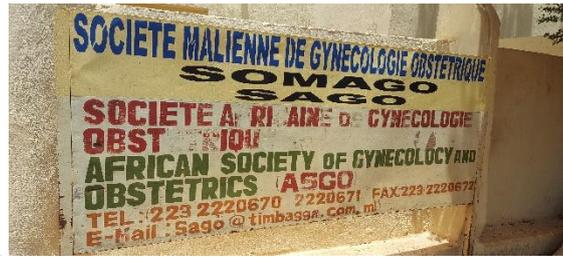




KIT Royal
Tropical
Institute



Mali Rapport

EVALUATION DES BESOINS SUR LE PLAIDOYER POUR L'AVORTEMENT SECURISE

POUR LA SOCIETE MALIENNE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE (SOMAGO)

MISE EN SERVICE PAR LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE (FIGO)
CONDUITE PAR: KIT ROYAL TROPICAL INSTITUTE - UNITÉ DE SANTÉ

Lalla F. Traoré, Susan Bulthuis¹

Mai 2018

KIT - Health
Mauritskade 63
1092 AD Amsterdam
Telephone +31 (0)20 568 8711
Fax +31 (0)20 568 8444
www.kit.nl/health

¹ Le premier et le deuxième auteur ont également contribué à ce rapport

Remerciements

L'équipe d'évaluation aimerait remercier tous ceux qui ont rendu possible cette évaluation des besoins. En premier lieu, ce sont les membres de SOMAGO, en particulier ceux qui ont fait des efforts pour partager leurs points de vue et opinions. Nous remercions tout particulièrement le président du SOMAGO, Professeur Youssouf Traore et le point focal du projet, Professeur Niani Mounkoro, qui nous ont ouvert les portes de SOMAGO et nous ont beaucoup aidés dans l'organisation de cette évaluation des besoins.

L'équipe aimerait souligner la contribution active et précieuse de tous les participants de l'atelier des parties prenantes, y compris les membres du SOMAGO, l'association des sages-femmes du Mali, l'ordre des sages-femmes du Mali, l'ordre des infirmiers du Mali, PSI Mali, Marie Stopes international et USAID /SSGI. Ce sont les participants qui ont façonné cette évaluation des besoins et le plan d'action qui l'accompagne.

Enfin, l'équipe aimerait remercier FIGO pour son soutien et ses conseils techniques.

Table des matières

Remerciements	2
Acronymes	4
Résumé	5
1. Introduction	6
Objectif de l'évaluation des besoins	6
Les objectifs d'évaluation des besoins	6
2. Méthodologie.....	7
Défis	8
3. Résultats.....	9
3.1 Revue documentaire.....	9
3.2 Enquête en ligne	16
3.3 Les entretiens avec des acteurs clés	20
3.4 Atelier de partie prenants.....	26
4. Conclusion.....	29
5. Recommandations pour le programme futur	30
Bibliographie	31
Annexe 1 Program et participants de l'atelier	33
Annexe 2: Aperçu de l'enquête en ligne sur les résultats.....	36
Annexe 3 : Réseautage.....	37
Annexe 4 : Analyse SWOT	38
Annexe 5 : Plan d'action du pays	39

Acronymes

AEIU	Aspiration électrique intra-utérine
AMIU	Aspiration manuelle intra-utérine
AMPPF	Association malienne pour la protection et la promotion de la femme :
ASFM	Association des sages-femmes du Mali
CFA	Communauté financière africaine
CEDEF	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CSCR	Cadre stratégique pour la croissance et la réduction de la pauvreté
CSCOM	Centre de santé communautaire
CPS/SSDSPF	Cellule de planification et de statistiques des secteurs santé, développement social et de promotion de la femme
CSREF	Centre de santé de référence
DFM	Direction des finances et du matériel
DNS	Direction Nationale de la santé
DSR	Division santé de la reproduction
DNPFEF	Direction nationale de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille
EDSM	Enquête démographique et de santé du Mali
FIGO	Fédération Internationale de gynécologie et obstétrique
FNASCOM	Fédération nationale des associations de santé communautaire
INSTAT	Institut national de la statistique
IPPF	International Planned Parenthood Federation
KIT	Institute Royal des Tropiques.
MSI	Marie Stopes International
MS	Ministère de la santé
ONGs	Organisations non gouvernementales
PPTÉ	Pays pauvres très endettés
PSI	Population Services International
SR	Santé de la reproduction
SAGO	Société africaine de gynéco-obstétrique
SDESE	Service du développement social et de l'économie solidaire
SOMAGO	Société malienne de gynécologie obstétrique

Résumé

La présente évaluation vise à fournir une meilleure compréhension des capacités et des besoins de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO). De façon spécifique, il vise l'identification des principaux besoins en matière de plaidoyer pour l'avortement sécurisé qu'un futur projet multi-pays de la Fédération Internationale de gynécologie et obstétrique (FIGO) pourrait financer. En outre, elle a essayé d'apporter plus de clarté sur la façon dont la FIGO peut plus efficacement renforcer les capacités des sociétés nationales dont la SOMAGO. Pour cela, elle s'est basée sur la revue de la documentation, une enquête en ligne adressée aux membres de la société, les entretiens avec les différentes parties prenantes et sur un atelier des membres et partenaires de la SOMAGO.

La recherche documentaire a montré que des informations limitées sont disponibles sur les avortements au Mali. Cependant, les autres composantes de la recherche ont confirmé que l'avortement à risque et ses complications constituent un problème sérieux au Mali, mettant en danger la vie de nombreuses adolescentes, jeunes filles et femmes. La pratique de l'avortement à risque est un phénomène assez répandu et confirme que le besoin d'un avortement sécurisé pour réduire ce problème est urgent.

Le cadre légal du Mali est restrictif et l'avortement sécurisé, légal ou illégal, est donc fourni de manière clandestine. En plus le plaidoyer en faveur de l'avortement sécurisé rencontre des nombreuses difficultés dans un contexte où les normes sociales, et les croyances religieuses sont enracinées en défaveur de l'avortement sécurisé. Pour les membres de la SOMAGO, les valeurs personnelles versus les normes professionnelles causent souvent un dilemme ou une réelle confusion dans l'offre des soins d'avortement.

Pour renforcer le plaidoyer en faveur de l'avortement sécurisé, il faut que la société en partenariat avec les différentes parties prenantes initie un dialogue franc pour convaincre les tenants et aboutissants de ses normes sociales et convictions religieuses. La forte présence de la SOMAGO en tant que leader dans les connaissances techniques de l'avortement et son expérience, constituent une opportunité pouvant influencer et permettre un réseautage avec des organisations partageant la même vision pour la défense et l'offre des services d'avortement sécurisé aux femmes qui expriment le besoin.

En tant que défenseur pour l'avortement sécurisé, la société devra dans la mise en place de son réseau relever les potentiels défis identifiés lors des entretiens avec les acteurs, et durant les deux jours d'atelier. Ceci pourrait inclure :

- Renforcer la gestion et l'organisation de la SOMAGO comme un formidable acteur plaidoyer pour l'avortement sécurisé ;
- Établir un réseau coordonné et dynamique d'associations qui soutiennent l'avortement sécurisé
- Transformer les normes sociales et du genre à tous les niveaux concernant l'avortement sans risque mais dans le contexte de la loi Malienne.
- Veiller à ce que le cadre juridique soit cohérent tout en menant une sensibilisation sur le cadre juridique aux parties prenantes à tous les niveaux pour une interprétation harmonieuse.
- Assurer un processus de création et d'utilisation des données pour la surveillance et la planification des services

Ces différents défis, identifiés en collaboration avec la SOMAGO, ont été repris et traduites en un plan d'action préliminaire avec des activités et des résultats concrets. Le plan d'action sera développé en collaboration avec la SOMAGO et la FIGO et servira de source d'inspiration pour le développement d'un futur programme pour la promotion de l'avortement sécurisé au Mali.

1. Introduction

Ce rapport national est le résultat d'une évaluation des besoins menée par KIT (Royal Tropical Institute) avec la Société malienne de gynécologie obstétrique (SOMAGO) concernant le plaidoyer pour un avortement sécurisé. Le Mali est l'un des dix pays participant à une évaluation plus large des besoins pour un prochain projet multi-pays dirigé par la FIGO qui vise à accroître la capacité des sociétés nationales d'obstétrique et de gynécologie à devenir des leaders nationaux dans le travail de plaidoyer.

Objectif de l'évaluation des besoins

Cette évaluation des besoins est la première phase d'un projet d'avortement sécurisé à venir et devrait permettre une meilleure compréhension des capacités et des besoins de la SOMAGO, pour ensuite identifier les principaux besoins en matière de plaidoyer pour l'avortement sécurisé que le projet multi-pays pourrait adresser. En outre, il devrait fournir plus de clarté sur la façon dont la FIGO peut renforcer plus efficacement les capacités des sociétés nationales en général, et la SOMAGO en particulier. Cela inclut la formulation de recommandations sur le contenu du programme de renforcement des capacités par le développement des plans d'action des pays avec budget, ainsi qu'une proposition de programme global pour l'ensemble des dix pays.

Les objectifs d'évaluation des besoins

Les objectifs spécifiques sont que d'ici la fin de l'évaluation des besoins dans dix pays, la FIGO devrait avoir:

1. Un aperçu de la situation de l'avortement dans chaque pays
2. Une compréhension de la capacité et des besoins de chaque Société nationale d'obstétrique et de gynécologie sur le plaidoyer pour l'avortement
3. Un plan d'action pour chaque Société nationale d'obstétrique et de gynécologie élaborés dans le cadre d'un processus de collaboration
4. Des recommandations sur le rôle de la FIGO pour renforcer les capacités des dix Sociétés nationales en tant que défenseurs de l'avortement, traduites en une proposition globale

2. Méthodologie

Cette évaluation des besoins était formative et visait une approche hautement participative. Cela signifie que des mécanismes continus de communication et de feedback avec la SOMAGO ont été mis en place afin de créer une compréhension mutuelle et des objectifs communs.

Pour atteindre les objectifs de la mission, les méthodes suivantes ont été utilisées :

1. Revue documentaire

L'étude a été organisée sur la base de l'outil fourni à cet effet entre février et avril 2018 sur la littérature disponible et spécifique au contexte du Mali, les résultats des thèses de fin d'études de la Faculté de médecine, les documents de normes et politiques en matière de SR et de soins post avortements. Au vu de la difficulté d'avoir des informations sur une plus grande échelle, des professionnels et des managers de programme post avortement dans les organisations non gouvernementales (ONGs), ont été mis à contribution.

2. Enquête en ligne

Une enquête en ligne, utilisant le logiciel Survey Monkey, a été envoyée aux 53 membres de la SOMAGO pour les interroger sur leur appartenance à la SOMAGO, la position de la société envers l'avortement sans risque et leur propre position professionnelle et personnelle sur l'avortement médicalisé. KIT a envoyé le lien Web aux membres de la société le 26 Avril 2018. Après plusieurs rappels pour obtenir plus de réponses, 18 réponses sont revenues dont 14 étaient complètes (taux d'achèvement de 78%) L'enquête est restée ouverte pendant 2 semaines et a été clôturée le 09 Mai 2018. L'analyse a été réalisée à l'aide du logiciel Survey Monkey.

3. Entretien avec des informateurs clés

Au total, 10 participants clés ont été interviewés les 17, 23, 24 avril et 2 et 9 mai 2018. De commun accord avec le Point focal des soins post avortement de la Société nationale d'obstétrique et de gynécologie, des informateurs clés ont été identifiés au sein de la société, parmi les responsables d'ONG nationales (Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la femme : AMPPF) et internationales (Marie Stopes International :MSI) intervenant dans le domaine de la santé de la reproduction (SR), les responsables techniques nationaux (Direction nationale de la santé, Ordre des sages-femmes), les décideurs politiques (Assemblée nationale), les cadres du ministère de la sécurité et le Conseil des droits de l'Homme. Les interviews ont été conduites avec le guide d'entretien fourni et suivant les directives données par rapport au consentement éclairé, le respect de la confidentialité et de l'anonymat dans les bureaux des participants. Ceux qui ont donné leur permission pour l'enregistrement ont été enregistrés, sinon l'interviewer prenait seulement des notes pour ceux-ci. Ces notes ont été étendues en utilisant les enregistrements. Les notes ont été rassemblées et organisées en fonction des domaines thématiques décrits dans la section des constatations. Les résultats ont été analysés en tenant compte des différentes perceptions concernant l'avortement sécurisé.

