

A collection of medical instruments and pills is scattered on a white paper background. The instruments include a pair of surgical scissors, a scalpel, a stethoscope, and a pair of forceps. The pills are in various colors: white, pink, and blue. The background is a solid dark blue.

ARGUMENTAIRE MÉDICAL SUR L'AVORTEMENT SÉCURISÉ AU SÉNÉGAL

Un projet de Yeewi Association

Version 2.0 renforcée
Année 2026



AVANT-PROPOS

Le présent document constitue un outil de plaidoyer élaboré dans le cadre des efforts en faveur de l'application effective du Protocole de Maputo au Sénégal, notamment de son article 14 relatif aux droits à la santé sexuelle et reproductive des femmes et des filles.

À travers cet argumentaire médical, l'objectif est de mettre à disposition des décideur(euse)s, professionnel(le)s de santé, acteur(rice)s communautaires et organisations de la société civile, des éléments scientifiques, médicaux et de santé publique permettant d'alimenter une réflexion fondée sur les réalités sanitaires vécues par les femmes au Sénégal.

Ce travail a été rédigé par deux gynécologues sénégalaises engagées dans la promotion de la santé et des droits des femmes. Il s'inscrit dans une volonté de contribuer à un débat éclairé, fondé sur les données médicales, l'éthique de soin et les engagements régionaux et internationaux ratifiés par le Sénégal.

Dans un contexte où les complications liées aux avortements non sécurisés demeurent un enjeu majeur de santé publique, ce document ambitionne de renforcer les bases médicales du plaidoyer pour une meilleure prise en compte des droits, de la dignité et de la santé des femmes et des filles.

INTRODUCTION

Selon l'OMS , l'avortement est l'expulsion d'un produit de conception de moins de **22 SA** à compter du premier jour des dernières règles. Lorsque l'âge gestationnel est inconnu, l'avortement est défini comme étant l'expulsion d'un produit de conception de poids inférieur à **500g**.

Elle peut aussi se définir comme l'expulsion prématurée de l'embryon ou du fœtus avant le **180^{ème}** jour de la grossesse. L'avortement selon la définition juridique et scientifique consiste en l'interruption du processus de gestation à partir de l'implantation de la morula dans l'endomètre ^(5,6).

Chaque année, de nombreuses femmes et jeunes filles sont confrontées à des grossesses non planifiées, les exposant à des pratiques clandestines dangereuses, aux conséquences parfois dramatiques.

Selon les estimations 51 500 avortements ont été pratiqués au Sénégal en 2012 et 16 700 (32%) ont donné lieu à des complications traitées dans les établissements de santé.

Le taux d'avortement est estimé à **17 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans**, avec un rapport d'avortement de **10 pour 100 naissances vivantes**⁽⁷⁾. Il n'existe pas de chiffre officiel précis sur le nombre total d'avortements clandestins pratiqués chaque année au Sénégal, l'acte étant illégal et se pratiquant dans la clandestinité. L'avortement est passible de peines de prison, ce qui empêche un recensement exhaustif.

En effet, le code pénal sénégalais condamne les femmes qui mettraient fin volontairement à leur grossesse et toutes personnes (du corps médical ou non) qui les auraient aidées (article 305).

Le code de 1966 dans son article 305 dispose qu'« **il ne peut être procédé à un avortement thérapeutique que si cette intervention est le seul moyen susceptible de sauvegarder la vie de la mère** ».

Pour ce faire, il faut que trois médecins différents (le prescripteur et deux autres dont l'un est expert auprès des tribunaux) attestent que la vie de la mère ne peut être sauvée autrement. Par la suite, un protocole de la décision est adressé sous pli recommandé au président de l'ordre des médecins.

Face à cette réalité, il devient impératif d'engager une réflexion fondée sur des évidences médicales, dans le respect des droits humains et des engagements internationaux, notamment le Protocole de Maputo ⁽¹⁰⁾ que l'Etat du Sénégal a ratifié en 2004. Ce protocole reconnaît l'accès à l'avortement médicalisé en cas de viol ou inceste ou lorsque la santé physique ou mentale de la femme est en danger comme droit fondamental. Il existe ainsi une tension entre le cadre légal national et les engagements internationaux, qui constitue un élément central du débat.

