

Prise en Charge des Avortements: Experiences de Cinq Structures Peripheriques dans un Pays en Voie de Developpement

Samaké Yaya

Ménin-Messou Benie Michele

Djanhan Lydie Estelle

Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire de
Bouaké, BP 1174 Bouaké 01

Département Mère-Enfant, Université Alassane Ouattara, BP V 18 01,
Bouaké

Kouadio Kouadio Narcisse

Boko Dagoun Dagbesse Elysee

Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire de
Bouaké, BP 1174 Bouaké 01

M'bro Clausen Georgie

Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire de
Bouaké, BP 1174 Bouaké 01

Département Mère-Enfant, Université Alassane Ouattara, BP V 18 01,
Bouaké

Camara Sokhona

Foua Bi Paul Hyacinthe

Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire de
Bouaké, BP 1174 Bouaké 01

[Doi: 10.19044/esipreprint.12.2023.p630](https://doi.org/10.19044/esipreprint.12.2023.p630)

Approved: 15 December 2023

Posted: 17 December 2023

Copyright 2023 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Cite As:

Samaké Y., Ménin-Messou B.M., Djanhan L.E., Kouadio K.N., Boko D.D.E., M'bro C.G., Camara S. & Foua B.P.H. (2023). *Prise en Charge des Avortements: Experiences de Cinq Structures Peripheriques dans un Pays en Voie de Developpement*. ESI Preprints.

<https://doi.org/10.19044/esipreprint.12.2023.p630>

Résumé

Objectif : Déterminer le profil sociodémographique des patientes, décrire les aspects thérapeutiques des avortements et identifier les facteurs associés aux avortements. Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude

transversale, multicentrique, à visée descriptive et analytique réalisée pendant 12 mois du 28 février 2022 au 31 janvier 2023. L'étude a eu pour cadre, (05) maternités périphériques de BOUAKE assurant la prise en charge des avortements. Étaient incluses toutes les patientes ayant bénéficié dans l'un des centres de notre étude d'une prise en charge suite à un avortement complet ou incomplet, provoqué ou spontané. Les données ont été recueillies et analysés à l'aide du logiciel Epi Info version 7. Le seuil de significativité des tests statistiques était fixé pour une valeur de $p \leq 0,05$. Résultats : La prévalence des avortements était de 5% avec (avortements provoqués 60% et avortements spontanés 40%). L'âge moyen était de 27 ± 7 ans. Les patientes avaient un niveau d'étude primaire ou non scolarisées dans 48% des cas et non salariées dans 93% des cas. Elles étaient célibataires ou vivant en concubinage dans 79% des cas. Elles étaient venues d'elles-mêmes dans 90,2% des cas avec pour principal motif d'admission les métrorragies (89,9%). Les motifs des avortements provoqués étaient la grossesse non planifiée (69%), le refus du partenaire (26%). Les patientes avaient présenté des complications dans 30% des cas. L'évacuation utérine a nécessité l'aspiration manuelle intra utérine (45%) suivi de l'ocytocine (32%). L'âge ≤ 24 ans, le statut non salarié, le statut non marié, le faible niveau d'étude et la multiparité étaient significativement associés à l'avortement provoqué. Conclusion : La prévalence des avortements demeure élevée à Bouaké. Il serait bénéfique de faire la prévention par la planification familiale et améliorer la prise en charge des avortements.

Mots-clés : Avortement spontané, avortement provoqué, traitement, facteurs associés et Bouaké

Abortion Care: Experience of Five Peripheral Facilities in a Developing Country

Samaké Yaya

Ménin-Messou Benie Michele

Djanhan Lydie Estelle

Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire de
Bouaké, BP 1174 Bouaké 01

Département Mère-Enfant, Université Alassane Ouattara, BP V 18 01,
Bouaké

Kouadio Kouadio Narcisse

Boko Dagoun Dagbesse Elysee

Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire de
Bouaké, BP 1174 Bouaké 01

