



**CENTRE DE FORMATION  
ET DE RECHERCHE EN SANTE  
DE LA REPRODUCTION**  
ORGANE D'EXECUTION TECHNIQUE DE L'AFR



**POPULATION COUNCIL**

**PROJET DE RECHERCHE  
OPERATIONNELLE ET D'ASSISTANCE  
TECHNIQUE EN AFRIQUE (ORTA/II)**



**CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE  
ET OBSTÉTRICALE  
CHU ARISTIDE LE DANTEC**

# **REVUE DE LA LITTÉRATURE SUR LES AVORTEMENTS A RISQUE AU SENEGAL**

**Avril 1998**

## TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
Avant-propos	
Remerciements	
Liste des acronymes et des abréviations	
Liste des termes médicaux	
Résumé	
I/ INTRODUCTION	1
II/ METHODOLOGIE	5
III/ LA PROBLEMATIQUE DE LA SANTE REPRODUCTIVE DES FEMMES	8
3.1. Les problèmes de santé reproductive des femmes au Sénégal	8
3.2. Rappel des conclusions des principales conférences internationales et africaines sur la santé reproductive, la maternité sans risque et l'avortement	12
IV/ REVUE DES ASPECTS CLES RELATIFS A L'AMPLEUR, AUX DETERMINANTS ET CONSEQUENCES DES AVORTEMENTS A RISQUE AU SENEGAL	16
4.1. Ampleur des avortements à risque au Sénégal	16
4.2. Profil des patientes présentant des complications liées à un avortement	21
4.3. Déterminants de la pratique abortive	24
a/ Déterminants socio-économiques et culturels	24
b/ Déterminants médicaux	27
4.4. Conséquences des avortements	30
a/ Impacts socio-économiques des avortements	30
b/ Risques médicaux liés aux avortements	32
V/ REVUE DES ASPECTS CLES RELATIFS A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTES PRESENTANT DES COMPLICATIONS LIEES A UN AVORTEMENT	39
5.1. Procédures de prise en charge des patientes	39

5.2. Coûts relatifs à la prise en charge des soins post-abortum	41
VI/ REVUE DES ASPECTS CLES RELATIFS AUX ELEMENTS DE POLITIQUE ET A LA LEGISLATION SUR L'AVORTEMENT AU SENEGAL	43
6.1. Eléments de politique sur l'avortement au Sénégal	43
6.2. Législation sur l'avortement au Sénégal	45
VII/ ANALYSE CRITIQUE DES ETUDES ET RECHERCHES SUR L'AVORTEMENT ET RECOMMANDATIONS	51
7.1. Acquis et limites des études et recherches sur l'avortement au Sénégal	51
7.2. Proposition d'axes de recherche complémentaires sur l'avortement au Sénégal	54
VIII/ CONCLUSION	56
Bibliographie	
Liste des structures visitées	
Liste des personnes rencontrées	
Annexe : Bibliographie annotée	

## **AVANT- PROPOS**

Cette revue de la littérature sur les avortements à risque au Sénégal s’inscrit dans le cadre des activités du projet de recherche sur "l’introduction des soins obstétricaux d’urgence (SOU) et de la planification familiale (PF) pour les patientes présentant des complications liées à un avortement incomplet".

Ce projet pilote est exécuté conjointement par le Centre de Formation et Recherche en Santé de la Reproduction (CEFOREP) et la Clinique Gynécologique et Obstétricale (CGO) du CHU Le Dantec avec l’appui technique et financier du Projet OR/TA II de Population Council, de JHPIEGO et de l’USAID.

Il a pour objectif d’améliorer la prise en charge des complications liées aux avortements à risque grâce à l’expérimentation d’une approche basée sur l’introduction d’une nouvelle méthode de traitement par Aspiration Manuelle Intra-Utérine (AMIU) et sur l’intégration des prestations de services de PF fournies de façon systématique aux patientes.

Cette revue a été commanditée pour faire le point sur l’état des connaissances sur les avortements à risque au Sénégal d’une part, servir de base pour l’étude en cours et proposer de nouveaux axes de recherche sur la question d’autre part.

Elle a été réalisée pour le compte du CEFOREP par :

- **Monsieur Cheikh Moussa CAMARA**, sociologue et expert en géographie de la santé, consultant
- **Docteur Lamine CISSE**, Médecin Interne des Hôpitaux à la CGO/CHU Le Dantec

Ont contribué à la réalisation de cette revue :

### ■ **CEFOREP**

- M. Babacar MANE, Coordinateur de la Recherche, CEFOREP
- M. Thierno DIENG, assistant de Recherche, CEFOREP
- M. Cheikh MBENGUE, Coordinateur du CEFOREP

### ■ **CGO**

- Pr. Fadel DIAHIOU, Chef de service de la CGO
- Dr. El Hadji Ousseynou FAYE, Gynécologue-Obstétricien, CHU Le Dantec

### ■ **POPULATION COUNCIL**

- Dr. Placide TAPSOBA, chargé de programme SR,
- Dr. Mounir TOURE, Conseiller résident au Population Council

## **REMERCIEMENTS**

Le Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction adresse ses vifs remerciements et félicitations aux deux consultants, Monsieur Cheikh Moussa CAMARA, sociologue et géographe de la santé et le Docteur Lamine CISSE, médecin interne à la Clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU Le Dantec, pour leur engagement et leur efficacité qui ont permis de disposer de cet important document qui constitue un pas important vers la connaissance des questions relatives aux avortements à risque au Sénégal.

Le CEFOREP s'associe également aux consultants pour remercier l'ensemble des personnes rencontrées (dont la liste figure en annexe) dont la collaboration a permis de réaliser cette étude.

Nos remerciements s'adressent également à Madame Khady Mbaye CAMARA qui a assuré la saisie du rapport de la Revue.

Le CEFOREP remercie le Population Council qui a entièrement pris en charge la reproduction et la diffusion de ce rapport.

Selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)<sup>1</sup>, 500.000 décès maternels sont enregistrés chaque année dans le monde dont 99 % dans les pays en voie de développement (PVD). Les complications de l'avortement sont responsables d'environ 14 % de ces décès estime l'OMS <sup>2</sup>.

Ces taux élevés de mortalité maternelle confèrent à la problématique de la santé reproductive plus particulièrement à la question de l'avortement une dimension exceptionnelle parmi les défis qui interpellent les décideurs et chercheurs des pays africains.

Au Sénégal, l'Enquête Démographique et de Santé (EDS II)<sup>3</sup> estime le taux de mortalité maternelle à 510 décès pour 100.000 naissances vivantes en 1992/93. A l'instar des autres PVD, les complications des avortements à risque contribuent pour une part importante à cette forte mortalité maternelle au Sénégal. En plus de la mort subite et rapide, ces avortements entraînent aussi d'autres complications immédiates ou tardives telles que les hémorragies, infections, troubles névrotiques et les risques de stérilité. Cette dernière complication implique des conséquences sociales réelles compte tenu de l'importance de la fonction reproductive chez la femme au Sénégal.

Les avortements à risque pose donc un problème majeur de santé publique doublé d'un drame humain et social dans notre pays. L'avortement est donc un véritable phénomène de société. Cependant, peu de recherches ont été consacrées à cette question en Afrique et au Sénégal, en particulier malgré son double intérêt médical et sociologique.

---

<sup>1</sup> Programme santé maternelle et maternité sans risque : Rapport de situation : 1991-1992, OMS, Genève, 1994, 49 p.

<sup>2</sup> Prise en charge clinique des complications de l'avortement : Guide pratique, OMS, Genève, 1997, 81 p.

<sup>3</sup> Enquête Démographique et de Santé (EDS II) 1992-93, MEFP/Direction de la Prévision et de la Statistique/Division des Statistiques Démographiques, Dakar, avril 1994, 284p.

Par ailleurs, les quelques informations ou études disponibles sur cette question sont partielles, dispersées ou insuffisamment vulgarisées ou encore d'un accès difficile pour les chercheurs et décideurs en matière de santé de la reproduction (SR).

Compte tenu de l'acuité des problèmes socio-sanitaires posés par les avortements à risque et leurs complications, il était urgent de faire l'état des connaissances, de rassembler et d'analyser l'information bibliographique disponible sur cette question.

C'est pourquoi cette revue de la littérature sur l'avortement au Sénégal a été réalisée à la demande du Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction (CEFOREP).

Cette revue de littérature constitue un volet de l'étude sur "l'introduction des soins obstétricaux d'urgence et de la planification familiale pour les patientes présentant des complications liées à un avortement".

Les principaux objectifs assignés à cette revue de littérature sont les suivants :

- faire le point sur l'état des connaissances sur les avortements à risque au Sénégal (ampleur du phénomène, déterminants et conséquences) ;
- mettre en évidence les limites actuelles des informations disponibles ;
- proposer des axes de recherche complémentaires en vue d'améliorer ces connaissances.

Avant d'aborder la méthodologie adoptée pour réaliser cette revue de littérature, il convient de définir les principaux types d'avortement pour avoir une perception claire des concepts utilisés dans ce rapport.

Pierre-Claver Nimbona<sup>4</sup> rappelle qu'il y a avortement en cas d'expulsion du produit de conception avant le terme de 6 mois (avant le 180<sup>ème</sup> jour de grossesse). Il ajoute que cette définition a été conservée par l'OMS notamment parce qu'elle figure dans la classification internationale des maladies.

C'est cette définition qui a été adoptée par le professeur Fadel Diadhiou<sup>5</sup> et son équipe qui mentionnent qu'un "avortement est défini comme toute interruption de grossesse avec expulsion complète ou non du produit de conception durant les 28 semaines suivant la date des dernières règles (DDR) ou 180 jours d'aménorrhée. En l'absence d'une DDR est également considéré comme avortement tout fœtus dont le poids est inférieur ou égal à 500 grammes". Ces mêmes auteurs distinguent les cinq types d'avortement suivants :

- l'avortement provoqué certain lorsque la patiente même ou son entourage fait l'aveu du recours à cette pratique ;
- l'avortement provoqué probable quand il n'y a pas d'aveu mais que la patiente présente d'une part des signes cliniques évocateurs (infection localisée, péritonite, traces de manoeuvres abortives) et d'autre part affirme que la grossesse n'était pas programmée (avec ou sans contraception) ;
- l'avortement spontané quand aucune des trois définitions précitées n'est rencontrée ou que la patiente affirme que la grossesse était prévue et/ou désirée ;
- l'avortement thérapeutique lorsque l'interruption de grossesse fait suite à une indication médicale mettant en jeu le pronostic vital de la mère.

---

<sup>4</sup> Pierre-Claver Nimbona, L'avortement criminel : Etude statistique dans un hôpital dakarais de 1973 à 1983 : Mesures préventives et coercitives, thèse de doctorat en médecine, Université de Dakar, juillet 1985, 62 p., pp.4 et 5.

<sup>5</sup> Fadel Diadhiou, E.O Faye et al, Mortalité et morbidité liées aux avortements provoqués clandestins dans quatre sites de référence dakarais au Sénégal, UCAD/CGO/CHU Le Dantec et OMS/HRP, 1995, 50p., p.7



Quant à P-C. Nimbona<sup>6</sup>, il ne distingue dans sa thèse que deux principales formes d'avortement : l'avortement spontané quand l'interruption de la grossesse intervient d'elle-même, en dehors de toute entreprise locale ou générale volontaire et l'avortement provoqué qui survient à la suite de manoeuvres ou entreprises quelconques destinées à interrompre la grossesse.

En ce qui concerne plus spécifiquement les avortements à risque, Fadel Diadhiou<sup>7</sup> et al incluent dans ce cadre les trois entités suivantes : "les avortements provoqués clandestins, les avortements maladies (molaires) et les avortements spontanés compliqués".

Cette revue de littérature fait donc l'état des connaissances sur ces principales formes d'avortement à risque au Sénégal sur la base de la documentation disponible.

A l'issue de la présentation de la méthodologie, ce rapport fait le point sur :

- la problématique de la santé reproductive des femmes ;
- l'ampleur, les déterminants et conséquences des avortements à risque au Sénégal ;
- la prise en charge des patientes présentant des complications liées à un avortement ;
- les éléments de politique, la législation sur l'avortement au Sénégal et la position des religions dominantes dans ce pays sur cette question ;
- les limites des connaissances sur l'avortement au Sénégal et la proposition d'axes de recherche complémentaires.

---

<sup>6</sup> P-C. Nimbona, op. cit., p.5

<sup>7</sup> Fadel Diadhiou, E. O. Faye et al., A propos des avortements à risque au Sénégal et au Cameroun, CHU le Dantec, Dakar, 1993, 46 p., p.2



La revue de littérature - comme son nom l'indique - doit être basée sur l'information documentaire disponible.

Il ne s'agit donc pas de mener des enquêtes auprès de groupes-cibles pour recueillir des données primaires mais plutôt de rechercher, collecter, lire et analyser les informations bibliographiques existantes sur la question de l'avortement au Sénégal.

C'est pourquoi cette partie méthodologique s'articule autour de deux points essentiels : d'une part la collecte et l'analyse de la documentation disponible et d'autre part la présentation des difficultés liées à la réalisation de cette revue de littérature sur l'avortement au Sénégal.

### **2.1. Collecte et analyse de l'information documentaire**

La première étape de cette recherche a porté sur le recensement et la collecte de l'information documentaire disponible sur la santé de la reproduction (SR), la maternité sans risque et l'avortement.

En effet, la question de l'avortement est étroitement interreliée à celle de la maternité sans risque et fait partie intégrante de la problématique plus globale de la santé reproductive. C'est pourquoi, cette revue de littérature sur l'avortement au Sénégal part de la problématique de la SR dans le souci de replacer la question des interruptions de grossesse dans son contexte. Il fallait donc recenser et collecter les données bibliographiques existantes sur l'ensemble de ces questions.

Ces documents ont été recensés et collectés au niveau des principales structures suivantes :

- le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) ;
- la Clinique gynécologique et obstétricale (CGO) du centre Hospitalier et Universitaire (CHU) le Dantec ;

- le centre national de documentation sur la population et le développement ;
- la bibliothèque universitaire de l'Université de Dakar ;
- le Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction (CEFOREP) ;
- les centres de documentation de l'Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social (ENDSS) et de l'Ecole Nationale des Travailleurs Sociaux Spécialisés (ENTSS) ;
- les centres de documentation des représentations des organismes bilatéraux ou internationaux suivants : l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), le Fonds des Nations-Unies pour la Population (FNUAP), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la Banque Mondiale (BM), le Population Council et l'Union pour l'Etude de la Population Africaine (UEPA).

Les documents ainsi recensés et collectés sont divers au niveau de leur forme. Il s'agit essentiellement de : livres publiés ; rapports d'organismes gouvernementaux ou internationaux; rapports de conférences mondiales ou africaines sur la SR, la maternité sans risque et l'avortement ; revues ; articles tirés de la presse locale , mémoires et thèses d'étudiants de l'Université ou d'écoles de formation professionnelle.

La seconde étape de cet exercice a consisté en une lecture attentive des documents collectés en vue de repérer les thèmes relatifs aux objectifs de cette revue de littérature.

La troisième étape a porté sur l'analyse de la documentation disponible. Cette analyse s'est d'abord attachée à synthétiser au niveau de chaque document les informations se rapportant aux différents points mentionnés dans le plan de ce rapport. Ensuite, elle a permis de regrouper toute l'information bibliographique disponible pour chaque thème de la revue de littérature. Enfin, cette analyse a été critique car elle a abouti à l'identification des limites des études existantes sur l'avortement au Sénégal en vue de la proposition d'axes de recherche complémentaires.

La dernière étape a porté sur la rédaction du rapport de la revue de littérature sur la base du plan préalablement soumis au CEFOREP.

## **2.2. Difficultés liées à la réalisation de la revue de littérature**

La principale difficulté rencontrée dans la réalisation de cette revue de littérature est liée à la rareté des publications sur l'avortement. En effet, le caractère sensible voire tabou de cette question fait que peu de chercheurs l'ont étudiée. C'est sans doute l'un des facteurs explicatifs de l'insuffisance quantitative de la documentation disponible sur l'avortement. A ce propos, F. Diadhiou<sup>8</sup> souligne : "les avortements sont un sujet tabou avec des résonances politico-religieuses ; c'est pourquoi leurs études sont limitées par le fait qu'il n'existe pas de publications relatives aux avortements à risque couvrant l'ensemble de chaque pays".

Certains chercheurs expliquent cette situation par la position de la délégation des Etats-Unis d'Amérique à la deuxième Conférence internationale sur la Population. En effet, Francine M. Coeytaux<sup>9</sup> mentionne que "la première lacune observée dans la littérature est le nombre relativement bas des publications récentes sur le sujet (...) depuis la date à laquelle la délégation américaine à la deuxième Conférence internationale sur la Population, tenue à Mexico City en août 1984 a annoncé une nouvelle politique supprimant toute assistance à des groupes délivrant tout type de services à visée abortive". Elle ajoute que "bien qu'aucune déclaration dans cette politique n'interdise la recherche sur l'avortement, plusieurs organisations croyant que tout travail sur l'avortement les priverait de l'assistance financière des USA ont cessé toute activité (même de recherche) liée à cette question".

En dépit de ces contraintes, une documentation relativement pertinente a été collectée sur les avortements à risque au Sénégal en vue de la réalisation de cette revue de littérature conférant ainsi un intérêt supplémentaire à cette étude.

Les limites des documents consultés seront analysées dans un autre chapitre.

---

<sup>8</sup> Fadel Diadhiou, E.O. Faye et al., A propos des avortements à risque au Sénégal et au Cameroun, op. cit., p.5

Il convient au préalable de replacer la question de l'avortement dans la problématique de la santé reproductive (SR).

### **III/ LA PROBLEMATIQUE DE LA SANTE REPRODUCTIVE (SR) DES FEMMES**

L'avortement est une question multidimensionnelle revêtant à la fois des aspects sanitaires socio-culturels et éthico-religieux. Elle est donc complexe. C'est pourquoi, il importe d'abord de la replacer dans la problématique plus globale de la santé reproductive pour une meilleure compréhension du phénomène.

#### **3.1. Les problèmes de santé reproductive des femmes au Sénégal**

Au Sénégal, la santé reproductive constitue une préoccupation majeure des décideurs et chercheurs du fait de l'acuité des problèmes posés par les niveaux élevés de mortalité et morbidité maternelles.

