

FEMMES ET SANTÉ DE LA REPRODUCTION AU CAMEROUN : L'ACCÈS À L'AVORTEMENT LÉGAL



Yvette Rachel KALIEU ELONGO

*Maître de Conférences agrégée
Université de Dschang / Cameroun*

Résumé : La loi interdit l'avortement au Cameroun, mais l'autorise dans deux cas : quand la grossesse résulte d'un viol ou s'il est justifié par la nécessité de sauver la vie de la mère. Dans ces cas, il est dit légal et, contrairement aux avortements clandestins, il devrait être sans risque pour la femme ce qui suppose un cadre approprié et des moyens. Hélas, l'écart reste considérable entre l'affirmation légale et les pratiques courantes. Pourtant, le droit des femmes à la santé de reproduction impose que l'avortement légal ne soit plus seulement autorisé, mais effectif et intégré dans le programme national de santé de la reproduction.

Comme les grossesses à risques restent nombreuses pour diverses causes, l'État doit assurer aux femmes un droit équitable d'accès à l'avortement légal. Pour que cet accès devienne réalité, il faut définir les conditions précises de l'acte et s'appuyer sur les recommandations des conventions internationales, comme la Conférence Internationale pour la Population et le Développement qui a posé les bases des droits reproductifs en insistant sur le droit à l'avortement, ou sur les exemples de pays africains dotés de lois en matière de santé de la reproduction.

Mots-clés : femmes, santé de la reproduction, grossesses, avortement, risques, protection, programmes de santé.

INTRODUCTION

L'avortement est et restera certainement pendant bien des années encore, l'objet de débats, d'enjeux d'ordre religieux et éthique, de considérations politiques, en même temps qu'il pourra toujours servir de moyen de régulation de la population en étant utilisé comme un levier pour favoriser ou réduire la croissance démographique. L'avortement est aussi de plus en plus une question de santé publique, car les conséquences sanitaires qui en découlent en termes de maladie, d'incapacité ou de décès maternels sont incommensurables. L'avortement est enfin une question de réglementation, de loi, car le législateur doit pouvoir s'élever au-dessus des débats et trancher dans un sens ou dans un autre, soit pour l'autorisation soit pour l'interdiction. Il n'y a pas ainsi de gouvernement, d'État qui n'ait pris position par rapport à l'avortement. En Afrique, comme partout dans le monde, on retrouve des lois libérales qui autorisent l'avortement pour tout motif et plus particulièrement à

la demande de la femme¹ et des lois répressives qui interdisent totalement l'avortement et le sanctionnent ou qui ne l'autorisent que de manière très restrictive. Mais, dès qu'il est autorisé pour tout motif ou pour des motifs précis, l'avortement est alors considéré comme légal.

Au Cameroun, le législateur a posé le principe de l'interdiction de l'avortement. Il est considéré, conformément à l'article 337 du Code pénal, comme une infraction et plus précisément comme une atteinte contre l'enfant et la famille et est passible de sanctions allant de l'emprisonnement aux peines d'amendes qui peuvent être prononcées contre la femme ou contre toute personne qui a contribué à lui procurer l'avortement. L'avortement constitue donc en règle générale un acte illégal. Mais, à côté de cette interdiction de principe, la loi l'a autorisé dans deux cas, en disposant à l'article 339 du même Code que les sanctions prévues ne sont pas applicables lorsque la grossesse résulte d'un viol ou lorsque l'avortement est justifié par la nécessité de sauver la mère d'un péril grave pour sa santé. Autrement dit, dans ces deux cas, l'avortement n'est plus une infraction, mais un acte légalement accepté. Ce faisant, le Cameroun s'est classé dans la majorité des pays africains qui n'ont pas opté pour une interdiction absolue de cette pratique².

Probablement parce qu'il reste malgré tout une exception dans un contexte d'illégalité, l'avortement légal est rarement pris en compte dans les nombreuses études menées sur l'avortement. Celles-ci aboutissent presque toutes à la conclusion que c'est une pratique courante au Cameroun comme dans beaucoup d'autres pays d'Afrique. Il apparaît cependant qu'il s'agit très souvent d'avortements clandestins ou provoqués³ et rarement d'avortements pour raisons médicales pourtant autorisés.

Les nombreux avortements provoqués⁴, c'est-à-dire illégaux parce que faits dans les cas où la loi ne les autorise pas, sont à risques pour celles qui y recourent. Ces risques viennent de ce que très souvent, l'avortement est fait dans des conditions de sécurité sanitaire et d'hygiène insuffisantes et / ou par un personnel non qualifié qui ne possède pas les compétences nécessaires, même s'il est parfois pratiqué par

¹ C'est le cas du Cap Vert, de la Tunisie, de l'Afrique du Sud.