M'bro Clausen Georgie

Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire de
Bouaké, BP 1174 Bouaké 01

Département Mère-Enfant, Université Alassane Ouattara, BP V 18 01,
Bouaké

Camara Sokhona,

Foua Bi Paul Hyacinthe

Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire de
Bouaké, BP 1174 Bouaké 01

Abstract

Objective: To determine the socio-demographic profile of patients, describe the therapeutic aspects of abortions and identify the factors associated with abortions. **Material and methods:** This was a cross-sectional, multicentre, descriptive and analytical study conducted over a 12-month period from 28 February 2022 to 31 January 2023. The study was carried out in (05) maternity units on the outskirts of BOUAKE that provide abortion care. All patients who had received treatment for a complete or incomplete, induced or spontaneous abortion at one of the centres in our study were included. Data were collected and analysed using Epi Info version 7 software. The significance threshold for statistical tests was set at $p \leq 0.05$. **Results:** The prevalence of abortions was 5% (induced abortions 60% and spontaneous abortions 40%). The mean age was 27 ± 7 years. In 48% of cases, the patients had a primary education or were not at school and in 93% of cases they were not employed. They were single or cohabiting in 79% of cases. They were self-referred in 90.2% of cases, with metrorrhagia the main reason for admission (89.9%). The reasons for induced abortion were unplanned pregnancy (69%) and partner refusal (26%). Complications

occurred in 30% of cases. Uterine evacuation required manual intrauterine suction (45%), followed by oxytocin (32%). Age ≤ 24 years, unpaid status, unmarried status, low level of education and multiparity were significantly associated with induced abortion. Conclusion: The prevalence of abortions remains high in Bouaké. It would be beneficial to promote prevention through family planning and to improve the management of abortions.

Keywords: Spontaneous abortion, induced abortion, treatment, associated factors and Bouaké

Introduction

L'avortement a été et demeure un problème de santé publique dans le monde entier en général et dans les pays en développement en particulier. En effet, les rapports de l'OMS entre 2015 et 2019, font état que dans le monde une moyenne annuelle de 73,3 millions d'avortements provoqués (sécurisés ou non) a été enregistré dont 39 avortements provoqués pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans (Bearak et al., 2020). L'OMS estime que les complications de l'avortement sont à l'origine de 14% de la mortalité maternelle dans le monde avec 70000 décès chaque année, dont 99% dans les pays en voie de développement (OMS., 2011). L'Afrique demeure le continent qui paye le plus lourd tribut à ce phénomène. En effet, les données de la littérature ont montré qu'au moins 34 000 femmes qui ont eu un avortement, meurent de complications, soit 1 sur 150 (OMS., 2012). Pratiquement, ces complications dont la plupart sont imputables aux avortements à risque pourraient être évitées par l'éducation sexuelle mais aussi par des soins après avortement de qualité prodigués à temps. En Côte d'Ivoire, l'avortement n'est autorisé par la loi que pour sauver la vie de la femme ou dans les cas d'un viol. Pourtant, l'avortement est courant en Côte d'Ivoire, et 63% d'entre eux sont les plus à risque (Bell et al., 2020). Ainsi, en raison de cette législation plus ou moins restrictive, les interruptions volontaires de grossesse se font encore de façon clandestine, faisant courir à la femme des complications allant du risque de maladie ou d'invalidité à long terme au décès. L'avortement à risque, qui est plus courant chez les femmes pauvres et vivant en milieu rural, est la cause d'environ 10% des décès maternels en Côte d'Ivoire, dont presque tous sont évitables. (Singh et al., 2018 ; Say et al. 2014). Pour réduire le risque de ces complications suite à un avortement, les structures sanitaires doivent offrir des soins de qualité après avortement qui sont facilement accessibles à tous les niveaux des services. Actuellement la plupart des soins après avortement sont fournis dans les structures sanitaires du pays. Malgré la pratique de la prise en charge des avortements, nous ne disposons pas de données actualisées à Bouaké. C'est dans cette optique que nous faisons cette étude pour

déterminer le profil sociodémographique des patientes, décrire les aspects thérapeutiques des avortements et identifier les facteurs associés aux avortements.