En effet, le taux de mortalité maternelle y est estimé à 510 décès pour 100.000 naissances vivantes en 1992/93 par l'EDS II. Cette forte mortalité maternelle est un véritable drame humain car elle touche souvent des jeunes femmes au moment où elles donnent la vie. A titre de comparaison, le taux de mortalité maternelle est estimé à 9 décès pour 100.000 naissances vivantes dans les pays occidentaux. En conséquence, la tragédie de la forte mortalité des mères dans les pays africains peut être évitée si les mesures appropriées sont mises en oeuvre en vue de tendre vers les performances réalisées par les pays développés. Car il est intolérable qu'une Africaine soit encore "500 fois plus exposée à mourir des suites d'une grossesse que son homologue dans des pays scandinaves" comme l'indique le rapport sur l'état de la population mondiale<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Francine M. Coeytaux, l'état de la recherche, in "Vie et Santé", n° 7, avril 1991, Dakar, pp.3-7

<sup>10</sup> Etat de la Population mondiale : Le droit de choisir : Droits et santé en matière de reproduction, 1997, FNUAP, New York, 76p., p.19

Tout programme visant à réduire le niveau de mortalité maternelle doit agir sur l'ensemble des déterminants médicaux et non médicaux de ce problème majeur de santé publique qu'est l'avortement.

Au Sénégal, le Plan national d'action de la femme<sup>11</sup> identifie un certain nombre de facteurs responsables du niveau élevé de mortalité maternelle. Ces contraintes portent essentiellement sur certains comportements socio-culturels et la qualité des services de SR. Les principaux facteurs socio-culturels incriminés sont les suivants :

- la survalorisation de la fonction reproductive chez la femme entraînant la multiplication des grossesses à risque (précoces, rapprochées et tardives) ;
- le faible recours des femmes aux consultations prénatales et post-natales du fait de certaines superstitions ;
- la persistance de certaines pratiques traditionnelles néfastes à la santé maternelle telles que la propension des femmes rurales à accoucher à domicile sans l'assistance d'un personnel qualifié ainsi que les mariages précoces et les mutilations sexuelles féminines (excision) ;
- la faiblesse de la prévalence contraceptive (7 % pour les méthodes modernes en 1997, EDS III) liée notamment au statut social de la femme sénégalaise qui ne lui permet pas souvent de prendre seule des décisions concernant sa santé sexuelle et reproductive ;
- l'insuffisant accès des femmes aux informations utiles sur leur SR et sur les facteurs de risque pendant les grossesses ;

---

<sup>11</sup> Plan national d'action de la femme : 1997-2001, Ministère de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, Dakar, novembre 1996, 126 p., pp. 42-44

- la persistance des grossesses non désirées, rejetées socialement (grossesses prénuptiales ou intervenant pendant l'absence du mari) qui se terminent parfois par des infanticides et plus fréquemment par des avortements provoqués.

Tous ces comportements socio-culturels sont étroitement liés au faible niveau de scolarisation des filles et d'alphabétisation des femmes.

Par ailleurs, les services de planification familiale sont souvent inaccessibles aux adolescentes.

Pourtant, les jeunes filles sont également confrontées à d'importants problèmes de santé reproductive et sexuelle. A ce propos, F. Diadhiou<sup>12</sup> souligne que les adolescentes, "avec une sexualité intense et précoce et une maternité ultra-précoce, quel que soit leur statut social, deviennent des fleurs profanées avant d'être écloses". En effet, l'EDS III révèle que pour les femmes de 20-49 ans, l'âge médian aux premiers rapports sexuels est de 17,5 ans en 1997. En atteignant 18 ans, plus de la moitié (55 %) des femmes de 20 - 49 ans ont déjà eu des rapports sexuels selon l'EDS III de 1997.

Ces chiffres indiquent donc une précocité des rapports sexuels chez les adolescentes avec toutes les implications en termes de problèmes de SR. La même enquête indique également qu'à tous les âges, les premiers rapports sexuels précèdent le premier mariage. La principale conséquence de cette sexualité précoce est la précocité des maternités qui sont par essence des grossesses à risque. C'est ainsi qu'en 1997, l'âge médian à la première naissance est de 19,8 ans pour les femmes de 25 - 49 ans (EDS III). Etant donné qu'une part importante de ces grossesses sont non désirées - car ces jeunes filles n'ont pas accès aux services de PF -, les risques d'avortements provoqués sont réels au niveau de ce groupe-cible.

Enfin, en matière de prévention, les conseils et services de PF post-abortum sont peu développés.

---

<sup>12</sup> Fadel Diadhiou, Déculpabiliser la contraception, in "Vie et Santé", n° 16, juillet-septembre 1993, Dakar, p.2



En conséquence, les programmes de SR doivent tenir compte des problèmes spécifiques des jeunes femmes pour limiter les grossesses non désirées et les risques d'avortements provoqués qui en découlent.

Ces problèmes de SR ne sont pas spécifiques au Sénégal car ils se retrouvent dans la quasi-totalité des pays d'Afrique subsaharienne.

En effet, le rapport de la conférence de Nairobi<sup>13</sup> révèle que pour 100.000 naissances vivantes, il y a plus de 1.000 décès maternels dans certaines régions d'Afrique.

Les risques de mortalité maternelle sont beaucoup plus élevés en Afrique que dans les pays développés. A ce propos, il a été déjà mentionné précédemment qu'une Africaine est 500 fois plus exposée à mourir des suites d'une grossesse qu'une femme des pays scandinaves. La mortalité maternelle est donc une véritable tragédie humaine en Afrique comme l'atteste ces statistiques alarmantes.

Par ailleurs, le rapport de la Conférence de Maurice<sup>14</sup> souligne que "chaque jour, 10.000 femmes africaines subissent des avortements à risque, et chaque jour un grand nombre d'entre elles décèdent". En plus des avortements, divers facteurs socio-économiques sont responsables de cette forte mortalité maternelle en Afrique.

En effet, les causes de ce problème "sont profondément enracinées dans l'environnement social, politique, culturel et économique défavorable dans lequel la société place les femmes. Elles sont victimes de discrimination sur le plan juridique et pour ce qui est de l'accès à l'éducation, à l'alimentation, à l'emploi, aux ressources financières, et aux soins de santé nécessaires, y compris la planification familiale" selon le rapport de la conférence de Nairobi.

---

<sup>13</sup> Prévenir la mort tragique de la mère, Rapport sur la Conférence internationale sur la maternité sans risques, Nairobi (Kenya), février 1987, 56p., p.10

<sup>14</sup> La Conférence de Maurice, Les avortements à risque et la planification familiale post-abortum en Afrique, IPPF/Région Afrique, 1994, 36p., p.2

Plus précisément, les Africaines décèdent à cause de pratiques sociales aboutissant à des grossesses précoces, rapprochées et tardives dans des sociétés qui survalorisent la fonction reproductive chez la femme au détriment des activités économiques.

Face à la mortalité maternelle, la communauté internationale en général et l'Afrique ont entrepris une réflexion et des échanges d'idées en vue de limiter voire d'éradiquer ce fléau social dans le cadre de conférences sur la SR, la maternité sans risque et l'avortement.

### **3.2. Rappel des conclusions des principales conférences internationales et africaines sur la santé reproductive, la maternité sans risques et l'avortement**

Les principales rencontres mondiales ayant abordé la question de la SR sont la troisième Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) organisée au Caire (Egypte) en septembre 1994 et la quatrième Conférence mondiale sur les femmes tenue à Beijing (Chine Populaire) en septembre 1995.

Dans le rapport de la Conférence du Caire<sup>15</sup>, la santé de la reproduction est définie comme étant le « bien-être général, tant physique que mental et social de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire».

Le rapport de la CIPD ajoute que les soins de SR intègrent notamment la prévention de l'avortement et les moyens de faire face aux conséquences de cette pratique. La question de l'avortement fait donc partie intégrante de la SR.

---

<sup>15</sup> Rapport de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994, 170p., pp.45-46-47

La troisième CIPD a souligné que l'avortement ne devrait, en aucun cas, être promu en tant que méthode de planification familiale (PF). Elle a plutôt préconisé la réduction du recours à l'avortement en étendant et en améliorant les services de PF. La Conférence du Caire a également invité les Gouvernements, les organismes internationaux et non gouvernementaux à traiter les conséquences des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité en tant que problème majeur de santé publique. C'est pourquoi elle a recommandé l'accès des femmes aux services de qualité pour remédier aux complications découlant d'un avortement et aux services de conseil et de PF post-abortum pour éviter la répétition des avortements.

En portant un regard critique sur les conclusions de la troisième CIPD, Lori Ashford<sup>16</sup> mentionne que « l'avortement est probablement la question la plus épineuse de la santé de la femme pour les décideurs et les planificateurs. (...) Les délégués de la Conférence du Caire étaient si préoccupés à essayer de parvenir à une approche acceptable au sujet de l'avortement qu'ils ont laissé de côté de nombreux problèmes. Le consensus du Caire était qu'au minimum, on devait s'occuper du problème des avortements dangereux afin d'en réduire les effets néfastes sur la santé».

Concernant la Conférence mondiale sur les femmes de Beijing, son programme d'action reconnaît pour les femmes le droit d'être maîtresses de leur sexualité et la liberté de décider si et quand elles veulent avoir des enfants. Sur la question de l'avortement, le programme d'action de Beijing ne va pas au-delà des conclusions de la Conférence du Caire. En effet, il rappelle que l'avortement ne devrait, en aucun cas, être promu comme méthode de PF. La seule innovation apportée par le programme d'action de Beijing sur l'avortement est qu'il convient d'envisager de réviser les lois qui prévoient des sanctions contre les femmes en cas d'avortement illégal. Ce constat est confirmé par le rapport sur l'Etat de la Population mondiale<sup>17</sup> en ces termes : « la quatrième Conférence mondiale sur les femmes tenue à Beijing en 1995 a réaffirmé et renforcé le consensus du Caire ». Ce rapport souligne

---

<sup>16</sup> Lori Ashford, Nouvelles perspectives sur la population : les leçons du Caire, Population Référence Bureau (PRB), vol.50, n°1, Mars 1995, Washington, 44p., pp. 27-28

<sup>17</sup> Etat de la Population mondiale : Le droit de choisir : Droits et santé en matière de reproduction, 1997, FNUAP, New York, 76p., p.13

également à la lumière des conclusions de la CIPD que les droits essentiels en matière de sexualité et de reproduction sont :

- le droit à la santé en matière de sexualité et de reproduction ;
- le droit de prendre des décisions en matière de reproduction ;
- le droit à la sécurité en matière de sexualité et de reproduction.

En plus de ces conférences mondiales, il convient de s'intéresser maintenant aux rencontres africaines sur la maternité sans risques de Nairobi (Kenya) en 1987, la Conférence régionale sur la maternité sans risques pour l'Afrique francophone au sud du Sahara de Niamey (Niger) en 1989 et la Conférence de Maurice sur les avortements à risque et la planification familiale post-abortum en Afrique en 1994.

L'appel à l'action adopté par consensus à la Conférence de Nairobi en 1987 fait apparaître l'étendue et la nature de la mortalité maternelle ainsi que la nécessité de programmes pour la réduire. Quant à la Déclaration finale<sup>18</sup> de cette Conférence, elle mentionne la place qu'occupe l'avortement illégal parmi les causes de la forte mortalité maternelle en Afrique et préconise la réduction de moitié en une décennie de cette mortalité.

L'appel de Niamey<sup>19</sup> qui a sanctionné la Conférence régionale tenue dans cette ville en 1989 invite tous les pays africains à promouvoir des programmes d'action nationaux en vue d'obtenir une réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles dans une proportion de 50 % à l'horizon 2000. Les participants à cette conférence ont également incriminé l'avortement provoqué parmi les facteurs explicatifs des niveaux élevés de mortalité maternelle enregistrés en Afrique. Ils ont rappelé que l'accès aux services de PF constitue le meilleur moyen de prévention des avortements provoqués.

---

<sup>18</sup> Prévenir la mort tragique de la mère : rapport de la Conférence internationale sur la maternité sans risques, Nairobi (Kenya), février 1987, 56 p.

<sup>19</sup> Conférence régionale sur la maternité sans risques pour l'Afrique francophone au sud du Sahara, Niamey (Niger), 30 janvier - 3 février 1989, Rapport final, 68p.

Enfin, la Conférence de Maurice en 1994 avait pour objectif principal d'aider les associations de PF et les Gouvernements à faire face aux problèmes sociaux et de santé publique que représentent les avortements à risque en Afrique et de déterminer des stratégies et des plans d'action pour en réduire l'incidence.

Dans son allocution, le Dr Fred Sai, président de la Conférence de Maurice<sup>20</sup> a souligné que « l'avortement est l'une des questions les plus controversées dans le monde, tant sur le plan moral que juridique ». Le rapport de cette conférence rappelle également que « chaque jour, 10.000 femmes africaines subissent des avortements à risque ». En ce qui concerne les actions pouvant être développées par les Associations de Planification Familiale (APF) pour enrayer ce fléau dans les pays où l'avortement provoqué est illégal, la Conférence de Maurice préconise notamment :

- la collecte des données sur les grossesses non désirées ainsi que sur l'incidence et les conséquences des avortements à risque ;
- l'offre de services de PF post-abortum de qualité.

A l'issue de cette analyse de la problématique de la SR en Afrique et au Sénégal, il convient d'en arriver maintenant à la question plus spécifique des interruptions de grossesse.

---

<sup>20</sup> La Conférence de Maurice, Les avortements à risque et la planification familiale post-abortum en Afrique, IPPF/Région Afrique, 1994, 36p., pp. 2-3 et 5

#### ***IV/ REVUE DES ASPECTS CLES RELATIFS A L'AMPLEUR, AUX DETERMINANTS ET CONSEQUENCES DES AVORTEMENTS A RISQUE AU SENEGAL***

L'avortement n'est pas une manifestation de nos sociétés contemporaines contrairement aux idées reçues car elle est une pratique très ancienne. En effet, dès les temps les plus reculés, des traces de cette pratique ont été retrouvées.

Selon Anne Marie Dourlen-Rollier<sup>21</sup>, « la référence la plus ancienne connue remonte à 3.000 ans avant Jésus Christ et a été découverte dans les archives royales de Chine ».

Si l'avortement est donc une pratique ancienne, son ampleur a toujours été difficile à déterminer dans toutes les sociétés et à toutes les époques compte tenu de son caractère sensible et tabou. Le Sénégal ne fait pas exception à la règle comme va le montrer la revue de littérature sur les aspects relatifs à l'ampleur des avortements à risque.

#### **4.1. Ampleur des avortements à risque au Sénégal :**

L'évaluation de l'ampleur des avortements à risque au Sénégal n'est pas chose aisée étant donné la rareté des recherches consacrées à cette question. Par ailleurs, la plupart des rares études disponibles sur cet aspect ne portent que sur les avortements recensés au niveau des structures sanitaires. Il en résulte une sous-estimation de la prévalence réelle des avortements car d'après F.M. Coeytaux<sup>22</sup>, « les chiffres retrouvés dans les hôpitaux ne sont que la partie visible de l'iceberg ». Ce constat est confirmé par le professeur F. Diadiou<sup>23</sup>

---

<sup>21</sup> Avortement et contraception, Colloque des 11 et 12 mars 1971, Editions de l'Institut de Sociologie, Université libre de Bruxelles, 1972, 191p., communication de A..M. Dourlen-Rollier sur « avortement », p.19

<sup>22</sup> F.M. Coeytaux, L'état de la recherche, in op. Cit., pp.3-7

<sup>23</sup> Fadel Diadiou, E.O. Faye et al, A propos des avortements à risque au Sénégal et au Cameroun, op. Cit., pp. 2-3

en ces termes : «la prévalence des avortements à risque est difficile à estimer pour plusieurs raisons :

- d'une part, l'ensemble des études portent en général sur les données hospitalières alors qu'il existe beaucoup d'avortements à risque avec des complications (décès ou morbidité) non recensés par les services de santé publics ou privés ;
- d'autre part, les thèmes généralement abordés concernent les avortements provoqués clandestins ». En d'autres termes, les autres formes d'avortements à risque (les avortements molaires et les avortements spontanés compliqués) ne sont pas suffisamment pris en compte dans ces études. Par ailleurs, le caractère illégal de la pratique abortive entraîne une sous-estimation de l'ampleur des APC dont une proportion non négligeable n'est recensée nulle part à cause des craintes de sanctions pénales. Après avoir présenté les limites des données sur la prévalence des interruptions de grossesse à risque, il convient de passer maintenant en revue les informations documentaires disponibles sur l'ampleur de ce phénomène au Sénégal.

D'après Papa Demba Diouf<sup>24</sup>, dans le département de Pikine, en 1978, 10 % des femmes de l'échantillon de son étude avaient eu recours à l'avortement contre 30 % en 1986. Il faut rappeler que l'étude de P.D. Diouf est surtout basée sur les données de l'Enquête Sénégalaise sur la Fécondité (ESF) de 1978 et de l'Enquête sur la Mortalité Infantile à Pikine (EMIPK) de 1986. La principale limite de cette étude est qu'aucune distinction n'y est faite entre avortements spontanés et provoqués. Néanmoins, elle présente un intérêt certain dans la mesure où elle permet de se faire une idée sur l'évolution de la prévalence des avortements à Pikine entre 1978 et 1986.

Quant à P.-C. Nimbona<sup>25</sup>, sur une période de onze ans, de 1973 à 1983, il a recensé 12.254 cas d'avortements et d'expulsion de fœtus morts-nés frais ou macérés à la

---

<sup>24</sup> Papa Demba Diouf, Enquête sur l'avortement à Pikine, Direction de la Statistique/Division des Enquêtes et de la Démographie, Fondation Ford, ISTI/USAID, Dakar, septembre 1989, 43p., p.6

<sup>25</sup> P.-C. Nimbona, L'avortement criminel : Etude statistique dans un hôpital dakarais de 1973 à 1983, op. Cit., pp.36-37

maternité du CHU le Dantec de Dakar parmi lesquels 132 cas d'avortements provoqués. Au niveau du service d'anatomie pathologique du même hôpital, il a retrouvé quatre cas d'expertises médico-légales pour avortement clandestin ayant entraîné la mort soit au total 136 cas d'avortements provoqués clandestins certains survenus à l'hôpital le Dantec de 1973 à 1983. Si la thèse de Nimbona présente un intérêt incontestable puisqu'elle porte sur une enquête rétrospective couvrant une période de onze ans, elle comporte des limites certaines. En effet, cette recherche est uniquement basée sur des données hospitalières qui ne montrent que la partie visible de l'iceberg. Par ailleurs, les dossiers des patientes consultés par ce chercheur mentionnent rarement leur situation matrimoniale d'où la difficulté de connaître les caractéristiques socio-démographiques des femmes recourant à l'avortement au moment de leur acte.

