

Adhesion du Personnel Soignant a la Nouvelle Loi de Legalisation de l'Avortement au Benin

Atade Sèdjro Raoul

UER en gynécologie Obstétrique, Institut de Formation en Soins Infirmiers
et Obstétricaux (IFSIO), Université de Parakou, Bénin

Vodouhe Mahoublo Vinadou

Klizezo Roger

Ogouola Trinité Olouwanichol

UER en gynécologie Obstétrique, Faculté de Médecine (FM),
Université de Parakou, Bénin

Ayaka Richard

Souley Anifath

UER en gynécologie Obstétrique, Institut de Formation en Soins Infirmiers
et Obstétricaux (IFSIO), Université de Parakou, Bénin

Bakary Hikmath

Bouraima Kassirath

Nabima Roger

Aka Ulrich

Gogan Dorine Merveille

Salifou Kabibou

UER en gynécologie Obstétrique, Faculté de Médecine (FM),
Université de Parakou, Bénin

[Doi:10.19044/esj.2024.v20n3p70](https://doi.org/10.19044/esj.2024.v20n3p70)

Submitted: 28 October 2023

Accepted: 28 December 2023

Published: 31 January 2024

Copyright 2024 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Cite As:

Atade S.R., Vodouhe M.V., Klizezo R., Ogouola T.O., Ayaka R., Souley A., Bakary H., Bouraima K., Nabima R., Aka U., Gogan D.M. & Salifou K. (2024). *Adhesion du Personnel Soignant a la Nouvelle Loi de Legalisation de l'Avortement au Benin*. European Scientific Journal, ESJ, 20 (3), 70. <https://doi.org/10.19044/esj.2024.v20n3p70>

Résumé

Introduction : La légalisation de l'avortement au Bénin a déclenché une levée de boucliers de l'opinion publique même au sein du corps médical. Objectif : Etudier l'adhésion du personnel soignant à la légalisation de l'avortement au Bénin. Méthodes d'étude : Il s'est agi d'une étude transversale

à visée descriptive avec recueil prospectif des données. L'étude s'est déroulée du 1er janvier au 30 mars 2022. Tout le personnel soignant qualifié exerçant sur le territoire béninois était la cible de l'étude. Résultats : Au total 4080 agents de santé ont été enquêtés. Ils étaient en majorité des sages-femmes (35,5%), du secteur public (46,7%) ayant moins de 10 ans d'expérience professionnelle (82,3%) et étaient enregistrés à un ordre professionnel (78,7%). Plus de la moitié du personnel soignant enquêté (57,3%) n'adhérait pas à la loi sur l'interruption volontaire de la grossesse (IVG). Ils ne retrouvaient aucune nécessité à légaliser l'avortement au Bénin (60,2%). Moins d'un agent sur six se disait être prêt à réaliser l'IVG (14,9%). En revanche, 21,7% refusaient catégoriquement de la réaliser. Pour le reste (54,3%), ils ne réaliseront pas l'IVG si les raisons évoquées par la gestante n'étaient valables. Les agents prêts à réaliser l'IVG n'étaient pas tous d'accord à être un répondant en matière d'IVG dans leur lieu d'exercice (89,4%). Ils avaient évoqué comme obstacles la religion (91,1%), la conscience (83,2%). Conclusion : Un travail énorme reste à faire au niveau du personnel de santé pour que l'IVG soit effective au Bénin.