Matériels et méthodes

Il s'agissait d'une étude transversale, multicentrique, à visée descriptive et analytique qui s'est déroulée pendant 12 mois de février 2022 à janvier 2023. L'étude a eu pour cadre, (05) maternités périphériques rattachées au centre hospitalier universitaire (CHU) de BOUAKE assurant la prise en charge des avortements (Centre de Santé Urbain de Koko, Nimbo, Air France 3, Belle ville 2 et Dar Es Salam). Bouaké est la deuxième ville de la Côte d'Ivoire située dans la région du GBEKE à 367 km de la capitale économique (Abidjan) avec environ 1.500.000 habitants. Elle dispose d'un CHU et de 10 maternités publiques assurant la prise en charge des pathologies obstétricales. Étaient incluses dans cette étude, toutes les patientes ayant bénéficié dans l'un des centres de notre étude d'une prise en charge suite à un avortement complet ou incomplet, provoqué ou spontané. N'ont pas été incluses toutes les patientes ayant bénéficié dans un autre centre d'une prise en charge suite à un avortement et référé dans l'un des centres de notre étude, toutes patientes admises dans les services pour saignement au-delà de 28 semaines d'aménorrhée et les patientes n'ayant pas données leur consentement.

Technique d'échantillonnage: la taille minimale de notre échantillon a été déterminée par la formule de Schwartz: $N = t^2 p^* (1 - p) / m^2$ $p = 40\%$ (la valeur de p choisi est celle rapportée par (Aké-Tano et *al.*, 2017) qui était de 40%.); $t =$ niveau de confiance (la valeur type du niveau de confiance de 95% sera 1,96) d'où $t = 1,96$; $m =$ marge d'erreur fixée à 5%; $n = 369$)

Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée dans cinq (05) maternités périphériques les plus fréquentés de Bouaké. Le diagnostic d'avortement provoqué ou spontané était fait par les sages-femmes en service dans ces différentes maternités et par le médecin gynécologue en service dans la maternité ou un Médecin en spécialité de gynécologie-Obstétrique. La prise en charge faites par les sages-femmes elles-mêmes pour celles qui avait la maîtrise des gestes et des protocoles de prise en charge ou le gynécologue en service ou le médecin en spécialité de gynécologie.

Analyse des données: Les données ont été recueillies et analysées à l'aide du logiciel Epi Info version 7.3.1. Les variables quantitatives avaient été exprimées sous formes de moyenne avec l'écart-type et des valeurs extrêmes. Les variables qualitatives avaient été exprimées sous formes de

proportion. Le seuil de significativité des tests statistiques était fixé pour une valeur de $p \leq 0,05$. et un intervalle de confiance à 95%.

Résultats

Prévalence des avortements :

Durant la période d'étude, au total 6936 grossesses ont été enregistrés dans l'ensemble des centres périphériques enquêtés, dont 376 cas d'avortements soit une prévalence de 5%. Parmi les avortements, 225 étaient provoqués soit 60% et 151 étaient spontanés soit 40% des cas.

Caractéristiques socio-épidémiologiques

Il ressort du tableau (I), que l'âge moyen était de 27 ± 7 ans [extrêmes 12 ; 47 ans]. Les patientes avaient un niveau d'étude primaire ou non scolarisées dans 48% des cas et non salariées dans 93% des cas. Il s'agissait de patientes célibataires ou vivant en concubinage dans 79% des cas. Elles avaient un antécédent d'avortement provoqué dans 21% et d'avortement spontané dans 13% des cas.

