DROITS ET SANTÉ SEXUELS ET REPRODUCTIFS DES FEMMES, ACCÈS À L'INTERRUPTION SÉCURISÉE DE GROSSESSE AU BURKINA FASO : UNE ANALYSE DES PERCEPTIONS DES PRATICIEN·NES DE SANTÉ DU CHU-BOGODOGO

[Etapes de traitement de l'article]
Date de soumission : 24-04-2026 / Date de retour d'instruction : 06-05-2026/ Date de publication : 15-07-2026

Jonatan BORO
Laboratoire Société et Dynamiques Socioprofessionnelles/Ingénierie de la Formation de l'Université Joseph KI-ZERBO / Burkina Faso
borojonatan@gmail.com

Résumé : Au Burkina Faso, l'Interruption Sécurisée de Grossesse (ISG) est encadrée par un dispositif légal étroit. Le Code pénal de 2018 n'autorise l'ISG qu'en cas de danger grave pour la santé ou la vie de la mère, de malformation fœtale grave irréversible, ou de viol et d'inceste établis par le ministère public dans la limite de quatorze semaines d'aménorrhée. Dans ce contexte restrictif, les avortements provoqués clandestins (APC) constituent un phénomène croissant de santé publique : entre 2015 et 2019, le Guttmacher Institute estimait à 136 000 avortements provoqués annuels, soit une hausse de 61 % du taux sur la période. Cette étude qualitative, conduite auprès de 19 praticien·nes de santé du Centre Hospitalo-Universitaire de Bogodogo (CHU-B) à Ouagadougou — gynécologues, sages-femmes et maïeuticiens — analyse leurs perceptions de l'ISG, ses conditions concrètes d'accès et les tensions que génère son cadre légal. Les entretiens semi-directifs révèlent quatre résultats principaux. Premièrement, le cadre légal est insuffisamment connu des praticien·nes eux-mêmes, compromettant l'effectivité de droits déjà reconnus. Deuxièmement, le délai de 14 semaines pour les cas de viol et d'inceste est structurellement inatteignable en raison de la procédure judiciaire contraignante et des freins socioculturels. Troisièmement, les pesanteurs socioculturelles et religieuses opèrent à deux niveaux — comportements des femmes et pratiques des soignant·es — créant un angle mort autour de l'objection de conscience médicale non encadrée. Quatrièmement, l'accès à l'avortement sécurisé est inégalement distribué selon les ressources des femmes, posant une question de justice sociale que le cadre légal restrictif aggrave. La diversité des positionnements face à une réforme — du refus de toute évolution à la légalisation complète — est analysée au prisme de l'ancienneté professionnelle et de l'accès à la formation à la clarification des valeurs.

Mots-clés : droits sexuels et reproductifs, Interruption Sécurisée de Grossesse, perceptions des praticien·nes de santé, politique publique, Burkina Faso

WOMEN'S SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH AND RIGHTS AND ACCESS TO SAFE PREGNANCY INTERRUPTION IN BURKINA FASO: AN ANALYSIS OF THE PERCEPTIONS OF HEALTH PRACTITIONERS AT CHU-BOGODOGO

Abstract: In Burkina Faso, the Safe Pregnancy Interruption (SPI) is regulated by a narrow legal framework. The 2018 Penal Code authorizes SPI only in cases of serious danger to the health or life of the mother, irreversible severe foetal deformity, or rape and incest established by the public prosecutor within the limit of fourteen weeks' gestation. In this restrictive context, clandestine induced abortions constitute a growing public health phenomenon: between 2015 and 2019, the Guttmacher Institute estimated 136,000 induced abortions annually, representing a 61% increase in the rate over the period. This qualitative study, conducted with 19 health practitioners from the Bogodogo University Hospital Centre (CHU-B) in Ouagadougou — gynaecologists, midwives and obstetricians — analyses their perceptions of SPI, its concrete conditions of access and the tensions generated by its legal framework. The semi- structured interviews revealed four main findings. First, the legal framework is insufficiently understood by practitioners themselves, compromising the effectiveness of already recognized rights. Second, the 14-week time limit for rape and incest cases is structurally unattainable due to the cumbersome legal process and socio- cultural barriers. Third, socio-cultural and religious pressures operate on two levels—women's behaviour and healthcare practices—creating a blind spot around unregulated medical conscientious objection. Fourth, access to safe abortion is unevenly distributed according to women's resources, posing a social justice issue that the restrictive legal framework exacerbates. The diversity of positions faced with a reform—from the refusal of any evolution to complete legalization—is analysed through the prism of professional seniority and access to training in the clarification of values.

Keywords*: sexual and reproductive rights, Safe Termination of Pregnancy, healthcare practitioners' perceptions, public policy, Burkina Faso*

Introduction

En 1994, la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) du Caire a consacré la santé sexuelle et reproductive comme composante fondamentale des droits humains, reconnaissant le droit des individus à décider librement du nombre, de l'espacement et du moment de leurs naissances. La Conférence mondiale sur les femmes de Beijing (1995) a prolongé ces engagements en articulant l'autonomisation des femmes à leur capacité à contrôler leur vie reproductive. En 2003, le Protocole de Maputo a rappelé aux États africains signataires, dont le Burkina Faso, leur obligation d'autoriser l'avortement médicalisé en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste ou lorsque la grossesse met en danger la santé mentale ou physique de la mère.

Trente ans après le Caire, la réalité de l'accès à l'Interruption Sécurisée de Grossesse (ISG) au Burkina Faso apparaît en tension persistante avec ces engagements. La loi n°2018-025/AN portant Code pénal autorise l'ISG dans un périmètre étroit : en cas de danger grave pour la santé ou la vie de la mère, de malformation fœtale grave irréversible, ou en cas de viol ou d'inceste dûment établis par le ministère public, dans la limite de quatorze semaines d'aménorrhée. Hors de ces conditions, tout avortement provoqué est criminalisé. Dans ce contexte, les avortements provoqués clandestins (APC) constituent un phénomène documenté et croissant : entre 2015 et 2019, le Guttmacher Institute (2022) estimait à 136 000 le nombre d'avortements provoqués annuels sur 335 000 grossesses non planifiées, soit une hausse de 61 % du taux d'avortement sur la période. Selon le Ministère de la Santé, 10 % des décès maternels résultent de complications liées à l'avortement (Sanon/Ouédraogo et al., 2010), et la

SOGOB (2022) classe l'avortement au quatrième rang des causes de mortalité maternelle.

