

1. INTRODUCTION

1.1. PROBLEMATIQUE

L'Avortement est l'interruption d'une grossesse avant que le fœtus ne soit capable de se maintenir en vie de façon autonome à l'extérieur de l'utérus. Il peut soit se produire spontanément, on parlera alors d'avortement spontané ou fausse couche, soit être provoqué par une intervention voulue, et il s'agira dans ce dernier sens d'une interruption volontaire de la grossesse. C'est dans ce dernier sens que le terme d'avortement est généralement utilisé (21). Cet acte demeure un problème de santé publique dans les pays en développement qui l'interdisent (1)

Dans le monde, on a compté 41,6 millions d'avortements en 2003, dont 35 millions dans les pays en développement ; 66500 femmes sont décédées dans le monde la même année des conséquences d'un avortement à risque (2). En 2000 ; 10,5 millions d'avortements ont été fait en Asie ; 0,5 millions en Europe ; 3,7 millions en Amérique Latine et 4,2 millions en Afrique(9). Le nombre d'avortements pratiqués en 2016 à Kinshasa la capitale de la RDC est estimé à 146.700 d'après les résultats d'une étude menée par les chercheurs de l'Université de Kinshasa en collaboration avec le Guttmacher Institute.

Le recours à l'avortement clandestin existe autant dans le contexte de légalité que d'illégalité, dans les pays développés que dans ceux en développement.

L'enjeu principal lié à cette pratique en Afrique est son illégalité, et pourtant, la criminalisation de cet acte par les pays Africains ne diminue pas l'incidence des femmes qui y font recours chaque année (5).

L'avortement illégal met en danger principalement des femmes dans les pays en voie de développement où il est fortement limité par la loi. Dans les pays, rares en Afrique, où il est légalement autorisé, l'interruption volontaire de la grossesse n'est pas facilement accessible. Dans ces conditions, les femmes confrontées à des telles contraintes procèdent à des avortements clandestins dans les conditions à risque avec, quelquefois, le risque de décès dont l'ampleur est variable d'un pays à un autre, et d'une région à une région (22).

Indépendamment de leurs conséquences médicales, les avortements à risque sont un problème social important. Il s'avère alors nécessaire de mener une étude sur cette question qui reste mal connue en Afrique en raison des sanctions légales et parfois sociales qui pèsent sur elle.

1.2. OBJECTIF DU TRAVAIL

1.2.1. Objectif principal

Démontrer l'ampleur des avortements clandestins en Afrique

1.2.2. Objectifs spécifiques

- Décrire les caractères sociodémographiques des femmes qui font recours à ces actes
- Déterminer les raisons ou les causes de recours à cette pratique
- Décrire les moyens ou les méthodes abortives les plus répandues en Afrique
- Décrire les complications qui s'ensuivent.

1.3. HYPOTHESES

Nous étant fixés les objectifs à atteindre dans ce travail, nous émettons quelques hypothèses :

- Les avortements clandestins en Afrique sont plus pratiqués par les élèves, les adolescentes et les célibataires ;
- Ils peuvent être considérés comme une voie de secours qui aide les jeunes adolescentes à planifier ou à retarder leur premier accouchement.
- Les hémorragies seraient la complication la plus courante lors des avortements clandestins ;
- La prévalence des avortements clandestins devraient varier beaucoup d'un pays à l'autre, plus élevée dans les pays dont la loi est restrictive.

CHAPITRE 1. GENERALITE SUR L'AVORTEMENT

1.1. DEFINITIONS

1.1.1. Définition de l'avortement

Selon l'organisation mondiale de la santé, l'avortement est l'expulsion d'un produit de conception de moins de 22 semaines d'aménorrhée (9).

L'avortement est l'interruption de la grossesse avant que le fœtus ne soit viable, c'est-à-dire capable de mener une vie extra-utérine indépendante. C'est théoriquement l'expulsion du fœtus avant le 180ème jour de la grossesse, date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé capable de continuer à vivre et à se développer. (4). Ce critère manque de base pratique puisqu'il est généralement impossible de fixer avec certitude le jour de fécondation. Donc, il est à retenir que la définition de l'avortement varie selon les pays en fonction de leur degré de progrès en néonatalogie (5).

1.1.2 Définition de la prévalence

En épidémiologie, la prévalence est une mesure de l'état de santé d'une population, dénombrant de cas des maladies à un instant donné, ou à une période donnée(7). La prévalence est une proportion qui s'exprime souvent en pourcentage.

A. Définition de la prévalence instantanée

On parle de la prévalence instantanée si la mesure est effectuée à un temps donné. C'est l'acception habituelle du terme qui correspond à la définition ci-haute(7).