Tableau I. Répartition des patientes selon les caractéristiques socio-épidémiologiques

| Paramètres | Effectif (n=376) | pourcentage |
|-------------------------------|------------------|-------------|
| Tranche d'âge (ans) | | |
| ≤ 19 | 58 | 15 |
| 20-24 | 104 | 28 |
| 25-29 | 74 | 20 |
| 30-34 | 67 | 18 |
| ≥ 35 | 73 | 19 |
| Niveau d'étude | | |
| Non scolarisé | 117 | 31 |
| Primaire | 65 | 17 |
| Secondaire | 109 | 29 |
| Supérieur | 85 | 23 |
| Statut professionnel | | |
| Non salarié | 351 | 93 |
| Salarié | 25 | 07 |
| Situation matrimoniale | | |
| Célibataire | 150 | 40 |
| Concubinage | 146 | 39 |
| Mariée | 80 | 21 |
| Gestité | | |
| Primigeste | 159 | 42 |
| Paucigeste | 11 | 3 |
| Multigeste | 151 | 40 |
| Grande multigeste | 55 | 15 |
| Parité | | |
| Nullipare | 80 | 21 |
| Primipare | 73 | 19 |

| | | |
|------------------------------------------|-----|----|
| Paucipare | 151 | 40 |
| Multipare | 58 | 15 |
| Grande multipare | 14 | 4 |
| Antécédents d'avortement provoqué | | |
| Non | 299 | 79 |
| Oui | 77 | 21 |
| Antécédents d'avortement spontané | | |
| Non | 326 | 87 |
| Oui | 50 | 13 |

Caractéristiques cliniques :

Les patientes étaient venues d'elles-mêmes dans 90,2% des cas. Comme motif d'admission, il s'agissait de métrorragies (89,9%), suivi de grossesses arrêtées dans 9,1% des cas. L'âge gestationnel moyen était de $10,8 \pm 5,4$ SA [extrêmes 4 ; 26 SA]. L'âge gestationnel était compris entre 4 et 12 SA dans 79% des cas. Parmi les 225 patientes ayant réalisé un avortement provoqué, les motifs étaient la grossesse non planifiée (69%), le refus du partenaire (26%) et pression familiale/sociale (5%).

Complications

Les patientes avaient présenté des complications dans 30% des cas. La survenue de complication était secondaire à l'avortement provoqué dans 75% et l'avortement spontané dans 25% des cas. Le tableau II, résume les complications selon les types d'avortement.

Tableau II. Répartition des patientes selon le type de complications

| Complications | Spontané | | Provoqué | |
|---------------------|----------|-------------|----------|-----------------|
| | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage (%) |
| Anémie modérée | 15 | 52 | 37 | 43 |
| Douleur pelvienne | 11 | 38 | 27 | 32 |
| Choc hémorragique | 3 | 10 | 10 | 12 |
| Endométrite | - | - | 6 | 7 |
| Perforation utérine | - | - | 4 | 5 |
| Lésion cervicale | - | - | 1 | 1 |

Caractéristiques thérapeutiques

L'évacuation utérine a nécessité l'aspiration manuelle intra utérine (AMIU) dans 45% des cas et l'ocytocine dans 32% des cas. Le misoprostol était utilisé dans 15% des cas. Le traitement médical associé était

l'antibiothérapie dans 35% des cas et l'antalgique dans 34% des cas (tableau III).

Tableau III. Répartition des patientes selon la prise en charge

| Variables | Effectif | Pourcentage (%) |
|-------------------------------------|-----------------|------------------------|
| Méthode d'évacuation utérine | | |
| AMIU | 286 | 45 |
| Ocytocine | 203 | 32 |
| Misoprostol | 96 | 15 |
| Curage digital | 52 | 8 |
| Traitement médical associé | | |
| Antibiotique | 311 | 35 |
| Antalgique | 308 | 34 |
| Solutés | 228 | 26 |
| Anesthésie locale | 42 | 5 |

Facteurs associés au type d'avortement :

Il ressort du tableau (IV), que l'âge ≤ 24 ans, le statut non salarié, le statut non marié, le faible niveau d'étude et la multiparité étaient significativement associés à l'avortement provoqué.

