LE REJET SOCIAL LIÉ À L'AVORTEMENT DANS LE MONDE :

synthèse de la littérature qualitative

inroads
Red Internacional por la Reducción de la Discriminación y el Estigma con relación al Aborto

Le rejet social lié à l'avortement dans le monde : synthèse de la littérature qualitative

Citation proposée :

LeTourneau, K. (2016). Le rejet social lié à l'avortement dans le monde : synthèse de la littérature qualitative. Rapport technique à l'intention des membres du réseau international pour la réduction de la discrimination et du rejet social liés à l'avortement (inroads, *International Network for the Reduction of Abortion Discrimination and Stigma*). Chapel Hill, NC: inroads.

© Ipas 2016

ISBN: 1-933095-94-6

Table des matières

Fondements 01

Méthodes 05

Résultats 06

Synthèse 07

- Individuel 08
- Communauté 10
- Institutionnel 13
- Légal 15
- Médias de masse et culture 17
- Le rejet social à un niveau peut affecter la manière dont il se manifeste à d'autres niveaux 18

Discussion 23

Bibliographie 27

Tableau 1 : Études qualitatives incluses 31

Remerciements : *L'auteure tient à exprimer sa gratitude à tous les membres d'inroads et aux autres chercheurs qui ont contribué à la littérature publiée et ont fourni un ensemble de travaux à synthétiser. Elle remercie également pour leur révision attentive Katie Gillum, coresponsable d'inroads, Leila Hessini, membre du comité directeur d'inroads (Ipas, organisme partenaire d'inroads) et Kristen Shellenberg, membre d'inroads (Ipas). Ce travail n'aurait pas été possible sans l'assistance pour la revue de la littérature des bibliothécaires d'Ipas, Allison Long et Alli Buehler, ni sans l'analyse initiale réalisée par Alice Drozdiak, stagiaire d'inroads en 2015.*

Fondements

Le rejet social discrédite des personnes, des communautés et des institutions et les amène à être considérées comme inférieures (Goffman, 1963). Le rejet social est un important facteur contributif de la marginalisation sociale, médicale et légale de l'avortement au niveau mondial. En de nombreuses régions du monde, les femmes n'ont pas le droit de prendre une décision d'une importance cruciale et susceptible de transformer toute leur existence : mener ou non une grossesse à son terme. En dépit du fait que l'avortement est une expérience extrêmement répandue au cours de la vie reproductive des femmes, le rejet social subsiste et l'avortement continue à être considéré comme une faute ou un acte répréhensible. On retrouve des causes fondamentales communes au rejet social dont fait l'objet l'avortement : ces causes sont liées à la discrimination sexuelle, à la sexualité et à la maternité dans différents contextes géographiques et culturels. Le rejet social se manifeste différemment selon les personnes, en fonction du contexte culturel et de leur accès au pouvoir et à des privilèges. L'avortement demeure systématiquement un sujet controversé dans des pays et des régions aussi différents que le Nigeria, les États-Unis, le Kenya, le Mexique et les Caraïbes. Le rejet social peut avoir un impact sur où, quand et comment les femmes auront recours à des soins d'avortement. Il a été démontré qu'il contribue au refus de la part des prestataires de soins de dispenser ce type de services ou affecte la manière dont ces services sont dispensés et les lieux où ils le sont (Kumar, Hessini et Mitchell, 2009). Fondamentalement, le rejet social lié à l'avortement et les soins de piètre qualité, la perte de statut social et la discrimination qui en résultent violent les droits humains élémentaires des femmes, notamment le droit à l'absence de toute discrimination basée sur le sexe, le droit à la protection de la vie privée et le droit d'accéder aux normes les plus élevées possibles en matière de santé (Conseil des droits de l'homme des Nation Unies, 2012).

En réaction à l'impact persistant du rejet social lié à l'avortement sur divers aspects de notre environnement social, de la vie politique et de la santé, le réseau international pour la réduction de la discrimination et du rejet social liés à l'avortement (inroads) a été créé en 2014 spécifiquement en vue de favoriser la collaboration et la coordination ente tous ceux qui œuvrent à comprendre, à limiter et, finalement, à éliminer le rejet social et la discrimination liés à l'avortement. Ce rapport présente les bases des concepts fondamentaux du rejet social lié à l'avortement et propose une synthèse de la littérature qualitative qui, dans le monde entier, s'est penchée sur la manière dont se manifeste cette stigmatisation.

Comprendre le rejet social lié à l'avortement

Kumar, Hessini et Mitchell ont proposé en 2009 la définition suivante du rejet social lié à l'avortement :

> « Caractéristique négative attribuée aux femmes qui décident de mettre fin à une grossesse et qui les amène à être considérées, intérieurement ou extérieurement, comme inférieures aux idéaux de la féminité. »

Sur la base de cette définition, Cockrill et al. ont reconnu en 2013 les conséquences de ce rejet social pour les personnes qui acceptent de pratiquer des avortements, les systèmes de soins, les communautés, les législations et politiques et les médias. Ces auteurs définissent le rejet social lié à l'avortement comme :

> « Une interprétation commune selon laquelle l'avortement est moralement répréhensible et/ou socialement inacceptable. »

Dans une tentative visant à conceptualiser le rejet social en général, Link et Phelan (2001) ont proposé pour décrire le processus social de stigmatisation un modèle à quatre composantes que l'on peut appliquer au rejet social lié à l'avortement. Ces stades peuvent être approximativement décrits comme l'étiquetage, l'application de stéréotypes, la séparation et la discrimination. Appliqué à l'avortement, ce processus social circulaire et non hiérarchisé se présente comme suit (Shellenberg et al., 2011) :

- **Étiquetage :** L'avortement est considéré comme un événement anormal. Les femmes qui ont recours à un avortement et les prestataires qui dispensent des soins d'avortement sont étiquetés comme déviants. À la base de ces conceptions, on trouve une simplification excessive de l'interruption volontaire de grossesse. Étiqueter l'avortement et celles ou ceux qu'il a marqué comme anormaux cache à quel point l'avortement est fréquent et répandu.

- **Application de stéréotypes :** On associe aux femmes qui ont recours à un avortement des caractéristiques négatives telles que débauche sexuelle, négligence, égoïsme et manque de compassion pour la vie humaine. Ceux qui pratiquent des avortements sont stéréotypés comme froids, insensibles et motivés par la cupidité ou par l'argent.

- **Séparation :** Les femmes et les prestataires sont placés dans une catégorie à part, ce qui crée une fausse dichotomie du « nous » contre « eux ». Cette séparation permet de jeter l'opprobre sur ceux marqués par la stigmatisation liée à l'avortement. Le silence et la crainte de l'exclusion perpétuent cette séparation et participent à l'application de stéréotypes.

- **Discrimination :** Ce processus social de stigmatisation mène à une discrimination ouverte ou à une perte de statut pour les femmes et les prestataires.

En se basant sur la manière dont le rejet social opère dans d'autres domaines tels que le VIH et le sida ou la santé mentale, un groupe d'experts dans les domaines de la législation, des soins de santé, des sciences sociales et des organisations communautaires a proposé un modèle écologique (voir Figure 1) du rejet social lié à l'avortement qui illustre les multiples niveaux auxquels se manifeste ce rejet social (Hessini, 2014). Cette structure confirme que le rejet social se manifeste de manière différente en fonction du contexte géographique et culturel. C'est à l'aide de ce modèle que nous avons passé en revue la littérature qualitative consacrée à l'avortement dans le présent rapport.

Figure 1 : Modèle écologique du rejet social lié à l'avortement

Le rejet social au niveau **individuel** est la manière dont chaque personne vit ce rejet social (l'intériorise, le ressent et l'accepte). Les femmes qui ont recours à un avortement, les personnes qui soutiennent ces femmes et ceux qui pratiquent des avortements ou y participent peuvent tous être confrontés à un rejet social au niveau individuel.

Le rejet social au niveau de la **communauté** fait référence aux normes sociales et culturelles, aux attitudes et aux comportements face à l'avortement (tans à l'égard des femmes que des prestataires) qui existent au sein des communautés.

Le rejet social au niveau **institutionnel** fait référence à la manière dont les politiques et les pratiques au sein des établissements médicaux, des groupements professionnels et des institutions de formation aux professions médicales peuvent avoir pour effet de marginaliser l'avortement et les personnes qui dispensent des soins d'avortement.

Le rejet social au niveau **légal** comprend comment les obstacles à l'avortement et aux soins de santé reproductive sont inscrits dans la loi et comment les responsables politiques et les institutions interprètent ces lois de manière discriminatoire.

Le rejet social au niveau des **médias de masse** et au niveau **culturel** inclut la manière dont les soins d'avortement, les prestataires de ces soins et les femmes qui y ont recours sont dépeints dans les médias, présentés dans le discours dominant et sont rendus visibles ou invisibles dans la culture populaire.

Méthodes

Stratégie de recherche. De décembre 2014 à juin 2015, une série de recherches électroniques et manuelles ont été effectuées afin de réunir des publications qualitatives et quantitatives en rapport avec l'avortement et sa stigmatisation. Les bibliothécaires d'Ipas, l'organisation partenaire d'inroads, ont recherché des articles publiés dans des revues avec comité de lecture (en utilisant PubMed, Global Health, Web of Science, Academic Search Premier, PsychINFO et des bases de données sur les études concernant les femmes et sur la législation) publiées à partir de 2005 et dont le titre, le résumé ou l'en-tête du sujet incluait les termes « abortion » et « stigma ». Tous les résultats ont été évalués pour leur pertinence par le personnel d'inroads.

Revue. La procédure d'inclusion comprenait trois stades de passage en revue : une revue du titre et du résumé pour confirmer l'inclusion, une revue de l'ensemble de la publication pour identifier son applicabilité aux objectifs de cette synthèse et une revue méthodologique pour déterminer l'applicabilité dans le cadre des critères d'inclusion. Les critères d'inclusion étaient : 1) utilisation de méthodologies qualitatives ; 2) article publié en 2005 ou ultérieurement ; 3) rapport d'observations thématiques sur le rejet social lié à l'avortement. Seuls les articles en anglais ont été passés en revue pour cette synthèse.