À l'échelle mondiale, la situation est préoccupante : selon Population Reference Bureau et Safe Engagement (2021), environ 99 millions des 227 millions de grossesses annuelles sont non désirées, et 56 % d'entre elles se soldent par un avortement provoqué. L'Afrique de l'Ouest représente environ 27 % de ces grossesses non désirées. Si 55 % des avortements mondiaux sont sécurisés, seuls 24 % le sont en Afrique — contre 48 % classés dans la catégorie des moins sûrs. Ces chiffres globaux situent le Burkina Faso dans une dynamique continentale : le taux d'avortement national est estimé à 25 pour 1 000 femmes de 15 à 44 ans, et à 28 pour 1 000 pour la ville de Ouagadougou (Bankole et al., 2014). Le contexte législatif restrictif joue un rôle déterminant dans cette configuration : les pays interdisant totalement l'avortement ou ne l'autorisant que pour sauver la vie de la femme n'enregistrent qu'un quart de procédures sécurisées (Population Reference Bureau & Safe Engagement, 2021). L'Enquête Démographique et de Santé de 2021 révèle par ailleurs qu'au Burkina, une femme sur cinq dans la tranche 15-19 ans a déjà été enceinte, et que le pourcentage de grossesses se terminant par un avortement provoqué est plus élevé chez les moins de 20 ans et les femmes de 35-44 ans, croissant avec le niveau d'instruction et le bien-être économique (INSD, 2023).

La question de l'adéquation du cadre légal de l'ISG aux besoins des femmes a été abordée sous l'angle épidémiologique (Bankole et al., 2014 ; Guttmacher Institute, 2016, 2022), juridique (Ouattara & Tagmatarchi Storeng, 2014 ; Boland & Katzive, 2008) et sociologique (Bazié et al., 2022 ; Baxerres et al., 2018). En revanche, le regard des praticien·nes de santé — acteurs à la frontière du droit et du soin, témoins directs des tensions entre offre légale et demande des femmes — n'a quasiment pas été interrogé dans la littérature burkinabè. C'est cette lacune que cet article cherche à combler, en s'appuyant sur une enquête qualitative conduite à la maternité du CHU-Bogodogo (CHU-B) à Ouagadougou auprès de 19 praticien·nes de santé — gynécologues, sages-femmes et maïeuticiens.

Cette configuration révèle un paradoxe qui constitue le problème scientifique au fondement de cette étude : alors que le Burkina Faso a formellement souscrit, depuis trente ans, aux engagements internationaux relatifs aux droits sexuels et reproductifs et reconnaît lui-même, dans son Code pénal, un droit à l'ISG pour certaines situations, ce droit demeure largement inopérant, comme l'attestent la croissance continue des avortements provoqués clandestins et le rang qu'occupe l'avortement parmi les causes de mortalité maternelle. La reconnaissance formelle d'un droit ne garantit donc pas son exercice effectif. Or ce sont précisément les praticien·nes — chargés de mettre en œuvre ce droit au quotidien, à l'interface du cadre légal et de la demande des femmes — qui sont le mieux placés pour éclairer les mécanismes de ce hiatus entre droit formel et droit vécu, sans que leur perspective ait, à ce jour, été mobilisée.

Notre question de recherche est la suivante : comment les praticien·nes de santé du CHU-B perçoivent-ils les conditions concrètes d'accès à l'ISG, et quels facteurs — légaux, institutionnels, socioculturels — expliquent le fossé entre les droits reproductifs formellement garantis aux femmes et leur exercice réel ? L'objectif général de l'étude est d'analyser les perceptions qu'ont les praticien·nes de santé de l'ISG, de ses conditions concrètes d'accès et de la question d'une éventuelle réforme législative,

en les inscrivant dans le cadre analytique des droits sexuels et reproductifs (DSR) et des politiques publiques de santé reproductive. Cet objectif général se décline en trois objectifs spécifiques : (1) décrire le niveau de connaissance qu'ont les praticien·nes du cadre légal de l'ISG et identifier les obstacles concrets qu'ils rapportent dans le parcours d'accès des femmes ; (2) analyser leurs perceptions de l'adéquation de l'offre légale aux besoins des femmes et la corrélation qu'ils établissent entre restrictivité du cadre légal et recours aux avortements provoqués clandestins ; (3) examiner la diversité de leurs positionnements face à une éventuelle réforme de la loi et les facteurs qui structurent ces positionnements. L'article s'organise en quatre sections : méthodologie, résultats, discussion et conclusion. Avant tout, dans quel cadre méthodologique s'inscrit cette enquête ?

1. Méthodologie

1.1 Posture épistémologique et approche de recherche

Cette étude adopte une approche qualitative de type compréhensif, visant à saisir le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et expériences (Gauthier, 2009). Elle s'inscrit dans une épistémologie constructiviste selon laquelle les représentations des praticien·nes sur l'ISG sont socialement situées et conditionnées par leurs trajectoires professionnelles, leurs convictions personnelles et leur contexte institutionnel (Vala, 1998). L'étude mobilise le concept de représentations sociales — distinguant représentations hégémoniques, ancrées dans des valeurs communément partagées à caractère coercitif, et représentations émancipées, issues des interactions et expériences partagées entre groupes — pour comprendre comment l'expérience clinique peut infléchir des positionnements initialement fondés sur des convictions personnelles. Cette posture épistémologique a guidé le choix du terrain d'enquête, dont les caractéristiques institutionnelles méritent d'être présentées.