4. Atelier des parties prenantes

Un atelier des parties prenantes pour une durée de deux (2) jours (25-26 avril 2018) a été organisé à Azalai Grand Hôtel de Bamako. Le but de l'atelier était d'identifier les besoins de la SOMAGO pour le plaidoyer sur l'avortement et développer un plan d'action pour la prochaine proposition de plaidoyer pour l'avortement sécurisé qui sera développée pour les Sociétés Nationales d'Obstétrique et de Gynécologie dans dix pays impliqués dans l'évaluation des besoins.

Les objectifs étaient qu'à la fin des participants des ateliers aient:

1. Discuté et identifié les opportunités et les obstacles pour fournir un avortement sans risque dans le pays sur la base de la présentation sur dossier et de sa propre expérience.

2. Exploré leurs valeurs personnelles et professionnelles liées à l'avortement et les activités identifiées pour améliorer l'accès à l'avortement sécurisé et les soins post-avortement basés sur l'éthique professionnelle.
3. Exploré les implications de la loi et des politiques nationales sur l'avortement pour l'accès à l'avortement sécurisé.
4. Expliquer le concept et les niveaux de plaidoyer et identifier les défis et les obstacles de la défense de l'avortement.
5. Identifier les forces et les faiblesses de la société nationale dans la défense de l'avortement.
6. Formuler des points d'action pour un programme de plaidoyer pour l'avortement.

Les participants ont été invités à travers toutes les régions du pays où les gynéco-obstétriciens exercent. Trente-trois participants ont été invités et ont répondu présents pour les deux jours mais il faut reconnaître que compte tenu de leur implication dans d'autres activités se déroulant à la même date, certains devaient s'absenter au cours d'une partie des travaux.

Défis

Les limites pour la revue documentaire ont été principalement liées à l'insuffisance des données sur l'avortement en général et provoqué en particulier. Cela a fait que toutes les informations que nous recherchions n'étaient pas disponibles et que nous ne dépendions que de quelques rapports, articles et thèses. Aussi la qualité de certains articles/thèses peut être faible. Nous avons indiqué où l'information manquait, ce qui pourrait aider à l'avenir pour combler ces lacunes de connaissances. En plus, les difficultés rencontrées durant les entretiens étaient en grande partie la limite de temps pour couvrir tous les informateurs clés pertinents. Certaines entrevues ont été annulées parce que l'interviewé n'était pas disponible aux jours prévus ou en retard. Alors que de nouveaux informateurs clés auraient probablement donné plus de perspicacité, les intervieweurs ont également estimé avoir atteint un certain point de saturation.

Durant les entretiens, les participants venant principalement de Bamako (la capitale du Mali). Cela nous a donné un bon aperçu de ce qui se passe dans cette région mais moins d'information est disponibles sur les zones rurales qui pourraient montrer une autre réalité. Durant l'atelier les participants des autres régions étaient présents : Ségou, Mopti, Koulikoro et Kayes. Pour des raisons de sécurité/conflits, il n'a pas été possible d'avoir les participants de Gao, Kidal ou Tombouctou. Cependant, il est important de prendre en compte le fait que la situation pourrait être différente dans ces régions, aussi en raison des conflits en cours dans ces régions.

Concernant l'enquête, le taux de réponse était 34% (18 sur 53). On a essayé d'entendre la voix de la plupart des membres. Cependant, en raison du manque d'adresses e-mail dans la liste des membres, il n'a pas été possible d'envoyer l'enquête à tous les membres. L'enquête a été envoyée auprès de 53 membres de la société alors que la société se compose de 230 membres (estimation). Pour cette raison, les résultats de l'enquête ne sont pas généralisables pour l'ensemble de la société.

3. Résultats

3.1 Revue documentaire

Informations démographiques et socio-économiques;

Du 22 mars 2012 à nos jours, sur le plan social, le Mali s'est trouvé dans un cycle d'instabilité politique, sociale et sécuritaire dont les effets se sont répercutés sur tous les secteurs de développement du pays. Sur le plan politique, les événements liés à cette situation de précarité ont conduit à l'occupation progressive et généralisée des trois régions au Nord : Gao, Tombouctou et Kidal. Les groupes armés rendant difficile la circulation des personnes et des biens d'une part mais entraînant aussi des mouvements migratoires à l'intérieur comme à l'extérieur du pays. Avec un taux de croissance démographique de 3,6 %, la population du Mali se chiffrait à 14.528.662 habitants en 2009 selon les résultats du recensement avec 7.204.990 hommes (soit 49,59%) et 7.323.672 femmes soit 50,41% (INSTAT, 2011). La population urbaine représentait 22,54% contre 77,46% de rurale. Selon les prévisions, cette population doublera d'ici 2030 si la tendance se maintenait avec une pyramide des âges à base large, plus que 55% de la population aura moins que 19 ans. L'espérance de vie à la naissance était de 67 ans à 2015 (CPS/SSDSPF, 2015). Le niveau d'instruction demeure faible au Mali pour le niveau secondaire et supérieur avec respectivement 12,4% et 4,8%. Le niveau primaire représente 82,9% des instruits. Tableau 1 montre un aperçu des données sociodémographiques et économiques.

L'analyse de diagnostic effectuée dans le Bilan commun du pays, met en exergue la baisse cumulée du produit intérieur brut (PIB) dès le début de la crise en 2012. Les crises sécuritaire, politique, sociale, humanitaire, institutionnelle et économique ont affecté l'atteinte des objectifs fixés dans le Cadre stratégique pour la croissance et la réduction de la pauvreté (CSCR). Le niveau de croissance du PIB a toujours été inférieur aux prévisions du CSCR. En effet les taux de croissance réalisés ont été de 4,3% en 2007, 5% en 2008, 4,5% en 2009 et 5,8% en 2010 contre une prévision annuelle de 7%². Les dépenses en santé du PIB était 6.86% en 2014 (Index Mundi, 2018). La proportion du budget national alloué à la santé de la mère et du nouveau-né et à la planification familiale est difficile à évaluer. Cependant selon les données fournies par la Direction des finances et du matériel (DFM), cette proportion a régressé de 2,1% en 2010 à 1,9% en 2012 (DNS, 2015) (Plan SR, 2013). Le Mali fait partie des pays les moins avancés et bénéficie de l'initiative Pays Pauvres Très Endettés (PPTE). L'incidence de la pauvreté diminue car elle est passée de 55,5% en 2001 à 47,4% en 2006 et 43,6% en 2010 (INSTAT, 2010).

Tableau 1 : Données sociodémographiques et économiques.

	Indicateurs	Valeurs	Sources
Données sociodémographiques et économiques	Population totale	17 818 996 habitants (2015)	(SLIS, 2015)
	Proportion Homme/Femme dans la population totale	51% Femme 49% Homme	(EDSM V, 2014)
	Espérance de vie à la naissance	67 ans (2015)	(SNISS, 2015)
	Proportion de population Urbaine /Rurale	22,5% Urbaine 77,5% Rurale	(EDSM V, 2014)
	Indice synthétique de fécondité	6,1	(EDSM V, 2014)

	PIB par habitant (situation économique)	780,51 USD/par personne (2016) 14.05 Billions (2016)	(Gapminder, 2016)
--	---	---	-------------------

Indicateurs sur la santé, droits sexuels et reproductifs

Au Mali, le taux de mortalité maternelle est haut : 368 pour 100 000 naissances vivantes. La mortalité néonatale est 35 pour 1000 et la mortalité infantile et infanto juvénile sont respectivement 58 pour 1000 et 98 pour 1000 (Direction nationale de la santé, 2014). La fécondité précoce est aussi élevée au Mali : 172‰ entre 15 et 19 ans, qui augmente à 252‰ entre 20 et 24 ans pour atteindre son maximum de 272‰ entre 25 et 29 ans et décroît ensuite à 44‰ aux âges de 45-49 ans (Cellule de Planification et de Statistique, 2014). La contribution des adolescentes à la fécondité se chiffre à 12 % en milieu urbain et 15 % en milieu rural. L'indice synthétique de fécondité est resté presque stationnaire dans la période entre les deux enquêtes démographiques et de santé Mali (EDSM) consécutives, 6,6 enfants par femme en 2006 (EDSM IV) contre 6,1 en 2012 (EDSM V) (United Nations, 2015). Tableau 2 montre un aperçu des taux de fécondité et décès maternels par âge (EDSM V, 2014).

Tableau 2 : Taux de fécondité et % des décès maternels par âge.

Indicateurs	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans
Taux de fécondité par âge (‰)	172‰	252‰	272‰	231‰	166‰	84‰	44‰
% décès maternels	29,3	23,1	28 %	65 %	32%	20	6

Pour la planification familiale, la prévalence est de 10% et les femmes utilisent essentiellement trois méthodes modernes : les injectables (3,8 %), la pilule (2,6 %) et les implants (2,4 %). La prévalence contraceptive chez les femmes en union n'est pratiquement pas différente de celle de l'ensemble des femmes. En effet, 10 % d'entre elles utilisent une méthode quelconque (essentiellement une méthode moderne). Par contre, parmi les femmes non en union et sexuellement actives, la prévalence contraceptive est bien plus élevée, avec 34% utilisatrices d'une méthode quelconque (essentiellement une méthode moderne (EDSM V, 2014). Le taux de nouvelles infections sexuellement transmissibles notamment pour le VIH est aussi élevé (Cellule de Planification et de Statistique, 2014). Tableau 3 montre un aperçu des indicateurs en matière de santé, droits sexuels et reproductifs.

Tableau 3 : Aperçu des indicateurs en matière de santé, droits sexuels et reproductifs

	Indicateurs	Valeurs	Sources
<i>Indicateurs en matière de santé, droits sexuels et reproductifs</i>	Taux de mortalité maternelle	368‰	(EDSM V, 2014)
	Besoins non couverts en Planning familial	23,3% pour l'ensemble des femmes	(EDSM V, 2014)
	Pourcentage de naissances produites plus tôt que souhaité	11%	(EDSM V, 2014)
	Pourcentage de grossesses non désirées	3%	(EDSM V, 2014)
	Fécondité des adolescentes Pourcentage de femmes de 15-19 ans ayant déjà commencé leur vie procréative à : - 15 ans - 16 ans	11,4%	(EDSM V, 2014)

	- 17 ans	19,7%	
	- 18 ans	37,8%	
	- 19 ans	58%	(EDSM
		66,2%	V, 2014)

Preuves et indicateurs d'avortement

Très peu d'informations sont disponibles sur l'avortement au Mali. Les chiffres dont nous disposons sont souvent basés sur les estimations. La petite quantité d'études disponibles sont caractérisées d'une part le fait qu'elles n'ont pas été l'échelle nationale et d'autre part il y a une diversité de méthodologie qui ne permet de faire une estimation fiable de l'ampleur de l'avortement (en général et de l'avortement provoqué en particulier). La quasi-totalité des études ont été menées dans les structures de santé soit sur les complications d'avortements soit sur les avortements reçus en consultations.

Dans le document « Normes et protocoles des soins d'avortement au Mali » (Ministère de la Santé, 2009), le Ministère de santé décrit que l'avortement est la cinquième cause de décès maternel et que « les avortements constituent 9% des complications directes et 5% des décès liés à ces complications » à partir d'une étude sur les soins obstétricaux d'urgence réalisée en 2003 (Ministère de la Santé, 2009). Au vu de l'ampleur du problème, les documents nationaux de Politiques, Normes et Procédures en santé de la reproduction ont été révisés en 2006 pour prendre en charge les soins après avortement dans le cadre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (Direction nationale de la santé, 2013).