Mots-clés: Adhésion, légalisation, interruption volontaire de grossesse, Bénin

Adherence of Care Personnel to the New Legalization of Abortion in Benin

Atade Sèdjro Raoul

UER en gynécologie Obstétrique, Institut de Formation en Soins Infirmiers et Obstétricaux (IFSIO), Université de Parakou, Bénin

Vodouhe Mahoublo Vinadou

Klizezo Roger

Ogouola Trinité Olouwanichol

UER en gynécologie Obstétrique, Faculté de Médecine (FM),
Université de Parakou, Bénin

Ayaka Richard

Souley Anifath

UER en gynécologie Obstétrique, Institut de Formation en Soins Infirmiers et Obstétricaux (IFSIO), Université de Parakou, Bénin

Bakary Hikmath

Bouraima Kassirath

Nabima Roger

Aka Ulrich

Gogan Dorine Merveille

Salifou Kabibou

UER en gynécologie Obstétrique, Faculté de Médecine (FM),
Université de Parakou, Bénin

Abstract

Introduction: The legalization of abortion in Benin has triggered an outcry from public opinion even within the medical profession. **Objective:** To study the support of healthcare personnel for the legalization of abortion in Benin. **Study method:** This was a cross-sectional study with a descriptive aim and prospective data collection. The study took place from January 1 to March 30, 2022. All qualified healthcare personnel working in Beninese territory were the target of the study. **Results:** A total of 4080 healthcare workers were surveyed. They were mainly midwives (35.5%), from the public sector (46.7%) with professional experience of less than 10 years (82.3%) and were registered with a professional order (78.7%). More than half of the healthcare personnel surveyed (57.3%) did not adhere to the law on voluntary termination of pregnancy. They found no need to legalize abortion in Benin (60.2%). Less than one agent in six said they were ready to perform the abortion (14.9%). On the other hand, 21.7% categorically refused to carry it out. For the rest (54.3%), they will not carry out the abortion if the reasons

given by the pregnant woman were not valid for terminating a pregnancy. The agents ready to perform the abortion do not all agree to be respondents regarding abortion in their place of practice (89.4%). They mentioned religion (91.1%), and conscience (83.2%) as obstacles. Conclusion: An enormous amount of work remains to be done among health personnel to make abortion effective in Benin.

Keywords: Membership, legalization, voluntary termination of pregnancy, Benin

Introduction

Dans le monde, environ 73 millions d'avortements provoqués ont lieu chaque année ; 6 grossesses non désirées sur 10 (61 %) et 3 grossesses sur 10 (29 %) se sont terminées par un avortement provoqué (Bearak et al, 2020). Les estimations mondiales de 2010 à 2014 démontrent que 45 % de l'ensemble des interruptions volontaires de grossesse étaient non sécurisées et 97% de ces avortements non sécurisés ont lieu dans les pays en voie de développement (Ganatra et al, 2017). Les conséquences de ces avortements sont aussi dévastatrices que mortelles. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2020), 7 millions de femmes par an étaient hospitalisées pour des complications dues à un avortement non sécurisé; avec 220 décès pour 100 000 avortements non sécurisés dans les pays en développement (Ganatra et al, 2017).

Au Bénin, l'avortement est la troisième cause de décès maternels et 13% des décès maternels sont imputables aux avortements clandestins (DSME, 2018). Pour réduire cette mortalité maternelle liée aux avortements à risque, l'Assemblée nationale du Bénin a voté la loi numéro 2021-12 du 20 décembre 2021 qui modifie et complète la loi numéro 2003-04 du 03 mars 2003 relative à la santé sexuelle et à la reproduction. Cette nouvelle loi permet ainsi l'interruption volontaire de grossesse (République du Bénin, 2021). L'avortement était jusque-là interdit sauf dans certaines circonstances particulières comme : une grossesse issue d'un viol, d'une relation incestueuse, une grossesse menaçant la vie de la mère ou une malformation sévère du fœtus. Le Bénin est devenu ainsi l'une des très rares nations du continent africain à autoriser l'interruption volontaire de grossesse. Cette légalisation de l'avortement a déclenché une levée de boucliers de l'opinion publique. Pour les uns, il s'agissait d'une "autorisation à tuer", tuer un être faible, sans défense de surcroit. Pour d'autres il s'agissait d'une porte ouverte à la débauche et la transgression des interdits par les jeunes et adolescents. Même au sein du corps médical appelé à réaliser l'interruption volontaire de grossesse comme un service de soins de santé, les avis étaient divergents au point où la question de la mise en œuvre de cette loi ne présage aucunement

d'une réalisation effective. C'est pour répondre à cette inquiétude que le présent travail a été initié. Il vise à étudier l'adhésion du personnel soignant à la légalisation de l'avortement au Bénin.