² Contrairement à ce que l'on pourrait penser, aucun pays africain n'interdit totalement l'avortement aujourd'hui même si les cas où il est autorisé restent très limités. Voir A. Guillaume, *L'avortement provoqué en Afrique : un problème mal connu, lourd de conséquences*, communication à la chaire Quételet 2004 : « Santé de la reproduction au Nord et au Sud : de la connaissance à l'action », 17-20 novembre 2004, Louvain la Neuve, Belgique, 26 p.

³ A.E. Calves, *Décision d'avorter et déterminants des avortements clandestins chez les jeunes de Yaoundé*, communication à la chaire Quételet 2004 : « Santé de la reproduction au Nord et au Sud : de la connaissance à l'action », 17-20 novembre 2004, Louvain la Neuve, Belgique, 18 p. ; A. Guillaume, *art. cité*.

⁴ Pour certains, l'avortement provoqué est défini comme celui qui résulte d'une action délibérée de la femme. Mais, cette définition est équivoque car, comme nous le verrons par la suite, l'avortement, même légal est toujours « provoqué » stricto sensu, mais pour des motifs prévus par la loi. L'avortement non provoqué ou involontaire étant celui qui survient sans intervention quelconque parfois même contre le gré de la femme pour diverses raisons.

des professionnels de la santé⁵. Cet acte est susceptible alors d'avoir de nombreuses conséquences sur la santé de la femme. C'est pourquoi il constitue un problème de santé publique en Afrique, car d'une part de nombreuses femmes y recourent et d'autre part les conséquences qui en résultent sont graves, l'avortement à risque étant considéré comme principale cause de décès maternel⁶.

Ce cliché de l'avortement illégal, dangereux, qui peut avoir des conséquences graves, laisse penser qu'a contrario, l'avortement dit légal, parce que autorisé, doit être sans risque, car pratiqué dans des conditions d'hygiène et de sécurité correctes et par un personnel médical qualifié. Pour qu'il en soit ainsi, il ne suffit pas que l'avortement soit autorisé dans certaines circonstances, encore faudrait-il fournir un cadre d'action approprié, mettre en œuvre des moyens nécessaires afin que les femmes aient accès à des méthodes sûres pour mettre un terme à leur grossesse lorsque cela s'impose. Le constat est pourtant tout autre et l'écart reste encore considérable entre l'affirmation légale et les pratiques courantes dans ce domaine, de sorte que beaucoup d'avortements légaux présentent des risques pour les femmes.

Dès lors, la question mérite que l'on s'y intéresse, car il ne s'agit plus uniquement d'y voir une exception au principe de l'interdiction de l'avortement, mais de l'aborder en terme de droit, de droit à la santé et plus particulièrement à la santé de la reproduction pour la femme, précisément pour la femme enceinte. Il s'agit alors de montrer et de démontrer que l'accès au service d'avortement — lorsque celui-ci est autorisé — est l'une des composantes des droits en matière de reproduction reconnus à la femme depuis quelques années déjà.

C'est pourquoi, après avoir présenté la réalité de l'avortement légal au Cameroun (1), il s'agira de montrer que la solution pour améliorer l'accès à ce droit est l'intégration de l'avortement légal dans les programmes de santé de la reproduction (2).

1. LA RÉALITÉ DE L'AVORTEMENT LÉGAL AU CAMEROUN

La situation se caractérise par le fait que les conditions d'accès à l'avortement légal pour motif thérapeutique restent mal définies, alors même que l'on constate une persistance des grossesses à risques.

1.1. La persistance de nombreux cas de grossesses à risques

En prévoyant que les sanctions pénales pour avortement ne sont pas applicables lorsque l'acte est justifié par la nécessité de protéger la santé de la mère, le législa-

⁵ A. E. Calves, *art. cité*.

⁶ « Chaque année, 19 millions d'avortement pratiqués dans des conditions peu hygiéniques ou peu sûres sur le plan médical sont à l'origine de 68 000 décès » et selon le dernier rapport du FNUAP (Fonds des nations Unies pour la Population) sur l'état de la population mondiale en 2005 précité, il apparaît que d'un cinquième à la moitié des lits de service de gynécologie en Afrique sont occupés pour des soins post-avortement.

teur camerounais a certainement voulu prendre en compte les cas, qui sont loin d'être marginaux, des femmes dont les grossesses constituent souvent un péril pour leur propre vie.

