

Article original

Etude En Population Des Aspects Sociodemographiques Et Psychosociaux Des  
Avortements A Risque Dans Une Ville Du Nord Benin  
*Study in population of sociodemographic and psychosocial aspects of unsafe abortions in  
a city of North Benin.*

Denakpo JL<sup>1</sup>, Lokossou A<sup>1</sup>, Tonato-bagnan J<sup>2</sup>, Kabibou S<sup>2</sup>,  
Hounkpatin B<sup>1</sup>, Ahowesso EA<sup>2</sup>, Perrin R X<sup>1</sup>

1- Hôpital de la Mère et de l'Enfant-Lagune (HOMEL) 01 BP 107 Cotonou – Bénin

2- Centre Hospitalier Départemental du Borgou Parakou – Bénin

Correspondance et tirés à part : Dr Denakpo Justin  
Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL)  
01 BP 107 Cotonou Bénin.

E.mail : justindenakpo@hotmail.com

---

**Résumé**

**Introduction** : Les avortements clandestins constituent un véritable problème de santé publique dans le monde. L'absence de législation sur les avortements aggrave le phénomène et beaucoup de complications y compris le décès sont enregistrés chaque année. L'objectif de l'étude est de déterminer le profil des femmes et apprécier l'impact des avortements sur le plan psychosocial.

**Matériel et Méthode** : C'est une étude prospective, transversale, menée du 15 Juin au 31 Juillet 2010 au sein d'une population féminine en âge de procréer 15 à 49 ans, du deuxième arrondissement de la ville de Parakou. L'échantillonnage est aléatoire multiphasique en grappes.

**Résultats** : 17,55% des enquêtées ont pratiqué au moins une fois un avortement clandestin. Elles étaient jeunes 20 à 24 ans, 36 cas sur 79, élèves, étudiantes, apprenties ou exerçant des professions à bas revenu. Les moyens abortifs utilisés étaient le curetage 45 cas sur 79, l'aspiration manuelle intra utérine 13 sur 79, les potions traditionnelles 11 cas sur 79. Les complications les plus fréquentes étaient les hémorragies et les infections. Sur le plan psychosocial, 21 couples se sont séparés après l'avortement, 23 femmes l'ont vécu comme un crime et 24 autres redoutent la stérilité.

**Conclusion** : Les avortements à risque sont fréquents dans la ville de Parakou et mettent en jeu la vie des femmes. Un bon repositionnement de la planification familiale et la législation peuvent permettre de réduire la fréquence et la gravité de ces avortements au Bénin.

**Mots clés** : avortement clandestin – épidémiologie – risque.

---

**Summary**

**Introduction** : Unsafe abortions constitute a real public health problem in the world. The lack of legislation on abortions emphasize the problem and lots of complications, as deaths, are registered every year. The aim of this study was to determine the profile of women and to appreciate the impact of abortions in the psychosocial field.

**Material and Methods** : It's a retrospective study, transversal, conducted from June 15 to July 31<sup>th</sup> in a procreating female population, aged 15 to 45 years old, on the second arrondissement of the city of Parakou.

**Result** : 17.55% of inquired women had practised an unsafe abortion at least in on time. They were young, 20 years to 24, 36 cases out of 79, schoolgirls, work-learning or having low-gain professions. The means of abortion used were curetage in 45 cases up on 79, manual aspiration in 13 cases, traditional mixtures in 11 cases.

The most frequent complication were hemorrhages and infections. In the psychosocial field, 21 couples were separated after abortion, 23 women feeled it as a crime and 24 others were afraid of sterility.

**Conclusion** :Unsafe abortion are frequent in the city of Parakou, and attempt the life of women. A good management of familial planning and legislation can allow the reduction of frequency and gravity of these abortions in Benin.

