-survivantes au moment où elles témoignent est un thème récurrent. Le fait d'assister à des punitions corporelles à l'encontre des victimes-survivantes est susceptible de dissuader d'autres filles et jeunes femmes de confier leurs expériences de violences sexuelles à leurs familles et de chercher de l'aide. Ainsi, une victime d'inceste a raconté qu'à l'occasion d'une réunion familiale tenue après sa révélation, des femmes plus âgées lui ont confié avoir elles-mêmes été victimes de violences similaires dans leur jeunesse, avant d'ajouter qu'il s'agissait là d'une réalité normale qu'il fallait accepter. Cette normalisation des violences sexuelles contribue en partie à l'inaction répétée au sein des familles face à la divulgation des abus.

Conséquences pour les victimes-survivantes

Sans prétendre à la représentativité générale des données recueillies, de nombreux cas au Cameroun montrent que les victimes-survivantes ne sollicitent pas d'aide psychologique, médicale et juridique. Parmi les neuf cas documentés de grossesses liées à des violences sexuelles, deux ont donné lieu à des avortements non sécurisés, dont l'un a entraîné le décès de la femme. Cinq autres femmes ont mené leur grossesse à terme. Par ailleurs, deux victimes-survivantes n'ont jamais été enceintes, mais vivent avec des séquelles psychologiques et des infections sexuelles non traitées.

De nombreux informateurs clés évoquent la fréquence des avortements non sécurisés parmi les victimes-survivantes, alors qu'il est rare qu'elles puissent bénéficier de l'ensemble du continuum de services comme explique cet informateur clé.

> « Nous constatons que de nombreuses filles ayant subies des viols, elles-mêmes ne savent pas quel chemin suivre pour avoir accès au service d'avortement. Et la plupart du temps elles se retrouvent en train de faire des avortements clandestins parce qu'elles n'ont pas l'information qu'elles peuvent recevoir le service d'avortement étant victime de viol. »
>
> **Un informateur clé d'une organisation de jeunesse dans la région du Sud et du Centre, Cameroun**

Facteurs explicatifs : Écarts au niveau des politiques et des systèmes

L'administration camerounaise semble caractérisée par une architecture institutionnelle



fragmentée et peu coordonnée pour l'accès des victimes-survivantes de viol et d'inceste aux soins, malgré la ratification du Protocole de Maputo. Plusieurs ministères – Santé publique, Justice, Promotion de la femme et de la famille, forces de de l'ordre – sont impliqués dans l'administration post-loi, mais la coordination entre eux reste largement inefficace. Certains informateurs clés attribuent cette situation à des valeurs conservatrices au sein des autorités, peu favorables à ces questions :

> « [Pour] beaucoup de décideurs, les questions d'avortement étant des questions taboues, beaucoup d'autorités n'osent pas se prononcer sur les questions. »
>
> **Informateur clé d'une association de jeunesse dans la région du Sud et du Centre, Cameroun**

Nous constatons l'absence d'un programme structuré spécifiquement dédié à l'interruption volontaire de grossesse des victimes-survivantes, ce qui traduit une approche collaborative informelle plutôt qu'une architecture institutionnelle claire. Cette situation se manifeste par un manque de ressources humaines, d'informations et de moyens financiers.

Au niveau politique, selon le témoignage d'un cadre de la justice :

> « Nous avons proposé que nous formions les magistrats à tenter de ne pas compliquer le protocole de Maputo [...] Nous avons même dit que nous allons faire négocier le Code pénal pour l'adapter au protocole de Maputo. »
>
> **Informateur clé du ministère de la justice**

Cette déclaration souligne un déficit structurel dans l'allocation des ressources humaines spécialisées au Cameroun. Les magistrats manquent actuellement des compétences requises et nécessitent une formation adaptée. De même, l'administration souffre d'une pénurie de professionnels formés à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse pour les victimes-survivantes, ce qui constitue un obstacle majeur à l'accès aux soins.

L'insuffisance de formation des acteurs clés complique la délivrance des autorisations d'interruption volontaire de grossesse (IVG) post-viol, tandis que le manque de directives claires freine la prise en charge adaptée des victimes-survivantes. Par ailleurs, la concentration des compétences dans certaines localités crée des "déserts" administratifs, excluant les victimes-survivantes des services essentiels. Cette situation est particulièrement critique, car l'IVG thérapeutique requiert des compétences techniques spécialisées que seuls certains gynécologues-obstétriciens, sages-femmes qualifiées ou praticiens généralistes formés peuvent assurer selon les normes nationales.

Sur le plan financier, l'administration camerounaise ne dispose pas de budget dédié spécifiquement à l'IVG pour les victimes-survivantes de violences. Cette absence de financement public structuré constitue un obstacle fondamental à la transformation des engagements politiques en programmes opérationnels. Les frais administratifs et médicaux restent entièrement à la charge des victimes-survivantes, créant ainsi une inégalité d'accès selon les capacités financières individuelles.

En l'absence de soutien financier de la part de l'État, les victimes-survivantes sont contraintes d'assumer l'intégralité du parcours de prise en charge, depuis les consultations médicales initiales jusqu'à l'intervention elle-même, en passant par les frais judiciaires. Cette situation contrevient aux principes d'accessibilité aux services de santé sexuelle et reproductive pour les victimes de violences.

Quant aux ressources informationnelles pour le personnel censé travailler dans le cadre des lois autour de l'interruption volontaire de grossesse, elles demeurent limitées et fragmentées. Plusieurs documents techniques existent, mais leur coordination et leur diffusion demeurent insuffisantes.

Le manuel principal identifié est celui des « Normes et Standards en Santé reproductive et planning familial au Cameroun », produit en collaboration avec l'Agence des Nations Unies pour la santé sexuelle et reproductive (UNFPA -Cameroun) et l'Association camerounaise pour le marketing social (ACMS).

Le Code de déontologie médicale camerounais définit le processus à suivre avant de pratiquer l'avortement thérapeutique, incluant l'obligation d'obtenir l'avis de deux experts et l'établissement d'un protocole de consultation en trois exemplaires. Toutefois, selon les données recueillies, les formations spécialisées fondées sur ces protocoles demeurent insuffisantes pour les professionnels de première ligne.

Face aux limitations de l'administration centrale, les organisations professionnelles ont récemment développé une ressource informationnelle essentielle pour compenser ces manques qui facilitent l'accès à l'interruption volontaire de grossesse des victimes-survivantes. La Société de Gynécologie et d'Obstétrique du Cameroun (SOGOC) a ainsi créé un outil informationnel spécialisé : le « Referral Pathway » (Parcours de services de référence), qui constitue l'initiative la plus structurée en matière de ressources informationnelles. Comme l'explique un membre d'une organisation non gouvernementale locale :

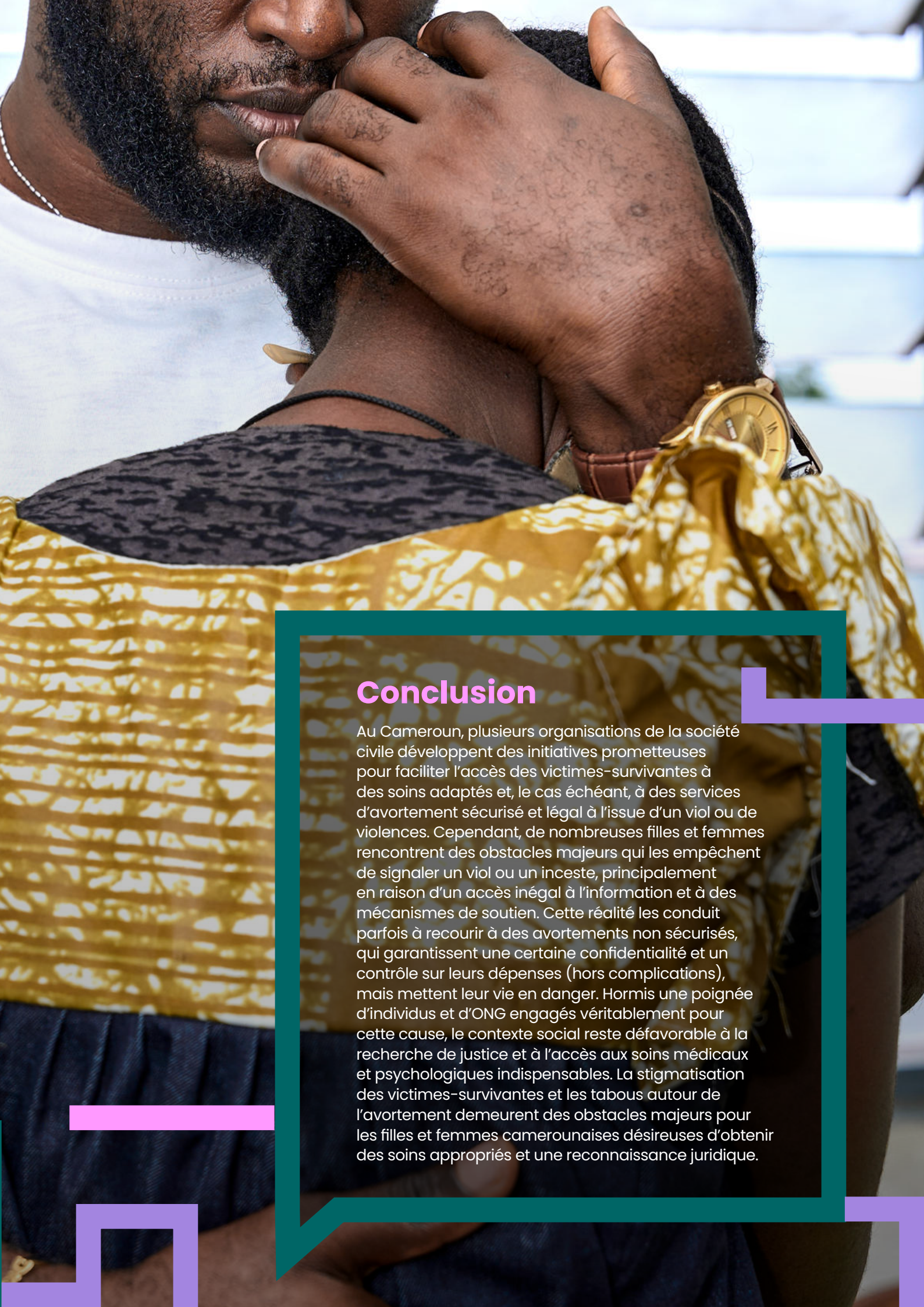
> « À la suite d'un viol, nous travaillons avec ce qu'on appelle Referral Pathway [Parcours de services de référence] qui a été produit par la société camerounaise de gynécologues, et ce Referral Pathway, c'est un document qui décrit les différentes étapes observées par les femmes victimes de viol et qui ont besoin d'avoir accès aux services d'avortement sécurisé »
>
> **Membre d'une organisation non gouvernementale locale, Cameroun**

Bien qu'il s'agisse d'une initiative de la société civile, ce document d'orientation est de plus en plus utilisé, notamment dans les formations destinées aux prestataires de soins de santé organisées par la Société des gynécologues et obstétriciens du Cameroun (SOGOC).

Facteurs explicatifs : Lacunes dans l'adoption des politiques

Malgré de nombreux obstacles, le contexte camerounais illustre bien comment, en l'absence de politiques et de procédures clairement établies, les initiatives du secteur privé et des ONG interviennent pour combler le vide. Ces organisations jouent un rôle essentiel dans l'amélioration de l'accès aux soins et aux droits des victimes-survivantes dans le pays, notamment par un suivi rigoureux des procédures légales, afin que les autorisations d'avortements thérapeutiques soient délivrées dans les délais nécessaires. Ces initiatives montrent comment des innovations périphériques peuvent pallier des dysfonctionnements systémiques. Néanmoins, cette dépendance vis-à-vis d'acteurs privés et associatifs engendre des inégalités d'accès.

Même après l'obtention du certificat médical autorisant l'avortement, l'accès à un avortement sécurisé et légal pour les victimes-survivantes n'est pas toujours simple. Outre les obstacles au niveau de la police et de la justice, des barrières subsistent aussi dans les établissements de santé, où l'objection de conscience du personnel et des attitudes stigmatisantes qui entravent une prise en charge respectueuse centrée sur la personne sont fréquentes. .



Conclusion

Au Cameroun, plusieurs organisations de la société civile développent des initiatives prometteuses pour faciliter l'accès des victimes-survivantes à des soins adaptés et, le cas échéant, à des services d'avortement sécurisé et légal à l'issue d'un viol ou de violences. Cependant, de nombreuses filles et femmes rencontrent des obstacles majeurs qui les empêchent de signaler un viol ou un inceste, principalement en raison d'un accès inégal à l'information et à des mécanismes de soutien. Cette réalité les conduit parfois à recourir à des avortements non sécurisés, qui garantissent une certaine confidentialité et un contrôle sur leurs dépenses (hors complications), mais mettent leur vie en danger. Hormis une poignée d'individus et d'ONG engagés véritablement pour cette cause, le contexte social reste défavorable à la recherche de justice et à l'accès aux soins médicaux et psychologiques indispensables. La stigmatisation des victimes-survivantes et les tabous autour de l'avortement demeurent des obstacles majeurs pour les filles et femmes camerounaises désireuses d'obtenir des soins appropriés et une reconnaissance juridique.

Côte d'Ivoire

L'histoire de Bella illustre certains des défis auxquels sont confrontées les victimes survivantes de violences sexuelles en Côte d'Ivoire :

Bella, une fille de 15 ans confiée à son père depuis l'âge de 10 ans, à la suite de la séparation de ses parents, a été victime d'inceste de la part de ce dernier à partir de ses 14 ans. Elle a tenté d'alerter sa tante, mais sans succès. Il semblerait toutefois que la fille de cette tante ait informé la mère de Bella. Lors d'une visite, la mère a trouvé Bella malade et ayant des difficultés à marcher. C'est alors que Bella lui a révélé les agressions. La mère, qui vivait ailleurs, a dénoncé les faits à la famille mais a été soumise à une forte pression pour étouffer l'affaire, jugée honteuse. Malgré cela, elle a conduit sa fille à l'hôpital puis déposé une plainte. Le père a été arrêté, jugé et condamné. Bella a reçu un suivi médical, psychologique et juridique. Toutefois, la mère a été rejetée par une partie de sa propre famille ainsi que par celle du père, qui, comme elle l'a répété, l'ont « chassée comme un mouton ». Interrogée sur le soutien communautaire, elle répond qu'au contraire, certaines personnes la persécutent, estimant qu'elle a mal agi en dénonçant le père de sa fille.

Dans cette histoire, Bella n'était pas tombée enceinte et a bénéficié de soins médicaux adaptés grâce à l'intervention efficace de sa mère. Les démarches judiciaires se sont également révélées efficaces. Pourtant, ce cas met en lumière la stigmatisation persistante dont souffrent les victimes-survivantes de violences sexuelles, notamment incestueuses, qui peuvent freiner toute initiative de signalement des faits – un thème récurrent dans les entretiens en Côte d'Ivoire. La mère de Bella nous a confié que, généralement, les victimes et leurs proches sont « payées pour fermer leur bouche » en d'autres termes, les familles sont payées pour ne rien divulguer. Mais elle affirme qu'elle ne pourrait jamais accepter cela, surtout quand la vie de sa fille est en jeu.

En Côte d'Ivoire, il a été difficile de rencontrer directement les victimes-survivantes ciblées par cette recherche. Néanmoins, l'étude a pu documenter quatre cas, soit en dialoguant directement avec des victimes-survivantes ou leurs proches, soit de manière indirecte. Ces témoignages offrent une bonne compréhension des défis auxquels font face les victimes de viol ou d'inceste et leur entourage.



Dans deux des quatre cas de victimes-survivantes documentés, des grossesses sont survenues à l'issue de violences subies, découvertes tardivement. Dans un cas, les proches ignoraient totalement les démarches à faire après un viol. Dans l'autre, une jeune fille de 13 ans n'avait rien dit et a découvert qu'elle était enceinte à cinq mois. Même après cette découverte, elle n'a confié son secret à personne, faute de personne de confiance. Elle exprimait aussi ses doutes de ne pas avoir parlé plus tôt, se demandant « Qui me croira maintenant ? ». Elle a raconté que les faits avaient eu lieu dans une école abandonnée, où elle avait crié et saigné, l'agresseur étant pleinement conscient qu'il s'agissait d'un viol. Après l'accouchement, cette jeune fille a souffert d'une fistule, ce qui a aggravé sa stigmatisation et son isolement, en plus des conséquences liées à une grossesse précoce. Avec le temps, elle a reçu de l'aide et a été opérée gratuitement, ce qui lui a permis de guérir. Au moment de l'accouchement, l'agresseur a été convoqué au centre social et sommé de verser une pension alimentaire hebdomadaire pour son fils, un garçon. N'ayant pas pu assumer cette charge, la mère, très pauvre, a rencontré de grandes difficultés pour s'occuper de l'enfant. Finalement, celui-ci a



été placé chez le frère aîné de l'agresseur, loin de sa mère. Quatre ans plus tard, il est devenu difficile pour la mère de communiquer avec son fils au téléphone, car il a oublié sa langue maternelle et ne parle plus que celle de la famille paternelle.

La variété des expériences documentées dans cette étude témoigne des nombreux obstacles au cours du parcours des victimes-survivantes en Côte d'Ivoire.

Écarts dans l'accès à l'information

En Côte d'Ivoire, la violence sexuelle fait l'objet d'une attention croissante depuis une dizaine d'années. Selon nos entretiens, la population est de mieux en mieux informée sur ce sujet, et diverses organisations ont été mises en place pour accompagner et orienter les victimes-survivantes vers la justice et les soins adaptés. Pourtant, de nombreux défis subsistent dans le signalement des violences sexuelles, comme nous le verrons plus loin. Nos données montrent par ailleurs que l'avortement et la législation qui l'encadre restent des thèmes particulièrement sensibles et peu accessibles dans le contexte ivoirien, en raison des fortes controverses qu'ils suscitent :

> « Pour moi, les défis se situent à plusieurs niveaux. Mais le principal défi, c'est au niveau des communautés, la déconstruction de la pensée négative sur la question de l'avortement au niveau de la communauté. Parce que pour les communautés, lorsqu'on parle d'avortement, c'est entre griffes, c'est du bordel. »
>
> **Directeur d'une organisation non gouvernementale nationale, Abidjan**

> « Ça reste toujours des sujets tabous […] On ne peut pas parler de ça. »
>
> **Femme participante à un groupe de discussions de femmes leaders, San Pedro**

Sujet tabou, il existe des obstacles à la diffusion de l'information sur l'avortement sécurisé et légal au sein de la population ivoirienne. De nombreuses personnes interrogées travaillant dans des organisations non gouvernementales par exemple ont témoigné de la difficulté d'aborder le sujet. À plusieurs niveaux, les lois encadrant l'avortement sont mal connues. Si la plupart savent que l'avortement est permis lorsque la vie de la mère est en danger, les récentes évolutions législatives – telles que l'autorisation d'avorter en cas de danger pour la santé mentale ou d'inceste, ainsi que l'amendement de 2019 reconnaissant le viol comme motif légal – restent peu diffusées. Aujourd'hui encore, la majorité des professionnels de santé ainsi que du grand public ne disposent pas des informations à jour. Par exemple, dans la région de San Pedro, un responsable régional et un médecin ont admis ne pas avoir été pleinement informés, et d'après ce dernier la population l'est encore moins :

> « Nous-mêmes ne sommes pas informés. Malgré nos études médicales, nous ignorons les lois qui encadrent ce domaine. La population, quant à elle, n'est pas informée non plus : elle ne sait absolument rien à ce sujet. »
>
> **Médecin-chef dans un centre de santé à San Pedro**

Dans le domaine de l'information de la population sur la loi concernant l'avortement, il reste beaucoup à faire selon la plupart des personnes concernées interrogées.

Barrières sociales et culturelles comme obstacles à l'accès à des services et à des droits en temps opportun

Dynamiques décourageant le signalement : relations de pouvoir

Même si l'information autour des violences sexuelles parait mieux diffusée il y aura beaucoup d'autres barrières au signalement et à la demande d'aide. Un facteur qui empêche le signalement est le pouvoir que souvent les auteurs des violences sexuelles détiennent sur leurs victimes comme les leaders religieux ou les oncles adultes :

> « Et généralement [...] ce sont souvent des gars de la famille qui font ça, qui abusent des filles. [...] Même dans nos milieux religieux aujourd'hui, il y en a beaucoup. Des petites qui vont à l'église se font abuser par des personnes du milieu religieux, des gourous, donc elles ne peuvent pas parler. Donc on se cache pour aller le faire [l'avortement] dans les points clandestins. Et bon, ça se passe parfois, ça se passe mal. Donc la situation, je dirais que la situation est compliquée. D'accord. Et c'est difficile pour ces femmes-là d'en parler surtout. Et surtout de dénoncer. [...]. Notre sensibilisation, tourne autour de la dénonciation. Parce que généralement, ce sont des tontons, les cousins qui abusent des gens. Il faut pouvoir dire aux gens que même quand c'est un tonton, il faut dénoncer. [...] Donc c'est compliqué. Les filles-là ont peur d'en parler. Et puis souvent, les menaces, la pression de la famille, c'est compliqué. Donc du coup, elles gardent des enfants quand elles n'ont pas forcément envie.»
>
> **Bloggeuse, Abidjan**

La blogueuse insiste sur le fait que les campagnes contre la violence sexuelle doivent véritablement mettre l'accent sur l'encouragement au signalement des cas, car le silence constitue un obstacle majeur à la prise en charge des victimes-survivantes et à la lutte contre les violences sexuelles basées sur le genre.

Difficultés de signalement : résolution de cas au sein d'une famille ou d'une communauté

Un obstacle au signalement des violences sexuelles et à l'accès aux soins adéquats, déjà illustré dans l'étude de cas introductive de Bella, est que les familles et membres de la communauté privilégient souvent une résolution discrète des faits, généralement au sein de la famille ou entre familles, plutôt que de dénoncer les auteurs d'inceste. Comme le souligne un administrateur régional dans le domaine de la santé : « En cas d'inceste, on cherche avant tout à régler ça en famille [...] sans tenir compte de ce que ressent véritablement la victime. » Ce thème revient fréquemment dans les témoignages, avec des conséquences graves pour les victimes-survivantes : absence de justice, accès limité voire inexistant aux soins, notamment psychologiques, manque de soutien, et la contrainte de devoir côtoyer l'agresseur, qui peut continuer ses abus. Cette approche vise avant tout à préserver la réputation de la famille. Ce phénomène n'est pas réservé aux cas d'inceste ; en particulier dans les villages, les viols sont souvent traités de la même manière, comme l'indique cette leader féminine :

> « Dans un village tout le monde se connaît, on est voisins, tu vois. Peut-être que ton fils a violé ma fille, et j'ai envoyé ton enfant en prison. Après ça, ça tourne vite au règlement de comptes : "Tu m'as fait ça, même si c'est ton boulot, ça va être une autre chose. Donc, quand c'est comme ça, on demande pardon et les gens se camouflent. Mais peut-être quand c'est en ville, là, les parents vont directement d'abord, on envoie la fille à l'hôpital pour aller vérifier effectivement si l'enfant a été violé. Si l'enfant a été violé, c'est l'auteur qu'on amène maintenant à la première journée pour aller l'écouter, c'est ce qu'il y a faire. »
>
> **Femme, Groupe de discussion de leaders féminines, San Pedro**

Le tableau présenté ici sur la distinction entre milieu rural et milieu urbain ne reflète pas toujours la réalité observée dans les zones urbaines. En effet, dans ces milieux aussi, les victimes-survivantes gardent souvent le silence par crainte d'être « stigmatisées à vie » et ne signalent donc pas systématiquement les violences sexuelles, comme montré ci-après.