Au Cameroun comme dans beaucoup d'autres pays africains, les causes des grossesses à risques sont nombreuses. Mais, la principale cause demeure la réalité des mariages précoces. Si l'âge légal du mariage pour les filles est de quinze ans ⁷, ce qui est déjà assez faible par rapport à l'âge de la majorité civile qui reste de vingt et un ans, et discriminatoire par rapport à l'âge minimum pour les garçons qui est de dix huit ans ⁸, cet âge légal n'est pas toujours respecté. Il ne s'impose d'ailleurs que pour le mariage civil alors que le mariage traditionnel ou coutumier qui est encore assez pratiqué y échappe en principe. Bien des parents marient ainsi leur fille bien avant qu'elle n'ait atteint l'âge légal. Bien souvent ces mariages sont forcés car conclus sans le consentement de la jeune fille et même parfois contre sa volonté explicite ⁹. Certes, la proportion des mariages précoces est en diminution dans le pays, mais dans certaines régions et particulièrement le Grand Nord, ce taux reste élevé et se situe autour de 35 %. Plusieurs raisons expliquent la persistance de la pratique des mariages précoces. Parmi celles-ci, on peut citer le manque d'éducation des parents et des enfants, l'environnement socioculturel et religieux qui y reste assez favorable dans certaines régions, les motifs économiques ¹⁰.

La jeune fille qui se retrouve précocement mariée doit faire face à des grossesses alors qu'elle n'a pas encore atteint la maturité sexuelle requise, sans compter qu'elle n'est pas encore physiquement ou psychologiquement prête à assumer des responsabilités de mère.

Lorsqu'elles ne sont pas la conséquence de mariages précoces, les grossesses sont à risques pour la future mère parce qu'elles sont nombreuses et rapprochées, difficiles ou tardives. Ces grossesses à risques, en plus des conséquences qu'elles peuvent avoir sur la santé des enfants à naître ¹¹, ont surtout des effets désastreux sur la santé de la femme et sur sa vie. Lorsqu'il n'y a pas de décès ¹², par exemple par

⁷ Tel que le prévoit l'article 52 de l'ordonnance n° 81/02 du 29 juin 1981 portant organisation de l'état civil au Cameroun.

⁸ Voir A. Longla Boma, « The age of majority in Cameroon : a critical review », *Annales de la Faculté des Sciences Juridiques et Politiques de l'Université de Dschang*, t. 7, 2003, p. 155 et ss.

Le projet de Code de la famille prévoit de relever l'âge minimum légal de mariage à 18 ans aussi bien pour les filles que pour les garçons.

⁹ Et cela en dépit de la loi qui interdit les mariages forcés.

¹⁰ Manque de moyens pour faire face à l'entretien des enfants surtout dans les familles nombreuses ; espoir des parents d'obtenir une dot élevée de la part du futur gendre, surtout que plus la fille est jeune, plus les chances qu'elle soit vierge sont grandes et plus importante sera alors la dot à recevoir.

¹¹ Le taux de mortalité infantile reste toujours assez élevé, même s'il est aujourd'hui en constante diminution surtout avec les campagnes nationales de vaccinations systématiques et gratuites pour les enfants de 0 à 5 ans.

¹² Les statistiques montrent que chez les filles de moins de 15 ans, les risques de décès en cours d'accouchement sont 5 à 7 fois plus élevés que chez celles qui ont entre 20 et 24 ans. Pour le cas particulier du Cameroun, il y aurait encore environ 669 décès pour 100 000 naissances vivantes.

suite d'éclampsie ¹³, il peut en résulter non seulement des infirmités et lésions parfois permanentes, mais aussi la stérilité ou des maladies dont la plus connue aujourd'hui est la fistule obstétricale ¹⁴.

Malgré ces réalités, il apparaît que les besoins spécifiques des femmes en matière d'avortement légal au Cameroun sont insuffisamment pris en compte. Les raisons de santé sont rarement citées dans les déterminants de recours à l'avortement. La maternité sans risque est pourtant un concept depuis longtemps admis. Il postule que la femme doit pouvoir porter sa grossesse et accoucher sans crainte pour sa vie. Cela devrait postuler que tout soit mis en œuvre pour la protéger fut-ce au prix d'un avortement. Cela ne semble pas être encore le cas en l'absence de définition précise des conditions d'accès à l'avortement thérapeutique.

1.2. L'absence de définition des conditions d'accès à l'avortement légal

Le droit à l'avortement légal au Cameroun se réduit aujourd'hui au seul article 339 du Code pénal dont il ressort que l'avortement n'est pas pénalement puni « si les faits sont accomplis par une personne habilitée et justifiés par la nécessité de sauver la mère d'un péril grave pour sa santé ». Cette disposition est manifestement insuffisante pour permettre aux femmes qui se trouvent dans des cas où l'avortement s'impose d'y accéder. Pourtant, malgré une loi restrictive, les services d'avortement doivent être sûrs et les actes pratiqués dans de bonnes conditions, c'est-à-dire qu'une loi qui admet l'avortement même dans des cas très limités doit s'accompagner nécessairement d'une définition des procédures permettant d'y accéder avec le plus de sécurité possible ¹⁵. Encore faut-il que ces règles soient faites dans le sens de permettre une accessibilité effective de l'avortement ¹⁶. En effet, « même dans les pays où les lois autorisent l'avortement pour une large gamme de raisons, le choix de la femme peut être sapé par des obstacles de procédure entravant l'accès à des services d'interruption volontaire de grossesse » ¹⁷.