Analyse. Pour réaliser cette synthèse au profit des membres d'inroads, nous nous sommes concentrés sur les caractéristiques suivantes des études :

- Localisation géographique de l'étude
- Niveaux du rejet social lié à l'avortement et façon dont il se manifeste aux différents niveaux, individuel, de la communauté, institutionnel, légal ou des médias de masse/culturels
- Manière dont les personnes qui ont recours à l'avortement, le soutiennent ou pratiquent des avortements vivent l'expérience du rejet social

Résultats

Identification, sélection et recevabilité

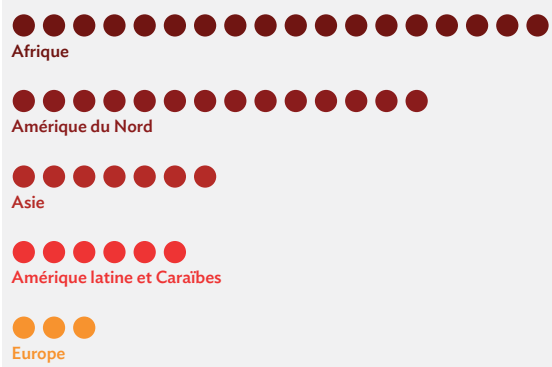
La recherche dans la littérature a permis d'identifier 81 articles. Trente-huit articles ont été exclus de cette synthèse qualitative parce qu'ils ne contenaient que des observations quantitatives ou étaient des commentaires ou des analyses des politiques. Un total de 43 études ont été incluses : trente-huit études qualitatives et cinq études mixtes (voir annexe pour la liste complète des études incluses). Les méthodes qualitatives comprenaient : interrogatoires approfondis, groupes de discussion dirigée, analyse de discours, observations sur le terrain et analyse narrative.[1]

Caractéristiques des études

Les contextes des articles inclus représentent une grande variété de situations géographiques ; la majorité des études ont été menées en Afrique et en Amérique du Nord (Figure 2). Plusieurs études comprenaient des analyses multi-pays. Pays inclus :

- **Afrique :** Burkina Faso (2), Éthiopie (2), Ghana (4), Kenya (2), Malawi (1), Nigeria (2), Afrique du Sud (3), Ouganda (1), Zambie (1)
- **Asie :** Bangladesh (1), Chine (1), Inde (1), Iran (1), Népal (1), Pakistan (1), Philippines (1)
- **Europe :** Royaume-Uni (3)
- **Amérique latine et Caraïbes :** Bolivie (1), Mexique (2), îles du nord-est des Caraïbes, notamment Anguilla, Antigua, Saint-Christophe, Saint Martin et Sint Maarten (1), Pérou (2)
- **Amérique du Nord :** Canada (1), États-Unis (13)

Figure 2 : Distribution géographique des études



1 À partir d'interrogatoires approfondis et de groupes de discussion dirigée, les chercheurs ont examiné les retranscriptions pour y rechercher les thèmes. Les chercheurs ont également observé des médecins et des professionnels de santé, pris des notes sur ces observations et analysé ces notes. Les analyses de discours incluaient des analyses des déclarations et des thèmes en rapport avec l'avortement dans les médias d'information, les enseignements religieux et populaires, etc. L'analyse narrative est une approche spécifique qui utilise des textes (lois, articles, médias, etc.) comme unité d'analyse pour identifier la signification. Pour une discussion plus détaillé des méthodes de mesure du rejet social lié à l'avortement, voir Cockrill, et al. 2013.

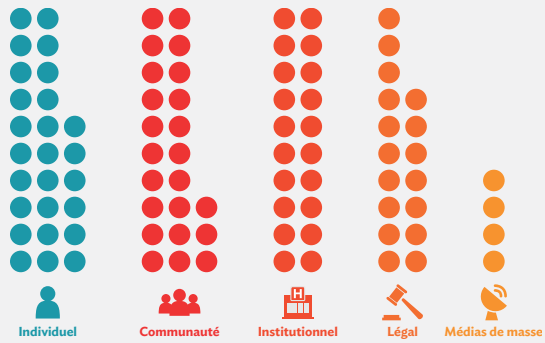
Pour bien comprendre comment rejet social se manifeste à de multiples niveaux, les études ont été codées en fonction du niveau du modèle écologique auquel correspondaient les thèmes principaux. La plupart des études identifiaient des thèmes concernant plusieurs niveaux. Les niveaux individuel, institutionnel, de la communauté et légal étaient représentés de manière relativement uniforme parmi les études incluses. Les études ayant identifié des thèmes au niveau des médias de masse étaient moins nombreuses (Figure 3).

Les études incluses se sont intéressées à des populations extrêmement variées. Le rejet social concerne non seulement les femmes qui ont recours à un avortement, mais aussi les personnes et les systèmes de soins qui pratiquent des avortements.

Globalement, les populations étudiées peuvent être classées en trois groupes principaux :

- Femmes ayant une expérience personnelle de l'avortement (ayant avorté, ayant essayé d'avorter mais qui ont été rejetées, ayant demandé des soins après avortement) : 17 études
- Professionnels impliqués dans des services d'avortement : 12 études
- Membres de la communauté en général : 11 études

Figure 3 : Distribution des thèmes en fonction du modèle écologique



Synthèse

Pour bien comprendre comment l'avortement se manifeste à tous les niveaux du modèle écologique, nous commencerons par présenter les observations pour chaque niveau séparément : individuel, de la communauté, institutionnel, légal et des médias de masse. Nous examinerons ensuite comment la stigmatisation à certains niveaux peut affecter les manifestations du rejet social à d'autres niveaux. Enfin, nous examinerons les interactions entre le rejet social lié à l'avortement et d'autres caractéristiques stigmatisées, à savoir le statut en termes d'infection par le VIH et la sexualité des adolescentes et des très jeunes femmes.

Individuel

Secret et isolement. Chez les femmes qui ont eu recours à l'avortement, la nécessité de garder le secret et l'isolement sont des expériences courantes dans divers contextes culturels. Dans de nombreux pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine (Pérou, Mexique, Pakistan, Nigéria, Kenya, Ghana et Éthiopie), les chercheurs ont constaté que les femmes gardent délibérément le secret sur leur décision et leur expérience d'un avortement vis-à-vis de leurs collègues et amies, des membres de leur famille et de leur partenaire par crainte de nuire à leur réputation. La culture du secret est une stratégie que les femmes utilisent pour éviter les conséquences sociales du fait que leurs collègues ou amies et les autres membres de la communauté soient au courant de leur avortement (Izugbara, Otsola et Ezeh, 2009 ; Kebede, Hilden et Middelthon, 2012 ; Tagoe-Darko, 2013).

> « Celles qui le font savent pourquoi elles le font mais ceux qui ne l'admettent pas diraient énormément de mal d'elles. Voilà pourquoi les femmes le font secrètement. » — Vieille femme d'un milieu rural, Kenya

D'autres chercheurs ont constaté que le rejet social lié à l'avortement empêche également les femmes de parler de leur expérience de l'avortement dans les pays développés. Aux États-Unis et au Royaume-Uni aussi, des femmes ont déclaré avoir gardé le secret sur leur avortement par crainte du jugement de la société (Astbury-Ward, 2015 ; Cockrill et Nack, 2013 ; Weitz et Cockrill, 2010). Ce secret et cet isolement social peuvent contribuer à empêcher les femmes de bénéficier du soutien social et psychologique dont elles ont besoin et aggraver leurs sentiments de culpabilité et de honte. Cela peut également mener au paradoxe qu'un acte aussi répandu que l'avortement est considéré comme rare et anormal (Kumar et al., 2009).

Les prestataires, eux aussi, réfléchissent longuement avant de divulguer qu'ils pratiquent des avortements (Freedman, Landy, Darney et Steinauer, 2010 ; Harris, Martin, Debbink et Hassinger, 2013). Aux États-Unis, la crainte de violence et de menaces dans le cadre de leurs relations professionnelles avec leurs collègues incite les médecins à cacher ou à minimiser leurs activités en tant que prestataires d'avortements. Harris et ses collaborateurs émettent l'hypothèse que cela mène à un «paradoxe de légitimation» :

> « Le cycle du paradoxe de légitimation se déroule comme suit : lorsque des médecins qui pratiquent des avortements ne divulguent pas leur activité

dans leurs rencontres de tous les jours, leur silence crée l'impression que pratiquer des avortements est une chose inhabituelle ou contraire aux normes (ou tout eu moins leur non-divulgation permet aux gens de penser qu'aucune des personnes qu'ils connaissent ne dispense des soins d'avortement). Le fait de pratiquer des avortements en vient à être considéré comme étant un comportement déviant ou un type de services que des voisins, des amis ou des collègues refuseraient de dispenser. Cela perpétue un stéréotype social qui légitime l'idée que les médecins normaux ne pratiquent pas d'avortements. Ce stéréotype contribue à la marginalisation de ceux qui pratiquent des avortements, tant dans les milieux médicaux qu'en-dehors de ceux-ci, et les expose à être victimes de harcèlement et d'une législation restrictive. Ces prestataires en viennent ainsi à craindre à juste titre la stigmatisation et le harcèlement, ce qui renforce encore leur réticence à divulguer leurs activités de pratique d'avortements. Par conséquent, le cycle se perpétue. »

Sentiments de honte et de culpabilité. Certaines études dans de multiples régions et cultures ont constaté que les femmes font état d'un sentiment de honte et de culpabilité suite au fait d'avoir subi un avortement, lequel est fréquemment exprimé dans un contexte lié à la religion (Chiappetta-Swanson, 2005 ; Gipson, Hirz et Avila, 2011 ; Hosseini-Chavoshi, Abbasi-Shavazi, Glazebrook et McDonald, 2012 ; Palomino et al., 2011 ; Shellenberg et al., 2011 ; Sorhaindo et al., 2014). Dans de nombreux pays, les forces religieuses détiennent le pouvoir politique et culturel et formulent un discours qui conditionne la manière dont les gens considèrent l'avortement. Dans certaines études, les participantes qui font état de sentiments de honte et de culpabilité n'établissent que rarement un lien entre ces sentiments et le rejet social ou la discrimination promulgués par ce discours officiel. Le sentiment de culpabilité est plutôt lié à la conviction que l'avortement est un péché (ou que d'autres jugeraient qu'elles ont commis un péché aux yeux de Dieu) (Palomino et al., 2011 ; Shellenberg et al., 2011).

Certaines femmes qui ont intériorisé des stéréotypes négatifs sur les femmes qui ont recours à l'avortement stigmatisent les autres femmes en les décrivant comme irresponsables, insensibles ou débauchées afin de se débarrasser elles-mêmes de leurs propres sentiments de culpabilité ou de honte. En jugeant les autres femmes qui ont eu recours à l'avortement, elles créent une distance pour pouvoir considérer de manière positive leur propre expérience (Nickerson, Manski et Dennis, 2014).

« Si vous parlez de quelqu'un qui utilise les avortements à répétition comme une méthode contraceptive, c'est une chose. Si vous parlez d'une personne qui, comme moi, s'est trouvée dans une situation exceptionnelle et qui n'aura plus jamais recours à un avortement par la suite, c'est totalement différent. » — États-Unis, femme de 33 ans

Les sentiments de honte et de culpabilité ne sont toutefois pas associés à des regrets. Même si certaines femmes expriment un sentiment de honte, elles demeurent convaincues qu'un avortement était la meilleure solution dans leur situation (Orner, de Bruyn et Cooper, 2011 ; Shellenberg et al., 2011).