**Key words** : Unsafe abortion - Epidemiology-risk.

## Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, 19 millions d'avortements à risque sont pratiqués chaque année dans le monde dont 97% dans les pays en voie de développement [1]. Ce sont des avortements par définition clandestins réalisés par des personnes non qualifiées, avec des méthodes dangereuses dans des conditions insuffisantes. Ce qui explique la grande fréquence des complications. En effet environ 70 000 femmes meurent chaque année des suites d'un avortement clandestin [2]. Si elles ne meurent pas ces femmes restent marquées par des séquelles physiques et psychiques importantes. Au Bénin, l'interruption de la grossesse n'est autorisée par la loi que si la vie de la femme est en danger. L'avortement est donc essentiellement clandestin.

Le but de cette étude est de déterminer la fréquence des avortements à risque dans la ville de Parakou, déterminer le profil des patientes et apprécier l'impact psychologique de ces avortements.

## Patientes et méthodes

L'étude a été faite dans la ville de Parakou, 3ème ville du Bénin, située au Nord du pays.

C'est une étude prospective, transversale, descriptive et analytique. Elle porte sur la population féminine en âge de procréer de cette ville. Il s'agit d'une étude en population qui a inclut les femmes qui résident habituellement dans la ville de Parakou, au moins 9 mois par an. Les femmes enquêtées sont celles qui déclarent avoir fait au moins un avortement illégal, réalisé par une personne qualifiée ou non. Les femmes qui ont refusé de participer à l'étude n'ont pas été prises en compte. L'échantillonnage est de type aléatoire, multiphasique en grappes. La commune de Parakou compte 3 arrondissements. Par tirage au sort c'est le 2ème arrondissement qui a été choisi. L'unité de grappe est le quartier et l'arrondissement en compte 10. Pour l'identification des grappes, nous avons déterminé le pas de sondage à partir de la population féminine en âge de procréer, identifié la première grappe en tirant au sort un nombre inférieur ou égal au pas de sondage. Ce nombre est 537. Les autres grappes ont été déterminées en ajoutant chaque fois le pas de sondage au nombre 537.

La taille de l'échantillon est déterminée par la formule

$$N = \frac{ez^2pq}{i^2}$$

N : taille de l'échantillon, e : effet grappe : 2, i : précision 5%, z : écart-type : 1,96

p : prévalence des avortements à risque au niveau national : 15%, q : 1-p : 0,85

N=392. En estimant la déperdition à 10%, la taille de l'échantillon est évaluée à 440. L'OMS recommande 30 grappes pour ce type d'étude. Ainsi on obtient 30 grappes de 15 femmes.

La population totale de l'arrondissement concerné est de 39054 et le nombre de grappes étant 30, le pas de sondage est 39054/30=1302

Pour les considérations éthiques, le respect du consentement libre et éclairé a été respecté.

## Résultats

La fréquence des avortements à risque dans la ville de Parakou.

Nous avons mené une enquête sur 450 femmes au sein d'une population féminine en âge de procréer de 22 392 personnes. Parmi les 450 femmes, 79 ont pratiqué au moins une fois un avortement provoqué soit une fréquence de 17,55%.

Caractéristiques sociodémographiques

Il s'agit de femmes jeunes avec un âge moyen de 23,86 ans. Les femmes de 19 à 24 ans étaient les plus nombreuses 37,6%. Elles exerçaient pour la plupart des activités à bas revenu : vendeuse, artisane, ménagère. Mais on retrouve également les élèves et les étudiantes qui représentaient respectivement 21,8% et 14,1%. Le niveau d'instruction était appréciable, 41,6% pour les secondaires et 17,8% pour le niveau supérieur. 43,7% étaient célibataires et 41% étaient mariées. Sur le plan religieux 60,4% étaient des musulmanes. Cela correspond à la répartition de la population de Parakou en fonction de la religion où l'Islam est la religion la plus pratiquée. La gestité moyenne était de 1,97 avec un écart type de 2,08. Les primigestes étaient les plus nombreuses 51,1%. Les moyens abortifs utilisés étaient le curetage chez 45 femmes sur 79, l'aspiration manuelle intra utérine 13/ 79, les potions traditionnelles 11 /79 et les méthodes médicamenteuses 10 /79.