¹³ Maladie souvent mortelle qui peut survenir dans les trois derniers mois de la grossesse, au moment de l'accouchement ou dans les suites des couches. L'éclampsie est un état caractérisé par une série d'accès consistant en convulsions toniques, puis cloniques avec suspension de la conscience et offrant la plus grande analogie avec l'épilepsie (J. Delamarre *et al.*, *Dictionnaire des termes de médecine* (26^e édition), Paris, Maloine, 2000, p. 251).

¹⁴ Dont l'une des conséquences les plus visibles est l'incontinence urinaire et fécale de la femme qui en est atteinte. Elle a fait l'objet d'une étude récente dans le Nord du Cameroun et tend d'ailleurs à devenir un problème de santé publique en Afrique à cause de la proportion grandissante des femmes qui en sont atteintes. Elles seraient environ deux millions à en souffrir actuellement (Rapport du réseau des femmes parlementaires sur la santé de la procréation lors de la 31^{ème} session de l'Assemblée Parlementaire de la Francophonie, Bruxelles, juillet 2005).

¹⁵ Même s'il reste vrai surtout en Afrique que l'avortement n'est jamais exempt de tout risque, puisque le personnel médical n'a pas toujours les compétences requises et que l'environnement médical n'est pas toujours adéquat.

¹⁶ Des règles et procédures trop strictes auraient pour effet de réduire sensiblement, voire de supprimer dans les faits le droit à l'avortement.

¹⁷ A. Germain et T. Kim, *Stratégies pour élargir l'accès à l'avortement sans risque*, International Women's Health Coalition, 2002, 59 p., <http://www.iwhc.org>.

La loi actuelle ne règle pas clairement les questions essentielles relatives à l'autorisation, au motif de l'avortement et aux personnes habilitées pour y procéder.

1.3. La question de l'autorisation ou de la décision d'avorter

En prévoyant simplement que l'acte doit être justifié par la nécessité de sauver la mère d'un péril grave pour sa santé, la loi ne permet pas de résoudre un problème important dans la pratique qui est celui de l'autorisation, de la prise de la décision de l'avortement¹⁸. On ne peut donc dire avec certitude à qui incombe en l'état actuel la décision de procéder à l'avortement pour raisons thérapeutiques. Doit-elle être prise par la femme ou alors être autorisée uniquement par le corps médical ? Faut-il envisager dans certains cas l'autorisation du conjoint, si la femme est mariée ou celui des parents si elle est mineure non émancipée ? Il s'agit là de questions importantes, car les solutions données vont elles-mêmes conditionner le droit à l'avortement.

Quel que soit l'auteur de la décision, il faudra prouver que l'avortement était bien justifié par des raisons médicales, ce qui nécessitera très souvent une expertise médicale. Celle-ci ne pourrait toutefois intervenir qu'à titre de justificatif, c'est-à-dire comme un moyen de défense pour la personne poursuivie alors que l'avortement est déjà réalisé. La question de l'autorisation laisse sous-entendre un autre problème qui est celui du délai. En effet, l'avortement qui est d'abord un acte médical ne saurait intervenir à tout moment et la décision d'y procéder doit être prise assez rapidement. Au-delà d'une certaine limite — calculée généralement en nombre de semaines de grossesse —, l'avortement, même légal et pratiqué par des personnes compétentes, devient à risque.

1.4. L'imprécision des motifs d'avortement légal

Si la condition essentielle qui permet de procéder à l'avortement sans encourir les sanctions légales est « la nécessité de sauver la mère d'un péril grave pour sa santé », cette condition doit être toutefois explicitée. L'expression « péril grave » renvoie globalement au cas où la grossesse met en danger la santé et partant la vie de la mère. Même si la loi ne le précise pas, il est de plus en plus préconisé que lorsque l'avortement pour raison de santé est autorisé qu'il ne soit pas limité au seul cas où la santé physique est menacée, mais que soit également prise en compte la santé mentale ou psychologique de la mère¹⁹. Mais dans un contexte où la santé mentale en est encore aux balbutiements du fait d'un contexte socioculturel qui ne considère pas toujours la maladie mentale comme une véritable maladie et face à l'insuffisance de spécialistes aptes à déceler une affection mentale, il est fort à

¹⁸ Par contre, s'agissant de l'avortement pour cause de viol, le législateur a prévu expressément qu'il ne peut être effectué qu'après attestation du ministère public sur la matérialité des faits.