> En cas d'inceste, on cherche avant tout à régler ça en famille [...] sans tenir compte de ce que ressent véritablement la victime.



Stigmatisation des victimes-survivantes en cas de signalement

Lorsque les responsables sont dénoncés, ce sont souvent les victimes-survivantes – et non les auteurs – qui subissent de lourdes répercussions. C'est ce que démontre le témoignage de la mère de Bella, présenté dans l'étude de cas introductive de ce chapitre. Après avoir dénoncé son ex-mari, elle a été harcelée tant par les membres de sa belle-famille que par la communauté. Le témoignage suivant illustre une situation similaire :

> « [...] On sait bien qu'il y a encore des [femmes et des filles] qui préfèrent rester cachées, de crainte d'être stigmatisées à vie [...] Elles préfèrent se taire pour ne pas attirer l'attention. Et puis, certaines sont menacées, parce que si tu parles, tu peux vraiment avoir de gros problèmes [...] J'ai suivi un cas qui m'a vraiment écœuré. C'était dans la commune de X, une pauvre femme a désigné son agresseur, et là, la communauté l'a insultée. On la voyait comme une femme mauvaise, surtout qu'elle était même allée déposer une plainte contre lui au tribunal c. À son retour, elle ne pouvait plus mettre un pied dehors dans son quartier. C'était vraiment dur pour elle. Du coup, la seule solution, c'était de tout faire pour la faire partir du quartier. Parce que [les gens se demandaient] « Pourquoi est-elle allée se plaindre ? Pourquoi elle dénonce son agresseur ? Parce que l'agresseur, lui, pensait être respecté dans sa communauté. Elle, elle était victime de sa propre communauté et ne se sentait plus libre. »
>
> **Directeur d'une organisation non gouvernementale nationale, Abidjan**

Ce témoignage révèle beaucoup de conséquences sociales problématiques pour les victimes-survivantes lorsqu'elles dénoncent un violeur. Il souligne que souvent, la survivante ne peut pas compter sur le soutien de sa communauté, surtout si l'auteur jouit d'une bonne réputation. En outre la peur de telles réactions au sein de la communauté dissuade d'autres femmes de signaler les violences subies ou de porter l'auteur devant la justice, afin d'éviter les problèmes et la stigmatisation.



Comme solution, la même personne suggère qu'il vaut mieux, pour les victimes-survivantes qui se manifestent, de ne pas insister pour qu'elles dénoncent l'auteur :

> « Si la personne vient vous dire qu'elle a été violée mais ne veut pas désigner l'auteur du viol malgré ses souffrances, tout ce que vous pouvez faire, c'est de la prendre en charge et de donner suite. »
>
> **Directeur d'une organisation non gouvernementale nationale, Abidjan**

L'approche proposée ici contraste avec les dispositions actuelles de la loi qui stipulent qu'en cas de viol, le médecin ne peut pratiquer l'avortement « qu'après avoir reçu la preuve de l'ouverture d'une information judiciaire pour viol et à la demande écrite de la victime. Pour le cas d'inceste il est indiqué aussi que le médecin ne peut pratiquer l'avortement qu'après avoir reçu la preuve de l'ouverture d'une procédure judiciaire par le Procureur de la République. » Selon certains, c'est dans ces situations, où les femmes sont découragées de dénoncer un agresseur, que l'avortement clandestin est un recours plus facile.

En plus du manque de soutien ou du refus de signalement des auteurs, les victimes-survivantes sont confrontées à de graves accusations ayant pour but de culpabiliser les victimes, comme l'atteste la blogueuse :

> « […] on les ridiculise. Comme je viens de le dire, on leur dit que c'est leur faute. Donc, quand tu dis à une jeune fille que c'est ta faute si on t'a violée, mais quand l'autre, à côté, [elle] vit ça, elle ne peut pas venir [le] dire [aussi]. Aujourd'hui, on trouve que les victimes de viol, c'est elles qui l'ont cherchée. Ça, c'est une difficulté […]. »
>
> **Blogueuse, Abidjan**

When victim-survivors are discouraged from reporting the crime, the status quo can be maintained in favour of the perpetrators of violence.

Payer pour ne pas en parler

Une incitation pour les membres de la famille à ne pas signaler les violences sexuelles est la tendance à donner de l'argent à la famille de la survivante pour qu'elle se taise. La mère de Bella, dans l'étude de cas d'ouverture, a témoigné que, dans ce genre de situation, les gens comme elles sont payés « se taire ». Et cette suggestion est confirmée par d'autres

sources d'information, comme la blogueuse qui s'oppose également à cette pratique :

> « Et puis, en général, les gens aiment bien négocier. Voilà, comme c'est dans la famille, on donne 500 000. Mais est-ce que 500 000, ça peut payer l'honneur de quelqu'un ? Je ne pense pas. Donc, toute cette difficulté-là, il y a la famille, comme je le disais, les dégâts dans la famille des tontons qui n'ont même pas honte d'abuser des gens. Et au final, on laisse tomber. Les gens ont peur d'aller dénoncer les auteurs de ces violences parce que la plupart, il s'agit d'individus aisés. »
>
> **Blogueuse, Abidjan**

Dans cet argument, la question du pouvoir et celle de l'argent se rejoignent. Un autre informateur clé suggère que lorsque la famille ne peut pas être convaincue par la puissance et la richesse des auteurs, ce sont les autorités qui peuvent l'être : « il y a beaucoup d'arrangements qui se font avec les autorités. » (Directeur d'une organisation non gouvernementale nationale, Abidjan). Un autre informateur, un médecin gynécologue, porte le même témoignage, notamment qu'il peut arriver que même si le dossier arrive au niveau judiciaire, les familles peuvent toujours tenter de faire disparaitre un cas :

> « Comme je vous l'ai dit tout à l'heure, notre rôle est de remettre un certificat de violences sexuelles. C'est le juge qui décide s'il y a viol ou pas, pas le médecin. Donc ça veut dire que nous, on donne le document, ça arrive à la justice, ou bien si les parents font des arrangements, ça n'arrive même pas là-bas. Aujourd'hui, du coup, les gens ne vont plus forcément voir le médecin dans ce genre de situation, ils essayent de se débrouiller ailleurs, en ville [pour avorter], parfois de façon traditionnelle ou par une autre structure. Voilà, c'est ça qui complique un peu les choses. Il y a ces arrangements entre la justice et même le milieu médical, et c'est là tout le problème. »
>
> **Médecin-gynécologue-obstétricien, Gontougo**

Ici, le médecin fait référence à la façon dont, des arrangements intra ou interfamiliaux conduisent à rompre la ligne de services, au lieu de passer devant la justice les affaires sont abandonnées et les avortements informels et non sécurisés sont cherchés à la place. Bien qu'il puisse exister d'autres obstacles socioculturels et économiques, ce qui précède montre certains des obstacles au niveau sociétal qui reviennent fréquemment dans los données et qui empêchent de nombreux cas de violences sexuelles d'être signalés et de nombreuses victimes d'atteindre les services appropriés.

La honte et la sous-déclaration

Tout porte à croire que les contraintes sociales et culturelles peuvent dissimuler considérablement l'ampleur réelle du problème du viol et de l'inceste, comme l'explique le même médecin gynécologue :

> « Les clients n'arrivent pas à l'hôpital parce qu'il y a la honte, ils ne veulent pas venir pour qu'on sache qu'il y a eu ça. Donc ce côté culturel et social-là fait que les chiffres qui sont à notre portée ne sont pas des chiffres réels. C'est peut-être la cavité visible de l'iceberg qui se présente à l'hôpital. Le viol peut être même dans la famille, on te dira de ne pas partir [à l'hôpital]. Le viol peut être issu d'un mariage forcé. Il n'y a pas de limite. Il y a des cas comme ça qui ne viennent pas. »
>
> **Médecin-gynécologue-obstétricien, Gontougo**

Bien que ce chapitre s'intéresse à la mise en œuvre réelle de la loi au niveau micro et à la manière dont cela fonctionne pour les victimes-survivantes, il est important de reconnaître que de nombreux cas de viol et d'inceste en Côte d'Ivoire, comme dans les autres pays étudiés ne sont jamais signalés aux autorités.

Résultats pour les victimes-survivantes

Les victimes-survivantes enceintes à la suite d'un viol ou d'un inceste, dans certaines communes, donnent naissance à leurs enfants à cause des problèmes qu'elles rencontrent, comme expliqué plus haut. Parfois, si l'auteur est connu, des négociations familiales aboutissent à ce qu'il soit tenu

responsable du financement. Dans d'autres cas, notamment lorsque l'auteur est inconnu, certaines familles prennent en charge les enfants nés de violences sexuelles, suivant leurs traditions. Toutefois, la tendance générale reste largement opposée à l'option de l'avortement.

Comme certains hommes issus des milieux communautaires et religieux l'affirment, l'enfant pourrait « devenir le prochain président, on ne sait jamais ». Peu de temps après, dans le groupe de discussion réservé aux hommes dirigeants, les mêmes personnes ont soulevé le fait que la personne pouvait tout aussi bien devenir un « gangster », en particulier en associant cette option à la situation dans laquelle la mère serait traumatisée et incapable d'aimer son enfant. En réalité, admettent-ils, de nombreux cas comme ceux-ci peuvent être traités discrètement par les mères et les filles, en utilisant des méthodes traditionnelles pour faire « tomber » la grossesse.

> « Je dirais que traditionnellement, on a des mesures abortives. L'enfant [...] si elle dit tôt, chez nous, je pense que si elle dit tôt, les mamans ont des secrets. Si on sait qu'il y a des plantes, on va lui donner [...], elle va boire, ça tombe. »
>
> **Homme, Groupe de discussion avec les leaders communautaires, San Pedro**

Dans le même groupe de discussion, il a été suggéré que les pères ne prennent connaissance de tels cas que lorsque la tentative d'avortement tourne mal. Un gynécologue signale également que les viols ne sont souvent pas signalés à temps dans le délai de 72 heures et qu'ils rencontrent les victimes-survivantes seulement quand elles ont déjà pris des produits abortifs et qu'elles saignent.

> « Et dans ces conditions, les gens ne viennent pas directement à l'hôpital public. Si la grossesse est déjà là, vite d'abord, dans les périphéries, dans d'autres structures, elle met de conseil en conseil. Elles se font prendre le produit. Puis elles viennent aussi au moment où elles saignent, »
>
> **Médecin-gynécologue-obstétricien, Gontougo**

De nombreux informateurs clés indiquent donc que les avortements clandestins, non sécurisés, sont un moyen de faire face discrètement à ces grossesses au niveau de la famille. Selon les médecins, les cas ne parviennent à l'hôpital qu'en tant que cas de soins post-avortement, ou lorsque les familles n'ont pas trouvé de solution :

> « Et les choses se règlent en famille. Donc il y a plein de cas d'incestes, plein de cas de viols, qui restent dans la communauté. Entre familles, ça se règle là-bas. Et quand quelqu'un arrive à l'hôpital ici, arrive au niveau des autorités juridiques, judiciaires, c'est qu'ils ne se sont pas entendus. Au village, ils ne se sont pas entendus. C'est qu'il y a un camp qui a refusé d'admettre la chose. »
>
> **Médecin, chef dans un centre de santé, San Pedro**

Pour autant, il aurait été inutile d'invoquer la loi : ce médecin généraliste, qui est aussi chef de centre, témoigne qu'il ignore tout de la loi sur l'avortement. D'autres sources rapportent que les agents de police, mal informés sur les exemptions prévues en cas de viol ou d'inceste, manquent de formation. Selon une représentante d'une association de femmes juristes, même lorsque les signalements et l'orientation des victimes-survivantes enceintes se font correctement, des retards dans l'accès à un avortement sécurisé et légal sont inévitables. En conséquence, l'avortement n'est plus une option légale et la grossesse est menée à terme :

> « S'agissant du cas de viol, il faut l'ouverture d'une information judiciaire. C'est véritablement l'ouverture de l'enquête. Dans ce cas de figure, les questions de délai vont se poser puisque la grossesse a une durée de neuf mois. [...]. Cela pose la question de l'applicabilité des textes. »
>
> **Femme, représentante d'une association des droits des femmes, Abidjan**

Cette applicabilité insuffisante des textes juridiques relatifs à l'avortement, due à divers obstacles, est examinée plus en détail ci-dessous. L'objectif est d'expliquer les obstacles auxquels se heurtent les victimes-survivantes

aux différents niveaux de mise en œuvre pour celles qui se présentent réellement dans un centre de santé, un centre social ou à la police pour avoir un soutien.

Facteurs explicatifs : lacunes au niveau des politiques et des systèmes

Comme le révèle ce chapitre, malgré les dispositions juridiques existantes sur l'avortement en Côte d'Ivoire, les victimes-survivantes de viols ou d'incestes continuent de faire face à d'importants obstacles, rendant ces lois surtout théoriques. Les récentes réformes de 2024 et la nouvelle attention portée à l'accès à un avortement sécurisé et légal mettront du temps à se concrétiser dans la pratique. C'est pourquoi cette partie analyse les niveaux macro et méso : dans quelle mesure la loi s'est-elle traduite en directrices concrètes, et à quel point le personnel médical est-il prêt à mettre en œuvre ces politiques ? Cet examen s'appuie sur des entretiens avec diverses parties prenantes impliquées dans l'écosystème de l'avortement.

En Côte d'Ivoire, des progrès significatifs ont été réalisés dans l'architecture institutionnelle et organisationnelle de la lutte contre les violences sexuelles, avec des ressources variées investies au cours de la dernière décennie. Un succès majeur a été l'obtention, grâce au plaidoyer, de la gratuité du certificat médical nécessaire à l'ouverture d'une procédure judiciaire après un viol ou un inceste.

Cependant, les principaux obstacles persistent au niveau du signalement des cas et de l'implication des acteurs des soins post-violence dans l'orientation vers un avortement légal. Cette orientation reste très difficile, car les professionnels indispensables à l'application de la loi ne connaissent ni les dispositions ni les procédures en vigueur.

Bien que le viol soit reconnu comme motif légal d'avortement au Cameroun depuis 2019, et que les amendements de 2024 au Code pénal aient étendu ce droit à l'inceste et à la santé mentale, de nombreux acteurs clés ignorent encore ces évolutions ou ne disposent pas de directives claires pour leur application effective. Les prestataires de soins évoluent aujourd'hui dans un vide informationnel, sans directives politiques uniformes traduisant la loi en procédures concrètes. Ce manque de cadres clairs commence dès l'administration.

> « Pour l'instant, je pense que ce qui concerne l'avortement dans notre pays, pour ce que je sais, il n'y a pas encore eu quelque chose de légal en tant que tel, pour ce que je sais »
>
> **Administrateur dans le domaine de la santé au niveau régional, San Pedro**

> « […] même les prestataires de santé eux-mêmes qui doivent offrir cet avortement sécurisé ne sont pas toujours bien informés. […] Et puis souvent même, c'est la technicité même de cet acte-là qu'ils ne connaissent pas […] les prestataires ne sont pas informés sur le fait qu'ils doivent le faire et quelles sont les conditions pour pouvoir le faire. »
>
> **Informatrice clé au niveau du programme national de lutte contre les violences basées sur le genre, Abidjan**

De nombreux témoignages montrent que, même parmi ceux qui connaissent l'amendement du Code pénal, de nombreuses incertitudes empêchent sa mise en œuvre concrète. L'un des principaux obstacles est l'absence, depuis longtemps, d'une loi sur la santé sexuelle et reproductive ainsi que d'un décret d'application précisant les motifs d'avortement légal. En l'absence de ces textes, les prestataires de soins ignorent les directives à suivre et ne savent pas dans quelle mesure la loi les protège lorsqu'ils dispensent des soins d'avortement autorisés par le Code pénal. Un informateur clé du ministère de la Santé souligne l'importance d'avoir des lignes directrices claires et écrites, qui détaillent chaque exemption, définissent les limites de gestation, expliquent comment offrir ces soins en conformité avec la loi, clarifient la gestion de l'objection de conscience, précisent les délais acceptables pour délivrer les certificats médicaux et indiquent si ces certificats doivent être gratuits, etc.

« […] il faut réviser le document de politique puisque la loi a changé. Et puis, il faut rendre accessible ces documents. C'est-à-dire, si c'est la thématique de l'avortement sécurisé, il faut que ceux qui sont concernés puissent avoir accès à ce qui peut se faire. […] Donc, il y a beaucoup à faire encore. »

Informateur clé de ministère de la Santé, Abidjan, Côte d'Ivoire

En ce qui concerne les exigences exactes pour les dossiers judiciaires à ouvrir, il existe aussi beaucoup d'incertitudes selon d'autres spécialistes comme l'atteste cet intervenant :

« Pour ce qui concerne les cas de viol et d'inceste, on parle d'ouverture d'un dossier judiciaire. Donc, ça reste également une barrière puisque rien n'est dit de façon très précise sur le niveau du dossier judiciaire en question, qui est habilité à l'ouvrir […] ».

Informateur clé au niveau d'une organisation non gouvernementale internationale, Abidjan

Hormis ce manque de directives, une autre lacune importante est identifiée au niveau de la formation des agents de santé dans les instituts de formation et sur le terrain pour le personnel qui est déjà en service :

« […] ils ne savent rien de ce qui encadre leur prestation. Ils n'ont aucune notion du droit. Ça, c'est à l'école. Et même quand les gens sont sur le terrain, dans la formation continue des agents, on ne parle jamais du droit. Presque jamais. Quand on doit faire une formation continue, ça concerne un domaine purement médical. »

Médecin-chef dans un centre de santé, San Pedro

Pour l'instant, le Code pénal modifié ne semble pas encore largement diffusé, et même la réforme de 2019 intégrant le viol comme motif ne s'est pas pleinement déployée à tous les niveaux administratifs et opérationnels.

Quant à la stratégie de financement, elle présente des défis importants, les contraintes budgétaires sont manifestes au niveau opérationnel. Les professionnels de santé signalent régulièrement un manque d'équipements et de médicaments, traduisant un écart important entre les intentions politiques et les ressources réellement disponibles. Cette observation illustre le fossé qui existe entre l'élaboration des lois et le niveau des ressources effectivement allouées à leur mise en œuvre.

Facteurs explicatifs : lacunes dans l'adoption des politiques

La plupart des centres de santé visités dans le cadre de cette recherche ne proposent pas de soins d'avortement conformes à la loi dans ces circonstances, souvent par méconnaissance de la légalité de ces soins. Cependant pour les urgences concernant des menace pour la vie de la mère, les professionnels sont au courant que les services de soins d'avortement existent et ils sont parfois proposés, comme les soins après avortement. Ici nous pouvons parler d'une non-adaptation de la loi en sa totalité par manque de connaissance de cette loi.

D'autres témoignages ont révélé que certains agents de police ne sont pas pleinement conscients de leur rôle dans la prise en charge des cas de viol et recommandent aux victimes- survivantes en quête d'aide de s'adresser à la place à une ONG.

Paradoxalement, certaines organisations de droits humains maintiennent une non-appropriation assumée, refusant de communiquer des informations au sujet de l'avortement et accompagnant uniquement les victimes-survivantes jusqu'à l'accouchement. Cette position révèle des positionnements idéologiques conservateurs qui persistent malgré l'évolution légale.

Conclusion

La Côte d'Ivoire offre une occasion unique d'observer en temps réel les dynamiques d'adaptation institutionnelle qui sont à l'œuvre et qui illustrent les défis rencontrés pour traduire de grands changements législatifs en réalités opérationnelles. L'expérience ivoirienne révèle un paradoxe institutionnel : malgré une réforme majeure en juin 2024 en faveur des droits des filles et des femmes, la plupart des professionnels concernés, tout comme une large part de la population, restent mal informés. Même l'autorisation légale d'interrompre une grossesse consécutive à un viol, stipulée dans le Code pénal depuis 2019, est fréquemment mal comprise. En dépit de quelques initiatives innovantes de communication, l'accès à l'information reste limité et les professionnels de santé manquent souvent de directives claires pour assurer la mise en œuvre effective des évolutions législatives au bénéfice des victimes-survivantes de violences sexuelles.

Peu de données sont disponibles sur la manière dont les amendements récents au Code pénal sont effectivement pris en compte par la police, la justice et les services sociaux. Le succès de leur mise en œuvre dépendra dans une large mesure de la publication et de la diffusion de directives politiques claires, ainsi que de la capacité des organisations de la société civile à informer, expliquer et maintenir un dialogue avec les principales parties prenantes du secteur public autour de l'application des lois relatives à l'avortement.

Les plus grands défis à résoudre, identifiés sur la base de nos données concernant la Côte d'Ivoire, sont les suivants :

1. L'absence d'une communication suffisante autour de l'amendement du Code pénal destinée aux professionnels de la santé, aux personnels de l'administration et de la police et à la population
2. L'absence d'une loi sur la santé sexuelle et reproductive qui communique clairement les dispositions autour de l'avortement et le manque d'un décret d'application
3. La gestion des cas d'inceste et de viol dans les familles, les quartiers et les communautés ayant pour intention de protéger le nom de la famille au détriment de la santé et des droits des victimes-survivantes (et malgré les avancées institutionnelles autour de la question des violences basées sur le genre)
4. La forte stigmatisation des victimes-survivantes si elles dénoncent les cas des violences sexuelles, qui fonctionne comme un mécanisme de maintien de l'ordre établi pour faire taire aussi les autres victimes de violences sexuelles

Given these difficulties, unsafe abortion is sadly still the most accessible option for survivors who become pregnant as a result of rape or incest in Côte d'Ivoire currently.