B. Définition de la prévalence sur un temps donné (mois, années,...)

C'est lorsqu'on mesure cette prévalence sur toute la période et non plus à un moment précis de la période (7).

C. Définition de la prévalence vie entière (au cours de l'existence)

C'est lorsqu'on mesure la proportion de personnes qui au cours de leur vie seront atteintes par une pathologie donnée(7)

1.1.3. Définition du pronostic

En Médecine (savoir d'avance, prévoir) est la prédiction d'un médecin concernant le développement futur de l'état de son patient et les chances éventuelles de guérison(7).

1.2. CLASSIFICATION

Les avortements peuvent être classés selon l'âge de la grossesse, selon les mécanismes de survenue, selon les conditions de réalisations.

1.2.1 SELON L'AGE DE LA GROSSESSE :

On distingue :

- **Avortement ultra-précoce ou infra-clinique** : c'est tout avortement au cours de 7 à 10 jours suivant l'implantation ovulaire ce qui correspond à 8 à 17 jours post conception.
- **Avortement précoce** : c'est un avortement survenu au cours de 15 premières semaines d'aménorrhée correspondant au premier trimestre de la grossesse.
- **Avortement tardif** : c'est l'expulsion d'un fœtus dont l'âge gestationnelle est compris entre 15 et 27 semaines plus 6 jours d'aménorrhée :

1.2.2 SELON LES MECANISMES DE SURVENUE

- **L'avortement spontané**

C'est l'avortement qui survient de lui-même en dehors de toute entreprise locale ou générale volontaire. C'est également l'interruption volontaire de la grossesse avant la viabilité fœtale. Soit 22 semaines d'aménorrhée ou de tout fœtus dont le poids est inférieur à 500 grammes(4).

- **L'avortement provoqué**

C'est l'interruption volontaire de la grossesse sans nécessité médicale ; suite à ses manœuvres instrumentales, d'actions médicamenteuses ou traumatisantes(4).

Il peut être ;

- **Légal :**

Lorsqu'il est autorisé par la loi de certains pays. Dans ce cas on a ;

- **L'avortement médical qui comporte :**

- L'avortement thérapeutique**

Lorsque les motivations sont de soustraire la mère d'un danger que la grossesse pourrait lui faire courir. Si la santé de la mère est en péril grave ; s'accroît en raison de progrès important du diagnostic prénatal L'exécution des telles interruptions répond à un certain nombre d'obligation ;

- L'avortement eugénique**

En cas de forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une infection particulièrement grave reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

- **Les avortements sociaux qui concernent :**

- ✓ Une grossesse issue d'un viol ;
- ✓ Une grossesse incestueuse.

- **Interruption volontaire de la grossesse :**

La loi dans certains pays comme la France permet à la femme d'accéder à une interruption de grossesse normale évolutive jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée
L'interruption est interdite en Afrique subsaharienne.

- **Avortement illégal ou avortement provoqué clandestin (APC)**

C'est l'interruption volontaire d'une grossesse et non autorisée par la loi, il est encore appelé avortement criminel

1.2.3 SELON LES CONDITIONS DE REALISATIONS

Selon les conditions dans lesquelles les avortements sont réalisés on a :

- **L'avortement médicalisé ou sécurisé :** C'est l'avortement pratiqué par des prestataires de soins formés qui utilisent des techniques répondant aux normes sanitaires rigoureuses.

- **L'avortement non sécurisé ou à risque :** c'est un avortement pratiqué soit par des personnes qui ne possèdent pas les compétences nécessaires, soit dans un contexte où les conditions sanitaires minimales n'existent pas, ou les deux à la fois.

Chap2 MATERIEL ET METHODE

Notre travail consiste en une revue de la littérature portant sur la prévalence et le pronostic des avortements clandestins en Afrique.

2.1 Population cible

Les jeunes femmes, africaines, en âge de procréer c'est-à-dire celles dont l'âge varie entre 15 et 49 ans ont constitué la population d'intérêt de notre travail.

2.2 Technique d'échantillonnage

Pour constituer notre échantillon, nous avons effectué une recherche en ligne des publications (articles, thèses de Médecine, rapports de l'OMS, Guttmacher Institute et IRD). Toutes les publications faites entre 1999 et 2019, sans tenir compte du type d'étude, ont été considérées comme sélectionnables. Au total, 104 publications ont été sélectionnées, 28 seules (dont 167 articles, 7 thèses de Médecine, 4 rapports de l'OMS, Guttmacher Institute et IRD) ont été retenues car se situant dans la période de publication nous impartie et donnant des informations précises sur l'incidence, les caractères sociodémographiques, les méthodes abortives utilisées ainsi que les conséquences liées à l'avortement. 76 autres ont été rejetés car soit ayant été publiés avant 1999, soit ne déterminant pas le caractère sociodémographique ou ne parlant que de la prise en charge. Nous avons utilisé les moteurs de recherche suivant : Pub Med ; Google scholar ; Med line ; Google search et Inari.