1.2 Terrain d'enquête et cadre institutionnel

Le choix de Ouagadougou, et singulièrement du CHU-Bogodogo (CHU-B), comme terrain d'enquête répond avant tout à un critère épidémiologique : la capitale burkinabè constitue un espace particulièrement révélateur du phénomène à étudier, puisqu'elle présente un taux d'avortement provoqué estimé à 28 pour 1 000 femmes de 15 à 44 ans, supérieur à la moyenne nationale de 25 pour 1 000 (Bankole et al., 2014). Le CHU-B, deuxième plus grand centre hospitalier de Ouagadougou, créé par décret en 2016, doté de 300 lits et de dix-neuf services médicaux, a par ailleurs été retenu pour la centralité de son service de gynécologie obstétrique — cadre spécifique de l'étude — qui comprend 58 lits, 86 sages-femmes et maïeuticiens d'État, neuf médecins gynécologues-obstétricien·nes, et dispose d'une unité dédiée aux soins après avortement (SAA), témoignant de la réalité quotidienne du phénomène. Ce choix se justifie également par la diversité des profils socioéconomiques des femmes qu'accueille cet établissement de référence, y compris des femmes issues des zones d'habitations spontanées communément appelées quartiers non lotis, qui abritaient 33,5 % de la population ouagalaise en 2009 (Soura & Rossier, 2019). La commune de Ouagadougou compte 2 415 266 habitants (INSD, 2022), avec une population jeune (âge moyen : 23,8 ans), une composition religieuse marquée (62,1 % de musulmans, 37,3 % de chrétiens) et un taux élevé de personnes sans instruction (29,8 % des plus de 6 ans). Ces paramètres démographiques, combinés au taux d'avortement élevé qui caractérise la ville, sont analytiquement pertinents pour interpréter les positionnements face à l'avortement. À la suite de la présentation du terrain, il s'agit

désormais de décrire la démarche de constitution de l'échantillon ainsi que les modalités de collecte et de traitement des données.

1.3 Échantillon, collecte et traitement des données

L'échantillon a été constitué par choix raisonné visant la diversité des profils professionnels et la saturation théorique (Savoie-Zajc, 2007 ; Alvaro Pires, 1997). Il comprend 19 praticien·nes : 8 gynécologues-obstétricien·nes (4 hommes, 4 femmes), 8 sages-femmes et 3 maïeuticiens, avec des anciennetés allant de 6 à 28 ans. La technique de volontariat a été privilégiée au regard de la sensibilité du sujet (Gauthier, 2009). Les critères d'inclusion étaient : exercer en maternité au CHU-B en qualité de médecin gynécologue, sage-femme ou maïeuticien, disposer d'au moins 3 ans de pratique et avoir donné son consentement éclairé. Les données ont été collectées par entretiens semi-directifs individuels par appel téléphonique du 23 novembre 2023 au 06 janvier 2024. Les entretiens ont porté sur la connaissance de l'ISG, le vécu face aux demandes d'avortement, l'appréciation de l'offre au regard des besoins des femmes, la corrélation perçue entre cadre légal et APC, et le positionnement face à une réforme. Ils ont été enregistrés à l'aide de l'Application FoneLab Screen Recorder avec consentement, transcrits intégralement l'aide de l'Application Smartscribe, puis analysés par codage thématique ouvert et axial. L'étude a obtenu l'avis favorable du Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé et l'autorisation du Directeur Général du CHU-B. La confidentialité des participants a été garantie par codification des identités. Mais après ces considérations méthodologiques, qui ont permis de situer d'abord la posture épistémologique qui se veut constructiviste, ensuite le terrain qui n'est rien d'autre que le CHU-Bogodogo situé dans Ouagadougou la capitale et enfin l'échantillon qui a été constitué par choix raisonné, quels résultats l'analyse des entretiens suggère-t-elle ?

2. Résultats

2.1 Cadre légal de l'ISG, méconnaissance et obstacles structurels d'accès

L'histoire du droit à l'avortement au Burkina Faso est celle d'une libéralisation partielle et ralentie. La loi coloniale française de 1920 interdisant l'avortement n'a été abrogée qu'en 1986 ; l'amendement du Code pénal en 1996, consécutif à la CIPD de 1994 et à Beijing 1995, a ouvert quelques possibilités, mais le Code pénal de 2018 consolide toujours un périmètre étroit. L'article 513-13 autorise l'ISG lorsque la grossesse met en péril la santé de la mère ou en cas de malformation fœtale grave irréversible ; l'article 513-14 l'autorise en cas de viol ou d'inceste, sous réserve de décision du ministère public, dans les quatorze premières semaines de grossesse. Ce cadre exclut toute interruption pour motifs personnels, économiques ou sociaux, et ne reconnaît pas la détresse psychologique — pourtant inscrite dans le Protocole de Maputo de 2003. Vingt-et-un ans après Maputo, le droit burkinabè n'a pas intégré cette dimension.

Un premier résultat significatif de l'enquête est que ce cadre légal est insuffisamment connu au sein même du corps médical. Certains praticien·nes confondent l'Interruption Médicale de Grossesse (IMG) avec l'ISG, ou assimilent l'interruption médicamenteuse à l'interruption sécurisée. Dans leurs entretiens, ils recourent systématiquement à la formule « ISG selon la loi » pour distinguer l'offre légale de toute forme d'avortement volontaire non autorisé :

GyH3 : *J'avoue que je ne peux pas vous parler de l'ISG de fond en comble. Je sais qu'il y a une loi au Burkina sur ça, mais je ne la connais pas de fond en comble, il faut l'avouer.*

Personnellement, je n'ai pas eu la formation, donc ce que je sais de la question, c'est ma connaissance personnelle, ma culture personnelle.

Ce déficit compromet l'effectivité de l'offre légale existante avant même que la question d'une réforme ne se pose. Dans une commune où 29,8 % des personnes de plus de 6 ans n'ont aucun niveau d'instruction (INSD, 2022) et où la loi n'est pas suffisamment vulgarisée, la méconnaissance parmi la population générale est nécessairement plus étendue encore.