Chercheuses au Togo

Togo

Ce chapitre s'ouvre sur l'histoire de Gislène, une jeune étudiante togolaise de 19 ans, confrontée aux multiples difficultés auxquelles font face les victimes de violences sexuelles. Vivant avec son oncle et sa tante à Lomé, elle raconte comment un garçon insistant l'a contrainte malgré sa réticence :

> « Il a dit que si je ne me laisse pas faire, il va utiliser la force. On a commencé par se débattre et comme il était plus fort que moi, il a pris le dessus et il m'a fait ça. C'était ma première fois. »

Ne pouvant rien dire à sa famille stricte, elle a finalement trouvé du soutien auprès d'une organisation étudiante qui l'a orientée vers des démarches médicales et judiciaires. À la police, un piège a permis d'arrêter le violeur, dont la famille a toutefois exercé une forte pression pour un règlement à l'amiable :

> « Sa famille pleurait et se mettait à genoux... si tu n'es pas assez forte mentalement, tu risques de retirer ta plainte. »

Condamné à six mois de prison, il a bénéficié d'une libération anticipée après que la juge, mutée, a encouragé Gislène à accepter un accord, malgré un processus lourd et coûteux pour elle. Elle a finalement négocié une indemnité de 500 000 FCFA et l'éloignement de la famille du violeur :

> « Elle venait tout le temps à la maison, me menaçant de mort, donc j'ai dit que je ne voulais plus les revoir. »

L'impact psychologique a profondément marqué Gislène :

> « J'avais très peur de rester seule, je n'allais plus régulièrement à la faculté de peur que quelqu'un me tue là-bas et on ne saura même pas. »

Sur le plan médical, elle a reçu un bon suivi, avec notamment un test VIH et un accompagnement psychologique de la part

de l'association qui l'a aidée à la suite du viol. À l'hôpital elle était informée de la possibilité de tomber enceinte, quelque chose qui l'inquiétait :

> « Vu que je n'étais pas vite allée à l'hôpital on ne m'avait pas remis de pilule du lendemain. Là j'ai commencé par réfléchir à comment j'allais faire si cela [une grossesse] arrivait. Parce que tout d'abord, je n'arrivais pas à accepter ce qui m'est arrivé, ensuite j'avais une forte pression de tous les côtés et aussi avoir maintenant quelqu'un [un bébé] qui devrait me rappeler à chaque fois cette situation, je ne pouvais pas. Même si j'arrive à mettre l'enfant au monde, je ne pouvais pas l'aimer. »

Gislène n'a pas été informée de la légalité d'un avortement, mais elle n'est heureusement pas tombée enceinte. Ensuite elle est tombée enceinte à la suite d'une deuxième expérience de violence sexuelle. En fait, son oncle l'a expulsée de la maison, la tenant en partie responsable de son expérience du premier viol car, en premier lieu selon lui, elle n'aurait jamais dû aller chez cet homme. Après avoir été expulsée par son oncle, accusée d'avoir provoqué le viol, elle a trouvé refuge chez un ami avec qui elle a vécu une relation non consentie, qui a débouché sur une grossesse non désirée. N'ayant pas dénoncé cette seconde violence, parce qu'elle n'était pas sûre qu'il s'agissait d'un véritable viol, puisqu'elle avait accepté de vivre avec l'homme qui l'avait ensuite violée, et parce qu'elle ne voulait pas qu'il ait des ennuis (puisqu'il l'avait aidée au début) elle finit par chercher un avortement clandestin. Nécessitant deux tentatives elle paye environ 100 000 FCFA. Malgré un sentiment de culpabilité religieuse, Gislène exprime clairement l'importance de l'accès légal à l'avortement après un viol :

> « Un enfant issu de viol doit être systématiquement avorté. Parce que si la victime n'est pas préparée mentalement et l'environnement ne la soutient pas aussi, si elle n'est pas forte mentalement, elle va être déprimé, et si dans la dépression un enfant survient c'est trop compliqué. Si elle a un environnement qui la comprend et la soutient, elle peut essayer de garder la grossesse. »

L'histoire de Gislène illustre les nombreuses difficultés auxquelles font face les victimes-survivantes de violences sexuelles au Togo. Parmi les obstacles majeurs, on retrouve : le manque de soutien familial pour dénoncer un viol, les menaces proférées par la famille de l'agresseur, et la pression judiciaire, souvent influencée par ces familles, pour régler les affaires à l'amiable. Gislène a aussi subi le rejet et même l'expulsion par ses proches, ainsi que des troubles psychologiques ayant lourdement affecté sa vie quotidienne. Sa seconde expérience de violence, cette fois au sein de son entourage proche, a compliqué encore davantage la situation, notamment en rendant difficile une nouvelle dénonciation. De plus, elle a rencontré un accès limité à un avortement sécurisé, ce qui l'a conduite à recourir à un avortement clandestin. Enfin, le risque de mener une grossesse liée à un viol, en pleine détresse psychologique, pose une menace supplémentaire sur le bien-être des victimes-survivantes.

Pour les victimes de viol ou d'inceste au Togo, la situation demeure complexe et la procédure d'accès à l'avortement sécurisé longue, compliquée et généralement irréalisable pour les victimes, comme montré dans ce chapitre.



Écarts dans l'accès à l'information

Il apparaît clairement que, selon certaines personnes interrogées dans différentes régions du pays, il existe une prise de conscience croissante, grâce aux campagnes de sensibilisation au niveau communautaire, de l'importance d'amener les victimes-survivantes dans un centre social ou sanitaire afin qu'elles puissent bénéficier de soins médicaux et psychologiques appropriés.

> « […] on préfère ne pas parler. Mais avec, moi je crois que la réaction actuelle des parents est liée à la campagne qui se fait autour des violences sexuelles, où on dit : "C'est un crime, il faut dénoncer parce que les survivants et les survivantes subissent après des troubles psychologiques graves." Ce qui amène beaucoup de parents à venir. Donc ils viennent juste dans l'optique, juste de voir si réellement, un c'est juste pour confirmer : est-ce que réellement il y a agression sexuelle ? Souvent c'est ça. Deux, prendre en charge. Mais la notion de portée plainte n'est pas vraiment prioritaire. Je pourrais dire qu'ici c'est une seule personne que j'ai vu qui était vraiment chaude à porter plainte. »
>
> **Assistante médicale, centre de santé privé, Lomé**

Dans certaines communautés musulmanes, les parents s'intéressent surtout à savoir si leur fille est encore vierge, afin de préserver sa valeur matrimoniale et prévenir les maladies sexuellement transmissibles. Cependant, en raison des nombreux obstacles sociaux au signalement des violences sexuelles, peu d'efforts sont faits au-delà de cela, comme illustré dans le cas de Gislène. Les lois sur l'accès à l'avortement sécurisé restent largement méconnues au sein des communautés, ce qui incite à renforcer la sensibilisation des filles, des femmes et de la société en général. Une survivante de 18 ans victime d'exploitation sexuelle depuis ses 16 ans témoigne : « Moi, je ne savais pas que lorsqu'on est victime de viol, la loi autorise un avortement. Pour moi, c'était interdit, c'est pour ça que je voulais le faire clandestinement. » Elle a finalement subi un avortement clandestin à sept mois de grossesse, avec l'aide de ses parents.

Barrières sociales et culturelles comme obstacles pour avoir accès à des services et à des droits en temps opportun

Plusieurs obstacles socioculturels ont été identifiés qui empêchent le signalement des violences sexuelles au Togo. Nous nous concentrons ici sur quatre thèmes récurrents dans nos données, notamment :

1. Parler de sexe avec ses parents comme tabou insurmontable ;
2. La culpabilisation des victimes,
3. Violences physiques à l'encontre des victimes-survivantes
4. Préférence pour le règlement des problèmes au sein de la famille.

Parler de sexe avec ses parents comme tabou insurmontable

Tout d'abord, un tabou culturel existe autour des échanges entre parents et enfants concernant les questions liées à la sexualité. Cette impossibilité de communiquer peut-être un obstacle crucial pour entamer le processus de recherche de soins et toutes les autres étapes nécessaires. Comme l'explique Gislène lorsqu'elle réfléchit à la question des violences sexuelles dans la communauté :



« Ce n'est pas tout le monde qui peut le dire comme ça, c'est-à-dire être ouverte à raconter comment les choses se sont passées sur le coup. [...] Si tu es une personne qui n'est pas forte mentalement, tu peux ne pas vouloir parler de ça que ça soit à la famille ou à des connaissances parce que chez nous on est en Afrique, on ne nous parle du sexe, tu n'as pas le droit d'appeler le nom de certaines choses devant les parents ni de poser certaines questions. Maintenant, quand même tu es un adolescent, au lieu qu'on nous conseille qu'on nous dise qu'on ne fait telle ou telle chose, non on ne nous dit rien, maintenant c'est toi qui vas aller vers eux pour dire que « quelqu'un m'a touché ? Non ce n'est pas possible. On n'a pas le droit à pouvoir discuter de certaines choses. »

Gislène, survivante, 22 ans, Lomé

Ce témoignage met en évidence une barrière socio-culturelle nouvelle, qui n'avait pas été identifiée dans l'analyse des données des quatre autres pays (sans pour autant exclure qu'elle puisse y exister). Cet obstacle explique en partie pourquoi de nombreuses filles et jeunes femmes ne signalent pas immédiatement les faits. Le plus souvent, ce n'est qu'à la confirmation de la grossesse que les parents en sont informés. Faute de dialogue avec leurs parents, ces adolescentes et jeunes femmes se tournent alors davantage vers leurs pairs pour demander de l'aide, en grande partie à cause du tabou et de la crainte d'être jugées. Cette situation restreint leur accès à l'information sur les démarches judiciaires et les risques médicaux liés à la violence sexuelle. D'autres facteurs viennent aussi renforcer les difficultés d'accès aux soins et à la justice.

« La cause est toujours tournée vers la fille. »

Culpabilisation des victimes

Au Togo, l'un des principaux obstacles réside dans la tendance à tenir les filles et les jeunes femmes responsables des violences qu'elles subissent. Cette culpabilisation engendre un profond doute chez les victimes-survivantes et les décourage de dénoncer les faits : si leurs proches ne les soutiennent pas, comment espérer un accueil favorable des autorités ? Une assistante médicale témoigne que, plutôt que de recevoir du soutien, les victimes-survivantes sont souvent abandonnées, accusées à tort et privées d'aide.

> « […] ils vont te dire « tu cherchais quoi là-bas ?» « Qui t'a appelé là-bas ? » « Si tu n'es pas allée, quoi que quoi. » Donc il y a toujours, la cause est toujours tournée vers la fille. Et donc, quand c'est comme ça, on ne veut plus continuer la procédure comme s'il faut tout faire pour lui faire justice. Non, parce qu'on trouve que c'est elle.»
>
> **Assistante médicale, centre de santé privé, Lomé, Togo**

Et effectivement cette dynamique peut être rencontrée également au niveau des autorités :

> « L'officier de police m'a dit que j'étais en partie responsable de ce qui m'est arrivé parce que je me suis rendue volontairement à la fête. »
>
> **Survivante de 18 ans au moment des faits, Lomé**

Un autre défi majeur réside dans le préjugé très répandu selon lequel la relation déclarée comme violente n'est qu'un rapport sexuel normal :

> « Il est plus facile de croire à un viol lorsqu'il s'agit d'une mineure, elle est encore innocente. Mais lorsqu'elle grandit, une adolescente ou une jeune [femme] comme ça, on se dit que c'était juste un rapport sexuel normal. »
>
> **Survivante de 18 ans au moment des faits Lomé**

Cet exemple illustre comment le profil de la victime-survivante influence la perception de sa crédibilité. Cette considération est culturellement acceptée et peut se lire dans les comportements des proches et des prestataires de services.

Violences physiques à l'encontre des victimes-survivantes

La culpabilisation de la victime ne reste pas seulement quelque chose de verbal. Dans certains cas, cela peut se transformer en agression violente de la part des parents contre la survivante, comme le montre ce témoignage :

> « Bien que la fille dise être victime d'agression sexuelle, les parents n'étaient pas convaincus. […] les parents ne cessèrent de clamer que la fille est partie restée chez son copain, bastonnant et criant sur la victime. Des cris ont alerté l'entourage, les colocataires et voisinage étaient rapidement au courant de l'histoire de la victime. »
>
> **Notes d'échange informel avec la sœur d'une victime de 14 ans, Lomé**

Une autre victime-survivante a raconté qu'à l'âge de 12-13 ans, elle avait été battue par sa mère lorsqu'elle lui avait révélé avoir échappé de justesse à une agression sexuelle perpétrée par un camarade de classe. Cette expérience lui a laissé un message clair : elle ne pouvait pas parler librement de ce genre de situation avec sa mère. Plus tard, lorsqu'elle a été violée à plusieurs reprises et exploitée sexuellement pendant deux ans, elle savait qu'elle ne pourrait pas compter sur le soutien maternel. « […] alors, lorsque j'ai été menacée, j'ai eu très peur de lui en parler. » Ignorant que l'avortement était légal après un viol, elle a finalement eu recours à un avortement non sécurisé.

> « Il est plus facile de croire à un viol lorsqu'il s'agit d'une mineure, elle est encore innocente. Mais lorsqu'elle grandit, une adolescente ou une jeune [femme] comme ça, on se dit que c'était juste un rapport sexuel normal. »



Jeune chercheuse au Togo

Préférence pour le règlement des problèmes au sein de la famille

Pour protéger la réputation d'une fille et ses chances de se marier en tant que vierge présumée, pour protéger la famille contre la stigmatisation et pour éviter les conflits au sein des familles ou avec les membres du village ou des quartiers, de nombreux cas d'inceste et de violence sexuelle sont résolus au sein des familles, au lieu de les amener à la police selon nos données.

> « […] vous voyez nos communautés ont un système. Ça peut arriver. Et si c'est dans la famille, ils vont protéger. Ça ne va pas sortir. Parce que parfois les gens pensent que c'est une humiliation pour d'abord la victime, c'est une humiliation pour la famille. Et très vite, il y a aussi la famille de celui qui a commis le forfait qui très vite commence par négocier donc ces affaires ne sortent pas. »
>
> **Directeur d'école dans la région de Savannes**

Pour comprendre les considérations qui sont à la source de cette idée de protection, le même témoin du Nord du pays explique :

> « Donc on pense qu'en faisant ça, on aurait protégé l'enfant. Donc il y a de ces cas-là. Il faut comprendre que la religion est venue à être tellement ancrée que pour se marier, la femme doit être vierge elle ne doit pas connaître le garçon. C'est comme ça dans le Coran. La femme ne doit pas avoir de relation sexuelle jusqu'à son mariage. Donc ceux qui sont vraiment dans la religion sont dans cette logique. »
>
> **Directeur d'école dans la région de Savannes**

Le même informateur précise que ce sont les parents plus éduqués et ceux qui sont très religieux (musulmans) qui sont plus susceptibles d'engager une action en justice après des violences sexuelles, que la majorité des gens dans sa région.

Les adolescentes et les filles particulièrement vulnérables à la violence sexuelle

Les plus vulnérables, selon nos données, à la violence sexuelle et aux avortements non sécurisés sont les orphelines, les aides ménagères, les filles et les femmes handicapées, les femmes déplacées à l'intérieur du pays et les réfugiées.

« Bien sûr, bien sûr, parce qu'on a beaucoup de déplacés. On a beaucoup de déplacés et certains profitent de la situation, de la vulnérabilité de ces déplacés-là. Parfois, la femme est obligée d'accepter ce qu'elle ne voulait pas, peut-être c'est le maisonier qui se lève, qui quitte sa chambre, qui va dans la chambre où se trouve la dame, la pauvre dame qui a fui parce qu'on a déjà tué son mari, elle est venue rester avec ses enfants. « Si tu ne me donnes pas le sexe, tu quittes ma maison ». Alors qu'elle a déjà trouvé refuge. Elle est obligée. »

Représentante d'une ONG femmes, région Savanes

« Les femmes porteuses d'un handicap, les aides ménagères et les orphelines sont les plus vulnérables dans cette affaire. Chez elles, le signalement n'est pas une option. Qui peut te croire?"

Représentante d'une organisation de prise en charge des victimes de violences basées sur le genre, Lomé

Cette vulnérabilité prive souvent ces victimes de tout choix en termes de signalement et de demande de soutien.

Résultats pour les victimes-survivantes

Nous 8 histoires des victimes-survivantes était documenté. Toutes étaient des victimes-survivantes de viol dont 5 sont tombées enceintes : parmi ces dernières, trois ont effectué un avortement clandestin (dont une à sept mois de grossesse), une a eu accès à un avortement sécurisé dans un pays voisin avec le soutien d'une organisation, et l'autre a donné naissance à une fille. Celle-ci explique les conséquences néfastes de son viol : « *Aujourd'hui ma fille a sept ans, mais à chaque fois que je la vois, elle me rappelle l'horreur que mon oncle m'a fait subir. Ah ça fait toujours mal* ».

« Aujourd'hui ma fille a sept ans, mais à chaque fois que je la vois, elle me rappelle l'horreur que mon oncle m'a fait subir. Ah ça fait toujours mal. »

Facteurs explicatifs : lacunes au niveau des politiques et des systèmes

Les témoignages recueillis illustrent bien l'ampleur des défis rencontrés au Togo : même si la loi autorise l'avortement, son application reste largement déconnectée de la réalité vécue par les victimes-survivantes de viol ou d'inceste. Deux facteurs majeurs expliquent cette situation : d'une part, la méconnaissance de la loi et son manque d'application par les autorités, d'autre part, des normes sociales et culturelles profondément ancrées qui entravent le signalement des violences et encouragent des solutions de compromis au sein des familles. Pour celles qui osent pourtant demander de l'aide, de nombreux autres obstacles se dressent encore. Cette section analyse ces barrières, en s'appuyant sur des données issues d'entretiens avec des parties prenantes à différents niveaux, ainsi que sur les facteurs explicatifs liés aux politiques, aux systèmes et aux organisations chargées de la mise en œuvre.

Au niveau de l'administration togolaise, nous observons une absence de pouvoir ou un manque de volonté pour assurer l'opérationnalisation d'une politique d'avortement sécurisé. Contrairement à d'autres contextes, aucun programme gouvernemental spécifique n'a été documenté pour traduire l'intention politique de la loi Santé Reproductive de 2007 en actions concrètes. Un participant ayant contribué à l'élaboration de cette loi révèle cette lacune institutionnelle :

> « Depuis la promulgation de la loi SR en 2007, des activités de plaidoyer seraient entreprises sans succès pour la rédaction des textes d'applications devant donner les directives aux personnels de santé et autres acteurs sur quand et comment offrir les services d'avortement tout en respectant le cadre légal en vigueur »
>
> **Informateur clé, ayant participé à l'élaboration de la loi Santé Reproductive, Lomé**

Cette analyse met en évidence l'absence d'un mécanisme administratif structuré pour l'opérationnalisation de la politique, 18 ans après le vote de la loi Santé Reproductive créant un vide institutionnel significatif.

Faute d'un programme spécifiquement dédié à l'accès à l'avortement sécurisé et légal, aucun financement public n'est actuellement alloué à sa mise en œuvre au Togo. Toutefois, depuis 2018, un programme national de soins après avortement a été instauré, définissant l'ensemble des services offerts aux femmes ayant fait une fausse couche ou subi un avortement provoqué. Ce dispositif mobilise des ressources humaines – avec des prestataires formés, des missions de supervision et des ateliers de mise à jour réguliers – ainsi que des ressources matérielles, incluant médicaments et équipements nécessaires aux interventions chirurgicales. Même dans la région des Savanes, en proie à une crise sécuritaire liée aux incursions de groupes armés, les centres de santé continuent d'être approvisionnés régulièrement.

> « Nous avons reçu un grand nombre de kits... on parle de dispositif minimum d'urgence. Cela contient tout ce dont on a besoin pour prendre en charge un avortement incomplet. Ce sont ces kits qui nous permettent de prendre en charge des filles qui font des avortements clandestins et après arrivent à l'hôpital pour que l'on puisse terminer leur travail. »
>
> **Prestataire de santé, établissement public dans la région des Savanes**

L'ironie est que, particulièrement dans un contexte de conflit et de déplacement où la violence sexuelle est omniprésente, les filles et femmes doivent souvent d'abord subir un avortement dangereux avant d'avoir accès à des soins encadrés par les pouvoirs publics.

Une avancée positive est que, depuis septembre 2024, le Togo dispose d'un protocole national de prise en charge holistique des victimes de violences basées sur le genre, qui propose un ensemble de services incluant les violences sexuelles. Toutefois, ce protocole ne mentionne pas les soins d'avortement sécurisé pour les grossesses résultant d'un viol ou d'un inceste, se limitant uniquement au suivi de la grossesse jusqu'à l'accouchement. Le témoignage d'une informatrice clé, ayant participé à l'élaboration de ce protocole, souligne une nouvelle fois la difficulté à obtenir un consensus sur cette question sensible au Togo :



« Lorsque nous avons proposé l'intégration des services d'avortement sécurisé au protocole national de prise en charge holistique des victimes de violences basés sur le genre, cela a créé un véritable bouleversement. L'assistance n'était pas d'accord car il s'agit d'un sujet sensible. S'il faut offrir un avortement sécurisé à une victime de viol, il faut que la décision vienne d'en haut, des premières autorités du pays. »

Médecin gynécologue du secteur privé, Lomé

Le manque de politiques claires et dédiées aux soins d'avortement complet et légal se traduit également par une carence en ressources informationnelles officielles pour les professionnels de santé concernant l'interruption volontaire de grossesse légale. Contrairement aux soins après avortement qui disposent de protocoles établis depuis 2018, aucun guide opérationnel, aucun protocole clinique ou aucune directive administrative n'existe pour l'interruption volontaire de grossesse selon les conditions légales de la loi Santé Reproductive. Cette absence génère une incertitude procédurale chez les prestataires. Un gynécologue témoigne de cette lacune :

« Nous n'avons pas un protocole à suivre, ni un document officiel comme sur les soins après avortement. Lorsque nous recevons les cas, on le partage dans le collège des gynécologues. Humm, on va juste te dire que la loi n'autorise pas donc n'offre pas les services... »

Gynécologue, Lomé

Cette situation contraint les professionnels à des consultations informelles entre pairs qui préfèrent en général de ne pas se brûler les mains à cette question.

La diffusion d'informations publiques relatives à l'interruption volontaire de grossesse légale fait face à des contraintes administratives et sociales importantes - l'article 38 de la loi Santé Reproductive exige un agrément préalable de « l'autorité publique compétente » pour toute « propagande anticonceptionnelle », mais aucun mécanisme clair n'existe pour obtenir cet agrément concernant l'interruption volontaire de grossesse légale, créant une incertitude juridique générant une autocensure structurelle. Cette contrainte légale génère une autocensure chez les intervenants sur le terrain. Une militante explique ces restrictions :

> « Tu peux faire ta sensibilisation sur les violences sexuelles mais dans l'ensemble des services disponibles, tu ne peux pas te permettre de parler de l'avortement, l'on dira que tu es en train de faire la propagande de l'avortement »
>
> **Activiste, Lomé, Togo**

Les médias subissent également ces contraintes informationnelles. Une journaliste confirme cette dynamique :

> « J'ai assuré la couverture d'un atelier d'évaluation de l'écosystème de l'avortement au Togo et j'ai partagé l'article dans un groupe. Et tenez-vous [bien], j'ai été traité de tous les noms par la communauté et par mes collègues »
>
> **Journaliste, Lomé, Togo**

Cette réaction sociale illustre les obstacles systémiques à la diffusion des ressources informationnelles légales.

Paradoxalement, les données révèlent la circulation d'informations sur l'avortement clandestin comme dans de nombreux contextes où l'avortement légal est inaccessible. Une étudiante relate : *« Avec 10 comprimés de nivaquine, une grande bouteille de Guinness ou encore du Sédaspire à 75f, l'avortement passe sans bruit »* (Étudiante, Lomé). Cette asymétrie informationnelle illustre l'échec de l'administration à diffuser les ressources légales tout en laissant proliférer les informations dangereuses.

Face à cette lacune, les organisations de la société civile développent des ressources d'information alternatives sur les réseaux sociaux pour s'assurer que les jeunes disposent d'informations adéquates. La société civile tente également de faire pression pour des directives appropriées et la protection du personnel médical. Un gynécologue au niveau de Lomé témoigne de ce rôle de suppléance : *« Nous participons à beaucoup d'ateliers pour réfléchir à la manière d'accélérer la mise en œuvre effective des textes d'application de la loi sur la Santé Reproductive, afin de nous protéger dans l'exercice de nos fonctions. »* (Gynécologue, Lomé). Ces initiatives révèlent une mobilisation informelle visant à pallier le vide administratif, mais selon une logique de substitution plutôt que de complémentarité systémique.



Facteurs explicatifs : Écarts au niveau des politiques et des systèmes

Des services fragmentés

Face au vide institutionnel gouvernemental, les données collectées révèlent l'émergence d'intervenants de substitution, principalement des organisations de la société civile qui assument de facto des responsabilités qui relèveraient normalement de l'administration publique. Néanmoins, ces intervenants de substitution sont confrontés aux mêmes obstacles administratifs que le secteur public. Une responsable d'organisation militante explique cette suppléance :

> « Oui on dit que la loi autorise l'avortement en cas de viol et d'inceste également mais dans la pratique, dîtes-moi où on passe pour bénéficier de ce service. Depuis que nous sommes dans l'accompagnement des victimes, ils nous font marcher de service en service, de paperasse en paperasse et finalement aucune autorisation n'est accordée »
>
> **Informatrice clé a une organisation non-gouvernementale, Lomé, Togo**

Cette situation met en lumière une délégation informelle de responsabilités administratives à des acteurs extra-publiques qui, par exemple, gèrent des plateformes en ligne offrant



aux adolescentes un accès confidentiel à l'information, des réponses à leurs questions et une orientation adaptée. Certains vont même jusqu'à aider les victimes-survivantes à traverser la frontière vers le Bénin pour obtenir des avortements sécurisés et légaux comme nous l'avons documenté pour une des victimes-survivantes. Cependant, le secteur des ONG présente une forte polarisation : certaines organisations adoptent une position conservatrice, refusant explicitement de communiquer sur l'avortement, accompagnant uniquement jusqu'à l'accouchement bien que l'interruption légale soit permise depuis 2007. Comme l'admet un responsable : « *Nous, on ne peut pas parler d'avortement à une femme. L'avortement est interdit au Togo.* » (Entretien, responsable d'une organisation de la société civile, Togo), ce qui crée un grave déficit informationnel et limite l'accès aux droits des victimes. Dans les centres confessionnels, l'accompagnement est conditionné au maintien de la grossesse, selon une assistante sociale : « *La seule option valable est d'aller jusqu'à l'accouchement pour bénéficier du soutien du centre* » (Assistante sociale centre confessionnel, Lomé). Cette approche transforme la poursuite de la grossesse en conditionnalité de l'accompagnement.