D'après les données de la thèse de Filbert Koly<sup>26</sup>, de février 1988 à décembre 1989, à la Clinique Gynécologique et Obstétricale (CGO) du CHU le Dantec, les avortements provoqués clandestins (APC) représentaient 1 % des accouchements ; 6,6 % des avortements et 1,3 % des décès maternels. Au cours de cette période, F. Koly avait recensé au total 133 cas d'APC au niveau de la CGO. Il reconnaît lui-même les limites de son enquête en ces termes : de par la spécificité du CHU le Dantec, "il s'est opéré 2 biais de sélection : le cadre draine en majorité des indigentes et seuls les cas graves d'APC y accèdent".

Ces résultats, même s'ils ne concernent que le milieu hospitalier, confirment la relative fréquence des avortements y compris les APC au Sénégal.

F. Diadiou<sup>27</sup> mentionne que «les avortements provoqués clandestins (APC) représentent au moins 19 % des avortements hospitalisés et peut-être 23,8 % des avortements ». Il faut rappeler que cette étude concerne tous les cas d'avortements recensés par le personnel de santé au niveau des structures sanitaires suivantes : la CGO du CHU le Dantec, le Centre

---

<sup>26</sup> Filbert Koly, L'avortement provoqué clandestin : Aspects actuels et perspectives à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar, Thèse de doctorat en médecine, Université de Dakar, 1991, 117p., pp.27-32



hospitalier municipal Abass Ndao, le Centre de santé Dominique de Pikine et l'hôpital Principal de Dakar de mars 1993 à février 1994. L'une des premières limites de cette recherche est qu'elle concerne uniquement des structures de santé dans la région de Dakar. Malgré son intérêt indéniable car les hôpitaux dakarois reçoivent souvent des patientes venant d'autres régions, elle ne permet cependant pas d'estimer la prévalence des avortements à risque pour tout le Sénégal. Par ailleurs, cette enquête ne porte que sur des données hospitalières. Cependant, l'un des principaux acquis de cette étude est qu'elle procède à une analyse de la proportion des APC parmi tous les cas d'avortements recensés au niveau des quatre sites de référence dakarois précités. Il apparaît donc qu'avec près de quart de l'ensemble des avortements et du cinquième des avortements hospitalisés, les APC représentent un important fléau social et un problème majeur de santé publique au Sénégal.

Le rapport sur les statistiques sanitaires et démographiques publié par le Ministère de la Santé<sup>28</sup> donne également des indications sur l'ampleur des avortements à risque au Sénégal. Pour l'année 1994, ce rapport recense au total 5.403 cas d'avortements au Sénégal dont 4.606 dans les districts sanitaires et 797 dans les hôpitaux. Cependant, ces données statistiques comportent des insuffisances liées au fait que les cas d'avortements n'ont pas été déclarés et pris en compte pour les hôpitaux des régions de Dakar et Kaolack. Il en est de même pour les districts sanitaires et l'hôpital dans celle de Ziguinchor.

En d'autres termes, les tableaux statistiques figurant dans ce rapport ne comportent pas de données sur les cas d'interruptions de grossesse au niveau des hôpitaux des régions de Dakar, Kaolack et Ziguinchor. Aucune distinction n'est également faite dans ces tableaux entre avortements spontanés et provoqués.

Pour l'année 1995, le rapport du Ministère de la Santé estime qu'au total, 7.935 cas d'avortements ont été recensés au Sénégal dont 5357 dans les districts sanitaires et 2.578 dans les hôpitaux. Ces statistiques sont également partielles car elles ne portent que sur des

---

<sup>27</sup> Fadel Diadiou, E.O. Faye et al., Mortalité et morbidité liées aux avortements provoqués clandestins, op. cit., p.11

données provenant des structures sanitaires et pour cette année 1995, les cas d'avortements survenus au niveau des hôpitaux des régions de Diourbel et Ziguinchor n'ont pas été pris en compte. Il n'y a pas non plus de distinction entre avortements spontanés et provoqués.

Dans une autre étude, le professeur F. Diadiou<sup>29</sup> et son équipe estiment qu'au Sénégal, en 1992, la prévalence des avortements est de 21760 cas dont 13.056 cas d'avortements spontanés et 8.704 cas d'avortements provoqués. Ces chiffres, même s'ils ne montrent que la partie visible de l'iceberg, prouvent que les avortements sont un phénomène très important au Sénégal d'autant plus qu'ils ne prennent pas en compte les nombreux cas d'interruptions de grossesses survenant en milieu non hospitalier. Sur la base des études hospitalières (thèses en médecine) réalisées par F. Koly<sup>30</sup> et A.N. Traoré<sup>31</sup>, l'équipe du professeur F. Diadiou souligne que "17,7 % des gestantes présentent des avortements au CHU le Dantec. L'avortement est le plus souvent spontané (1.118 cas au total) que provoqué (125 cas au total). (...). Le rapport d'avortement c'est-à-dire la proportion des avortements par rapport aux naissances vivantes est de 24,06 %. Seuls 2 cas d'avortements thérapeutiques ont été recensés en 1989 contre 70 cas d'avortements molaire". Ces données indiquent l'acuité des problèmes de SR des femmes d'autant plus que près du cinquième des gestantes sont concernées par les avortements au niveau de l'hôpital le Dantec. Ces chiffres prouvent que la maternité sans risque n'est pas encore une réalité au Sénégal et que les grossesses précoces, rapprochées ou tardives continuent à allonger la liste des victimes de la morbidité et mortalité maternelles. Les niveaux relativement élevés d'APC enregistrés indiquent la persistance de cette pratique malgré les risques de sanction pénale auxquelles s'exposent les femmes qui y ont recours. C'est le problème des grossesses socialement non désirées qui est ainsi posé avec toutes ses implications socio-sanitaires parmi lesquelles les avortements provoqués figurent en bonne place.

---

<sup>28</sup> Statistiques sanitaires et démographiques : années 1994-1995, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale/Direction de l'Hygiène et de la Santé Publique/Division des Statistiques, Dakar, juillet 1996, 100p.,

<sup>29</sup> Fadel Diadiou, E.O. Faye et al., A propos des avortements à risque au Sénégal et au Cameroun, op. cit., p.14

<sup>30</sup> F. Koly, L'avortement provoqué clandestin : aspects actuels et perspectives à la CGO du CHU de Dakar, op. cit.

<sup>31</sup> A.N Traoré, Bilan statistique et épidémiologique des urgences obstétricales et gynécologiques au CHU le Dantec (1989), Dakar, thèse médecine, UCAD, 1992

Au terme de cette revue critique de l'information documentaire relative à l'ampleur des avortements à risque au Sénégal, il apparaît donc que ce phénomène pose un véritable problème de santé publique comme l'indiquent les statistiques de prévalence abortive susmentionnées. Ces chiffres auraient même dus être plus élevés si la plupart des études consultées ne s'étaient pas limitées aux données hospitalières et si elles couvraient l'ensemble du pays. En d'autres termes, l'ampleur des avortements à risque y est sous-estimée d'autant plus que le professeur F. Diadhio<sup>32</sup> regrette qu'"il n'existe pas de rubriques bien distinctes au niveau des supports de santé maternelle et infantile/planification familiale (SMI/PF) pour les avortements spontanés compliqués, provoqués et molaires".

Quelles sont les caractéristiques socio-économiques et démographiques des femmes concernées par ces avortements à risque ? C'est à cette question que nous allons tenter de répondre maintenant sur la base de la documentation disponible.

#### **4.2. Profil des patientes présentant des complications liées à un avortement**

L'analyse du profil des femmes présentant des complications liées à un avortement permet de mieux appréhender les conditions socio-économiques de la population la plus exposée aux risques d'interruption de grossesse.

En ce qui concerne les avortements provoqués recensés par P.-C. Nimbona<sup>33</sup> à l'hôpital le Dantec de 1973 à 1983, près de 70 % des femmes concernées étaient âgées de 14 à 23 ans. Plus de la moitié (58,08 %) en étaient à leur première grossesse. Seule une faible minorité (3,67 %) a recouru à l'APC après deux grossesses.

A la lumière des résultats de la recherche de Nimbona, il apparaît donc que la plupart des femmes recourant à l'avortement provoqué clandestin sont très jeunes.

---

<sup>32</sup> Fadel Diadhio, E.O. Faye et al., A propos des avortements à risque au Sénégal et au Cameroun, op. cit., p.5

Ces résultats sont confirmés par Anne Jean Bart<sup>34</sup> qui souligne que les femmes concernées par les APC sont plutôt jeunes (22 ans en moyenne) et en sont pour la plupart à leur première grossesse. Elle ajoute qu'il s'agit surtout de femmes non mariées et qu'elles sont en majorité sans profession.

Si l'étude rétrospective de Nimbona n'a pas permis d'appréhender la situation matrimoniale des femmes traitées pour complications d'APC, l'enquête d'A.J. Bart pêche par la faiblesse de la taille de son échantillon (10 cas d'APC seulement).

L'étude du Professeur Diadiou<sup>35</sup> et de son équipe donne également des informations sur le profil des femmes traitées pour complications d'avortements au niveau des quatre sites de référence dakarois suivants : CHU le Dantec, hôpital Principal, centre hospitalier municipal Abass Ndao de Dakar et centre de santé Dominique de Pikine de mars 1993 à février 1994. Les résultats de cette enquête révèlent que 60 % des femmes ayant recouru aux APC ont moins de 25 ans. Leur âge moyen est de 21,4 ans contre 28,3 ans pour celles concernées par les avortements spontanés. Il apparaît donc que les cas d'APC sont beaucoup plus jeunes que les autres cas d'avortements à risques. Cette situation peut être due au nombre important d'adolescentes recourant aux APC pour mettre fin à une grossesse non désirée, souvent hors mariage. Cette hypothèse explicative semble d'ailleurs confirmée par les résultats de cette recherche car il y a beaucoup plus de femmes non mariées parmi celles hospitalisées pour complications d'APC (76 % des cas d'APC de l'échantillon) que chez celles traitées pour avortements spontanés. En effet, trois patientes sur quatre admises pour complications d'avortement provoqué ne sont pas mariées.

Par ailleurs, il y a plus de femmes au foyer parmi les cas d'avortements spontanés que chez celles concernées par les APC. Il apparaît également que la plupart des cas d'avortements à

---

<sup>33</sup> P.C. Nimbona, L'avortement criminel, op. cit.

<sup>34</sup> Anne Jean Bart, Les victimes de la conspiration du silence, in "Le Soleil", n° 3909, 5 mai 1983, pp.4-5

<sup>35</sup> Fadel Diadiou, E.O. Faye et al., Mortalité et morbidité liées aux avortements provoqués clandestins dans quatre sites de référence dakarois au Sénégal, op cit., pp.11-18

risque sont d'origine urbaine (68,3 %) et suburbaine (25,7 %). Seules 6 % de ces femmes viennent du milieu rural.

L'étude du professeur Diadhiou montre également que plus des 2/3 des femmes hospitalisées pour APC ont un certain niveau d'instruction contrairement à celles traitées pour avortements spontanés qui n'ont aucun niveau d'instruction dans plus de 50 % des cas. Quant à la religion, elle n'est pas corrélée au type d'avortement. D'après ces mêmes chercheurs, près de la moitié des femmes admises pour complications d'APC sont des nulligestes (c'est-à-dire en sont à leur première grossesse) contrairement à celles traitées pour avortements spontanés. Il apparaît également à travers cette enquête que «les femmes hospitalisées pour avortements provoqués ne désiraient pas leurs grossesses dans la majorité des cas (86,7 %) ; ce qui n'est pas le cas pour celles hospitalisées pour avortements spontanés». Cette situation n'est pas surprenante dans la mesure où les femmes recourent aux APC pour mettre souvent fin à une grossesse socialement non désirée alors que les avortements spontanés ne sont pas prémédités et surviennent même si la grossesse est désirée et planifiée. Cette hypothèse est également confirmée par les résultats de cette étude qui révèlent que «les femmes hospitalisées pour avortements provoqués planifient rarement leurs grossesses contrairement à celles admises pour avortements spontanés. Par ailleurs, 91,7 % des patientes traitées pour complications d'avortement (quelqu'en soit le type) n'ont pratiqué aucune méthode contraceptive le mois précédant cette grossesse. Seule une femme traitée pour complications d'APC sur dix fait suite à un échec de la contraception. Ces résultats signifient que la PF constitue le meilleur moyen de prévention des avortements à risque dont la plupart ne surviennent qu'en l'absence de pratique contraceptive. Cette faible pratique contraceptive s'explique par le fait que la majorité des patientes concernées par les avortements provoqués (53,3 %) ne connaissent pas les méthodes de contraception. Cette étude du professeur Diadhiou et de son équipe permet donc une analyse comparative du profil des femmes traitées pour complications d'APC et de celles concernées par les avortements spontanés. Elle confirme les résultats des recherches précitées quant à la jeunesse des femmes recourant aux avortements provoqués.

Les résultats de la thèse de Koly<sup>36</sup> montrent que les groupes d'âge les plus concernés par les APC sont celui des 20 - 22 ans (28,57 % du total) et les adolescentes âgées de 14 à 19 ans (21,80 % des cas). L'âge moyen de ces femmes est de 23 ans.

Il apparaît également que 38,34 % des femmes admises pour complications d'APC n'ont pas d'enfants vivants tandis que 39,84 % de celles-ci ont un enfant vivant. 36,24 % de ces femmes sont sans profession ; 22,55 % exercent des emplois de domestique ; 14,28 % vont encore à l'école. La majorité de ces patientes traitées pour complications d'APC proviennent des zones suburbaine (59,39 %) et urbaine (36,09 %). Seules 7,51 % sont d'origine rurale. La pratique contraceptive est quasi nulle chez ces femmes durant le mois précédant la manoeuvre abortive. Par ailleurs, la plupart des cas d'APC sont des célibataires (73,68 % du total). Enfin, 45,11 % des partenaires de ces dernières ont un niveau socio-économique relativement faible avec des revenus mensuels inférieurs à 70.000 F Cfa.

La thèse de F. Koly confirme que les femmes recourant aux APC sont plutôt jeunes, non mariées, d'origine urbaine ou suburbaine et vivant dans une situation socio-économique relativement précaire. Le recours aux APC met donc souvent fin à une grossesse socialement non désirée (hors mariage) en l'absence d'une pratique contraceptive significative. Cette conclusion partielle est d'ailleurs étayée par la revue Famille et Développement<sup>37</sup> en ces termes : «la clientèle des avorteurs est jeune. Ce sont en général les adolescentes du milieu scolaire et des catégories socio-économiques à revenus très modestes».

Cette présentation du profil des femmes concernées par les avortements à risque nous permet de passer maintenant à l'analyse des déterminants de la pratique abortive au Sénégal.

---

<sup>36</sup> Filbert Koly, L'avortement provoqué clandestin, op. cit., pp.33-40

<sup>37</sup> L'avortement clandestin in « Famille et Développement », n° 18, avril 1979, Dakar, pp. 27-43

### **4.3. Déterminants de la pratique abortive**

La pratique abortive est essentiellement due à des déterminants sociaux et médicaux.

#### **a/ Déterminants socio-économiques et culturels**

Si les avortements surtout les APC constituent un problème majeur de santé publique, ils sont avant tout un phénomène de société largement déterminé par un faisceau de facteurs socio-culturels et économiques. L'analyse de ces déterminants sociaux permet donc une meilleure compréhension de cette pratique et la définition de stratégies de prévention appropriées.

En effet, selon F. Diadhiou<sup>38</sup>, «pour interrompre la grossesse, plusieurs motifs sont invoqués : social dans 44,8 % (crainte des parents et des critiques de l'entourage) ; limitation de naissances dans 27,6 % des cas (...) Les raisons évoquées prouvent que les considérations socio-culturelles et économiques sont de loin les plus importantes et ceci chez les femmes d'âge jeune posant le problème de la mise en œuvre de stratégies adéquates pour prévenir les grossesses indésirées».

Papa Demba Diouf<sup>39</sup> semble partager le même point de vue car il souligne que les facteurs sociaux de l'APC occupent une place prépondérante au Sénégal surtout en cas de grossesse hors mariage. Il ajoute que les taux les plus élevés d'avortement à Pikine ont été recensés chez les femmes dont le partenaire est absent pour longue durée et chez celles dont la résidence du partenaire est indéterminée. D'autres facteurs socio-économiques ont également été identifiés à Pikine en 1986 par le même auteur notamment le long chômage du mari ou les difficultés financières du partenaire car les enfants sont parfois perçus en termes de coûts économiques (alimentation, santé et éducation).

---

<sup>38</sup> Fadel Diadhiou, E.O. Faye et al., Mortalité et morbidité liées aux avortements provoqués clandestins dans quatre sites de référence dakarois au Sénégal, op. cit., p.44

<sup>39</sup> Papa Demba Diouf, Enquête sur l'avortement à Pikine, op. Cit., p.44

Ces analyses sur la prédominance des déterminants socio-économiques des APC au Sénégal et plus généralement en Afrique subsaharienne sont également confirmées dans Famille et Développement<sup>40</sup>. En effet, l'avortement y apparaît comme une manifestation du changement social, de l'affaiblissement du contrôle social et de l'effritement de la structure familiale en milieu urbain. En d'autres termes, «l'avortement est dû aux problèmes de l'inadaptation à la vie urbaine parmi les personnes récemment arrivées du milieu rural, de la promiscuité urbaine, de l'inaccessibilité des services de santé pour certaines couches sociales, de la pauvreté et de l'éclatement de la famille». Par ailleurs, la libéralisation des mœurs surtout sexuelles liée à l'influence de la télévision et du cinéma en ville expose les jeunes aux risques accrus de grossesses non désirées en l'absence d'un accès de ce groupe-cible aux services de PF. Cette situation est aggravée par la quasi inexistence de systèmes de prestations sociales pour les élèves ou étudiantes en état de grossesse, la menace d'interruption de leurs études (exclusion de l'école) et l'effritement de l'éducation familiale de base. Les tabous sur la sexualité rendent pratiquement impossible toute communication entre parents et enfants sur les risques liés à une pratique sexuelle précoce.