¹⁹ Plusieurs législations africaines ou étrangères (Brésil, Inde) font expressément mention de la possibilité de recourir à l'avortement en cas d'atteinte soit à la santé physique, soit à la santé mentale de la femme.

craindre que des femmes dont la santé mentale serait menacée même gravement se voient condamnées pour avoir fait procéder à un avortement pour un tel motif.

Une autre insuffisance du texte actuel réside dans l'absence de précision sur la justification de l'avortement qui pourrait être justifié aussi bien lorsqu'il est pratiqué dans un but curatif que lorsqu'il est fait uniquement à titre préventif. Le terme « péril » suggère en effet une menace qui n'est pas nécessairement avérée, mais qui est imminente au moment de l'intervention.

1.5. L'indétermination des « personnes habilitées »

Si, conformément à l'article 339, l'avortement légal ne peut être pratiqué que par une personne habilitée, encore faut-il préciser ce qu'on doit entendre par « personne habilitée ».

Un premier problème se pose de savoir si les services d'avortement peuvent être fournis aussi bien par les hôpitaux publics que par les établissements privés, et dans ce dernier cas, si ceux-ci doivent être spécialement habilités. La réponse à cette interrogation peut être déterminante lorsqu'on sait l'importance fortement croissante de ces structures en matière d'offres de soins de santé au Cameroun.

Mais, au-delà des structures — qu'elles soient publiques ou privées —, il faut préciser la qualité des personnes en termes de compétence requise pour procéder à l'acte. C'est là que peut se situer une autre difficulté des dispositions actuelles, qui ne précisent pas si les personnes habilitées dont il s'agit sont uniquement les médecins ou s'il faut y inclure les membres du personnel médical (infirmiers, sages-femmes, chirurgiens, etc.) — qu'ils soient ou non spécialement impliqués dans leur activité quotidienne dans les services de santé reproductive²⁰. Il faut d'ailleurs noter que s'agissant de l'avortement pour grossesse résultant d'un viol, le même article 339 du Code pénal n'autorise que l'acte pratiqué par un « personnel médical qualifié », ce qui semble plus restrictif. Rien ne justifie a priori cette différence de traitement suivant le motif d'avortement.

D'autres problèmes restent non réglés, tels que les coûts des prestations²¹ ou l'accessibilité géographique des services. Ce quasi-vide juridique ne peut pas se comprendre ni se justifier, car même dans les contextes où il est totalement libre, comme dans la plupart des pays européens aujourd'hui et dans certains pays africains²², l'avortement qui est d'abord un acte médical est soumis à un certain nombre de conditions d'exercice. Ces conditions peuvent varier et être plus ou moins

²⁰ La tendance actuelle dans plusieurs pays africains est de déléguer les services de santé de la reproduction à d'autres personnels, tels que les infirmières qui, au Mozambique, ont été formées pour pratiquer les césariennes ou les sages-femmes qui, au Népal et en Afghanistan, ont reçu la formation nécessaire pour dispenser des soins qualifiés lors des accouchements (Voir *État de la population mondiale 2005*, précité).

²¹ Certains pays africains, à l'instar de l'Afrique du Sud, ont déjà franchi le cap de la gratuité de l'avortement dans les centres de santé publique.

²² Il s'agit spécialement du Cap Vert, de la Tunisie, de l'Afrique du Sud.

rigoureuses, mais il importe qu'elles soient clairement définies ; sinon nombre d'avortements légaux resteront clandestins et demeureront à risques pour celles qui désirent y recourir. Cette situation peut par ailleurs justifier certains refus opposés aux femmes par le personnel médical.

Peut-être la véritable difficulté réside-t-elle dans le fait que l'avortement reste toujours considéré comme une infraction pénale et que l'avortement légal ne s'impose pas encore comme un véritable droit pour les femmes qui se retrouvent dans les situations légales ? La solution est peut-être de donner à l'avortement légal la place qui est la sienne en l'intégrant dans les programmes de santé de la reproduction.

2. COMMENT INTÉGRER L'ACCÈS À L'AVORTEMENT LÉGAL DANS LES PROGRAMMES DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION ?

Le problème de l'avortement légal nécessite que l'État prenne ses responsabilités en ce sens qu'il devrait mettre en œuvre les moyens nécessaires pour permettre à la femme d'avoir un meilleur accès aux services d'avortement. La seule levée des sanctions pénales est, pour l'instant, une solution manifestement insuffisante. C'est pourquoi nous proposons que l'État aille plus loin en intégrant purement et simplement l'accès à l'avortement légal dans les programmes de santé de la reproduction au même titre que la planification familiale, l'accès aux contraceptifs ou la prise en charge des IST/VIH/Sida. Ces programmes font d'ailleurs actuellement l'objet d'une attention particulière de la part des pouvoirs publics et des bailleurs de fonds ²³.