Il y a une liaison statistiquement significative (p=0,0138) entre le niveau d'instruction supérieur ou égal au secondaire et l'aspiration manuelle intra utérine. L'utilisation des potions traditionnelles a une corrélation statistique significative (p=0,0012) avec le bas niveau d'instruction (Tableau I).

Tableau I: Répartition des procédés abortifs en fonction du niveau d'instruction

	Curetages évacuateurs	Potions traditionnelles	Aspiration manuelle	Procédés médicamenteux	Total
≤ Primaire	15	9	1	5	30
≥ Secondaire	30	2	12	5	49
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>79</b>

48 femmes sur 79 ont réalisé l'avortement clandestin une fois. Pour les autres le nombre d'avortement clandestin varie de 2 à 6.

Pour la qualification des avorteurs, 47 femmes sur 79 ont été avortées par le personnel paramédical, infirmier, sage femme. Les médecins sont retrouvés dans 14 cas sur 79.

Les complications évoquées par les enquêtées étaient essentiellement les hémorragies, les infections, les lésions vaginales respectivement 57/79, 45/79 et 10/79.

Les complications hémorragiques et les infections relevaient surtout des avortements réalisés par la patiente elle-même, par le personnel paramédical et par les guérisseurs traditionnels.

Des facteurs psychosociaux : Dans la majorité des cas, 67 /79, la grossesse n'était pas désirée. Ce vécu de la grossesse s'est traduit pour la plupart par l'anxiété, la peur, la dépression, 51/79.

Les principales motivations sont rapportées dans le tableau 2. L'incompatibilité de la grossesse avec les études et l'apprentissage, le désir d'espacement des naissances, le jeune âge et le refus de paternité étaient les principaux motifs avancés par les patientes.

Par rapport au vécu de l'avortement, le soulagement était noté dans 27 cas, la joie 6 /79. Mais c'est les sentiments de tristesse, de regret, de culpabilité et d'autodépréciation qui dominent 46 / 79.

49 femmes sur 79 ont pu bénéficier du soutien de leur partenaire, pouvant être moral ou financier. 16 femmes sur 79 ont déclaré avoir bénéficié du soutien moral du personnel soignant.

L'impact de l'avortement sur la relation du couple était variable. Aucun impact pour la majorité des enquêtées 50 sur 79. Pour les autres, c'était la séparation des partenaires 21 /79, le renforcement des liens 4 / 79 et les relations conflictuelles dans 4 cas sur 79. Des craintes ont été relevées par les femmes par rapport à leurs futures grossesses : la stérilité, les grossesses difficiles ou pathologiques, les complications au cours de l'accouchement.

Aucune femme et quelque soit le nombre d'avortement, n'a souhaité revivre l'expérience parce qu'il s'agit d'un crime pour 23 femmes sur 79, d'une expérience douloureuse 18 / 79. La peur des complications y compris la mort, la crainte des représailles divines étaient aussi des raisons évoquées qui peuvent limiter la récurrence. Par ailleurs 40 femmes sur 79 étaient sous contraception avant la grossesse : préservatifs et abstinence périodique. 42 patientes ont déclaré avoir adopté une contraception après l'avortement.

## Discussion

La fréquence des avortements à risque dans la ville de Parakou était de 17,56%. Dans une étude réalisée au Sud Bénin en 2003 [3, 4] ce taux était estimé à 18,35%. D'autres auteurs ont rapporté des taux qui variaient de 6,36 à 80% [5-9]. En réalité, la fréquence dépend de la méthodologie, mais en général les taux

restent élevés dans les pays sous développés et plus généralement dans les pays où l'avortement n'est pas légalisé. Hubinont à Bruxelles [10] a démontré que la fréquence des avortements provoqués est de 1% dans les pays où ils ne sont ni protégés par la loi, ni médicalisés, alors que ce taux est de 4 pour 100 000 dans les pays où l'avortement est légalisé.