Communauté

Centrage sur la maternité. Les normes sociales de la communauté concernant la maternité et le rôle des femmes, l'importance et la valeur du fœtus, la sexualité des femmes ont toutes un impact sur le rejet social dont font l'objet femmes qui ont recours à l'avortement et les prestataires de soins qui pratiquent des avortements. Là où les normes de la communauté sont centrées sur le fait que le rôle des femmes est, d'abord et avant tout, d'être des mères, le rejet social de l'avortement trouve peut-être ses origines dans la honte associée au fait de s'écarter de ce rôle. L'importance de la maternité apparaît comme un important facteur responsable de la stigmatisation de l'avortement au Mexique, au Pérou, au Burkina Faso, au Bangladesh et au Népal (Hill et Kirkwood, 2009 ; Payne et al., 2013 ; Shellenberg et al., 2011 ; Sorhaindo et al., 2014 ; Tagoe-Darko, 2013).

Sexualité féminine. Les normes sociales de la communauté concernant la sexualité des femmes sont au cœur du rejet social de tout ce qui est en rapport avec l'avortement. Dans un grand nombre de contextes sociaux, toute activité sexuelle en dehors du mariage est très fortement stigmatisée. Dans ces conditions, la crainte qu'une grossesse apporte la preuve d'une activité sexuelle interdite peut représenter une motivation suffisante pour surmonter les obstacles à l'accès à l'avortement et s'exposer à l'opprobre lié à ce choix : l'avortement est peut-être mal, mais une grossesse inopportune est encore bien pire (Dahlback, Maimbolwa, Kasonka, Bergstrom et Ransjo-Arvidson, 2007 ; Hill et Kirkwood, 2009 ; Kebede et al., 2012 ; Omo-Aghoja et al., 2009 ; Rossier, 2007 ; Shellenberg et al., 2011). Dans d'autres contextes, au contraire, même si les relations sexuelles hors mariage et les grossesses non désirées sont fortement stigmatisées, l'avortement est considéré comme une transgression encore bien plus grave (Gipson et al., 2011).

« Même si, l'on parle de vous comme d'une femme qui n'a pas de mari, une pinaangkan (une femme qui a un enfant sans être mariée), ce n'est pas bien grave, du moment que vous ne décidez pas d'avorter … Même si vous n'avez pas de mari, c'est un bébé que vous portez déjà dans votre ventre. Si vous avortez, c'est comme si vous étiez déjà dévorée par les vers alors que vous êtes encore vivante. » — Philippines, jeune femme de 23 ans

Attitudes de la communauté face aux femmes qui ont eu recours à un avortement : connotations négatives et application de stéréotypes. La violation des normes en rapport avec le rôle des femmes en tant que mères et avec le rejet par la société de la sexualité amène à coller une étiquette aux femmes qui ont eu recours à un avortement et à leur appliquer des stéréotypes. Les pressions sociales ont mené à appliquer un certain nombre de connotations négatives aux femmes qui ont eu recours à un avortement : l'avortement est associé à la prostitution, au fait d'être considérée comme une fille perdue ou comme une égoïste, et celles qui y ont eu recours ont mérité leurs malheurs futurs (Bhandari, Mo Hom, Rashid et Theobald, 2008 ; Gipson et al., 2011 ; Levandowski et al., 2012 ; Palomino et al., 2011 ; Shellenberg et al., 2011).

« [Les gens pensent que] seules les filles perdues [baraaliyera hideki aaimaai] ont recours à l'avortement. Donc ils considèrent que ce n'est pas bien. » — Népal, femme de 30 ans

Conséquences ressenties d'un avortement. Dans certaines études, les répondantes ont dit avoir perçu des malheurs ultérieurs comme étant des conséquences négatives attribuables au fait d'avoir avorté. En Iran, les malheurs qui surviennent après un avortement sont considérés comme une punition pour le péché d'avortement et sont donc attribuées au fait d'avoir subi un avortement. (Hosseini-Chavoshi et al., 2012) Au Mexique, au Pakistan, au Malawi et au Népal, l'avortement est considéré comme mettant en péril la fécondité ultérieure (Bhandari et al., 2008 ; Levandowski et al., 2012 ; Shellenberg et al., 2011).

« Si une femme avorte, elle ne verra pas le visage d'un fils [ne donnera pas naissance à un fils] au cours de ses sept grossesses suivantes. »
— Népal, femme de 45 ans

La honte et le rejet social liés à un avortement sont considérés comme contagieux en Zambie, au Pakistan et au Malawi. Au Malawi, certains pensent que les hommes risquent de mourir s'ils ont des relations sexuelles avec une femme qui a eu recours à un avortement. (Levandowski et al., 2012) Au Pakistan, certains pensent qu'une femme qui a avorté peut rendre malade les personnes de son entourage (Shellenberg et al., 2011).

> « Si une femme opte pour avortement, les gens chercheront à l'éviter parce qu'ils pensent qu'elle est possédée et que cela pourrait faire du mal aux enfants et aux autres femmes. Pendant un certain temps, ils ne pénètrent pas chez cette femme. Ils ne veulent même pas passer près de sa maison et ils croient qu'ils vont s'affaiblir ou tomber malades s'ils parlent à cette femme. » — Pakistan, participante de sexe féminin à un groupe de discussion dirigée

Conséquences d'un avortement édictées par la communauté. Les conséquences ressenties d'un avortement peuvent être liées à des conséquences tout à fait réelles. En beaucoup d'endroits, les femmes risquent d'être rejetées parce qu'elles ont voulu avorter ou qu'elles ont avorté, ce qui continue à perpétuer le secret et l'isolement. Au Ghana, les adolescentes peuvent être mises à la porte de chez elles (Tagoe-Darko, 2013). Dans une petite île des Caraïbes, les prestataires font remarquer que « Si leur église apprend qu'elles ont subi un avortement, elles peuvent être chassées de l'église. » (Gipson et al., 2011). Deux exemples en provenance du Mexique et des États-Unis concordent parfaitement :

> « J'ai réellement perdu tout contact avec elle, l'une de mes meilleures amies, suite à cette situation, parce qu'elle est tellement opposée à l'avortement. Sans même réaliser à quel point elle prenait à cœur la situation, elle m'a tout simplement tourné le dos et c'était comme si elle me disait : «Je n'ai plus aucun respect pour toi parce que tu as voulu faire cela». » — États-Unis (Cockrill et Nack, 2013)

> « Une amie à nous, … Elle s'est tournée vers nous lorsque … elle venait de devenir membre du club lorsque cela s'est produit, c'est alors qu'elle a appris que nous avions presque toutes fait cela [avorté]. Elle nous a dit que nous étions mauvaises, que nous étions des chiennes, que nous n'accordions aucune valeur à la vie, que nous ne savions même pas ce que

nous avions perdu et elle était très, très religieuse. Elle a ensuite dit que Dieu nous punirait. » — Mexique (Sorhaindo et al., 2014)

Attitudes des communautés vis-à-vis de ceux qui pratiquent des avortements : application d'étiquettes négatives et de stéréotypes. Ainsi que nous l'avons vu dans le cas des femmes, ceux qui pratiquent des avortements se voient eux aussi appliquer des étiquettes négatives et des stéréotypes. Au Ghana et au Kenya, certains considèrent que les personnes qui pratiquent des avortements sont motivées par l'argent et la cupidité (Izugbara et al., 2009 ; L. Martin, Debbink, Hassinger et Harris, 2011 ; Payne et al., 2013).

Institutionnel

Obstacles à la dispense de services d'avortements. Avant d'examiner en quoi le rejet social affecte la manière dont les services d'avortement sont dispensés, il est important de noter la multitude d'obstacles qui ont été mis en place pour dissocier les soins d'avortement des soins de santé usuels. Aux États-Unis, par exemple, il existe au niveau des systèmes des politiques institutionnelles et des interdictions concernant l'offre de soins d'avortement. Même les personnes qui, au sein de ces systèmes, soutiennent l'accès à l'avortement peuvent être soulagées de ne pas avoir à pratiquer des avortements. « Ma cheffe de service m'a dit : « Je pense que nous sommes tous extrêmement soulagés de ne pas avoir à nous préoccuper de cela nous-mêmes.» … Et c'est quelqu'un qui est réellement en faveur de l'avortement mais, en tant que chef, elle était soulagée de ne pas avoir à se préoccuper de savoir … qui allait le faire [pratiquer des avortements], qui ne le ferait pas et si l'ensemble du service devait être totalement d'accord avec le fait de pratiquer ce type de prestations. » (Freedman et al., 2010). En Éthiopie, des étudiantes sages-femmes rapportent que le rejet social lié à l'avortement, basé sur des fondements religieux, constitue même un obstacle pour ceux ou celles qui souhaiteraient apprendre à pratiquer des avortements (Holcombe, Berhe et Cherie, 2015). Le manque d'accès à la formation constitue également un obstacle tout à fait réel pour ceux qui souhaiteraient pratiquer ce type de prestations, ainsi que pour ceux qui dispensent déjà des soins d'avortement. Par exemple, au Canada, il existe un réel manque de soutien institutionnel pour les infirmiers ou infirmières qui prennent en charge l'interruption volontaire de grossesse pour anomalie fœtale, y compris une absence de procédures standardisées et de formation (Chiappetta-Swanson, 2005).

Rejet social lié à l'avortement et qualité des soins. Le rejet social lié à l'avortement peut être associé à une médiocre qualité des soins, à la fois en raison d'obstacles institutionnels tels que manque de formation et politiques et procédures obstructives et d'attitudes et de convictions individuelles stigmatisantes de la part des professionnels des soins de santé. En voici quelques exemples :

- « Elle a rencontré peu de soutien de la part du personnel médical lors de son avortement. L'infirmière lui parlait de manière désagréable et a ajouté qu'elle n'était pas le genre de femme à aider les personnes qui tuent des enfants innocents » — Ghana, jeune femme de 20 ans (Chiappetta-Swanson, 2005).

- Au Ghana, les points de vue des infirmières sur l'avortement constituent un obstacle important qui empêche les prestataires de dispenser des soins de qualité. Certaines infirmières refusent purement et simplement de préparer le chariot et les instruments (Payne et al., 2013).

- Au Malawi, les patientes qui se présentent pour des soins après avortement sont souvent « considérées comme ayant fait quelque chose de répréhensible et sont parfois négligées. »
  — Malawi, infirmière sage-femme (Levandowski et al., 2012).

- En Afrique du Sud, les études ont constaté une qualité des soins inégale. Une femme a décrit une surprenante « absence de soins immédiatement après un avortement, alors qu'elle s'attendait à ce qu'on la lave et que l'on se montre attentif à la douleur qu'elle éprouvait, et non pas à être *chassée de la salle parce qu'il fallait la libérer pour d'autres patientes* », tandis que d'autres ont déclaré souhaiter que ce soit le prestataire qui s'était chargé de leur avortement qui poursuive leurs soins de planning familial en raison de la qualité élevée des soins dont elles avaient bénéficié (Orner, De Bruyn, Harries et Cooper, 2010).

- Au Bangladesh, le jugement des prestataires relatif aux caractéristiques de leurs patientes déterminait la qualité des services qu'ils leur dispensaient (Bhandari et al., 2008).

- Les professionnels des soins de santé dans des institutions où les politiques institutionnelles sont ambiguës peuvent également jouer le rôle de contrôleurs des soins, soit en se montrant stigmatisant et discriminant vis-à-vis des patientes, soit en leur assurant l'accès aux soins dans un

environnement politique complexe (Gipson et al., 2011 ; Orner et al., 2011 ; Payne et al., 2013 ; Pheterson et Azize, 2005).