Le Sénégal présente encore un taux de mortalité maternelle préoccupant, estimé à environ 153 décès pour 100 000 naissances vivantes selon les estimations récentes des Nations Unies, malgré les progrès réalisés ces dernières années. Les complications liées aux avortements non sécurisés contribuent à cette mortalité évitable.

Selon l'Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS) du Sénégal, les besoins non satisfaits en planification familiale restent importants, particulièrement chez les adolescentes et les jeunes femmes. Les grossesses non désirées constituent ainsi un enjeu majeur de santé publique, aggravé par les inégalités d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, notamment en milieu rural et chez les populations vulnérables.

I. Cadre conceptuel et définition médicale

Dans une perspective médicale, il est important de distinguer les différentes formes que peut prendre l'interruption de grossesse, en fonction de ses circonstances de survenue et des conditions dans lesquelles elle est réalisée. On distingue ainsi deux grands types :

1- Avortement spontané ou fausse couche

L'avortement peut être spontané ou fausse couche. Avant 12 semaines d'aménorrhée, la fausse couche est dite précoce et après cette période il s'agit d'une fausse couche tardive (la majorité des œufs fécondés ne sont pas viables dans des conditions normales et sont éliminés très rapidement par l'organisme).

2- Les avortements provoqués

Ils se définissent comme étant un avortement survenu à la suite de manœuvres instrumentales ou d'actions médicamenteuses ou toxiques entreprises pour interrompre une grossesse. Ces avortements peuvent être classés en avortement médical et en avortement provoqué non médical.

a- L'avortement médical ou Interruption médicale de la grossesse (IMG)

C'est l'avortement pratiqué dans le but de soustraire la mère au danger que la grossesse peut lui faire encourir ⁽³⁾. L'avortement eugénique est classé dans cette catégorie. C'est un procédé par lequel on supprime, chez une femme saine, un embryon ou un fœtus porteur de tares génétiques héréditaires ou congénitales.

b- L'avortement provoqué non médical

Interruption volontaire de la grossesse ou IVG

La grossesse peut être interrompue volontairement sans raison médicale. Lorsque l'avortement provoqué s'inscrit dans un cadre légal, son appellation devient Interruption Volontaire de la Grossesse ou IVG, c'est-à-dire à la demande de la femme. Dans la plupart des pays développés, l'IVG est légale. Une loi de 2001 a allongé de 12 à 14 semaines d'aménorrhée le recours à l'interruption volontaire de grossesse en France où cette pratique a été légalisée depuis 1975 ⁽¹⁾. Certains pays africains ont légalisé l'IVG, tels que l'Afrique du Sud (1996), la Tunisie (1973) et le Cap Vert (1986).

L'avortement illégal

Dans la plupart des pays africains dont le Sénégal, l'IVG est interdite. Selon la loi en vigueur au Sénégal, les personnes qui aident une femme enceinte à avorter par la violence ou en lui faisant prendre des aliments, des breuvages, des médicaments, etc., sont punies de peines de prison qui peuvent aller de six mois à deux ans d'emprisonnement pour les femmes, ainsi qu'une amende comprise entre 20.000 et 100.000 CFA, et d'un à cinq ans pour ceux leur ayant procuré l'avortement (article 305 du code pénal) ⁽¹²⁾.

L'avortement à risque

L'OMS a défini l'avortement à risque comme étant une procédure destinée à interrompre une grossesse non désirée, pratiquée par une personne n'ayant pas les qualifications nécessaires ou réalisée dans un environnement qui n'est pas conforme aux normes médicales minimales ou les deux à la fois ⁽¹¹⁾. En effet, tout avortement illégal peut être source d'avortement à risque à cause de la clandestinité ou des conditions de réalisation déplorables.