De 2010 à 2015, à travers le pays, nous avons recensé différents résultats par les thèses faites. Au service de gynéco-obstétrique de l'hôpital de Gao, 24,83% (38/153) des avortements était des avortements provoqués (Touré S. I., 2010). A Bamako, 19,47% (132/678) des avortement étaient d'avortements provoqués compliqués au Centre de santé de référence (CSREF) de la commune V (Traoré C. T., 2010).

Contexte juridique et politique

Lois et politiques nationales sur l'avortement

Jusqu'en 2002, la législation relative à l'avortement était limitée à la loi du 31 juillet 1920 réprimant la provocation de l'avortement et la propagande anticonceptionnelle. Avec la promulgation de la loi SR, en 2002, les dispositions antérieures contraires ont été abrogées sans pour autant légaliser l'avortement suivant les directives et recommandations du Plan d'action de Maputo auxquelles le gouvernement du Mali a adhéré sans réserves. Il en a été de même pour le Protocole à la charte africaine des droits de l'Homme et des peuples, relatif aux droits de la femme en Afrique, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF). Malgré le fait que le Gouvernement malien ait signé ces différents documents, l'avortement reste soumis à une législation très restrictive.

L'article 13 de la loi 2002 relative à la santé de la reproduction décrit : « L'interruption volontaire de la grossesse ne saurait en aucun cas être considérée comme une méthode contraceptive.

Il est interdit tout avortement qui consiste dans l'emploi de moyens ou de substances en vue de provoquer l'expulsion prématurée du fœtus, quel que soit le moment de la grossesse où cette expulsion est pratiquée par tout motif autre que :

- La sauvegarde de la vie de la femme enceinte ;
- Lorsque la grossesse est la conséquence établie d'un viol ou d'une relation incestueuse, à la demande expresse de la femme enceinte. »

Article 17 de la loi de 2002 décrit que toute personne qui, en dehors des cas limitativement prévus à l'article 13 procède, incite à un avortement ou fournit conseil ou un moyen quelconque en vue de procéder à un avortement est punie des peines prévues par le Code pénal art. 170-172. Cependant, la dernière version du code pénal au Mali a été faite en 2001, avant le développement de la loi de 2002. Ce qui fait que les dispositions de la loi SR 2002 ne sont pas intégrées dans le code pénal. Le code pénal du Mali criminalise l'avortement pour tout motif autre que la sauvegarde de la vie de la femme et les peines de prison (six mois à 3 ans), les amendes (20.000 à 200.000 francs), les interdictions de séjour et la suspension de l'exercice de la profession sont prévus.

Cependant dans le cadre des prestations et de l'offre des services de SR, des documents de politiques et de normes en matière de soins (après) avortements ont été édités. Il s'agit des documents de Politiques, normes et procédures en santé de la reproduction (volume soins prénatals, soins périnatals) (Direction nationale de la santé, 2013) et de Normes et protocoles pour les soins d'avortement (Direction nationale de la santé, 2009). Pour les ONGs de la place, œuvrant dans le domaine de la SR, il y a le manuel de formation « soins après avortement : guide pratique pour améliorer la qualité des soins ».

Ces différents documents, notamment celui des Normes et protocoles des soins d'avortement, décrivent la procédure à suivre par niveau et type de prestation (l'avortement médicamenteux, les aspirations et dilatation/évacuation) et par type de personnel. Généralement, Les avortements thérapeutiques sont pratiqués dans les hôpitaux. Cependant, les indicateurs concernant l'avortement ne sont pas spécifiquement notifiés dans l'annuaire statistique des hôpitaux parmi les consultations gynécologiques (CPS/SSDSPF, 2017). L'offre des services de santé et la satisfaction des besoins des femmes en âge de procréer (FAP) en matière de santé sexuelle et reproductive sont aussi problématiques dans nos contextes (IPPF, 2014).

Actuellement au Mali, la mise en œuvre de l'avortement légal est une procédure qui implique autant les professionnels de la santé que les acteurs des secteurs de la justice et de la protection sociale pour ce qui concerne les cas autorisés par la loi SR 2002. Notons cependant que pour la mise en œuvre de l'avortement légalisé ou autorisé pour les cas de viols et d'inceste, il existe dans le contexte malien d'autres contraintes plus difficiles à lever qui sont les pesanteurs socioculturelles et la stigmatisation liées à ces situations qui font que les victimes préfèrent garder le silence que d'exiger leur droit et souvent quand elles l'exigent, elles sont confrontées à l'absence de répondants ou soumises à une sorte de chantage moral "Quand une femme est violée, la famille veut éviter que ça se sache" (Observateurs France 24, 2018).

Caractéristiques des femmes qui cherchent l'avortement

Des résultats de thèse des étudiants en médecine, nous retenons que les cibles ont les profils sociodémographiques les plus variés possibles : tous les âges de la vie procréative, mariées ou célibataires, tous les niveaux d'instruction ou sans instruction, autonomes ou pas, urbaines ou rurales, professionnellement actives ou sans occupation, toutes les gestités et toutes les parités (Belek-Ngwanza, 2008) (Kelepily, 2008) (Touré C. , 2008).

La thèse de Traoré (2010) a révélé que sur les 132 femmes qui ont fait un avortement provoqué au CSREF commune V, 68% étaient célibataires et 32% de femmes mariées. En plus, de ces 132 femmes 32.57% étaient non instruites. Dans la thèse de Touré (2010), le principal motif pour faire un avortement était le célibat dans 35,6% et dans 22.7% la cause était des contraintes scolaires. Les raisons données par l'étude de Traoré (2010) par les patientes célibataires furent : la crainte et la pression des parents avec 31,6% des cas, la peur des critiques de l'entourage (18,4%). La grossesse non désirée et l'infidélité conjugale ont été respectivement de 15,8% et 7,9% des cas. Par contre les grossesses rapprochées (5,3%) et la non maîtrise de la contraception ont motivé les femmes mariées.

De l'étude de Diarra en commune I de Bamako, les jeunes filles de 12-19 ans ont été les plus représentées avec 57,5% (Diarra, 2012). Des études citées dans la presse évoquent des proportions alarmantes aussi : 19 % des jeunes filles du niveau d'éducation secondaire et 25% du niveau universitaire de 13 à 22 ans à Bamako ont déclaré avoir avorté au moins une fois et leurs homologues hommes ont déclaré avoir été concernés par l'avortement d'une amie à raison de 12,7% pour ceux du secondaire et 21,6% des universitaires (Dia, 2014).

Obstacles à l'avortement sécurisé

Pas d'articles, rapports ou thèses disponibles sur les obstacles à l'avortement sécurisé. Cependant, lors des entretiens et de l'atelier, ces obstacles ont été discutés. Nous expliquons cela par la pénalisation de l'avortement et la stigmatisation. Cette disposition restrictive n'encourage pas la recherche sur ce thème de peur de n'avoir pas d'échantillon.

Stigmatisation de l'avortement

Pas d'articles, rapport ou thèses disponibles sur la stigmatisation liée à l'avortement. Cependant, lors des entretiens et des ateliers, la stigmatisation a été discutée.

Environnement de prestation de services

Dans le souci d'améliorer la santé de la population, le gouvernement du Mali a au fil des années étendu la couverture du territoire en structures de santé. Ainsi en 2015, il y avait 13 établissements publics hospitaliers, 63 centres de santé de référence, 1241 centres de santé communautaire et 18 CMIE/PMI (CPS/SSDSPF, 2015).

Toutes ces structures offrent un paquet minimum d'activités en santé de la reproduction y compris les soins post avortements selon leur position au sein de la pyramide sanitaire du Mali. Dans les Politiques, normes et procédures de 2013, le paquet minimum d'activités dévolu aux centres de santé communautaires inclut l'utilisation de misoprostol et de l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) pour les cas simples d'avortements incomplets si le personnel formé est disponible (Direction nationale de la santé, 2013). Tableau 4 montre un aperçu des indicateurs d'environnement de prestation de services.

Tableau 4 : Aperçu des indicateurs d'environnement de prestation de services.

Indicateurs	Valeurs (2015)
% de couverture de la population à 5 Km, 15 km et +15km	Respectivement 58%, 87% et 9%
Proportion de budget national alloué à la santé de la reproduction	1,4% (2012)
Ratio de personnel soignant	4.3 (Norme OMS =23 pour 10.000 habitants)
Taux d'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié	58,6% (EDSM V, 2014)
Taux de couverture en consultation postnatale (par rapport aux accouchements attendus)	33,3% (SLIS)

Disponibilité et accessibilité de l'avortement sécurisé

Dans le document Normes et protocoles des soins d'avortement de 2009 (Direction nationale de la santé, 2009), les différents prestataires qui peuvent faire un avortement dans les différentes structures de la pyramide sanitaire sont décrits. Dans les CSREF les AMIU/ l'aspiration électrique intra-utérine (AEIU), les avortements médicamenteux et la dilation évacuation peuvent être réalisés par les prestataires suivant : Médecins généralistes à compétence chirurgicale formés et entraînés,

spécialistes en chirurgie formés, gynécologues –obstétriciens formés et entraînés, sages-femmes. Dans les Etablissement Publique Hospitaliers de deuxième référence, les mêmes prestations peuvent être fournies.

Les prestations et prestataires qui peuvent faire un avortement au niveau d'établissement Publique Hospitalier de troisième référence sont les mêmes que pour la deuxième référence. Tableau 5 montre un aperçu des types de structure, prestations et prestataires décrit dans les normes et protocoles des soins d'avortement.

Tableau 5 : Aperçu des types de structure, prestations et prestataires

Niveaux de la Pyramide	Type de structure	Prestations	Prestataires
Niveau 2	CSREF	- AMIU ou AEIU - Avortement médicamenteux - Dilatation / évacuation	Médecins généralistes à compétence chirurgicale formés et entraînés, Spécialistes en chirurgie formés, Gynécologues - Obstétriciens, formés et entraînés
Niveau 3	EPH 2ème référence	- AMIU ou AEIU - Avortement médicamenteux - Dilatation / évacuation	Médecins généralistes à compétence chirurgicale formés et entraînés, Gynécologues -Obstétriciens formés et entraînés.
Niveau 4	EPH 3ème référence	- AMIU ou AEIU - Avortement médicamenteux - Dilatation / évacuation	Médecins généralistes à compétence chirurgicale formés et entraînés, Gynécologues -Obstétriciens Formés et entraînés.

Sur la réalité du terrain au niveau de la disponibilité et accessibilité des soins d'avortement aucune information est disponible.

Pour les soins après avortement, les services de SAA offerts dans les structures de santé incluent à la fois les soins curatifs et préventifs (Direction nationale de la santé, 2013). Les éléments clés des SAA sont :

- Les soins d'urgence de l'avortement incomplet et les complications menaçant la vie ;
- Les conseils et services de PF après avortement ;
- Le lien entre les services d'urgence et le système sanitaire au niveau des soins en matière de santé de la reproduction.

Les méthodes utilisées sont principalement l'administration de misoprostol et AMIU. Elles sont pratiquées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire du centre de santé communautaire (CSCOM) aux structures de 3ème référence) en fonction du paquet minimum d'activité qui leur est assigné. En principe, les soins post avortements sont gratuits et offerts comme tout autre service dans les structures de santé étatiques. Cependant les attitudes des prestataires et les pratiques mercantiles peuvent réduire cette accessibilité.

L'avortement à risque : acteurs et méthodes

Peu d'informations sont disponibles sur les avortements à risque. Seulement les thèses fournissent des informations. Les différentes thèses montrent que les avortements sont fréquemment faits au domicile du praticien. Par exemple l'étude de Diallo et al., (2000) montre que 72% des avortements étaient faits au domicile du praticien. En plus, l'étude de Touré (2010) décrit que le domicile du praticien était le lieu le plus fréquent de l'avortement provoqué (63.2%) et la thèse de Traore (2010) décrit que 46.21% des avortement provoqués sont effectués à domicile. La dernière thèse montre aussi que la majorité des avortements provoqué était pratique par des paramédicaux comme les sages-femmes et matrones, souvent dans les mauvaises conditions qui peuvent contribue aux complications

graves allant jusqu'au décès. Les méthodes utilisées varient d'une étude à l'autre et dépendent de la technicité de l'auteur. Dans la thèse de Traore (2010), exécuté à Bamako, les médicaments modernes sont le plus utilisés (38.8%) pour l'avortement provoqué. Suivi par le sondage utérin (25%) et le curetage (21.87%). Cette étude montre aussi que le prix moyen pour un avortement provoqué clandestin varie de 20 000 CFA à 95 000CFA.