Méthodes d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive avec recueil prospectif des données qualitatives. L'étude s'est déroulée du 1^{er} janvier au 30 mars 2022. Tous les établissements de soins (à savoir centre de santé, hôpital de zone, centre hospitalier départemental, centre hospitalier et universitaire et les centres privés et confessionnels) offrant des prestations de soins sur le territoire béninois ont servi de cadre à notre étude. Tout le personnel soignant qualifié (médecins spécialistes, médecins généralistes, sages-femmes et infirmières/Infirmiers) exerçant sur le territoire béninois était la cible de l'étude. Tout le personnel soignant qualifié exerçant au Bénin depuis au moins 01 an a été inclus dans la présente étude. Ceux n'ayant pas donné leur consentement pour participer à l'étude n'ont pas été retenus. Il a été procédé à un recrutement exhaustif du personnel soignant qualifié remplissant les critères d'inclusion. La taille de l'échantillon a été proportionnelle au nombre de participants enregistrés. La variable dépendante de l'étude était l'adhésion du personnel soignant qualifié à la loi sur l'IVG au Bénin. Les variables indépendantes ont porté sur les caractéristiques socio-professionnelles du personnel soignant, les variables liées à la réalisation de l'IVG, les obstacles et les mesures d'accompagnement de cette loi sur l'IVG. Il s'est agi d'un recueil selon le mode de questionnaire auto administré. Les données ont été collectées à partir d'une fiche d'enquête numérisée qui a été envoyée par courrier électronique à travers les applications mobiles « Whatsapp, Twitter, Messenger » à toutes les personnes cibles. Quant à la copie dure de la fiche d'enquête, elle a été imprimée et remise en mains au personnel de santé qui n'a pas pu être joint par les applications mobiles. Il s'est agi d'un remplissage individuel et automatique du questionnaire. Les enquêtés étaient libres de faire le remplissage dans le cadre qui leur convenait, et ceci dans le délai raisonnable qui a été prescrit. Le questionnaire une fois remplie a été renvoyé par le même canal utilisé au départ. Au terme de la collecte des données, un dépouillement des fiches de collecte de données a été réalisé en vue de s'assurer de la complétude des données collectées, de leur cohérence dans le remplissage et dans leur validation. La saisie des données a été effectuée dans le logiciel Épi Data, version 3.1. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 20 (IBM Corporation, New York). 21. Les mesures de fréquence ont été utilisées pour décrire et analyser les données collectées. Le traitement du texte a été fait à l'aide du logiciel d'application Microsoft WORD version 2016 et la confection des tableaux et graphiques grâce aux logiciels d'application Microsoft Excel version 2016.

Résultats

Au total 4080 agents de santé ont participé à cette étude. Le personnel soignant exerçant au Bénin en 2022 était estimé à 8075 (Gouvernement du Bénin, 2023 ; Unicef, 2022) ce qui fait un taux de participation de 50,53%

Caractéristiques socioprofessionnelles des agents enquêtés

Les agents enquêtés étaient majoritairement des sages-femmes (35,5%). Les travailleurs du secteur public étaient les plus représentés (46,7%) ; en thème de nombre d'année d'expérience professionnelle, 82,3% avaient de moins de 10 ans et 78,7% étaient enregistrés à un ordre professionnel.

