

L'avortement légal en Tunisie

Histoire d'une exception dans la région

Webinaire SRHM –ESR
Quelles priorités en SSR pour l'Afrique Francophone?
8 Octobre 2020



Selma HAJRI

Groupe TAWHIDA Ben Cheikh
Recherche & Action en pour la Santé des Femmes

Réseau RAWSA MENA



la Mortalité Maternelle, une question de droits humains

- Et pas seulement de santé publique
- Situation alarmante: 1,000 femmes/jour, pas de progrès notables sur ODM 5
- HCDH, Rapport 2010 au Conseil droits de l'homme
- Les Etats ont l'obligation de fournir des services appropriés en matière de soins pré et post natal:
 - pas priorités et sous-financés donc pas disponibles
 - de mauvaise qualité, inaccessibles (honte, cout, distance, absence d'information)
- Résultat de discriminations contre les femmes:
 - mariages d'enfants et grossesses précoces, violence, mutilations génitales = augmentation du risque des complications de la grossesse

L'Expérience Tunisienne basée sur la mise en place des services de PF depuis 1973

**Un programme national prioritaire pendant plus de
35 ans (1975- 2010)**

Evolution de la loi en Tunisie

- **1957 Code du Statut Personnel Tunisien** : Divorce, Recul du Mariage après 17 ans, interdiction de la polygamie, droit de vote , tutrice légale etc...
- **Juillet 1965 :1ère loi sur l' avortement** légalisant l'avortement pour les femmes ayant plus de 5 enfants, au cours des trois 1ers mois de grossesse.
- **Septembre 1973 : Avortement à la demande**
L' IVG est autorisée au cours des trois premiers mois de grossesse (14 SA), quelque soit le nombre d' enfants, dans un établissement hospitalier, sanitaire ou une clinique autorisée, par un médecin exerçant légalement sa profession.
- **Création de l' ONFP en 1973**: Programme National de PF et accès légal à l' IVG.

ONFP:

1974 : Mise en oeuvre du programme de PF

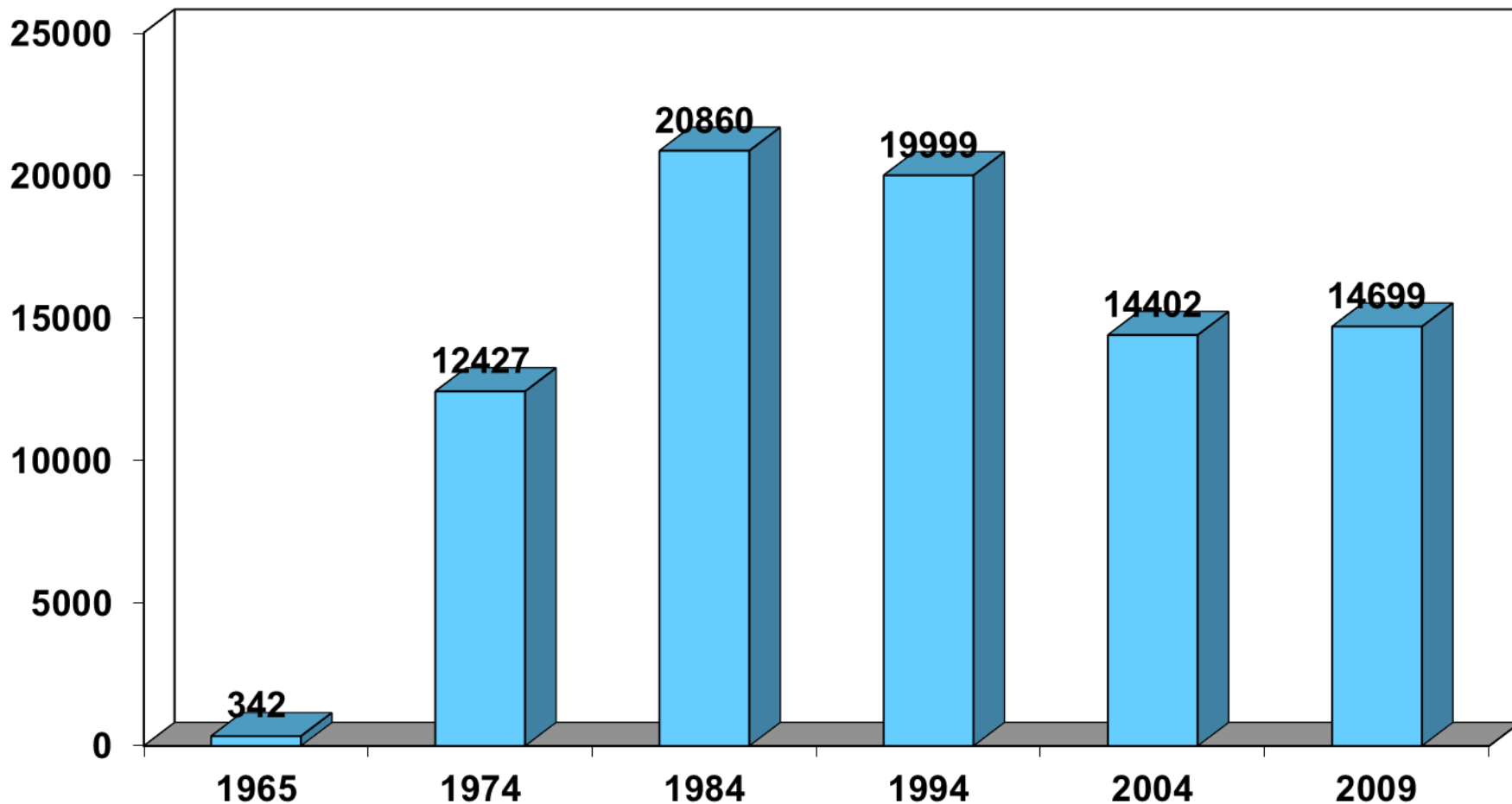
1994 : Devient le programme de SR.