Les obstacles concrets au parcours d'accès sont de deux ordres. Pour les cas médicaux graves (danger pour la mère, malformation fœtale), la procédure — concertation collégiale sans délai gestationnel — est relativement accessible au CHU-B, quoique des réticences religieuses ou culturelles des femmes et de leurs familles conduisent parfois à des refus d'interruption malgré l'indication médicale. Pour les cas de viol et d'inceste, la situation est structurellement bloquée : l'exigence d'une décision du ministère public impose une procédure judiciaire dont la durée est incompatible avec le délai légal de 14 semaines. À cela s'ajoutent les freins socioculturels qui retardent le dépôt de plainte — crainte de l'opprobre familial dans les cas d'inceste, peur d'être accusée de mensonge dans les cas de viol — et la méfiance vis-à-vis de l'institution judiciaire elle-même :

GyF2 : *Chez nous c'est sur les quatorze semaines pour des viols et incestes. C'est un peu tôt, parce que quand elles viennent c'est déjà au deuxième trimestre. Donc déjà elles ne peuvent même pas demander l'interruption sécurisée de grossesse.*

Sf4 : *Bon moi je pense que c'est trop long. Mais comme ils disent qu'il faut forcément passer par là. Sinon dès que les gens entendent la justice, il y a là une psychose.*

À ces obstacles s'ajoute une inégalité socioéconomique documentée par les praticien·nes : les femmes pauvres, peu instruites, résidant dans les quartiers non lotis ou en milieu rural cumulent méconnaissance de la loi, éloignement des structures compétentes et incapacité à assumer les coûts des démarches, tandis que les femmes disposant de ressources économiques et relationnelles peuvent contourner les restrictions en accédant à des structures privées ou en se rendant dans des pays à législation plus libérale. Si le cadre légal de l'ISG ainsi que les obstacles structurels qu'il engendre sont ainsi connus, qu'en est-il des perceptions que les praticien·nes ont de l'offre légale, les profils des femmes concernées et les motifs qui les conduisent à recourir aux APC ?

2.2 Perceptions de l'offre, motifs de recours aux APC et corrélation perçue

L'enquête établit que la demande d'avortement par les femmes est une réalité quotidienne dans la maternité du CHU-B, exprimée directement ou de façon voilée au regard du tabou du sujet. Les femmes concernées couvrent l'ensemble des tranches d'âge en activité génitale (15 à 40 ans), avec une concentration des APC chez les jeunes filles de moins de 30 ans, les mères célibataires et les femmes en situation précaire — élèves, étudiantes, serveuses. Les motifs documentés par les praticien·nes combinent des raisons socioculturelles (interdiction de la grossesse prénuptiale, stigmatisation des mères célibataires, honte des intervalles courts entre grossesses pour les femmes mariées), des raisons scolaires et professionnelles (la grossesse perçue comme obstacle à la scolarité ou à l'ascension professionnelle) et des raisons économiques. Ces motifs recoupent ceux identifiés par Bazié et al. (2022) pour le Burkina — avortement pour retarder la procréation à l'adolescence, pour espacer les naissances, pour éviter de procréer en situation de mère célibataire — et rejoignent ceux de Mathieu (2016) dans

une comparaison France-Québec, où la décision d'avorter est fondamentalement articulée à un besoin d'autonomie.

Parmi les profils documentés, les femmes mariées constituent une catégorie souvent occultée mais bien présente dans les observations des praticien·nes. Certaines contractent une grossesse en phase post-partum pendant l'allaitement — les considérations sociales associant cette situation à un manque de maîtrise de la sexualité et à une honte pour le couple. D'autres cherchent à interrompre une grossesse survenue hors du couple, craignant la réaction du mari ou de la belle-famille. Ces situations illustrent combien le recours à l'avortement transcende les catégories d'âge et de statut matrimonial :

Sf1 : *Les femmes dans le foyer, leurs raisons généralement, c'est que l'enfant est petit. Elles mettent en cause l'âge. Le cas que j'ai eu de toute ma carrière qui m'a fait à la fois rire et étonné, c'est qu'en période de carême, après avoir cassé le carême, le musulman qui m'amène sa femme qui était couverte de la tête aux pieds pour demander l'avortement. Je ne m'en revenais pas.*

Face à ces demandes, les praticien·nes adoptent différentes postures : refus assorti d'un travail de counseling pour le maintien de la grossesse, comme seule alternative dans le cadre légal ; ou, pour une minorité, orientation vers des structures susceptibles de prendre en charge la demande afin d'éviter le recours à des pratiques encore plus dangereuses. Quant à l'adéquation de l'offre légale aux besoins des femmes, trois positions se dégagent parmi les praticien·nes. La position majoritaire estime que l'offre est insuffisante — la sphère médico-légale exclut la grande majorité des demandes observées :

Sf3 : *Moi je pense personnellement que ça ne les arrange pas. Ce n'est pas ce qu'elles veulent en réalité. Comme au Burkina l'avortement n'est pas encore légal, je pense que les conditions qu'on nous pose n'arrangent pas la population. Quand les femmes viennent vers nous pour demander l'avortement et qu'on leur explique les conditions, au finish elles sortent découragées.*

Une deuxième position reconnaît une satisfaction partielle, notamment pour les cas médicaux, mais souligne l'inadéquation du délai pour les cas de viol et d'inceste et plaide pour un assouplissement ciblé. Une troisième position, minoritaire, défend la pertinence de l'offre en l'état, estimant que la réponse prioritaire réside dans le renforcement de la contraception et de l'éducation sexuelle :

GyH6 : *Moi, je dirais que la loi est bien telle qu'elle est. Le problème n'est pas la grossesse. Pour moi le problème c'est tout le travail qu'il y a derrière pour atteindre la grossesse. Si une femme est déjà enceinte, là c'est déjà un échec en fait.*

La corrélation entre la restrictivité du cadre légal et le recours aux APC est affirmée avec clarté clinique par la majorité des praticien·nes, qui relient directement la restriction de l'offre au recours contraint à la clandestinité :

GyH3 : *Oui, évidemment. Bien sûr que ça s'explique par la restriction de la loi. Donc les gens sont obligés d'aller faire des trucs clandestinement. Et certaines femmes victimes du viol ou d'inceste tentent d'avorter au deuxième ou troisième trimestre, des dates vraiment pas du tout indiquées pour l'avortement.*

Sf1 : *Oui c'est bien ça. Si toute femme savait qu'elle peut bénéficier librement de l'ISG, je ne vois pas une femme qui va aller le faire de façon clandestine. Non, parce que cette porte est fermée.*

Toutefois, ces perceptions de l'offre légale ne peuvent être pleinement comprises sans une prise en considération des pesanteurs socioculturelles et religieuses qui

influencent à la fois les comportements des femmes et les pratiques des soignant·es eux-mêmes.