Un journal en ligne (Mali Actu) décrit plusieurs méthodes à risque utilisées par les Maliens, comme boire le « bloua » (produit toxique qui donne l'éclat au vêtement) ou boire un mélange de médicaments traditionnels (plantes) avec des médicaments modernes (nivaquine) ou les aliments (miel ou coca-cola) (Traoré A. , 2015).

Perception des femmes et expérience de l'avortement

Peu d'informations sont aussi disponibles sur les femmes et leur expérience de l'avortement. Seulement les thèses fournissent des informations à petite échelle. L'étude de Dia (2014) montre que les femmes comme les hommes se sont montrés favorables à la dépénalisation de l'avortement concernant les grossesses non désirées à raison de 57% des étudiants du secondaire et 74% des étudiants universitaires. Dans l'étude de Traoré (2010), 85% des femmes avaient un sentiment de regret après l'avortement, 15% avait un sentiment de soulagement. Les explications pour ces sentiments n'ont pas été données. La thèse de Touré (2010) montre que 27.5% se sont senties soulagées après l'avortement. Les explications données étaient que la grossesse n'était pas désirée.

Activités de plaidoyer et acteurs

La SOMAGO, en tant que tel ne fait pas d'activité de plaidoyer pour le moment en faveur de l'avortement sécurisé. Par contre des ONG internationales de la place comme Ipas ont initié quelques activités pour le plaidoyer en faveur des soins après avortement au Mali. Par exemple, un atelier a été organisé sur la clarification des valeurs et le développement des standards sur les soins après avortement (ANTIM, 2009).

Attitudes professionnelles envers l'avortement

Les attitudes des professionnels de la santé en faveur de la légalisation de l'avortement sécurisé pour réduire les décès maternels sont mitigées. Autant il y a des "champions" autant, il a des opposants. Les principales raisons évoquées par ce dernier groupe sont d'ordre religieuse, perception d'accomplir quelque chose de mal, la stigmatisation par les pairs et/ou les clients/patients dans la communauté et surtout la peur d'une réaction violente à leur endroit et/ou leurs proches. Le groupe au milieu est constitué surtout par ceux qui attendent la légalisation pour exercer. Ces attitudes ne sont pas cependant propres aux seuls prestataires maliens, les mêmes choses ont été observées au Ghana (Morhe, Morhe, & Danso, 2007). De Dunevoices nous retenons du témoignage d'un médecin que "Ça fait des années que je fais des avortements. Mais, je n'ai jamais écrit le nom d'une patiente. Je suis donc incapable de vous dire combien j'en ai fait. Et je suis quasiment sûr qu'aucun praticien ne te donnera des statistiques" (Dunevoices, 2016). L'enquête en ligne explore davantage les attitudes professionnelles des membres de la SOMAGO.

3.2 Enquête en ligne

Cette enquête a été adressée aux membres de la SOMAGO. Au total 18 personnes ont répondu aux différentes questions en ligne adressées dans l'enquête. Malgré de nombreuses incitations du Président et KIT, le taux de feedback a été faible. Pour cette raison, les résultats de l'enquête ne sont pas généralisables pour l'ensemble de la société. Les pourcentages donnés sont alors basés sur seulement 18 répondants et non basés sur tous les membres de la société. L'objectif de cette enquête en ligne était de mieux comprendre le niveau d'implication et d'engagement des membres dans les activités de la SOMAGO, la façon dont les membres communiquent entre eux et les actions que mène la société en lien avec l'avortement au Mali. Une vue globale des résultats de l'enquête se situe en annexe de ce document.

Caractéristique des membres de la société

Les gynéco-obstétriciens ayant répondu avaient une expérience professionnelle de 5 à 15 ans dans la majorité (55,56%) ; s'étaient inscrits à 66,67% à la Société malienne de gynéco-obstétrique pour la même durée (5-15 ans) mais étaient aussi membres d'un autre organisme professionnel à 72,22%.

Engagement et niveau d'implication des membres de la société

De façon générale, la majorité (83.3%) des membres de la société interviewée déclarent être modérément à très impliqué dans la société. La plupart des participants, participe aux formations (72.2%), conférences (77.8%), réunions thématiques spéciales (61.1%) et aux réunions régulières (55.6%). Par contre la participation aux activités est en dessous de la moitié avec 38,89% des membres qui ont déclaré de toujours participer aux activités.

Communication au sein de la société

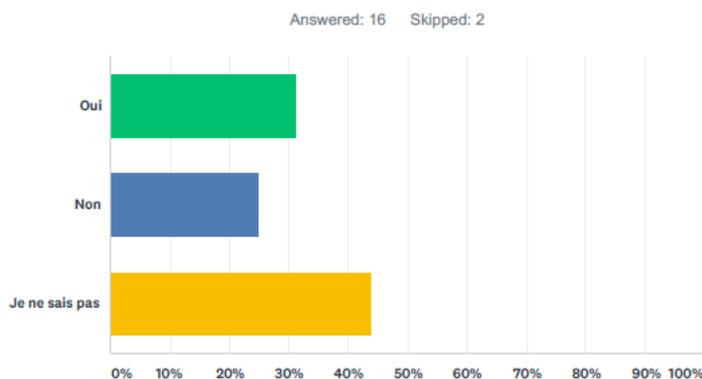
Parmi les répondants, les plus grands canaux de communication utilisés au sein de la SOMAGO sont WhatsApp (64.7%), le site internet (70.6%) et les mises à jour par mail (70.6%). La fréquence de la communication entre la Société et ses membres n'est pas bien connue car 29,41 % des répondants ne savent pas mais 23,53 % pensent que c'est hebdomadaire. La majorité des répondants (58.8%), partage qu'il faut renforcer la communication entre les membres et la SOMAGO.

ANSWER CHOICES	RESPONSES	
La communication est déjà bonne	35.29%	6
La communication est acceptable mais peut être renforcée	58.82%	10
La communication est mauvaise et doit être améliorée	5.88%	1
Je ne lis pas les communications de la Société Malienne de gynécologie obstétrique	0.00%	0
TOTAL		17

Position de la société par rapport à l'avortement

43.8% des répondants ont déclaré qu'ils ne savaient pas si la SOMAGO a une position claire sur l'avortement sécurisé. La position de la SOMAGO est claire pour 31,25% contre 25% qui estiment que la position n'est pas claire. Pour les 05 répondants qui connaissent la position de la société par rapport à l'avortement, 82,33% ont déclaré être tout à fait d'accord avec cette position et 16,67% d'accord. Par contre, la réponse à la question selon laquelle la SOMAGO informe ses membres de sa position envers l'avortement sécurisé, les points de vue sont partagés, 50% pensent qu'elle le fait, 16,6% le contraire et 33,33% ne savent pas si elle le fait ou pas. Les formations ont été la seule occasion (100%) choisie par les répondants sur la façon dont la SOMAGO informe ses membres sur sa position sur l'avortement sécurisé.

Q12 Est-ce que la SOMAGO a une position claire envers l'avortement sécurisé ?



Une majorité de 56.25% (9 de 16 répondants) déclare que la SOMAGO informe les membres sur de nouvelles preuves d'avortement, de lois, de politiques et les pratiques en matière d'avortement. Et cette information se fait principalement par partage de matériaux par email (50%), aux cours des formations (62,50%) et les réunions (43,75%). La totalité des membres enquêtés (100%) souhaitent ainsi recevoir plus de connaissance sur les thèmes liés à l'avortement sécurisé. Les membres ont partagé qu'ils souhaitent surtout recevoir plus d'informations sur les lois, politiques et protocoles de l'avortement sécurisé.

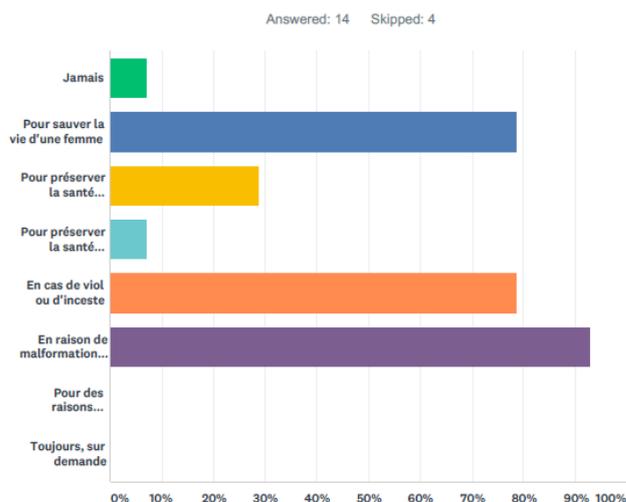
Position des membres de la société sur l'avortement

De façon générale, les répondants pensent qu'ils sont limités informés sur les lois, directives internationales et politique nationale sur l'avortement sécurisé (score de 1 à 3 sur une échelle de 5). En ce qui concerne les directives, politiques et informations sur les soins post avortement, les répondants se sentent bien informés (score 3 à 4 sur une échelle de 5).

	PAS INFORMÉ	UN PEU INFORMÉ	MODÉRÉMENT INFORMÉ	INFORMÉ	TRÈS INFORMÉ	TOTAL	WEIGHTED AVERAGE
Lois nationales sur l'avortement	14.29% 2	21.43% 3	14.29% 2	28.57% 4	21.43% 3	14	3.21
Directives internationales sur l'avortement sécurisé	57.14% 8	28.57% 4	7.14% 1	7.14% 1	0.00% 0	14	1.64
Politiques nationales sur l'avortement sécurisé	42.86% 6	28.57% 4	14.29% 2	14.29% 2	0.00% 0	14	2.00
Informations pratiques relatives à la pratique de l'avortement médicalisé (lignes directrices, recommandations)	42.86% 6	14.29% 2	21.43% 3	21.43% 3	0.00% 0	14	2.21
Directives internationales sur les soins post-avortement	21.43% 3	7.14% 1	14.29% 2	35.71% 5	21.43% 3	14	3.29
Politiques nationales sur les soins post-avortement	0.00% 0	14.29% 2	7.14% 1	50.00% 7	28.57% 4	14	3.93
Informations pratiques relatives aux soins post-avortement (lignes directrices, recommandations)	0.00% 0	7.14% 1	7.14% 1	57.14% 8	28.57% 4	14	4.07

La majorité des membres enquêtés pensent que l'avortement sécurisé devrait être autorisé ou légalisé, lorsqu'il s'agit de sauver la vie (78.57%) ou en cas viol ou inceste (78.6%), de malformation fœtale (92.9%). Une minorité pense que l'avortement doit être autorisé pour préserver la santé physique d'une femme (28.6%) ou pour préserver la santé mentale d'une femme (7.1%). Aucun des répondants ne pense que l'avortement devrait être légal pour des raisons économiques ou sociales (0%) ou toujours, sur la demande (0%). Un répondant pense que l'avortement ne devrait jamais être autorisé.

Q22 Dans quelles circonstances pensez-vous que l'avortement sécurisé devrait être autorisé / légalisé?



La majorité des membres de la SOMAGO enquêtés sont d'accord pour:

- Que les agents de santé devraient avoir le droit de décider d'effectuer ou non des avortements sécurisés en fonction de leurs valeurs personnelles et position envers l'avortement (42.9% tout à fait d'accord, 14.3% d'accord).
- Les agents de santé ont un rôle à jouer en tant défenseurs de l'avortement sécurisé (28.6% de tout à fait d'accord, 35.7% d'accord).
- Les soins post-avortement font partie des soins de santé et ne devraient pas être séparés du reste de la médecine (57.1% tout à fait d'accord, 35.7% d'accord).
- Que les agents de santé devraient être obligés de fournir des soins post avortement à toutes les femmes, indépendamment du fait que l'avortement ait été légal ou non (85.7% tout à fait d'accord, 14.29% d'accord).
- Les agents de santé doivent signaler aux autorités respectives, les cas présentant des signes d'avortements illégaux (28.6% tout à fait d'accord, 50% d'accord).