Les caractéristiques sociodémographiques des enquêtées.

Les femmes dans cette enquête, qui ont eu recours à l'avortement clandestin étaient essentiellement jeunes avec un moyen d'âge de 23,86 ans.

Même dans les pays développés où l'avortement provoqué est légalisé et reconnu sous le nom d'interruption volontaire de grossesse, ce sont surtout les adolescentes et les jeunes femmes qui ont recours à l'avortement. Suwanna et al [9] ont noté que la fréquence de l'interruption volontaire de la grossesse dans ces pays est élevée chez les jeunes filles, elle a considérablement baissé après 40 ans.

De nombreuses études ont démontré que les jeunes débutent de plus en plus précocement les rapports sexuels. L'inexpérience et le manque d'éducation sexuelle conduisent ces jeunes femmes à des grossesses auxquelles ils ne peuvent pas faire face.

La majorité des femmes ayant eu recours à l'avortement dans la présente étude exerçaient des professions à bas revenu ou à revenu instable. Le niveau d'instruction de la majorité est au moins le primaire ou le secondaire. D'autres études au Bénin [3, 4] ont retrouvé un niveau d'instruction bas.

Du quantième de l'avortement : la plupart des femmes ont réalisé l'avortement clandestin une seule fois. On peut penser que les autres qui ont réalisé l'avortement provoqué plusieurs fois, le considéraient sans doute comme une méthode de planification des naissances. Cela traduit aussi l'absence d'une vraie contraception chez ces femmes.

Par rapport à la religion, c'est la répartition de la population de Parakou en fonction de cette variable, qui explique le taux élevé de femmes musulmanes qui ont fait au moins un avortement provoqué. Beaucoup d'études dans la littérature ont montré que les femmes qui ont recours à l'avortement ont conscience que c'est interdit par leur religion. On en déduit que la religion n'a pas véritablement d'impact sur la décision d'avorter une grossesse.

Les motifs ayant conduit aux avortements provoqués sont variés : la nécessité de poursuivre les études et l'apprentissage, le jeune âge, la pression du partenaire sont les principales motivations chez les adolescentes et les jeunes femmes.

Des études réalisées dans la sous-région Ouest Africaine comme celles de Diallo et al [11] et Akpadza et al [12] rapportent des raisons socioprofessionnelles, familiales, économiques et la crainte des parents comme motivations essentielles qui conduisaient les femmes à avorter leur grossesse.

Des procédés abortifs : le curetage est la méthode la plus utilisée. Il en est de même pour les potions traditionnelles de toutes natures prescrites soit par des

tradipraticiens, soit par automédication dans un but abortif. Nous avons noté un lien statistiquement significatif ( $p=0,0138$ ) entre le niveau d'instruction supérieur ou secondaire et l'aspiration manuelle intra utérine comme méthode d'avortement. En effet, ces femmes d'un niveau d'instruction acceptable ont souvent recours à un personnel qualifié qui maîtrise bien souvent cette méthode d'avortement provoqué. De même, il existe une corrélation statistiquement significative ( $p=0,0012$ ) entre l'utilisation des potions traditionnelles et le bas niveau d'instruction. Le recours à des procédés abortifs délétères pour la santé de ces femmes traduit leur détermination à nuire à la grossesse non désirée pour s'en débarrasser, même au péril de leur vie. Dans bien des cas, l'avortement était réalisé par les paramédicaux [13, 14]. Pour cette catégorie professionnelle et le personnel médical, la pratique de l'avortement clandestin est une activité à but lucratif. Certains cabinets médicaux en font leur principale source de revenus sans être inquiétés par la loi. Par ailleurs, le choix de l'avorteur dépend souvent de deux critères : le faible coût de l'acte et la quête de la discrétion au détriment des conditions de sécurité.