Les mots clés utilisés pour la recherche sont : **avortement ; clandestin ; prévalence ; pronostic ; fausse couche ; provoqué ; illégal ; Afrique ; Abortion ; Micarriage ; Induced.**

2.3 Collecte de données

Nous avons procédé au téléchargement de documents accessibles gratuitement en ligne en guise de la collecte des données et nous avons fait une lecture minutieuse pour en faire une synthèse. Nos variables d'intérêt étaient les suivantes:

- Les caractéristiques sociodémographiques : l'âge ; le niveau d'instruction ; le niveau socio-économique ; la parité ; l'habitat ; le statut matrimonial ; etc....
- Le ratio et le taux d'avortement à risque
- Le contexte clinique : les complications survenues pendant et après l'avortement ; le lieu de l'avortement ou l'avorteur, la méthode utilisée pour avorter, et enfin le motif de recours à l'avortement.

2.4 Considération de l'éthique

Toutes les phrases qui ne sont pas les nôtres ont été référencées et les données collectées n'ont servi que pour la constitution de ce travail.

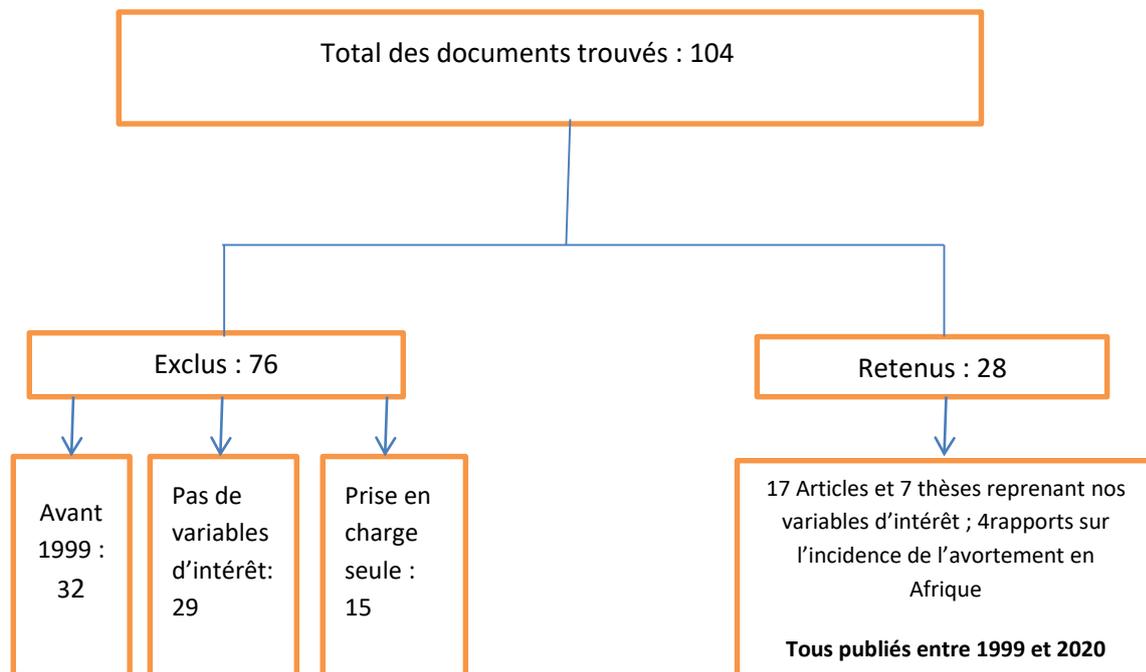
2.5 Définition opérationnelle

Dans sa publication de 2004 (9), L'organisation mondiale de la santé a défini :

- **Le ratio d'avortement à risque** : Nombre d'avortements à risque pour 1000 naissances vivantes
- **Le taux d'avortement à risque** : Nombre d'avortements à risque pour 1000 femmes âgées de 15 à 49ans.
- **Décès maternel** : Nombre de femmes décédées pour cause d'avortement à risque

Voici représentée en croquis notre technique d'échantillonnage

Croquis 1 : Technique d'échantillonnage



Chap3 RESULTATS

Tableau 1. Incidence et/ou prévalence de l'avortement à risque et mortalité due à ces avortements en Afrique dans les années 2000.