Légal

Avortement légal. La dépénalisation et la garantie de l'accès légal à l'avortement constitue la principale stratégie des défenseurs des droits à un accès non stigmatisé à l'avortement. L'avortement légal ne suffit cependant pas à garantir des soins exempts de toute réaction de rejet et une réforme de la législation peut avoir pour conséquence une exacerbation des discours et des manifestations condamnant l'avortement (Becker et Diaz-Olavarrieta, 2012). Dans certains contextes, là où l'avortement est à la fois considéré comme un crime et fortement condamné par la société, les prestataires de soins et les défenseurs du droit à l'avortement peuvent en arriver à ne pas véritablement soutenir les efforts en faveur de sa dépénalisation. Examinons la situation complexe des îles du nord-est des Caraïbes, dont certaines ont une législation plus libérale en ce qui concerne l'avortement, tandis que d'autres ont adopté des lois plus restrictives (Pheterson et Azize, 2005) :

- À Sint Maarten, l'avortement est illégal mais toléré : « Tout le monde sait que cela se fait. C'est un système de tolérance institutionnalisée. Des avortements sécurisés sont accessibles et sont même pratiqués par des gynécologues à l'hôpital … Le Ministère de la santé est parfaitement au courant de la situation mais fait comme s'il l'ignorait. Cela les arrange de maintenir cette situation d'illégalité parce qu'ainsi, vous pouvez vous faire prendre. Si les choses se passent mal, ils peuvent vous poursuivre en justice … c'est une situation tabou … Mais non, je ne suis pas partisan de la légalisation, cela signifierait davantage de contrôles et des délais plus longs. Le système fonctionne très bien ainsi. » (médecin généraliste)

- À Anguilla, où la législation a été libéralisée peu de temps avant la réalisation de cette recherche, le rejet social demeure important : « Le changement de la loi ne visait pas à permettre aux femmes d'ici d'avoir librement accès à l'avortement. On a admis que certaines situations peuvent engendrer un risque pour la mère … La culture d'Anguilla n'admettrait pas l'avortement sur demande. Nous vivons dans une société chrétienne. Les lois britanniques ne sont pas les nôtres. » (attorney général)

- Saint Martin est régi par la législation française et l'avortement y est disponible au sein du système hospitalier. Malgré cela, les femmes vont se faire avorter sur les îles voisine ou le font illégalement chez un praticien privé pour éviter l'hôpital et le risque que cela se sache publiquement.

Entre-temps, l'Afrique du Sud se vante d'avoir l'une des législations les plus libérales au monde en matière d'avortement. Néanmoins, dans la pratique, les chercheurs ont constaté une prolifération de prestataires non agréés qui pratiquent ouvertement des avortements et en font la publicité. En outre, les médecins du secteur public sont tenus de dispenser des services d'avortement. Beaucoup d'entre eux invoquent l'objection de conscience pour l'éviter (Harries, Gerdts, Momberg et Greene Foster, 2015). Et aux États-Unis, une analyse des règles légales met en évidence une stigmatisation inscrite dans la loi, qui sépare les services d'avortement de la médecine ordinaire (Abrams, 2013).

Des cadres légaux ambigus. Dans des environnements où la législation et les politiques en matière d'avortement sont peu claires ou ambiguës, dispenser des soins d'avortement peut être une source de stress important et engendrer un risque. Pensons au cas du Ghana, où la loi commence par affirmer que l'avortement est illégal, mais énumère ensuite un certain nombre d'exceptions de telle sorte que, dans la pratique, le cadre légal est plutôt libéral. Cette ambiguïté fait que les médecins craignent d'encourir des amendes ou une peine d'emprisonnement pour avoir pratiqué un avortement dont on pourrait soutenir qu'il ne rentre pas dans ces critères (Payne et al., 2013).

> « L'ambiguïté de la loi constitue à la fois une manifestation du rejet social de l'avortement et une méthode qui permet de perpétuer ce rejet social. Le code juridique commence par une interdiction claire ; ce n'est qu'ensuite que cette interdiction est clairement délimitée et que les «circonstances exceptionnelles» dans lesquelles l'avortement est autorisé sont citées. » (L. Martin et al., 2011).

Contextes où l'accès à l'avortement est limité. Là où l'avortement est pénalisé ou limité, les manifestations de rejet social et de discrimination sont parfois ostensibles. Les femmes ont pour seul recours les voies clandestines et la sécurité de ces voies dépend du contexte et de leur accès à des informations et à des médicaments de qualité. Dans certaines situations, par exemple au Burkina Faso, où certains prestataires acceptent de dispenser ce type de soins, ces derniers n'acceptent d'offrir

leurs services qu'à des personnes en qui ils peuvent avoir toute confiance : « Se´cou n'avait pas les bons contacts, c'est-à-dire quelqu'un en qui l'infirmier ait confiance et qui accepte de garantir le silence de Se´cou par la suite, de sorte que l'infirmier a refusé d'admettre qu'il pratiquait des avortements. » (Rossier, 2007). Dans ce type de contexte, les femmes qui en ont les moyens « se rendent dans un établissement privé où l'intervention est pratiquée par des médecins et on n'en entend jamais parler, tandis que les jeunes filles et les femmes qui meurent des suites d'un avortement mal pratiqué sont celles qui n'ont pas assez d'argent pour se rendre chez un médecin compétent. » (Izugbara et al., 2009). Il ne suffit pas de libéraliser la loi. Il est tout aussi essentiel de faire évoluer les mentalités et le contexte culturel dans lequel l'avortement est pratiqué et demandé.

Médias de masse et culture

Nous n'avons identifié qu'un petit nombre d'études qui se sont intéressées au thème du rejet social lié à l'avortement au niveau des médias de masse. Cela pourrait être lié aux bases de données que nous avons consultées au cours de la phase de recherche. Nous espérons que cette section continuera à être mise à jour dans les années à venir, avec des contributions récentes fin 2015 et des recherches actuellement en cours. Les quatre études identifiées ont utilisé à la fois le discours et les méthodes d'analyse narrative pour examiner le thème de l'avortement dans les médias. En Ouganda, on a pu constater deux orientations du discours : le caractère sacré de la vie (une orientation religieuse) et le droit à la vie du fœtus (une orientation qui récupère un droit humain). Ces deux discours sont utilisés pour restreindre l'accès à l'avortement, avec des conséquences sur la manière dont sont dépeintes les femmes qui avortent (Larsson et al., 2014).

Au Burkina Faso, des thèmes en rapport avec le cadre de la santé publique (sauver la vie des femmes) et un cadre basé sur les droits humains (droits de la femme) ont été analysés. Les informateurs sont parvenus à la conclusion que les acteurs institutionnels et légaux au Burkina Faso ne sont pas sensibles à un cadre basé sur les droits humains, même s'il existe certains désaccords : « La question des droits constitue réellement un obstacle parce que beaucoup de gens … dès que l'on mentionne les droits de la femme, ils se ferment complètement et ne veulent absolument pas en entendre parler. Mais lorsqu'on le présente en termes de problème de santé publique, il devient beaucoup plus difficile pour les représentants officiels de l'ignorer. » (Storeng et Ouattara, 2014). Ces deux études ont évalué la manière dont l'avortement est présenté dans les médias d'information.

Aux États-Unis et au Royaume-Uni, les chercheurs ont découvert des thèmes narratifs qui présentent l'avortement comme dangereux. Au Royaume-Uni, une analyse des journaux écossais et britanniques a permis de constater que l'avortement était systématiquement présenté comme négatif : hasardeux, dangereux et immoral. Les voix des femmes elles-mêmes sont marginalisées, ce qui donne naissance à un discours qui présente l'avortement comme un comportement déviant et le rejet social lié à l'avortement comme inévitable (Purcell, Hilton et McDaid, 2014). Aux États-Unis, des chercheurs ont analysé toutes les représentations de prise de décision en matière de grossesse et d'avortement dans les films américains et dans les séries télévisées américaines de 1916 à janvier 2013. Ils ont constaté que dans les fictions, l'avortement est associé à un taux de mortalité beaucoup plus élevé que dans la réalité, ce qui contribue à l'interprétation sociale selon laquelle l'avortement est une procédure risquée et dangereuse (Sisson et Kimport, 2014). La manière dont l'avortement est décrit dans les médias populaires, tant de divertissement que d'information, peut influencer la façon dont il est perçu par le public.

Le rejet social à un niveau peut affecter la manière dont il se manifeste à d'autres niveaux

Jusqu'à présent, les sujets de discussion abordés dans ce rapport se sont concentrés sur la manière dont le rejet social se manifeste à chacun des cinq niveaux du modèle écologique. Voyons à présent quelques exemples des interactions complexes entre ces différents niveaux.

Environnement légal et politique et cadres institutionnels. Par exemple, dans certaines îles des Caraïbes, des prestataires proposent illégalement des services d'avortement. Ainsi que nous l'avons vu dans le cas de Sint Maarten, les médecins craignent réellement que de nouvelles lois qui «légaliseraient» l'avortement aient en réalité pour effet de restreindre leurs prestations plus encore qu'un statut quo. En même temps, indépendamment de la nature de la législation en matière d'avortement d'un pays, l'impact d'attitudes stigmatisantes de la part des prestataires peut s'avérer extrêmement important. Les médecins détiennent de nombreux privilèges et ont énormément de pouvoir et ce sont eux qui peuvent déterminer qui peut bénéficier d'un avortement, quand et pourquoi. « Je m'efforce de décourager les femmes d'avorter, sauf si elles le font pour des raisons sociales. Si une femme a déjà six ou sept ou huit enfants, d'accord, mais si elle n'en a que deux ou trois, je ne pratique pas d'avortement. » (Pheterson et Azize, 2005). Pensons également

au Burkina Faso, où il existe fort peu d'indications à un avortement légal : « En raison de la difficulté des procédures visant à bénéficier d'un avortement pour des indications légales, ce sont souvent les médecins à titre individuel qui décident de l'accès des femmes à un avortement «thérapeutique», souvent sans même consulter le système légal ou des confrères. Ils agissent ainsi pour éviter d'être accusés de collusion avec les femmes, qui sont souvent suspectées de mentir au sujet de prétendues agressions sexuelles pour justifier leur demande d'avortement. » (Storeng et Ouattara, 2014). L'ambiguïté de la législation peut également avoir un impact sur la qualité des soins dispensés dans un cadre institutionnel. Au Ghana, par exemple, certains cabinets médicaux privés ne conservent pas de dossiers (Payne et al., 2013). Enfin, l'environnement légal et politique affecte directement la manière dont les médecins décrivent leur travail, entre confrères, face à l'administration et face au grand public. En Bolivie, le discours des médecins sur les soins qu'ils dispensaient était fortement adapté à leur groupe cible et ils disaient respecter la loi et les politiques même lorsque leurs pratiques étaient en désaccord avec les règles établies (Rance, 2005). Des environnements légaux et politiques opaques et ambigus peuvent avoir un effet dissuasif sur les prestataires de soins et les systèmes de santé mais peut également offrir à ces prestataires certaines opportunités de résister à la stigmatisation et de créer des voies d'accès.