Mais sont plutôt en désaccord pour:

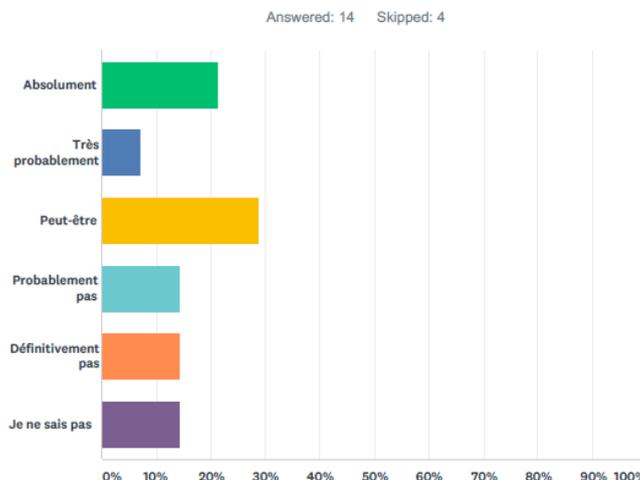
- Que les avortements sécurisés doivent être effectués que dans les cliniques privées et pas dans le système de santé publique (57.1% pas d'accord, 35.7% fortement en désaccord).
- Que les agents de santé spécialisés (gynécologues et obstétriciens) devraient être obligés d'effectuer des avortements sécurisés dans les cas où la loi le permet (35.7% pas d'accord, 42.9% fortement en désaccord).
- Les agents de santé qui s'opposent à des avortements sécurisés devraient être obligés de diriger les femmes vers d'autres agents de santé qui pratiqueront l'avortement sécurisé (42.9% pas d'accord, 14.3% fortement en désaccord).

Sur la déclaration suivante il y avait une variété d'opinions et une majorité significative pour l'accord ou le désaccord n'a pas été trouvé:

- Que l'avortement sécurisé fait partie des soins de santé et ne doit pas être séparé du reste de la médecine (14.3% tout à fait d'accord, 28.47% d'accord, 7.1% neutre, 35.7% pas d'accord, 14.3% fortement en désaccord).

Les membres ont partagé les opinions très différentes en terme de soutenir la SOMAGO dans le plaidoyer pour l'avortement sécurisé (21.4 absolument, 7.1 très probablement, 28.6 peut-être, 14.3 probablement pas, 14.3 définitivement pas, 14.3 je ne sais pas).

Q24 Souhaitez-vous soutenir la SOMAGO dans le plaidoyer pour l'avortement sécurisé?



Résumé

Le taux de réponse de l'enquête est très faible et il est donc difficile de généraliser les résultats auprès de tous les membres de la SOMAGO. Cependant, l'enquête montre que la communication entre les membres peut être renforcée et que les moyens de communication le plus courant sont par email, le site web et WhatsApp. Auprès des membres de la SOMAGO ce n'est pas bien connu si la société a une position sur l'avortement sécurisé. La majorité souhaite avoir plus d'information sur l'avortement sécurisé et ont partagé qu'ils ne se sentent pas bien informés sur les politiques, normes et procédures sur l'avortement sécurisé. Pour le soin après avortement, ils se sentent mieux informés. Une majorité souhaiterait que la situation juridique soit modifiée pour permettre l'avortement en raison d'une malformation de fœtus. La moitié des répondants ne sont pas d'accord que les agents de santé qui s'opposent à des avortements sécurisés devraient être obligés de diriger les femmes vers d'autres agents de santé qui pratiqueront l'avortement sécurisé. En plus, les membres de la SOMAGO ont des points de vue très différents à propos de leur soutien à la SOMAGO dans le plaidoyer pour l'avortement sécurisé.

Par conséquent, la communication pourrait être améliorée en utilisant davantage l'email, le site Web et WhatsApp pour partager la position de SOMAGO sur l'avortement sécurisé. Il est nécessaire de clarifier la position de la société et de ses membres sur l'avortement sécurisé pour accroître l'engagement à plaider pour l'avortement sécurisé.

3.3 Les entretiens avec des acteurs clés

Un total de 10 entretiens a eu lieu pour l'évaluation des besoins. Les entretiens sont faits avec les représentants la société Malienne de gynécologie obstétrique, IPPF/AMPPF, MSI, ordre national des sages-femmes, l'assemblée nationale (commission de santé), la direction nationale de la santé (Ministère de la Santé) et le ministère de la sécurité, commission de nationale des droits de l'homme (Tableau N°4).

Tableau N°4 Participants des entretiens

No.	Association/ Society/Organisation	No of Répondants
1	Membres de la société	3
2	MSI	1
3	IPPF/AMPPF	1
4	Ordre national des sages-femmes	1
5	L'assemblée nationale (commission de santé)	1
6	La direction nationale de la santé (DNS)	1
7	Commission nationale des droits de l'homme	1
8	Ministère de la sécurité	1
	TOTAL	10

Environnement de l'avortement sécurisé

Cadre Juridique

La loi de 2002 sur la santé de reproduction décrit: « Il est interdit tout avortement qui consiste dans l'emploi de moyens ou de substances en vue de provoquer l'expulsion prématurée du fœtus, quel que soit le moment de la grossesse ou cette expulsion est pratiquée par tout motif autre que :

- La sauvegarde de la vie de la femme enceinte
- Lorsque la grossesse est la conséquence établie d'un viol ou d'une relation incestueuse, à la demande expresse de la femme enceinte (Loi 02-044 santé de la reproduction, 2002) ».

Plusieurs participants ont constaté divers problèmes avec le cadre juridique. Le premier problème partagé est que la loi manque de décret d'application et cela fait que la loi n'est pas claire. Un participant a dit que la loi est vide à cause de l'absence de décret d'application. Ils ont expliqué que cette absence cause les difficultés parce que ce n'est pas clairement décrite quand, comment et qui peut faire les avortements.

« Sans décret d'application la loi n'est pas complète. Le décret donne les détails de la mise en application. Le décret décrit qui intervient et il permet de savoir où est ce que on peut mettre les pieds ou non » (Ministère de la sécurité)

Les raisons données par les participants pour l'absence de décret d'application sont que l'avortement est un tabou au Mali et que personne ne veut parler sur l'avortement.

Une autre difficulté constatée est que la loi SR 2002 n'affirme pas que l'avortement soit autorisé dans le cas des malformations du fœtus. Néanmoins, beaucoup de gynécologues pratiquent les avortements en cas de malformation du fœtus et disent qu'ils pratiquent ces types d'avortements comme il est en alignement avec le code de déontologie. Un participant a expliqué que les développeurs de la loi n'ont pas inclus cette condition parce qu'ils avaient peur que l'autorisation ne conduise à la sélection d'embryons par exemple sur la base du sexe.

En plus, une autre difficulté constatée est qu'il n'y a pas de cohérence entre le code pénal, la loi SR et la code déontologie. Cela peut causer des confusions et difficultés comme en ce sens que le médecin se base surtout sur le code de déontologie et la justice surtout sur le code pénal. Pour ces raisons l'harmonisation des documents sera importante.

Une dernière difficulté décrit par les participants est la méconnaissance de la loi SR par les différents acteurs clés comme les gynécologues, la police, la justice etc. Un participant a partagé que la loi n'a pas été bien diffusée mais que souvent les gynécologues sont dans leurs propre milieu et ne cherchent pas aussi à comprendre la loi. Quelques participants ont constaté que la loi même est restrictive et doit être révisée.

Les participants ont décrit que la procédure à suivre en cas d'avortement dans le cadre légal pose des barrières pour l'accès au dit service. Ils ont partagé que dans les cas de viol et d'inceste, la femme/fille doit porter plainte à la police et après c'est la police qui va envoyer la femme/fille au chef de services de la structure de santé dans la commune, souvent le CSREF. Plusieurs participant ont partagé que ce processus prend du temps et que c'est souvent difficile a approuvé un cas de viol ou inceste. Pour les « avortements thérapeutique », 2 échographies doivent être faites dans 2 différents endroits. Bien que cette procédure soit décrite par les participants, ce n'est pas clair dans la réalité comment cela se passe comme il n'y a pas un décret d'application.

Population/Demande

Plusieurs participants ont partagé qu'ils pensent que la demande pour l'avortement est là. Ils ont dit que les avortements sont faits dans le cadre légal et en dehors du cadre légal mais que la loi et les autres facteurs socio-culturels font que les avortements sont faits clandestinement. Certains participants ont dit qu'il y a une certaine « hypocrisie » au Mali : tout le monde sait que les avortements sont faits (clandestinement) mais personne ne fait ou dit quelque chose et préfère se cacher par exemple derrière la religion.

« Il y a l'hypocrisie qui accompagne le débat : Ils nous appellent pour qu'on parte prier parce qu'il y a une fille qui est morte. Quand on demande qu'est-ce qui s'est passée, ils vont dire maux de ventre, maux de tête mais on sait tous que ce sont des cas d'avortement. On sait que ça existe. Est-ce qu'il faut rester dans cette situation ou changer la situation pour sauver les vies ? » (Commission nationale des droits de l'homme)

Soins après avortement

Concernant les soins après avortement, les participants ont été beaucoup plus ouverts. Tout le monde dit qu'ils offrent ces services et plusieurs participants ont dit que la majorité des prestataires de soins ont eu les formations sur les soins après avortement. Les participants ont expliqué qu'au Mali, il y a des unités de soins après avortement (SAA), chaque commune (CSREF) a une unité SAA. Ces unités sont spécialisées dans les soins après avortement. À Bamako c'est l'hôpital de Gabriel Touré qui dispose d'une unité SAA/PF/MLDA.

Les positions de l'avortement sécurisé selon différentes institutions.

Direction Nationale de la santé (DNS) : Le DNS reconnaît que les avortements clandestins sont un grand danger au Mali et qu'il y a beaucoup des filles ou femmes qui perdent leur vie à cause de l'avortement. Le participant de la DNS explique qu'à la DNS l'avortement n'est pas une priorité et qu'il n'y a pas beaucoup des politiques sur la santé de la reproduction des adolescents et enfants. Il voit cela comme une grande défaillance dans le système de santé et pense que les activités à ce niveau doivent être renforcées. En plus, il pense que la loi est insuffisante et que le moment est arrivé que chaque femme puisse décider de quand avoir des enfants.

« Il faut légaliser les avortements parce qu'en ce moment les gens font déjà des avortements chaque jour. C'est pour ça qu'il faut créer une bonne loi et cadre, pour réduire les conséquences. Il faut que l'on commence maintenant, on doit les dire [la population] si vous voulez ou non, les avortements sont déjà faits, mais c'est mal fait ! » (DNS)

Il explique que les opinions diffèrent à la DNS : ce pas tout le monde qui est pro-avortement. Cependant, il pense que le problème des avortements est tellement grand qu'il pense que les actions doivent être grandes aussi et pour cela il souhaite être engagé dans les activités de plaidoyer.

Plusieurs autres participants ont confirmé que le DNS/Ministère de la santé (MS) est ouvert sur l'avortement sécurisé et qu'ils n'ont pas besoin de mettre beaucoup de pression pour les convaincre, mais que le problème se trouve surtout au niveau de l'Assemblée Nationale.

Ministère de la sécurité : Le participant du ministère de la sécurité a dit que la position de son ministère est forcément de suivre la loi. Cependant, à titre personnel, il a partagé qu'il pense que le code pénal doit évoluer. Il ne pense pas que la loi doit être complètement libéralisée parce qu'il ne souhaite pas que la porte soit ouverte pour tout le monde. Néanmoins, il pense que le code pénal doit autoriser aussi les avortements dans le cas de viol et inceste ou quand la grossesse influence la santé (mentale et physique) de la femme.