Des bases juridiques internationales existent pour cela et l'État pourra si nécessaire s'appuyer sur des exemples étrangers pertinents pour la détermination du cadre juridique approprié qui devrait elle-même s'accompagner de la mise en place des moyens d'information nécessaires.

2.1. Les bases juridiques internationales : le Programme d'action de la Conférence Internationale pour la Population et le Développement (CIPD) et les conventions internationales

2.1.1. L'accès aux services d'avortement sans risque dans le programme d'action de la CIPD

Depuis la CIPD ²⁴, tenue au Caire en 1994, la notion de santé de la reproduction a reçu une reconnaissance juridique qui depuis lors n'a pas été remise en cause. Ce

²³ En témoigne le projet qui vient d'être financé par la Banque Africaine de Développement en faveur du Cameroun et qui a entre autres objectifs d'aider le gouvernement camerounais dans la mise en œuvre de la politique nationale en matière de santé de la reproduction, d'assurer l'intégration d'un module spécial de formation en santé de la reproduction à la faculté de médecine et la création d'un centre de référence à vocation régionale en matière de formation en santé de la reproduction au Cameroun. Cf. *Cameroun Tribune*, n° 8554/ 4753 du vendredi 10 mars 2006, p. 9.

²⁴ Conférence Internationale pour la Population et le Développement.

concept est défini comme « le bien-être tant physique que mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions, son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ». Les femmes ont le droit, spécialement, d'accéder à des services de santé qui leur permettent de mener à bien leur grossesse et leur accouchement. « La santé et les droits en matière de procréation sont des fins importantes en elles-mêmes »²⁵.

La CIPD fait du droit à l'avortement sans risque une composante des services de santé en matière de reproduction²⁶. Le paragraphe 8.25 de cette Conférence prévoit à cet effet que : « Dans les cas, où il n'est pas interdit par la loi, l'avortement devrait être pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité. Dans tous les cas, les femmes devraient avoir accès à des services de qualité pour remédier aux conséquences découlant d'un avortement ».

D'ailleurs, au cours de la CIPD tenue à New York en 1999, les gouvernements se sont engagés ; dans les cas où l'avortement n'est pas interdit par la loi, à « former les prestataires de soins de santé et les équiper » et à prendre d'autres mesures pour que l'avortement soit alors pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité et soit accessible. Même s'il ne s'agit pas — comme il est rappelé expressément dans le plan d'action de la CIPD de 1994 —, de faire de l'avortement un moyen de contraception, l'objectif de la CIPD est que la pratique de l'avortement sans risque lorsque la loi l'autorise doit être considérée comme un service de santé de base.

2.2. L'interprétation extensive des droits reconnus par les autres conventions

Différentes conventions, toutes ratifiées par le Cameroun, contiennent des dispositions relatives aux droits des personnes qui peuvent sous-tendre une évolution de la législation en matière de droits reproductifs des femmes.

- le droit à la vie affirmé par le Pacte International relatif aux Droits Civiques et Politiques (article 6. 1 et 9. 1) : Le droit à la vie reconnu par cette convention impliquerait que des services d'avortement soient fournis à toute femme dont la vie est menacée par la grossesse qu'elle porte ;
- le droit à un meilleur état de santé possible reconnu par la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948 et le Pacte sur les droits publics précédemment invoqué peut être interprété comme imposant aux États de satisfaire les besoins élémentaires notamment ceux des femmes en matière de santé de la reproduction ;
- la Convention contre l'élimination de toutes les Formes de Violences contre les Femmes en ses articles 11.f, 12, 14.2 peut être interprétée en faveur d'une plus grande protection des droits reproductifs.

²⁵ FNUAP, *État de la population mondiale 2005*, <http://www.unfpa.org>.

²⁶ Paragraphe 7.6 du plan d'action.

2.3. Les exemples étrangers

Depuis 1994, la plupart des États africains ont adopté des stratégies pour intégrer la santé de la reproduction dans différents programmes nationaux, mais peu nombreux sont ceux qui ont institué des législations spécifiques sur la santé de la reproduction, et parmi ceux qui l'ont fait, peu ont également expressément fait de l'accès à l'avortement légal un élément spécifique de leur réglementation.