REGIONS	INCIDENCE DES AVORTEMENTS A RISQUE			MORTALITE DUE A CES AVORTEMENTS		
	Nb. Avortements à risque (1000)	Ratio Avortements à risque	Taux avortements à risque	Nb décès Maternels Dus à des avortements A risque	%de décès maternels	Décès dus aux avortements à risque pour 1000 naissances
Afrique	4200	14	24	29800	12	100
Afrique de l'Est	1700	16	31	15300	14	140
Afrique Centrale	400	9	22	4900	10	110
Afrique du Nord	700	15	17	600	6	10
Afrique du Sud	200	16	17	400	11	30
Afrique de l'Ouest	1200	13	25	8700	10	90

SOURCE: World Health Organization, 2004, unsafe abortion. Global and regional estimates of unsafe abortion and associated mortality in 2000. (Aahman Shah I), Geneva, Fourth Edition, P82.

Du **Tableau 1** nous remarquons qu'environ 4,2 millions d'avortements à risque ont été faits en Afrique en 2000 avec un plus grand nombre en Afrique de l'Est soit 40,47% ; suivie de l'Afrique de l'Ouest ; soit 28,57% en suite l'Afrique du nord soit 16,66% puis l'Afrique centrale soit 9,52% et en fin l'Afrique du Sud soit 4,76%.

La grande majorité des publications qui nous ont aidées à réaliser ce travail étant des études hospitalières, il nous a semblé difficile d'avoir le reflet de l'incidence des avortements clandestins dans chaque pays Africain. Nous nous sommes donc contentés de l'incidence régionale reprise dans le tableau 1

3.1 CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des femmes faisant recours à l'avortement selon le pays.

CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES	PAYS QUI NE LEGALISENT PAS L'AVORTEMENT						PAYS LEGALISANT L'AVORTEMENT (28,29)	
	RDC	COTE D'IVOIRE	MAROC	GABON	ETHIOPIE	MALI	RSA	MOSAMBIQUE
Age								
➤ < 20ans	72%	89%	70%	26%	38,2%	-	90%	51,2%
➤ 21 à30ans	19%	-	22%	42,1%	53%	-	-	27,5%
➤ 31 à40ans	7%	-	8%	24,6%	8,3%	-	-	18,5%
➤ 40 à49ans	2%	-	-	7,1%	-	-	-	2,8%
Niveau d'instruction								
➤ Analphabètes	3%	36,8%	62%	-	-	39,9%	5%	1,8%
➤ Primaire	5%	27,1%	31%	-	-	30,7%	45%	32,4%
➤ Secondaire	85%	30,9%	6,1%	-	-	21,8%	50%	63,3%
➤ Université	7%	3,4%	-	-	-	-	-	2,5%
Niveau socioéconomique								
➤ Niveau bas	75%	41,7%	93%	-	-	31,05%	20%	64,8%
➤ Niveau moyen	21%	55,4%	6%	-	-	35,60%	70%	19,5%
➤ Haut niveau	4%	2,9%	1%	-	-	33,32%	10%	15,7%
Habitat								
➤ Milieu rural	-	-	73%	91%	-	-	-	-
➤ Milieu urbain	-	-	27%	9%	-	-	-	-
Parité								
➤ Nullipares	91%	74,7%	74,9%	-	29%	-	85%	-
➤ Primi & multipares	9%	25,3%	25,1%	-	71%	-	15%	-
Statut matrimonial								
➤ Mariées	5%	-	25%	9,5%	27,4%	-	-	46,6%
➤ Célibataires	95%	-	75%	90,5%	72,6%	-	-	53,4%

Du tableau 2 nous remarquons que la tranche d'âge de moins de 20ans est la plus concernée suivie de celle de moins de 30ans en RDC, COTE D'IVOIRE, MAROC, RSA et MOSAMBIQUE tandis que celle de moins de 30 ans est la plus touchée en ETHIOPIE et au GABON suivie de celle de moins de 20ans. Pour le niveau d'instruction, la répartition est différente selon les pays. La COTE D'IVOIRE, MAROC, MALI présentent les mêmes tendances, c'est-à-dire ; les analphabètes sont les plus concernées suivies des élèves du primaire puis celles du secondaire. Par contre, en RDC, RSA et MOZAMBIQUE, les élèves du secondaire sont au premier rang suivies de celles du primaire.

3.2 CONTEXTE CLINIQUE

a) Méthodes utilisées pour avorter

Tableau 3 : Répartition de femmes selon la méthode utilisée pour avorter

Méthodes	Pays				
	ETHIOPIE	GABON	CAMEROUN	MALI	RDC
Médicaments en surdosage et autres substances en per os	32,2%	77,3%	31,4%	50,7%	22,1%
Curetage instrumental	51,6%	18,7%	45,3%	47,5%	54,9%
Autres	16,2%	4%	23, %3	1,8%	23,1%

Autres= l'eau de javel, le permanganate de potassium, Injections, détergents, solutions à base des plantes ...