Tableau IV. Répartition des patientes selon les facteurs associés au type d'avortement

| Variables | Type d'avortement | | p-value | OR | IC 95% |
|-------------------------------|--------------------------|-----------------|----------------|-----------|---------------|
| | Provoqué | Spontané | | | |
| Age | | | | | |
| ≤ 24 ans | 128 | 34 | <0,0001 | 4,5 | 2,8-7,2 |
| > 24 ans | 97 | 117 | | | |
| Niveau d'étude | | | | | |
| Faible* | 129 | 53 | 0,00002 | 2,5 | 1,6-3,8 |
| Elevé | 96 | 98 | | | |
| Type de profession | | | | | |
| Salarié | 215 | 136 | 0,0362 | 2,4 | 1,1-5,4 |
| Non salarié | 10 | 15 | | | |
| Situation matrimoniale | | | | | |
| Non mariée | 158 | 68 | <0,0001 | 2,9 | 1,9-4,4 |
| Mariée | 67 | 83 | | | |
| Parité | | | | | |
| > 3 | 56 | 16 | <0,0005 | 2,8 | 1,5-5,1 |
| ≤ 3 | 169 | 135 | | | |

Discussion :**Prévalence des avortements :**

Parmi les avortements, 60% étaient provoqués et 40% étaient spontanés. Ce résultat est proche de celui rapporté en Iran, qui notait une prévalence d'avortement de 7,46% dont 75,9% d'avortement provoqué (Alipanahpour et al., 2020). La prévalence de l'avortement provoqué dans notre étude montre une augmentation contrairement aux taux précédemment rapporté en Côte d'Ivoire dans les années 97 à 99 qui était compris entre 28% et 30% (Bénie Bi et al., 2012). Compte tenu des limitations légales en matière d'avortement provoqué, il est évident que les cas enregistrés sont des patientes qui ont dû se rendre dans des centres médicaux en raison des complications présentées. De plus, l'étude n'incluait pas les hôpitaux privés où la plupart de ces avortements sont réalisés. Par conséquent, il est raisonnable de supposer que les statistiques réelles sur l'avortement provoqué sont plus élevées que les chiffres obtenus.

Caractéristiques socio-épidémiologiques

Durant l'étude, l'âge moyen était de 27 ans. Les patientes avaient moins de 35 ans dans 81% des cas dont 15% d'adolescentes. (Alipanahpour et al., 2020) dans leur étude ont noté un résultat proche du notre avec un âge moyen de 30,62 ans, 73,9% de patientes de moins de 35 ans, mais avec un taux d'adolescentes inférieur à 3,9% des cas. Dans une étude sur les facteurs liés à l'avortement provoqué ou spontané au Brésil en 2016, les auteurs ont montré que 60,6% des femmes avaient moins de 34 ans et que 39,4 % avaient plus de 34 ans (Santos et al., 2016). Cela s'expliquerait par le fait que c'est la tranche d'âge la plus active sexuellement. De plus, ces patientes étaient non salariées dans 93% des cas. Ce fort taux de femme non salariées, pourrait s'expliquer par le fait que près de la moitié (48%) avait un faible niveau d'étude. En effet, le plus souvent, l'activité professionnelle découle du niveau de scolarisation (Shabbir et al., 2018). Le même constat a été fait par (Diadhiou et al., 2021) qui notaient que plus de 60% des femmes avaient un faible niveau d'étude et seulement 28% des femmes trouvaient son activité économique suffisant pour survenir aux besoins. Les patientes étaient célibataires ou vivaient en concubinage dans 79% des cas. Ce résultat est différent de celui de (Diadhiou et al., 2021) qui notaient 95% des patientes mariées dont 85,8% vivaient avec leur mari. La différence observée peut être d'ordre méthodologique. En effet, dans notre étude seules les femmes mariées devant l'officier de l'état civil ont été considérées comme mariées. Sur le plan juridique ivoirien, seul le mariage civil a une valeur légale.