II. Situation épidémiologique au Sénégal

Environ 73 millions d'avortements provoqués sont pratiqués chaque année dans le monde. Six grossesses non désirées sur 10 (61 %) et trois grossesses sur 10 (29 %) au total se terminent par un avortement provoqué ⁽¹⁾.

Au Sénégal, dans les établissements de santé, les avortements provoqués sont fréquemment consignés par le personnel soignant comme des « **fausses couches** » plutôt que comme des avortements illégaux afin d'éviter aux patientes la prison. Cette pratique entraîne une sous-estimation de leur fréquence dans les statistiques, contribuant ainsi à invisibiliser le phénomène dans le pays et à freiner les actions sur le besoin réel de soins d'avortement sécurisés.

Cependant, le **Centre de Recherche pour le Développement (CRDH)** et l'**Institut Guttmacher** ont récemment calculé la première estimation nationale de l'incidence des avortements ⁽¹⁾. Avec 16,9 avortements pour 1 000 femmes en âge de procréer, l'incidence des avortements au Sénégal est inférieure à l'estimation régionale pour l'Afrique de l'Ouest (28 avortements pour 1 000 femmes) ⁽⁷⁾ mais supérieure à celle des États-Unis ⁽⁴⁾.

73 000 000

d'avortements provoqués sont pratiqués chaque année dans le monde.



29 % des grossesses au total se terminent par un avortement provoqué!

Au Sénégal

16,9

1000

Environ **1,7 %** des femmes en âge de procréer avortent chaque année.



« En 2024, 11% de la population carcérale concerne les faits d'avortement et d'infanticide. Il s'agit de la deuxième cause d'incarcération des femmes et des filles au Sénégal après le trafic de stupéfiant ».

Au Sénégal, les adolescentes et jeunes femmes sont particulièrement exposées aux grossesses non planifiées. Selon les données de l'EDS Continue, près d'une adolescente sur cinq a déjà commencé sa vie reproductive avant l'âge de 19 ans. Les mariages précoces, les violences sexuelles, les difficultés d'accès à la contraception et la stigmatisation sociale augmentent leur vulnérabilité face aux avortements clandestins.

III. Conséquences médicales des avortements non sécurisés

Les complications associées aux avortements pratiqués dans des conditions non conformes aux standards médicaux incluent :

1. **Les hémorragies aiguës sévères**
2. **Les infections pelviennes et septicémies**
3. **Les perforations utérines**
4. **Les lésions digestives secondaires**
5. **L'infertilité secondaire**
6. **La mortalité maternelle**

En Afrique subsaharienne, les avortements non sécurisés figurent parmi les causes évitables de mortalité maternelle.

La prise en charge souvent tardive des complications mobilise des ressources hospitalières importantes, notamment en transfusion sanguine et en chirurgie d'urgence.

D'un point de vue clinique, ces complications résultent moins de l'acte d'interruption en lui-même que des conditions précaires dans lesquelles il est réalisé.



IV. Argumentaire médical en faveur d'un encadrement de l'avortement médicalisé

1- Réduction de la mortalité maternelle

Les professionnels de santé sont régulièrement confrontés à des situations cliniques graves impliquant de très jeunes patientes confrontées à des grossesses non planifiées et à des complications liées aux avortements clandestins.

“Fatoumata, arrivée tardivement dans un état critique suite à un avortement clandestin, n’a malheureusement pas survécu. Un décès évitable.”

Cas clinique, Dakar 2023

Cette situation met en lumière la vulnérabilité des jeunes filles confrontées à des grossesses non planifiées, ainsi que les conséquences dramatiques du manque de prise en charge précoce et sécurisée.

Le principe de prévention en santé publique impose de réduire les causes évitables de décès. Lorsque l'accès à un avortement sécurisé est garanti dans des conditions médicales appropriées, les taux de complications graves diminuent significativement.

L'Organisation mondiale de la Santé considère les avortements non sécurisés comme un problème majeur de santé publique et souligne que leur prévention passe principalement par l'accès à l'éducation sexuelle, à la contraception et à des soins d'avortement sécurisés lorsque la loi le permet.