SOMAGO : La Société n'a pas une position claire sur l'avortement sécurisé. Les responsables ont partagé que la société a plusieurs groupes thématiques mais il n'y en a pas encore sur l'avortement sécurisé comme ils avaient pas pensé à développer un pour ce sujet. Dans la société ce n'est pas tout le monde qui est prêt à jouer un rôle dans le plaidoyer pour l'avortement sécurisé. Différentes positions sont observées et un membre de la société dit qu'il pense que si on souhaite avoir plus de membres engagé dans le plaidoyer l'accent doit être mis sur la prévention de grossesse non désirée. Cependant, il y a des participants qui sont prêts pour jouer un rôle dans le plaidoyer pour l'avortement sécurisé.

L'assemblée nationale (commission de la santé) : Durant les discussions avec la commission de la santé de l'assemblée nationale c'est devenu clair que le président de cette commission ne supporte pas les avortements. Il pense que c'est plus important de travailler sur le PF, l'éducation et l'amélioration de la situation économique que sur l'avortement sécurisé.

« Si une fille ne doit pas coucher pour un pantalon ou chemise, elle ne va pas tomber enceinte (...). En plus, les filles qui ont été à l'école ne tombe pas enceinte » (assemblée nationale).

Ils ont partagé qu'ils ne voient pas la nécessité de changer la loi parce que personne ne veut entendre parler de l'avortement et que les chiffres sur la mortalité maternelle liés à l'avortement ne sont pas vrais. En plus, ils ont dit que si quelqu'un de l'assemblée nationale se lève devant sa communauté pour dire qu'il veut changer la loi en faveur de l'avortement sécurisé, il ne sera jamais élu encore.

Marie Stopes International (MSI) : MSI a partagé qu'ils sont pro-avortement et ils voient l'avortement comme un droit des femmes. Leur mission est: « les enfants par choix et pas par hasard ». Ils ont un coordinateur pour le plaidoyer pour l'avortement sécurisé, une stratégie pour le plaidoyer et les activités pour plaidoyer au niveau national et régional.

AMPPF : La position de l'AMPPF est qu'il faut aller à l'avortement sécurisé pour sauver des vies humaines. Cependant, ils ont décidé de travailler dans la légalité et pour cela ils ne font pas des avortements mais les soins post avortements.

Commission nationale des droits de l'homme : La commission nationale des droits de l'homme a partagé qu'ils n'ont pas encore une position claire sur l'avortement parce qu'ils n'ont pas encore eu le temps de débattre sur ce sujet. Cependant, ils ont partagé que quand tu es défenseur de droit de l'homme, tu ne peux pas être contre l'avortement sécurisé ; comme le droit à la vie, la santé et le bien-être physique (aussi mental) font partie des droits de l'homme.

Ordre national des sages-femmes : Le participant de l'ordre national des sages-femmes partage qu'ils n'ont pas une position ou vision générale sur l'avortement.

Personnel opinion

Les opinions des gynécologues sur l'avortement diffèrent : il y a des gynécologues qui soutiennent l'avortement et des gynécologues qui ne soutiennent pas l'avortement. La plupart des gynécologues ont dit qu'ils pratiquent les avortements mais seulement dans le cadre légal (inceste, viol ou quand la vie d'une femme est en danger). Aussi, dans les cas de malformation de fœtus, les avortements sont généralement faits. Plusieurs raisons différentes sont données pour ne pas faire les avortements (en dehors de cadre légal) : la religion, les valeurs personnelles, peur de la loi et peur de la communauté. Le commun des Maliens voit l'avortement provoqué généralement comme une mauvaise chose, un péché équivalent à un homicide. Ceci est fortement ancré dans les croyances et les positions et les responsabilités professionnelles n'arrivent pas à faire adopter aux personnes des attitudes adéquates. Un gynécologue a expliqué qu'il est d'accord de faire les avortements, mais seulement quand c'est dans le cadre légal. Il dit que la loi est en ligne avec ce qu'est décrit dans l'Islam, sa semble que l'avortement sans raisons n'est pas autorisé mais les avortements thérapeutiques et dans le cas de viol/inceste, c'est autorisé par l'Islam. Un autre gynécologue a dit qu'il faisait les avortements au dehors du cadre légal mais qu'il a arrêté de le faire maintenant.

« J'ai pris conscience que la loi interdit les avortements et que plus on est âgé, plus on devient responsable et sage, donc je respecte les règles maintenant. (...) Mais si c'était ma propre fille qui tombait enceinte, j'allais accepter l'avortement pour l'avenir de ma fille ! » (Membre de la SOMAGO).

Outre que la religion et les valeurs personnelles, il y a la peur qui fait que les prestataires ne font pas les avortements ou que les avortements sont faits en clandestinité. Peur à cause de la loi : d'être pénalisé et de partir en prison ou en conseil de discipline mais aussi la peur pour la population même.

« Moi-même je ne souhaite pas faire les avortements juste sur la demande d'une femme. Ça ne fait pas partie de mes valeurs : il faut tuer aucune personne. En plus, j'ai peur que la société va me stigmatiser et que je vais perdre mon prestige et perdre les clients » (membre de la SOMAGO)

Le DNS a partagé que les prestataires de soins ont souvent même peur pour faire les avortements thérapeutiques. Il explique que souvent la société est même contre les avortements thérapeutiques : c'est Dieu qui dit qu'il ne faut pas faire. Cette peur fait que dans les statistiques ne comportent souvent pas les avortements thérapeutiques parce que les prestataires ont beaucoup peur d'être jugés.

Les relations entre les différentes sociétés professionnelles.

Au cours des entretiens, il est apparu qu'il y a plusieurs organisations qui travaillent sur l'avortement. Cependant, il n'y a pas beaucoup de collaborations entre les différentes organisations. MSI a partagé qu'il y a un groupe thématique sur l'avortement avec par exemple PSI, IPPF, Care Mali mais qu'ils ne se réunissent pas régulièrement et qu'ils n'ont pas un plan d'action. Ils ont dit qu'il pense que la SOMAGO peut jouer un grand rôle dans le renforcement ou le redémarrage de ce groupe thématique. Plusieurs autres participants ont partagé que ce sera important de renforcer les collaborations entre les différentes organisations et partenaires.

Niveau d'influence

Durant les entretiens, plusieurs participants ont constaté que personne n'est « prêt pour porter le drapeau » et de dire ouvertement qu'ils se battent pour l'avortement sécurisé. C'est surtout la peur de la réaction de la population et des religieux qui fait que culturellement l'avortement n'est pas accepté.

« Il y a des activités sur l'avortement sécurisé, mais personne n'a le courage d'abord de porter le drapeau et pour dire c'est moi le leader ! Les réunions se font avec les juristes, la société civile mais dans le contexte politique actuelle ils ont peur d'être stigmatisés et ils ont beaucoup peur de la réaction de la population » (MSI)

C'est le DNS qui explique qu'au Mali les jugements des autres sont très importants et que ces jugements pèsent très lourd. Personne ne veut se mettre toute seule devant la population et c'est pour cette raison que plusieurs participants ont constaté qu'il faut les collaborations entre les différentes organisations et structures : une lutte multisectorielle. Plusieurs répondants ont dit que la société est dans une bonne position pour faire le plaidoyer sur l'avortement sécurisé et peut avoir une influence. Comme c'est leur domaine d'expertise et qu'ils connaissent bien la réalité.

Les opportunités pour renforcer le réseautage sur l'avortement sécurisé.

Tous les participants ont dit que collaborer avec les différentes organisations, structures et institutions sera une grande opportunité pour avoir un impact. En plus, comme décrit en haut, plusieurs participants ont partagé que collaborer avec la SOMAGO sur l'avortement sécurisé sera une grande opportunité. Ils ont dit que travailler avec les associations des femmes sera très important.

« Si on change la loi pour faire plaisir aux bailleurs, sans impliquer les femmes.... Rien ne va changer, ça doit venir de la base ! »

Les participants ont dit aussi que c'est important que les médias soient impliqués dans ce sujet. Probablement, au début les médias privés seront plus intéressés par le sujet que les médias publics. Une participante a dit qu'il faut inclure les sages-femmes dans les activités de plaidoyer parce que les femmes ont souvent beaucoup confiance aux sages-femmes.

Une participante a dit que le Mali a signé beaucoup des documents internationaux qui décrit que les avortements doivent être autorisés, comme le protocole de Maputo. Elle explique que c'est une opportunité que Mali a ratifié ces documents sans réserve et que les recommandations de la commission Africaine des droits de l'homme et des peuples (recommandations 16 de l'article 14 et 16) peuvent être utilisées comme un outil de plaidoyer. En plus, elle explique que la commission nationale des droits de l'homme fait chaque année un rapport sur la situation des droits de l'homme au Mali pour l'assemblée nationale et les ministères. Elle pense qu'en collaboration avec la SOMAGO ils peuvent inclure le sujet de l'avortement aussi dans ce rapport.

Le participant de DNS a expliqué qu'ils vont avoir les changements au niveau de DNS et que sa sera une opportunité pour le plaidoyer pour l'avortement sécurisé. Il y aura une nouvelle division pour la santé de la reproduction des adolescents et des enfants et ils vont élaborer les plans et stratégies. Quand ils vont développer ces plans et stratégies, ça sera important de travailler ensemble avec la SOMAGO et les autres partenaires.

Rôle actuel dans le plaidoyer pour l'avortement sécurisé

Peu d'activités ont été partagées lors des entretiens dans le domaine du plaidoyer pour l'avortement sécurisé.

*« C'est la première fois de voir qu'il y a quelqu'un qui plaident pour l'avortement sécurisé »
(Ordre de sage-femme).*

MSI a développé une stratégie pour le plaidoyer pour l'avortement sécurisé mais ils ont partagé que les activités ne sont pas encore mises en œuvre. En plus, ce que cette stratégie implique exactement était malheureusement inconnu, tout comme le processus de développement.

3.4 Atelier de partie prenants

Durant les différentes sessions de l'atelier, cinq thèmes généraux ont émergé: améliorer les dimensions juridiques; transformer les normes sociales à tous les niveaux; améliorer le partenariat et la mise en réseau, assurer un processus de génération et d'utilisation de preuves pour l'action, renforcement de la capacité de la société sur les avortements sécurisés.

Durant l'atelier c'était discuté que la SOMAGO préfère changer l'objectif général du projet a : contribuer à une réduction des décès maternels via la réduction des avortements à risque par le plaidoyer. C'était constaté qu'avec un objectif de plaidoyer pour augmenter l'accès à avortement sécurisé la communauté peut mal comprendre ce qui peut causer des difficultés. Les participants ont déterminé les différentes activités pendant l'atelier pour la réduction des avortements à risque, comme décrit ci-dessous. Le plan d'action final pour la SOMAGO est fortement basé sur ces activités identifiées.

1. Améliorer les dimensions juridiques

- Amélioration de la connaissance sur la présente loi SR 2002
 - o Journées de vulgarisation de la loi SR auprès des professionnels des soins, le ministère de la justice, ministère de la santé DNS / et des parlementaires.
 - o Session de relecture ou de révision de la loi SR avec les cibles ci-dessus
- Adoption d'une nouvelle loi – arrêté/décret
 - o Intégration des recommandations suite à la relecture de la loi SR 2002/décret d'application (rencontre de sensibilisations).
 - o Session de plaidoyer de haut niveau : rencontre avec les décideurs politiques, les leaders religieux, communautaire pour une nouvelle compréhension et d'acceptation de la nouvelle loi adoptée
 - o Harmonisation au niveau code pénal (2001) et de la loi SR

2. Transformer les normes sociales à tous les niveaux

- Approche communautaire
- La communication pour le changement social et comportemental.
 - o Sur la PF, la sexualité, mais aussi sur l'avortement (après un peu du temps sur l'avortement)
- En milieu scolaire élaborer un programme d'éducation complète sur la sexualité.
- Réunion de concertation avec les leaders religieux et communautaires sur la sexualité (sur PF et avortement).