Caractéristiques cliniques :

La grossesse non planifiée était le principal motif d'avortement provoqué dans 69% des cas. Selon l'UNFPA, plus de 60 % de ces grossesses non planifiées sont susceptibles d'être interrompus volontairement et on estime que 45 % de tous les avortements sont à risque, causant 5 à 13 % de tous les décès maternels, ce qui a un impact majeur sur la capacité du monde à atteindre les objectifs de développement durable (UNFPA., 2022). Et, l'âge gestationnel moyen à l'avortement dans notre étude était de 10,8 SA et 79% des avortements ont eu lieu avant la 12^{ème} SA. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que le premier trimestre est celui où la plupart des avortements spontanés se produisent. Quant à l'avortement provoqué, ce résultat se justifierait par le fait que c'est à partir de la cinquième semaine qu'une aménorrhée devient inquiétante chez une femme sexuellement active et entraîne une suspicion de la grossesse. Ainsi, comme la femme a l'intention de cacher sa grossesse, elle préfère l'interrompre avant que les signes ne soient visibles (Griebel et al., 2005).

Complications

Durant l'étude 30% des patientes ont présenté des complications. La survenue de complication était secondaire à l'avortement provoqué dans 75% avec comme principales complications observées l'anémie sévère et la douleur pelvienne. Ce résultat est similaire à celui de (Mwetaminwa et al., 2018) au Congo, qui notaient des anémies du post-abortum associées aux algies pelviennes comme les principales complications, mais dans des proportions variables. Selon la littérature, En 2012, 6,9 millions de femmes dans le monde auraient été hospitalisées à la suite de complications d'avortement provoqué, ce qui ne reflète pas toutes les complications puisque de nombreuses femmes ne consultent pas à cette occasion (Singh et al., 2016).

Caractéristiques thérapeutiques

Durant l'étude les principales méthodes d'évacuation utérine étaient l'AMIU, l'usage d'ocytocine et de misoprotol dans respectivement 45%, 32% et 15% des cas. Au Benin une étude trouvait que l'évacuation utérine était réalisée le plus souvent par l'AMIU dans 83,8% des cas, puis avec le misoprostol dans 16,2% des cas (Tognifodé et al., 2018). L'AMIU reste toujours la méthode d'évacuation utérine la plus utilisée, c'est une technique simple permettant l'évacuation complète et rapide des débris ovulaires. Les complications liées à la procédure sont rarement rapportées dans la littérature, qu'il s'agisse des hémorragies, de la perforation utérine ou du traumatisme cervical (De Poncheville et al., 2002). Dans notre étude la perforation utérine et la lésion cervicale ont été retrouvées dans

respectivement 5% et 1% des cas. Tandis que les autres traitements associés étaient l'antibioprophylaxie dans 35% des cas, l'analgésie dans 34% des cas et la contraception post-abortum dans 17% des cas. Ce résultat est conforme aux recommandations de l'OMS dans son guideline de soins après avortement, qui recommande les antibiotiques et les médicaments contre la douleur.

Facteurs associés au type d'avortement :