Institutionnel, au niveau de la communauté et individuel : qu'est-ce qu'un avortement sécurisé ? Les chercheurs ont observé un paradoxe : là où l'avortement est légal et où il y a eu des efforts concertés pour en améliorer la disponibilité au sein des systèmes de santé, les femmes continuent à s'adresser en-dehors de ces voies légales d'accès aux soins pour un avortement. Cela peut être lié à la manière dont les services sont dispensés au sein des institutions officielles, notamment à la qualité ou au manque de qualité des soins, à la manière dont est perçue la confidentialité. Lorsqu'une telle légalisation est associée à des normes stigmatisantes au sein de la communauté en ce qui concerne l'avortement, la grossesse et la sexualité, la question se pose : que signifie réellement le terme «sécurisé» ? Un examen attentif fait apparaître que ce terme peut avoir des significations différentes en fonction du contexte social et culturel face à l'avortement. Au Kenya, on a consenti d'importants efforts pour former les prestataires et éduquer les femmes à des services d'avortement accessibles. Néanmoins, la stigmatisation sociale de l'avortement demeure omniprésente. Un réseau de santé publique visant à la sécurité peut paraître non ambigu : des méthodes éprouvées dispensées par des prestataires formés à cet effet au sein d'une institution de soins de santé. Les femmes, quant à elles, privilégient le respect de la confidentialité, le coût, dans certains cas la capa-

cité à garder le secret et dans d'autres cas des services dont la qualité est attestée par les réseaux sociaux. Cela peut les amener à demander des soins dans des contextes que les médecins du système de santé publique considéreraient comme dangereux (Izugbara, Egesa et Okelo, 2015). Ce thème se retrouve aux États-Unis, où les femmes expriment une préférence pour les cliniques d'avortement plutôt que pour leur propre médecin. Une fois de plus, les femmes privilégient le respect de la confidentialité, le coût et la capacité de préserver leur image dans leur évaluation de ce que sont des services sécurisés ou appropriés (Weitz et Cockrill, 2010).

Des chercheurs aux États-Unis ont également constaté que certaines pratiques des cliniques d'avortement sont susceptibles de renforcer au sein de la communauté un discours selon lequel l'avortement est dangereux et se vit dans la solitude. Lorsque les femmes se trouvent confrontées aux procédures cliniques et aux relations interpersonnelles qui sont imposées par les réalités de l'hostilité vis-à-vis de l'avortement, l'expérience qu'elles vivent peut s'avérer négative et le mythe social selon lequel une clinique spécialisée dans les avortements est un endroit dangereux peut s'en trouver renforcé (Kimport, Cockrill et Weitz, 2012 ; Kimport, Preskill, Cockrill et Weitz, 2012). Lorsque les prestataires de soins et les responsables des politiques et des programmes cherchent à faciliter l'accès des femmes à des services d'avortement sécurisé, que ce soit au sein d'une institution de soins de santé ou en améliorant l'accès aux médicaments via d'autres canaux, il est essentiel de bien comprendre comment les femmes voient la sécurité et le danger et en quoi leur vision est influencée par le rejet social lié à l'avortement.

Interactions : effet cumulés de plusieurs causes de rejet social

L'impact du rejet social peut être encore aggravé pour les personnes qui sont déjà marginalisées suite à d'autres caractéristiques stigmatisantes. On retrouve dans la littérature scientifique deux thèmes récurrents : les adolescentes et les femmes séropositives vis-à-vis du VIH.

Jeune âge et rejet social lié à l'avortement. Dans de nombreux contextes culturels, l'activité sexuelle des jeunes filles non mariées est fortement condamnée. Par exemple, en Chine, toute activité sexuelle au-dessous de l'âge de 16 ans est illégale, qu'elle soit consentie ou non : « En générant la crainte de faire encourir une punition à leur partenaire en application de cette législation visant à les dissuader d'avoir des rapports sexuels, ces lois ont également augmenté la vulnérabilité des adolescentes, qui sont amenées à recourir des avortements non sécurisés ou à mettre au

monde des enfants alors qu'elles sont encore très jeunes. » Cette norme légale et culturelle explicite incite les jeunes filles à cacher leur grossesse et leur recours à l'avortement pour protéger leur partenaire. Des lois qui pénalisent l'activité sexuelle des jeunes et qui exigent le consentement des parents génèrent silence, honte et accès accru à des services de mauvaise qualité et souvent coûteux plutôt qu'aux soins de qualité publiquement disponibles à Hong Kong (Hung, 2010). En Inde, le rejet social face à la sexualité des jeunes est à ce point généralisé que la crainte de divulguer une maternité accidentelle mène à des demandes d'avortement tardives (Sowmini, 2013). Et en Zambie, la «double stigmatisation» de l'inacceptabilité sociale est illustrée par la grossesse et l'avortement d'une jeune fille non mariée, qui peut même y être forcée par ses parents (Dahlback et al., 2007). Le rejet social lié à l'avortement, qui trouve ses racines dans les normes de la communauté relatives au comportement sexuel des femmes, est encore amplifié pour les jeunes, qui disposent éventuellement de moins de ressources et se trouvent confrontés à encore plus d'obstacles les empêchant d'avoir accès à des soins appropriés.

Rejet social lié au VIH et rejet social lié à l'avortement. Une série d'études réalisées en Afrique du Sud se sont intéressées à l'impact du rejet social à l'encontre des femmes séropositives vis-à-vis du VIH qui étaient enceinte et envisageaient un avortement. « La séropositivité des femmes dans cette étude représente une situation triplement liée. Elles s'exposent à la désapprobation de la société si elles tombent enceinte après avoir appris leur séropositivité ; leurs tentatives visant à éviter une grossesse sont souvent contrariées par des partenaires peu coopératifs ou elles ont difficultés à utiliser une méthode contraceptive ; elles se sentent encore plus désapprouvées socialement et ont honte d'elles-mêmes si elles envisagent un avortement ou qu'elles avortent. » (Orner et al., 2010).

Certaines femmes perçoivent l'avortement comme encore plus tabou que le VIH. Les participants à l'étude au Kenya et en Afrique du Sud ont constaté que les femmes révèlent plus facilement leur statut vis-à-vis du VIH que le fait d'avoir subi un avortement. « Dans ce pays, les personnes infectées par le VIH parlent ouvertement de leur statut et attirent même la sympathie et le soutien. L'avortement est la pire des choses qu'une femme puisse faire. Si vous l'admettez ouvertement ou si on le découvre, plus personne ne vous ne respectera. On vous traitera de tous les noms. » (Izugbara et al., 2015 ; Orner et al., 2011). Pour bien comprendre les différentes manières de ressentir le rejet social, il est important de tenir compte de deux facteurs : 1) il y a de plus en plus de recherches et d'interventions visant à combattre le rejet social lié au VIH dans ces régions et 2) un grand nombre de

personnes séropositives considèrent leur statut vis-à-vis du VIH comme faisant partie intégrante de leur identité, alors que beaucoup de femmes considèrent l'avortement comme une expérience strictement personnelle.

Discours en sens contraire concernant l'avortement : thèmes de résistance, de résilience et d'opportunité de changement

Les recherches ont également mis l'accent sur les manières dont les femmes et les prestataires de soins gèrent le rejet social lié à l'avortement et sur les façons dont la résistance et la résilience contribuent à atténuer ce rejet social à différents niveaux. Il existe également des opportunités ou des leviers pour d'éventuels changements qui sont manifestes dans cet ensemble de publications.

L'avortement est une expérience positive et forte. Au Kenya, certaines participantes de sexe féminin ont déclaré que leur expérience d'avortement les avait rendues plus fortes, leur avait apporté parfois un certain apaisement et souvent un soulagement. Ma Grace, une femme âgée d'une région rurale du Kenya, a affirmé que « ces femmes diraient «Je me sens bien à présent». Elles peuvent poursuivre leurs activités … Elles se sentent mieux et n'ont plus aucune raison de s'en faire » (Izugbara et al., 2009). Au Mexique, quelques-unes des plus jeunes femmes ayant participé à l'étude ont exprimé une certaine fierté face à leur capacité de prendre une décision et d'avorter. « Pour ces femmes, être parvenues à résoudre par elles-mêmes un grave problème est une expérience valorisante. Elles ont en outre le sentiment que la décision de ne pas devenir mère dans ces circonstances constituait un exemple de situation où elles avaient privilégié leur santé et leur bien-être personnels. » (Sorhaindo et al., 2014).

Les points de vue sur l'avortement peuvent évoluer. Toutes les femmes interrogées au Mexique (Sorhaindo et al., 2014) ont déclaré que leur point de vue sur l'avortement avaient changé suite à une expérience personnelle de grossesse non désirée. Avant d'avoir avorté elles-mêmes, beaucoup de participantes estimaient que l'avortement ne devait être autorisé que dans certaines circonstances particulières et que les femmes qui optaient pour un avortement étaient irresponsables. Après leur avortement, elles trouvaient que ce point de vue était dommageable pour les femmes. Travailler avec des femmes ayant subi un avortement pour faire changer leur point de vue et le cadre social pourrait constituer un levier pour faire évoluer des normes stigmatisantes.

Résistance des prestataires face au rejet social. Les infirmiers ou infirmières qui travaillent dans des hôpitaux qui pratiquent des avortements en cas d'anomalie génétique y trouvent la liberté de développer leurs propres systèmes et stratégies. Ils ont élaboré des routines formelles et informelles pour alléger la charge liée à leur profession et pour atténuer le rejet social associé à leur rôle (Chiappetta-Swanson, 2005). Le personnel infirmier concentre également son énergie, trouve une certaine dignité et éprouve de la satisfaction à aider les patientes : générer un cadre bienveillant devient une stratégie de prise en charge visant à atténuer le rejet social et à trouver force et dignité dans l'exercice de leur profession. Les prestataires qui pratiquent des avortements aux États-Unis le confirment : en se convaincant fortement du «bien-fondé» de leur travail et en créant une culture de travail encourageante au sein de l'équipe soignante, les prestataires de soins étaient à même de résister au rejet social (O'Donnell, Weitz et Freedman, 2011).

Réactions positives à la divulgation. Au Royaume-Uni, certains participants à l'étude ont rencontré des réactions positives lorsqu'ils révélaient avoir pratiqué des interruptions de grossesse en raison d'une anomalie fœtale alors qu'ils ne s'y attendaient absolument pas (France, Hunt, Ziebland et Wyke, 2013). Au Burkina Faso, la divulgation délibérée d'un avortement via les réseaux sociaux constitue une stratégie de prise en charge du rejet social dans un environnement légalement ambigu et culturellement pénalisant (Rossier, 2007). Les participants à une expérience pilote du Provider Share Workshop, une intervention visant à atténuer le rejet social rencontré par les prestataires qui pratiquent des avortements, ont constaté que « la divulgation peut également refléter la fierté et la résistance au fait de faire passer la dispense de services d'avortement comme quelque chose d'immoral » (Harris, Debbink, Martin et Hassinger, 2011).