**Les facteurs psychosociaux :** Dans la majorité des cas, la décision d'avorter a été prise en accord avec le partenaire. Ce constat a été aussi fait par Aussilloux et al en France [15]. Mais force est de constater que même lorsqu'elle ne bénéficie pas de l'accord ou du soutien de son partenaire, la femme va jusqu'au bout de sa décision.

Lorsque le motif de l'avortement était le refus de paternité, la présence du partenaire peut s'expliquer par sa volonté de s'assurer que la grossesse non désirée par lui a été effectivement avortée.

Souvent, le soutien du personnel de santé qui avorte et celui de l'entourage font défaut. Seules 16 femmes sur 79, ont déclaré avoir bénéficié d'un soutien moral et de conseils de la part du personnel. Cette absence de soutien psychologique de la part de l'avorteur en ajoute à l'angoisse de ces femmes en détresse.

Après l'avortement, le soulagement était le premier sentiment éprouvé par les femmes. Cette phase initiale passée, l'état psychologique était dominé par la tristesse et le regret pour la plupart des enquêtées sans oublier la culpabilité et l'inquiétude. Ces mêmes sentiments existent dans les pays où l'avortement est légalisé. Dans la série d'Aussilloux et al [15] en France et celle de Vikemans et Dohmen [16] en Belgique, la majorité des femmes éprouvaient d'abord un sentiment de soulagement après l'interruption volontaire de grossesse.

Dans cette étude, l'avortement n'a pas eu d'impact significatif sur la relation du couple ; 50 cas sur 79. Néanmoins 21 femmes s'étaient séparées de leur conjoint après l'avortement et la relation était devenue conflictuelle dans 3 couples.

Des appréhensions ont été exprimées par les enquêtées quant à leur future grossesse. Il s'agit de l'infertilité secondaire, les complications au cours des grossesses ultérieures ou encore les complications au

cours de l'accouchement.

Quant à la contraception, plus de 51% des enquêtées étaient sous contraceptifs avant la survenue de la grossesse non désirée. Les méthodes les plus utilisées étaient le préservatif, l'abstinence périodique. Cet échec de la contraception relève de la mauvaise utilisation de la méthode ou de sa faible efficacité comme dans le cas de l'abstinence périodique. En revanche, 42 femmes sur les 79 ont adopté une nouvelle méthode contraceptive après l'avortement. Les raisons évoquées par les autres étaient la peur des effets secondaires, l'absence d'information, le refus du partenaire, l'ignorance des méthodes contraceptives. Mais en réalité, nombre de ces femmes étaient influencées par les rumeurs et les mauvaises informations. En général, l'acceptation des méthodes contraceptives reste faible en Afrique subsaharienne. Les études faites par Liskin [17] et Monreal et al [18] dans différents pays en voie de développement font ressortir le faible engouement pour l'adoption de nouvelles méthodes contraceptives, avec pour corollaire la recrudescence des avortements clandestins et leurs complications.

## Conclusion

Les avortements à risque dans la ville de Parakou sont fréquents et mettent en danger la vie des femmes compte tenu de la qualité des moyens utilisés et de la qualification des avorteurs. Il est démontré que rien n'arrête une femme qui est décidée à faire avorter sa grossesse et les politiques répressives manquent d'efficacité. Ainsi, pour réduire les décès maternels et la morbidité liés aux avortements clandestins, il importe d'ouvrir le débat sur la législation des avortements comme mesure préventive. De même, la politique de la contraception doit être revue, car la fréquence élevée des avortements provoqués dans un pays est aussi l'échec de sa politique de planification familiale.