Ce constat est étayé par Assa Diagne<sup>41</sup> qui mentionne que l'augmentation des cas d'APC «s'explique par les profondes mutations que subissent nos sociétés en évolution vers le modernisme» se traduisant notamment par l'abaissement de l'âge des premiers rapports sexuels. Des facteurs psycho-sociologiques des APC ont été identifiés par Serigne M. Mbaye<sup>42</sup> qui souligne que "toute société accepte la maternité dans un cadre bien déterminé. En dehors de celui-ci, il y a un rejet de la part du groupe social. Les avortements nombreux et clandestins s'expliquent par le sentiment de culpabilité de la patiente".

Quant à F. Koly<sup>43</sup>, il révèle dans sa thèse précitée que les femmes recourant aux APC justifient leur décision par les motifs suivants :

---

<sup>40</sup> L'avortement clandestin, in «Famille et Développement », op. cit.,, pp.27-43

<sup>41</sup> Assa Diagne, Médicaliser l'avortement, in «Vie et Santé », n° 7, avril 1991, p2

<sup>42</sup> Serigne Mor Mbaye, Le pire, c'est l'angoisse, in « Wal Fadjri », n° 1112, 28 novembre 1995, p.6

<sup>43</sup> F. Koly, L'avortement provoqué clandestin, op. cit.



- ➔ le refus de maternité pour des raisons personnelles dans 25,56 % des cas ;
- ➔ la crainte des parents dans 21,06 % des cas ;
- ➔ la peur des critiques de l'entourage pour 20,30 % d'entre elles ;
- ➔ la peur des conséquences négatives de la grossesse sur la poursuite de leurs études pour 17,29 % d'entre elles.

Au terme de cette revue de la documentation sur les déterminants non-médicaux de l'avortement, il apparaît donc que les APC constituent un véritable fait social trouvant leur origine dans la structure et la dynamique de la société au Sénégal et plus généralement en Afrique. Les avortements provoqués sont souvent l'issue dramatique des grossesses socialement non désirées auxquelles sont de plus en plus exposées les adolescentes des villes sénégalaises, théâtre de profondes mutations sociales. En d'autres termes, la multiplication des APC peut être liée à la désorganisation sociale qui, selon Nafissatou J. Diop<sup>44</sup>, "fait partie intégrante de la théorie générale de la modernisation. Cette dernière stipule l'affaiblissement des structures traditionnelles et le relâchement du contrôle des aînés sur les jeunes dans la famille".

Les facteurs socio-économiques liés à la peur de la marginalisation sociale ne semblent pas prédominants au niveau des déterminants des avortements spontanés même si la plupart des études disponibles mettent l'accent sur l'analyse explicative des APC. En effet, les femmes concernées par les avortements spontanés sont souvent mariées et relativement plus âgées selon les résultats de l'étude précitée de F. Diadiou au niveau de quatre sites de référence dakarois. La crainte des critiques de l'entourage n'est donc pas dans ce cas un facteur déterminant car il s'agit ici souvent de grossesses socialement légitimes et désirées. Les déterminants des avortements spontanés semblent plutôt liés à la faiblesse de la pratique contraceptive constatée au Sénégal et à son corollaire les grossesses à risque (nombreuses, précoces, tardives ou rapprochées). Les déterminants sociaux des avortements spontanés semblent plutôt découler de la survalorisation de la fonction reproductive chez la femme sénégalaise qui l'expose ainsi à la multiplication des grossesses à risque. Ces grossesses peuvent déboucher sur des avortements spontanés surtout lorsque l'état nutritionnel et

sanitaire de la femme laissent à désirer. En effet, l'enquête susmentionnée de l'équipe du professeur Diadiou révèle que les cas d'avortements spontanés sont plus fréquents chez les multipares (46,9 %) que chez les primipares (5,7 %).

La conclusion partielle de ce point sera empruntée à Barbara Barnett<sup>45</sup> qui souligne qu'"en dépit du risque de maladies, de stérilité et de décès, pour un grand nombre de jeunes filles, les craintes associées à une grossesse non désirée l'emportent sur les dangers d'un avortement à haut risque : crainte d'être réprochées par leurs parents, d'être abandonnées par un petit ami ou un mari, peur des responsabilités financières et affectives liées à l'éducation d'un enfant, peur d'être renvoyées de l'école ou de ne pas pouvoir se marier si elles ont un enfant naturel".

### **b/ Déterminants médicaux de la pratique abortive**

L'accent est mis par les auteurs des publications consultées sur les moyens et les circonstances de la pratique abortive provoquée clandestinement. La répartition des avortements selon l'âge, le nombre d'accouchements antérieurs, le devenir de la grossesse précédente et la planification ou non de la grossesse ont été étudiées par l'équipe de F. Diadiou au niveau des quatre sites de référence dakarois précités.

#### **\* Les moyens utilisés**

Efficaces ou inefficaces, bons ou mauvais, tous les moyens ont été tentés par les avorteurs. Il y a une réelle difficulté à rassembler et à classer tous les moyens employés par ces derniers. Nimbona et Koly les classent en : manoeuvres et substances abortives.

---

<sup>44</sup> Nafissatou J. Diop, La fécondité des adolescentes au Sénégal, UEPA, Dakar, mars 1995, 20p., p.2

### **- Les manoeuvres abortives :**

Il s'agit surtout des manoeuvres endo-utérines classiques par introduction de sonde dans 72,89 % des cas, usage de curette dans 9,34 % ; pose de laminaire (9,34 %) et injection intra-utérine de liquide dans 1,6 % des cas (thèse de Koly)

Il y a également la manoeuvre endo-vaginale atypique à base de permanganate de potassium (2,8 % des cas) et l'introduction intra-utérine de bout de bois (1,86 % des cas).

Un cas de pose de dispositif intra-utérin (DIU) et 1 cas de pose d'élément de médecine traditionnelle ont été relevés par cet auteur.

Toutes ces méthodes visent à provoquer par un procédé direct sur l'oeuf, la mort de ce dernier suivi de son expulsion de la cavité utérine. L'aspiration endo-utérine est une méthode d'évacuation qui se répand de plus en plus.

### **- Les Substances abortives**

Elles sont d'apparition plus récente. Il s'agit essentiellement des substances antiprogestatives dont l'action s'oppose à celle de la progestérone, hormone de la grossesse. D'autres sont déjà utilisées comme l'extrait post-hypophysaire et les prostaglandines F<sub>2</sub>. Koly relève 8 cas de prise d'hormones dans un but abortif ; les doses et composition n'ont pu être déterminées et le résultat a été un échec.

Il a en outre noté un cas de prise de chloroquine ; le résultat fut également un échec ayant motivé le recours à une autre méthode. Les sels de quinine sont affublés non seulement de propriétés abortives mais également d'un pouvoir anticonceptionnel ; les cas de décès par intoxication à la chloroquine sont nombreux parmi celles ayant tenté un avortement par cette méthode.

---

<sup>45</sup> Barbara Barnett, Les jeunes s'exposent souvent à des avortements à haut risque, in "Network en français", Family Health International, vol. 9 n°1, janvier 1994, pp.13-17

Les substances végétales : persil, ergot de seigle, feuille de "Neem", de Mbantamaré et les racines de plusieurs plantes sont utilisées par les avorteurs.

Il faut noter que la dose abortive efficace est souvent voisine de la dose létale et quelques imprudentes en ont fait les frais.

**\* Profession de l'agent avorteur :**

Selon Koly, 69,17 % des agents ayant exécuté la manoeuvre sont des paramédicaux contre 5,6 % de médicaux. Par ailleurs, 15,05 % de femmes se sont données elles-mêmes l'avortement. Dans 8,27 % des cas, l'agent avorteur est un non médical.

**\* Lieu de la manoeuvre :**

D'après cet auteur,

⇒ dans 70,68 % des cas, elle a lieu au domicile de l'avortée ou de l'avorteur dans des conditions septiques douteuses

⇒ dans 14,29 % des cas, à l'hôpital de façon clandestine

⇒ dans 10,53 % ,dans un poste de santé

⇒ dans 4,51 % , dans une clinique privée.

**\* Moment de la consultation :**

Koly retrouve dans sa thèse pour la maternité de le Dantec un fort taux de recrutement les mercredi et samedi qui sont des jours peu chargés dans les emplois du temps scolaires.

**\* Déterminants démographiques et antécédants gynécologiques :**

D'après les résultats de l'enquête susmentionnée au niveau de quatre sites de référence dakarois, l'âge moyen des femmes traitées pour complications d'avortement provoqué est de 21 ans contre 28 ans pour les cas d'avortements spontanés. Par ailleurs, 60 % des APC

ont moins de 25 ans contre 30 % pour les cas d'avortement spontanés. Il apparaît donc que les femmes recourant aux APC sont plus jeunes que celles concernées par les avortements spontanés.

En ce qui concerne la répartition des avortements selon le nombre d'accouchements antérieurs, il y a plus d'avortements spontanés chez les multipares (46,9 %) que chez les primipares (5,7 %). Par contre, les cas d'avortements provoqués sont plus fréquents chez les primipares (31,1 %) que chez les multipares (17,2 %).

F. Diadhiou et son équipe ont également constaté qu'environ 50 % des patientes admises pour complications d'APC en étaient à leur première expérience gestationnelle.

Enfin, les femmes recourant aux APC sont celles qui planifient rarement leurs grossesses. Il en est de même pour celles concernées par les avortements spontanés.

A l'issue de cette analyse des déterminants des avortements, il convient d'en arriver maintenant aux conséquences de ce phénomène.

#### **4.4. Conséquences des avortements**

Les conséquences des interruptions de grossesse peuvent être classées en deux grandes catégories : les impacts socio-économiques d'une part et les risques médicaux liés aux avortements d'autre part.

##### **a/ Impacts socio-économiques des avortements**

Les avortements à risque sont aujourd'hui une véritable tragédie humaine comme le prouve la gravité de leurs conséquences sur le plan socio-économique.

Selon I. Sakho<sup>46</sup>, les interruptions de grossesse "peuvent aboutir à la stérilité, à l'infertilité (...) et aux troubles psychologiques" parmi une diversité d'effets néfastes.

Pire encore, l'avortement tue et est responsable d'une part importante des décès maternels enregistrés dans le monde et plus particulièrement au Sénégal. En effet, l'OMS<sup>47</sup> estime que "les complications de l'avortement sont responsables d'environ 14 % des quelques 500.000 décès maternels enregistrés chaque année dont 99 % dans les pays en développement".

Au Sénégal, selon le professeur F. Diadhiou<sup>48</sup>, en 1989, à la CGO du CHU le Dantec, les APC représentaient 1,3 % des décès maternels. Pour la même année 1989, A. N. Traoré, dans sa thèse au niveau du même hôpital citée par F. Diadhiou<sup>49</sup>, estimait le taux de mortalité maternelle par avortement à 7,95 %.

Dans tous les cas, ces chiffres sous-estiment les niveaux de mortalité maternelle par avortement au Sénégal car ils sont basés sur des données hospitalières et ne prennent donc pas en compte les nombreux décès maternels faisant suite aux interruptions de grossesse survenant en milieu non hospitalier. Quoiqu'il en soit, ces taux indiquent la gravité des conséquences mortelles de l'avortement, avec toutes leurs implications sur l'organisation familiale et sociale.

En effet, les avortements à risque et la mortalité maternelle post-abortum ont des effets néfastes sur l'équilibre et les fonctions de la famille. Etant donné le rôle central des mères dans l'éducation, les soins et l'alimentation des enfants, leur disparition prématurée est un facteur de déséquilibre familial et elle entrave la bonne exécution des fonctions de cette structure sociale de base. La mortalité maternelle par avortement (ou d'autres causes) comporte également des effets négatifs certains sur le plan économique compte tenu de

---

<sup>46</sup> Ibrahima Sakho, Une tragédie humaine, in "Wal Fadji", n° 1112, 28 novembre 1995, p.6

<sup>47</sup> Prise en charge clinique des complications de l'avortement : Guide pratique, OMS, Genève, 1997, 81p., p.2

<sup>48</sup> Fadel Diadhiou, E.O. Faye et al., Mortalité et morbidité liées aux avortements provoqués clandestins dans quatre sites de référence dakarois au Sénégal, op. cit., pp.5 - 39

<sup>49</sup> Fadel Diadhiou, E.O. Faye et al., A propos des avortements à risque au Sénégal et au Cameroun, op. cit., p.36

l'importance de la contribution des femmes aux activités productives et au développement socio-économique au Sénégal.

Mais, l'un des impacts sociaux les plus dramatiques des avortements est la stérilité dans une société caractérisée par la "puissance du désir de maternité". Dans la mesure où la société sénégalaise survalorise encore la fonction reproductive chez la femme, la stérilité est donc une véritable tragédie. Elle prive cette dernière d'un statut social valorisé et compromet ses chances de mener une vie familiale épanouie compte tenu du rôle des enfants dans la stabilisation des ménages. La marginalisation sociale de la femme stérile, parfois considérée comme impure et accusée d'avoir commis une faute grave, suscite chez cette dernière un sentiment de culpabilité impliquant de réels risques de rupture de l'équilibre psychique.

L'avortement a donc des conséquences psychologiques. A ce propos, dans la revue *Famille et Développement*<sup>50</sup>, il est souligné que le prix payé par les femmes victimes des interruptions de grossesse "est excessif que ce soit en termes d'angoisse, de peine morale et physique, ou en termes d'argent". Cette dernière idée suggère l'existence d'un important coût économique de l'avortement aussi bien pour les individus que pour la communauté. En effet, Laurie Liskin<sup>51</sup> mentionne que "les complications liées à l'avortement peuvent constituer un lourd fardeau pour des établissements de santé limités, les banques de sang et le personnel médical spécialisé". Cette dernière idée pose déjà les problèmes liés aux procédures et coûts de la prise en charge des patientes présentant des complications post-abortum.

### **b/ Risques médicaux liés aux avortements**

L'avortement à risque, véritable problème de santé publique, est responsable d'un taux non négligeable de décès maternels et de morbidité.

Les différents auteurs distinguent principalement deux grands types de conséquences médicales :

---

<sup>50</sup> L'avortement clandestin, in "Famille et Développement", op. cit., pp.27-43

- les conséquences physiques
- les conséquences psychiques

### **b1/ Conséquences physiques**

Les principales conséquences physiques de l'avortement sont les suivantes :

- les complications immédiates
- les complications secondaires
- les complications tardives

#### ◆ Complications immédiates

⇒ **mort subite ou rapide :**

Elle peut survenir par plusieurs mécanismes :

- \* par inhibition due à un réflexe cervicovulvaire lors de la dilatation du col

Il s'en suit un arrêt des centres cardiaques et respiratoires d'ordre réflexe.

Deux illustrations ont été retrouvées dans la thèse de Nimbona qui, après avoir consulté au service d'anatomie pathologie les dossiers de nécropsie de femmes décédées de manière suspecte relate brièvement les circonstances de découverte du cadavre.

- dossier n° 1 = F.S 20 ans D.C.D le 23-7..... vers 14 h à l'hôpital Aristide Le Dantec.

L'autopsie effectuée en présence d'un agent judiciaire retrouve un utérus gravide d'1 mois et demi, contenant en plus un fragment de laminaires.

- dossier n° 2 = M.B.N. 24 ans DCD le 23-08.....

L'autopsie effectuée le même jour montre un décès survenu par collapsus cardiovasculaire suite à un choc sympathique par manoeuvre endo-utérine dans un but vraisemblable d'avortement clandestin.

---

<sup>51</sup> Laurie Liskin, Prévention et maîtrise des complications liées à l'avortement spontané ou provoqué, in "Planification familiale : méthodes et pratiques pour l'Afrique", Atlanta, 1985, pp.247-256



La mort subite peut survenir par embolie gazeuse, liquidienne ou mixte, ou encore par désinsertion placentaire et pénétration de liquide ou du gaz dans les sinus veineux placentaires rompus.

Il peut s'agir d'embolie cardiaque, pulmonaire ou cérébrale.

⇒ **Hémorragie :**

Elle constitue l'un des motifs les plus fréquents de consultation. Plus ou moins abondante externe ou interne, elle peut mettre en jeu le pronostic vital immédiat de la femme.

Koly dans sa thèse précitée note que la fréquence de complications effectives a été pour 90,22 % hémorragiques dont 1 décès par choc hémorragique.

Quant à Nimbona, il présente les dossiers de nombreuses patientes reçues pour complications hémorragiques dans les différents services de l'hôpital Aristide Le Dantec :

- dossier n° 1 = ND, 18 ans élève, nullipare, évacuée de Thiès pour avortement provoqué certain sur une grossesse de 3 mois avec hémorragie abondante.

L'acte avait été provoqué à la maternité de Thiès par introduction d'une sonde. Elle a bénéficié d'une réanimation médicale et curage.

- dossier n° 2 = J.L, 24 ans, ménagère, non mariée, demeurant à la Sicap Rue 10, ayant un enfant vivant, reçue pour hémorragie abondante sur grossesse de 6 mois avec à l'examen un col déchiqueté. Elle expulse d'un fœtus de 6 mois présentant de nombreuses lésions d'apparence traumatique.

L'hémorragie survient par 3 mécanismes :

- décollement placentaire
- rétention placentaire
- lésions vasculaires ou des muqueuses d'origine traumatique.

Elle est le plus souvent associée à d'autres complications telles que les lésions traumatiques qui sont capitales dans le diagnostic de l'avortement provoqué car elles signent l'intervention d'origine externe. Il peut s'agir de perforation utérine qui est l'une des complications les plus fréquentes des manoeuvres abortives ; le siège de la perforation est variable : isthmique, fond utérin. Elle peut être incomplète donnant un abcès utérin ou complète intrapéritonéale avec tableau de pelvipéritonite. La gangrène utérine fait souvent suite à la perforation et son traitement comporte l'hystérectomie.

Koly a noté dans sa série les cas de perforations utérines avec 2 hystérectomies secondaires.