L'avortement médicalisé encadré s'inscrit ainsi dans une stratégie de réduction des risques, comparable aux autres interventions de santé reproductive visant à protéger la vie des patientes.

2- Efficacité et sécurité des protocoles médicamenteux

Les protocoles médicamenteux validés internationalement présentent :

- Un haut niveau d'efficacité
- Un faible taux d'effets indésirables graves
- Une procédure non invasive
- Une possibilité d'administration précoce

La comparaison entre avortement médicalisé encadré et pratiques clandestines révèle un différentiel de sécurité substantiel.

3- Rationalité économique et organisationnelle

Les complications des avortements non sécurisés engendrent :

Au Sénégal, les structures sanitaires prennent déjà en charge quotidiennement des complications liées aux avortements non sécurisés à travers les services de soins après avortement (SAA). Cette réalité démontre que le phénomène existe indépendamment du cadre répressif et mobilise déjà des ressources importantes du système de santé.

- Des hospitalisations prolongées
- Des interventions chirurgicales lourdes
- Une mobilisation importante des ressources en soins intensifs

À l'inverse, un avortement médicalisé précoce nécessite :

- Une consultation médicale
- Un suivi standardisé permettant d'accompagner surtout les couches vulnérables de la société notamment les mineurs. En effet Les adolescentes constituent un groupe particulièrement à risque. Le manque d'information, la dépendance économique et la pression sociale les exposent davantage aux complications liées aux avortements non sécurisés.
- Un coût global nettement inférieur

D'un point de vue macro-sanitaire, la prévention des complications représente une stratégie économiquement rationnelle pour le système de santé.

4- Un enjeu de droits humains et de justice sociale

Limiter l'accès à l'avortement sécurisé ne supprime pas les avortements : cela les rend simplement plus dangereux. Cette situation crée des inégalités profondes :

- Les femmes ayant des ressources accèdent à des soins plus sûrs, souvent de manière discrète
- Les femmes vulnérables sont exposées à des pratiques risquées

**Garantir un accès sécurisé,
c'est protéger :**

- Le droit à la santé
- Le droit à la vie
- La dignité des femmes

5- Principes éthiques en médecine

L'analyse médicale ne saurait ignorer les principes fondamentaux de l'éthique biomédicale :

Bienfaisance

Agir dans l'intérêt de la patiente

Non-malfaisance

Éviter des dommages prévisibles.

Justice sanitaire

Garantir un accès équitable aux soins

Respect de l'autonomie

Reconnaître la capacité décisionnelle de la patiente dans un cadre médical sécurisé.

Dans un contexte où l'avortement clandestin expose à des risques graves, l'encadrement médical peut être interprété comme une réponse visant à minimiser les atteintes à la santé.

V. Les engagements du Sénégal

Le Sénégal a ratifié le Protocole de Maputo, qui engage les États à protéger les droits reproductifs des femmes, notamment en autorisant l'avortement médicalisé dans certaines situations, telles que :

- **Le viol**
- **L'inceste**
- **Le danger pour la santé physique ou mentale de la femme**
- **Les malformations graves du fœtus**

Cependant, la législation nationale n'a pas encore été harmonisée avec ce protocole soulignant la nécessité d'une harmonisation entre les engagements internationaux et le cadre légal national.

L'article 305 du code pénal sénégalais⁽⁸⁾ prévoit des peines de prison (6 mois à 2 ans) et une amende (20 000 à 100 000 francs CFA) pour toute femme qui se procéderait à une IVG, ainsi que des peines plus lourdes pour ceux qui pratiquent l'avortement.

Limites et considérations contextuelles

Toute réflexion sur l'avortement médicalisé au Sénégal doit prendre en compte :

- **Les dimensions culturelles et religieuses** : Les normes sociales et religieuses jouent un rôle majeur. La stigmatisation des grossesses hors mariage et de l'avortement pousse de nombreuses femmes à agir dans la discrétion, souvent sans encadrement médical, ce qui augmente les risques de complications,
- **L'accès à l'information** : plusieurs idées fausses persistent autour de l'avortement :

“Interdire réduit le nombre d'avortements”

Faux : cela augmente les avortements

“L'avortement est toujours dangereux”

Faux : il est sûr lorsqu'il est médicalisé

“C'est uniquement une question morale”

C'est aussi une question de santé publique et de survie

Une approche basée sur les faits permet de dépasser les perceptions erronées et de mieux orienter les politiques publiques.