Par ailleurs, le Togo dispose de centres publics dédiés à la prise en charge holistique des violences basées sur le genre, mais leur capacité opérationnelle reste limitée. Un responsable témoigne : « Nous n'avons ni prestataire de soins ni agent de police sur place ; il faut orienter vers d'autres services pour assurer la continuité des soins. » Cette fragmentation des services illustre l'absence d'une approche intégrée et cohérente dans l'allocation des ressources humaines et génère ce que les données décrivent comme une "promenade institutionnelle" pour les victimes.

Les dysfonctionnements temporels se manifestent particulièrement dans le traitement des demandes individuelles au niveau de la justice. Un procureur révèle cette temporalité défaillante : « *Il n'existe pas une procédure officielle. Depuis que j'exerce, je n'ai jamais reçu un cas de demande d'interruption de grossesse chez une fille victime de viol* » (Procureur, région de Savannes). Une assistante sociale documente les délais inadéquats observés :

> « Dans le protocole national de prise en charge des victimes de VBG que nous utilisons ici, la conduite à tenir lorsque la fille tombe enceinte n'est pas mentionnée. Nous ne connaissons pas la procédure à suivre, nous n'avons reçu aucune formation, donc quand ça arrive, on informe l'officier de police judiciaire et on attend l'autorisation du procureur… Sur trois demandes déjà effectuées, nous n'avons reçu aucune réponse et certaines filles ont dû garder la grossesse et d'autres ont trouvé d'au très moyens pas sûrs d'évacuer la grossesse. »
>
> **Informateur clé d'un centre de prise en charge des victimes de victimes de violences basées sur le genre dans la région maritime**

La temporalité inadéquate dans le fonctionnement des structures chargées de traiter les dossiers des victimes transforme un droit légal en une impossibilité pratique, car les délais administratifs ne s'adaptent pas au déroulement d'une grossesse.

Dans la pratique quotidienne des institutions locales, l'application de la loi varie considérablement et certaines structures refusent même d'en respecter les dispositions. Celles qui tentent de mettre en œuvre le cadre juridique destiné à protéger les victimes-survivantes se retrouvent souvent confrontées à des obstacles majeurs, en particulier dans un contexte marqué par des incertitudes procédurales. Ce climat d'ambiguïté et de résistance se traduit par un accès limité aux droits garantis par la loi pour les adolescentes et les femmes enceintes à la suite de violences sexuelles.

Conclusion

Au Togo l'accès à un avortement sécurisé et légal pour les victimes-survivantes de violences sexuelles y est quasiment inexistant. L'analyse des expériences vécues par ces victimes-survivantes met en lumière de nombreux obstacles – sociaux, culturels, administratifs et informationnels – qui freinent dans un premier temps le signalement des violences. Cela conduit parfois à des avortements non sécurisés. Même celles qui, avec courage, dénoncent les faits auprès des centres de santé ou des autorités policières font face, d'après notre recherche, à une multitude de difficultés pour bénéficier du continuum de soins prévu par la loi. À chaque étape, de nombreux freins subsistent, principalement dus à l'absence de directives claires pour les acteurs chargés de la mise en œuvre, un vide lié à la stagnation du processus politique de traduction des lois en politiques concrètes. Cette lacune crée une grande incertitude parmi les professionnels, tandis que la diffusion de l'information est elle-même limitée par des restrictions juridiques ambiguës. Une impasse structurelle et majeure s'installe donc, comme observé également dans d'autres contextes étudiés.

Les plus grandes difficultés à résoudre, identifiées sur la base de nos données concernant la Togo, sont les :

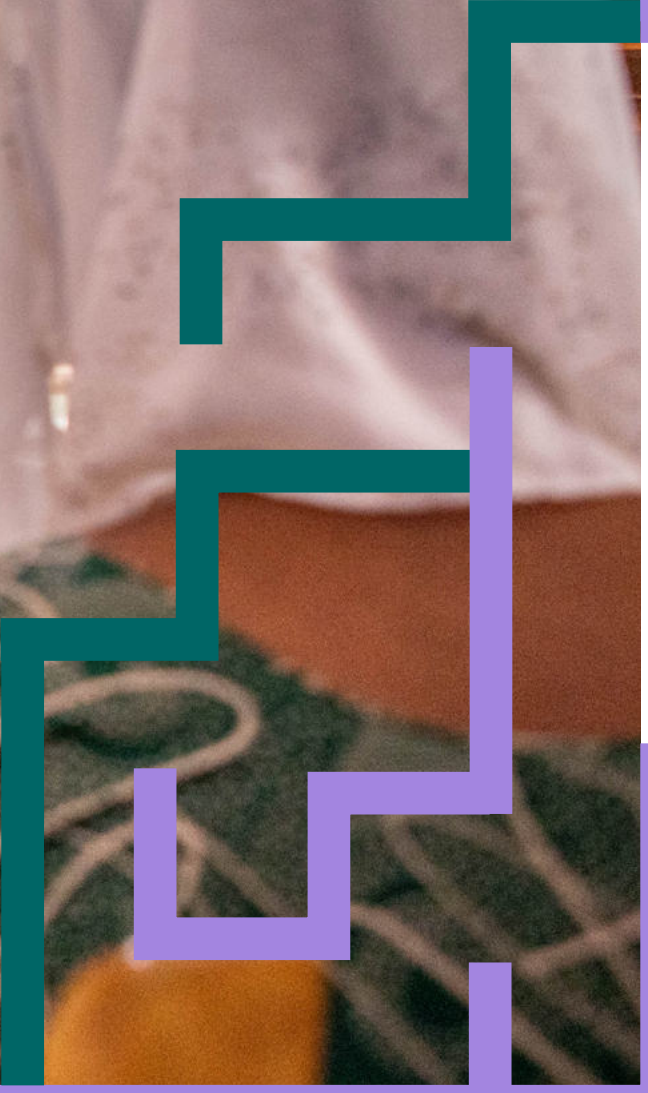
1. L'absence des textes d'application de la loi Santé Reproductive de 2007 ;
2. Le manque d'alignement des protocoles de prise en charge des violences basées sur le genre ;
3. La gestion des cas d'inceste et de viol dans les familles ayant pour intention de protéger la réputation de la famille au détriment de la santé et des droits des victimes-survivantes ;
4. La forte culpabilisation des victimes-survivantes si elles dénoncent les cas des violences sexuelles, ce qui fonctionne comme un mécanisme pour faire taire aussi les autres victimes de violences sexuelles et pour les décourager d'entreprendre toute démarche.

Face à toutes ces difficultés, l'avortement non sécurisé reste l'option la plus accessible pour les victimes-survivantes enceintes par suite d'un viol ou d'un inceste. Lorsqu'elles recourent à cette option, elles risquent de ne pas bénéficier des soins médicaux et psychologiques nécessaires, et les agresseurs resteront impunis.





Discussion : Comment les mécanismes d'exclusion nient le droit à l'avortement sécurisé



Cette recherche a mis en évidence les conditions d'accès aux soins d'avortement sécurisé et légal pour les victimes-survivantes de violences sexuelles (viol ou inceste) qui tombent enceintes à la suite de ces violences et les obstacles auxquels elles se sont heurtées dans cinq pays africains, le Bénin, le Burkina-Faso, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, et le Togo.

En termes des résultats, l'analyse comparative adaptée dans cette étude révèle que l'accès à l'avortement sécurisé pour les victimes-survivantes de violences sexuelles ne dépend pas uniquement de l'existence de cadres juridiques favorables. Il repose plutôt sur un système complexe marqué par quatre mécanismes d'exclusion interconnectés : le report de la redevabilité de la part de la plupart des états concernés (sauf le Bénin), une complexité procédurale, le manque d'information et des mécanismes de contrôle patriarcal. Ensemble, ces mécanismes combinés transforment systématiquement les droits légalement reconnus en privilèges inaccessibles pour la majorité des victimes-survivantes.

Report de la redevabilité et de la responsabilité de l'État

Le premier mécanisme d'exclusion met en lumière des stratégies d'évitement politique. Entre 2005 et 2012, les cinq pays concernés ont tous signé et ratifié le Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique, dit Protocole de Maputo. Son article 14(2)(c) engage les États parties à protéger les droits reproductifs des femmes, notamment par l'autorisation de l'avortement sécurisé en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste, ainsi que lorsque la poursuite de la grossesse menace la santé mentale ou physique de la mère, sa vie ou celle du fœtus.

Cependant, dans la plupart des pays, la réforme des législations nationales pour se conformer à ce cadre légal, spécifiquement à l'article 14.2.c, a été lente et demeure inachevée. À ce jour, seul le Bénin respecte pleinement ce Protocole et va même au-delà : il a ainsi instauré des motifs supplémentaires, tels que la détresse matérielle, éducative, professionnelle ou morale, pour accéder légalement à l'avortement. Les lois du Burkina Faso sont largement alignées avec le Protocole, à l'exception de l'absence explicite de la santé mentale comme motif d'avortement. De même, le Togo a adopté des conditions similaires à celles du Burkina Faso dans sa loi sur la santé reproductive de 2007, sauf pour le diagnostic prénatal.

En Côte d'Ivoire, par exemple, 15 ans après la ratification du Protocole, le Code pénal n'a intégré la reconnaissance du viol comme motif d'avortement qu'en 2019, puis, en 2024, a introduit l'inceste comme motif légal ainsi que la prise en compte de la santé mentale et physique de la mère. Toutefois, le pays ne se conforme pas entièrement au Protocole, puisque le Code pénal ne reconnaît pas explicitement le risque posé par la grossesse sur la vie du fœtus comme motif d'avortement légitime. À ce jour, c'est le Cameroun qui présente l'écart le plus marqué entre sa législation nationale et l'article 14(2)(c) du Protocole de Maputo, puisqu'il limite l'avortement thérapeutique aux seuls cas où la vie de la mère est en danger ou en cas de viol.



Cette forme d'évitement illustre ce que les chercheurs qualifient de « découplage » : des lois ou politiques peuvent être adoptées sans être réellement mises en œuvre ni efficaces[24]. Leur adoption crée une légitimité apparente, tout en permettant aux États de reporter à plus tard les coûts politiques et économiques liés à leur application concrète. Cela s'explique notamment par le manque de soutien au niveau local ou par l'absence de priorités clairement définies. D'autres études confirment que l'adoption de normes internationales en matière de droits humains peut, paradoxalement, servir à légitimer le non-respect de ces droits, en créant une façade de conformité sans changement réel[25].

Dans le contexte géopolitique des régions étudiées, cette stratégie d'évitement s'inscrit dans des relations de dépendance à l'aide internationale, ce qui engendre des incitations perverses. Ainsi, les États maximisent les bénéfices – légitimité et financements – tout en minimisant les coûts politiques liés à la confrontation aux résistances locales, par cette stratégie de découplage. La faiblesse des mécanismes de redevabilité démocratique dans plusieurs pays de la région facilite par ailleurs cette dynamique en réduisant les pressions internes pour une mise en œuvre effective.

Du côté positif, les analyses récentes et les développements en cours présentés dans cette étude montrent que les efforts de plaidoyer organisés par les organisations de la société civile – actives dans le domaine des droits et santé sexuels et reproductifs, de la santé maternelle et des droits des femmes – ainsi que les organisations professionnelles (gynécologues, sages-



Le report de la redevabilité vis-à-vis des engagements internationaux pris entre 2005 et 2012 empêche les victimes survivantes d'exercer leurs droits.

femmes) ont tendance à jouer un rôle majeur dans la responsabilisation des États quant à la domestication du protocole de Maputo[26]. Même si ces efforts prennent du temps à porter leurs fruits – d'autant que le protocole de Maputo a déjà 22 ans - ils ont déjà un impact concret pour les victimes-survivantes. Par exemple, ces acteurs contribuent à l'élaboration des directives cliniques et des voies d'orientation pour un avortement sécurisé, comme l'ont révélé les données.

Cependant, toutes les données obtenues pendant cette recherche montrent que les différents gouvernements nationaux doivent encore accomplir beaucoup pour assurer l'application effective de l'article 14, paragraphe 2, point c), du protocole de Maputo. Sans une intervention publique déterminée, les victimes-survivantes demeurent tributaires d'un accès fragmenté et inégal à leurs droits. De plus, l'absence de financements adéquats couvrant la formation des acteurs concernés, la fourniture des matériels nécessaires et les campagnes d'information ciblées condamne particulièrement les filles et femmes les plus vulnérables à recourir à des pratiques dangereuses.

En conclusion, le fait de retarder la redevabilité par rapport aux engagements internationaux pris depuis 2005-2012 empêche les victimes-survivantes d'accéder à leurs droits.

La complexité procédurale : un parcours épuisant



Le deuxième mécanisme d'exclusion tient à l'extrême complexité des démarches administratives et judiciaires, qui transforment l'accès aux droits en un véritable parcours d'épuisement, souvent insurmontable. Comme l'illustrent les cas du Cameroun et du Burkina Faso, où l'avortement légal est théoriquement prévu pour les victimes-survivantes de viol, celles-ci y ont rarement accès dans la pratique en raison de processus excessivement lourds et prolongés[27,28]. C'est ce qui amène beaucoup d'entre elles à avoir recours à un avortement non sécurisé.

À chaque étape de la chaîne de services attendue : accès à l'information, signalement, examen médical, soutien psychosocial, enquête, autorisation judiciaire et prise en charge médicale, la victime-survivante se heurte à des obstacles majeurs.

L'un des obstacles les plus critiques réside dans le décalage entre les délais biologiques imposés par la grossesse et ceux de la procédure administrative. Ainsi, au Burkina Faso, la limite légale pour un avortement après un viol ou un inceste est fixée à 14 semaines de grossesse, au-delà de laquelle l'intervention n'est plus autorisée. Or, les procédures judiciaires dépassent presque toujours ce délai. Au Cameroun, où la limite est de 28 semaines, les réponses judiciaires interviennent fréquemment bien après, entre 32 et 35 semaines, voire jamais, ce qui rend quasi impossible l'obtention d'une autorisation légale.

À cela s'ajoutent le manque d'information, l'absence de procédures claires, la fragmentation institutionnelle et la mauvaise coordination entre services de police, de santé, de justice et d'action sociale. Les victimes-survivantes sont contraintes de circuler entre administrations, de réitérer leur récit traumatique à chaque étape, ce qui provoque une re-victimisation et décourage la poursuite du processus légal. Enfin, la lourdeur de l'héritage administratif colonial, marquée par la centralisation et la surcharge des systèmes judiciaires, transforme ces délais procéduraux en obstacles structurels persistants qui vident les droits de toute portée concrète.

Néanmoins, plusieurs pays africains (parmi eux, la République démocratique du Congo (RDC), l'Éthiopie et le Bénin) proposent des approches innovantes pour rendre les procédures d'accès à l'avortement plus accessibles aux victimes-survivantes[29,30,31] . En RDC et en Éthiopie, la preuve judiciaire du viol ou de l'inceste n'est pas exigée pour que les victimes-survivantes puissent bénéficier de soins d'avortement sécurisé et légal : leur simple témoignage suffit. Ces initiatives quoi méritent d'être saluées permettent de lever le fardeau de la preuve qui pèse sur les femmes et d'accroître ainsi considérablement leurs chances de recevoir en temps utile des soins d'avortement sécurisés[32].

Une autre solution prometteuse pour les victimes-survivantes pourrait s'inspirer de l'amendement de la loi sur la santé reproductive au Bénin en 2021. Selon l'article 17.2 de cette loi, l'interruption volontaire de grossesse peut désormais être pratiquée à la demande de la femme enceinte lorsque la grossesse est susceptible d'aggraver



ou de provoquer une situation de détresse matérielle, éducative, professionnelle ou morale, incompatible avec son intérêt personnel ou celui de l'enfant à naître. Le concept de « détresse morale » trouve une résonance particulière dans les cas de viol et d'inceste, car la mère est très susceptible de subir un stress important et de développer des troubles psychologiques capables d'affecter significativement sa vie ainsi que celle de son enfant si la grossesse se poursuit. Les démarches pour accéder à un avortement sur ces motifs sont simplifiées et plusieurs victimes-survivantes de viol au Bénin ont déjà eu recours à cette disposition pour obtenir un avortement sécurisé et légal après une agression sexuelle ou un inceste.

Bien que la dissociation des formalités juridiques des procédures médicales puisse offrir une approche plus équitable pour les victimes-survivantes de violences sexuelles, cette solution présente néanmoins trois inconvénients potentiels :

- Elle ne garantit pas automatiquement le dépistage des infections sexuellement transmissibles ni l'accès à un accompagnement social et psychologique adapté, surtout si la survivante ne révèle pas explicitement l'origine de sa détresse.
- Au Bénin, par exemple, le délai légal de 12 semaines reste un obstacle majeur, car de nombreuses adolescentes découvrent leur grossesse tardivement ou hésitent à demander de l'aide par peur ou honte.
- Enfin, le fait de ne pas exiger de procédure judiciaire peut accroître l'impunité des auteurs et la persistance des violences, puisque ces situations ne sont pas systématiquement portées devant la justice.

Malgré ces inconvénients, soulignons toutefois que, dans le contexte actuel des pays étudiés – où la majorité des cas de viol et d'inceste n'aboutissent pas devant la justice ou donnent lieu à des procédures longues et coûteuses – la reconnaissance de la « détresse morale » constitue pour les victimes-survivantes une possibilité essentielle d'obtenir réparation[33].

Le manque d'information : barrière commune à tous les pays

Le troisième mécanisme d'exclusion concerne l'accès limité, incorrect ou fragmentaire à l'information, ce qui entrave l'exercice des droits reproductifs à chaque étape du parcours de soins. Privées de connaissances sur les lois protégeant les victimes de violences sexuelles et sur l'avortement sécurisé et légal, les survivantes, mais aussi leurs proches, ne peuvent faire valoir leurs droits. Ce déficit informationnel conduit souvent à des choix dangereux, comme le recours à des avortements non sécurisés[34], une maternité subie ou même des mariages forcés.

Le manque d'information touche autant les soins post-viol, les soins d'avortement que les procédures juridiques. Quelques pays, comme la Côte d'Ivoire et le Bénin, progressent en matière de sensibilisation, mais beaucoup d'acteurs impliqués restent mal informés ou peu enclins à référer les victimes vers l'interruption de grossesse légal, en raison d'un manque d'alignement entre les lois et politiques sur la violence sexuelle et celles sur l'avortement[35].

Les obstacles liés à l'information sur l'avortement s'expliquent par plusieurs facteurs. D'une part, des lacunes généralisées en matière de connaissances sur les lois relatives à l'avortement sont observées à travers l'Afrique[36],[37],[38], même dans les pays où l'avortement est légal pour de nombreux motifs[39]. Ces déficits trouvent leur origine dans les faiblesses des écosystèmes d'information, la fracture numérique, l'analphabétisme légal, ainsi qu'un manque d'investissement et de volonté politique pour diffuser ces informations. Par ailleurs, les rumeurs[40] et l'opposition des dirigeants religieux limitent la liberté d'expression sur ce sujet[41].

D'autre part, l'ignorance des lois parmi les prestataires de soins — pourtant sources d'information clés dans le domaine de la santé[42], ne sont pas informés des lois ou des politiques, il y a forcément un manque de volonté politique ou une peur d'agir[43], renforcée par des cadres juridiques ambigus ou contradictoires. En Côte d'Ivoire, par exemple, beaucoup d'acteurs, y compris des professionnels de santé, méconnaissent encore la loi sur l'avortement même après ses récents amendements en 2024 : le viol était déjà depuis 2019 une raison légale pour accéder à un avortement sécurisé. Certains prestataires, bien informés, hésitent à agir par peur de sanctions ou d'opposition hiérarchique, religieux ou communautaire. Cette double difficulté informationnelle freine profondément l'accès effectif aux droits des femmes en matière d'avortement sécurisé et légal.

Dans le chapitre sur le Bénin, nous avons vu que les travailleurs sociaux se demandaient si c'était leur rôle d'aborder le sujet de l'avortement devant leurs clientes qui venaient les voir au sujet des violences sexuelles. Par crainte d'être accusés d'en faire la promotion, leur politique en matière de violences basées sur le genre ne mentionne pas l'avortement. Malgré l'élargissement de l'accès à l'avortement sécurisé, le Bénin a également clairement communiqué récemment sur l'interdiction de promouvoir et de proposer l'avortement (article 19-1 de la loi de 2021), faisant de la communication sur l'avortement dans la pratique une question délicate pour toutes les parties prenantes concernées.

Dans ces cinq pays, il est fréquent que le Code pénal ou d'autres lois interdisent explicitement la promotion ou la proposition de méthodes d'avortement, en conséquence ces interdictions légales provoquent la peur autour de la communication sur l'avortement. En plus, certains codes de déontologie médicale prohibent complètement l'avortement ou ne sont pas alignés avec les lois les plus récentes, donnant une raison supplémentaire de confusion.

Ces tensions produisent un paradoxe : dans plusieurs contextes, l'avortement est partiellement autorisé, mais l'accès à l'information reste entravé par la loi ou par l'absence de sa clarification. Ce décalage transforme un droit théoriquement garanti en un privilège de fait, accessible uniquement aux femmes insérées dans des réseaux spécialisés, bénéficiant d'un encadrement médical ou juridiquement informées. Le fait de ne pas informer le publique sur les implications d'une nouvelle loi, les prestataires de soins de santé et les responsables au niveau gouvernemental constitue un obstacle fréquent à la mise en œuvre des lois nouvelles[44].

Le contrôle social patriarcal : stigmatisation et silence forcé

Le quatrième mécanisme d'exclusion révèle comment les normes sociales et les normes de genre opèrent comme des mécanismes de contrôle aussi puissants que des interdictions légales. Tout au long de cette recherche, qui avait pour but de mener des recherches sur l'accès à l'avortement sécurisé et légal pour les victimes-survivantes de violences sexuelles, l'accent s'est également déplacé vers la compréhension des raisons pour lesquelles certaines filles et femmes ne signalent jamais les violences sexuelles et donc restent très loin de recevoir les soins d'avortement sécurisé et légal.

La stigmatisation observée transcende les frontières nationales et révèle l'existence de scripts culturels partagés dans toute la région sur la responsabilité féminine dans les violences sexuelles. La stigmatisation, largement documentée, transforme la recherche d'aide en risque d'exclusion sociale. La société attribue systématiquement la responsabilité aux victimes, créant ainsi un effet dissuasif puissant contre le signalement. Cela bloque également l'accès aux soins post-viol en temps utile, tels que le traitement des infections sexuellement transmissibles et l'accompagnement psychologique.