Discussion

Cette synthèse examine les manifestations individuelles, sociales, institutionnelles, légales et convoyées par les médias du rejet social lié à l'avortement identifiées dans le cadre de résultats de recherches qualitatives réalisées au cours de ces dix dernières années. Le rejet social lié à l'avortement est construit par la société, intégré dans les normes culturelles et sociales et est influencé par les mœurs sociales et culturelles. Les manifestations de ce rejet sont influencées par le contexte légal mais une législation et un environnement politique libéraux ne mènent pas nécessairement à une diminution du rejet social. Sans une transformation des normes culturelles, le rejet social continue à se manifester de différentes manières.

Le rejet social a été attribué à des normes sociales et culturelles liées au rôle attribué à chaque sexe, à la sexualité et à la maternité. Ses conséquences sont notamment l'attribution de conséquences négatives à l'avortement (par exemple contagion, problèmes de fertilité ultérieurs), ainsi que des expériences vécues tels qu'isolement et exclusion de la part de la communauté. Le rejet social crée des obstacles à la dispense de services d'avortement sûrs et de qualité et génère les conditions pour un environnement légal et politique ambigu et opaque.

L'impact du rejet social lié à l'avortement est rendu plus complexe par ses relations avec d'autres caractéristiques marginalisées et stigmatisées. On se rend compte que l'impact du rejet social est souvent lié à des différences en termes de pouvoir. Ce point est illustré par l'impact social encore plus important de la stigmatisation de l'activité sexuelle et de l'avortement chez les adolescentes et les jeunes femmes non mariés. En outre, un grand nombre de publications consacrées aux discriminations liées à la sexualité, à l'origine ethnique et au sexe suggèrent que la marginalisation sociale des personnes qui font l'objet d'une discrimination au sein de la société dans son ensemble est en corrélation avec des conséquences négatives sur leur état de santé. La stigmatisation de l'avortement pratiqué par des personnes déjà marginalisées par ailleurs peut se trouver amplifié, ce qui accroît la honte, l'isolement, les complications associées à des avortements non sécurisés et la mortalité.

Ces publications indiquent que tant les femmes que les prestataires ont recours à des stratégies visant à atténuer le rejet social, notamment en recherchant un soutien auprès d'amis proches et de collègues ou en recadrant leur avortement comme une expérience positive et valorisante. Cela se retrouve dans les rares évaluations publiées (jusqu'à présent) décrivant une diminution du rejet social suite à une intervention (Littman, Zarcadoolas et Jacobs, 2009 ; Martin, Debbink, Hassinger, Youatt et Harris, 2014).

Tout comme on peut le constater dans les articles consacré au rejet social associé au VIH ou aux maladies mentales, ces observations suggèrent que les efforts visant à combattre le rejet social exigent davantage que des interventions ciblées portant sur les prestataires qui pratiquent des avortements et sur les femmes qui y ont recours. Les efforts visant à faire disparaître le rejet doivent viser la construction sociale de ce rejet à tous les niveaux du modèle écologique. Les membres d'inroads dans le monde entier le constatent et entreprennent des actions. L'inroads Partnership Fund a accordé une série de subventions pour des stratégies pilotes à différents niveaux, ainsi que pour mieux comprendre les

obstacles aux soins. Les bénéficiaires feront connaître leurs observations au cours de la seconde moitié de l'année 2016. En outre, des recherches évaluant l'impact des interventions visant à réduire le rejet social lié à l'avortement sont en cours dans plusieurs contextes :

- Institutions délivrant des services
- Communauté
- Femmes à titre individuel
- Prestataires de soins à titre individuel

Il reste encore beaucoup de choses à faire pour développer et affiner des stratégies visant à réduire le rejet social et la discrimination liés à l'avortement et, par la suite, pour mesurer l'impact de ces stratégies. Nous envisageons cette synthèse qualitative comme un document vivant dans lequel nous tenons les membres d'inroads informés des connaissances actuelles sur la manière dont se manifeste le rejet social, les interventions en cours en vue d'atténuer et de réduire ce rejet et les résultats dont il a été démontré qu'ils FONCTIONNENT pour réduire ce rejet. Vous êtes impliqué et nous vous tiendrons au courant !

- Si vous n'êtes pas encore membre d'inroads, pour en apprendre davantage sur inroads et nous rejoindre, visitez le site www.endabortionstigma.org
- Si vous êtes déjà membre d'inroads et que vous mettez en œuvre ou évaluez des interventions que vous souhaiteriez faire connaître aux autres membres ou dont vous pensez qu'elles devraient être ajoutées au compendium des ressources et outils contre le rejet social d'inroads, vous pouvez nous le faire savoir à l'adresse info@endabortionstigma.org
- Si vous avez publié une ressource, un outil ou une étude et souhaitez avoir la garantie que les membres en soient informés, vous pouvez le publier sur l'espace de travail inroads Collaboration Workspace
- Participez aux discussions en ligne et aux rencontres organisées par inroads.

Bibliographie

Abrams, P. (2013). Abortion Stigma: The Legacy of Casey. *Women's Rts. L. Rep., 35*, 299.

Astbury-Ward, E. (2015). Abortion 'on the NHS': the National Health Service and abortion stigma. *J Fam Plann Reprod Health Care, 0*(1-2).

Becker, D. et Diaz-Olavarrieta, C. (2012). Decriminalization of abortion in Mexico City: The effects on women's reproductive rights. *Am J Public Health, 103*(4), 590-593. doi:10.2105/AJPH.2012.301202

Bhandari, A., Mo Hom, N., Rashid, S. et Theobald, S. (2008). Experiences of abortion in Nepal and menstrual regulation in Bangladesh: a gender analysis. *Gender & Development, 16*(2), 257-272. doi:10.1080/13552070802120434

Chiappetta-Swanson, C. (2005). Dignity and Dirty Work: Nurses' Experiences in Managing Genetic Termination for Fetal Anomaly. *Qualitative Sociology, 28*(1), 93-116.

Cockrill, K., Herold, S., Blanchard, K., Grossman, D., Upadhyay, U. D. et Baum, S. (2013). *Addressing Abortion Stigma Through Service Delivery: A White Paper.* Accessible via : http://seachangeprogram.org/wp-content/uploads/2015/09/SC-White-Paper-v05.pdf

Cockrill, K. et Nack, A. (2013). "I'm Not That Type of Person": Managing the Stigma of Having an Abortion. *Deviant Behavior, 34*(12), 973-990. doi:10.1080/01639625.2013.800423

Dahlback, E., Maimbolwa, M., Kasonka, L., Bergstrom, S. et Ransjo-Arvidson, A. B. (2007). Unsafe induced abortions among adolescent girls in Lusaka. *Health Care Women Int, 28*(7), 654-676. doi:10.1080/07399330701462223

France, E. F., Hunt, K., Ziebland, S. et Wyke, S. (2013). What parents say about disclosing the end of their pregnancy due to fetal abnormality. *Midwifery, 29*(1), 24-32. doi:10.1016/j.midw.2011.10.006

Freedman, L., Landy, U., Darney, P. et Steinauer, J. (2010). Obstacles to the integration of abortion into obstetrics and gynecology practice. *Perspectives on sexual and reproductive health, 42*(3), 146-151.

Gipson, J. D., Hirz, A. E. et Avila, J. L. (2011). Perceptions and Practices of Illegal Abortion among Urban Young Adults in the Philippines: A Qualitative Study. *Studies in Family Planning, 42*(4), 261-272.

Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*: Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Harries, J., Gerdts, C., Momberg, M. et Greene Foster, D. (2015). An exploratory study of what happens to women who are denied abortions in Cape Town, South Africa. *Reprod Health, 12*, 21. doi:10.1186/s12978-015-0014-y

Harris, L. H., Debbink, M., Martin, L. et Hassinger, J. (2011). Dynamics of stigma in abortion work: Findings from a pilot study of the Providers Share Workshop. *Social Science & Medicine, 73*, 1062-1070.

Harris, L. H., Martin, L., Debbink, M. et Hassinger, J. (2013). Physicians, abortion provision and the legitimacy paradox. *Contraception, 87*(1), 11-16. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.031

Hessini, L. (2014). A learning agenda for abortion stigma: recommendations from the Bellagio Expert Group Meeting. *Women & health, 54*(7), 617-621.

Hill, Z. E. T.-A., Charlotte et Kirkwood, B. (2009). The Context of Informal Abortions in Rural Ghana. *Journal of Women's Health, 18*(12), 2017-2022.

Holcombe, S. J., Berhe, A. et Cherie, A. (2015). Personal beliefs and professional responsibilities: Ethiopian midwives attitudes toward providing abortion services after legal reform. *Studies in Family Planning, 46*(1), 73-95.

Hosseini-Chavoshi, M., Abbasi-Shavazi, M. J., Glazebrook, D. et McDonald, P. (2012). Social and psychological consequences of abortion in Iran. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 118*, S172-S177.

Hung, S. L. (2010). Access to safe and legal abortion for teenage women from deprived backgrounds in Hong Kong. *Reproductive Health Matters, 18*(36), 102-110.

Izugbara, C. O., Egesa, C. et Okelo, R. (2015). 'High profile health facilities can add to your trouble': Women, stigma and un/safe abortion in Kenya. *Soc Sci Med, 141*, 9-18. doi:10.1016/j.socscimed.2015.07.019

Izugbara, C. O., Otsola, K. J. et Ezeh, A. C. (2009). Men, women, and abortion in central Kenya: a study of lay narratives. *Med Anthropol, 28*(4), 397-425. doi:10.1080/01459740903304009

Kebede, M. T., Hilden, P. K. et Middelthon, A. L. (2012). The tale of the hearts: deciding on abortion in Ethiopia. *Cult Health Sex, 14*(4), 393-405. doi:10.1080/13691058.2011.649495

Kimport, K., Cockrill, K. et Weitz, T. A. (2012). Analyzing the impacts of abortion clinic structures and processes: a qualitative analysis of women's negative experiences of abortion clinics. *Contraception, 85*, 204-210. doi:10.1016/j.contraception.2011.05.020

Kimport, K., Preskill, F., Cockrill, K. et Weitz, T. A. (2012). Women's perspectives on ultrasound viewing in the abortion care context. *Womens Health Issues, 22*(6), e513-517. doi:10.1016/j.whi.2012.09.001

Kumar, A., Hessini, L. et Mitchell, E. M. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, health & sexuality, 11*(6), 625-639.

Larsson, S., Eliasson, M., Allvin, M., Glingberg, M., Faxelid, E., Atuyambe, L. et Fritzell, S. (2014). The discourses on induced abortion in Ugandan daily newspapers: a discourse analysis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 125*(1), 89-92.

Levandowski, B. A., Kalilani-Phiri, L., Kachale, F., Awah, P., Kangaude, G. et Mhango, C. (2012). Investigating social consequences of unwanted pregnancy and unsafe abortion in Malawi: The role of stigma. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 118*, S167-S171.