VI. Recommandations aux parlementaires

Afin de protéger la santé des femmes et de répondre aux enjeux de santé publique, il est recommandé de :

1

Renforcer le cadre légal pour permettre un accès encadré à l'avortement médicalisé conformément au Protocole de Maputo

2

Améliorer l'accès à l'information et aux services de santé reproductive

3

Former les professionnels de santé à la prise en charge sécurisée

4

Intégrer la question dans les politiques nationales de santé publique

5

Lutter contre la stigmatisation à travers des campagnes de sensibilisation

VII. Témoignage clinique : un cas qui interroge

Le Dr L., gynécologue, rapporte un cas qui illustre ce que la pénalisation fait subir aux patientes, y compris lorsque leur vie est en danger.

« Une jeune femme est arrivée en hémorragie, avec des lésions au niveau des parties intimes. Je ne peux pas affirmer qu'il s'agissait d'un avortement clandestin : la patiente refusait de parler. Les sages-femmes l'ont acculée et lui ont hurlé dessus pour qu'elle parle. Elle pleurait, se mordait de douleur et se taisait. Elles ont confisqué son téléphone pour le fouiller et y ont découvert une conversation WhatsApp avec un homme qui lui expliquait comment utiliser un produit pour rompre une grossesse. La police a ensuite été appelée. »

Témoignage du Dr L., gynécologue

Ce que révèle ce cas

- **Une urgence vitale traitée comme une enquête.** Une patiente en hémorragie a besoin de soins immédiats, pas d'un interrogatoire.
- **Une atteinte à la dignité et à la confidentialité.** Les cris, la pression et la fouille du téléphone sont contraires à l'éthique de soin : bienfaisance, non-malfaisance, respect de l'autonomie.
- **Un effet dissuasif sur la recherche de soins.** Quand consulter peut conduire à la police, les femmes arrivent plus tard, dans un état plus grave, ou ne viennent pas du tout.
- **Une incertitude qui ne devrait pas compter.** Que cette jeune femme ait ou non interrompu sa grossesse, elle était avant tout une patiente en détresse.

Pour sauver la vie des femmes, l'État doit encadrer l'avortement médicalisé, comme le prévoit l'article 14 du Protocole de Maputo, afin que consulter ne soit plus synonyme de dénonciation.

Un cadre légal clair, qui protège à la fois les patientes et les soignants, permettrait de remplacer la peur par la prise en charge et de prévenir des drames évitables.

VIII. Absence de données et criminalisation : un phénomène invisibilisé

Le Sénégal ne dispose d'aucune statistique officielle fiable sur les avortements clandestins. L'acte étant illégal et passible de prison, les femmes se cachent, les soignants consignent souvent les complications comme des « fausses couches » et les chiffres disparaissent des registres. Cette absence de données n'est pas la preuve d'une absence de problème : elle empêche d'en mesurer l'ampleur et de concevoir des politiques de santé adaptées.

Par ailleurs, l'avortement et l'infanticide sont jugés dans un même cadre répressif, alors qu'il s'agit de situations médicales, psychologiques et sociales très différentes. Cette confusion conduit à l'incarcération de femmes, souvent très jeunes, isolées et sans soutien, dont la détresse n'a jamais été prise en charge.

En 2024, 11 % de la population carcérale concerne des faits d'avortement et d'infanticide. Il s'agit de la deuxième cause d'incarcération des femmes et des filles au Sénégal, après le trafic de stupéfiants.