> « Ces interdictions légales provoquent la peur autour de la communication sur l'avortement. »

Il est bien connu que des facteurs comme la stigmatisation, la honte, la crainte de représailles des auteurs et la peur du rejet familial ou communautaire influencent fortement la non-déclaration des violences sexuelles par les filles et jeunes femmes auprès des services de santé ou des autorités judiciaires[45]. Dans cette étude, comme dans d'autres, on note fréquemment une préférence des familles pour des modes de réconciliation traditionnels, souvent façonnés par des logiques patriarcales[46]. Cette même tendance est observée pour les cas d'inceste. Ces choix, bien que socialement motivés par le souci de préserver le nom de famille et d'éviter l'abandon ou la honte publique pour la survivante, ne répondent pas à ses besoins psychologiques et sanitaires. Au contraire, ils contribuent à normaliser la violence à l'égard des femmes[47] et à maintenir un ordre social dans lequel les hommes sont très peu susceptibles d'être condamnés, et encore moins poursuivis, pour des comportements sexuellement violents.

Bien que ces pratiques soient documentées, les témoignages des victimes-survivantes collectés dans cette recherche restent profondément troublants, révélant comment elles sont souvent blâmées et réduites au silence. En revanche, les entretiens avec des membres engagés de la société civile et des militantes des droits des femmes montrent qu'ils œuvrent activement à changer ces normes, comme dans d'autres pays[48]. Ce sont surtout les médias sociaux qui favorisent les discussions et les innovations les plus prometteuses, même si, pour l'instant, leur impact reste encore marginal dans la vie de nombreuses adolescentes et jeunes femmes de cette étude, fréquemment confrontées à des situations de grande vulnérabilité.



Conclusion

Cette étude, intitulée *Prises entre leurs droits et la réalité : le labyrinthe auquel les femmes sont confrontées*, met en lumière un paradoxe aussi frappant que troublant : dans les cinq pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique du Centre étudiés, le cadre juridique de chacun reconnaît en théorie aux victimes-survivantes de viol et d'inceste le droit à un avortement sécurisé, mais dans les faits, ce droit demeure largement inaccessible. Le labyrinthe d'obstacles juridiques, sociaux et institutionnels auquel les femmes sont confrontées les prive d'un accès effectif aux soins médicaux essentiels, au soutien psychologique et à la justice.

Notre analyse identifie quatre mécanismes interconnectés qui perpétuent cette exclusion :

Report de redevabilité – Dans l'ensemble des pays, l'inaction reflète souvent un choix stratégique plutôt qu'une incapacité technique. L'incapacité des autorités de faire appliquer les protections juridiques contraint les victimes-survivantes à attendre, parfois jusqu'à ce que l'accès à leurs droits devienne biologiquement ou pratiquement irréalisable.

Complexité procédurale – Les obstacles administratifs et bureaucratiques transforment l'accès à la justice en un véritable parcours du combattant. Dans la plupart des pays, la longueur des démarches se heurte aux délais de gestation, de sorte que les droits pourtant reconnus par la loi deviennent inopérants. Le Bénin fait figure d'exception, depuis son adoption de procédures simplifiées qui permettent désormais aux femmes d'accéder à ce droit sans engager de poursuites judiciaires.

Exclusion de l'information – Les victimes-survivantes se heurtent à des obstacles systémiques dans l'accès à l'information, qu'ils résultent d'interdictions juridiques explicites, d'ambiguïtés légales ou d'une diffusion insuffisante. Par une telle restriction des connaissances, si les États donnent l'apparence de respecter leurs engagements internationaux, ils ont en fait pour conséquence réelle d'en annuler l'effet concret.

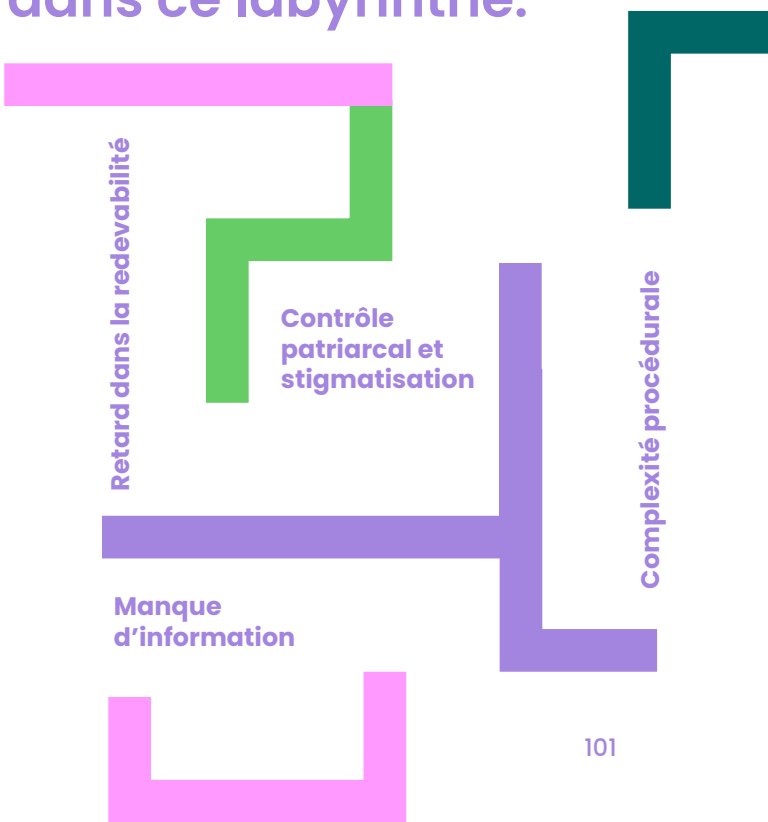
Contrôle social et patriarcal – L'obstacle le plus redoutable demeure sans doute d'ordre sociétal. La stigmatisation, la culpabilisation des victimes, la banalisation de la violence sexuelle et l'intimidation exercée par les auteurs sont autant de facteurs qui réduisent au silence les victimes-survivantes et les dissuadent de solliciter de l'aide.

Malgré ces obstacles, l'étude met également en lumière des sources d'espoir et d'innovation. Les plateformes numériques, les associations professionnelles qui jouent un rôle d'orientation, les actions de plaidoyer centrées sur les victimes-survivantes et les réformes juridiques comme celles du Bénin démontrent qu'un changement significatif est possible. Bien que souvent localisés et fragmentés, ces efforts ouvrent des perspectives de mise à l'échelle des solutions trouvées.

Les constats de l'étude soulignent toutefois que des réformes ponctuelles demeurent insuffisantes. Un changement durable exige des approches systémiques capables de s'attaquer simultanément aux quatre dimensions de l'exclusion. Le partage d'expériences et la collaboration entre pays peuvent amplifier les innovations locales, inspirer la reproduction des initiatives réussies et accélérer des réformes juridiques et politiques à l'échelle régionale.

En définitive, Prises entre leurs droits et la réalité : le labyrinthe auquel les femmes sont confrontées souligne un impératif à la fois moral et concret : les gouvernements, la société civile, les prestataires de soins de santé et les communautés doivent agir de manière résolue pour qu'aucune femme ni aucune fille ne demeure dans ce labyrinthe. Cela implique de garantir un accès rapide à des soins d'avortement sécurisé, d'offrir un soutien indéfectible aux victimes-survivantes et de redoubler d'efforts pour prévenir les violences sexuelles. L'urgence d'agir est claire. Toutefois, les innovations et les enseignements qui ressortent de cette étude rappellent qu'un avenir où les droits reproductifs sont effectifs, et non plus seulement théoriques, est à portée de main.

Il est crucial d'agir de manière décisive pour garantir qu'aucune femme ou fille ne reste perdue dans ce labyrinthe.



Recommandations

Il est urgent de mettre fin au labyrinthe qui condamne au silence les victimes-survivantes de viol et d'inceste et les prive d'accès aux soins de santé et à leurs droits. Cet impératif appelle une action audacieuse et concertée. Les recommandations suivantes s'adressent aux gouvernements, aux acteurs du système de santé, à la société civile, aux communautés, aux organisations internationales et aux bailleurs de fonds. Elles décrivent des mesures cruciales pour lever les obstacles persistants, garantir le respect des droits et faire en sorte que les victimes-survivantes de violences sexuelles puissent, en pratique et non plus seulement en principe, accéder à un avortement sécurisé et légal ainsi qu'aux autres services indispensables.

1 Respect des engagements internationaux

Les gouvernements qui ont ratifié le Protocole de Maputo doivent honorer leurs engagements internationaux en les transposant de manière effective dans leurs législations et leurs politiques nationales. Tout retard à cet égard porte directement atteinte aux victimes-survivantes de viol et d'inceste.

- L'article 14(2)(c) du Protocole de Maputo reconnaît le droit à l'avortement dans des circonstances précises afin de protéger les droits reproductifs des femmes et des filles. Les pays signataires devraient adapter leur législation nationale pour la rendre conforme à ces dispositions et veiller à ce qu'aucune loi contradictoire n'entrave leur exercice.
- Il est crucial de transposer pleinement le Protocole dans le droit interne sans délai, afin d'assurer la santé, le bien-être et la justice de toutes les femmes et filles concernées.
- Il est essentiel de renforcer l'efficacité des mécanismes de redevabilité vis-à-vis la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples et de lutter contre l'évitement politique observé dans plusieurs pays. Cela pourrait se faire grâce à des rapports et des évaluations plus ciblés sur la mise en œuvre des lois relatives à l'avortement sécurisé, conformément au Protocole de Maputo.



Veiller à la mise en œuvre effective des lois et des politiques

Il est essentiel que les gouvernements assument leur responsabilité dans la mise en œuvre effective de la législation sur l'avortement sécurisé et légal. Cela suppose l'allocation de budgets suffisants, l'adoption de directives claires, la formation continue de l'ensemble des acteurs concernés et une délégation des tâches plus efficace.

- Des lignes directrices actualisées et claires sont indispensables pour que les lois et les politiques soient appliquées efficacement et qu'elles répondent de manière adéquate aux besoins des femmes et des filles. Comme le souligne le présent rapport, leur élaboration et leur diffusion constituent une priorité urgente qui ne saurait être différée.

- Il est essentiel de dispenser une formation de qualité pour les principaux acteurs concernés : le personnel de santé, les forces de l'ordre, les magistrats et les avocats, afin qu'ils puissent protéger les droits des victimes-survivantes avec confiance et diligence dans le cadre de leurs fonctions.

- Des fonds suffisants doivent être prévus pour assurer la disponibilité des services tant en milieu urbain que rural, et pour aider financièrement les femmes et les filles qui, faute de moyens financiers, n'ont pas accès à un avortement sécurisé.



3 Supprimer les obstacles procéduraux à l'accès à l'avortement sécurisé en cas de viol ou d'inceste

La dissociation des procédures médicales et des procédures juridiques permet d'éliminer les obstacles procéduraux tout en protégeant les victimes-survivantes de tout préjudice supplémentaire.

- Les parcours de soins et de justice destinés aux victimes-survivantes de violences sexuelles doivent être accessibles et centrés sur les victimes. Pourtant, de nombreux obstacles procéduraux inutiles, tels que des délais légaux de gestation trop courts, l'exigence de preuves médicales de viol ou l'obligation d'obtenir une autorisation judiciaire avant de recourir à un avortement sécurisé, rendent l'accès aux soins complexe, long, traumatisant, voire impossible. Le fait de dissocier les procédures médicales des procédures judiciaires permet d'éliminer une grande partie de ces entraves.



4 Aligner les politiques relatives à l'avortement et celles relatives aux violences sexuelles et basées sur le genre

Harmoniser les politiques relatives à l'avortement et à la lutte contre les violences sexuelles et basées sur le genre et assurer aux victimes-survivantes un soutien médical, social et juridique cohérent et coordonné.

- Il est important que les ministères de la Santé, du Genre, des Affaires sociales et de la Justice harmonisent les lignes directrices relatives à la lutte contre les violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG) avec la législation sur la santé reproductive et le Code pénal. Ces lignes directrices devraient inclure explicitement le droit à l'avortement légal ainsi que les modalités d'orientation prévues par la loi.
- Des centres intégrés de prise en charge des VSBG doivent être créés et renforcés afin d'offrir aux victimes-survivantes un ensemble complet de services qui prévoit notamment leur orientation vers des soins d'avortement sécurisé lorsque cela s'avère nécessaire.
- Une collaboration et une coordination effectives entre les services médicaux, sociaux et juridiques sont essentielles pour garantir la continuité des soins, assurer une bonne prise en charge et permettre des orientations rapides et adaptées pour les victimes-survivantes

5 Reproduire les réformes efficaces

Le Bénin, l'Éthiopie et la République démocratique du Congo ont supprimé l'obligation d'une procédure judiciaire préalable, reconnu la détresse morale comme motif légitime pour accéder à des soins ou accepté le témoignage de la femme comme preuve suffisante du viol. D'autres pays gagneraient à suivre l'exemple de ces avancées qui ouvrent la voie à un modèle d'avortement légal beaucoup plus accessible, humain et respectueux, capable de répondre de manière bien plus efficace aux besoins urgents des victimes-survivantes de violences.

Rendre l'information accessible

L'information sur l'avortement sécurisé et légal devrait être facilement accessible, ce qui suppose notamment que les pouvoirs publics lèvent les obstacles juridiques à la sensibilisation du public.

- Pour prévenir le recours à des pratiques d'avortement non sécurisé, il est essentiel de diffuser activement des informations sur les dangers qu'elles comportent ainsi que sur les options légales et sécurisées disponibles.

- Les dispositions du Code pénal ou d'autres textes législatifs qui interdisent explicitement la promotion ou la fourniture de méthodes d'avortement créent un climat de crainte et de censure parmi les acteurs de la santé sexuelle et reproductive et devraient donc être révisées.

- Compte tenu de l'important déficit d'information, il est essentiel de mettre en place des canaux et des plateformes de communication dans différentes langues locales. D'autres mesures peuvent également contribuer à réduire le nombre d'avortements pratiqués dans des conditions non sécurisées : la formation de relais communautaires, l'affichage d'informations dans les centres de santé, des campagnes publiques ciblant en particulier les populations rurales et vulnérables, ainsi que l'intégration, dans les programmes scolaires d'éducation à la sexualité, de contenus relatifs à l'avortement sécurisé et légal et au signalement des VSBG.

- Les messages et les formulations employés sur ces sujets sensibles doivent être élaborés avec soin. Les concepts doivent être traduits et adaptés avec précision afin de refléter la compréhension locale et de garantir que les informations soient perçues comme acceptables et compréhensibles dans des contextes variés.



7 Prévenir les violences sexuelles et basées sur le genre et lutter contre la stigmatisation et la discrimination

Un engagement beaucoup plus ferme des gouvernements, de la société civile et des communautés est nécessaire pour lutter contre les violences sexuelles et basées sur le genre, les prévenir et amener les auteurs à répondre de leurs actes.

- Enracinée dans des normes de genre rigides et inéquitables, la culpabilisation des victimes par la famille et la communauté demeure l'un des obstacles les plus persistants à l'accès des victimes-survivantes aux services essentiels. Cette stigmatisation ne se traduit pas seulement par leur isolement social et l'insuffisance de signalement des cas, mais aussi à des pratiques discriminatoires au sein des institutions, qui peuvent entraver voire empêcher l'accès aux soins et à la justice. Les pouvoirs publics et la société civile doivent agir de concert pour déconstruire ces préjugés, mettre fin au blâme injuste des victimes et promouvoir des sociétés plus justes et égalitaires.

- L'implication active des chefs religieux et communautaires est essentielle pour renforcer la sensibilisation aux violences sexuelles et basées sur le genre, à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, ainsi qu'à l'avortement sécurisé et légal.

- Pour lutter contre les comportements stigmatisants au sein des institutions publiques, le personnel impliqué dans la prise en charge des cas de violences sexuelles et dans l'accès à l'avortement, qu'il appartienne au milieu médical, social ou juridique, devrait bénéficier d'une formation spécialisée. Celle-ci devrait s'articuler autour d'une approche transformatrice de genre et de principes de soins fondés sur la reconnaissance des traumatismes, qui relèvent d'une approche centrée sur la victime.

- Établir des alliances solides entre les pouvoirs publics, les associations professionnelles, les experts juridiques, les (jeunes) universitaires, les ONG actives dans les domaines de la santé et droits sexuels et reproductifs et de la lutte contre les violences sexuelles et basées sur le genre, afin de s'attaquer conjointement, avec les communautés, aux causes profondes de ces violences et de réduire la stigmatisation associée à l'avortement.

8 Assurer un accès facile à la contraception d'urgence

Pour prévenir les grossesses non désirées consécutives à des violences sexuelles, il est essentiel de promouvoir et de garantir un accès facile à la contraception d'urgence. Cela suppose de sensibiliser les filles et les femmes non seulement à l'importance de signaler les violences basées sur le genre, mais aussi à la nécessité d'agir sans délai rapidement après leur survenance, en particulier dans les contextes où le soutien est limité ou où les services médicaux sont trop éloignés ou trop coûteux. Les pharmacies peuvent jouer un rôle déterminant pour assurer cet accès et orienter les victimes vers d'autres services essentiels, notamment le dépistage des IST et du VIH, ainsi qu'un soutien psychologique, médical et juridique.

Recueillir davantage de données probantes pour savoir comment prévenir les violences sexuelles et basées sur le genre et les avortements non sécurisés.

Les violences sexuelles et basées sur le genre, tout comme l'avortement, demeurent des sujets fortement marqués par le tabou et la stigmatisation, sur lesquels les données disponibles demeurent lacunaires dans les pays étudiés. Il est donc essentiel de développer des projets de recherche rigoureux, conçus pour mieux comprendre les dynamiques contextuelles, tout en respectant les normes éthiques les plus strictes. De tels travaux sont indispensables pour élaborer des réponses véritablement fondées sur des données probantes et en suivre l'évolution sur la durée.

Associer de manière constructive les jeunes femmes à l'élaboration de politiques et d'interventions

La majorité des victimes-survivantes sont des adolescentes et des jeunes femmes. Pourtant, leurs voix demeurent trop souvent absentes des processus de décision qui déterminent les politiques et interventions les concernant directement.

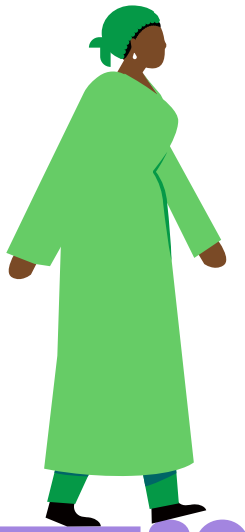
- Les pouvoirs publics, les associations professionnelles, les juristes, les universitaires et les ONG qui œuvrent dans les domaines de la santé et droits sexuels et reproductifs (SDSR) et les VSBG doivent former des partenariats solides avec les jeunes, et les jeunes femmes en particulier, afin de concevoir conjointement des interventions fondées sur des données probantes et adaptées aux réalités locales pour lutter contre les VSBG et les avortements non sécurisés. La participation pleine et entière des jeunes est essentielle, tant pour appréhender la complexité de ces enjeux que pour élaborer des réponses réellement pertinentes et adaptées.

- L'écoute attentive des filles et des femmes révèle en effet que les grossesses non désirées sont le résultat de viols, d'incestes et d'autres formes de violences basées sur le genre, notamment les mariages forcés, le refus d'utiliser des contraceptifs et les violences conjugales. Le champ d'application limité des lois nationales sur le viol et l'inceste contraint nombre d'entre elles, confrontées à ces situations difficiles, à recourir à des avortements non sécurisés lorsqu'elles souhaitent interrompre leur grossesse. Ces expériences vécues appellent à l'adoption de politiques plus inclusives en matière d'avortement. L'une des voies possibles consiste à reconnaître la détresse comme motif d'exemption dans la législation sur l'avortement, comme l'a fait le Bénin en 2021. Si cette approche répond de manière plus adéquate aux besoins des filles et des femmes en matière de santé et de justice, elle doit toutefois s'accompagner d'efforts parallèles pour prévenir les violences basées sur le genre.

Prioriser et financer la SDSR dans les politiques et stratégies, pour garantir un accès universel à la gamme complète de services

L'égalité des sexes et la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR) sont essentiels à la réalisation des Objectifs de développement durable.

- Les pouvoirs publics doivent poursuivre et renforcer leurs efforts d'investissement dans la SDSR et la lutte contre les VSBG. Ils devraient intégrer pleinement la dimension de la SDSR dans les politiques nationales de santé, en y incluant l'ensemble des soins et services qui en relèvent. Cette intégration favorisera un meilleur partage d'informations auprès des femmes et des filles, ainsi que de l'ensemble des parties prenantes nationales. Elle garantira également que, lorsque les obstacles à l'accès seront levés et que davantage de femmes et de filles pourront accéder à ces services, ceux-ci seront effectivement disponibles et de meilleure qualité.
- Les bailleurs de fonds devraient appuyer ces efforts en soutenant les programmes de SDSR, en partenariat avec les parties prenantes nationales. Ils devraient veiller à ce que ces programmes soient complets, qu'ils intègrent l'éducation et l'information en matière de SDSR ainsi que l'accès à l'ensemble des services disponibles, afin d'en maximiser l'efficacité.



SOINS

Annexes

Annexe 1

Méthodologie

Conception de l'étude

Cette recherche compare l'accès à l'avortement sécurisé pour les victimes-survivantes de viol ou d'inceste dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre. Cette étude, de nature qualitative, exploratoire, axée sur les politiques publiques et comparative, s'appuie sur une approche féministe. Elle se concentre sur les expériences des femmes en quête de soins d'avortement sécurisé et cherche à comprendre comment les cadres juridiques, les systèmes administratifs et les normes culturelles interagissent pour conditionner 'l'accès des victimes-survivantes à un avortement sécurisé. L'objectif est de formuler des recommandations qui permettent de lever les obstacles existants et de garantir que les victimes-survivantes de violences sexuelles puissent accéder à des services d'avortement sécurisé et légaux.

Chaque pays étudié fait l'objet d'une étude de cas approfondie avant qu'une comparaison entre eux ne soit menée pour identifier les facteurs expliquant les différences observées. Cette approche repose sur l'hypothèse que les phénomènes sociaux complexes, tels que l'accès aux droits reproductifs, doivent être analysés en relation étroite avec leur contexte. L'étude de cas est particulièrement adaptée lorsque la distinction entre le phénomène et son contexte n'est pas clairement délimitée, comme c'est le cas ici où lois, institutions et pratiques varient selon les pays[49].

L'étude combine une analyse rigoureuse des documents normatifs (lois, lignes directrices, procédures) avec une compréhension des expériences vécues par les acteurs concernés (victimes-survivantes, professionnels, décideurs). Cette double perspective reconnaît que l'accès aux droits dépend à la fois de l'existence des textes formels et du contexte politique, socioéconomique et culturel qui influence leur application. La méthode comparative est indispensable face à la complexité du phénomène, qui recouvre des dimensions juridiques, administratives, médicales et socioculturelles articulées différemment selon les pays. Elle permet d'examiner ces phénomènes selon trois axes : horizontal (comparaison entre pays), vertical (interaction entre niveaux local et national) et transversal (évolution dans le temps)[50]. Cette démarche met en lumière les spécificités nationales et les effets de mécanismes plus généraux, fournissant une base solide pour formuler des recommandations adaptées aux différents contextes régionaux.

Cette étude repose sur le travail de collecte de données mené principalement par une équipe de cinq jeunes chercheurs, chacun basé dans un des cinq pays étudiés. Le choix de travailler avec de jeunes chercheurs était délibéré, partant du principe que les jeunes sont les mieux placés pour comprendre et interpréter les défis auxquels les jeunes sont confrontés. En outre, ce projet a offert une occasion unique d'accompagner un groupe de jeunes chercheurs afin qu'ils comprennent ce qu'implique la recherche sur la violence sexuelle et l'avortement, deux sujets très sensibles. Des mesures spécifiques ont été prises pour former adéquatement les jeunes chercheurs et protéger leur bien-être pendant ces recherches parfois difficiles. Les jeunes chercheurs ont reçu une formation approfondie et ont collaboré tout au long du projet avec une équipe plus large de chercheurs expérimentés, avec un co-chercheur principal très expérimenté dans chaque pays et une équipe supplémentaire de chercheurs expérimentés et de personnel de programme chargés de guider les jeunes chercheurs.