Organisation des services de SR/PF selon des principes :

1. **Accès à tous** les citoyens : couverture de tout le territoire par les structures SR/PF : 1 structure de service de SR/700 femmes en âge de procreation
2. **Gratuité totale** de toutes les prestations
1. **Libre choix** de la contraception et de la méthode d'avortement par la femme.



Evolution des avortements depuis la mise en application de la loi en 1965 (1)



Introduction de l' avortement médicamenteux

C'est appuyée sur la recherche clinique en Tunisie :

1998-2010: Programme de Recherche clinique et opérationnelle de l'ONFP avec Population Council puis avec Gynuity.

Puis sur l' introduction progressive dans les cliniques de PF

Nov 2002 : dans **10** centres de santé de la reproduction répartis sur 10 régions sur 24 en collaboration avec *Population Council/Gynuity*

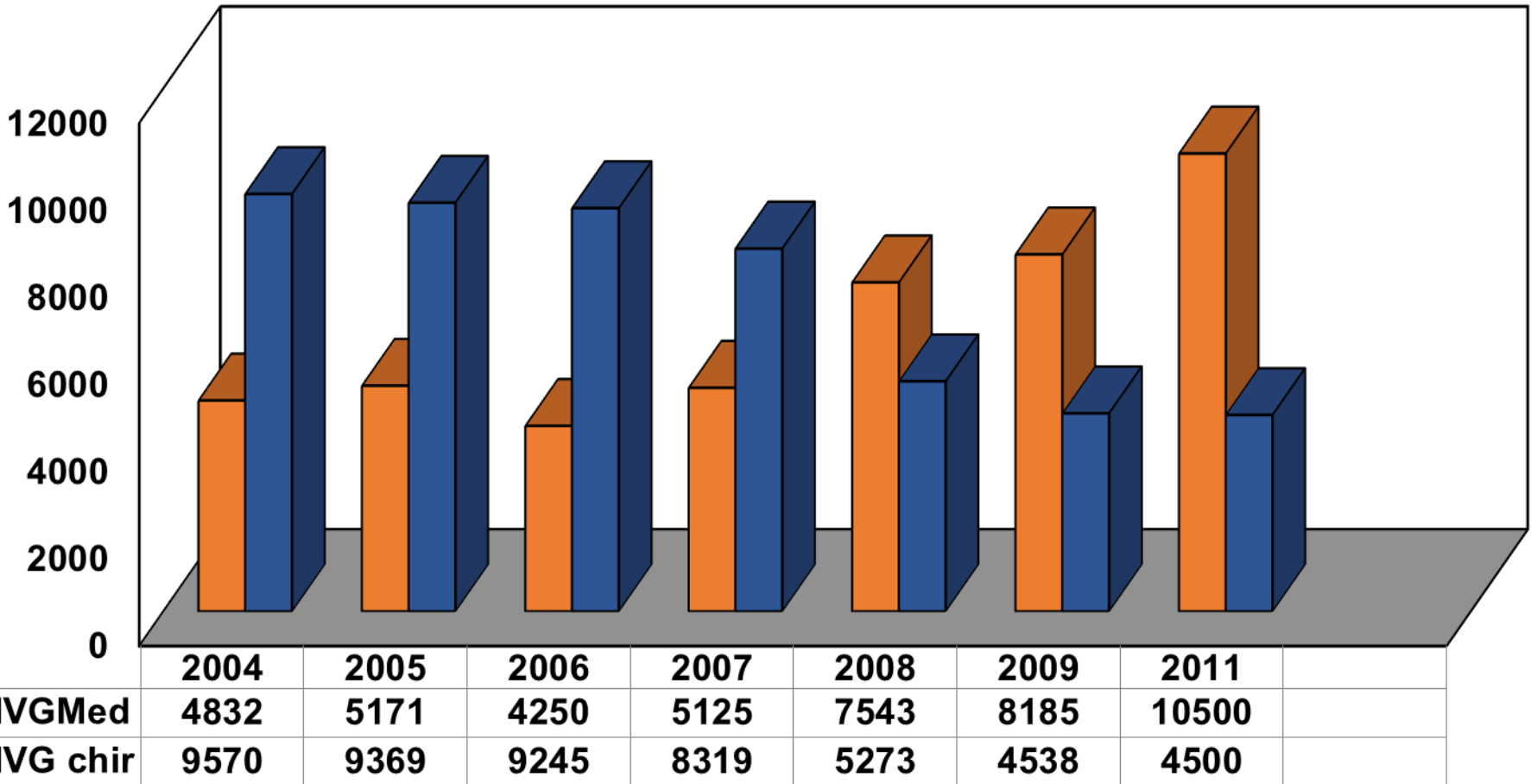
2008: En collaboration avec *Gynuity Health Project* extension de la méthode au niveau de 5 autres régions