Tableau I. Répartition des agents de santé enquêtés en 2022 sur la légalisation de l'IVG au Bénin en fonction des caractéristiques socioprofessionnelles (n=4080)

	Effectifs	Pourcentage
Catégorie professionnelle des agents (n=4080)		
Sages-femmes	1448	35,5
Médecin généralistes	1295	31,7
Infirmiers	521	12,8
Médecins en spécialisation (DES)	384	9,4
Médecins Spécialistes autres que gynécologues-obstétriciens	252	6,2
Médecins gynécologues-obstétriciens	180	4,4
Secteur d'activité des agents (n=4080)		
Public	1904	46,7
Privé	1808	44,3
Confessionnel	368	9
Années d'expérience professionnelle (n=4080)		
Moins de 10 ans	3356	82,3
[10 - 20[596	14,6
[20 – 30[108	2,6
30 ans et plus	20	0,5
Enregistrement à un ordre professionnel (n=4080)		
Oui	3212	78,7
Non	868	21,3

Autres caractéristiques socio-professionnelles

Plus de la moitié des agents de santé enquêtés étaient de sexe Féminin (57,4%) et de nationalité béninoise (97,6%). En ce qui concerne la religion, 72,6% des agents étaient chrétiens, 25,1% musulmans et 1,9% de religion endogène et 0,9% d'athée. Ils étaient mariés dans 49,9%, célibataires dans 31%, en union libre dans 16,6% et divorcés/veufs dans 2,6%.

Avis du personnel soignant sur l'IVG et sa légalisation au Bénin

Plus de la moitié du personnel de santé enquêté (57,3%) avait donné un avis défavorable sur l'interruption volontaire de la grossesse. Ils (58,3%)

étaient contre la légalisation de l'avortement au Bénin et ne retrouvaient aucune nécessité à légaliser l'avortement au Bénin (60,2%).

Demande d'IVG

Avant la légalisation de l'avortement au Bénin, 88,5% des agents de santé avaient déjà été sollicités une fois pour un avortement clandestin et 28,8% l'avaient au moins une fois réalisé.

Attitudes face à une demande d'IVG

Malgré la légalisation de l'IVG, moins d'un agent sur 6 se disait être prêt à réaliser l'IVG (14,9%). En revanche, 21,7% refuseront catégoriquement de la réaliser. Pour 63,4% des agents de santé, la réalisation de l'IVG se fera au cas par cas. Parmi eux 54,3% ne réaliseront pas l'IVG si les raisons évoquées par la gestante n'étaient pas valables pour interrompre une grossesse. Les raisons valables pour la réalisation d'une IVG pour ces derniers étaient : un fœtus porteur d'une malformation (60%), une grossesse issue d'un viol (43,2%), une grossesse suite à un inceste (39,8%), une grossesse qui constituerait une menace pour la vie de la mère (1,5%).

Attitudes après refus de réalisation de l'IVG

Les agents de santé ayant refusé de réaliser l'IVG quel que soit les conditions, affirmaient qu'ils dissuaderont les gestantes dans 35%, ou les orienteront vers d'autres confrères pour l'IVG (32,9%). Certains ont affirmé qu'ils (32,1%) abandonneront les patientes à leur sort.

Caractéristiques des agents prêts à réaliser l'IVG

Les agents de santé prêts à réaliser l'IVG exerçaient dans les centres publics (48,1%) ou privés (40,5%). Il s'agissait des sages-femmes dans 38,73%, des médecins généralistes dans 26,88% et des médecins gynécologues-obstétriciens dans 13,8%. Ces derniers avaient entre 20 et 30 ans d'expérience dans 60%, étaient de sexe féminin dans 42,2%, et étaient divorcés dans 58,8%. Ils étaient de religions endogènes dans 44,4% et de religion chrétienne dans 42%. Ils avaient déjà été sollicités pour une IVG dans 41,3%.

Les agents de santé prêts à réaliser l'IVG n'étaient pas tous d'accord à être un répondant (Point focal) en matière d'IVG dans leur lieu d'exercice (89,4%). Ils ont évoqué plusieurs obstacles à être un répondant. Parmi ces obstacles figuraient la religion (91,1%), la conscience (83,2%), la culture (40,9%), et la famille (15,2%). Ils ont suggéré comme mesure d'accompagnements pour leur faciliter la tâche : une adoption du code pénal à la pratique de l'IVG (30,1%), faire adhérer les leaders religieux (38,8%) ; rémunérer les agents de santé du secteur public après chaque IVG (11,5%).