2.3 Pesanteurs socioculturelles, objection de conscience et positionnements face à la réforme

Les pesanteurs socioculturelles et religieuses opèrent à deux niveaux interdépendants. Au niveau des comportements des femmes, la stigmatisation de l'avortement — documentée par le sondage CGD de 2010 comme l'un des phénomènes les plus désapprouvés au Burkina Faso — conduit les femmes à intérioriser une honte anticipée qui les éloigne des structures légales, même lorsqu'elles remplissent les conditions d'éligibilité. L'absence de cellules d'accueil confidentielles et de personnel formé à un accueil non-jugeant renforce ce phénomène d'auto-exclusion :

Ma1 : *Nos services de santé ne sont pas conçus avec cette facilité d'accueil et de mise à l'aise des femmes qui viennent en consultation pour un tel problème. Par exemple une jeune fille de quinze ans vient trouver sa maman ou sa tante assise à la table. Elle aura du mal — du coup il y a une stigmatisation, on va la démoraliser. Et pour éviter tout cela, les femmes qui le désirent vont se retrouver dans le clandestin.*

Au niveau des pratiques professionnelles, les convictions religieuses et culturelles des praticien·nes elleux-mêmes interfèrent avec l'exercice professionnel, y compris pour des actes légalement autorisés. Ce phénomène d'objection de conscience médicale informelle, non encadré par la législation burkinabè, est directement rapporté :

Sf1 : *C'était un cas de malformation. Au staff, on a posé l'indication d'interruption de grossesse. Celle qui était de permanence a refusé d'amorcer le processus. Elle a refusé que sa conviction religieuse ne lui permet pas. C'est inadmissible ; c'est des soins.*

La formation à la clarification des valeurs apparaît comme un facteur de transformation de ces postures, permettant de dissocier convictions personnelles et obligations professionnelles :

GyH7 : *Moi j'ai bénéficié de formations sur la clarification des valeurs. Du coup, on ne peut pas avoir les mêmes approches que quelqu'un qui n'a pas eu des valeurs clarifiées. Quand on a les valeurs clarifiées, je pense qu'on fait fi de tout ça et c'est l'intérêt de la patiente qui passe en avant.*

Face à la question d'une réforme législative, les praticien·nes se distribuent entre trois postures. La posture minoritaire (moyenne d'ancienneté : 14,57 ans) s'oppose à toute réforme, invoquant le risque de désordre social, l'instrumentalisation de l'avortement comme méthode contraceptive et l'absence de prise en charge psychologique post-avortement dans les structures de soins. La posture intermédiaire plaide pour un assouplissement ciblé — allongement du délai pour les cas de viol et d'inceste, élargissement à des situations non couvertes comme les grossesses en période d'allaitement ou en contexte de préménopause. La posture majoritaire (moyenne d'ancienneté : 15,58 ans) se prononce pour une réforme substantielle allant jusqu'à la légalisation, en s'appuyant sur l'expérience clinique directe des décès liés aux APC :

GyH4 : *Normalement on ne doit plus compter des décès par avortement provoqués. Pour ne plus en compter, il faut avoir une loi qui permet d'accéder à une interruption sécurisée. Plusieurs fois on a refusé, parce que des femmes ne répondaient pas aux conditions prescrites par la loi, mais elles sont revenues ; on les a amenés à la morgue.*

GyF1 : *Moi je pense que oui. En ce sens que ça fait moins de décès maternels. J'ai vu l'expérience en France par exemple. Là-bas c'est autorisé, mais ça ne fait pas que les femmes y*

sont plus frivoles que d'autres si on s'en tient au taux d'avortement qui est assez stable chaque année.

Deux variables différenciatrices ressortent de l'analyse : l'ancienneté professionnelle, qui tend à infléchir les positionnements vers plus d'ouverture par l'accumulation d'expériences cliniques, notamment l'exposition répétée aux décès liés aux APC ; et la formation à la clarification des valeurs, qui constitue le facteur de différenciation le plus net entre praticien·nes défenseurs du statu quo et partisans d'une réforme.

Sous l'angle du genre, les hommes expriment un penchant légèrement plus favorable à une réforme que les femmes, mais cette tendance ne saurait être absolutisée : plusieurs femmes gynécologues se prononcent également pour un élargissement substantiel de la loi. Ce que l'analyse révèle surtout, c'est que ni le sexe, ni la catégorie professionnelle ne constituent des variables déterminantes en elles-mêmes : c'est la combinaison de l'ancienneté — donc de l'exposition répétée aux conséquences des APC — et de la formation à la clarification des valeurs qui structure les positionnements de façon la plus nette. En l'absence de ces deux facteurs, les convictions socioreligieuses occupent le terrain décisionnel au détriment d'une analyse fondée sur les droits et la santé publique. Les résultats issus des entretiens sont ceux relatifs au cadre légal de l'ISG, méconnaissance et obstacles structurels d'accès, aux perceptions de l'offre de l'ISG par le personnel soignant, les motifs de recours aux APC et la corrélation perçue et aux pesanteurs socioculturelles, l'objection de conscience et les positionnements face à la réforme. Au demeurant, une mise en perspective de l'ensemble de ces résultats avec la littérature existante afin d'en dégager la portée analytique et les implications pour la politique publique de santé reproductive est nécessaire.

3. Discussion

3.1 Un cadre légal structurellement inadéquat : inertie historique et déficit d'effectivité

Les résultats s'inscrivent dans une trajectoire documentée. Comme le soulignent Ouattara et Tagmatarchi Storeng (2014, p. 111), les lois sur l'avortement dans les pays en développement « n'ont guère changé depuis la période coloniale », alors que les pays développés les ont massivement libéralisées entre 1950 et 1985. Le Code pénal burkinabè de 2018 confirme cette inertie : vingt-et-un ans après Maputo, la détresse psychologique ne constitue toujours pas un motif légal d'ISG. Le constat de l'inadéquation structurelle du délai de 14 semaines pour les cas de viol et d'inceste — relevé ici de façon convergente par les praticien·nes — rejoint directement cette analyse. La procédure judiciaire préalable est incompatible avec ce délai dans la majorité des situations réelles, compte tenu de la durée incompressible des démarches, des freins socioculturels retardant les dépôts de plainte et de la méfiance vis-à-vis de l'institution judiciaire. Ce résultat avait été pressenti par Ouattara et Tagmatarchi Storeng (2014) ; les entretiens au CHU-B en fournissent ici une démonstration

empirique directe, à travers des cas cliniques concrets de femmes arrivées hors délai légal.