Parmi les États africains qui ont adopté des lois en matière de santé de la reproduction, on peut citer le Tchad et le Mali en 2002, le Bénin en 2003, le Sénégal en 2005. Il y a enfin l'exemple de la loi guinéenne du 10 juillet 2000 sur la santé de la reproduction qui prévoit en son article 10 que « L'interruption volontaire de grossesse n'est autorisée que dans les cas suivants : (...) lorsque la poursuite de la grossesse met en danger la vie et la santé de la femme enceinte ... ». La plupart de ces lois s'inspirent elles-mêmes de la Loi type en matière de santé de la reproduction adoptée par les parlementaires de l'Afrique de l'Ouest au cours de l'atelier sur « La législation de la santé de la reproduction en Afrique de l'Ouest » tenu au Mali en 2000 et organisé par l'Action Mondiale des Parlementaires ²⁷.

2.4. La méthode préconisée

Plusieurs initiatives ont été déjà prises pour améliorer l'accès des femmes à la santé de la reproduction au Cameroun, mais, à ce jour, aucune disposition législative existante ne fait expressément mention de l'avortement comme moyen direct d'accès à une meilleure santé reproductive. Parmi les différentes initiatives, on peut citer :

- la déclaration de politique nationale de la population de 1992 dont l'objectif est déjà d'améliorer l'état sanitaire de la population en général et des mères et enfants en particulier ;
- le programme national de la population de 1997 où la santé de la reproduction constitue l'un des domaines prioritaires ;
- le symposium national de la santé de la reproduction tenu en 1999 au cours duquel le Cameroun a adopté le plan d'action de la CIPD de 1994.

Cette dernière initiative est assurément le point de départ d'un véritable engagement de l'État en matière d'amélioration de la santé reproductive au Cameroun. Il s'agit maintenant de franchir le pas et d'adopter, à l'instar d'autres pays africains, une loi sur la santé de la reproduction faisant expressément référence à l'avortement, comme le proposent les conventions internationales et notamment la

²⁷ La nécessité d'harmoniser les législations africaines en matière de santé de la reproduction se fait d'ailleurs sentir de plus en plus, comme en témoigne la déclaration de Ndjamena des parlementaires africains réunis en mai 2005 dans le cadre de la Conférence des Présidents des Parlements Africains. Ces derniers se sont engagés à favoriser le renforcement du cadre institutionnel de la santé de la reproduction et des réformes juridiques destinées à l'améliorer.

CIPD de 1994. À défaut d'une loi spécifique, les aspects réglementaires de la santé de la reproduction, y compris l'avortement légal, pourraient être insérés dans le Code de la santé²⁸, à l'exemple du Burkina Faso.

L'adoption d'une nouvelle législation pourrait s'accompagner opportunément de modifications terminologiques. En effet, l'évolution qu'a connue la terminologie en la matière en Afrique et ailleurs n'est pas le fait du hasard. Elle traduit le souci d'une nouvelle approche du problème. Des exemples en ce sens existent déjà comme en Inde où l'avortement est désormais désigné dans la loi comme l'interruption médicale de grossesse ou en Afrique du Sud où la loi de 1997 qui a libéralisé l'avortement parle simplement d'« interruption de grossesse ». L'expression plus répandue « d'interruption volontaire de grossesse » pourrait être utilisée, mais l'idée d'une intervention provoquée qui induit que l'acte soit volontaire, délibéré peut paraître choquante pour certains, car bien souvent l'avortement interviendra dans des cas où il n'y a pas d'autre choix.

Le problème pourra aussi se poser quant à l'harmonisation de la réglementation relative à la santé reproductive avec d'autres dispositions juridiques existantes, telles que le Code pénal qui pose le principe de l'interdiction de l'avortement et les dispositions relatives aux droits de la personne, telles que celles contenues dans le projet de Code de la famille. Si les dispositions du Code pénal peuvent être maintenues en l'état, la situation peut s'avérer plus délicate en ce qui concerne le droit des personnes surtout eu égard à la protection reconnue au fœtus. Mais si la difficulté est réelle, elle n'est pas insurmontable et ne saurait constituer un obstacle fondamental à l'amélioration de la législation actuelle.

Dans l'attente toutefois d'une nouvelle réglementation, les *dispositions actuelles*, bien qu'insuffisantes, peuvent servir de base à l'amélioration de l'accès à l'avortement légal. Cela pourra se faire en particulier à travers le concept très répandu de « maternité sans risque ». Celui-ci implique qu'il faut promouvoir la santé maternelle dans la mesure du possible, prévenir les risques de mort ; cela peut permettre de pouvoir procéder à l'avortement lorsque cet acte s'avère comme la solution unique, pour autant que la loi permet d'y recourir.

2.5. Assurer l'information en matière d'avortement légal

Cette information doit être faite en direction des professionnels, des femmes et du public et porter sur l'existence des droits reproductifs des femmes, particulièrement en matière d'avortement²⁹.