Discussion

Dans le monde, tous les pays ne sont unanimes quand il s'agit de la question de la légalisation de l'avortement ; les législations sont variables, allant de l'autorisation à la demande de la femme jusqu'à l'interdiction totale de l'IVG (Guillaume et Rossier, 2018). Sur 25 des 27 Etats de l'Union européenne, l'interruption volontaire de grossesse est légalisée ou dépenalisée sans besoin de justification de la part de la femme qui décide d'y recourir (Toute l'Europe, 2023). Par contre, tous les Etats latino-américains interdisent aujourd'hui aux femmes d'interrompre volontairement leur grossesse, hormis le Cuba, le Guyana, la ville de Mexico¹, l'Uruguay, et l'Etat d'Oaxaca au Mexique (Lacombe, 2019). Ils sont très rigoureux en interdisant non seulement la pratique de l'avortement mais surtout en punissant (peine de prison), les auteurs y compris l'agent de santé. Les grossesses issues d'un viol, ou comportant un risque vital pour la mère ou une grossesse avec fœtus non viable peuvent être avortées selon des motifs dérogatoires du code pénal (Lacombe, 2019). Mais tel n'est pas le cas en Haïti, en république dominicaine ou encore en Honduras où la femme ne peut avorter quel qu'en soit le motif (Guillaume et Rossier 2018 ; OMS, 2017). Dans ces pays tout avortement spontané est même suspect. La légalisation de l'avortement a créé une vague d'indignation au sein de la population béninoise et ceci d'autant plus que le Bénin est un pays encore ancré dans la tradition et dans la religion. Plus de la moitié des agents de santé béninois (57,3%) se sont indignés contre cette loi. Gravido et al. avaient rapporté des résultats similaires à Malte : 78% des agents de santé se sont opposés à la légalisation de l'avortement. La religion chrétienne, la culture en sont les principales raisons. Pour certains il s'agit d'un "crime", d'autres craignent un développement des comportements sexuels à risque (multipartenaires sexuels) et une irresponsabilité à la vie procréative (Bongfen et Abanem, 2019). Mais dans la présente étude 64,3% des agents de santé sont prêts à réaliser l'avortement lorsqu'il existe une indication médicale ou lorsque la grossesse est issue d'un viol ou d'inceste. Ramos et al. rapportaient les mêmes résultats en Argentine.

Dans la présente étude, 88,5% des agents de santé ont affirmé avoir été déjà sollicités pour la réalisation d'un avortement clandestin. Plusieurs études africaines mettent en exergue les taux élevés de demande/ réalisation d'avortements clandestins : 61,7% d'avortements clandestins chez les élèves en Côte d'ivoire (Aké-Tano et al. 2017), 39% en population générale à Lomé (N'Bouke et al. 2012). Ces taux ne sont que la partie visible de l'iceberg. En réalité ces avortements sont réalisés clandestinement et ne sont déclarés que lorsqu'apparaissent des complications dont bon nombre conduisent au décès. Il est estimé en 2019 à 185 décès maternels pour 100 000 avortements en Afrique subsaharienne (Ngo Mayack, 2022). L'ampleur du problème devrait amener certains agents de santé du Bénin à revoir leur position puis que

32,1% d'entre eux ont affirmé ne pas orienter les patientes vers d'autres confrères et abandonneront les patientes à leur sort. Aké-Tano et al. avaient notifié que l'itinéraire suivi pour l'avortement plaçait l'agent de santé en dernière position. L'automédication fut le principal recours (70 %) à la première tentative puis en cas d'échec ce furent les tradipraticiens (56,4 %). C'est seulement en cas d'échec ou de non satisfaction que les agents de santé ont été les plus sollicités (85,7 %). Si après de multiples tentatives d'avortement, ces femmes se tournent vers les agents de santé et elles sont encore délaissées, cela pose un véritable problème ; les chiffres de la mortalité maternelle seront excessivement élevés par des morts évitables. Ces agents condamnent l'avortement au nom du droit de l'embryon à la vie ; or en réalité aucune femme ne va à l'avortement par plaisir.