Link, B. G. et Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology, 27*, 363-385.

Littman, L. L., Zarcadoolas, C. et Jacobs, A. R. (2009). Introducing abortion patients to a culture of support: a pilot study. *Archives of women's mental health, 12*(6), 419-431.

Martin, L., Debbink, M., Hassinger, J. et Harris, L. H. (2011). Abortion-possible and impossible: Stigma and the narratives of Ghanaian doctors who provide abortions. *Reflections: Narratives of Professional Helping, 17*(3).

Martin, L. A., Debbink, M., Hassinger, J., Youatt, E. et Harris, L. H. (2014). Abortion providers, stigma and professional quality of life. *Contraception, 90*(6), 581-587.

Nickerson, A., Manski, R. et Dennis, A. (2014). A qualitative investigation of low-income abortion clients' attitudes toward public funding for abortion. *Women & Health, 54*(7), 672-686. doi:10.1080/03630242.2014.919984

O'Donnell, J., Weitz, T. A. et Freedman, L. R. (2011). Resistance and vulnerability to stigmatization in abortion work. *Social Science & Medicine, 73*(9), 1357-1364.

Omo-Aghoja, L., Omo-Aghoja, V., Okonofua, F., Aghedo, O., Umuerl, C., Otayohwo, R.,... Esume, C. (2009). Perceptions and attitudes of a rural community to abortion in the Niger-delta region of Nigeria. *Nigerian Joumal of Clinical Practice, 12*(4), 443-449.

Orner, P., de Bruyn, M. et Cooper, D. (2011). 'It hurts, but I don't have a choice, I'm not working and I'm sick': decisions and experiences regarding abortion of women living with HIV in Cape Town, South Africa. *Cult Health Sex, 13*(7), 781-795. doi:10.1080/13691058.2011.577907

Orner, P., De Bruyn, M., Harries, J. et Cooper, D. (2010). Qualitative exploration of HIV-positive pregnant women's decision-making regarding abortion in Cape Town, South Africa. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS, 7*(2), 43-51.

Palomino, N., Padilla, M. R., Talledo, B. D., Mazuelos, C. G., Carda, J. et Bayer, A. M. (2011). The social constructions of unwanted pregnancy and abortion in Lima, Peru. *Glob Public Health, 6 Suppl 1*, S73-89. doi:10.1080/17441692.2011.590813

Payne, C. M., Debbink, M., Steele, E. A., Buck, C. T., Martin, L., Hassinger, J. et Harris, L. H. (2013). Why women are dying from unsafe abortion: Narratives of Ghanaian abortion providers. *African Journal of Reproductive Health, 17*(2), 118-128.

Pheterson, G. et Azize, Y. (2005). Abortion Practice in the Northeast Caribbean: "Just write down stomach pain". *Reproductive Health Matters, 13*(26), 44-53. doi:10.1016/s0968-8080(05)26201-8

Purcell, C., Hilton, S. et McDaid, L. (2014). The stigmatisation of abortion: a qualitative analysis of print media in Great Britain in 2010. *Cult Health Sex, 16*(9), 1141-1155. doi:10.1080/13691058.2014.937463

Rance, S. (2005). Abortion discourse in Bolivian hospital contexts: Doctors' repertoire conflicts and the Saving Women device. *Sociology of Health & Illness, 27*(2), 188-214.

Rossier, C. (2007). Abortion: An Open Secret? Abortion and Social Network Involvement in Burkina Faso. *Reproductive Health Matters, 15*(30), 230-238. doi:10.1016/s0968-8080(07)30313-3

Shellenberg, K. M., Moore, A. M., Bankole, A., Juarez, F., Omideyi, A. K., Palomino, N.,... Tsui, A. O. (2011). Social stigma and disclosure about induced abortion: results from an exploratory study. *Glob Public Health, 6 Suppl 1*, S111-125. doi:10.1080/17441692.2011.594072

Sisson, G. et Kimport, K. (2014). Telling stories about abortion: abortion-related plots in American film and television, 1916-2013. *Contraception, 89*, 413-418. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2013.12.015

Sorhaindo, A. M., Juárez-Ramírez, C., Olavarrieta, C. D., Aldaz, E., Mejía Piñeros, M. C. et Garcia, S. (2014). Qualitative evidence on abortion stigma from Mexico City and five states in Mexico. *Women & health, 54*(7), 622-640.

Sowmini, C. (2013). Delay in termination of pregnancy among unmarried adolescents and young women attending a tertiary hospital abortion clinic in Trivandrum, Kerala, India. *Reproductive Health Matters, 21*(41), 243-250.

Storeng, K. T. et Ouattara, F. (2014). The politics of unsafe abortion in Burkina Faso: the interface of local norms and global public health practice. *Glob Public Health, 9*(8), 946-959. doi:10.1080/17441692.2014.937828

Tagoe-Darko, E. (2013). "Fear, Shame and Embarrassment": The Stigma Factor in Post Abortion Care at Komfo Anokye Teaching Hospital, Kumasi, Ghana. *Asian Social Science, 9*(10), p134.

Weitz, T. A. et Cockrill, K. (2010). Abortion clinic patients' opinions about obtaining abortions from general women's health care providers. *Patient Educ Couns, 81*(3), 409-414. doi:10.1016/j.pec.2010.09.003

Tableau 1 : Études qualitatives incluses

Citation	Région : pays	Méthode	Population	Niveau écologique
Abrams, P. (2013). Abortion Stigma: The Legacy of Casey. *Women's Rts. L. Rep.*, 35, 299.	Amérique du Nord : États-Unis	Analyse narrative	Contenu d'une décision légale	Légal
Astbury-Ward, E. (2015). Abortion 'on the NHS': the National Health Service and abortion stigma. *J Fam Plann Reprod Health Care, 0*(1-2).	Europe : Royaume-Uni	Interrogatoire semi-structuré	Femmes ayant subi des avortements	Individuel, communauté
Bhandari, A., Mo Hom, N., Rashid, S. et Theobald, S. (2008). Experiences of abortion in Nepal and menstrual regulation in Bangladesh: a gender analysis. *Gender et Development, 16*(2), 257-272. doi:10.1080/13552070802120434	Asie : Népal, Bangladesh	Multimodal (enquête + interrogatoires approfondis, groupes de discussion dirigée, interrogatoires informels, observation de procédures)	Femmes en âge reproductif Prestataires de soins Membres de la communauté	Individuel, communauté, légal
Chiappetta-Swanson, C. (2005). Dignity and Dirty Work: Nurses' Experiences in Managing Genetic Termination for Fetal Anomaly. *Qualitative Sociology, 28*(1), 93-116.	Amérique du Nord : Canada	Interrogatoires approfondis	Prestataires de soins (infirmier/ères)	Individuel, institutionnel
Cockrill, K. et Nack, A. (2013). "I'm Not That Type of Person": Managing the Stigma of Having an Abortion. *Deviant Behavior, 34*(12), 973-990. doi:10.1080/01639625.2013.800423	Amérique du Nord : États-Unis	Deux études réalisées par le biais d'interrogatoire approfondis confidentiels et menés en tête-à-tête	Femmes ayant subi des avortements	Individuel
Dahlback, E., Maimbolwa, M., Kasonka, L., Bergstrom, S. et Ransjo-Arvidson, A. B. (2007). Unsafe induced abortions among adolescent girls in Lusaka. *Health Care Women Int, 28*(7), 654-676. doi:10.1080/07399330701462223	Afrique : Zambie	Interrogatoire semi-structuré	Adolescentes	Communauté, légal
France, E. F., Hunt, K., Ziebland, S. et Wyke, S. (2013). What parents say about disclosing the end of their pregnancy due to fetal abnormality. *Midwifery, 29*(1), 24-32. doi:10.1016/j.midw.2011.10.006	Europe : Royaume-Uni	Interrogatoires	Femmes ayant subi des avortements Partenaires de sexe masculin	Individuel, communauté
Freedman, L., Landy, U., Darney, P. et Steinauer, J. (2010). Obstacles to the integration of abortion into obstetrics and gynecology practice. *Perspectives on sexual and reproductive health, 42*(3), 146-151.	Amérique du Nord : États-Unis	Interrogatoires approfondis	Prestataires de soins Professionnels de santé	Institutionnel
Gipson, J. D., Hirz, A. E. et Avila, J. L. (2011). Perceptions and Practices of Illegal Abortion among Urban Young Adults in the Philippines: *A Qualitative Study. Studies in Family Planning, 42*(4), 261-272.	Asie : Philippines	Groupes de discussion dirigée, interrogatoires approfondis	Femmes et adolescentes ayant subi des avortements Partenaires de sexe masculin	Communauté, légal

Citation	Région : pays	Méthode	Population	Niveau écologique
Harries, J., Gerdts, C., Momberg, M. et Greene Foster, D. (2015). An exploratory study of what happens to women who are denied abortions in Cape Town, South Africa. *Reprod Health, 12*, 21. doi:10.1186/s12978-015-0014-y	Afrique : Afrique du Sud	Interrogatoires approfondis	Femmes à qui l'on a refusé des services d'avortement	Individuel, institutionnel, légal
Harris, L. H., Debbink, M., Martin, L., et Hassinger, J. (2011). Dynamics of stigma in abortion work: Findings from a pilot study of the Providers Share Workshop. *Social Science et Medicine, 73*, 1062-1070.	Amérique du Nord : États-Unis	Groupes de discussion dirigée, interrogatoires semi-structurés	Prestataires de soins	Individuel
Harris, L. H., Martin, L., Debbink, M., et Hassinger, J. (2013). Physicians, abortion provision and the legitimacy paradox. *Contraception, 87*(1), 11-16. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.031	Amérique du Nord : États-Unis	Interrogatoires	Prestataires de soins	Individuel
Hill, Z. E. Charlotte T.-A. et Kirkwood, B. (2009). The Context of Informal Abortions in Rural Ghana. *Journal of Women's Health, 18*(12), 2017-2022.	Afrique : Ghana	Groupes de discussion dirigée, analyse narrative	Femmes en âge reproductif Prestataires de soins Membres de la communauté	Individuel, communauté
Holcombe, S. J., Berhe, A. et Cherie, A. (2015). Personal beliefs and professional responsibilities: Ethiopian midwives attitudes toward providing abortion services after legal reform. *Studies in Family Planning, 46*(1), 73-95.	Afrique : Éthiopie	Multimodale (enquête + interrogatoires)	Étudiantes sages-femmes	Individuel, communauté, institutionnel, légal
Hosseini-Chavoshi, M., Abbasi-Shavazi, M. J., Glazebrook, D. et McDonald, P. (2012). Social and psychological consequences of abortion in Iran. *International Journal of Gynecology et Obstetrics, 118*, S172-S177.	Moyen Orient : Iran	Interrogatoires approfondis	Femmes ayant subi des avortements	Individuel, communauté
Hung, S. L. (2010). Access to safe and legal abortion for teenage women from deprived backgrounds in Hong Kong. *Reproductive Health Matters, 18*(36), 102-110.	Asie : Hong Kong	Interrogatoires approfondis	Femmes ayant subi des avortements	Individuel, communauté, institutionnel
Izugbara, C. O., Egesa, C. et Okelo, R. (2015). 'High profile health facilities can add to your trouble': Women, stigma and un/safe abortion in Kenya. *Soc Sci Med, 141*, 9-18. doi:10.1016/j.socscimed.2015.07.019	Afrique : Kenya	Interrogatoires qualitatifs	Femmes ayant subi des avortements ; complications d'avortements non sécurisés	Communauté, institutionnel, légal
Izugbara, C. O., Otsola, K. J. et Ezeh, A. C. (2009). Men, women, and abortion in central Kenya: a study of lay narratives. *Med Anthropol, 28*(4), 397-425. doi:10.1080/01459740903304009	Afrique : Kenya	Groupes de discussion dirigée	Membres de la communauté	Individuel, communauté, légal
Kebede, M. T., Hilden, P. K. et Middelthon, A. L. (2012). The tale of the hearts: deciding on abortion in Ethiopia. *Cult Health Sex, 14*(4), 393-405. doi:10.1080/13691058.2011.649495	Afrique : Éthiopie	Méthodes mixtes : interrogatoires, groupe de discussion dirigée, analyse de discours	Femmes ayant subi des avortements ; complications d'avortements non sécurisés	Individuel, communauté