A la lumière du tableau 3, nous remarquons que le recours aux instruments est le moyen le plus utilisé en ETHIOPIE, au CAMEROUN et en RDC par contre les médicaments à visée abortive semblent être la méthode la plus utilisée au MALI et au GABON.

Tableau 4 : Répartition de patientes selon le réalisateur de l'avortement

RÉALISATEURS DE L'AVORTEMENT	PAYS QUI NE LEGALISENT PAS L'AVORTEMENT				PAYS LEGALISANT L'AVORTEMENT (28)
	SENEGAL	RDC	GABON	ETHIOPIE	MOSAMBIQUE
Personnel de santé	2%	5%	4%	12,6%	69,6%
Femme elle-même	46%	14%	69,8%	28,4%	10,4%
Autre personnel	52%	81%	26,2%	59%	20%

Autre personnel=Tradi-praticiens, Elèves, Etudiants,...

A la lumière du tableau 4 nous remarquons que plus de la moitié des avortements clandestins sont faits par des personnes sans qualification telles que les tradi-praticiens, les élèves, les étudiants suivis des femmes elles-mêmes. Les personnels de santé n'en font qu'à hauteur de moins de 10%.

b) Les complications survenues pendant et après l'avortement

Tableau 5 : Les complications des avortements des avortements clandestins

Complications	Pays			
	GABON	BENIN, CAMEROUN, SENEGAL	MAROC	RDC
Hémorragie	55,9%	54%	55,7%	67,6%
Complications traumatiques	4%	13%	18,1%	17%
Mort	0,7%	2,3%	0,2%	-
Autres	39,4%	30,7%	26%	15,4%

Complications traumatiques : Perforation intestinale, utérine, déchirure cervicale & vaginale, ...
Autres : Etat de mal convulsif, échec de l'avortement, endométrite, algies pelviennes, septicémie, ...

Du tableau 5 nous remarquons que les complications d'ordre hémorragique sont les plus fréquentes suivies d'autres complications mises ensemble en suite les complications traumatiques avec et en fin la mort. Notons que les "Complications traumatiques" occupent une grande proportion que les "Autres complications" détaillées une à une.

c) Motifs de recours à l'avortement

Tableau 6: Motifs de recours à l'avortement selon quelques études

Motifs	PAYS QUI NE LEGALISENT PAS L'AVORTEMENT				PAYS LEGALISANT L'AVORTEMENT (29)
	MADAGASCAR	CAMEROUN	MALI	RDC	RSA
Continuité des études	-	25,8%	28,64%	35%	65%
Causes socioéconomiques	30%	9,7%	35,60%	22%	10%
Enfant non désiré	31,4%	19,3%	11,36%	3%	5%
Autres	-	45,2%	20,40%	40%	20%

Autres : Instabilité de la relation, espacement de naissances, santé, avortement forcé, honte, peur de parents

Du tableau 6 nous remarquons que les raisons diffèrent d'un pays à l'autre. Dans les pays où la loi restreint l'avortement, les raisons les plus prépondérantes sont : les causes socioéconomiques, l'enfant non désiré et les autres causes tout ceci dans des proportions différentes d'un pays à l'autre tandis que la continuité des études est la principale cause dans les pays qui légalisent l'avortement.

Chap4 DISCUSSION

4.1 Incidence ou prévalence des avortements clandestins en Afrique

Nous constatons dans le tableau 2 qu'en 2000 ; 4,2 millions d'avortements à risque se sont faits en Afrique, Le nombre d'avortements provoqués chaque année en Afrique est estimé à 8,2millions au cours de la période de 2010-2014 en hausse par rapport aux 4,6millions estimés annuellement en 1990-1994 en raison principalement de la croissance de la population de femmes en âge de procréer (26). Cette incidence est élevée comparée à l'Europe (0,5 millions), l'Amérique latine (3,7millions). Ceci peut s'expliquer par la croissance de la population en âge de procréer, la pauvreté, la faible connaissance en matière de sexualité et de contraception mais aussi par la forte fécondité prévalent en Afrique (5,2enfants par femme) comparée à l'Amérique latine (2,7enfants par femme) (9). Le taux d'avortement à risque de 24avortements pour 1000 femmes âgées de 15 à 49ans rencontré en Afrique est comparable à celui de l'Amérique latine et la Caraïbe (29 pour mille).