Note importante : Il faut faire étape par étape, commencer avec le PF et après continuer avec l'avortement pour causer moins de stigmatisation.

3. Améliorer le partenariat et la mise en réseau

- Identification les principaux partenaires (DSR, PSI, MSI, SSGI, AMPF, FNASCOM, SDSSES, DNPFEF, communautaire, SAGO, FIGO, ordres professionnel de la santé, ASFM, société civile (leaders communautaire et religieux), ministère éducation et ministère de la justice. A travers les données, revue documentaire, DNS/DRS
- Organisation d'un cadre de concertation pour un échange avec partenaires identifiés
 - o Invitation
 - o Echange sur la problématique de l'avortement a risque
- Identifier quelle partenaire peut faire quoi dans le projet de la SOMAGO/FIGO.
 - o Elaborer les outils de plaidoyer

- Former un pool de plaidoyers
- Faire le plaidoyer selon les cibles
- Mis en place d'un système de réseautage (les champions au niveau communautaire)
- Identifier et mettre en réseau les groupes favorables.

4. Assurer un processus de production et d'utilisation des preuves pour l'action

- Faire l'état de lieu des avortements (quantitative & qualitative)
 - Analyse les données disponibles sur l'avortement
 - Etude exploratoire à l'échelle national
- Rendre disponible des informations à tous les niveaux (dissémination)
 - Production du support (brochures, affiches, spot etc.)
 - Tenue de conférences (chaque année : 2)
 - Causerie/débat (2/par ans)
- Assurer la complétude des données sur l'avortement (suivi-évaluation) (DNS)

5. Renforcement de la capacité de la société sur les avortements sécurisés (pour être visible et accessible)

- Clarification de valeur au sein de la SOMAGO (déontologie & croyance personnelles)
 - Former 01 gynécologue par établissement sanitaire comme formateur en responsabilité médicale au niveau des régions et hôpitaux de Bamako
- Renforcement de compétence en plaidoyer
 - Former les membres de la SOMAGO en élaboration de stratégie de plaidoyer à l'endroit de la communauté (religieux, communicateurs traditionnels, media).
 - Former les membres de la SOMAGO en élaboration de stratégie de plaidoyer à l'endroit des décideurs (politiques et institutionnels).
- Echanger des expériences entre les membres de la société
 - Mise en jour /renforcement site
 - Development d'un equip / web master?
 - Demande appui au FIGO ?
 - Organisation des conférences/Etudes post universitaires(EPU)
 - Renforcement de secrétariat

Réseautage

Pendant le travail de groupe, des réseautages pour l'avortement sécurisé ont été identifiés. L'annexe 3 fournit un résumé des alliés et des réseaux où des alliés potentiels pourraient être trouvés. Cela devrait être vu comme une table dynamique. Les nouveaux alliés peuvent être identifiés et des alliés potentiels peuvent se déplacer.

Forces, Faiblesses, Opportunités, et Menaces

Au cours de l'atelier, les participants ont identifié dans les groupes les forces, faiblesses, opportunités et menaces de la SOMAGO pour le plaidoyer en faveur de l'avortement sécurisé. Leur statut, leur position (entre la communauté et les politiques) et leurs expériences sur l'avortement (à risque) sont entre autres vues comme des forces. Cependant, les faiblesses constatées sont : leur méconnaissance de la loi et conventions sur l'avortement, les insuffisances de ressources financières et que leurs propres valeurs sur l'avortement ne sont pas encore clarifiées. Les opportunités identifiées sont que les ressources humaines sont qualifiées pour faire les avortements et qu'il y a plusieurs organisations et partenaires présents au Mali qui peuvent jouer un rôle dans le plaidoyer pour l'avortement. Les menaces constatées sont liées aux valeurs de la communauté, la cadre juridique et l'ambiguïté sur qui offre / offrira des services d'avortement. Les principaux résultats de l'analyse SWOT figurent à l'annexe 4.

Plan d'action

Comme dernier exercice, les groupes ont commencé à définir les objectifs et les activités d'un plan d'action pour le plaidoyer pour l'avortement sécurisé. Le plan d'action a pour objectif global d'améliorer la capacité de la SOMAGO sur le plaidoyer pour l'avortement afin d'augmenter l'accès à l'avortement sécurisé et de réduire la morbidité et la mortalité résultant de l'avortement à risque. Les activités devraient servir à atteindre les objectifs et incluront les différents niveaux de plaidoyer et les réseaux sociaux abordés pendant l'atelier.

Après l'atelier des parties prenantes, l'équipe de consultants a continué à développer le plan d'action, y compris les livrables. Le plan d'action continuera à être développé en collaboration avec la SOMAGO et la FIGO.

Un plan d'action préliminaire peut être trouvé à l'annexe 5.

4. Conclusion

La revue documentaire, l'enquête en ligne, les entretiens et l'atelier avec les différentes parties prenantes montrent qu'au Mali l'avortement à risque et ses complications posent un grand problème. Les avortements mettent en danger la vie de nombreuses femmes. C'est pour cette raison qu'il sera important de faire un plaidoyer pour diminuer les avortements à risque.

Cette étude montre certains défis auxquels la société pourrait être confrontée durant le plaidoyer :

- **Manque de données sur l'avortement sécurisé:** Les études au niveau national sur les avortements et ses complications ne sont pas disponibles. Seulement les études à petite échelle ou les estimations sont disponibles. En plus, les prestataires de soins n'enregistrent souvent pas les avortements (médicalisés) par peur d'être arrêtés. Il y a donc un manque de données suffisantes et fiables qui peuvent être utilisées pour plaider pour l'avortement sécurisé.
- **L'incohérence de cadre légal :** Les différents documents qui décrivent les conditions d'accès aux services d'avortement ne sont pas alignés. La loi SR de 2002, le code pénal et le code de déontologie évoquent les différentes circonstances. Cela provoque la confusion pour les différents acteurs concernés. En plus, un décret d'application pour la loi SR de 2002 manque ce que laisse la loi ouverte à l'interprétation.
- **Méconnaissance de la loi et des directives :** Les différents acteurs pertinents (communautés, les prestataires des soins, les forces de l'ordre) ne connaissent généralement pas la loi ou les directives sur l'avortement sécurisé.
- **Influence religieuse et culturelle :** Les discussions et la vision sur les avortements sécurisés sont fortement influencées par la religion et la culture. Les gens ont peur d'être jugés et ont alors peur de se mettre devant la population pour parler ouvertement sur l'avortement ce qui rend difficile les discussions.
- **Les différentes positions dans la société Malienne :** Les positions sur l'avortement sécurisé des membres de la SOMAGO diffèrent beaucoup. Il y a les membres qui souhaitent jouer un rôle dans le plaidoyer pour l'avortement sécurisé mais d'autres ont dit qu'ils préfèrent ne pas être impliqués. En outre, plusieurs membres ont constaté que leurs valeurs ne sont pas encore clarifiées au niveau de l'avortement.
- **Manque de position claire sur l'avortement sécurisé :** la SOMAGO n'a pas une position claire sur l'avortement sécurisé ce qui peut limiter la visibilité de la société comme acteur clé dans le domaine de l'avortement sécurisé.

Pour renforcer le plaidoyer pour diminuer les avortements à risque, il faut que les différentes parties prenantes travaillent ensemble à tous les niveaux afin d'influencer l'accès à l'avortement sécurisé. La SOMAGO peut jouer un rôle important en réunissant les différentes parties prenantes. En plus, à cause de leurs connaissances techniques et leurs expériences elles seront capables d'influencer les décideurs sur l'avortement sécurisé.

5. Recommandations pour le programme futur

En construisant la base en tant que défenseur de l'avortement sécurisé, l'association aura besoin de relever les différents défis potentiels identifiés lors des entretiens avec les informateurs clés et l'atelier de deux jours. Cela pourrait inclure les éléments suivants:

- Renforcer la gestion et l'organisation de la SOMAGO en tant que formidable plaidoyer pour l'avortement sécurisé
- Établir un réseau coordonné et dynamique d'associations qui soutiennent l'avortement sécurisé
- Transformer les normes sociales et de genre à tous les niveaux concernant l'avortement sans risques mais dans le contexte de la loi Malienne
- S'assurer que le cadre légal est cohérent tout en menant une sensibilisation auprès des parties prenantes et à tous les niveaux pour une interprétation harmonieuse des textes législatifs.
- Assurer un processus de généralisation et d'utilisation des données pour la surveillance et la planification des services

Bibliographie

- ANTIM. (2009, janvier 28). *actualites*. Récupéré sur Site web du ministère de la santé: <http://www.sante.gov.ml/index.php/actualites/ateliers/item/723-plaidoyer-en-faveur-des-soins-apres-avortement-au-mali>
- Belek-Ngwanza, R. D. (2008). *Soins après avortement au Centre de sante de reference de la commune V du district de Bamako. A propos de 242 cas*. Bamako: FMOS.
- Bijlmakers, I., Carr-Hill, R., Doumbia, S., Kanté, N., Diarra, K., Mathijssen, J., & Sanogo, N. (2012). *Pratique contraceptive et la contribution des activités de planification familiale au Mali*. Leusden, Pays-Bas: ETC, .
- Cellule de Planification et de Statistique. (2014). *Enquête démographique et de santé au Mali 2012-2013*. Rockville Maryland USA: CPS, INSTAT, IFC International.
- CPS/SSDSPF. (2015). *Annuaire 2015 Système national d'information sanitaire et social*. Bamako: CPS/SSDSPF.
- CPS/SSDSPF. (2017). *Annuaire statistique des hôpitaux 2016*. Bamako: CPS/SSDSPF.
- Dia, A. (2014, janvier 08). *Blog*. Récupéré sur Depêches du Mali: <http://depechesdumali.com/blog/lavortement/>
- Diallo, F. S., Traoré, M., Diakité, S., Perrotin, F., Dembélé, F., Diarra, I., & Dolo, A. (2000). Complications des avortements provoqués illégaux à Bamako (Mali) de décembre 1997 à novembre 1998. *John Libbey, 10(4)*, 243-247.
- Diarra, A. B. (2012). *Profil médico-légal des avortements provoqués au Centre de santé de référence de la Commune I du district de Bamako*. Bamako: FMOS.
- Direction nationale de la santé. (2009). *Normes et protocoles des soins d'avortements*. Bamako: DNS.
- Direction nationale de la santé. (2013). *Politiques, normes et procédures en santé de la reproduction*. Bamako: DNS.
- Direction nationale de la santé. (2014). *Plan d'action national de planification familiale du Mali 2014-2018*. Bamako: Direction nationale de la santé.
- DNS. (2015). *Rapport de la revue à mi-parcours de la feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale*. Bamako: DNS.
- Dunevoices. (2016, 02 24). *Mali société*. Récupéré sur Dunes voices: <http://dunevoices.info/public/index.php/fr/soci%C3%A9t%C3%A9-mali-fr/item/681-l-avortement-se-propage-dans-la-clandestinit%C3%A9-au-mali>
- EDSM V. (2014). *Enquête Démographique et de santé (EDSM V) 2012-2013*.
- Index Mundi. (2018, 05 28). *Index Mundi*. Récupéré sur Mali - Health expenditure, total (% GDP): <https://www.indexmundi.com/facts/mali/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>
- INSTAT. (s.d.).
- INSTAT. (2010). *Résultats de l'enquête légère intégrée des ménages (ELIM) 2010*. Bamako: INSTAT.