Derrière ces chiffres, il y a des vies brisées : des femmes et des adolescentes en prison, des études interrompues, des enfants privés de leur mère, des familles déstructurées et durablement stigmatisées. La prison ne traite ni les causes des grossesses non désirées (violences sexuelles, mariages précoces, difficultés d'accès à la contraception), ni leurs conséquences sanitaires.

Ce que révèle l'absence de données

- Des avortements invisibles dans les statistiques sanitaires
- Des complications sous-déclarées par crainte de poursuites
- Des femmes qui retardent ou évitent les soins
- Des politiques publiques conçues sans connaître la réalité

L'avortement non sécurisé et ses conséquences pénales constituent donc un enjeu de santé publique. Mesurer le phénomène, grâce à une collecte de données anonymisée et confidentielle, est une première étape indispensable.

IX. Contexte africain et expériences comparées

Le Sénégal n'est pas un cas isolé. Dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, des lois souvent héritées de l'époque coloniale continuent de pénaliser l'avortement, avec des conséquences sanitaires comparables à celles observées au Sénégal : des interruptions de grossesse qui ont lieu malgré l'interdit, mais dans de mauvaises conditions de sécurité.

L'Afrique subsaharienne en chiffres

- **33 avortements pour 1 000 femmes** âgées de 15 à 49 ans en 2015-2019, un taux stable depuis 25 ans
- **77 % des avortements non sécurisés** en 2010-2014, contre 45 % à l'échelle mondiale
- **Environ 15 000 décès évitables** par an liés à l'avortement non sécurisé
- **92 % des femmes en âge de procréer** vivent dans des pays aux lois très ou modérément restrictives

Ces données montrent surtout que la loi ne décide pas du **nombre** d'avortements, mais de leur **sécurité**. Dans le monde, le taux d'avortement est d'environ 40 pour 1 000 femmes, que l'avortement soit interdit ou largement autorisé. En revanche, sous les lois les moins restrictives, moins de 1 % des avortements sont réalisés dans les conditions les moins sûres, contre 31 % sous les lois les plus restrictives.

La loi ne fait pas disparaître l'avortement : elle décide seulement s'il est pratiqué dans de bonnes conditions ou dans la clandestinité.

Depuis 2000, 21 pays africains ont élargi les motifs légaux de l'avortement. Sept d'entre eux (Tchad, République démocratique du Congo, Eswatini, Maurice, Mozambique, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe) se sont alignés sur l'article 14 du Protocole de Maputo, que le Sénégal a pourtant ratifié dès 2004. Le Bénin, pays francophone d'Afrique de l'Ouest, a adopté en 2021 l'une des lois les plus permissives du continent. Le Sénégal reste ainsi en retrait de la dynamique régionale.

Ce que montrent les pays qui ont légiféré

Pays	Réforme	Ce que la loi permet	Résultats observés
Afrique du Sud	1996	Sur demande jusqu'à 12 semaines, puis jusqu'à 20 semaines dans certains cas	Décès liés à l'avortement en baisse de plus de 90 % entre 1994 et 2001
Bénin	2021	Sur demande jusqu'à 12 semaines en cas de détresse matérielle, éducative, professionnelle ou morale	Environ 200 décès par an étaient estimés avant la loi, dont 20 % d'adolescentes
Mozambique	2014	Sur demande jusqu'à 12 semaines ; 16 semaines (viol, inceste) ; 24 semaines (malformation)	Soins réalisés par des praticiens qualifiés dans des structures désignées
Tunisie	1973	Sur demande durant les trois premiers mois de grossesse	Pays à majorité musulmane qui encadre l'avortement depuis plus de cinquante ans
Cabo Verde	1986	Sur demande jusqu'à 12 semaines	Pays lusophone d'Afrique de l'Ouest ayant légalisé l'IVG sur demande
Éthiopie	Années 2000	Motifs élargis et soins confiés aussi à des praticiens de niveau intermédiaire	Part des décès maternels liés à l'avortement passée de 31 % à 10 %

Enseignements pour le Sénégal

- **Commencer par les motifs du Protocole de Maputo** : viol, inceste, danger pour la santé physique ou mentale, malformations graves.
- **Former et déployer les prestataires** : médecins, sages-femmes et praticiens de santé de proximité.
- **Mesurer** : enregistrer et publier des données anonymisées sur les soins après avortement.
- **Prévenir** : accompagner la réforme par l'éducation sexuelle et l'accès à la contraception.