Équipe de recherche et positionnalité

Cette étude a été commanditée par Rutgers et ses partenaires dans le cadre du programme Ado Avance Ensemble, et réalisée conjointement par le CERRHUD et Rutgers. Elle vise à enrichir les données factuelles sur les enjeux majeurs qui concernent les adolescentes et les jeunes femmes dans les pays d'Afrique occidentale et centrale, et à éclairer les recommandations en matière de programmes et de politiques.

Le commanditaire (Rutgers), les partenaires du programme Ado Avance Ensemble et plusieurs des (jeunes) chercheurs représentent des institutions engagées en faveur des droits et de la justice en matière de santé sexuelle et reproductive. L'étude adopte une approche féministe, centrée sur l'amplification des voix marginalisées, l'analyse critique des structures de pouvoir et la défense de la justice et de la réforme systémique.

Cette étude a été réalisée par une équipe composée de cinq jeunes chercheurs (hommes et femmes, issus du milieu médical et des sciences sociales), un dans chacun des pays étudiés, positionnés aux premières lignes. L'objectif principal de leur participation était d'assurer une participation significative et inclusive des jeunes aux questions qui les concernent directement. Cette étude a également contribué au renforcement des capacités de recherche des jeunes sur des thématiques sensibles telles que l'avortement et les violences sexuelles et basées sur le genre. Compte tenu de la complexité de ces sujets, une formation approfondie, des débriefings quotidiens et un soutien psychologique ont été offerts à ces jeunes chercheurs. Ces derniers ont été recrutés par le CERRHUD et accompagnés, dans chaque pays, par un co-chercheur principal national identifié par le CERRHUD et un point focal désigné par les partenaires nationaux d'Ado Avance Ensemble. Ils ont reçu une formation sur la méthodologie, les outils et l'éthique de la recherche, notamment les protocoles pour mener des recherches auprès de populations vulnérables et pour gérer les situations de détresse.

Un psychologue camerounais a rejoint à l'équipe pour former les jeunes chercheurs et l'équipe élargie à l'art d'interroger les victimes-survivantes, à reconnaître les signes de détresse et à orienter les personnes vers les services appropriés. Il était également disponible pour offrir un soutien psychologique aux jeunes chercheurs. Ces derniers ont contribué à l'amélioration et à la contextualisation de l'outil, à la collecte et à l'analyse des données au niveau national, ainsi qu'à leur diffusion. Le présent rapport régional s'appuie sur les rapports nationaux préparés par les équipes nationales avec le soutien du CERRHUD et de Rutgers, et a été rédigé par ces deux organisations.

Cadre théorique guidant l'étude

Cette recherche s'appuie sur deux cadres complémentaires pour analyser les écarts entre les intentions politiques et l'accès effectif aux services d'avortement sécurisé.

Analyse de la mise en œuvre des politiques

Le premier cadre, développé par Berman[51] et adapté par Dossou et al.[52], décrit la transformation des politiques publiques depuis leur adoption jusqu'à leur mise en œuvre opérationnelle (figure 1).

Ce cadre distingue quatre niveaux où les bonnes intentions peuvent être déformées ou bloquées : l'intention politique (adoption des lois), l'administration (traduction en programmes concrets), l'adoption par les organisations de terrain (hôpitaux, tribunaux, ONG), et la micro-implémentation (ce qui se passe réellement quand les bénéficiaires tentent d'accéder aux services). Comme le note Berman, « l'implémentation est un processus de changement mutuel »[53] où chaque niveau peut transformer les objectifs initiaux selon ses contraintes et logiques propres.

Ce cadre est particulièrement adapté à l'analyse de la mise en œuvre des lois sur l'avortement, un sujet souvent marqué par des résistances indirectes. Par exemple, un magistrat peut appliquer formellement la loi tout en ralentissant le traitement des dossiers, dépassant ainsi les délais légaux, ou un médecin peut invoquer l'objection de conscience pour refuser de pratiquer l'intervention.

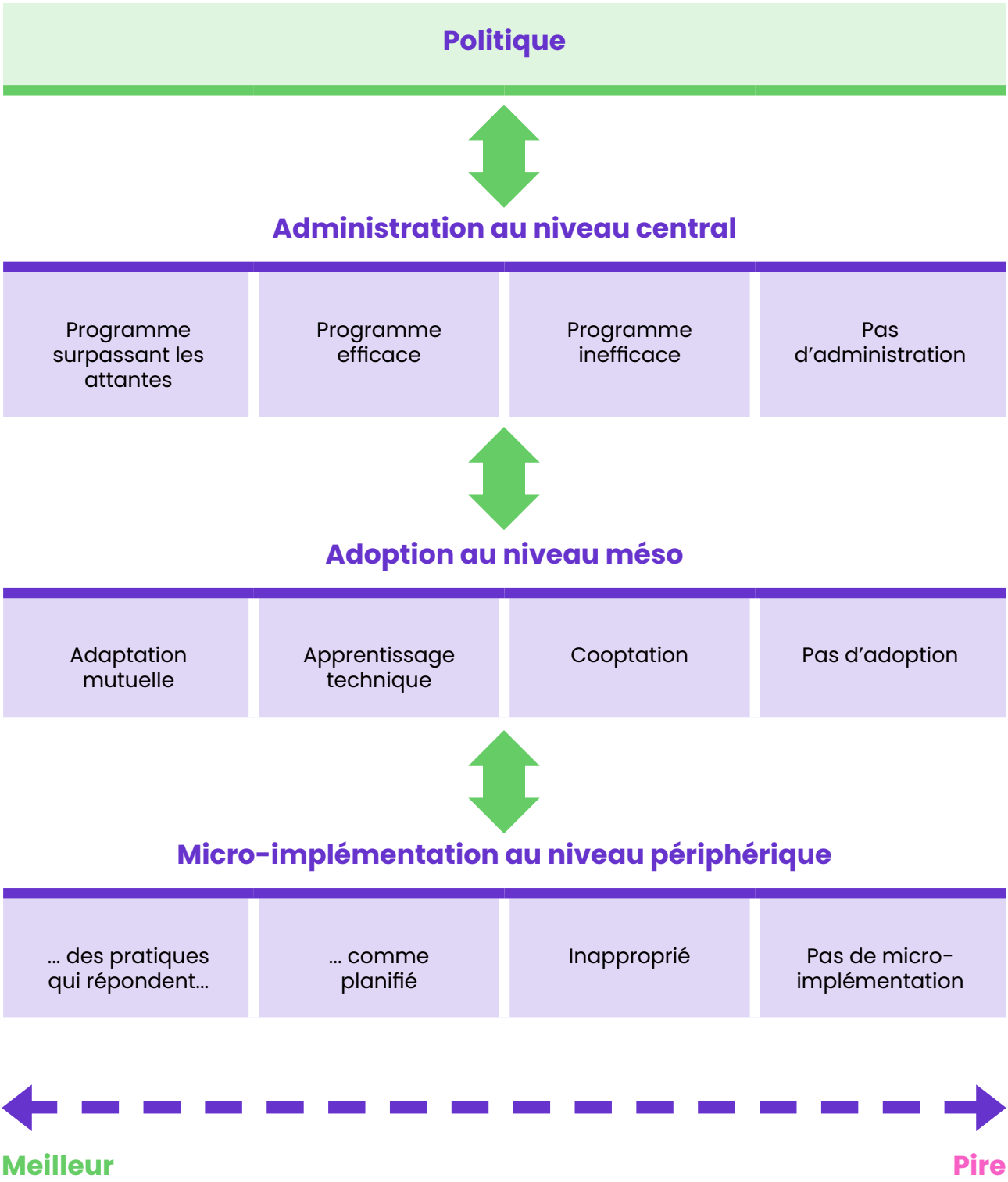


Figure 1 : Cadre d'analyse de l'implémentation des politiques de Berman adapté par Dossou et al. (2022)

La ligne de service

Le second cadre, celui de la ligne de services élaboré par le Cerrhud sur la base des expériences de recherches antérieures, place l'expérience des victimes-survivantes au centre. Il reconstitue étape par étape le parcours qu'une fille ou femme victime de violences sexuelles doit suivre selon les lois et procédures développées pour accéder à un avortement sécurisé et légal : depuis la première interaction avec les prestataires jusqu'à l'intervention médicale, en passant par le signalement, l'obtention d'un certificat médical et l'autorisation judiciaire. Ce modèle de ligne de service intègre aussi la nécessité d'une information préalable sur les droits et la santé, ainsi que le soutien de l'entourage, dès la première étape. Pour chaque étape, le modèle de ligne de services examine les intervenants impliqués, les services attendus selon les normes légales, les expériences réelles vécues, et les facteurs qui expliquent les écarts observés.

L'articulation de ces deux cadres permet une analyse à la fois institutionnelle et centrée sur la personne qui utilise le service. Le cadre de Berman adapté par Dossou et al.[54] éclaire les raisons du dysfonctionnement des systèmes, tandis que la ligne de services montre concrètement leurs conséquences pour les femmes qui tentent d'exercer leurs droits. Cette double perspective évite l'écueil d'une analyse purement technique qui ignorerait l'expérience vécue, comme elle évite l'écueil d'une approche purement descriptive qui ne saisirait pas les mécanismes systémiques à l'œuvre.

Stratégie de sélection des pays et zone d'étude

Cette étude multinationale se déploie dans cinq pays : le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et le Togo en Afrique de l'Ouest, et le Cameroun en Afrique du Centre. La sélection de ces pays résulte d'une stratégie d'échantillonnage de commodité basée sur les zones d'intervention du programme Ado Avance Ensemble (AAE) de 2022-2025, qui offrait un réseau établi de partenaires disposant de connaissances contextualisées susceptibles de faciliter l'accès aux parties prenantes concernées, de soutenir la mise en œuvre de la recherche et de garantir l'adoption des résultats. Le tableau suivant présente la répartition géographique des zones d'étude sélectionnées dans chaque pays :

Tableau 1 : Répartition géographique des zones d'étude en fonction de chaque pays

Pays	Zones d'étude	Région/département
Bénin	Lokossa-Athiémé Adjohoun-Bonou-Dangbo	Mono Ouémé
Burkina Faso	Centre Centre-Ouest	Centre Centre-Ouest
Cote d'Ivoire	Abidjan Gontougo San Pedro	Gontougo San Pedro
Cameroun	Soa Ebolowa	Centre Sud
Togo	Savanes Kara Grand Lomé	Savanes Kara Maritime

Le choix de ces zones répond à des critères de faisabilité opérationnelle (présence de partenaires sur place) et de représentativité contextuelle (diversité urbain-rural, accessibilité aux services). Cette approche permet d'analyser en profondeur le fonctionnement des mécanismes d'accès dans diverses régions, mais elle ne saurait garantir une représentativité à l'échelle nationale.

Les écarts significatifs observés entre les textes de loi et leur mise en œuvre dans l'échantillon de pays étudiés offrent une variation précieuse. Ils constituent une base idéale pour examiner le sujet et mieux comprendre l'éventail des facteurs susceptibles d'entraver l'accès à l'avortement sûr et légal dans différents contextes nationaux.

Population cible et échantillonnage

Population d'étude

L'étude cible un écosystème d'intervenants impliqués dans l'accès à l'avortement sécurisé conformément de la loi, adoptant une approche systémique pour saisir les interactions multi-niveaux influençant l'accès effectif aux services. Cette population se structure autour de quatre catégories principales d'intervenants impliqués à savoir :

- Personnes venant d'entités institutionnelles : des représentants des ministères de la Santé, de la Justice et de l'Action sociale, des gestionnaires de programmes et des décisionnaires en santé reproductive, des professionnels de santé formés et non formés à l'avortement sécurisé, des représentants du système judiciaire et des forces de l'ordre, des représentants des services sociaux ;

- Intervenants de la société civile : des membres d'organisations non gouvernementales (ONG) experts des droits sexuels et reproductifs, ou spécialisés dans la lutte contre les violences basées sur le genre, des représentants d'associations professionnelles de santé, des jeunes activistes, des journalistes spécialisés ;

- Personnes venant des milieux communautaires : des autorités communautaires et religieuses, des relais communautaires, et des pairs chargés d'éducation

- Personnes titulaires de droits ou proches : des victimes-survivantes de violences sexuelles âgées de 15 ans et plus, des proches des victimes-survivantes (famille, soutiens), des représentants des divers milieux socio-économiques et des différentes zones géographiques.

Stratégie d'échantillonnage

L'étude combine échantillonnage raisonné et effet boule de neige pour optimiser l'accès aux différentes catégories de personnes concernées. L'échantillonnage raisonné assure la sélection intentionnelle de sources d'information clés représentant la diversité des personnes concernées et des positions institutionnelles dans chaque contexte national. L'effet boule de neige facilite l'identification progressive de victimes-survivantes et des intervenants difficiles à accéder via les réseaux existants.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Pour les sources d'information institutionnelles : responsabilités directes ou indirectes dans l'accès à l'avortement sécurisé, expérience professionnelle d'au moins deux ans, consentement éclairé à participer ;

- Pour les victimes-survivantes : femmes de 15 ans et plus ayant vécu des violences sexuelles (viol ou inceste), la capacité de parler de leur expérience sans risquer que l'entretien ne cause de préjudice psychologique, consentement éclairé (ou consentement éclairé et consentement parental pour les mineurs), résidence dans les zones d'étude

- Pour les leaders communautaires : position de leadership reconnue dans la communauté, diversité confessionnelle et ethnique, représentation équilibrée des genres.

Les critères d'exclusion englobaient l'incapacité à donner un consentement éclairé, le risque élevé de retraumatisation évalué par l'équipe de recherche, des situations de détresse psychologique aiguë nécessitant une prise en charge immédiate.

Échantillon cible et réalisations

L'étude avait planifié un échantillon de 100

entretiens individuels (20 par pays), 15 groupes de discussion avec des autorités communautaires et religieux (3 par pays) et 50 entretiens approfondis avec des victimes-survivantes ou des proches (10 par pays). Les réalisations effectives présentent des variations contextuelles significatives. Le tableau suivant présente ces réalisations en fonction des pays :

Tableau 2 : Répartition des entretiens réalisés en fonction des pays

Pays	Intervenants des institutions et de la société civile	Groupes de discussion (leaders communautaires et religieux)	Survivantes et proches	Total
Bénin	24	3	9	36
Burkina Faso	19	2	6	27
Côte d'Ivoire	36	3	4	43
Cameroun	17	3	10	30
Togo	35	3	7	45
Total	131	14	35	180

L'évaluation de la saturation thématique s'est faite de manière itérative durant la collecte. Pour chaque catégorie d'intervenants, l'analyse préliminaire des entretiens, via des mémos et des réunions de débriefing, a permis de déterminer le moment où les nouvelles données n'apportaient plus d'éléments significativement nouveaux aux thèmes émergents. Cette évaluation, réalisée par triangulation entre les équipes nationales, a guidé les décisions d'interrompre ou de poursuivre la collecte selon les contextes. La saturation a été atteinte plus rapidement pour certaines catégories (professionnels de santé) que pour d'autres (intervenants institutionnels), expliquant les variations d'effectifs entre pays.

La sous-réalisation des groupes de discussion (14 réalisés contre 15 prévus) et les difficultés d'accès aux victimes-survivantes reflètent les contraintes liées à la sensibilité du sujet selon les contextes socioculturels. À l'inverse, la sur-réalisation des entretiens avec les intervenants institutionnels et de la société civile (131 contre 100 prévus) s'explique par une plus grande disponibilité de certains participants que prévu.

Collecte de données

La collecte de données combine trois démarches méthodologiques complémentaires permettant une triangulation des informations : l'analyse documentaire, les entretiens individuels semi-structurés et les discussions de groupe. Cette stratégie vise à saisir les dynamiques d'accès à l'avortement sécurisé à travers la diversité des perspectives des intervenants et la richesse des sources d'information disponibles.

Analyse documentaire

L'analyse documentaire dresse un tableau exhaustif du contexte juridique et politique de l'accès à l'avortement sécurisé dans chaque pays, ce qui permet de situer les témoignages recueillis et de mettre en lumière les écarts entre les cadres normatifs et leur mise en œuvre effective.

La sélection des documents repose sur des critères d'inclusion favorisant les textes juridiques fondamentaux (par exemple, Code pénal, lois sur la santé reproductive), les instruments de ratification des traités internationaux pertinents (comme le Protocole de Maputo), et les documents de politique publique. Sur le plan temporel, les critères ciblent les textes en vigueur et les évolutions législatives intervenues depuis l'an 2000.

La stratégie combine approche systématique via les bases de données juridiques nationales officielles, les sites institutionnels des ministères de la Santé et de la Justice, avec une recherche ciblée mobilisant des bases de données spécialisées (GAPD, Legal Atlas OMS) ainsi que les rapports d'organisations internationales (OMS, Guttmacher Institute, Center for Reproductive Rights).

Entretiens individuels

Les entretiens individuels constituent la méthode principale de collecte, permettant d'obtenir des informations approfondies sur les réalités de l'accès à l'avortement sécurisé auprès d'un écosystème diversifié d'intervenants. Cette approche capture les perspectives diverses et parfois contradictoires des différents niveaux du système de santé et de la société civile.

Les entretiens ont ciblé différentes catégories :

- Pour les intervenants des institutions et de la société civile : les entretiens ont ciblé 11 catégories de sources d'information : professionnels de santé formés et non formés à l'avortement sécurisé, représentants des ministères de la Santé et de la Justice, membres d'ONG travaillant sur les droits sexuels et reproductifs et les violences basées sur le genre, membres d'associations professionnelles, représentants du système judiciaire et des forces de l'ordre, professionnels des services sociaux, autorités communautaires et religieuses, journalistes spécialisés, et jeunes activistes. Cette diversité vise à saisir l'ensemble des perspectives influençant l'accès aux services, des décisionnaires politiques aux praticiens de terrain.

- Pour les victimes-survivantes et leurs proches : Les entretiens ont ciblé les femmes en âge de procréer victimes de violences sexuelles (viol ou inceste) ainsi que leurs proches, représentant divers milieux socio-économiques et différentes zones géographiques. Cette approche centrée sur les victimes-survivantes permet d'explorer leurs expériences d'accès aux services des soins après viol, les soins d'avortement et les obstacles rencontrés et les impacts à long terme.

Des guides d'entretien spécifiques ont été élaborés pour chaque catégorie de source d'information. Les entretiens, d'une durée de 45 à 90 minutes, se sont déroulés en français ou dans la langue locale (vernaculaire) selon les contextes (p.ex. Mooré au Burkina Faso).

Les entretiens sont menés par des jeunes chercheurs chargés de recherche (1 par pays) formés aux techniques d'entretien et à l'éthique de la recherche, particulièrement sensibilisés aux enjeux des violences sexuelles et de l'avortement. Tous les entretiens sont enregistrés avec consentement des participants. Dans le cas où le consentement à l'enregistrement de l'entretien n'a pas été donné, une prise de notes détaillée pendant l'entretien et un récapitulatif rapide des notes prises immédiatement après l'entretien ont été utilisées pour rester aussi proches que possible des réponses des participants.

Discussions de groupe

Les discussions de groupe complètent l'analyse documentaire et les entretiens individuels en explorant les normes sociales, les attitudes et les perceptions collectives qui influencent l'accès à l'avortement sécurisé dans chaque contexte national. Cette approche permet de saisir les dynamiques communautaires et les représentations sociales qui façonnent les conditions d'acceptabilité des services.

Les discussions de groupe ciblent prioritairement les leaders communautaires et religieux, avec un accent délibéré sur la représentation féminine. La stratégie privilégie les groupes de leaders féminins tout en incluant des groupes de leaders masculins pour une perspective comparative. Cette approche vise à capturer les perspectives collectives en

accordant une importance particulière aux voix des femmes en position de leadership, souvent moins entendues dans les débats publics sur l'avortement.

Chaque focus group comprenait 6 à 8 participants représentant différentes confessions religieuses, groupes ethniques et zones géographiques pour assurer une représentation diversifiée. Les discussions, d'une durée de 90 à 120 minutes, abordent les perceptions communautaires des violences basées sur le genre et des grossesses précoces, les interprétations religieuses et culturelles de l'avortement, la compréhension des lois actuelles, les attitudes envers l'avortement en cas de viol ou d'inceste, et le rôle des autorités dans l'accès aux services.

Approche d'analyse des données

Stratégie d'analyse qualitative collaborative itérative

L'analyse des données adopte une approche d'analyse qualitative collaborative itérative en quatre phases, spécifiquement conçue pour optimiser la qualité analytique dans un contexte de recherche transnationale avec disponibilité progressive des données.

Cette approche repose sur le principe que la qualité analytique ne réside pas seulement dans la complétude des transcriptions, mais surtout dans la triangulation systématique des sources de données et la validation croisée des interprétations.

Phase 1 : Capitalisation analytique en temps réel

Dès le lancement de chaque collecte nationale, l'équipe de coordination tient des sessions quotidiennes de débriefing afin de saisir immédiatement les connaissances analytiques acquises, tant que l'expertise contextuelle des équipes de terrain est optimale. Ces débriefings constituent le premier niveau d'analyse qualitative, l'identification des tendances émergentes et le suivi progressif de la saturation thématique.

L'emploi d'un cadre collaboratif structuré sur la plateforme MURAL, organisé autour des questions spécifiques de recherche, assure la systématicité de la collecte analytique ainsi que la traçabilité des connaissances accumulées par pays et par dimension. Cette étape permet de formuler des hypothèses analytiques qui seront ensuite soumises à validation lors des phases suivantes.

Phase 2 : Consolidation par matrices d'analyse structurées

Chaque équipe nationale développe des matrices d'analyse consolidées structurées selon les dimensions clés de l'étude : cadre juridique, parcours de prise en charge des victimes-survivantes, accès aux services, facteurs socioculturels et coordination entre intervenants. Ces matrices, enrichies par les débriefings et les premières transcriptions disponibles, intègrent des citations illustratives systématiques et identifient explicitement les zones d'incertitude requérant des confirmations.

L'équipe de coordination évalue ces matrices à l'aide d'une grille de validation standardisée pour dégager les convergences transnationales, les spécificités contextuelles et les hypothèses à approfondir. Cette phase produit des analyses préliminaires structurées.

Phase 3 : Co-validation transnationale intensive

L'atelier de co-analyse de trois jours réunit toutes les équipes nationales à Cotonou pour une validation collective approfondie des analyses préliminaires. L'équipe de coordination assure une formation méthodologique harmonisée et facilite l'analyse collaborative selon les cadres conceptuels mobilisés.

Les travaux de groupe analysent systématiquement chaque niveau du cadre de Berman avec confrontation croisée des interprétations nationales et identification des modèles transversaux solides. Cette phase aboutit à des conclusions consolidées, avec une documentation claire des niveaux de validation atteints ainsi que des éléments restant à confirmer.

Phase 4 : Confirmation et ajustement par transcriptions intégrales

L'intégration progressive des transcriptions complètes des entretiens, à mesure qu'elles devenaient disponibles, a permis d'effectuer les derniers ajustements et de valider les analyses consolidées.

Le processus de confirmation a suivi une approche systématique : les éléments confirmés ont été marqués comme validés, les éléments contradictoires ont fait l'objet d'une nouvelle analyse approfondie et les nouveaux éléments ont été intégrés selon les mêmes normes de validation collaborative.