Il existe un contraste entre acceptation de la légalisation de l'avortement et la réalisation de l'avortement. En effet il ressort de l'étude que pour les 41,7% des agents enquêtés qui étaient d'accord pour la légalisation de l'avortement, pourtant seulement 14,9% étaient prêts à le réaliser. Plusieurs études ont rapporté cet état d'incohérence du personnel de santé [Puri et al 2018 ; Jérôme 2018]. Les agents de santé acclament la légalisation de l'avortement mais dès qu'il s'agit de le réaliser ils deviennent réticents. A cette allure, l'objectif de l'Etat Béninois visant à diminuer le taux des complications liées aux avortements non sécurisés, risque de ne pas être atteint. Une table ronde réunissant les membres du gouvernement, les autorités sanitaires, les gynécologues, les médecins généralistes, les médecins d'autres spécialités, les sages-femmes, les ONG et les leaders religieux, serait l'idéal afin d'amener les agents de santé à réaliser l'IVG pour réduire ainsi ses conséquences dévastatrices.

Près de la totalité des agents enquêtés (91,1%), ont évoqué la religion comme obstacles à la réalisation de l'IVG. Ramos et al. par contre retrouvaient en Argentine que la majorité des agents enquêtés (7/10) évoquaient comme obstacles la peur des conséquences juridiques, le manque de connaissance à la procédure et l'objection de conscience. Les obstacles hospitaliers et logistiques, les obstacles liés à l'isolement professionnel et la stigmatisation, ont été évoqués au Canada (Dressler et al 2013). En Italie une étude montrait que 68,4% des gynécologues sont objecteurs de conscience, un pays où la majorité de la population est catholique (Caruso, 2020) ; le manque de personnel qualifié et la religion étaient les principaux obstacles liés à la réalisation de l'IVG en Italie. Les obstacles varient ainsi d'un pays à un autre.

Conclusion

Un grand travail reste à faire au niveau des agents de santé pour susciter leur adhésion à cette nouvelle loi. Les agents de santé appelés à réaliser l'IVG sont contre la légalisation de l'avortement au Bénin. Une

grande partie d'entre eux ne trouvent pas la nécessité de la légalisation de cette loi au Bénin. Très peu d'agents de santé qualifiés sont prêts à réaliser effectivement l'IVG au Bénin. La religion reste le premier obstacle à la réalisation d'une IVG au Bénin. L'IVG pourrait-elle vraiment entrer dans les pratiques des prestataires de soins au Bénin?

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données : Toutes les données ont été incluses dans le contenu de l'article.

Déclaration de financement : Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

Études humaines : L'étude a été approuvée par la faculté de Médecine de Parakou. Approbations obtenues auprès du comité d'examen institutionnel compétent et directives éthiques (consentement, anonymat, etc.) suivies.

Références:

1. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C et al. (2020). Grossesses non désirées et avortement par revenu, région et statut juridique de l'avortement : estimations à partir d'un modèle complet pour 1990-2019. *Lancet Glob Santé*, 8(9), e1152-e1161. Doi: 10.1016/S2214-109X(20)30315-6.
2. Ganatra B, Gerdt C, Rossier C, Johnson Jr B R, Tunçalp Ö, Assifi A et al. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*, 2017, 390, 2372-81. Repéré à [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4)
3. Organisation Mondiale de la Santé. (2020). Prévention des avortements à risque. Repéré à <https://www.who.int/fr/newsroom/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
4. Ministère de la santé du Bénin DSME. (2018). Plan opérationnel de réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin PO-RMMN 2018- 2022. Repéré à <https://www.prb.org/wpcontent/uploads/2020/06/Benin-Plan-Operationnel-de-Reduction-dela-Mortalite-Maternelle-et-Neonatale-au-Benin.pdf>
5. Gouvernement de la République du Bénin. (2021). Encadrement de l'avortement au Bénin : Le Parlement a adopté la loi modificative.