Nous remarquons des taux d'avortement de 31, 22, 17, 17 ; 25 respectivement en Afrique de l'Est, Afrique Centrale, Afrique du Nord, Afrique du Sud, Afrique de l' Ouest. Les différences régionales en Afrique s'expliquent certainement par le fait que des pays dont l'Afrique du sud, la Tunisie, la Mozambique et le Cap-Vert autorisent l'avortement à la demande mais aussi car la prévalence contraceptive change d'un pays à l'autre (9). Le statut de la loi a un impact sur la disponibilité de services sanitaires de l'avortement. Les études ont montré que les pays où la loi est favorable à l'avortement enregistrent moins d'avortements clandestins et encore moins des complications y relatives que ceux où la loi est restrictive (28).

4.2 Age

Dans le tableau 2 nous constatons qu'en Afrique, les avortements clandestins sont plus fréquents chez les jeunes femmes de moins de 20ans. Il n'y a pas de différence sur la tranche d'âge entre les pays autorisant l'avortement et ceux qui ne le font pas. Cette fréquence est justifiée par le fait que les adolescentes cherchent à reculer le moment de la première naissance à fin de terminer leurs études, de trouver leur premier emploi. En outre, l'accès à la contraception des jeunes africaines est très limitée (2). L'éducation sexuelle joue un rôle important dans cet acte. Cette même étude montre que plus de 60% des parents malgaches ont eu une faible connaissance en matière d'éducation sexuelle ce qui leur empêche d'aborder le sujet à leurs enfants.

Cheick T. Traoré trouve à Bamako(Mali) que la majorité des patientes (63,27%) avaient l'âge compris entre 13 et 24ans. Il explique cette fréquence par une sous information en matière de santé de sexualité et de contraception car pour les jeunes filles maliennes, la contraception est l'apanage des femmes mariées(5). Ces résultats corroborent ceux qui ont été trouvés par Calves au Cameroun qui montre que la faible pratique de la contraception moderne si non les moyens pour y accéder fait en sorte que les adolescentes et les jeunes femmes adultes camerounaises font recours à l'avortement pour réguler leurs naissances (13). La tranche d'âge de moins de 20ans a plus recours aux avortements non médicalisés car elle est poussée par la peur des parents et de la société, la non reconnaissance de la grossesse par le progéniteur, la législation poussée par les grands courants religieux qui avec le système

éducatif interdisent cette pratique (22). Au-delà de 20ans, la majeure partie des avortements non médicalisés est conséquente aux problèmes socio-économiques associés aux problèmes majeurs de l'interdiction de l'avortement par la loi et le manque de la pratique contraceptive surtout dans les pays africains.

4.3 Niveau d'instruction

Nous remarquons dans le tableau 2 que dans la majeure partie des pays africains où la loi est restrictive à l'avortement, les analphabètes constituent la majorité des femmes ayant avorté ce qui n'est pas le cas pour les pays qui autorisent l'avortement où les élèves constituent la majorité. Cette différence ne peut pas s'expliquer par le fait que les analphabètes constituent la majorité de la population africaine (1,10,22) car celle-ci est une caractéristique commune aux deux catégories de pays mais plutôt par le fait que dans les pays qui autorisent l'avortement, les élèves apprennent la contraception à l'école mais le problème se pose au niveau de la mise en pratique, ce qui augmente les grossesses non désirées dans cette catégorie de femmes qui n'ont d'autre choix que d'avorter pour continuer leurs études car selon elles, l'enfant est un obstacle (28,29). En effet, les élèves et étudiantes s'avèrent susceptibles de réaliser cet acte car elles ne possèdent pas des moyens pour élever un enfant, cause surajoutée à la peur de parents et la honte envers la société. En outre, elles veulent parfois continuer les études alors que l'existence d'un enfant les en empêche (21).

En 2017, une étude menée par Mlle ZENNOHI au Maroc a retrouvé que les femmes non scolarisées ont pratiqué plus d'avortements car elles sont les plus nombreuses de la population marocaine où la culture semble encore restrictive à l'éducation féminine et par conséquent elles sont les plus exposées (22). Des résultats pareils ont été trouvés par S.Mayi-Tsonga et ses collaborateurs au Gabon (1) ainsi que par A.N'bouke et al. au Togo (10).

4.4 Niveau socioéconomique

Le bas niveau socioéconomique est associé significativement à la pratique d'avortements provoqués dans les pays autorisant l'avortement que ceux où l'avortement est illégal (tableau2). Ce constat semble exact car la pauvreté et le manque de moyens financiers s'avèrent des facteurs incontournables dans la décision de recourir à l'avortement (2). Ces facteurs ne permettent pas à la femme de prendre en charge un enfant. Selon l'étude de Mlle ZENNOUHI, les couches sociales défavorisées forment le premier groupe victime de l'avortement non médicalisé. (22). D'après Annabel D et Guillaume, les contraintes économiques telles que le manque d'autonomie financière et matérielle augmentent le risque d'avorter dans divers contextes (11).