Approbations éthiques et politiques de protection

La recherche a obtenu les autorisations éthiques requises dans chaque pays et a respecté les standards internationaux de recherche avec des populations vulnérables. En effet, le protocole de recherche a été soumis et approuvé par les comités d'éthique nationaux des cinq pays participants :

- Comité Local d'Éthique pour la Recherche Biomédicale (CLERB-UP) au Bénin (Réf : 820/2024/CLERB-UP/P/SP/R/SA, 21 novembre 2024)
- Comité d'Éthique pour la Recherche en Santé (CERS) au Burkina Faso (Délibération N° 2024-11-353, 06 novembre 2024)
- Comité National d'Éthique des Sciences de la Vie et de la Santé (CNESVS) en Côte d'Ivoire (N/Réf : 000273, 16 décembre 2024)
- Comité National d'Éthique de la Recherche pour la Santé Humaine (CNERSH) au Cameroun (N° 2025/02/1374/CE/CNERSH/SP, 06 mars 2025)
- Comité de Bioéthique pour la Recherche en Santé (CBRS) au Togo (Avis N° 0458/2024/CBRS, 05 décembre 2024)

En outre, un protocole spécifique a été élaboré pour la protection des données personnelles et la sécurisation des témoignages, particulièrement sensibles dans des contextes où l'avortement reste partiellement criminalisé.

Les entretiens ont été conduits en langues locales lorsque nécessaire. Les transcriptions ont été anonymisées et les données conservées de manière sécurisée selon les exigences du Règlement général sur la protection des données.

Éviter les dommages

Pour entrer en contact avec les victimes-survivantes disposées à partager leur vécu, les équipes de recherche sur le terrain ont bénéficié de l'aide de refuges pour femmes, d'organisations locales et d'organisations partenaires de l'AAE qui soutiennent les victimes-survivantes. Ces acteurs ont pu identifier des filles et des femmes susceptibles de participer à un entretien et ont pu, le cas échéant, les orienter vers les services appropriés. Après cette présélection, les femmes et les filles n'ont été retenues dans l'étude qu'après obtention de leur consentement éclairé ou de leur assentiment accompagné de l'accord de leur représentant légal.

Discuter d'expériences liées aux violences basées sur le genre ou à l'avortement pouvait être émotionnellement éprouvant pour les victimes-survivantes. Pour atténuer ce risque, les guides d'entretien destinés aux victimes-survivantes ont été conçus de manière à ce que les intervieweurs insistent, lors du consentement éclairé et tout au long de l'entretien, sur la liberté des participantes d'interrompre l'échange à tout moment sans aucune conséquence. Les questions de l'entretien ont été soigneusement formulées, partant de thèmes généraux liés à la communauté pour évoluer vers des aspects plus personnels, avec consignes aux intervieweurs de vérifier régulièrement le bien-être des participantes. Ces derniers ont été formés à reconnaître les signes de détresse et à suspendre ou réorienter l'entretien selon un protocole spécifique, incluant une orientation vers des prestataires médicaux ou psychologiques préalablement identifié si nécessaire.

Par ailleurs, le risque de stigmatisation sociale était notable, l'avortement restant un sujet tabou dans de nombreux contextes. La simple participation à l'étude pouvait exposer les personnes à un jugement négatif de leur entourage, potentiellement source d'exclusion sociale, de conflits familiaux, voire de conséquences professionnelles, notamment pour les prestataires de soins. Pour limiter ce risque, la confidentialité et l'anonymat ont été strictement garantis, les entretiens se déroulant dans des lieux neutres et discrets choisis avec

les participants : le lieu de travail n'étant pas systématiquement retenu comme le plus adapté.

Enfin, pour prévenir le risque de traumatisation des jeunes chercheurs intervenant dans l'étude face à des récits des victimes-survivantes parfois très lourds, ces derniers ont été formés à fixer et maintenir des limites professionnelles appropriées et à adopter des stratégies d'auto-soin. Des séances régulières de compte rendu et de bilan, tant individuelles que collectives, ont permis de discuter des difficultés et dilemmes rencontrés. Un soutien psychologique en ligne, assuré par un psychologue expérimenté au Cameroun, était également proposé, même si un seul chercheur a choisi d'en bénéficier.

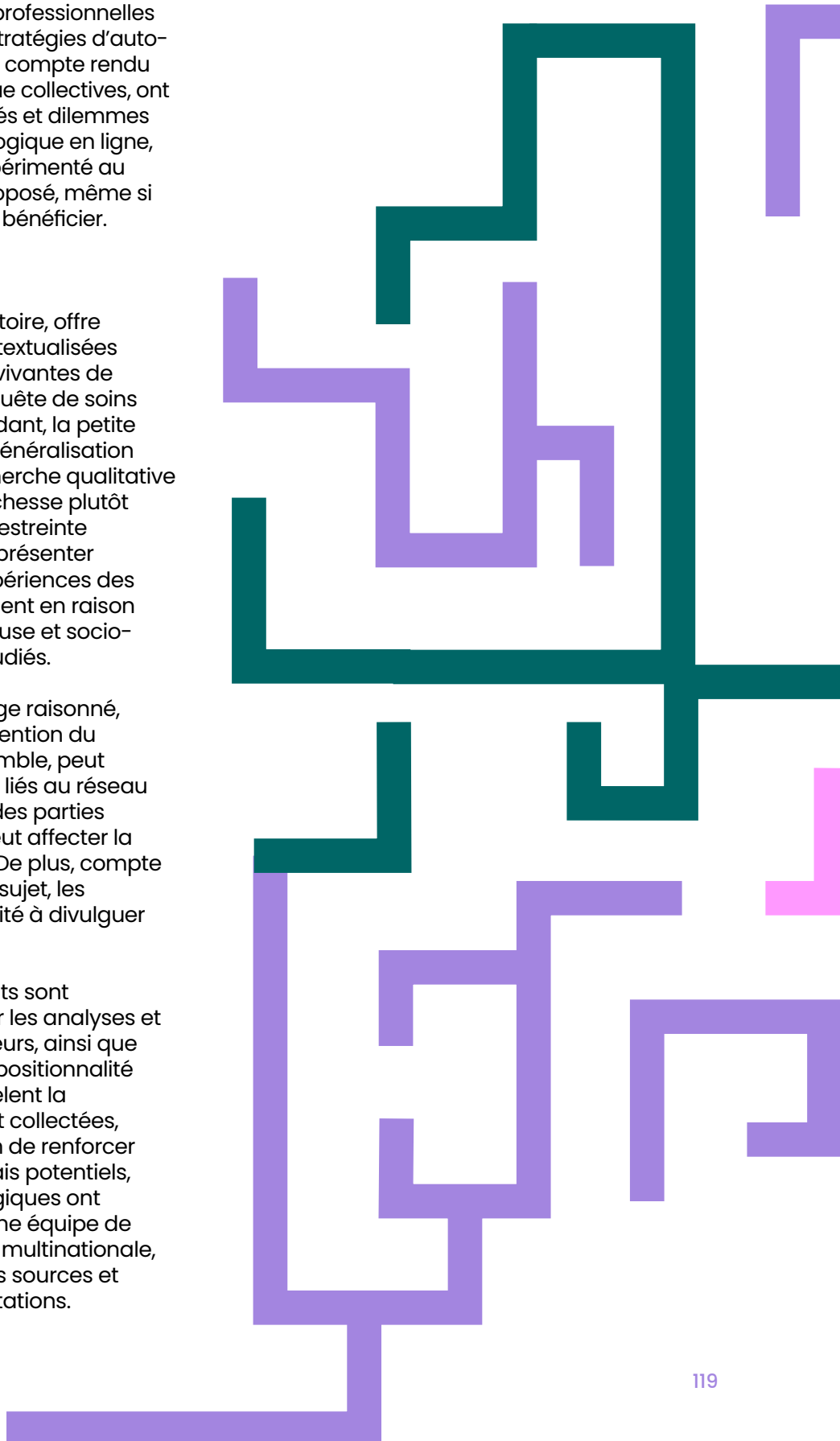
Limitations

Cette étude, de nature exploratoire, offre des informations riches et contextualisées sur les vécus des victimes-survivantes de violences sexuelles dans leur quête de soins d'avortement sécurisé. Cependant, la petite taille de l'échantillon limite la généralisation des résultats. En effet, si la recherche qualitative privilégie la profondeur et la richesse plutôt que la généralisation, la taille restreinte de l'échantillon peut ne pas représenter pleinement la diversité des expériences des victimes-survivantes, notamment en raison de la diversité culturelle, religieuse et socio-économique entre les pays étudiés.

L'utilisation d'un échantillonnage raisonné, basé sur les domaines d'intervention du programme Ado Avance Ensemble, peut également introduire des biais liés au réseau spécifique des partenaires et des parties prenantes impliqués, ce qui peut affecter la représentativité des données. De plus, compte tenu du caractère sensible du sujet, les participants peuvent avoir hésité à divulguer certains détails.

Par ailleurs, les résultats produits sont nécessairement influencés par les analyses et les interprétations des chercheurs, ainsi que par leur vision du monde, leur positionnalité et leurs suppositions, qui modèlent la manière dont les données sont collectées, interprétées et présentées. Afin de renforcer la réflexivité et de limiter les biais potentiels, plusieurs mesures méthodologiques ont été adoptées : constitution d'une équipe de recherche multidisciplinaire et multinationale, triangulation systématique des sources et validation croisée des interprétations.

Malgré ces limites, l'étude apporte des perspectives précieuses susceptibles d'informer la recherche, les politiques et les programmes futurs, particulièrement en Afrique occidentale et centrale où les données sur ces phénomènes restent rares.



Annexe 2

Cadres juridiques et politiques documentés dans les cinq pays

Bénin

Catégorie	Texte	Date	Contenu clé
Législation	Loi n° 2003-04	03/03/2003	La loi relative à la santé sexuelle et à la reproduction autorise l'Interruption Volontaire de Grossesse dans 3 conditions
International	Protocole de Maputo	30/09/2005	Le Bénin ratifie le Protocole de Maputo sur les droits des femmes en Afrique, y compris l'article 14(2)(c) sur l'avortement.
Législation	Loi n° 2011-26 portant prévention et répression des violences faites aux femmes	09/01/2012	Cette loi établit un cadre complet pour prévenir et réprimer les violences faites aux femmes. La loi ne fait pas référence au droit à l'Interruption Volontaire de Grossesse après des violences sexuelles.
Législation	Code pénal	2018	Le nouveau Code pénal intègre les dispositions relatives à l'avortement (articles 513-518), au viol et aux agressions sexuelles (articles 553 à 557)

Catégorie	Texte	Date	Contenu clé
Législation	Loi n° 2021-12 modifiant et complétant la loi n° 2003-04 du 03 mars 2003 relative à la santé sexuelle et à la reproduction.	20/12/2021	Cette loi modifie la législation de 2003 en autorisant l'interruption volontaire de grossesse dans quatre situations distinctes y compris avec comme quatrième condition la détresse matérielle, éducationnelle, professionnelle ou morale. L'article 19-I explique que proposer ses services pour réaliser une interruption volontaire de grossesse, en public, en réunion ou par la propagation d'écrits est puni selon le Code pénal article 519. Et il est stipulé que les mêmes peines sont appliquées aux personnes qui font la promotion de moyens, d'objets et de procédés relatifs à l'interruption volontaire de grossesse.
Opérationnel	Arrêté n° 054/ MS/DC/SGM/C/ SA du 23 juin 2022 : fixant le paquet de services relatifs à la santé sexuelle et à la reproduction	22/06/2022	L'arrêté inclut explicitement les « services d'avortement sans risque » dans l'offre de soins
Opérationnel	Procédures Opérationnelles Standards (POS) pour la prévention et la réponse aux violences basées sur le genre	Février 2023	Ce protocole standardise des procédures de prise en charge des violences de genre (actualisé depuis 2014). Malgré la référence à la loi de 2021 sur la santé reproductive, il ne mentionne pas l'accès à l'interruption volontaire de grossesse pour les victimes-survivantes de violences sexuelles, constituant une lacune majeure dans la coordination intersectorielle.
Opérationnel	Décret n° 2023-151 fixant les conditions d'interruption volontaire de grossesse	19/04/2023	Ce décret fixe les conditions d'interruption volontaire de grossesse avec des définitions opérationnelles, y compris l'objection de conscience pour les professionnels de santé

Burkina Faso

Catégorie	Texte	Date	Contenu clé
Constitutionnel	Constitution	1991	La Constitution garantit les droits fondamentaux de tous les citoyens
International	CEDEF	1984	Le pays ratifie la Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes
Législation	Code santé publique	13/05/1994	L'article 89 interdit la publicité, la vente et l'information relatives aux produits abortifs, ainsi que l'incitation à l'avortement dans les lieux publics. Cette interdiction de promotion génère souvent une confusion et une crainte erronée d'interdiction totale d'information sur l'avortement légal. Le document explique aussi les conditions dans lesquelles les pharmaciens peuvent vendre des produits abortifs et les instruments nécessaires à la réalisation d'un avortement.
Législation	Code pénal	13/11/1996	Cette révision introduit les premiers élargissements de l'autorisation pour viol et inceste avec un délai de 10 semaines et pour les malformations congénitales (Les dispositions antérieures limitaient l'avortement uniquement au sauvetage de la vie maternelle)
Législation	Loi n° 049-2005/AN du 22 décembre 2005 portant Santé de la reproduction	22/12/2005	Cette loi établit le cadre général de la santé reproductive au Burkina Faso
International	Protocole de Maputo	09/06/2006	Le Burkina Faso ratifie le Protocole de Maputo sur les droits des femmes en Afrique, y compris l'article 14(2)(c) sur l'avortement.

Catégorie	Texte	Date	Contenu clé
Opérationnel	Politiques et normes en matière de santé de la reproduction	Mai 2010	Ce document définit les grandes lignes directrices en matière de santé reproductive. Le document confirme les lois existantes (3 conditions) et met l'accent sur la prévention des avortements clandestins parmi les jeunes et l'importance des soins après avortement pour la santé reproductive des femmes et des jeunes
Législation	Décret n° 2014-048/ PRES/ PM/ MS portant Code de déontologie	07/02/2014	L'article 117 fixe les conditions pour les praticiens de réaliser un avortement thérapeutique, ainsi que les modalités d'exercice de l'objection de conscience médicale
Législation	Loi n° 061-2015/ CNT Portant Prévention, Répression et Réparation des Violences à l'égard des Femmes et des Filles et Prise en Charge des Victimes	06/09/2015	La loi reconnaît et criminalise les violences à l'égard des femmes et des filles, y compris les violences culturelles, économiques, morales, psychologiques, patrimoniales, physiques, et sexuelles. La loi ne fait pas référence au droit à l'interruption volontaire de grossesse pour les victimes de violences sexuelles qui tombent enceintes par la suite.
Législation	Code pénal	31/05/2018	Les articles 513-13 et 513-14 autorisent l'interruption sécurisée de grossesse dans trois conditions spécifiques ; l'article 513-15 criminalise l'incitation à l'avortement par tout moyen de distribution ou de publicité
Opérationnel	Manuel Soins Après Avortement et soins de l'Interruption Sécurisée de Grossesse autorisée par la loi (Manuel de référence)	Août 2021	Ce manuel technique guide les prestataires sur les soins après avortement et l'interruption sécurisée de grossesse légale. Il détaille spécifiquement les procédures en cas de viol ou d'inceste : porter plainte, obtenir l'avis favorable du procureur attestant la matérialité de la détresse, puis saisir un praticien dans les 14 semaines.

Cameroun

Catégorie	Texte	Date	Contenu clé
Législation	Décret n° 83-166 portant le Code de déontologie des médecins	12/04/1983	Ce décret interdit toutes pratiques de manœuvre abortive.
Législation	Loi n° 90-035 portant exercice et organisation de la profession de pharmacien	10/08/1990	L'article 75 interdit à toute personne de se livrer à des actes susceptibles de provoquer ou de favoriser l'avortement, y compris par la vente ou la distribution de produits abortifs, par des discours dans les lieux publics et par des documents écrits.
International	CEDEF	23/08/1994	Le pays ratifie la Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes.
International	Protocole de Maputo	13/09/2012	Le Cameroun ratifie le Protocole de Maputo sur les droits des femmes en Afrique, y compris l'article 14(2)(c) sur l'avortement.
Opérationnel	Plan stratégique de la santé de reproduction (2014-2020) Plan stratégique de la santé des adolescents (2015-2019) Le programme national multisectoriel de lutte contre la mortalité maternelle (2014-2020)	2014	Divers plans nationaux relatifs à la santé reproductive ont été mis en place, les violences basées sur le genre sont un thème récurrent, mais aucun document ne fait explicitement référence aux services d'avortement thérapeutique.
Opérationnel	Protocole national Violences basées sur le genre	Octobre 2015	Ce protocole, document non accessible publiquement mais mentionné dans les données de terrain, organise la prise en charge des victimes de violences basées sur le genre. Il n'est pas précisé si ce protocole fait explicitement référence aux services d'avortement légal en cas de viol ou d'inceste

Catégorie	Texte	Date	Contenu clé
Législation	Code pénal révisé	12/07/2016	L'article 339 autorise l'avortement thérapeutique dans deux conditions strictes; pour sauver la mère d'un péril grave pour sa santé (si les faits sont confirmés par une personne habilitée et justifiés par la nécessité), ou si la grossesse est le résultat d'un viol (après attestation du ministère de la République sur la matérialité des faits).
Opérationnel	Normes SR/PF	Mars 2018	Ce document définit les standards de santé reproductive et de planification familiale. Il mentionne aussi les malformations embryonnaires et fœtales sévères en raison des conséquences psychologiques graves sur l'état de santé de la mère, comme troisième condition. Le document décrit les étapes indispensables précédant l'avortement thérapeutique pour des raisons de santé (concernant la mère, l'embryon ou le fœtus) mais laisse dans l'ombre les étapes à suivre pour les victimes de viols.
Opérationnel	Référentiel SOGOC	-	La SOGOC développe un continuum de services de référence pour orienter les victimes-survivantes
Opérationnel	Plan stratégique national de la santé de reproduction (2024-2030)	13/03/2025	Plan pas encore disponible au moment de la présente étude
Événement	Séance plénière sur la domestication de l'article 14 du Protocole de Maputo	27/03/2025	Parmi les mesures phares adoptées figurent l'élaboration d'une loi spécifique sur la Santé de la Reproduction pour appliquer le Protocole de Maputo et la révision du Code pénal concernant l'avortement sécurisé.

Côte d'Ivoire

Catégorie	Texte	Date	Contenu clé
Législation	Code pénal	31/07/1981	L'avortement est complètement interdit et puni en Côte d'Ivoire, en vertu de l'article 366 ; cette loi introduit la première criminalisation du viol dans le droit ivoirien.
International	CEDEF	20/12/1995	Le pays ratifie la Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes.
International	Protocole Maputo	27/02/2004	Le pays signe le Protocole de Maputo sur les droits des femmes en Afrique, y compris l'article 14(2)(c) sur l'avortement.
Opérationnel	Système de Gestion des Informations sur la Violence Basée sur le Genre (GBVIMS)	Avril 2010	Introduction de système de collecte, de stockage et d'analyse de données sur les violences basées sur le genre ayant comme objectif premier la mise à disposition continue des données fiables.
International	Protocole Maputo	05/10/2011	Le pays ratifie le Protocole de Maputo
Opérationnel	Stratégie Nationale Violences basées sur le genre	2014	Cette stratégie organise l'intervention publique sur la question des violences basées sur le genre selon 5 axes d'intervention
Opérationnel	Circulaire n° 005 relative à la réception des plaintes de victimes d'agressions physiques dans les services de Police Judiciaire	18/03/2015	Cette circulaire facilite le premier niveau de déclaration des violences basées sur le genre.

Catégorie	Texte	Date	Contenu clé
Opérationnel	Circulaire n° 005 relative à la réception des plaintes de victimes d'agressions physiques dans les services de Police Judiciaire	18/03/2015	Cette stratégie organise l'intervention publique sur la question des violences basées sur le genre selon 5 axes d'intervention
Opérationnel	Circulaire n° 15/ MJ/CAB relative à la réception des plaintes pour viol.	13/07/2016	Cette circulaire précise les éléments constitutifs du viol et rappelle aux officiers de police judiciaire l'obligation de recevoir la plainte de la victime avec ou sans certificat médical.
Opérationnel	Circulaire interministérielle/ n° 016/MJ/MEMIS/ MPRD relative à la réception des plaintes consécutives aux violences basées sur le genre	04/08/2016	Cette circulaire reconnaît l'absence de pertinence du certificat médical lors de la réception des plaintes dans les cas de violences basées sur le genre
Législation	Code pénal	10/07/2019	Ce Code établit un cadre restrictif initial pour l'avortement, autorisant l'avortement à deux conditions : sauvetage de la vie de la mère et viol (et pas pour l'inceste) Avec l'avertissement que les personnes appartenant au corps médical ou à une profession touchant à la santé publique qui indiquent, favorisent ou mettent personnellement en œuvre les moyens de pratiquer un avortement (dans les conditions non prévues par la loi) seront punies
Législation	Loi 2021-893 modifiant le Code pénal	2021	Cette loi élargit la définition du viol et des sanctions.

Catégorie	Texte	Date	Contenu clé
Législation	Loi 2021-894 relative aux mesures de protection des victimes de violences domestiques, de viol et de violences sexuelles autres que domestiques.	2021	Cette loi renforce l'arsenal juridique pour mieux protéger les victimes et réprimer les responsables de ces violences.
Législation	Loi n° 2024-358	11/06/2024	L'article 427 opère une réforme majeure élargissant les conditions d'accès à l'avortement dans 3 cas : le viol et l'inceste, l'état de santé mentale et physique de la mère et la mise en danger de la vie de la mère

Togo

Catégorie	Texte	Date	Contenu clé
Législation	Code pénal	1980	Aucune référence faite à l'avortement. Jusqu'en 2006, la loi française de 1920, qui limitait l'avortement aux cas de danger pour la vie de la femme, était en vigueur.
International	CEDEF	1983	Le pays ratifie la Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes
Législation	Loi n° 84-14 relative à la protection des apprenants	1984	Cette loi condamne toute personne qui contribuerait à la grossesse ou à l'avortement d'une fille inscrite dans une école ou un centre de formation professionnelle.

Catégorie	Texte	Date	Contenu clé
International	Protocole de Maputo	30/12/2003-12/10/2005	Le Togo signe en 2003 et ratifie sans réserve en octobre 2005 le Protocole de Maputo
Législation	Loi n° 2007-005 sur la santé de la reproduction	10/01/2007	Cette loi autorise l'interruption volontaire de grossesse sur prescription d'un praticien, et en cas de grossesse issue de viol, d'inceste, mettant en danger la vie et la santé de la femme, ou lorsqu'il existe un haut risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une affection grave. Cette loi sur la santé reproductive demeure sans décret d'application depuis 20 ans.
Législation	Code santé publique	2009	L'article 107 interdit le vente ou distribution des méthodes ou des matériels nécessaires à la réalisation d'un avortement L'article 108 précise les conditions d'interruption de grossesse autorisées ; notamment pour (1) sauver la vie d'une mère menacée par la poursuite d'une grossesse (besoin d'attestation de 3 praticiens) (2) après preuve d'inceste ou de viol (besoin d'attestation par 3 praticiens)
Opérationnelle	Politique Nationale pour l'Équité et l'Égalité de Genre (PNEEG)	Janvier 2011	Le gouvernement togolais adopte une politique nationale pour l'égalité des sexes
Opérationnelle	Stratégie nationale de lutte contre les violences basées sur le genre	Juin 2012	Cette stratégie ambitionne de réduire les inégalités socio-culturelles et économiques au sein des familles et dans la société, d'instaurer un environnement juridique et institutionnel favorable à la non-violence.