2010: Extension à toutes les régions du pays (24) réalisée à la fin de l' année 2011.

En incluant les Sages femmes pour la délégation de toutes les activités d'AM



Avortement médicamenteux/chirurgical 2004 - 2011



Prévalence Contraception & taux d'avortement

Country	Contraceptive Prevalence Rate (all methods)	Abortion Rate (per 1,000 MWRA annually)
Tunisia	60 % (2009)	5.5 (2006)
Sweden	75% (2010)	20.8 (1996)
Turkey	73% (2008)	15.1 (2008)

Source: UNFPA Abortion World Policies, 2013.

http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/WorldAbortionPolicies2013/WorldAbortionPolicies2013_WallChart.pdf

Conclusion

Avant 1965

- la situation de la mortalité maternelle et celle de l'avortement était similaire à celle des pays de la région

Aujourd'hui

- les complications des avortements sont très rares et les femmes n'en meurent plus
- La légalisation de l'avortement et l'accès au PF ont permis de réduire les complications des avortements clandestins (unsafe)
- L'introduction de l'avortement médicamenteux a amélioré l'accessibilité à l'avortement sans risque.

Conclusion (suite)

- La légalisation de l'avortement est un facteur prouvé de réduction de la mortalité maternelle
- Dans les pays où les indications légales de l'avortement ont été élargies, la mortalité et la morbidité maternelles ont été rapidement réduites
- Les stratégies de prise en charge contraceptive avant et surtout après avortement doivent être révisées régulièrement en fonction de l'avancement de la science mais aussi des besoins des femmes.



APRES 2011

Les aspects positifs de la législation Tunisienne

1. Pas de délai de réflexion
2. Accès plus facile avec l'implication des sages femmes pour l'AM
3. Pas d'autorisation du mari
4. Accessible à toute femme majeure
5. Gratuité dans les services publics
6. Toujours associé à une information sur le choix contraceptif

Les résistances

- Autorisation parentale toujours nécessaire pour les mineures ne peut être remplacé par un adulte tiers ou un juge
- Absence de formation des prestataires pour assurer une meilleure prise en charge et dépasser les blocages culturels et religieux stigmatisants
- Pas de volonté politique de renforcer le programme de SR

Les failles

- Pas de changement ou d'adaptation de la législation pour l'application des techniques modernes (avortement médicamenteux, l'extension de l'autorisation aux sages femmes)
- Pas de technique d'IVG manuelle (AMIU) surtout pour les régions défavorisées
- Pas de souplesse dans l'application des textes en vigueur (extension au secteur privé de l'AM)

L'impact de la COVID19

- Crise du Covid 19 s'est greffée sur un contexte marqué par un fléchissement de la performance du programme national de santé reproductive:
- Trois semaines après le début de l'épidémie en Tunisie: Abandon du soutien aux structures de première ligne:
 - Consultations de santé maternelle et néonatale
 - Services de contraception et d'avortement dans les cliniques du PF &
 - Fermeture de certains centres de l'Office National de la Famille et la Population (ONFP).
- Le couvre-feu et le confinement généralisé, avec l'absence de moyens de transports ainsi que la crainte des contaminations : difficultés pour accéder aux services de SR, en particulier pour les accouchements et les autres urgences de santé reproductive.
- **Conséquences:**
 - Augmentation des accouchements à domicile avec les complications
 - Grossesses non désirées, de refus ou d'impossibilité d'obtenir un avortement sécurisé
 - Risque de voir les femmes avec des demandes d'avortements tardifs et des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions .

Les trois articles sélectionnés sur l'avortement dans la revue SRHM

- *Le premier touche à la **stigmatisation** et aux dégâts de cette stigmatisation tant sur les femmes que sur les soignants.*
- *Le deuxième discute de **l'utilité de parler du fœtus** avec les femmes qui ont avorté, un tabou, alors qu'il semble qu'en parler accroît la résilience émotionnelle des femmes.*
- *Enfin, le troisième article aborde le problème de la **difficulté d'accéder à des soins liés à l'avortement** chez des femmes réfugiées, ici il s'agit de femmes congolaises réfugiées en Ouganda. »*

MERCI