4.5 Habitat

Une étude menée par Sassor Odile et ses collaborateurs en Côte d'Ivoire trouve que la grande majorité des avortées (plus de 60%) vivent dans leurs familles (27). Une explication possible à ce phénomène est qu'en milieu africain, les jeunes adolescentes encore au banc de l'école et les jeunes femmes de moins de 20ans sont à la charge de leurs parents et par conséquent vivent dans le toit familial.

Mlle ZENNOUHI trouve que 73% des avortements clandestins au Maroc étaient faits par des femmes habitant dans le milieu urbain alors que 27% de ces actes ont été faits par celles qui habitaient les milieux ruraux(22). Ceci peut s'expliquer par le fait que la densité de la population (nombre d'habitants par kilomètre carré) est en faveur des villes que des villages, mais aussi par le fait que les jeunes femmes citadines sont plus sexuellement actives que leurs semblables du milieu rural, par conséquent elles sont plus exposées à des grossesses non désirées (vue l'ignorance en matière de contraception en milieu africain) et font plus recours aux avortements clandestins pour retarder leurs premières naissances et vaquer à leurs études.

4.6 Parité

Nous remarquons que les jeunes femmes nullipares sont celles qui font beaucoup recours aux avortements clandestins dans les deux catégories de pays africains (tableau 2). L'avortement est considéré comme mode de régulation de naissances. En effet, Les femmes le font pour reculer le moment de la première naissance afin de bien terminer leurs études, de trouver un bon emploi et se marier (2). La crainte de l'entourage et les mauvaises conditions socioéconomiques sont d'autres facteurs qui poussent les nullipares à recourir aux avortements clandestins (22). Ces résultats corroborent ceux qui ont été trouvés en Afrique du sud en 2015 (29) et en Côte d'Ivoire en 2017 (27).

4.7 Statut matrimonial

Dans le tableau 2, nous constatons que le fait d'être célibataire est associé significativement à la pratique d'avortements provoqués dans les deux catégories de pays africains. En effet, la peur de parents ainsi que la norme de la société en matière de sexualité toute entière poussent les femmes célibataires à la pratique des avortements criminels (1). Toutefois, la grossesse hors mariage reste encore honteuse envers la société. Cette situation aurait entraîné d'avantage et les femmes célibataires malgaches à la pratique de ces actes (2). Mlle ZENNOUHI montre par son étude que 75 % des avortements clandestins au Maroc en 2017 avaient été faits par des femmes célibataires, ces résultats montrent une incidence élevée de ce phénomène chez cette catégorie de femmes pour des causes du statut économique faible, la crainte des représailles des parents, la mauvaise réputation socio-culturelle d'une fille mère, les coutumes et traditions concernant le mariage, la honte et la crainte d'avoir un enfant hors mariage. Cette même étude a mis en évidence une proportion non négligeable des femmes mariées ayant pratiqué un avortement provoqué clandestin soit 25%. Les raisons évoquées les plus souvent par cette catégorie étant des grossesses rapprochées, l'infidélité conjugale, le manque de soutien financier par le mari, l'âge avancé de la patiente et l'instabilité de la vie en couple (22). En Mozambique, un pays autorisant l'avortement, M. Frederico et al. trouvent les mêmes résultats (28).

4.8 Méthodes utilisées pour avorter

La majorité des études montrent que plus de 60% des avortements sont pratiqués par des méthodes non médicalisées (11,12), le reste par des médicaments en surdosage ou en utilisant des plantes et l'introduction d'objet dans l'utérus. Ces curetages sont parfois pratiqués suite à des tentatives d'avortement qui ont échoué. Ces avortements sont faits aussi bien dans des hôpitaux que les cliniques privées ou chez les « infirmières du quartier » qu'au domicile de la femme et par des personnes ayant des qualifications très variables : aussi bien appartenant au corps médical (gynécologues, médecins généralistes, infirmiers...) que des tradi-praticiens ou des Personnes sans connaissances médicales. Ainsi le niveau de risques associés aux avortements est très variable dans les pays dont la loi est restrictive aux avortements, ce qui semble diminué dans les pays l'autorisant car la majorité de ces actes est faite par les personnes compétentes quoiqu'une partie non négligeable n'ait pas accès aux structures sanitaires de prise en charge médicale pour manque de moyens financiers. Au Cameroun, bien que la plupart des avortements clandestins soit faite par des médecins ou infirmiers, une part non négligeable est réalisée par du personnel non médical dans des locaux inappropriés, avec du matériel inadéquat et très septique (13). En Ethiopie, à Addis-Ababa, une étude hospitalière sur les complications d'avortement montre que ces avortements avaient été provoqués dans un tiers des cas par des antibiotiques (l'ampicilline) en surdosage, par l'insertion des tubes ou cathéters en plastique ou des tiges métalliques. Ils ont été soit auto pratiqués par la femme soit faits par un assistant de santé et dans près d'un quart de cas par du personnel non médicalisé (14,15). Selon l'enquête auprès des professionnels de la santé, les méthodes d'interruption de la grossesse les plus couramment utilisées au Sénégal sont l'ingestion d'agents caustiques (tels que l'eau de javel ou détergent), l'ingestion des solutions à base de plantes et les procédures chirurgicales telles que, la dilatation et curetage(18). Une étude menée au Togo par A. N'bouke et ses collaborateurs montre que les méthodes couramment utilisées pour provoquer les avortements sont la prise orale de médicaments (notamment l'aspirine combinée à la bière), les méthodes à base de plantes, des injections,...(10). Ces conditions révèlent la clandestinité des avortements qui pourrait présenter un plus grand risque pour la santé surtout dans les pays qui restreignent l'avortement contrairement à ceux qui le permettent où la prise en charge médicale dans des structures médicalisées en diminue les complications.