Le déficit de connaissance du cadre légal au sein même du corps médical révèle un second problème d'effectivité, distinct de celui du cadre légal lui-même : si les soignant·es ne maîtrisent pas le dispositif, l'accès des femmes à leurs droits formels est doublement entravé — par la loi et par l'incapacité de ses applicateurs à la mettre en œuvre. Les pays ayant progressé dans l'accès à l'avortement sécurisé ont tous investi en parallèle dans la formation des professionnels de santé et dans la communication publique sur les droits existants. Par ailleurs, la stratégie nationale centrée sur les Soins Après Avortement (SAA) — dispositif présent au CHU-B — traite les conséquences des APC sans résoudre leurs causes. Comme l'ont montré Ouattara et Tagmatarchi Storeng (2014), cette approche technique permet aux décideurs de se conformer apparemment aux lignes directrices internationales tout en évitant le débat de fond sur la légalité de l'avortement. Le lien perçu par les praticien·nes entre restrictivité de la loi et recours aux APC est cohérent avec les analyses comparatives disponibles : l'IPPF (2015) et Bankole et al. (2014) montrent que les législations restrictives n'en réduisent pas le taux mais en augmentent la dangerosité. Par ailleurs si l'inadéquation du cadre légal est ainsi établie, les résultats n'invitent-ils pas à interroger les ressorts socioculturels et institutionnels qui en amplifient les effets ?

3.2 Pesanteurs socioculturelles, objection de conscience et inégalités d'accès

Les pesanteurs socioculturelles et religieuses documentées par les praticien·nes recoupent et prolongent des résultats établis dans la littérature. La stigmatisation de l'avortement confirmée par l'enquête CGD de 2010 et l'enquête publique de 2014 (Ouédraogo & Sundby, 2014) — phénomène amplifié en milieu urbain par la forte proportion de croyants selon Bankole et al. (2014) — explique l'auto-exclusion des femmes des structures légales, même lorsqu'elles remplissent les conditions d'éligibilité. La configuration organisationnelle des services de santé — absence de cellules d'accueil confidentielles, manque de personnel formé à un accueil non-jugeant — vient institutionnellement renforcer ce phénomène, transformant un obstacle culturel en barrière structurelle.

L'objection de conscience médicale informelle constitue un angle mort du système que la présente enquête documente avec une précision inédite dans le contexte burkinabè. Ouattara et Tagmatarchi Storeng (2014) l'avaient observée indirectement ; les entretiens au CHU-B en fournissent des illustrations directes et explicites : des praticien·nes refusent de pratiquer des actes légalement autorisés au nom de leurs convictions, y compris dans des cas de malformations fœtales ou de danger pour la vie de la mère. Son absence de cadrage réglementaire laisse les femmes dans une dépendance aux convictions personnelles des soignant·es, même lorsque la loi est claire. L'identification de la formation à la clarification des valeurs comme facteur de

transformation de ces postures est analytiquement importante : elle indique que les verrous culturels et religieux ne sont pas irréductibles et converge avec les recommandations de l'OMS (2022), qui en fait une condition d'une offre de soins respectueuse des droits des femmes.

Les motifs de recours à l'avortement documentés par les praticien·nes — socioculturelles, scolaires, professionnelles, économiques — recoupent ceux qu'identifient Bazié et al. (2022) et Mathieu (2016), où la décision d'avorter est fondamentalement articulée à un besoin d'autonomie. Ces données soulèvent la question de l'adéquation d'un cadre légal qui ne reconnaît aucun de ces motifs. La position de la minorité de praticien·nes qui répond à ce défi par le seul renforcement de la contraception mérite d'être discutée sérieusement : Population Reference Bureau et Safe Engagement (2021) reconnaissent que la non-satisfaction des besoins contraceptifs contribue au taux élevé de grossesses non désirées. Mais cette approche ne répond pas au devenir des grossesses survenant malgré la contraception — dont l'efficacité n'est pas absolue — ni aux situations où les femmes ne peuvent négocier la contraception. L'argument de la stabilité des taux d'avortement dans les pays ayant légalisé l'IVG (Mathieu, 2016 ; IPPF, 2015) invalide empiriquement la crainte d'une dérive vers l'avortement comme méthode contraceptive.

La dimension de l'autonomie éclaire particulièrement bien l'inadéquation de l'offre légale. Les motifs documentés — études, insertion professionnelle, espacement des naissances — sont liés à la capacité des femmes à contrôler leur trajectoire socioéconomique. Une grossesse non désirée n'est pas seulement un événement biologique : dans bien des cas, c'est un point de bifurcation susceptible de conditionner l'ensemble d'une trajectoire de vie, notamment scolaire et professionnelle. Réduire la réponse à cette réalité au seul renforcement de la contraception revient à ignorer que l'efficacité contraceptive n'est jamais absolue, que des femmes tombent enceintes malgré son usage, et que d'autres ne peuvent négocier la protection avec leur partenaire en raison de rapports de pouvoir au sein du couple ou entre partenaires. Ces situations, récurrentes dans les récits des praticien·nes, appellent une réponse légale que la loi actuelle est incapable de fournir. Partant de ces constats, on est conduit à soulever, à un niveau plus global, la tension entre droits formels et droits effectivement exercés, ainsi que les inégalités sociales qu'elle engendre et les implications auxquelles elle appelle.

3.3 Le gap droits de jure / droits de facto, inégalités sociales et implications politiques

Les résultats éclairent une tension politique centrale : celle entre les droits formellement reconnus aux femmes par les textes et les droits effectivement accessibles dans la réalité sociale — ce que Guillaume et Rossier (2018) et N'Bouke et al. (2016) ont désigné comme le gap entre droits de jure et droits de facto. Ce gap se matérialise au Burkina de deux manières. La première est la violation directe : les droits à l'ISG dans

les cas de viol et d'inceste sont légalement reconnus mais structurellement inaccessibles pour la majorité des femmes concernées, du fait de la conjonction de la procédure judiciaire, du délai de 14 semaines et des freins socioculturels. La seconde est la violation indirecte par production d'inégalités : l'accès à un avortement sécurisé devient de facto conditionné aux ressources économiques et relationnelles, créant une discrimination de classe entre les femmes que les praticien·nes ont nommée et que les données du Guttmacher Institute (2014) quantifient pour le Burkina — sept femmes pauvres rurales sur dix avortent seules ou chez des tradipraticiens, contre les trois quarts des femmes urbaines non pauvres qui font appel à des professionnels formés. Cette situation fait écho à celle décrite par Gautier et Heinen (1993, p. 127) dans le contexte belge des années 1970, où la criminalisation créait une « discrimination de classe entre les femmes » entre celles pouvant avorter à l'étranger et celles condamnées à la clandestinité.