- INSTAT. (2011). *Institut National de la staRecensement général de la population et de l'habitat de 2009 : Résultats définitifs tome 1 : série démographique*. Bamako, Mali: INSTAT.
- IPPF. (2014). *La santé et les droits sexuels et reproductifs: enjeu crucial pour le cadre de l'après-2015*. Londres: IPPF.
- Kelepily, B. (2008). *Soins après avortement par la technique d'aspiration manuelle intra utérine au Centre de sante de référence de la Commune I de Bamako*. Bamako: FMOS.
- Loi 02-044 santé de la reproduction. (2002). Récupéré sur http://mail.cnom.sante.gov.ml/index.php?option=com_content&task=view&id=342&Itemid=87
- Ministere de la Santé. (2009). *Normes et protocoles des soins d'avortement*.
- Morhe, E., Morhe, R., & Danso, K. S. (2007). Attitudes of doctors toward establishing safe abortion units in Ghana. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1-5.
- Observateurs France 24. (2018, février 9). *Mali/Droits des femmes*. Récupéré sur observateurs.france 24: <http://observers.france24.com/fr/20180209-video-viol-collectif-secoue-mali-bamako-coupables-acte-banal>
- Touré, C. (2008). *Amélioration de la qualité des soins après avortement par la technique d'aspiration manuelle intra utérine au centre de sante de référence de la Commune IV de Bamako*. Bamako: FMOS.
- Touré, S. I. (2010). *les avortements dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital de Gao à propos de 153 cas*. Bamako: FMOS.
- Traoré, A. (2015, Avril 14). *Mali Actu*. Récupéré sur Mali: L'avortement médicamenteux des jeunes filles : Tous les moyens sont bons pour briser un fœtus : <http://maliactu.net/mali-lavortement-medicamenteux-des-jeunes-filles-tous-les-moyens-sont-bons-pour-briser-un-foetus/>
- Traoré, C. T. (2010). *Avortements provoqués clandestins: complications colligées au Centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako*. Bamako: FMOS.
- United Nations. (2015). *Plan cadre intégré des Nations Unies pour l'aide au developpement au Mali 2015-2019*. Bamako: Système des Nations Unies.

Annexe 1 Program et participants de l'atelier

En raison de contraintes de temps, le programme a été adapté pendant les jours. Temps de démarrage a été plus tard et certains composants ont été sautés.

Temps	Contenu
25 Avril	
8.30-9.45	Introduction: Les attentes, le but, les objectifs, le programme, les rôles des participants et le facilitateur, les normes du groupe, le processus d'évaluation.
9.45 -10.30	Présentation des résultats préliminaires du pays; validation de l'analyse;
10.30 – 11.00	Pause-café
11.00 – 12.00	Dialogue sur les raisons de l'avortement et ce qu'il faut améliorer pour répondre au besoin des femmes d'avorter légalement et en toute sécurité
12.00 – 12.30	Implications des lois nationales sur l'avortement sur l'accès à l'avortement sécurisé.
12.30-13.00	Qu'est-ce que le plaidoyer: concept, niveaux et défis
13.00 -14.00	Déjeuner
14.00-15.00	Discuter des positions sur les croyances personnelles par rapport aux responsabilités professionnelles;
15.00-15.30	Pause-café
15.30-17.15	Les défis, les obstacles et les opportunités de plaidoyer pour l'avortement et les implications de ce que signifie être un défenseur de l'avortement. ⁹²
17.15-17.30	Evaluation de la journée
26 Avril	
8.30-9.00	Récapitulatif du jour 1 par 2 participants volontaires identifiés la veille
9.00-10.00	Plaidoyer au niveau organisationnel pour différents publics
10.00 – 10.30	Pause-café
10.30 – 11.00	Adresse les questions au parking
11.00 – 12.30	Identifier les forces, les faiblesses et les opportunités et les menaces de l'association nationale pour plaidoyer pour l'avortement.
12.30-13.00	Déjeuner
13.00 -15.00	Développer un plan d'action pour plaidoyer pour l'avortement en petits groupes
15.00-15.30	Pause-café
15.30-16.00	Continuer à développer un plan d'action
16.30 -17.00	Présentation et discussion des plans d'action en plénière
17.00- 17.30	Évaluation et au revoir

Elaboration sur le contenu de l'atelier

L'atelier comportait huit composantes:

1. Introduction: une session où l'historique et les objectifs de l'évaluation des besoins et de l'atelier des parties prenantes ont été expliqués, la logistique du processus de facilitation, les rôles et les normes du groupe ont été discutés. Professeur Traore et Professeur Mounkoro ont ouvert la journée.

2. Présentation des résultats préliminaires des pays et identification des besoins des femmes pour un avortement sûr et légal: une session où les résultats préliminaires de l'étude documentaire sur les antécédents nationaux, le contexte juridique et politique, la stigmatisation de l'avortement, l'environnement de prestation de services et les activités de plaidoyer dans le pays présenté et validé avec les participants. Dans une seconde partie de la session, des études de cas sur les femmes ayant obtenu un avortement à risque ont été discutées et analysées en groupes. Les besoins du point de vue de la femme ont été identifiés en ce qui concerne la disponibilité, l'accès et la qualité des services d'avortement sans risque, les dimensions environnementales et juridiques.

3. Partager les positions et les croyances personnelles; Discuter des responsabilités professionnelles: une session où les obstacles personnels et les motivations pour fournir un avortement sécurisé ont été explorés, avec l'accent sur le fait que tout le monde a droit à des croyances personnelles, qui ne sont pas remises en question. Les croyances personnelles ont été comparées aux responsabilités professionnelles et la résolution de la FIGO sur l'objection de conscience a été discutée à la lumière des obstacles restants (tels que les professionnels limités disponibles dans le pays).

4. Qu'est-ce que le plaidoyer et pourquoi les fournisseurs comme défenseurs: une session pour définir le plaidoyer et mettre l'accent sur la force unique des prestataires de santé pour le plaidoyer basé sur: expérience de première main, fiabilité, vaste réseau, client-fournisseur intermédiaire, prestige et statut.

5. Trois rôles d'un défenseur: une session pour explorer son rôle de défenseur en tant qu'éducateur, témoin ou persuader dans différents scénarios de plaidoyer: fournisseur-client, fournisseur-fournisseur, réseau professionnel-fournisseur, fournisseur-média, fournisseur-décideur politique.

6. Réseautage et atteindre différents publics: une session pour explorer les réseautages pour le plaidoyer sur l'avortement sécurisé, identifier les alliés actuels et potentiels et les moyens de les atteindre.

7. Analyse des forces, des faiblesses, des opportunités et des menaces (SWOT): à la capacité de plaidoyer de l'avortement de la SOMAGO

8. Elaboration d'un plan d'action: une session sur la base des résultats des composantes de la session précédente, identifie les objectifs et les activités pour la prochaine proposition sur le plaidoyer pour l'avortement sécurisé.

Participants de l'atelier

- Les gynécologues obstétriciens provenant des établissements de santé de :
 - Bamako :
 - Commune I
 - Commune II
 - Commune III
 - Commune IV
 - Commune V,
 - Commune VI
 - CHU Gabriel Touré
 - CHU Point G
 - Hôpital du Mali
 - Luxembourg
 - Centre chérifla
 - Clinique Wassa
 - Et les régionaux
 - Kayes (Hôpital de Kayes)
 - Koulikoro (CHU de Kati, Csréf de Kati et Kalaban coro,)
 - Ségou (Hôpital de Ségou)
 - Mopti (Csréf de Mopti).
- Une représentante de l'association des sages-femmes du Mali (ASFM)
- Une représentante de l'ordre des sages-femmes du Mali
- Le président du conseil de l'ordre des infirmiers du Mali.
- Un représentant PSI Mali
- Un représentant de Marie Stopes International.
- Un représentant USAID /SSGI

Annexe 2: Aperçu de l'enquête en ligne sur les résultats

Le résumé des réponses à l'enquête en ligne est fourni dans un fichier supplémentaire, en format PowerPoint.

Annexe 3 : Réseautage

Niveau	Acteurs	Comment les atteindre
Acteur internationaux	FIGO	
Réseautage professionnel	<ul style="list-style-type: none"> - L'ordre des Sage femmes - Association des sages-femmes - Ordre professionnelle de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Courier - Déplacement en personne - Réunion - Atelier
Niveau de la politique national	<ul style="list-style-type: none"> - L'assemblée nationale (commission santé et président) - Ministère de la santé/DNS/DSR - Ministère de la population - Ministère de la femme, l'enfant et la famille - Ministère de la jeunesse - Ministère de culture et religion - Centre National d'information, d'éducation et de communication pour la santé (CНИЕCS) 	<ul style="list-style-type: none"> - Réunion
Niveau de la politique locale	<ul style="list-style-type: none"> - Haut conseil des collectivités - Mairie - Cabinet - Gouverneur - Préfet 	<ul style="list-style-type: none"> - Réunion - Concertation
ONGs & bi et multilatéral	<ul style="list-style-type: none"> - MSI - PSI - AMPFF - Groupe PIVO santé de la population - Coalition des organisations de la société pour le repositionnement de la PF - USAID - UNFPA - Projet SWEDD - Coordination des association et ONG féminines du Mali (CAFO) 	<ul style="list-style-type: none"> - Réunion /Rencontre - Concertation - Conférence
Réseau juridique	<ul style="list-style-type: none"> - Associations pour la défense des droits humains (Wildaf, demaïso, clinique juridique, AJCAD) - Président du haut conseil islamique 	<ul style="list-style-type: none"> - Courier - Déplacement
Réseau religieuse	<ul style="list-style-type: none"> - Musulman associations - Association des femmes musulmanes - RIPOD (réseau Islam population et développement) - Leaders religieux chrétiennes aux églises 	<ul style="list-style-type: none"> - Prise de contact - Visite à domicile de l'imam - Rencontre du comité de la mosquée
Communauté	<ul style="list-style-type: none"> - Leaders communautaire (élus, chef de village) - Réseau national de la jeunesse du Mali - Réseau des communicateurs traditionnels pour le développement du Mali (RECOTRADE) 	<ul style="list-style-type: none"> - Prise de contact - Correspondance - Débat
Media	<ul style="list-style-type: none"> - Journaliste 	

Annexe 4 : Analyse SWOT

Analyse SWOT de la capacité de la société nationale pour la défense de l'avortement sécurisé	
<p>FORCES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévention primaire (PF) - Les valeurs/statut de gynécologues. - Point focal SAA existe dans les structures - Partage des informations - Expériences sur les avortement clandestin et complications. - Bonne relation avec PTF et institutions - Connaissance du terrain - Intermédiaire entre la communauté et les politiques 	<p>FAIBLESSES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Connaissance des conventions et lois sur les avortements - Insuffisance de ressources financières pour la mise en œuvre des activités - Insuffisance de communication des informations issues de certaines rencontres internationales auxquelles certains membres de la SOMAGO ont pris part - Difficile à éteindre : religieux & leader politiques parce que manques de stratégie - Adoption de lois - Propres valeurs sont pas encore clarifiées (influence socio-culturelle). - Disponibilité du temps - Besoin d'amélioration de connaissances sur les lois/conventions international/ méthodologie plaidoyer.
<p>OPPORTUNITES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ressources humaines qualifiées et compétentes - Présences des associations, PTF (partenaire technique financiers), CNJ (conseille nationale des jeunes), médias, MPFEF (ministère de la promotion de la femme, enfant et famille). - Existences du politique national pour le genre - Ampleur des complications liées l'avortement - WILDAF etc. et autre cadre juridique sont entrain de défendre l'avortement déjà <p>Faire plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Préventive : Education sexuelle - <u>éducation complète : comité technique inclus dans la formation des élevés sera développe</u> <p>Public à mieux atteindre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Scolaire - Utilisateurs de réseaux sociaux - Professionnels de sexe 	<p>MENACES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de cadre juridique : loi ne permet pas les avortements sécurise dans un cadre bien large. - Manque de services et de prestataires identifie : pour offrir les services - Communauté & Religion <p>Parce que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Religieux ont capacité de soulèvement populaire (98% est croyante) - Communauté : poids des valeurs culturelle - Prestataires : refus de fournir les prestataires à cause de leur intime conviction (même si la loi autorise). <p>Menaces environnement externes :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Ordres professionnels de la sante (opposition) o Comité d'éthique (opposition) o Pouvoir exécutif et législatif (refuse les initiatives pour la loi) o Communauté & religion (opposition et agression)

Annexe 5 : Plan d'action du pays

Un plan d'action préliminaire sera inclus dans un fichier séparé en format Excel.