Sources : Guttmacher Institute, *From Unsafe to Safe Abortion in Sub-Saharan Africa* (2020) ; Women Deliver, *Impact of legal reform of abortion in South Africa* ; Ipas, Mozambique (2020) ; données béninoises sur la loi n° 2021-12.

CONCLUSION

L'avortement non sécurisé constitue avant tout une question de santé publique, de justice sociale et de droits humains. L'expérience internationale montre que la criminalisation n'empêche pas les interruptions de grossesse, mais augmente les risques sanitaires pour les femmes les plus vulnérables.

Au Sénégal, une réflexion fondée sur les données scientifiques, les réalités médicales et les engagements internationaux apparaît aujourd'hui nécessaire afin de renforcer la protection de la santé et de la dignité des femmes et des filles.

Une approche équilibrée, respectueuse des réalités socioculturelles du pays et centrée sur la prévention des décès évitables, permettrait d'améliorer durablement la santé reproductive au Sénégal.

BIBLIOGRAPHIE

- 1.** Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*. sept 2020;8(9):e1152–61.
- 2.** *Encyclopediae Universalis*. 2008.
- 3.** *Grand dictionnaire de terminologie*. 2008
- 4.** Incidence de l'avortement et disponibilité des services aux États-Unis, 2014 - Jones - 2017 - Perspectives sur la santé sexuelle et reproductive - Bibliothèque en ligne Wiley.
- 5.** Pierre F. Complications des avortements. *Obstétriques*. Universités francophones. Aupelf/Uref.paris ; Ellipses 1995 : 255- 82.
- 6.** Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 SA Anaes, mars 2001. Disponible sur www.anaes.fr
- 7.** Sedgh G, Sylla AH, Philbin J. Estimations de l'incidence de l'avortement provoqué et conséquences de l'avortement non médicalisé au Sénégal. *Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique*, numéro spécial de 2015, pp. 35-44.
- 8.** Sénégal. Code pénal. Dakar: Ministère de la justice; 2020. Disponible sur: <https://justice.sec.gouv.sn/wp-content/uploads/2020/11/codepenal.pdf>.
- 9.** Soutoul J.H, Magnin G, Diaire S, Beaumont E. les avortements médicaux. *Encycl Med Chir Gynecol*, 1983; 738A : 6-10.
- 10.** Union Africaine. Protocol to the african charter on human and peoples rights on the rights of women in africa. Addis-Abeba: Union Africaine; 2003.
- 11.** United Nation Population Division. Abortion Policies. A Global review 2001 2002. New york : 2002.
- 12.** Vilain A. Les établissements et les professionnels réalisant des IVG. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 2009; 712.

RÉFÉRENCES COMPLÉMENTAIRES

Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS Continue Sénégal), ANSD et ICF, 2023.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). Safe abortion: technical and policy guidance for health systems.

UNFPA Sénégal. Santé sexuelle et reproductive des adolescentes et jeunes femmes au Sénégal.

IPAS Afrique Francophone. Accès aux soins après avortement et santé reproductive au Sénégal.

Ministère de la Santé et de l'Action sociale du Sénégal (MSAS).

Guttmacher Institute. From Unsafe to Safe Abortion in Sub-Saharan Africa: Slow but Steady Progress. 2020.

Women Deliver. The Impact of Legal Reform of Abortion in South Africa.

Ipas. In recent penal code review, Mozambique recognizes legal right to abortion. 2020.

Bénin. Loi n° 2021-12 sur l'interruption volontaire de grossesse, adoptée par l'Assemblée nationale (octobre 2021).

Tunisie (loi de 1973) et Cabo Verde (loi de 1986) : textes nationaux relatifs à l'interruption volontaire de grossesse.



www.yeewiassociation.com

yeewi.contact@gmail.com

@Yeewi_association