Nous constatons que les méthodes utilisées varient d'une étude à une autre selon la technicité de l'auteur. Elles sont toutes basées sur la genèse de contractions utérines et la rupture de l'œuf, les plantes emménagogues (provoquant le flux sanguin menstruel) sous forme d'infusion à boire ou des lavements et des tampons en intra vaginal. Dans chaque pays on utilise des herbes qui s'y trouvent. Certaines plantes exposent à des intoxications graves pouvant aboutir à des décès, les produits manufacturés (l'eau de javel, le permanganate de potassium) qui donnent des brûlures vaginales, les pesticides ou les détergents en liquide qui donnent des intoxications aux organophosphorés, les objets perçants (tiges métalliques, aiguilles à tricoter, tiges végétales comme les branches d'olivier flexibles) ou sonde vésicale

siliconée. Toutes ces méthodes sont dangereuses, elles sont pratiquées par du personnel non qualifié avec du matériel non stérile, dans un climat hostile et dans des conditions et lieux inappropriés.

4.9 Complications survenues au cours des avortements

En général les avortements clandestins sont médicalement responsables d' hémorragie génitale qui peut conduire à l'anémie ou à la mort. Ils provoquent l'endométrite et les péritonites. Ces avortements peuvent engendrer des risques graves sur la santé et la vie des femmes(1). Les complications d'avortement incomplet, les avortements en cours, les chocs et septicémie, l'insuffisance rénale ou l'infection sont d'autres complications que prennent en charge les personnels de santé (18). Les douleurs abdominales, l'arrêt de transit digestif, les vomissements et la fièvre sont d'autres complications auxquelles font face les femmes ayant avorté (20). Il ressort de cette étude que les avortements illégaux sont à l'origine de plusieurs complications chirurgicales conduisant à un traitement d'urgence avec une mortalité élevée. Il a été observé que la connaissance des complications d'avortements provoqués n'a pas d'influence sur la pratique de ces actes car de nombreuses femmes y font recours même en sachant les conséquences de ce qui en résultent et qui peuvent soit être immédiates (infections, hémorragies,...) ou tardives (fistules, stérilité et malheureusement la mort) (2).

Les complications liées à l'avortement semblent baisser dans les pays où la loi autorise l'avortement. Cela est secondaire à la disponibilité des services sanitaires et à la connaissance sur la contraception. C'est par exemple le cas de la Mozambique où 95% des femmes ayant avorté avaient déjà entendu parler de la contraception et 74,8% avaient déjà utilisé au moins une méthode contraceptive moderne (28).

4.10 Motifs de recours à l'avortement

Les motifs de recours à l'avortement semblent être les mêmes dans les pays qui restreignent l'avortement que ceux qui l'autorisent (tableau 6). La continuité des études est la cause la première cause pour les élèves ; l'enfant non désiré et la raison socioéconomique sont les causes majeures pour les analphabètes(2). L'étude de Diarra au Mali aboutit à la même conclusion, ces motifs étant renforcés par le travail, le célibat et les conflits entre partenaires qui sont d'autres raisons avancées par les femmes (19). A Bukavu, en plus de la poursuite des études, les femmes ayant avorté avancent des raisons telles que la crainte de parents, la fuite des responsabilités du géniteur, les grossesses rapprochées, la non identification du père biologique, l'infidélité, etc...(21)

Tout ceci montre que les déterminants de l'avortement provoqué clandestin s'avèrent nombreux. Il convient de noter que la prévention des avortements repose de prime à bord sur la connaissance des jeunes sur la sexualité, la connaissance et la maîtrise de la contraception. La disponibilité de services de santé pour offrir des méthodes contraceptives sûres, efficaces et accessibles à tous.