Ces résultats soulèvent des implications de politique publique à trois niveaux. En premier lieu, l'effectivité de l'offre légale existante doit être prioritairement renforcée : les déficits de formation des praticien·nes, l'absence de dispositifs d'accueil confidentiels et le déficit de communication auprès des populations compromettent l'exercice de droits déjà reconnus par la loi, indépendamment de tout débat sur une réforme. En second lieu, le délai de 14 semaines pour les cas de viol et d'inceste appelle une révision urgente : les témoignages convergents des praticien·nes constituent un argument empirique fort, ancré dans l'expérience clinique quotidienne, indépendamment de la question plus large de la légalisation. En troisième lieu, l'objection de conscience médicale doit faire l'objet d'un cadrage réglementaire explicite pour garantir aux femmes un recours effectif dans tous les cas que la loi autorise.

Ces enjeux s'inscrivent dans le cadre plus large des Droits Sexuels et Reproductifs (DSR), dont le Burkina Faso a formellement souscrit les principes à travers la CIPD de 1994, la Déclaration de Beijing de 1995 et le Protocole de Maputo de 2003. Ces droits impliquent que l'accès à un avortement sécurisé en fait partie intégrante : ils sont axés sur la capacité des individus à décider librement de leur sexualité, de leur santé et de leur parentalité. Dans l'état actuel, l'offre de l'ISG au Burkina est non seulement en deçà de ces engagements formels, mais contribue à maintenir les femmes dans un rapport de dépendance à l'égard d'un cadre légal qui ne reconnaît pas leur autonomie reproductive. Ce constat est d'autant plus prégnant que la non-satisfaction de ce droit touche de façon disproportionnée les femmes les plus vulnérables — celles qui ne peuvent ni se déplacer, ni financer un avortement dans le circuit privé, ni mobiliser un réseau relationnel pour contourner les restrictions. La question de l'avortement sécurisé pour toutes les femmes se pose donc simultanément comme une question de santé publique, de droits humains et de justice sociale — trois dimensions que cette étude, à travers les perceptions des praticien·nes, permet d'articuler empiriquement.

L'étude met en évidence un cadre légal structurellement inadéquat, marqué par déficit d'effectivité, la force des pesanteurs socioculturelles constatée aussi bien chez les praticien·nes que chez les femmes, rendant parfois inégal l'accès à l'offre et le gap entre les engagements, ce que consacre le droit et l'effectivité de sa jouissance. Au terme de cette discussion, on peut conclure les principaux enseignements qui découle de l'étude ainsi que les conséquences significatives qu'il faut en tirer.

Conclusion

Cette étude a mis en évidence un décalage structurel entre le cadre légal de l'Interruption Sécurisée de Grossesse (ISG) au Burkina Faso et les conditions effectives de son exercice. Ce décalage n'est pas le produit d'un seul facteur : il procède de la combinaison d'un dispositif légal étroit, d'un déficit systémique de diffusion de l'information — y compris au sein du corps médical —, de pesanteurs socioculturelles qui auto-excluent les femmes des structures légales, et de pratiques professionnelles que les convictions religieuses personnelles des soignant·es viennent parfois contrecarrer, sans qu'aucun cadre réglementaire n'encadre cette objection de conscience. La conséquence la plus directement observable est que les femmes les plus vulnérables — pauvres, peu instruites, géographiquement éloignées des structures compétentes — sont systématiquement renvoyées vers l'avortement clandestin, avec les risques vitaux que cela implique, tandis que les femmes dotées de ressources suffisantes accèdent à un avortement sécurisé hors du système légal burkinabè.

Il en découle une conséquence analytiquement décisive : le Burkina Faso dispose d'un droit formel de l'ISG, mais ce droit reste, pour la majorité des femmes concernées, un droit de jure sans effectivité de facto. Même les droits déjà reconnus par la loi — notamment dans les cas de viol et d'inceste — ne sont accessibles qu'à une infime minorité, en raison du délai de 14 semaines incompatible avec la durée structurelle de la procédure judiciaire. Avant même de débattre d'une réforme législative, c'est donc l'effectivité de l'offre existante qui doit être prioritairement consolidée : formation des praticien·nes au contenu exact de la loi, aménagement de dispositifs d'accueil confidentiels dans les structures de soins, et communication publique sur les droits en vigueur. Ces mesures ne requièrent aucune modification législative ; elles relèvent de choix institutionnels et budgétaires qui peuvent être engagés indépendamment du débat sur la légalisation.

Sur la question d'une réforme législative, la diversité des positionnements des praticien·nes — du refus de toute évolution à la demande de légalisation complète — est elle-même un résultat. Elle indique que le débat n'est pas tranché au sein de la profession médicale et qu'il ne peut être réduit à une opposition simple entre conservatives et progressistes. Elle révèle surtout que l'exposition répétée aux conséquences cliniques des avortements non sécurisés — décès, complications graves, admissions en réanimation — tend à déplacer les convictions vers une plus grande ouverture, indépendamment des positions morales ou religieuses initiales. Ce

glissement pragmatique, nourri par l'expérience clinique directe, constitue un argument en faveur d'un débat public sur la réforme qui associe les soignant·es comme acteurs à part entière, et pas seulement comme applicateurs passifs d'une loi qu'ils n'ont pas toujours contribué à élaborer.

Les perceptions des praticien·nes du CHU-Bogodogo constituent, dans ce contexte, une ressource empirique et politique à part entière. Elles documentent, depuis le poste d'observation privilégié que constitue la pratique clinique quotidienne, un phénomène que les données statistiques décrivent mais ne parviennent pas à restituer dans sa complexité sociale : celui de femmes qui meurent ou qui souffrent de complications évitables parce que la loi, les institutions et les normes sociales conjuguent leurs effets pour les maintenir à l'écart d'une offre sécurisée. Élargir cette enquête aux praticien·nes des structures de soins primaires et des zones rurales, et la croiser avec des enquêtes centrées sur le vécu des femmes elles-mêmes, constituerait une prochaine étape nécessaire pour fonder, sur des bases empiriques solides, les termes d'un débat public que le Burkina Faso, à l'instar de nombreux pays de la région, ne peut plus indéfiniment différer.