L'existence de ces perforations impose d'explorer la cavité utérine par l'hystéromètre et l'exploration digitale.

En dehors des perforations utérines, les lésions traumatiques peuvent être vaginales ou cervicales. Elles entraînent des hémorragies qu'il faudra dépister par l'examen sous valves.

#### ◆ Complications secondaires

Elles sont dominées par les infections qui constituent la deuxième grande complication dans la série de Koly après les hémorragies : 12,03 %.

Il s'agit d'infections locorégionales, régionales ou générales.

Les infections locorégionales les plus fréquentes sont :

##### - **les infections ovulaires :**

Elles sont responsables d'endométrite aiguë, complication assez fréquente se manifestant par des algies pelviennes, une hyperthermie, des leucorrhés fétides et un utérus douloureux à la mobilisation. Les germes responsables sont souvent les Grams négatifs.

##### - **les infarctus utérins :**

Ils font suite aux injections intra-utérines de substances caustiques diverses (eau savonneuse). Ils se manifestent par un choc, une fièvre variable, une légère défense abdominale suspubienne, un utérus gros, mou et douloureux ainsi qu'un col violacé à

l'examen au spéculum. Le traitement est chirurgical : hystérectomie après réanimation et antibiothérapie.

Les infections régionales sont les salpingites et la pelvipéritonite. Elles associent les douleurs pelviabdominales, troubles du transit, un état infectieux sévère. L'examen retrouve une défense à prédominance pelvienne, un utérus douloureux à la mobilisation, des culs de sac empâtés douloureux. Le traitement est à base de médicament parfois chirurgical, sinon l'évolution peut se faire vers les abcès pelviens ou les péritonites.

Les péritonites peuvent mettre en jeu le pronostic vital de la femme.

Koly a établi des éléments de score à partir de 5 cas de péritonite.

La fièvre retrouvée, dans 50 % des cas progressivement croissante, peut atteindre 40°C. L'accélération du pouls est toujours proportionnelle. Le météorisme abdominal est précoce. La défense abdominale est notée secondairement avec un délai d'installation variant de J1 à J12. Les manifestations respiratoires à type de polypnée superficielle sont présentes dès J2. Dans 2 cas, ont été notés des troubles de la conscience à type d'obnubilation, d'agitation psychomotrice ou de défaillance viscérale à type d'ictère cutanéomuqueux. L'hémogramme chez 5 patientes, a montré 100 % d'anémie avec un taux d'hémoglobline variant entre 7,7 et 4,7 g et 60 % d'hyperleucocytose.

Le diagnostic de péritonite a été posé à J1 dans 3 cas dont 1 décès le même jour et à J7 dans 2 cas. Un délai de 2 jours s'est écoulé entre le diagnostic et l'intervention à cause de difficultés techniques.

L'évolution a été favorable chez 3 patientes. Il y a eu 1 décès par choc septique en post opératoire.

Les infections générales sont les suivantes :

### **- la septicémie et la septicopyohémie :**

Koly et Nimbona relèvent la fréquence des anaérobies et des bacilles gram négatifs qui témoignent des conditions septiques dans lesquelles opèrent les agents avorteurs.

La prise en charge parfois difficile nécessite une réanimation à base de sang frais, antibiothérapie à large spectre bactéricide contre les gram négatifs non néphrotoxique, le curage et/ou l'hystérectomie.

### **- le tétanos post abortum :**

Il n'a pas été retrouvé dans la série de Koly, cela traduirait une certaine technicité préventive de cette complication redoutable par les avorteurs. En effet, Koly relève dans l'interrogatoire des patientes une séroprophylaxie antitétanique pratiquement systématique instituée au cours de la manoeuvre abortive. Seul un cas de tétanos a été retrouvé par l'équipe du professeur Diadhiou dans leur étude précitée au niveau de quatre sites de référence dakarois.

### **- la thrombophlébite des membres inférieurs et les thrombophlébites pelviennes :**

Elles n'ont pas été retrouvées dans les différentes études consultées. Elles peuvent entraîner des embolies pulmonaires.

### **- l'anémie :**

Elle est quasi constante. 9 femmes/10 dans la série de Koly sont anémiées. Elle s'explique par une semaine en moyenne d'hémorragie génitale et s'exprime en intensité par 126 cas d'anémie compensée, 7 cas d'anémie décompensées et 4 cas d'état de choc sur 137 patientes.

Elle a nécessité dans certains cas une réanimation à base de sang frais.

## ◆ Complications tardives

Elles sont très fréquentes et peuvent constituer un lourd handicap pour les patientes. Elles peuvent être classées en deux grands types de conséquences :

### - les conséquences obstétricales :

Ces conséquences sont les suivantes :

- la stérilité secondaire : elle est le plus souvent tubaire par obstruction dûe à l'infection et aux phénomènes inflammatoires. Elle est parfois d'origine utérine par synéchie ou par sténose isthmique. Elle peut être dûe au traitement des complications : hystérectomie.
- les avortements ou accouchements prématurés à répétition par béance cervico-isthmique
- la grande fréquence des grossesses ectopiques comme la grossesse extra-utérine.
- les vices d'insertion placentaire : insertion basse ou placenta praevia avec possibilité d'hémorragie de la délivrance.
- la rupture utérine à l'occasion d'une grossesse ultérieure par désunion d'une cicatrice de perforation connue ou méconnue.

### - les conséquences morbides :

Il s'agit surtout des :

- dysparennies
- algies pelviennes chroniques
- dysménorrhées
- irrégularités menstruelles

## **b2/ Conséquences psychiques**

Dans les avortements provoqués, il existe la possibilité de troubles névrotiques liés à la présence de sentiments de culpabilité, de réactions d'hostilité et de sentiment de frustration. L'avortement peut être décidé dans un moment d'ambivalence, dans un moment de rejet de la grossesse et plus tard le comportement peut être regretté.

Les réactions d'hostilité sont habituelles et perturbent très souvent la relation de la femme avec l'homme. Le dégoût du partenaire et même la rupture avec l'auteur de la grossesse font partie de ces réactions. Elles peuvent se généraliser à l'ensemble du sexe masculin et être le point de départ de problèmes plus ou moins graves de sexualité.

Le sentiment de culpabilité pourrait être cause de suicide dans certains cas ; dans une étude sur l'intoxication aiguë à la chloroquine à Dakar, Kara S. (Thèse Méd Dakar 1984) relève que sur 6 ans, 61,8 % des cas de suicides sont des femmes dont 39,5 % ont entre 15 et 26 ans, une des raisons serait l'avortement provoqué clandestin.

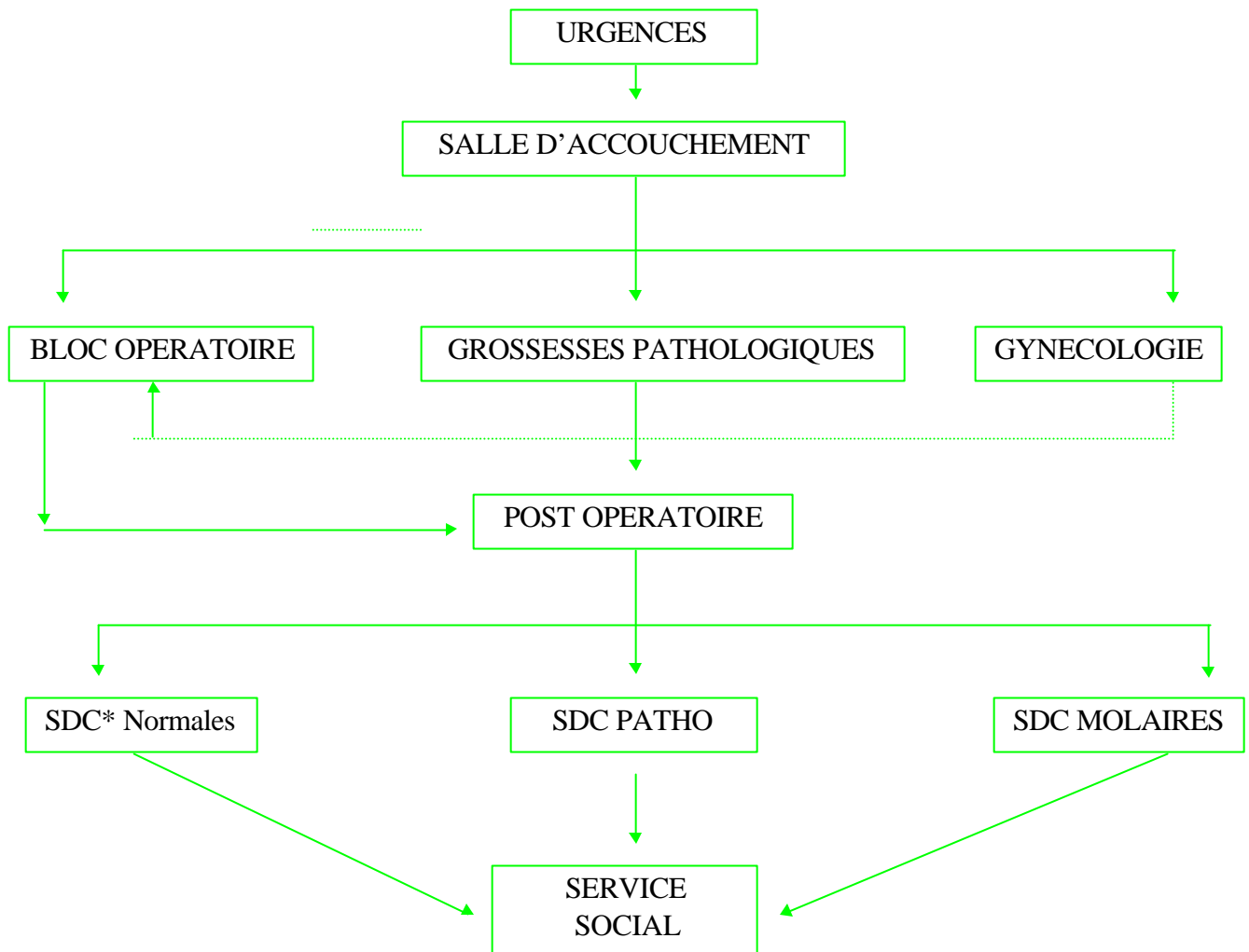
Enfin, la stérilité est la séquelle la plus traumatisante et la plus mal ressentie par une femme ayant subi un avortement provoqué. Au Sénégal quand la nouvelle mariée rejoint le domicile conjugal tous lui souhaitent "Yal na sa lal tooy" : que Dieu t'accorde le privilège d'une nombreuse progéniture. Si ce n'est pas le cas, la femme est considérée comme impure et accusée d'avoir commis une faute grave. Dans ce contexte, les conséquences psychiques pour cette femme sont incalculables.

***V/ REVUE DES ASPECTS CLES RELATIFS A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTES PRESENTANT DES COMPLICATIONS LIEES A UN AVORTEMENT***

**5.1. Procédures de prise en charge des patientes**

Ce chapitre s'articule autour de deux points :

- la présentation d'un schéma décrivant les différentes étapes du circuit thérapeutique des femmes admises pour complications post-abortum ;
- le commentaire de ce schéma comportant une description des actes de traitement de ces patientes au niveau des différents secteurs.



## Circuit thérapeutique des patientes admises pour complications liées à un avortement

\*SDC = suite de couches

Le circuit qu'emprunte généralement une femme admise pour complications post-abortum dans une structure hospitalière comporte donc les étapes suivantes :

### ⇒ **Urgence = réception**

Un premier examen rapide de la femme y est effectué avant qu'elle soit orientée vers la salle d'accouchement.

### ⇒ **Salle d'accouchement**

Elle y subit les différents actes suivants :

- examen complet
- gestes d'urgence
  - voie veineuse
  - réanimation
  - antibiothérapie
  - sérum antitétanique

Si le curage est possible, la malade est dirigée vers le bloc opératoire. Dans le cas contraire, elle est conduite au niveau des secteurs des grossesses pathologiques ou de la gynécologie après réanimation pour le bilan et la dilatation du col.

### ⇒ **Bloc opératoire**

Il y est procédé un examen sous valves de même que le curage et l'exploration digitale de la cavité utérine. Si la cavité utérine est intacte, le curage simple est effectué tout comme l'antibiothérapie et l'utérotonique. S'il y a une suspicion de brèche au niveau de cette cavité utérine, la laparotomie est réalisée pour appréciation des lésions. Une suture conservatrice ou hystérectomie avec traitement des lésions associées sont effectuées dans ce cas.

### ⇒ **Post-opératoire**

Il y est effectué la poursuite de la réanimation et une antibiothérapie adaptée.



### ⇒ **Suites de couche (SDC)**

Le traitement antibiotique et les soins locaux y sont poursuivis.

### ⇒ **Service social**

Cette dernière étape porte sur les actions de counseling et sur la planification familiale post-abortum.

Enfin, ce circuit de prise en charge des patientes est standard et classique. La compétence du personnel sanitaire chargé du traitement des femmes admises pour complications d'avortement n'a pas été abordée dans les études consultées.

A l'issue de la description des différentes étapes du circuit thérapeutique des femmes traitées pour complications liées à un avortement, il convient maintenant d'analyser les coûts financiers de la prise en charge de ces patientes.

## **5.2. Coûts relatifs à la prise en charge des soins post-abortum**

Les avortements à risque impliquent donc un coût financier relativement élevé pour les patientes, les structures sanitaires et la société en général (les contribuables).

En effet, l'étude du professeur Diadhiou<sup>52</sup> montre que les femmes recourant aux avortements provoqués payent en moyenne 30.000 F Cfa (60 \$ us) à l'agent avorteur. Il apparaît également que la prise en charge des avortements provoqués avec laparatomie coûte beaucoup plus cher que celle des autres formes d'avortement. A ce propos, le même auteur souligne que "les avortements provoqués avec laparatomie consomment 5 fois plus de ressources que les avortements spontanés et 4 fois plus que les avortements provoqués sans laparatomie". Cette étude révèle aussi que la femme admise pour complications

---

<sup>52</sup> Fadel Diadhiou, E.O. Faye et al., Mortalité et morbidité liées aux avortements provoqués clandestins dans quatre sites de référence dakarois au Sénégal, op. cit., pp. 28 - 37

d'avortement spontané dépensera, au cours de son hospitalisation qui durera en moyenne deux jours, 10.626 F CFA pour les frais de médicaments et elle coûtera à la structure sanitaire 5.507 F CFA. Quant à la patiente hospitalisée pour complications d'avortement provoqué, elle "séjournera en moyenne cinq jours dans les structures de santé où elle dépensera entre 16.974 F CFA à 25.310 F CFA pour l'achat de médicaments et coûtera à l'institution 6.014,2 F CFA à 56.275 F CFA.

Compte tenu des coûts élevés des avortements à risque aussi bien pour les femmes que pour la communauté, il urge de mettre en oeuvre des stratégies appropriées de prévention de cette tragédie humaine. C'est pourquoi, il convient de s'intéresser maintenant aux attitudes des pouvoirs publics et du législateur face à ce problème.

## **VI/ REVUE DES ASPECTS CLES RELATIFS AUX ELEMENTS DE POLITIQUE ET A LA LEGISLATION SUR L'AVORTEMENT AU SENEGAL**

Les avortements à risque posent donc un problème majeur de santé publique au Sénégal. Il importe donc d'analyser l'attitude des pouvoirs publics et du législateur face à ce fléau socio-sanitaire. Pour ce faire, le présent chapitre est articulé autour des deux points suivants :

- l'identification des éléments de politique sur l'avortement au Sénégal sur la base des documents de politique et de programmes sectoriels (population, santé et promotion de la femme) ;
- l'analyse de la documentation relative aux textes législatifs et réglementaires sur l'avortement au Sénégal.

### **6.1. Eléments de politique sur l'avortement au Sénégal**

En avril 1988, le Gouvernement sénégalais a adopté une Déclaration de Politique de Population (DPP)<sup>53</sup> en Conseil interministériel présidé par le Chef de l'Etat. Cette DPP vise notamment la réduction de la morbidité et de la mortalité des mères et des enfants par la mise en oeuvre de programmes de santé maternelle et infantile (SMI) incluant la planification familiale (PF). La DPP comporte onze stratégies parmi lesquelles figurent celles relatives à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant et à la promotion de l'espacement des naissances. Au niveau de cette deuxième stratégie, il est explicitement mentionné que "la multiplication des avortements provoqués incite à la promotion de la planification familiale".

A travers cette phrase de la DPP, il apparaît donc que les pouvoirs publics sont conscients de l'ampleur des avortements provoqués et de la nécessité de mettre en oeuvre des

---

<sup>53</sup> Déclaration de la Politique de Population, adoptée en avril 1988, MEFP, Dakar, 23p., édition de janvier 91, p.16

stratégies de prévention de ce fléau basées sur la PF en vue de réduire les grossesses non désirées.

La Déclaration nationale de politique de santé, adoptée en 1989, a également comme objectif l'amélioration de la santé maternelle et infantile. Cette option est confirmée par le Programme national de planification familiale (PNPF) élaboré en 1991 et qui vise, entre autres, l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant par la maîtrise de la fécondité pour éviter les grossesses à risque.

Quant au Programme de prévention de la mortalité maternelle, il se propose d'améliorer plus particulièrement l'état de santé de la femme enceinte en vue de contribuer à réduire la morbidité et la mortalité des mères.

Force est de reconnaître cependant que ces programmes n'ont pas systématiquement intégré la prise en charge des avortements même s'ils ont contribué à lutter contre la mortalité maternelle. En effet, dans son bilan des programmes de SR pour la période quinquennale antérieure à l'année 1997, le rapport du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale<sup>54</sup>, souligne que "la mortalité maternelle bénéficie de moins d'appui que les autres composantes de la SR malgré son importance". Il ajoute que ces programmes n'ont pas pris en compte les aspects liés à la prise en charge des avortements". C'est sans doute pour remédier à ces lacunes que le nouveau programme national de SR se propose de réduire de 50 % le taux des avortements provoqués et spontanés durant la période 1997-2001.

En résumé, si les pouvoirs publics semblent conscients de l'acuité du problème des avortements au Sénégal, des pas significatifs restent à franchir en vue de la définition de programmes spécifiques de prévention ou de prise en charge de ce fléau. Par ailleurs, une attention particulière devra être accordée aux jeunes filles exposées au risque de grossesses non désirées.