Catégorie	Texte	Date	Contenu clé
Législation	Code déontologie médical	2013	L'article 22 régit l'objection de conscience des professionnels de santé et spécifie qu'un praticien ne peut pratiquer une interruption volontaire de grossesse que dans les conditions prévues par la loi, Notamment lorsque la poursuite de la grossesse présente une menace pour santé ou la vie de la mère ou de l'enfant. (Le viol et l'inceste ne sont pas mentionnés)
Législation	Nouveau Code pénal	2015	L'article 829 réaffirme les conditions légales d'accès à l'interruption volontaire de grossesse. Le nouveau Code consacre un certain nombre d'articles à l'interdiction des violences faites aux femmes, y compris les violences conjugales et les agressions sexuelles.
Législation	Loi n° 2022-020 portant protection des apprenants contre les violences à caractère sexuel au Togo	02/12/2022	Cette loi renforce la loi de 1984 relative à la protection des apprentis et élargit le champ d'application de la protection en couvrant toutes les formes de violence sexuelle. Elle met également l'accent sur le soutien aux victimes et prévoit la création d'un observatoire national chargé de surveiller et d'évaluer la violence sexuelle dans les lieux d'apprentissage. Sur l'interruption volontaire de grossesse elle mentionne : « Est licite, l'interruption volontaire de grossesse qui est la conséquence d'une violence à caractère sexuel. »
Opérationnelle	Protocole national de prise en charge des victimes de violences basées sur le genre	Sept. 2023	Ce protocole vise à harmoniser les procédures et à garantir aux victimes un accès à un ensemble de services intégrés et de qualité ; le protocole ne mentionne pas l'avortement légal en cas de violence sexuelle.

Annexe 3

Objectifs de l'étude

Ce travail de recherche a pour objectif de documenter et d'analyser, de manière comparative, l'accès à l'avortement légal et sécurisé pour les victimes-survivantes de violences sexuelles dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre : Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Togo et Cameroun, dont les trajectoires juridiques diffèrent sensiblement.

L'étude examine les cadres juridiques et politiques en place, identifie les obstacles à un accès effectif, analyse l'influence des facteurs sociaux et culturels, évalue les inégalités d'accès selon les caractéristiques des populations vulnérables et met en lumière les innovations organisationnelles susceptibles d'améliorer la prise en charge de ces populations particulièrement exposées.

Comprendre en profondeur les freins à la mise en œuvre des lois existantes est indispensable pour fournir aux décideurs politiques et aux parties prenantes clés les éléments nécessaires à l'élaboration de stratégies efficaces et garantir ainsi aux victimes-survivantes de violences sexuelles l'accès aux soins auxquels elles ont droit.

Objectif général

Analyser les conditions d'accès aux soins d'avortement sécurisé et légal et les obstacles rencontrés pour les victimes-survivantes de violences sexuelles en Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina-Faso, Côte d'Ivoire, Togo) et du Centre (Cameroun), en vue de formuler des recommandations pour l'amélioration de l'accès effectif aux droits reproductifs.

Objectifs spécifiques

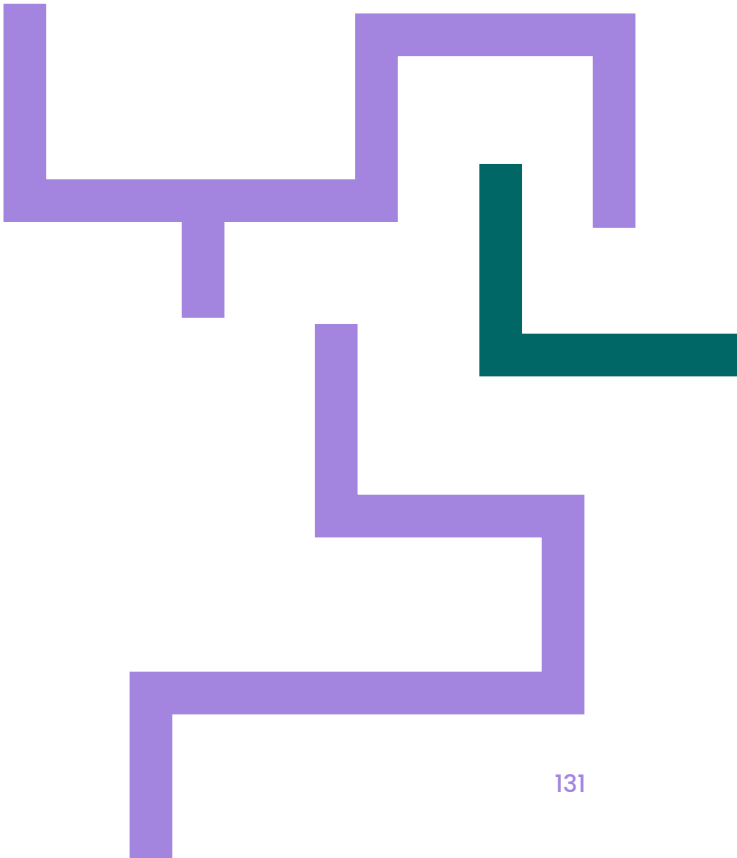
1. Documenter les cadres juridiques et politiques qui régissent l'accès aux soins d'avortement sécurisé et légal dans les cinq pays cibles (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Togo), en examinant leur conformité au protocole de Maputo ;

2. Identifier les obstacles juridiques, politiques et pratiques qui entravent l'accès des victimes-survivantes de viol ou d'inceste à un avortement légal et sécurisé, en analysant les décalages entre les intentions politiques et leur mise en œuvre ;

3. Examiner les facteurs sociaux, culturels, économiques, géographiques et liés au système de santé qui limitent l'accès effectif des victimes-survivantes de violences sexuelles à un avortement légal et sécurisé, en analysant leur interaction et leur impact selon les contextes nationaux ;

4. Évaluer les inégalités d'accès à l'avortement sécurisé et légal, en analysant les obstacles spécifiques rencontrés par les victimes-survivantes issues de groupes marginalisés ou vulnérables ;

5. Formuler des recommandations destinées aux différentes parties prenantes pour améliorer l'accès effectif à l'avortement sécurisé et légal pour les victimes-survivantes de violences sexuelles dans la région d'Afrique de l'Ouest et du Centre.



Annexe 4

Liste des abréviations et des acronymes

ABBEF	Association Burkinabè pour le Bien-Être Familial
ABPF	Association Béninoise pour la Promotion de la Famille
AFJB	Association des Femmes Juristes du Burkina
AIBEF	Association Ivoirienne pour le Bien-Être Familial
ATBEF	Association Togolaise pour le Bien-Être Familial
CAMNAFAW	Cameroon National Association for Family Welfare
CEDEF	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
CIPEC	Centres intégrés de prise en charge
CNGOB	Collège national des gynécologues obstétriciens du Bénin
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IPAS	Organisation internationale pour l'avortement sécurisé
ISG	Interruption sécurisée de grossesse
ISSP	Institut supérieur des sciences de la population
IST	Infections sexuellement transmissibles
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LAD	Nom du projet AIBEF
ODAS	Organisation pour le dialogue sur l'avortement sécurisé
OMS	Organisation pour le dialogue sur l'avortement sécurisé
ONEG	Organisation pour le dialogue sur l'avortement sécurisé
ONG	Organisation pour le dialogue sur l'avortement sécurisé
ONU	Organisation des Nations Unies
SAA	Soins après avortement

SOGOC	Société de gynécologie et d'obstétrique du Cameroun
SRAJ	Santé reproductive des adolescents et jeunes
SR/PF	Santé reproductive et planification familiale
SDSR	Santé et droits sexuels et reproductifs
UA	Union Africaine
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VSBG	Violences sexuelles et basées sur le genre

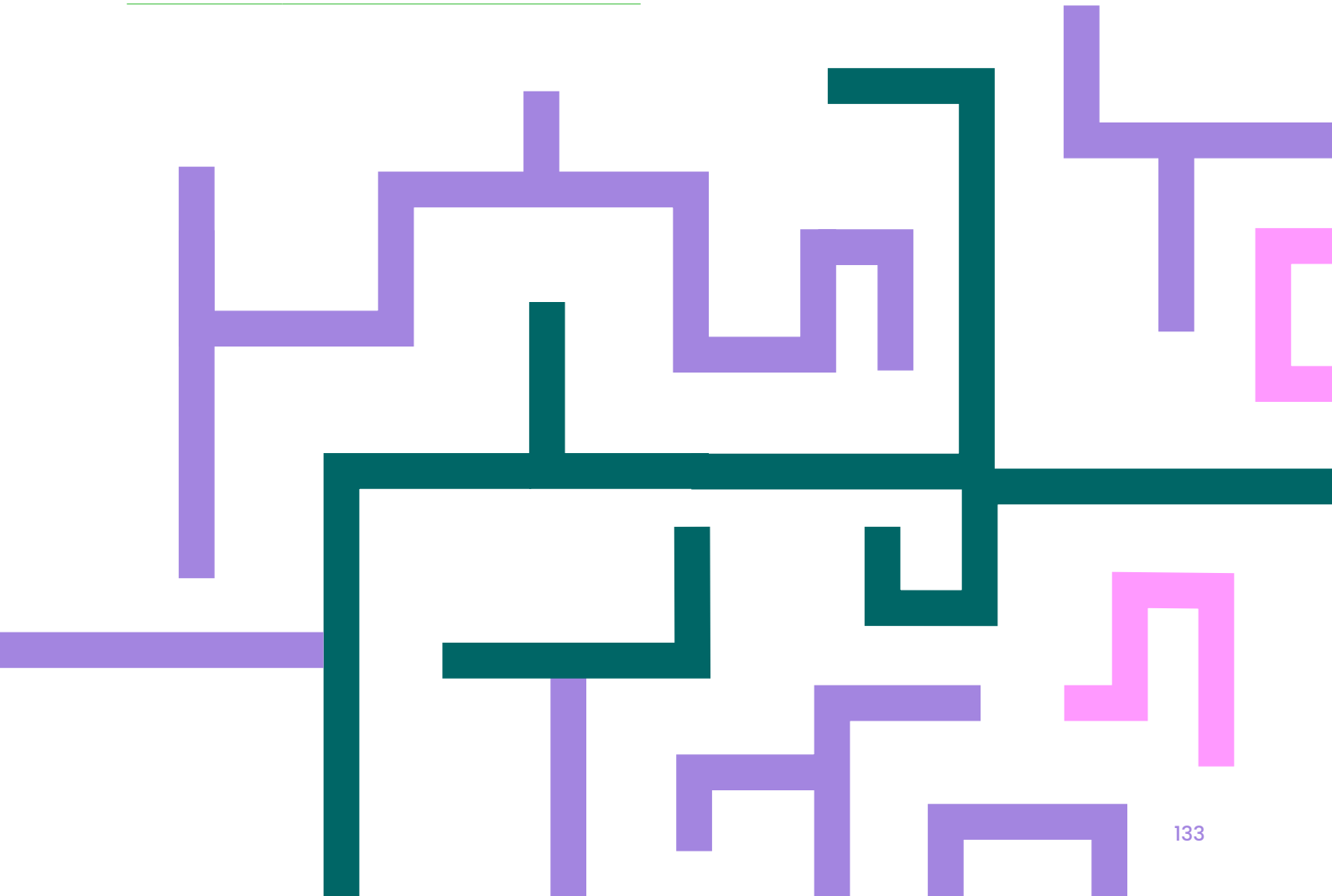
List of tables

Tableau 1 : Répartition géographique des zones d'étude en fonction de chaque pays

Tableau 2 : Répartition des entretiens réalisés en fonction des pays

List of figures

Figure 1 : Cadre d'analyse de l'implémentation des politiques de Berman adapté par Dossou et al. (2022)



Bibliographie

1. 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, 2020.
2. APHRC, Rutgers, Département de la santé du comté de Kilifi (2021), Lived experiences and pathways to abortion in Kilifi County, Kenya.
3. APHRC, Rutgers, ABPF (2022), Expériences de l'avortement au Bénin : déterminants sociaux et parcours de soins dans le département de l'Atlantique.
4. Ajayi, AI, Ezegbe, HC (2020). Association entre la violence sexuelle et les grossesses non désirées chez les adolescentes et les jeunes femmes en Afrique du Sud. BMC Public Health 20, 1370 (2020).
5. Bankole A, Remez L, Owolabi O et al. (2020).
6. Bankole A, Remez L, Owolabi O et al. (2020).
7. Bankole A, Remez L, Owolabi O et al. (2020).
8. UNFPA (2021), Mon corps m'appartient revendiquer le droit à l'autonomie et à l'autodétermination.
9. Adekola, P. O., & Adedini, S. A. (2024), Sexual Violence, Disclosure Pattern, and Abortion and Post-Abortion Care Services in Displaced People's Camps in Africa: A Scoping Review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 21(8), 1001.
10. GIZ & Réseau national des associations de tantines (RENATA) (2013), Cameroun Prévention des violences basées sur le genre et intégration des aspects de genre dans les écoles primaires et maternelles de Yaoundé.
11. Données non publiées du Kenya et du Bénin (APHRC et Rutgers)
12. Ajayi AI, Ezegbe, HHC (2020).
13. Sawadogo N (2024), Réponses inadéquates au viol à Ouagadougou : réflexions à partir des expériences de jeunes survivantes, *Santé Publique*, 36(1), 151-155.
14. Schuster S (2010), Women's experiences of the abortion law in Cameroon: 'what really matters', Reproductive Health Matters, 18(35), 137–144.
15. Sawadogo N (2024), Inadequate responses to rape in Ouagadougou: reflections based on the experiences of young survivors [in French], Santé Publique, 36(1), 151–155.
16. Adekola PO, Adedini SA (2024).
17. Union Africaine (2003), Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique.
18. Blystad A, Haukanes H, Tadele G et al. (2019), The access paradox: abortion law, policy and practice in Ethiopia, Tanzania and Zambia, *International Journal for Equity in Health*, 18, 126.
19. Asuagbor JL (2016), Status of Implementation of the Protocol to the African Charter on Human and People's Rights on the Rights of Women in Africa, New York
20. Camnafaw IPPF - Domestication du Protocole de Maputo : La... | Facebook
21. Turner KL, Senderowicz L, Marlow HM (2016), Comprehensive abortion care needs and opportunities in Francophone West Africa: situational assessment results, Ipas.
22. CERRHUD (2015), Avortements à Risque au Bénin : Ampleur, Déterminants et Analyse des Politiques Actuelles de Lutte. Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie. Cotonou, Bénin.
23. PMA Burkina Faso (2022), Résultats de l'Enquête PMA sur l'Interruption Volontaire du Grossesse Burkina Faso
24. Meyer, JW & Rowan, B (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony, *Journal américain de sociologie*, 83(2), 340–363.
25. Hafner-Burton EM, Tsutsui K (2005), Human rights in a globalising world: the paradox of empty promises, *American Journal of Sociology*, 110(5), 1373–1411.

26. Morris, J. L., Armitage, S., Davis, J., Kaur, J., Pretty, M., Ea, S., ... & de Vries, I. (2024), Professional societies of obstetrics and gynecology as agents of change in sexual and reproductive health: FIGO's 10-country safe abortion advocacy project in Africa and Latin America, *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 164,* 31–41.

27. Schuster, S. (2010). [Ibid]

28. Sawadogo, N. (2024). [Ibid]

29. PRB (2023), La République démocratique du Congo : une pionnière dans l'accès à l'avortement.

30. Glover AL, Mulunda J-C, Akilimali P et al. (2023), Expanding access to safe abortion in DRC: charting the path from decriminalisation to accessible care, *Sexual and Reproductive Health Matters, 31*(1).

31. Blystad A, Haukanes H, Tadele G et al. (2019)

32. Jibat N, Tadele G, Haukanes H, Blystad A (2024), 'We need to confirm at least from two or three': healthcare workers' discretion as gatekeepers in the context of the Ethiopian abortion law, *International Journal for Equity in Health, 23*(1), 127.

33. APHRC, Rutgers, et ABPF (2022).

34. APHRC, Rutgers, et ABPF (2022).

35. Thompson J, Undie CC, Amin A, Johnson BR, Khosla R, Ouedraogo L, ... & Askew, I. (2018), Harmonising national abortion and pregnancy prevention laws and policies for sexual violence survivors with the Maputo Protocol: proceedings of a 2016 regional technical meeting in sub-Saharan Africa, In *BMC proceedings* (Vol. 12, No. Suppl 5, p. 5). London: BioMed Central.

36. Bankole A et al. (2020).

37. Sheehy G, Moreau C, Otupiri E, Keogh S, Guiella G, & Bell SO (2024), Exploring women's knowledge of abortion legality and association with source of abortion care using population-based survey data in Côte d'Ivoire and Ghana. *Reproductive Health, 21*(1), 132.

38. PMA Burkina Faso (2022).

39. Turner KL, Senderowicz L, Marlow HM (2016).

40. Semevo A, Affo MA, Both J et Ouedraogo R, (à paraître) Avortement Sécurisé au Bénin : perceptions communautaires de la loi sur l'interruption volontaire de grossesse dans la commune de Bohicon. Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Sante Publique

41. Turner KL, Senderowicz L, Marlow HM (2016).

42. Thompson J, et al. (2018).

43. Tadele G, Haukanes H, Blystad A, et Moland KM (2019), 'An uneasy compromise': strategies and dilemmas in realizing a permissive abortion law in Ethiopia. *International Journal for Equity in Health, 18*(1), 138.

44. Bankole, A et al. (2020).

45. Palermo, T., Bleck, J., & Peterman, A. (2014). Tip of the iceberg: reporting and gender-based violence in developing countries. *American journal of epidemiology, 179*(5), 602-612.

46. Lorist J, Mbabazi MT, et Moyer E (2022). The fluidity of patriarchy: Kinship, tradition and the prevention of gendered violence in lugbaraland, Uganda. *African Studies, 81*(2), 229-246.

47. Palermo T et al/ (2014).

48. Ajayi TF (2024), Gender-based violence in West Africa: how women's and feminist movements are driving norm change. ALIGN report. London: ODI/ALIGN

49. Yin RK (2018). Case Study Research and Applications: Design and Methods (6th ed.). Sage Publications

50. Bartlett L et Vavrus F (2017), Comparative Case Studies: An Innovative Approach. Nordic Journal of Comparative and International Education, 1(1), 5-17.

51. Berman P (1978). The study of macro- and micro-implementation. Public Policy, 26(2), 157-184.

52. Dossou, J. P., Van Belle, S., & Marchal, B. (2021). Applying the realist evaluation approach to the complex process of policy implementation—the case of the user fee exemption policy for cesarean section in Benin. Frontiers in Public Health, 9, 553980.

53. Berman P (1978).

54. Dossou JP et al. (2021).

Derrière le rapport

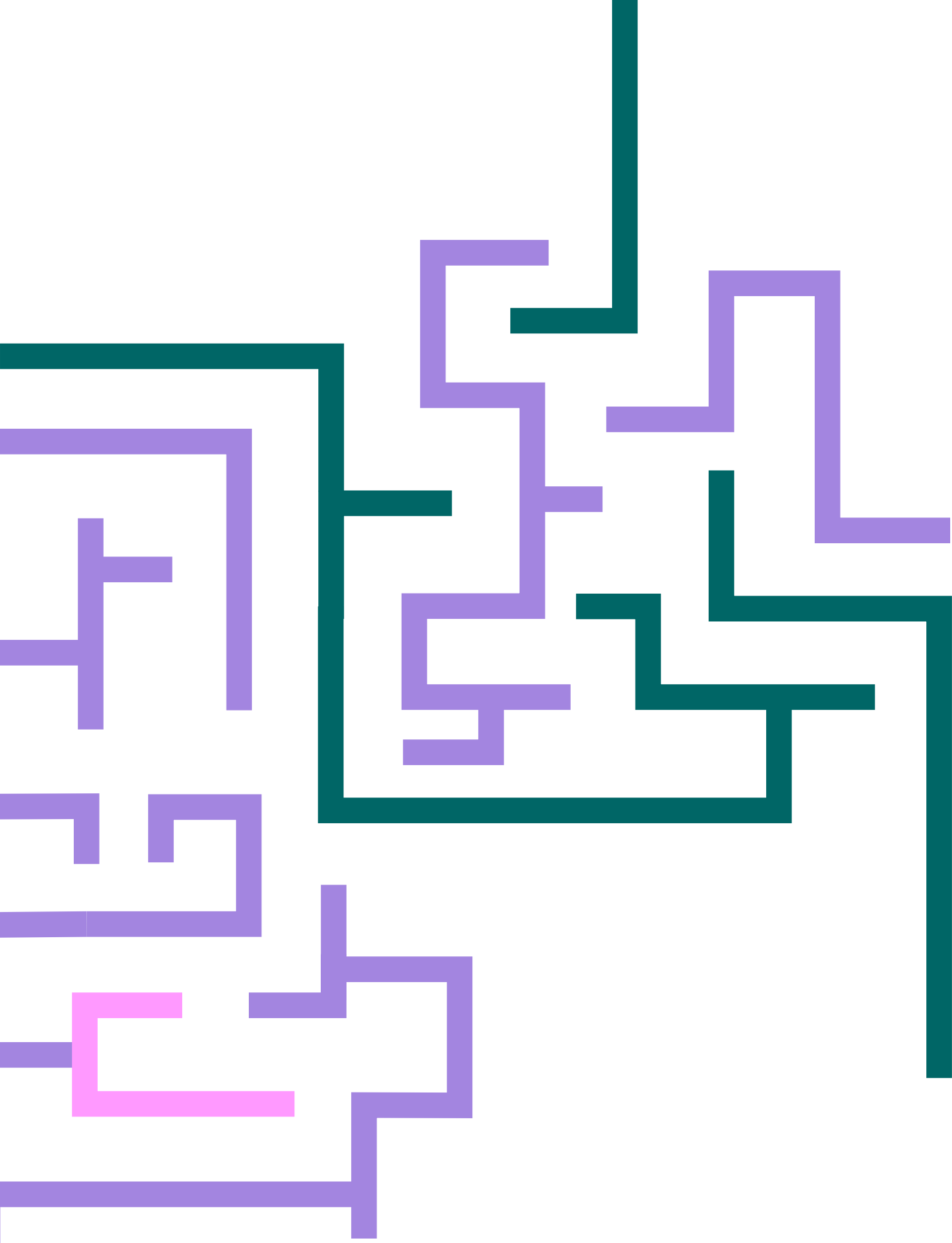
Ce rapport a pu voir le jour grâce au dévouement et à la créativité de nombreux partenaires et collaborateurs talentueux. Ensemble, leurs efforts collectifs ont transformé la recherche en une histoire vivante, qui, nous l'espérons, informera, inspirera et incitera à l'action.

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, Eva Blue and Pexels.

Responsable de campagne : Jo Atkins-Potts



Rutgers est le centre néerlandais de connaissances et d'expertise en matière de santé sexuelle, de sureté et de bien-être. Nous fournissons des informations et des ressources fiables. En collaboration avec des partenaires et des experts dans les domaines de l'éducation, de la santé et du bien-être, nous aidons les jeunes à grandir en bonne santé, en sureté et heureux. Notre travail s'étend aux Pays-Bas, à l'Europe et au-delà.

Pour plus d'informations, rendez-vous sur rutgers.international.

Chaque femme et chaque fille devrait avoir le droit de prendre des décisions concernant son propre corps et sa santé. Pourtant, des millions d'entre elles se voient refuser ce droit et sont souvent contraintes de recourir à des avortements pratiqués dans des conditions non sécurisés. Les conséquences sont dévastatrices : mortalité maternelle, blessures évitables et innombrables avenirs brisés. Cette étude met en lumière les obstacles auxquels les femmes sont confrontées, amplifie la voix des victimes et fournit des données probantes pour éclairer les politiques et les interventions visant à garantir des soins sécurisés et accessibles.

Publié par Rutgers © 2025

Rutgers

Financé par
l'Union européenne