L'âge ≤ 24 ans était significativement associé à la pratique d'avortement provoqué avec un risque multiplié par 4. Une étude antérieure avait identifié le jeune âge en tant que facteur d'avortement provoqué (Rasch et al., 2008). Cela pourrait être dû au fait que la plupart du temps, les femmes de cette catégorie d'âge étaient scolarisées ou qu'elles n'étaient pas économiquement et socialement capables de mener leur vie. Aussi, le statut non salarié était significativement associé à la pratique d'avortement provoqué avec un risque multiplié par 2. En Ethiopie en 2017 on notait que la probabilité de demander un avortement était onze fois plus élevée chez les femmes avec de faibles revenus (Tilahun et al., 2017). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les femmes dont la situation économique est plus faible pourraient être confrontées à un défi pour s'occuper et faire grandir leur enfant. De plus, le statut non marié était significativement associé à la pratique d'avortement provoqué avec un risque multiplié par 3 comparativement aux patientes mariées, ce même constat a été fait par en Ethiopie (Tilahun et al., 2017). Ceci pourrait s'expliquer par la mauvaise réputation socio-culturelle d'une mère célibataire, des coutumes et traditions africaines concernant le mariage, la honte et la crainte d'avoir un enfant hors mariage. Ainsi, ces femmes célibataires ont moins d'options lorsqu'elles sont confrontées à des grossesses non planifiées. De même le faible niveau d'étude était significativement associé à la pratique d'avortement provoqué avec un risque multiplié par 2. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les femmes ayant un niveau d'éducation élevé ont une meilleure connaissance et un meilleur accès aux services de planification familiale. Il est donc plus plausible que les femmes ayant un niveau scolaire élevé aient eu moins de grossesses non désirées. Par ailleurs, la multiparité était significativement associée à la pratique d'avortement provoqué avec un risque multiplié par 3. Selon une étude réalisée en Ethiopie, il était noté que les patientes ayant plus de 4 enfants [AOR = 4,28, (IC 1,24–14,71)] étaient 4 fois plus susceptibles de commettre un avortement provoqué (Tesfaye et al., 2014). Le même constat a été fait en Espagne (Tsakiridu et al., 2008). Cela pourrait s'expliquer par le fait que les femmes qui ont eu plusieurs enfants souhaiteraient ne pas avoir d'enfants supplémentaires afin de ne pas

augmenter les charges familiales mais cela traduirait également une méconnaissance des méthodes de planification familiale.

Conclusion

Cette étude nous a permis de faire l'analyse de la situation de la prise en charge des avortements dans 5 centres de santé périphériques de la ville de Bouaké. Et au terme de cette étude nous notons que ; le jeune âge, le faible niveau de scolarisation, le statut non marié avec le statut non salarié et la multiparité sont des facteurs favorisant des avortements provoqués, responsable de la survenue de complications potentiellement invalidantes pour la femme. Aussi, L'AMIU reste le principal moyen d'évacuation utérine en dépit des nouvelles recommandations de l'OMS concernant l'utilisation du Misoprostol. Il serait bénéfique de faire la prévention par la planification familiale et former le personnel de santé afin de réduire la prévalence et améliorer la prise en charge des avortements.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Déclaration de financement : Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

Déclaration pour les participants humains : Nous avons sollicité, sous le couvert du Chef de service de gynécologie obstétrique, avant la réalisation de l'étude une autorisation des autorités sanitaires. La confidentialité des informations recueillies lors de l'enquête a été protégée. Ainsi un numéro d'anonymat a été attribué à chaque fiche d'enquête.

Références:

1. Aké-Tano, S., Kpebo, D., Konan, Y., Tetchi, E., Sable, S., Ekou, F., & Dagnan, N. (2017). Pratiques d'avortement chez des lycéennes à Yamoussoukro, Côte d'Ivoire. *Santé Publique*, 29, 711-717
2. Alipanahpour S., Zarshenas M., Akbarzadeh M. Investigation of the Prevalence of Induced Abortions, Spontaneous Abortions, and Cases of Forensic Medicine Referrals Based on Demographic Characteristics. *Women Health Bull* 2020 ;7(1) :31-8
3. Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A.B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., Kwok, L., Alkema, L. Unintended pregnancy and abortion by income,

region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *Lancet Glob Health*. 2020 Sep;8(9):e1152-e1161.

4. Bell, S.O., Sheehy, G., Hyacinthe, A.K., Guiella, G., Moreau, C. Induced abortion incidence and safety in Côte d'Ivoire. *PLoS One*. 2020 May 7;15(5):e0232364.

5. Bénie Bi Vroh, J., Tiembre, I., Attoh-Touré, H., Kouadio, D., Kouakou, L., Coulibaly, L., Kouakou, H. & Tagliante-Saracino, J. (2012). Épidémiologie des avortements provoqués en Côte d'Ivoire. *Santé Publique*, 24, 67-76.