²⁸ La réforme hospitalière engagée par le gouvernement durant ces dernières années devrait probablement aboutir à l'adoption d'un Code de la santé publique.

²⁹ Une Stratégie Nationale d'Information, Éducation et Communication en matière de santé de la reproduction (IEC/ SR) a d'ailleurs été mise sur pied par le gouvernement en 2002 avec l'appui du FNUAP.

2.5.1. L'information des professionnels de la santé

Elle s'impose car, dans un contexte d'interdiction de principe de l'avortement, tous les prestataires de soins ne savent pas toujours que l'interdiction n'est pas totale et que dans certains cas, non seulement l'avortement est autorisé, mais qu'il est de leur responsabilité de le prescrire et de le pratiquer. Une meilleure information des professionnels devrait garantir la qualité de l'information qu'ils donneront à leur tour aux patients. Il reste vrai que dans certains cas, des professionnels, même informés, refusent de se conformer à la loi pour des motifs sociaux ou religieux qui leur sont personnels. Cette information devrait s'étendre aux futurs professionnels qui se trouvent encore dans les écoles de formation. Mais il faudrait aller plus loin et assurer une véritable formation en santé de la reproduction.

2.5.2. L'information des femmes

Elles sont les premières bénéficiaires des programmes de santé de la reproduction, mais ne sont pas toujours à même de prendre conscience de certaines situations telles que les conséquences de la grossesse par rapport à leur santé³⁰. Même dans les pays qui ont libéralisé la pratique, les femmes ne savent pas toujours qu'elles peuvent accéder à l'avortement. La question de l'information des femmes est assez délicate, surtout dans un contexte où l'on interdit formellement la publicité en matière d'avortement. Pourtant, seule l'information appropriée permettrait à la femme d'avoir les éléments pour prendre une décision, car, même pour des raisons tenant à sa propre survie, l'avortement ne saurait en principe être imposé à la femme.

2.5.3. L'information du public en général et des hommes en particulier

On estime de plus en plus qu'en aidant les hommes et les communautés à apprécier les risques de la grossesse, on augmentera les chances pour la femme de recevoir des soins qui pourront lui sauver la vie. Mieux informés, les hommes pourraient non seulement apporter leur soutien aux femmes par rapport à leur choix en matière de santé reproductive, parmi lesquels l'avortement, mais aussi lorsque cela s'impose, leur procurer les ressources dont elles ont besoin. Il est vrai que de nombreux freins sociaux et culturels sont encore à surmonter dans ce domaine même au sein du personnel médical qui peut nourrir des préjugés à l'égard des hommes. Les questions de grossesse et d'accouchement sont encore considérées comme des « affaires de femmes » aussi bien auprès du public que de certains professionnels de la santé. L'objectif est malgré tout d'accroître le sens de la responsabilité des hommes à l'égard de la santé de la reproduction des femmes et même à terme d'assurer un réel partage des responsabilités dans ce domaine.

³⁰ Ce qui peut s'expliquer entre autres par le fait que certaines femmes ne subissent pas toujours les examens médicaux pendant la grossesse.

CONCLUSION

Les mesures préconisées dans cette étude visent à susciter une responsabilité accrue du corps médical et surtout de l'État. Certaines ONG affirment même que « quand il est possible d'éviter les décès maternels et les lésions, les gouvernements devraient être tenus comptables de l'incapacité à assurer les conditions nécessaires pour les prévenir »³¹. C'est également toute l'organisation des systèmes de santé qui devrait être revue. L'objectif à terme est que les soins de santé de la reproduction, dans toutes leurs composantes, soient intégrés dans les programmes de soins de santé primaires (SSP), et donc rendus plus accessibles, surtout dans les zones rurales et pour les populations les plus défavorisées. L'objectif est réalisable car il apparaît, à bien y regarder, que les efforts en matière de santé ne dépendent pas nécessairement du niveau de développement — puisque des pays comme le Bangladesh, la Malaisie ou encore Cuba ont réalisé des progrès notables dans ce domaine³².

Nous terminerons en situant enfin nos propositions dans le cadre général défini par Kofi Annan³³ et en reprenant ses propos qui illustrent l'enjeu de l'avortement légal en tant qu'il fait partie intégrante de la santé de la reproduction : « *Les objectifs du millénaire pour le développement ne peuvent être réalisés à moins d'aborder de front les questions de population et de santé en matière de procréation. Cela signifie des efforts accrus pour promouvoir les droits de la femme, un investissement plus important dans l'éducation et la santé, notamment la santé en matière de procréation et la planification familiale* ».

³¹ Center for Reproductive Health, <http://www.crlp.org>.

³² FNUAP, *État de la population mondiale 2005*, <http://www.unfpa.org>.

³³ Secrétaire Général de l'ONU, décembre 2002.