On ne pourrait terminer, sans avertir le.la lecteur·trice sur les limites de l'étude. En effet, plusieurs limites de cette étude méritent d'être explicitées. L'étude est circonscrite à un seul terrain — la maternité du CHU-B, établissement universitaire de référence en milieu urbain — et ses résultats ne sont pas nécessairement transférables aux praticien·nes des CMA, CSPS en zone périphérique ou rurale, ou des structures privées. Le mode de collecte par entretiens téléphoniques, justifié par les contraintes de terrain, a pu limiter l'approfondissement de thématiques sensibles et inciter certain·es praticien·nes à la réserve. La sensibilité du sujet peut en outre avoir induit un biais de désirabilité sociale — sous-déclaration de certaines pratiques, atténuation de certaines positions. Enfin, cette étude capture les perceptions des praticien·nes, non le vécu direct des femmes ; leurs témoignages sur les besoins et comportements de celles-ci sont des reconstructions de second degré qui appellent à être croisées avec des enquêtes centrées sur les femmes elles-mêmes.

Références bibliographiques

Alvaro Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. Pires (Éds.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 113-169). Gaëtan Morin.

Bankole, A., Hussain, R., Sedgh, G., Rossier, C., Kaboré, I., & Guiella, G. (2014). *Unintended pregnancy and induced abortion in Burkina Faso: Causes and consequences.* Guttmacher Institute.

Baxerres, C., Boko, I., Konkobo, A., Ouattara, F., & Guillaume, A. (2018). Gestion des grossesses non désirées au Bénin et au Burkina Faso. *Anthropologie & Santé*, (16). https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2872

Bazié, F., Thomas, H. L., Byrne, M. E., Kindo, B., Bell, S. O., & Moreau, C. (2022). Typologies of women's abortion trajectories in Burkina Faso: Findings from a qualitative study. *Reproductive Health*, 19(1), 1-14. https://doi.org/10.1186/s12978-022-01526-3

Boland, R., & Katzive, L. (2008). Developments in laws on induced abortion: 1998-2007. *International Family Planning Perspectives*, 34(3), 110-120. https://doi.org/10.1363/ifpp.34.110.08

Gauthier, B. (Éd.). (2009). *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données* (5e éd.). Presses de l'Université du Québec.

Gautier, A., & Heinen, J. (1993). *Le sexe des politiques sociales.* Côté-femmes.

Guillaume, A., & Rossier, C. (2018). L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences. *Population*, 73(2), 225-322. https://doi.org/10.3917/popu.1802.0225

Guttmacher Institute. (2014). *L'avortement au Burkina Faso.* https://www.guttmacher.org/fact-sheet/abortion-burkina-faso

Guttmacher Institute. (2016). *Avortement au Burkina Faso.* https://www.guttmacher.org/fr/fact-sheet/avortement-au-burkina-faso

Guttmacher Institute. (2022). *Grossesse non désirée et avortement au Burkina Faso.* https://www.guttmacher.org/regions/africa/burkina-faso

Institut national de la statistique et de la démographie [INSD]. (2022). *5e Recensement général de la population et de l'habitat – Monographie de la commune de Ouagadougou.* Ministère de l'Économie, des Finances et du Développement. http://www.cns.bf/spip.php ?article420

Institut national de la statistique et de la démographie [INSD]. (2023). *Burkina Faso – Enquête Démographique et de Santé 2021.* https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/6002

International Planned Parenthood Federation [IPPF]. (2015). Comment parler de l'avortement : Un guide pour des messages sans stigmatisation. https://www.ippf.org/resource/how-talk-about-abortion-guide-stigma-free-messaging

Mathieu, M. (2016). *Derrière l'avortement, les cadres sociaux de l'autonomie des femmes. Refus de maternité, sexualités et vies des femmes sous contrôle. Une comparaison France-Québec* [Thèse de doctorat, Université Paris 8 Vincennes Saint-Denis / Université du Québec à Montréal]. HAL. https://theses.hal.science/tel-01515693

N'Bouke, A., Calvès, A.-E., & Lardoux, S. (2016). Facteurs associés au recours à l'avortement à Lomé (Togo) : Analyse d'une séquence d'étapes menant à l'avortement. *Cahiers québécois de démographie*, 45(2), 217-246. https://doi.org/10.7202/1040396ar

Organisation mondiale de la santé [OMS]. (2022). *Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement.* https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240039483

Ouattara, F., & Tagmatarchi Storeng, K. (2014). L'avortement volontaire au Burkina Faso : Quand les réponses techniques permettent d'éviter de traiter un problème social. *Autrepart*, 70(2), 109-123. https://doi.org/10.3917/autr.070.0109

Ouédraogo, C., & Sundby, J. (2014). Social and cultural factors determining abortion decision making in Burkina Faso. *Obstetrics and Gynecology International*, 2014, Article 364783. https://doi.org/10.1155/2014/364783

Population Reference Bureau, & Safe Engagement. (2021). *Avortement : Faits et chiffres.* PRB. https://www.prb.org/resources/avortement-faits-et-chiffres/

Sanon/Ouédraogo, M., Ki/Ouédraogo, C., & Kouyaté, B. (2010). *Mortalité maternelle au Burkina Faso.* Ministère de la Santé.

Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherches qualitatives*, hors-série, 99-111.

Société de gynécologues et obstétriciens du Burkina [SOGOB]. (2022). *Rapport sur la mortalité maternelle au Burkina Faso.* SOGOB.

Soura, A. B., & Rossier, C. (2019). L'Observatoire de population de Ouagadougou : Généralités, dynamique et profil sociodémographique. Dans A. B. Soura & G. Duthé (Éds.), *Inégalités de santé à Ouagadougou : Résultats d'un observatoire de population urbaine au Burkina Faso* (pp. 37-69). Ined Éditions. https://doi.org/10.4000/books.ined.12309

Vala, J. (1998). Représentations sociales et perceptions intergroupales. Dans J.-L. Beauvois, R.-V. Joule & J.-M. Monteil (Éds.), *Perspectives cognitives et conduites sociales* (Vol. 6, pp. 289-312). Delachaux et Niestlé.