## Références

- 1- **Who (World Health Organisation)**, 2004, Unsafe abortion. Global and regional estimates of unsafe abortion and associated mortality in 2000. (Ahman E; Shah I), Geneva, Fourth edition, 82p
- 2- **OMS (Organisation Mondiale de la Santé)** Bulletin of World Health Organization 2000 ; 78 (5) : 580-592
- 3- **Lokossou A, Adisso S, Komongui D. G, Lombat Diback S. A, Perrin R-X.** Accès aux soins obstétricaux d'urgence (SOU) et avortements à risque : aspects épidémiologiques et pronostiques. Journal de la SAGO 2003 ; 4 (1) : 1-6.
- 4- **Lokossou A, Adisso S, Komongui D. G, Lombat Diback S. A, Perrin R-X, Alihonou E.** Prise en charge des avortements incomplets dans une maternité de référence. Journal de la SAGO 2003 ; 4(1) : 7-12.
- 5- **Goyaux N, Alihonou E, Diadhiou F, Lke R, Thonneau P. F.** Complications of induced abortion and miscarriage in three countries / a hospital-based among WHO collaborating centers. Acta obstetrica et Gynecologica Scandinavia 2001; 80(6) : 568-73

- 6- **Diarra I, Tall S, Sogoba S, Dolo A.** L'avortement provoqué à propos de 180 cas à l'hôpital Gabriel Touré. *Mali Médical* 2008 ; 23 (2) : 01-33
- 7- **Sepou A, Nguembi E, Yanza M.C, Ngale R, Nali M. N.** Analyse des avortements à la maternité à l'hôpital communautaire de Bangui. *Méd Afr Noire* 2003 ; 50 (12) : 525-530
- 8- **Faundes A, Duarte G. A, Neto J.A, Helena De Souza M.** The closer you are, the you understand : the reaction of Brazilian obstetrician-gynecologists to unwanted pregnancy. *Reproductive Health Matters* 2004 ; 12 (suppl 24) : 47-56
- 9- **Suwanna W, Bounthai N, Viroj T.** Induced abortion in Thailand : current situation in Public Hospital and Legal Perspective. *Reproductive Health Matters* 2004 ; 12 (suppl 24) : 147-156
- 10- **Hubinont P.C.** Interruption volontaire de grossesse. *Pressed u Cercle de Médecine, Bruxelles*, 1977, 4 : 67-77.
- 11- **Diallo FS, TraorE M, Diakite S, Perrotin F, Dembele F et al.** Complications des avortements clandestins : à propos de 221 cas observés au CHU de Brazzaville (Congo), *Méd Afr Noire* 1997 ; 44(5) : 262-264
- 12- **Akpadza K, Agba K, Tete V, Baeta S, Attignon A, Adabra K, Bodonou A.K.S.** connaissance et pratique de la contraception par les patients admises pour avortement provoqué clandestin à la clinique de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU Tokoin-Lomé. *Médecine d'Afrique Noire* 2005 ; 52(06) : 345-351
- 13- **Tshibangu K, Ntabona F, Leon I, Vidiella G, Ferrairo G et al.** Unsafe abortion in Uruguay. *International journal of Gynecology and Obstetric* 2004 ; 85 : 70-73
- 14- **Nlome-Nze AR, Picaud A, Mbadinga A, Ogowet N, Engongah-Beka T.** Les avortements clandestins à Libreville : véritable problème de santé publique. *Méd Afr Noire* 1991 ; 3 : 223-227
- 15- **Aussiloux MT, Mattauer B, Peyrot D.** Approche psychologique de l'IVG : Investissements affectifs et identifications. Leur impact sur l'IVG. *Annales Medico-Psychologiques* 1982 ; 140 (8) ; 914-923
- 16- **Vekemens M, Dohmen B.** Interruption volontaire de grossesse chez les adolescentes âgées de 13 à 18 ans. Analyse clinique et sociologique de 295 cas. *Journal de Gynécologie-Obstétrique et de Biologie de la Reproduction* 1984;13 (1): 21-30.
- 17- **Liskin LS.** Complications of abortion in developing countries. *Population Reports* 1980; 7 : 107-155
- 18- **Monreal T, Nasah B, Palmer SI, Ampoto A, Mati JKG et al.** Illegal abortion in selected African Capital cities, 1976. Report of an International Planned Parenthood Federation. *Africa Regional Workshop, Nairobi, Kenya, March 20-23, 1978* : 48-91