- Repéré à <https://www.gouv.bj/article/1518/encadrement-avortement-benin-parlement-adopte-modificative/>
6. Gouvernement du Bénin. (2023). Appels à candidatures. Repéré à <https://www.gouv.bj/doc/570/download>
 7. Unicef .(2022). Country Office Annual Report 2022 Benin – 1170.Repéré à <https://www.unicef.org/media/136861/file/Benin-2022-COAR.pdf>
 8. Guillaume A, Rossier C. (2018). L' L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences. *Population*,73(2),225-232
Doi : 10.3917/popu.1802.0225
 9. Toute l'Europe. (2023). Droit à l'avortement dans l'union européenne. Repéré à <https://www.touteleurope.eu/societe/le-droit-a-l-avortement-dans-l-union-europeenne/>
 10. Lacombe D. (2019). L'avortement : enjeux politiques et sociaux (I). *Problème d'Amérique Latine*, 3(114), 5-11
 11. Organisation Mondiale de la Santé. (2017). « Global abortion policies database », World Health Organization, Human Reproduction Program, Repéré à <http://srhr.org/abortion-policies/>
 12. Gravino G, Caruana-Finkel L. (2019). Abortion and methods of reproductive planning: the views of Malta's medical doctor cohort. *Sex Reprod Health Matters* ,27(1),287-303.
Doi: 10.1080/26410397.2019.1683127
 13. Bongfen MC, Abanem E. (2019). Abortion practices among women in Buea: a socio-legal investigation. *Pan Afr Med J*,32, 146, 2-9 Doi: 10.11604/pamj.2019.32.146.17732
 14. Ramos S, Romero M, Ramón Michel A.(2014).Health care providers' opinions on abortion: a study for the implementation of the legal abortion public policy in the Province of Santa Fe, Argentina. *Reprod Health*,11(1),1-10. Doi : 10.1186/1742-4755-11-7
 15. Aké-Tano SOP, Kpebo DO, Konan YE, Tetchi EO,Sable SP, Ekou FK, et al. (2017). Pratiques d'avortement chez des lycéennes à Yamoussoukro, Côte d'Ivoire. *Santé publique*, 29(5),711-17
Doi :10.3917/spub.175.0711
 16. N'Bouke A, Calvès AE, Lardoux S. (2012). Le recours à l'avortement provoqué à Lomé (Togo) Évolution et rôle dans la réduction de la fécondité. *Population*,67(2),357- 85. Doi :10.3917/popu.1202.0357
 17. Ngo Mayack J. (2022).Opinions de femmes sur la législation relative à l'avortement dans la ville de Yaoundé. *Pan African Medical Journal*, 43(88), 2-10
<https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/43/88/full>

18. Puri M, Lamichhane P, Harken T, Blum M, Harper CC, Darney PD, et al. (2012). "Sometimes they used to whisper in our ears": health care workers' perceptions of the effects of abortion legalization in Nepal. *BMC Public Health*,12(1),297 Doi: 10.1186/1471-2458-12-297
19. Jérôme G. (2018). En Italie, 70 % des médecins refusent de pratiquer des IVG. *Le Monde*. Repéré à https://www.lemonde.fr/europe/article/2018/05/23/en-italie-70-des-medecinsrefusent-de-pratiquer-des-ivg_5303169_321
20. Dressler J, Maughn N, Soon JA, Norman WV. (2013). The Perspective of Rural Physicians Providing Abortion in Canada: Qualitative Findings of the BC Abortion Providers Survey (BCAPS). *PLOS ONE*, 8(6), e67070. Doi:10.1371/journal.pone.0067070
21. Caruso E. (2020).Abortion in Italy: Forty Years On. *Fem Leg Stud*, 28(1),87-96. Doi: 10.1007/s10691-019-09419-w