---

<sup>54</sup> Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Programme national en santé de la reproduction : 1997 - 2001, Dakar, mars 1997, 118p., pp.6-7

Quelle est maintenant l'attitude du législateur face au drame des interruptions de grossesse ? C'est à cette importante question que nous allons tenter de répondre à présent.

## **6.2. Législation sur l'avortement au Sénégal**

L'avortement est un fait social dont le caractère multidimensionnel interpelle à la fois professionnels de la santé, sociologues, juristes, législateurs et décideurs. Au cours de ces dernières années, dans le monde entier, la dimension législative et réglementaire de l'avortement a suscité des débats passionnés : faut-il, oui ou non, légaliser l'avortement ? La réponse à cette interrogation n'est jamais facile compte tenu de son caractère combien sensible et des valeurs éthico-religieuses liées au processus de la reproduction humaine. C'est pourquoi l'avortement est sans doute aujourd'hui l'une des questions les plus controversées au monde. Pour preuve, elle a beaucoup focalisé l'attention des participants aux dernières conférences mondiales sur la population (Caire, 1994) et sur les femmes (Beijing, 1995). A la veille, au cours et au lendemain de ces assises internationales, l'avortement a suscité des débats passionnés et des prises de position même au niveau des guides religieux musulmans et chrétiens. C'est dire donc que l'avortement est une question complexe et sensible qui cristallise des valeurs éthico-religieuses, humanistes, parfois féministes ainsi que des préoccupations politico-juridiques et socio-sanitaires. A ce propos, Maître Moussa Félix Sow<sup>55</sup> reconnaît que "l'avortement est l'une des plus délicates questions que le droit pénal ait connu, connaît toujours et qui suscite autant de passions". Il ajoute que les partisans de la légalisation de l'avortement trouvent inacceptable que des femmes soient obligées de recourir aux APC dans des conditions sanitaires désastreuses ou de commettre des infanticides. Quant aux adversaires de cette légalisation, ils pensent que l'autorisation de cette pratique n'implique pas la disparition des APC.

---

<sup>55</sup> Moussa Félix Sow, L'avortement, mal ou nécessité ? in "Vie et Santé", n° 7, avril 1991, pp.24 -25

Le rapport de la Conférence de Maurice<sup>56</sup> rappelle que "dans l'Afrique de nos jours, les lois sur l'avortement émanent le plus souvent d'une législation ancienne réminiscente d'un passé colonial (...). Il s'agit notamment de la loi britannique de 1861 sur les délits contre la personne et la loi française de 1920. Les pays qui s'inspirent directement de ces lois "fondamentales" ont une législation qui interdit l'avortement quelles que soient les circonstances".

Cette opinion semble partagée par Maître Moussa F. Sow lorsqu'il souligne qu'en "Afrique occidentale, la législation des différents Etats a été fortement marquée par la loi française de 1920 qui réprime sévèrement l'avortement et assimile la propagande anticonceptionnelle à la provocation à l'avortement". Il ajoute que la même disposition de cette loi française de 1920 réprimant l'avortement se retrouve au Sénégal.

Pour insister sur le cas précis du Sénégal, il faut rappeler que l'avortement y est essentiellement réglementé par les articles 305 et 305 bis du Code pénal. A ces articles du Code pénal, il convient d'ajouter le décret n° 67-147 du 10 février 1967 portant application du Code de déontologie médicale.

Dans l'état actuel de la législation sénégalaise, l'avortement provoqué est donc une infraction pénale. A ce propos, Maître Moussa F. Sow distingue trois éléments constitutifs du délit d'avortement. Il s'agit de l'élément matériel (tout moyen tendant à procurer l'avortement est interdit), le but recherché (l'arrêt de la grossesse en cours) et l'intention coupable (lorsqu'une femme décide d'avorter elle est supposée savoir que cet acte est réprimé par la loi).

Après avoir rappelé que l'avortement pose un des problèmes potentiels du droit à la SR en l'occurrence celui d'interrompre le processus reproductif, Abdoullah Cissé<sup>57</sup> confirme qu'au Sénégal, l'avortement provoqué est interdit par la loi. En effet, il souligne que "les

---

<sup>56</sup> La Conférence de Maurice, Les avortements à risque et la planification familiale post-abortum en Afrique, op. cit.,, p.13

dispositions de l'article 305 du Code pénal prévoit des peines d'emprisonnement (six mois à trois ans) et/ou d'amende (50.000 à un million de francs CFA) contre les auteurs de l'avortement et distingue selon que le délit est commis par la femme ou par un tiers quelconque ou bien par les médecins et autres personnes exerçant des professions médicales". Le même auteur ajoute que "la provocation à l'avortement est également réprimée (article 305 bis du Code pénal). Il mentionne cependant que "la loi de 1980 qui introduit cette disposition dans le Code pénal, a en même temps, par son article 2, abrogé le décret du 30 mai 1933 portant application de la loi du 31 juillet 1920 réprimant la propagande anticonceptionnelle et l'assimilant à la provocation à l'avortement".

L'analyse des dispositions de ces articles 305 et 305 bis du Code pénal révèle qu'en théorie, l'avortement provoqué est sévèrement réprimé au Sénégal. En effet, les peines d'emprisonnement encourues par les auteurs de la manoeuvre abortive sont relativement lourdes car elles peuvent atteindre trois années. Il en est de même du montant de l'amende qui peut s'élever à un million de francs CFA. Par ailleurs, la législation sénégalaise est encore plus sévère lorsque la manoeuvre abortive est pratiquée par le personnel médical ou paramédical.

Au Sénégal, la seule dérogation permise par cette législation porte sur l'avortement thérapeutique pouvant être autorisé dans certaines conditions notamment lorsque la poursuite de la grossesse en cours mettrait en jeu le pronostic vital de la mère. A ce propos, P.-C. Nimbona<sup>58</sup> rappelle que dans l'état actuel de la législation sénégalaise, "seul l'avortement provoqué thérapeutique est autorisé". Il ajoute que l'avortement autorisé est celui "qui constitue le seul moyen susceptible de sauvegarder la vie de la mère" d'après le décret n° 67-147 du 10 février 1967 portant application du Code de déontologie médicale en son article 35.

---

<sup>57</sup> Abdoullah Cissé et al, Mesures législatives et réglementaires en matière de politique de population : "Poursuivre la politique de population dans un Sénégal en mutation", FNUAP, MEFP/DPRH et Réseau des Parlementaires sur la population, Dakar, mars 1997, 104 p., p.25

<sup>58</sup> P.-C. Nimbona, L'avortement criminel : Etude statistique dans un hôpital dakarois de 1973 à 1983, op. cit., p.6

Si la législation sénégalaise interdit toutes les autres formes d'avortement provoqué, Anne Jean Bart<sup>59</sup> s'interroge sur l'efficacité de cette loi. En effet, elle souligne que l'avortement étant sévèrement réprimé au Sénégal, "on pourrait alors s'attendre à ce que les prisons soient pleines. En fait, à la prison des femmes de Rufisque, il n'ya actuellement (en 1983) pas une seule femme accusée d'avortement qui y soit enfermée alors qu'il y en a 7 pour infanticide sur un total de 39".

Quelle est maintenant la position de certains auteurs des différentes publications consultées sur la question de la légalisation ou non de l'avortement ?

Tout en reconnaissant que la consécration du droit d'accès à l'information et aux moyens contraceptifs permettrait de réduire les APC, Abdoullah Cissé<sup>60</sup> plaide pour le maintien du principe de sa répression si l'avortement n'est pas accepté comme méthode contraceptive. Il ajoute cependant qu'une "telle position ne doit pas être exclusive d'une réglementation de l'avortement en vue de permettre la prise en compte de certaines situations exceptionnelles qui posent de véritables problèmes de santé publique. Il urge donc de réviser, non dans le sens d'autoriser d'autres causes légales d'interruptions volontaires de grossesses (IVG) à côté de l'avortement thérapeutique mais d'élargir l'assiette de ce dernier". Ce juriste, enseignant à l'Université de St-Louis justifie sa position par le fait que "l'IVG doit être appréciée à la lumière du contenu du droit à la reproduction, des cas de violation de l'interdit des violences et sévices sexuels". Enfin, il souhaite qu'un équilibre soit trouvé entre les stratégies de gestion post-abortum et les exigences de la répression car "la commission d'un délit ne prive pas son auteur de son droit à la santé".

Quant à Assa Diagne<sup>61</sup>, elle est d'avis que "la légalisation et la médicalisation de l'avortement associées à une diffusion massive des méthodes contraceptives semblent être les alternatives les meilleures pour juguler la progression de l'avortement provoqué" dans un contexte social où la faible pratique contraceptive aboutit à la multiplication des grossesses non désirées.

---

<sup>59</sup> Anne Jean Bart, Les victimes de la conspiration du silence, in "Le Soleil", n° 3909, 5 mai 1983, pp.4-5

<sup>60</sup> Abdoullah Cissé et al, Mesures législatives et réglementaires en matière de politique de population, op. cit., pp.26-27

<sup>61</sup> Assa Diagne, Médicaliser l'avortement, in "Vie et Santé", op. cit., p.2



Enfin, Anne Bart<sup>62</sup> nous invite à méditer sur cette réflexion du Dr Jacqueline Kahm Nathan : "lorsqu'on sait à quels risques vitaux une femme est capable de s'exposer pour mettre fin à une grossesse impossible, on mesure l'inanité de toute loi répressive en ce domaine où aucun risque quelqu'il soit, ne retiendra la femme prise au piège d'une maternité non désirée. La peur d'une condamnation étant de peu d'importance à côté des dangers médicaux qu'elle est prête à encourir, pour se libérer".

◆ Religion et avortement :

Avant de conclure ce chapitre, il semble utile de donner le point de vue de la religion catholique et surtout de l'Islam sur l'avortement en vue d'éclairer davantage les enjeux du débat juridique et éthico-religieux dont il est l'objet dans un pays qui compte 95 % de Musulmans. A ce propos, les auteurs de la Déclaration de politique de population à la lumière des enseignements islamiques<sup>63</sup> soulignent que si l'Islam accepte la PF dans des conditions bien définies, il s'oppose à l'avortement systématique. Ces islamologues mentionnent que seul l'avortement thérapeutique est toléré par la religion musulmane dans "le cas où la vie de la femme enceinte se trouverait menacée et qu'il n'existerait aucun autre moyen de la sauver que par l'avortement". Ils attirent cependant l'attention sur les divergences des positions des canonistes des principales écoles juridiques islamiques sur l'avortement provoqué avant l'insufflation de la vie. En effet, ils rappellent que "certains n'y voient pas d'inconvénient, usant de l'argument selon lequel, à ce stade du développement embryonnaire, la vie ne peut se manifester. (...) tandis que d'autres pensent que, l'embryon étant en vie à ce stade de son évolution, l'avortement provoqué serait un sacrilège". Selon les mêmes auteurs, pour les malikites (école juridique dominante au Sénégal), "il est interdit de provoquer l'avortement avant ou après quarante jours de grossesse révolus. Cette interdiction entre en vigueur dès la fécondation. (...) Il n'est pas permis d'exclure la matière déjà fécondée même avant que la grossesse n'ait atteint quarante jours". S'il existe des divergences sur cet aspect de la question, les canonistes de ces différentes écoles juridiques

---

<sup>62</sup> Anne Jean Bart, Les victimes de la conspiration du silence, op. cit., pp. 4-5

islamiques "s'accordent à dire que l'avortement provoqué après l'insufflation de la vie est un sacrilège et un crime (...) sauf cas de force majeure".

Selon F. Koly<sup>64</sup>, il y a également un "manque de consensus dans la communauté catholique à propos de l'avortement provoqué". Il ajoute que "l'Eglise ne reconnaît pas l'avortement thérapeutique. Elle rejette les deux principaux arguments qui le soutiennent : à savoir l'influence fatale (possible) de la grossesse sur la santé de la mère, et le sacrifice du fœtus au bénéfice de la mère en de pareilles circonstances".

Quant à la revue "Famille et Développement"<sup>65</sup>, elle souligne que "l'Eglise condamne moralement l'avortement provoqué (...) à quelque moment que ce soit de l'évolution de la grossesse".

En conclusion, l'avortement apparaît comme l'une des questions les plus controversées au monde aussi bien sur le plan juridique qu'éthico-religieux. C'est pourquoi, toute législation dans ce domaine doit tenir compte des valeurs culturelles des sociétés concernées et de la nécessité de préserver la vie et la santé de la mère et de l'enfant.

---

<sup>63</sup> La Déclaration de Politique de population à la lumière des enseignements islamiques, MEFP/DPRH, Dakar, juin 1996, 65p., pp. 50-53

<sup>64</sup> Filbert Coly, Religion et APC, in "Vie et Santé", op. cit., pp. 17-18

<sup>65</sup> L'avortement clandestin, in "Famille et Développement", op. cit., pp. 27-43

## **VII/ ANALYSE CRITIQUE DES ETUDES ET RECHERCHES SUR L'AVORTEMENT ET RECOMMANDATIONS**

Après avoir passé en revue les principales facettes des avortements à risque au Sénégal, il convient d'analyser maintenant les acquis et limites des publications consultées en vue de proposer des axes de recherche complémentaires.

### **7.1. Acquis et limites des études et recherches sur l'avortement au Sénégal**

L'accent sera mis ici sur les limites de la documentation disponible car ce sont ces éléments qui permettront de proposer des axes de recherche complémentaires pertinents et susceptibles de combler les lacunes identifiées.

Au préalable, il importe de présenter les quelques acquis en matière de connaissance des avortements à risque au Sénégal. A ce niveau, il apparaît une relative bonne connaissance de l'ampleur des avortements en milieu hospitalier dans la région dakaroise. En effet, la plupart des documents disponibles portent sur la prévalence des avortements à partir du recensement des patientes admises pour complications d'avortements dans les structures sanitaires de la région de Dakar. Ces études donnent également des informations utiles sur le profil des femmes hospitalisées pour complications d'avortements. Il s'agit essentiellement de thèses d'étudiants en médecine à l'Université de Dakar et d'enquêtes menées par des équipes de chercheurs. Ces travaux permettent aussi de bien appréhender les risques médicaux liés aux avortements et les coûts de la prise en charge des patientes. D'autres publications (revues et rapport de consultation) apportent un éclairage sur la législation sénégalaise en matière d'avortements.

Force est de reconnaître cependant l'importance des lacunes de connaissance du phénomène des interruptions de grossesse au Sénégal. La première limite, déjà identifiée précédemment, porte sur l'insuffisance quantitative des publications sur l'avortement depuis

la Conférence mondiale sur la population de 1984 (Mexico) au cours de laquelle la délégation américaine avait annoncé sa politique de suppression de toute assistance aux groupes délivrant des services à visée abortive. Cette position a eu pour effet indirect de décourager la recherche sur l'avortement dans le monde entier. Mais la principale lacune en matière de connaissance du phénomène des avortements à risque au Sénégal est liée au fait que la plupart des recherches ne portent que sur les cas recensés dans les structures sanitaires. En d'autres termes, ces études hospitalières aboutissent à une sous-estimation de l'ampleur réelle du phénomène car elles ne révèlent que "la partie visible de l'iceberg". Elles ne prennent donc pas en compte les nombreux cas d'avortements survenant en milieu non hospitalier aussi bien en zone rurale qu'urbaine. A ce propos, Papa Demba Diouf<sup>66</sup> rappelle que les patientes "hospitalisées ne représentent qu'une certaine proportion de toutes les femmes qui ont pratiqué un avortement". Cette analyse est partagée par Assa Diagne<sup>67</sup> qui regrette que les informations disponibles "sur l'avortement n'arrivent pas à embrasser toute l'ampleur du phénomène car elles sont fournies par des études et recherches partielles ne traitant que des cas enregistrés à l'hôpital".

Il en résulte donc une sous-estimation de la prévalence des avortements et une insuffisante connaissance de l'épidémiologie sociale du phénomène. En effet, ces études ne permettent pas d'appréhender toutes les caractéristiques socio-économiques et démographiques des femmes concernées par les interruptions de grossesse.

Par ailleurs, il n'existe pratiquement pas de recherche sur l'avortement à l'échelle nationale. La plupart des publications disponibles ne portent que sur la région dakaroise et c'est l'occasion de déplorer la quasi-inexistence d'enquêtes sur ce sujet en zone rurale. A cette lacune, il convient d'ajouter la rareté d'informations qualitatives sur les déterminants sociaux de l'avortement du fait de l'insuffisance d'enquêtes sociologiques au niveau de la communauté et des femmes concernées. La multiplication de ce type d'études est sans doute entravée par le caractère sensible voire tabou de la question associé au fait que les femmes

---

<sup>66</sup> Papa Demba Diouf, Enquête sur l'avortement à Pikine, op. cit., p.21

<sup>67</sup> Assa Diagne, Médicaliser l'avortement, in "Vie et Santé", op. cit., p.2

avouent difficilement le recours aux APC. La mortalité et la morbidité post-abortum sont insuffisamment quantifiées au Sénégal.

Des limites d'ordre conceptuel ont également été identifiées.

Selon le professeur F. Diadiou<sup>68</sup>, les données statistiques sur les interruptions de grossesse sont approximatives à cause de la "difficulté à distinguer les avortements spontanés des avortements provoqués". Il ajoute que "la définition de l'avortement pose problème lorsque la date des dernières règles n'est pas connue. Dans ce cas, récuser tous les foetus de poids supérieurs à 500 grammes entraîne une sous-estimation des cas d'avortements".

Par ailleurs, l'absence de définitions agréées au plan international sur la morbidité post-abortum limite les tentatives d'estimation de ce phénomène d'après l'équipe du professeur Diadiou<sup>69</sup>.

Les auteurs de cette même étude regrettent le fait qu'"il n'existe pas de rubriques bien distinctes au niveau des supports de SMI/PF pour les avortements spontanés compliqués, provoqués et molaires".

En résumé, l'ampleur du phénomène des interruptions de grossesse est sous-estimée au Sénégal du fait des insuffisances du système d'information sanitaire et de la focalisation des études disponibles sur le milieu hospitalier. Cette situation s'explique sans doute par la difficulté de réaliser des enquêtes qualitatives en milieu non hospitalier ou au niveau de la communauté pour les raisons susmentionnées.