6. De Poncheville L., Marret H., Perrotin F., Lansac J., Body G. Les avortements du premier trimestre de la grossesse : l'aspiration utérine est-elle toujours de mise ? *Gynecol Obstet Fertil* 2002 ; 30 : 799-806

7. Diadhiou, M., Baynes, C., Mahdi, A.Y., Lusiola, G., Dieng, T. Profil et itinéraire des femmes en quête de soins après un avortement à Dakar *Journal de la SAGO*, 2021,22(1) : 13-23.

8. Griebel, C.P., Halvorsen, J., Golemon, T.B., Day, A.A. Management of spontaneous abortion. *Am Fam Physician*. 2005 Oct 01 ;72(7) :1243-50

9. Mwetaminawa, S.G., Kyembwa, M.M., Taji, L.S., Asimwe, A.A., Manga, O.P., and Katenga, B.G, "Prévalence, complications et issue des avortements clandestins dans la ville de Kisangani en République Démocratique du Congo," *International Journal of Innovation and Applied Studies*, 2018,25(1) ;403–409.

10. Organisation mondiale de la santé (OMS), 2011, « Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008 », 6th ed., Geneva, Switzerland, World Health Organization, 56 p.

11. Organisation mondiale de la santé (OMS), 2012, « Trends in maternal mortality: 1990-2010 », Geneva, World Health Organization, Unicef, UNFPA, World Bank, 59 p.

12. Rasch, V., Gammeltoft, T., Knudsen, L.B., Tobiassen, C., Ginzler, A., Kempf, L. Induced abortion in Denmark: effect of socio-economic situation and country of birth. *Eur J Public Health*. 2008 Apr;18(2):144-9.

13. Santos, A.P., Coelho, E.A., Gusmão, M.E., Silva, D.O., Marques, P.F., Almeida, M.S. Factors Associated with Abortion in Women of Reproductive Age. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2016 Jun;38(6):273-9.

14. Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A.B., Daniels, J., Gülmezoglu, A.M., Temmerman, M., Alkema, L. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014 Jun;2(6):e323-33.

15. Shabbir, M., Jalal, H. Higher Education as a Predictor of Employment: The World of Work Perspective. *Bulletin of Education and Research* 2018 ;40 :79-90.

16. Singh S., Maddow-zimet I. 2016, « Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: A review of evidence from 26 countries », *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(9), p. 1489-1498.
17. SingH S., Remez, L., Sedgh, G., Kwok,L., Onda, T. 2018, *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*, New York, Guttmacher Institute
18. Tesfaye, G., Hambisa, M.T., Semahegn, A. Induced abortion and associated factors in health facilities of Guraghe zone, southern Ethiopia. *J Pregnancy*. 2014;2014:295732.
19. Tilahun, F., Dadi, A.F. & Shiferaw, G. Determinants of abortion among clients coming for abortion service at felegehiwot referral hospital, northwest Ethiopia: a case control study. *Contracept Reprod Med* 2, 11 (2017).
20. Tognifodé, M.V., Tonato, B. J. A., Aboubakar, M., Lokossou, S., Ogoudjobi, M., Perrin, R.X. Connaissances, attitudes et pratiques des soins apres avortement au centre hospitalier universitaire departemental du Borgoulibori. *Journal de la Société de Biologie Clinique du Bénin* 2018 : 28 ; 15-20
21. Tsakiridu, D.O., Franco, V.A., Vázquez, V.F., Junquera, L. M.L., Varela, U.J.A., Cuesta, R.M., López, S.C., Busto, F.M., Fernández, O.M.J. Factors associated with induced abortion in women prostitutes in Asturias (Spain). *PLoS One*. 2008 Jun 4;3(6):e2358.
22. UNFPA. Nearly half of all pregnancies are unintended—a global crisis, says new UNFPA report. Disponible sur : URL: <https://www.unfpa.org/press/nearly-half-all-pregnancies-are-unintended-global-crisis-says-new-unfpa-report>.