Citation	Région : pays	Méthode	Population	Niveau écologique
Kimport, K., Cockrill, K. et Weitz, T. A. (2012). Analyzing the impacts of abortion clinic structures and processes: a qualitative analysis of women's negative experiences of abortion clinics. *Contraception, 85*, 204-210. doi:10.1016/j.contraception.2011.05.020	Amérique du Nord : États-Unis	Interrogatoire semi-structuré	Femmes ayant subi des avortements	Individuel, communauté, institutionnel
Kimport, K., Preskill, F., Cockrill, K. et Weitz, T. A. (2012). Women's perspectives on ultrasound viewing in the abortion care context. *Womens Health Issues, 22*(6), e513-517. doi:10.1016/j.whi.2012.09.001	Amérique du Nord : États-Unis	Interrogatoires approfondis	Femmes ayant subi des avortements	Individuel, institutionnel
Larsson, S., Eliasson, M., Allvin, M., Glingberg, M., Faxelid, E., Atuyambe, L. et Fritzell, S. (2014). The discourses on induced abortion in Ugandan daily newspapers: a discourse analysis. *International Journal of Gynecology et Obstetrics, 125*(1), 89-92.	Afrique : Ouganda	Analyse de discours	Articles consacrés à l'avortement dans des quotidiens	Communauté, médias de masse et culture
Levandowski, B. A., Kalilani-Phiri, L., Kachale, F., Awah, P., Kangaude, G. et Mhango, C. (2012). Investigating social consequences of unwanted pregnancy and unsafe abortion in Malawi: The role of stigma. *International Journal of Gynecology et Obstetrics, 118*, S167-S171.	Afrique : Malawi	Multimodale : données de l'approche stratégique de l'OMS visant à renforcer les politiques et programmes de santé sexuelle et génésique au Malawi, interrogatoires approfondis	Responsables politiques, employés du gouvernement, éducateurs, professionnels des soins de santé, chefs religieux, membres d'ONG, membres de la communauté	Communauté, institutionnel, légal
Martin, L., Debbink, M., Hassinger, J. et Harris, L. H. (2011). Abortion-possible and impossible: Stigma and the narratives of Ghanaian doctors who provide abortions. *Reflections: Narratives of Professional Helping, 17*(3).	Afrique : Ghana	Rapport secondaire de l'étude narrative ghanéenne : médecins ghanéens	Professionnels des soins de santé	Communauté, légal
Nickerson, A., Manski, R. et Dennis, A. (2014). A qualitative investigation of low-income abortion clients' attitudes toward public funding for abortion. *Women & Health, 54*(7), 672-686. doi:10.1080/03630242.2014.919984	Amérique du Nord : États-Unis	Interrogatoires approfondis	Femmes ayant subi des avortements	Institutionnel, légal
O'Donnell, J., Weitz, T. A., et Freedman, L. R. (2011). Resistance and vulnerability to stigmatization in abortion work. *Social Science et Medicine, 73*(9), 1357-1364.	Amérique du Nord : États-Unis	Interrogatoires approfondis	Professionnels des soins de santé	Individuel, institutionnel
Omo-Aghoja, L., Omo-Aghoja, V., Okonofua, F., Aghedo, O., Umuerl, C., Otayohwo, R, ..., Esume, C. (2009). Perceptions and Attitudes of a Rural Community to Abortion in the Niger-Delta Region of Nigeria. *Nigerian Joumal of Clinical Practice, 12*(4), 443-449.	Afrique : Nigeria	Discussion de groupe dirigée, interrogatoires approfondis	Membres de la communauté	Communauté

Citation	Région : pays	Méthode	Population	Niveau écologique
Orner, P., de Bruyn, M. et Cooper, D. (2011). 'It hurts, but I don't have a choice, I'm not working and I'm sick': decisions and experiences regarding abortion of women living with HIV in Cape Town, South Africa. *Cult Health Sex, 13*(7), 781-795. doi:10.1080/13691058.2011.577907	Afrique : Afrique du Sud	Interrogatoires approfondis semi-structurés	Femmes séropositives vis-à-vis du VIH	Individuel, institutionnel
Orner, P., De Bruyn, M., Harries, J. et Cooper, D. (2010). Qualitative exploration of HIV-positive pregnant women's decision-making regarding abortion in Cape Town, South Africa. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS, 7*(2), 43-51.	Afrique : Afrique du Sud	Interrogatoires approfondis	Femmes séropositives vis-à-vis du VIH	Individuel, communauté, institutionnel, légal
Palomino, N., Padilla, M. R., Talledo, B. D., Mazuelos, C. G., Carda, J. et Bayer, A. M. (2011). The social constructions of unwanted pregnancy and abortion in Lima, Peru. *Glob Public Health, 6 Suppl 1*, S73-89. doi:10.1080/17441692.2011.590813	Amérique latine et Caraïbes : Pérou	Interrogatoires approfondis, groupes de discussion dirigée	Membres de la communauté	Individuel, communauté, légal
Payne, C. M., Debbink, M., Steele, E. A., Buck, C. T., Martin, L., Hassinger, J. et Harris, L. H. (2013). Why women are dying from unsafe abortion: Narratives of Ghanaian abortion providers. *African Journal of Reproductive Health, 17*(2), 118-128.	Afrique : Ghana	Interrogatoires	Professionnels des soins de santé	Individuel, institutionnel, légal
Pheterson, G. et Azize, Y. (2005). Abortion Practice in the Northeast Caribbean: "Just write down stomach pain". *Reproductive Health Matters, 13*(26), 44-53. doi:10.1016/s0968-8080(05)26201-8	Amérique latine et Caraïbes : Caraïbes du nord-est	Interrogatoires approfondis	Prestataires de soins, professionnels des soins de santé	Communauté, institutionnel, légal
Purcell, C., Hilton, S. et McDaid, L. (2014). The stigmatisation of abortion: a qualitative analysis of print media in Great Britain in 2010. *Cult Health Sex, 16*(9), 1141-1155. doi:10.1080/13691058.2014.937463	Europe : Royaume-Uni	Analyse narrative	Articles consacrés à l'avortement dans des quotidiens	Médias de masse et culture
Rance, S. (2005). Abortion discourse in Bolivian hospital contexts: Doctors' repertoire conflicts and the Saving Women device. *Sociology of health et illness, 27*(2), 188-214.	Amérique latine et Caraïbes : Bolivie	Observations sur le terrain, enregistrements et retranscriptions	Travail sur le terrain en suivant deux prestataires	Communauté, institutionnel, légal
Rossier, C. (2007). Abortion: An Open Secret? Abortion and Social Network Involvement in Burkina Faso. *Reproductive Health Matters, 15*(30), 230-238. doi:10.1016/s0968-8080(07)30313-3	Afrique : Burkina Faso	Interrogatoire semi-structuré	Membres de la communauté	Individuel, communauté, légal
Shellenberg, K. M., Moore, A. M., Bankole, A., Juarez, F., Omideyi, A. K., Palomino, N., ..., Tsui, A. O. (2011). Social stigma and disclosure about induced abortion: results from an exploratory study. *Glob Public Health, 6 Suppl 1*, S111-125. doi:10.1080/17441692.2011.594072	Mexique, Nigeria, Pakistan, Pérou, Etats-Unis	Groupes de discussion dirigée ; interrogatoires semi-structurés	Membres de la communauté	Individuel, communauté, légal
Sisson, G. et Kimport, K. (2014). Telling stories about abortion: abortion-related plots in American film and television, 1916-2013. *Contraception, 89*, 413-418. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2013.12.015	Amérique du Nord : États-Unis	Analyse narrative	Films et séries télévisées américaines	Médias de masse et culture

Citation	Région : pays	Méthode	Population	Niveau écologique
Sorhaindo, A. M., Juárez-Ramírez, C., Olavarrieta, C. D., Aldaz, E., Mejía Piñeros, M. C. et Garcia, S. (2014). Qualitative evidence on abortion stigma from Mexico City and five states in Mexico. *Women et health, 54*(7), 622-640.	Amérique latine et Caraïbes : Mexique	Groupes de discussion dirigée, interrogatoires approfondis	Membres de la communauté	Communauté
Sowmini, C. (2013). Delay in termination of pregnancy among unmarried adolescents and young women attending a tertiary hospital abortion clinic in Trivandrum, Kerala, India. *Reproductive Health Matters, 21*(41), 243-250.	Asie : Inde	Interrogatoires approfondis	Femmes ayant subi des avortements	Individuel, institutionnel
Storeng, K. T. et Ouattara, F. (2014). The politics of unsafe abortion in Burkina Faso: the interface of local norms and global public health practice. *Glob Public Health, 9*(8), 946-959. doi:10.1080/17441692.2014.937828	Afrique : Burkina Faso	Méthodes mixtes : analyse de discours, interrogatoires approfondis	Professionnels des soins de santé, quotidiens	Communauté, institutionnel, légal, médias de masse et culture
Tagoe-Darko, E. (2013). "Fear, Shame and Embarrassment": The Stigma Factor in Post Abortion Care at Komfo Anokye Teaching Hospital, Kumasi, Ghana. *Asian Social Science, 9*(10), p134.	Afrique : Ghana	Groupes de discussion dirigée, récits et observations	Femmes ayant subi des avortements	Individuel, communauté, institutionnel
Weitz, T. A. et Cockrill, K. (2010). Abortion clinic patients' opinions about obtaining abortions from general women's health care providers. *Patient Educ Couns, 81*(3), 409-414. doi:10.1016/j.pec.2010.09.003	Amérique du Nord : États-Unis	Interrogatoire semi-structuré	Femmes ayant subi des avortements	Individuel, institutionnel

inroads

Réseau international pour la réduction de la discrimination et du rejet social liés à l'avortement

INRTCH-F16