En effet, selon Papa Demba Diouf<sup>70</sup>, les entretiens auprès des femmes concernées par les avortements provoqués sont limités par "une forte tendance à la dissimulation de la part des enquêtées, qui avouent difficilement une pratique sanctionnée plus ou moins sévèrement par les lois et toujours objet d'une certaine réprobation sociale".

---

<sup>68</sup> Fadel Diadiou et al., Mortalité et morbidité liées aux avortements provoqués clandestins dans quatre sites de référence dakarois au Sénégal, op. cit., p.5

<sup>69</sup> Fadel Diadiou et al., A propos des avortements à risque au Sénégal et au Cameroun, op. cit., pp.3 - 5

<sup>70</sup> Papa Demba Diouf, Enquête sur l'avortement à Pikine, op. cit., p.22

Au terme de cette analyse-critique de la documentation, il convient maintenant de définir des axes de recherche complémentaires sur l'avortement au Sénégal en vue de remédier aux insuffisances constatées.

## **7.2. Proposition d'axes de recherche complémentaires sur l'avortement au Sénégal**

Pour une meilleure connaissance du phénomène des avortements au Sénégal, les axes de recherche suivants sont proposés :

- Etude de la prévalence et des déterminants des avortements à risque en milieu non hospitalier au niveau des dix régions du pays : il s'agira, sur la base d'une méthodologie appropriée, d'estimer l'ampleur du phénomène et de mener des enquêtes qualitatives auprès de divers groupes-cibles en vue de déterminer le profil des femmes concernées par les interruptions de grossesse et les déterminants de cette pratique. Cette recherche devra cibler des zones urbaines et rurales.
- Etude de la prévalence des avortements, de la morbidité et de la mortalité post-abortum en milieu hospitalier au niveau des dix régions du pays.
- Etude sur les possibilités de révision du système d'information sanitaire en vue de l'intégration d'indicateurs relatifs aux avortements à risque.
- Etude sur les facteurs socio-culturels et l'impact social des avortements à risque au Sénégal: il s'agira d'une recherche documentaire et d'une enquête qualitative (entretiens individuels ou de groupe) auprès de différents groupes-cibles (femmes en âge de reproduction, etc.) en vue d'analyser les déterminants non médicaux et les conséquences socio-économiques des interruptions de grossesse.

- Etude sur les attitudes des femmes en âge de reproduction (FAR) vis-à-vis de l'avortement provoqué : il s'agira de réaliser une enquête qualitative auprès d'un échantillon représentatif de FAR au Sénégal en vue d'analyser leurs opinions et attitudes vis-à-vis du recours aux APC face à une grossesse non désirée et sur les moyens de prévention de ces grossesses.
  
- Etude sur les connaissances et attitudes des FAR vis-à-vis des services et conseils de planification familiale post-abortum : il s'agira d'évaluer le niveau de connaissance des FAR en matière de services et conseils de PF post-abortum au Sénégal et d'analyser leurs aspirations et attitudes vis-à-vis de ces services en vue de leur amélioration et de la définition des besoins en IEC dans ce domaine.
  
- Recherche opérationnelle sur l'amélioration des procédures de prise en charge des patientes hospitalisées pour complications d'avortement.

Au terme de cette revue de littérature, il apparaît que les avortements à risque constituent un véritable problème de santé publique doublé d'un drame humain et social au Sénégal. Les données hospitalières sur la prévalence de ce phénomène, même si elles ne dévoilent que "la partie visible de l'iceberg", indiquent l'ampleur des interruptions de grossesse et la gravité de leurs conséquences socio-sanitaires (morbidity et mortalité maternelle, risques de stérilité, effritement des fonctions de la famille, etc.). Les grossesses socialement non désirées (extra-conjugales) sont à l'origine d'une proportion importante des avortements provoqués. Dans une société survalorisant la fonction reproductive chez les femmes, il est aisé d'imaginer le profond désarroi et la détresse morale qui poussent certaines d'entre-elles à recourir à l'interruption de leurs grossesses, s'exposant ainsi aux risques de stérilité. A ce propos, selon Papa Badara Diop et Abraham Sam<sup>71</sup> "tout en dénonçant le caractère anti-religieux et criminel de l'avortement, les femmes accepteraient quand même de le pratiquer pour éviter la condamnation morale de la société". En d'autres termes, si certaines femmes récusent l'avortement "pour ne pas perdre leur statut de mère, source de vie ; d'autres l'accepteraient volontiers en cas de maladie, de grossesse adultérine ou lorsque ce sont des femmes-célibataires, des divorcées ou des veuves". L'avortement est donc un problème complexe, sensible et multidimensionnel qui comporte des aspects sanitaires, socio-économiques, éthico-religieux et juridiques. Toutes ces dimensions de l'avortement ont été explorées et analysées dans cette revue de littérature.

Enfin, le meilleur moyen de réduire les avortements provoqués est la prévention des grossesses non désirées par l'amélioration de l'accès des femmes aux services de planification familiale.

---

<sup>71</sup> Papa Badara Diop, Fécondité, contraception, avortement, in "Takusaan", 15-16 et 17 avril 1983, p.2



**Résumé de la thèse de Filbert Koly "L'avortement provoqué clandestin : Aspects actuels et perspectives à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar", thèse de doctorat en médecine, Université de Dakar, juin 1991, 117 p.**

La thèse de F. Koly porte sur l'étude des avortements provoqués clandestins (APC) recensés à la clinique gynécologique et obstétricale (CGO) du CHU de Dakar de février 1988 à décembre 1989. L'approche méthodologique développée par Koly lui a permis de recenser les cas d'APC avérés et compliqués survenus au CHU de Dakar de février 1988 à décembre 1989. Les cas d'APC probables, possibles et les avortements spontanés et thérapeutiques n'ont pas été pris en compte dans cette recherche.

Koly a également identifié un certain nombre de limites de son enquête liées au fait que le CHU accueille surtout les indigentes et les cas d'APC graves. Il en résulte donc un biais de sélection de la population cible.

A propos de l'ampleur du phénomène, Koly a recensé 133 cas d'APC sur : 12.729 accouchements, 2020 avortements et 152 décès maternels de février 1988 à décembre 1989. Les résultats de sa thèse révèlent que l'incidence des APC est de :

- 1,04 % rapportée aux accouchements,
- 6,58 % rapportée aux avortements,
- 1,31 % rapportée aux décès maternels.

Koly a également analysé le profil des femmes concernées par l'APC. Il ressort de son analyse que les femmes les plus exposées au risque d'APC sont âgées de 20 à 24 ans, célibataires, sans enfant vivant et sans profession. Elles résident souvent dans la banlieue de Dakar et n'ont pas utilisé une méthode contraceptive au cours des derniers mois précédant l'avortement.

La thèse de Koly révèle la prédominance des facteurs socio-économiques au niveau des motifs évoqués par les femmes concernées par l'APC :

- la crainte des parents dans 21,06 % des cas ;
- la peur des critiques de l'entourage (pour 20,30 % des femmes) ;
- le refus de maternité pour des raisons personnelles selon 25,56 % des cas ;
- l'insuffisance des moyens financiers (pour 13,53 % des femmes) ;
- l'impact négatif de la grossesse sur les études selon 17,29 % des cas.

Koly s'est également intéressé aux déterminants médicaux et au coût de l'APC. A ce propos, il démontre que la manoeuvre abortive s'opère souvent avec la complicité d'un paramédical pour 10.000 à 20.000 F CFA. Il estime le coût de la prise en charge des complications de l'APC à 5.272 F CFA par jour.

La thèse de Koly porte aussi sur l'étude des risques médicaux liés aux APC et sur leur prise en charge thérapeutique. Il apparaît ainsi que les complications de l'APC sont essentiellement hémorragiques et que les soins médicaux et obstétricaux associés durant six jours permettent de les traiter.

Koly a abordé certaines questions relatives à la dimension juridique de l'avortement au Sénégal. Il a également étudié la position de l'Islam et de l'Eglise sur l'avortement.

Enfin, Koly a formulé des recommandations en termes d'études et recherches sur l'avortement au Sénégal.

**Résumé de la thèse de Pierre-Claver Nimbona "L'avortement criminel : Etude statistique dans un hôpital dakarois de 1973 à 1983 : Mesures préventives et coercitives", thèse de doctorat en médecine, Université de Dakar, juillet 1985, 62 p.**

La thèse de P.C. Nimbona est consacrée à l'étude des avortements provoqués clandestins (APC) recensés à l'hôpital le Dantec de 1973 à 1983. Il s'agit d'une analyse rétrospective de ce phénomène.

La méthodologie utilisée par l'auteur lui a permis de recenser les cas d'APC à la maternité et les dossiers d'expertises médico-légales pour avortement provoqué au niveau du service d'anatomie pathologique de l'hôpital le Dantec, de 1973 à 1983.

Les limites de l'enquête identifiées par son auteur sont relatives au caractère rétrospectif de l'étude qui ne permet pas de connaître les caractéristiques socio-démographiques des femmes concernées au moment de la manoeuvre abortive.

En ce qui concerne l'ampleur du phénomène, Nimbona a recensé au total 136 cas d'APC certains à l'hôpital le Dantec de 1973 à 1983.

Nimbona s'est également intéressé au profil des femmes recourant aux APC. Il apparaît ainsi que 69,85 % d'entre elles sont âgées de 14 à 23 ans. Elles sont donc jeunes en majorité. Par ailleurs, 58,08 % des femmes concernées par l'APC en étaient à leur première grossesse. L'auteur souligne qu'il a pu trouver des indices indiquant que ces femmes sont souvent célibataires vivant dans des conditions économiques précaires.

A propos des déterminants sociaux de la pratique abortive, Nimbona met en évidence la crainte des critiques de la société et de l'entourage de la femme en cas de grossesse socialement non désirée (hors mariage).

Au préalable, Nimbona avait défini les principaux types d'avortement : les avortements spontanés et les avortements provoqués.

Il a également abordé la question de la législation sénégalaise sur les interruptions de grossesse. A ce propos, l'auteur rappelle qu'au Sénégal, seul l'avortement provoqué thérapeutique est autorisé par la loi.

Enfin, Nimbona s'est intéressé aux mesures préventives et coercitives pour prévenir et lutter contre l'APC.

**Résumé de l'étude de Fadel Diadhiou, E.O. Faye et al.**

**"Mortalité et morbidité liées aux avortements provoqués clandestins dans quatre sites de référence dakarois au Sénégal", Dakar, UCAD/CGO/CHU le Dantec et OMS/HRP, 1995, 50p.**

Cette étude porte sur l'analyse de la morbidité et de la mortalité liées aux APC au niveau de quatre structures sanitaires dakaroises. Elle se propose ainsi d'étudier les caractéristiques socio-économiques des femmes concernées par les avortements et le coût de la prise en charge thérapeutique des conséquences de ce phénomène.

L'approche méthodologique développée par les auteurs leur a permis d'analyser les cas d'avortements recensés au niveau des quatre sites suivants du 1er mars 1993 au 28 février 1994 :

- la CGO du CHU le Dantec ;
- le centre hospitalier municipal Abass Ndao ;
- le centre de santé Dominique de Pikine ;
- l'hôpital Principal de Dakar.

Les limites de cette étude sont liées au fait qu'il s'agit d'une enquête hospitalière ne permettant donc pas l'analyse des avortements en milieu non hospitalier.

En plus de la méthodologie utilisée, les auteurs ont défini les cinq formes d'avortements suivants : l'avortement provoqué certain, l'avortement provoqué probable, l'avortement provoqué possible, l'avortement spontané et l'avortement thérapeutique.

Les résultats de l'analyse épidémiologique révèlent que les APC représentent au moins 19 % des avortements hospitalisés.

Les chercheurs ont également analysé le profil des femmes exposées au risque de recourir à l'APC comparativement à celles concernées par les avortements spontanés. Il ressort de cette analyse comparative qu'il s'agit surtout de femmes jeunes (60 % des cas d'APC ont moins de 25 ans contre 30 % pour les cas d'avortements spontanés) et résidant en zone urbaine quelque soit le type d'avortement.

Il apparaît également qu'il y a plus de femmes non mariées dans les cas d'APC que pour les avortements spontanés. De même, il y a plus de femmes instruites dans la première catégorie que dans la seconde. Cette analyse comparative des caractéristiques socio-économiques des femmes porte aussi sur leur profession, religion, nombre de grossesses et d'accouchements antérieurs, connaissance et pratique contraceptive.

Cette étude est également consacrée à l'analyse des déterminants de l'avortement. Elle confirme ainsi la prédominance des déterminants sociaux de l'APC (la crainte des critiques des parents ou de l'entourage en cas de grossesse socialement non désirée).

En ce qui concerne les aspects médicaux, les auteurs ont étudié les méthodes abortives utilisées, la qualification de l'agent avorteur et le lieu de la manoeuvre abortive. Ils se sont également intéressés aux motifs de consultation, à la répartition des avortements selon le terme gestationnel et à la mortalité maternelle par APC.

Cette étude a mis en évidence les principales conséquences morbides de l'avortement suivantes: hémorragies, infections, traumatisme, infécondité et stérilité.

Les auteurs ont également analysé les coûts financiers pour l'individu concerné et pour la structure sanitaire de la prise en charge thérapeutique des complications de l'APC et de l'avortement spontané.

Enfin, ils ont formulé un certain nombre de recommandations en matière d'études et recherche sur l'avortement au Sénégal.

**Résumé de l'étude de Fadel Diadiou, E.O. Faye et al.  
"A propos des avortements à risque au Sénégal et au  
Cameroun"  
CHU le Dantec, Dakar, 1993, 46 p.**

Cette étude est consacrée à l'analyse des avortements à risque au Sénégal et au Cameroun. Plus spécifiquement, elle a comme principaux objectifs l'analyse de l'ampleur du phénomène, de son contexte social et juridique et du profil des femmes concernées.

L'approche méthodologique de cette étude est basée sur la collecte de deux types de données :

- les données existantes : rapports des ministères, mémoires et thèses d'étudiants, statistiques;
- les données qualitatives issues d'entretiens de groupes avec des guides religieux, personnels de santé, membres de groupements féminins, responsables d'établissement scolaires et magistrats.

Selon les auteurs, les limites de cette étude sont liées à l'absence de publications sur les interruptions de grossesse couvrant l'ensemble de chacun des deux pays concernés (Sénégal et Cameroun).

A propos de l'ampleur du phénomène au Sénégal, les études hospitalières réalisées au CHU le Dantec en 1989 révèlent que 17,7 % des gestantes sont concernées par les interruptions de grossesse. Il y a plus de cas d'avortements spontanés (1118 cas) que provoqués (125 cas).

L'analyse du profil de la population concernée par les APC au Sénégal montre qu'il s'agit le plus souvent de femmes jeunes (23 ans en moyenne), non mariées, sans profession ou élèves. Elles résident en zone suburbaine (59,39 %) ou urbaine (36,09 %).

Les auteurs de cette étude soulignent que la proportion de décès par avortements est plus élevée au Cameroun qu'au Sénégal.

Ils aboutissent au même constat pour les cas d'avortements provoqués.

Fadel Diadiou et son équipe se sont également intéressés au coût financier de prise en charge thérapeutique des complications de l'avortement au Sénégal.

Cette étude porte aussi sur le cadre juridique des interruptions de grossesse dans les deux pays. Il apparaît ainsi que l'avortement provoqué est illégal au Sénégal et au Cameroun.

En ce qui concerne le contexte socioculturel de ce phénomène, les auteurs ont mis l'accent sur la position de l'Islam vis-à-vis de l'avortement. Ils ont également analysé les caractéristiques sociales des femmes les plus exposées au risque d'APC.

Les résultats des entretiens de groupe révèlent au Sénégal que 80 % du personnel de santé et 90 % des membres des groupements féminins prônent la planification familiale, la sensibilisation et l'éducation à la vie familiale pour prévenir l'avortement. Enfin, les auteurs de cette étude formulent un certain nombre de recommandations en matière de recherche sur l'avortement et sur la prévention de ce phénomène.

**Résumé de l'étude de Papa Demba Diouf  
"Enquête sur l'avortement à Pikine",  
Direction de la Statistique, Dakar, septembre 1989, 43p.**

Cette étude porte sur l'analyse de l'ampleur des avortements et du profil des femmes concernées par ce phénomène en milieu urbain, plus précisément à Pikine dans la banlieue dakaroise.

La démarche méthodologique de cette étude associe trois types de données :

- les données de l'Enquête Sénégalaise sur la Fécondité (ESF) de 1978 et de l'Enquête sur la Mortalité Infantile à Pikine (EMIIPIK) de 1986 ;
- les données du Ministère de la Santé ;
- les entretiens auprès de personnel de la santé et de femmes ayant avorté ou n'ayant pas avorté.

L'auteur souligne que les limites de son étude sont liées au fait que les données de l'ESF et l'EMIIPIK ne font pas de distinction entre avortements spontanés et provoqués.

Par ailleurs, il mentionne que les données hospitalières révèlent uniquement la partie visible de l'iceberg.

Cette étude est également consacrée à l'analyse des conséquences mortelles et morbides (hémorragies, infections, troubles psychiatriques) de l'avortement provoqué clandestin.

A propos du cadre juridique des interruptions de grossesse, l'auteur rappelle qu'au Sénégal l'avortement provoqué est réprimé par la loi sauf lorsque le pronostic vital de la mère est en jeu.

Les résultats de cette étude révèlent qu'en 1986 (EMIIPIK), 30 % des femmes interrogées ont fait l'expérience de l'avortement contre 10 % en 1978 (ESF). Le phénomène s'est donc amplifié entre 1978 et 1986.

L'auteur s'est aussi intéressé au profil des femmes concernées par les interruptions de grossesse. Il ressort de son analyse qu'il s'agit surtout de femmes jeunes.

En ce qui concerne les déterminants de ce phénomène, l'auteur met en évidence les aspects médicaux et surtout les facteurs sociaux liés au rejet des grossesses hors mariage dans la société sénégalaise et aux difficultés économiques des ménages.

Enfin, cette étude est consacrée à l'analyse comparative de l'avortement sur la base des données de l'ESF (1978) et de l'EMPIK (1986). Il apparaît ainsi que l'avortement s'est amplifié entre ces deux dates au niveau des groupes d'âges de femmes à forte fécondité (20 -29 ans et 30 - 34 ans).

**Résumé de la thèse de Tidiane TOURE sur  
"Contribution à l'étude de l'avortement thérapeutique au  
Sénégal",  
thèse de doctorat en médecine, UCAD, Dakar, 1997, 188 p.**

La thèse de Tidiane Touré est consacrée à l'étude de l'avortement thérapeutique au Sénégal. L'auteur définit l'avortement thérapeutique comme étant un avortement réalisé quand la vie de la mère est gravement menacée par le maintien de la grossesse.

Tidiane Touré s'est intéressé à l'évolution de la législation sur l'avortement en Europe, dans certains pays d'Afrique francophone et d'autres régions du monde (Amérique, Asie et Océanie).

Il a également étudié l'impact des systèmes socioculturels sur l'avortement au Sénégal en mettant l'accent sur la position de l'Islam, de l'Eglise catholique et des coutumes sur les interruptions de grossesse.

L'auteur a aussi procédé à un rappel sur la notion de responsabilité médicale. A ce propos, il rappelle que la responsabilité du médecin est engagée, lorsque les trois éléments suivants sont réunis :

- une faute commise par le médecin ou par l'équipe soignante ;
- un préjudice causé au patient ;
- un lien de causalité entre la faute et le préjudice.

Tidiane Touré a également analysé les données acquises des sciences médicales dans le domaine de l'avortement thérapeutique en insistant sur les complications des interruptions thérapeutiques de grossesse (ITG).

La thèse de Touré porte aussi sur l'analyse critique des motifs de prise de décision du recours à l'ITG au Sénégal. A ce propos, il mentionne que "sur le préjugé" partiellement ou totalement faux" que la grossesse aggravait le cancer ou qu'elle entravait la thérapeutique, des avortements ont été réalisés qui apparaissent aujourd'hui abusifs".



Enfin, l'auteur a formulé un certain nombre de réflexions et propositions sur les conditions légales de l'ITG en insistant sur les problèmes liés à l'absence de statut spécifique au fœtus.

**ANNEXE :**

**Bibliographie annotée**

## RESUME

Les avortements à risque sont un véritable problème de santé publique doublé d'un fléau social au Sénégal. En effet, les complications découlant des interruptions de grossesse sont incriminées parmi les causes de la forte mortalité maternelle (510 décès pour 100.000 naissances vivantes en 1992/93) enregistrée dans notre pays.

Compte tenu de l'acuité de ce problème, cette revue de littérature a été initiée en vue de faire l'état des connaissances sur les avortements à risque au Sénégal sur la base de la documentation disponible. Plus spécifiquement, cette étude se propose de faire le point sur l'ampleur, les déterminants et les conséquences de ce phénomène.

Elle vise également l'identification des limites des informations disponibles sur la question des avortements à risque. Il faut rappeler que selon le professeur Fadel Diadhiou\*, "l'avortement est défini comme toute interruption de grossesse avec expulsion complète ou non du produit de conception durant les 28 semaines suivant la date des dernières règles (DDR) ou 180 jours d'aménorrhée".

En l'absence d'une DDR, il considère également comme avortement tout fœtus dont le poids est inférieur ou égal à 500 grammes. Le même auteur identifie les trois principaux types d'avortements à risque suivants : les avortements provoqués, les avortements maladies (molaires) et les avortements spontanés compliqués.

Le phénomène des interruptions de grossesse fait partie intégrante de la problématique globale de la santé reproductive (SR) des femmes. En effet, la persistance des niveaux relativement élevés de morbidité et mortalité post-abortum contribuent à la précarité de la SR des femmes et adolescentes sénégalaises.

En d'autres termes, leur faible accès aux services de planification familiale (PF) les exposent aux risques de mortalité maternelle du fait des grossesses précoces, tardives ou rapprochées dans une

---

\* Fadel Diadhiou, E.O. Faye et al. "Mortalité et morbidité" liées aux avortements provoqués clandestins dans quatre sites de référence dakarois au Sénégal", UCAD/CGO/CHU Le dantec et OMS/HRP, 1995, 50p., p7

société survalorisant la fonction reproductive chez la femme. Pire, les grossesses non désirées exposent les femmes et les adolescentes aux risques d'avortements provoqués.

Consciente de cette situation, la communauté internationale a adopté des résolutions en vue de la réduction de la mortalité maternelle, des avortements et pour la promotion de la maternité sans risque, à l'occasion des conférences mondiales ou africaines organisées ces dernières années.

Pour en revenir aux avortements à risque au Sénégal, les différentes enquêtes hospitalières disponibles relèvent l'ampleur du phénomène. Les statistiques de prévalence des interruptions de grossesse sont même en deça de la réalité car ces données hospitalières ne montrent que «la partie visible de l'iceberg».

En ce qui concerne les caractéristiques socio-économiques de la population concernée par les avortements à risque, le professeur Diadiou\* souligne que «le profil de la femme hospitalisée pour complication d'avortement spontané est une femme de 28 ans, mariée sans instruction ayant deux enfants vivants au moins».

Quant à celle admise pour complication d'avortement provoqué, elle est âgée de 21 ans en moyenne. Elle est souvent non mariée, sans enfant et a un niveau d'instruction primaire ou secondaire.

La pratique abortive est due à des déterminants sociaux et médicaux. Au Sénégal, les principales publications disponibles relèvent que les avortements provoqués s'expliquent par la crainte des critiques des parents et de l'entourage social en cas de grossesses non désirées (extra-conjugales).

Les avortements à risque ont également de réels impacts socio-sanitaires et psychologique. En plus des risques mortels et morbides (hémorragies, infections, douleurs chroniques invalidantes etc.), les interruptions de grossesse peuvent aboutir à des troubles psychologiques et à la stérilité ou l'infertilité chez la femme.

Pire encore, elles peuvent être un facteur de déséquilibre de la structure familiale. A ces conséquences négatives, il convient d'ajouter l'important coût économique et financier des avortements à risque au niveau individuel et collectif.

---

\* Fadel Diadiou, E.O. Faye et al. Mortalité et morbidité liées aux avortements provoqués clandestins dans quatre sites de référence dakarois au sénégal, UCAD/CGO/CHU Le dantec et OMS, 1995, 50p., pp. 11 - 18.

En effet, dans l'étude précitée, le professeur Diadiou montre que la patiente hospitalisée pour complication d'avortement spontané dépense en moyenne 10.626 FCFA pour l'achat de médicaments et coûte à l'Institution Sanitaire 5.507,4 FCFA. Quant à celle admise pour complication d'avortement provoqué, elle dépense en moyenne entre 16.974 FCFA à 25.310 FCFA en frais de médicaments et coûte à l'institution 6.014,2 FCFA à 56.275 FCFA.

En ce qui concerne la législation sur les interruptions de grossesse au Sénégal, le Code pénal, en ses articles 305 et 305 bis condamne l'avortement provoqué. Seul l'avortement thérapeutique est autorisé par le code de déontologie médicale si la grossesse menace la vie de la mère. Cette position du législateur sénégalais semble proche de celle de l'Islam telle qu'elle est interprétée par les islamologues, auteurs des publications consultées.

Enfin, cette revue de littérature a mis en évidence un certain nombre de limites de connaissance du phénomène des avortements à risque au Sénégal. Parmi celles-ci, il convient de déplorer le fait que la plupart des études existantes ne concernent que le milieu hospitalier.

Par ailleurs, il faut regretter la quasi-inexistence d'enquête qualitative et de recherches en milieu rural sur ce phénomène. Des axes de recherche complémentaires ont été proposés en vue de combler ces lacunes de connaissance.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- 1 - Akofodji, Clémence. Cause des avortements clandestins chez les adolescentes : Enquête menée à la maternité de Ouidah (Bénin) Mémoire de fin d'étude, Centre d'enseignement en soins infirmiers (CESSI), Dakar , Juillet 1986, 65 p
- 2 - Ashford, Lori. Nouvelles perspectives sur la population : les leçons du Caire, Population Reference Bureau, vol 50, n°1, mars 1995, Washington, 44 p.
- 3 - Avortement et contraception, Colloque des 11 et 12 Mars 1971, Edition de l'Institut de Sociologie, Université libre de Bruxelles, 1972, 191 p.
- 4 - L'avortement clandestin, in Famille et Développement, n° 18, Avril 1979, Dakar, pp.27-43
- 5 - Barnett, Barbara. Les jeunes s'exposent souvent à des avortements à haut risque, in "Network en français", Family Health International, vol.9, n°1, Janvier 1994, pp.13-17
- 6 - Bart, Anne Jean. Les victimes de la conspiration du silence, in "Soleil", n° 3909, 5 Mai 1983, pp.4-5
- 7 - Bindang, Christine. L'avortement clandestin au Gabon, Mémoire de fin d'étude, ENAES, Dakar, 1988
- 8 - Bop, Codou. Comment cela se passe, in "Vie et Santé", n° 7, Avril 1991, pp.19-21
- 9 - Cissé, Abdoullah et al. Mesures législatives et réglementaires en matière de politique de population : "Poursuivre la politique de population dans un Sénégal en mutation", FNUAP/MEFP/DPRH, Dakar, Mars 1997, 104 p.

- 10 - Coeytaux, Francine. L'état de la recherche, in "Vie et Santé", n°7, avril 1991, Dakar, p-3-7
- 11 - Conférence régionale sur la maternité sans risque pour l'Afrique Francophone au Sud du Sahara, Niamey (Niger), 30 janvier au 03 février 1989, 68 p.
- 12 - Conférence de Maurice. Les avortements à risque et la planification familiale post-abortum en Afrique, IPPF/Région Afrique, 1994, 36 p.
- 13 - Conférence mondiale sur les femmes: Pékin : 4-15 Septembre 1995, Résumé du programme d'action, Berne, Novembre 1996, 72 p.
- 14 - Déclaration de la politique de population, Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan, Dakar, édition de Janvier 1991, 23p.
- 15 - Déclaration de politique de population à la lumière des enseignements islamiques, MEFP/DPRH, Dakar, Juin 1996, 65 p.
- 16 - Déclaration de politique de santé et orientation pour une politique d'action sociale, MSAS, Dakar, 1991, 10 p.
- 17 - Diadhiou Fadel, Faye, E.O. et al Mortalité et morbidité liées aux avortements provoqués clandestins dans quatre sites de référence dakarois au Sénégal, UCAD/CGO/CHU le Dantec et OMS/HRP, Dakar, 1995, 50 p.
- 18 - Diadhiou, Fadel, Faye, E.O et al A propos des avortements à risque au Sénégal et au Cameroun, CHU le Dantec, Dakar, 1993, 46 p.
- 19 - Diadhiou, Fadel. Déculpabiliser la contraception, in "Vie et Santé", n° 16, Juillet-Septembre 1993, Dakar, p2
- 20 - Diagne Assa. Médicaliser l'avortement, in "Vie et Santé", n°7, Avril 1991, p2.

- 21 - Diop Nafissatou. La fécondité des adolescentes au Sénégal, UEPA, Dakar, Mars 1995, 20p
- 22 - Diop, Papa Badara et Sam, Abraham. Fécondité, contraception, avortement in "Takusaan", 15-16-17 Avril 1983, p.2
- 23 - Diouf, Papa Demba. Enquête sur l'avortement à Pikine, Direction de la Statistique/Division des Enquêtes et de la Démographie, Dakar, Septembre 1989, 43 p.
- 24 - Enquête Démographique et de Santé (EDS II) : 1992 - 93, Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan/Direction de la Prévision et de la Statistique/Division des Statistiques Démographiques, Dakar, avril 1994, 284 p.
- 25 - Enquête Démographique et de Santé (EDS III) 1997, MEFP/DPS/DSD et DHS, Dakar, 1997, 238 p.
- 26 - Etat de la population mondiale : Le droit de choisir : Droit et santé en matière de reproduction, FNUAP, New-York, 1997, 76 p.
- 27 - Fall, Abdourahmane et Ly, Dieynaba. Les auteurs d'infanticide à Dakar avant et après le crime, Mémoire de fin d'études, Ecole Nationale des Assistants Sociaux et Educateurs Spécialisés, (ENAES), 1992, 97 p.
- 28 - Fathalla, Mahmoud. APC et santé de la reproduction in "Vie et Santé", n°7, Avril 1991, pp.14-16
- 29 - Fayemi, Gérard. Les complications de l'APC, in "Vie et Santé", n° 7, Avril 1991, pp.12-13
- 30 - Kara S. Etude sur l'intoxication aiguë à la chloroquine à Dakar, Thèse de doctorat en médecine, Université de Dakar, 1984.
- 31 - Koly, Filbert. Religion et APC, in "Vie et Santé", n° 7, Avril 1991, pp.17-18.



- 32 - Koly Filbert. L'avortement provoqué clandestin : aspects actuels et perspectives à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar, Thèse doctorat en médecine, Université de Dakar, 1991, 117 p
- 33 - Liskin, Laurie. Prévention et maîtrise des complications liées à l'avortement spontané ou provoqué, in "Planification familiale" : méthodes et pratiques pour l'Afrique", Atlanta, 1985, pp.247-256
- 34 - Mbaye, Serigne Mor. Le pire, c'est l'angoisse, in "Wal Fadjri", n°1112, 28 Novembre 1995, p.6
- 35 - Nimbona, Pierre Claver. L'avortement criminel : Etude statistique dans un hôpital dakarais de 1973 à 1983 : Mesures préventives et coercitives, thèse de doctorat en médecine, Université de Dakar, juillet 1985, 62 p.
- 36 - Plan national d'action de la femme : 1997 - 2001, Ministère de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, Dakar, novembre 1996, 126 p.
- 37 - Prévenir la mort tragique de la mère : Rapport de la Conférence Internationale sur la maternité sans risque, Nairobi (Kenya), février 1987, 56 p
- 38 - Prise en charge clinique des complications de l'avortement : Guide pratique, OMS, Genève, 1987, 81 p.
- 39 - Programme santé maternelle et maternité sans risque : Rapport situation : 1991 - 1992, OMS, Genève, 1994, 49 p
- 40 - Programme national en santé de la reproduction : 1997-2001, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Dakar, Mars 1997, 118 p.
- 41 - Rapport de la Conférence Internationale sur la population et le développement, le Caire (Egypte), septembre 1994, 170 p.

- 42 - Sakho, Ibrahima. Une tragédie humaine, in "Wal Fadjiri", n° 1112, 28 Novembre 1995, P6.
- 43 - Sow, Moussa Félix. L'avortement, mal ou nécessité ? "Vie et Santé" n°7, Avril 1991, pp.24-25
- 44 - Statistiques sanitaires et démographiques : années 1994-1995, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale/Direction de l'Hygiène et de la Santé Publique/Division des Statistiques, Dakar, Juillet 1996, 100 p.
- 45 – Touré, Awa Oumar. Prévalence des anticorps antiphospholipides chez les femmes consultant au CHU le Dantec pour avortements spontanés répétés, Thèse de doctorat en médecine, UCAD, Dakar, 1997, 165 p.
- 46 –Touré, Tidiane. Contribution à l'étude de l'avortement thérapeutique au Sénégal, thèse de doctorat en médecine, UCAD, Dakar, 1997, 188 p.
- 47 - Traoré, A.N. Bilan statistique et épidémiologique des urgences obstétricales et gynécologiques au CHU le Dantec Dakar, Thèse doctorat en médecine, Université de Dakar, 1992.

## **LISTE DES ACRONYMES ET DES ABREVIATIONS**

1 - APC	:	Avortement provoqué clandestin
2 - APF	:	Association de Planification Familiale
3 - BM	:	Banque Mondiale
4 - CEFOREP	:	Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction
5 - CGO	:	Clinique Gynécologique et Obstétricale
6 - CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
7 - CIPD	:	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
8 - DDR	:	Date des dernières règles
9 - DPP	:	Déclaration de la Politique de Population
10 - DPRH	:	Direction de la Planification des Ressources Humaines
11 - EDS	:	Enquête Démographique et de Santé
12 - EMIPIK	:	Enquête sur la Mortalité Infantile à Pikine
13 - ENDSS	:	Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social
14 - ENTSS	:	Ecole Nationale des Travailleurs Sociaux Spécialisés
15 - ESF	:	Enquête Sénégalaise sur la Fécondité
16 - FAR	:	Femme en âge de reproduction
17 - FNUAP	:	Fonds des Nations-Unies pour la population
18 - IEC	:	Information, Education et Communication
19 - IVG	:	Interruption Volontaire de Grossesse
20 - MEFP	:	Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan
21 - MFEF	:	Ministère de la Femme, de l'Enfant et de la Famille
22 - MSAS	:	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
23 - OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
24 - PF	:	Planification Familiale
25 - PNDSS	:	Programme National de Développement Sanitaire et Social
26 - PNPf	:	Programme National de Planification Familiale
27 - PRB	:	Population Référence Bureau
28 - PVD	:	Pays en Voie de Développement
29 - SMI/Pf	:	Santé Maternelle et Infantile /Planification Familiale

30 - SR : Santé de la Reproduction  
31 - UCAD : Université Cheikh Anta DIOP  
32 - UEPA : Union pour l'Etude de la Population Africaine  
33 - USA : United States of America  
34 - USAID : United States Agency for International Development

## LISTE DES TERMES MEDICAUX

1. Curage : évacuation au doigt de débris ovulaires ou placentaires
2. Dysménorrhée : règles douloureuses
3. Dyspareunie : difficulté ou douleur à accomplir un rapport sexuel chez la femme
4. Embolie : oblitération d'un conduit naturel habituellement un vaisseau sanguin par un corps étranger en migration
5. Hystérectomie : ablation de l'utérus
6. Ictère : coloration jaune des téguments et des muqueuses
7. Laparotomie : incision chirurgicale de la paroi abdominale
8. Obnubilation : diminution de la conscience et de la vigilance
9. Péritoine : membrane séreuse qui tapisse les parois de l'abdomen et la surface des organes qu'il contient
10. Péritonite : inflammation du péritoine
11. Phlegmon : inflammation aiguë évoluant ou non vers la formation d'abcès
12. Polypnée : augmentation de la fréquence respiratoire
13. Pyosalpinx : collection purulente dans une trompe
14. Salpingite : inflammation de la trompe
15. Septicémie : état infectieux sévère
16. Thrombophlébite : inflammation d'une veine associée à la formation d'un caillot dans sa lumière