

**XXVI<sup>ème</sup> Congrès International de la Population  
Marrakech, Maroc, 27 septembre au 2 octobre 2009**

**Titre de la communication :** Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes face à l'avortement dans les grandes villes camerounaises : Evaluation à partir des données d'enquête

**Thème 8 :** Santé de la reproduction

**Séance 120 :** L'avortement en Afrique de l'Ouest : Attitudes, Pratiques et Fréquence

**Auteur :** Hélène KAMDEM KAMGNO, IFORD, Yaoundé Cameroun

## Introduction

Au Cameroun comme dans la plupart des pays africains, l'avortement provoqué reste encore légalement interdit et n'est autorisé que pour des raisons médicales. Le code pénal camerounais prévoit en son article 337 des sanctions assez lourdes à l'encontre des personnes accusées d'actes d'avortement provoqué. Les peines de l'avorteur sont doublées lorsqu'il s'agit d'un professionnel de santé ou d'un récidiviste. Ce dernier peut même subir des peines supplémentaires notamment la fermeture de l'établissement ou l'interdiction d'exercer la profession.

Dans son article 339, le code pénal prévoit deux cas dans lesquels les pénalités prévues par l'article 337 réprimant l'avortement ne peuvent pas être prononcés : - lorsque l'avortement est justifié par la nécessité de sauver la mère d'un péril grave pour sa santé ; – lorsque la grossesse résulte du viol. Toutefois, certaines modalités doivent être observées<sup>1</sup>.

Malgré cette interdiction, la pratique des avortements clandestins, surtout chez les adolescentes, avec les multiples conséquences (sanitaire, démographique, sociales, ...) que sa pratique entraîne est devenue une réalité préoccupante, aussi bien pour les pouvoirs publics que pour les familles. Le contexte de pauvreté globale et de crise morale que connaît le pays semble favoriser cette pratique.

En outre, les résultats d'enquêtes démographiques et de santé réalisées dans de nombreux pays africains montrent que les adolescents sont sexuellement très actifs et que l'utilisation des méthodes contraceptives, notamment du condom, est relativement faible chez eux, surtout chez les filles. Par ailleurs, le niveau de fécondité de ces dernières reste quasiment stationnaire, sinon en baisse. On peut donc supposer qu'il y a une très forte pratique des avortements provoqués chez les adolescentes, consécutive à la forte prévalence des grossesses non désirées, surtout en milieu scolaire.

En plus de la répression de l'avortement par les pouvoirs publics, les pressions socioculturelles vis-à-vis des filles-mères, le coût élevé du recours moderne et les charges liées à l'éducation des enfants dans une situation de manque d'emploi font que la plupart des avortements, surtout chez les pauvres, se déroulent dans la clandestinité et ce dans de très mauvaises conditions. Ceci peut avoir des conséquences très fâcheuses sur le plan socio-démographique, sanitaire, culturel et économique.

En effet, les complications immédiates liées à la pratique de l'avortement de manière autonome en prenant des médicaments traditionnels (méthodes traditionnelles) ou modernes (automédication) sont souvent très sévères et sont cause de nombreux décès maternels tandis que les complications immédiates sérieuses sont rares lorsque l'avortement se passe dans un centre médical (Christopher Tietze et Stanley K. Henshaw, 1986). Les complications de l'avortement sont responsables d'environ 14 % des quelques 500000 décès maternels enregistrés chaque année, dont 99 % dans les pays en développement (OMS, 1997). Les décès liés à l'avortement représentent 10 à 50 % de l'ensemble des décès maternels suivant les pays (OMS, 1996). En dehors des décès, on enregistre de nombreux cas de complications dont l'une des plus fréquentes est l'hémorragie. Outre l'hémorragie, les méthodes traditionnelles

---

<sup>1</sup> D'abord l'avortement doit être réalisé dans les premiers mois de la grossesse, notamment en cas de viol, ensuite l'avortement doit être pratiqué par un praticien dans un centre hospitalier public ou dans une clinique privée autorisée, enfin l'avortement doit être effectué après une autorisation du Ministère Public qui délivre une attestation sur la matérialité des faits.

telles que l'utilisation des ovules gynecologiques à base de plantes, de feuilles ou d'écorces d'arbres, l'introduction d'une sonde (tige de mil par exemple) (Koné Mariatou, 2000 ; Mounnoui Adamou, 2000) dans l'utérus par la voie vaginale, le lavement par des tissons de bouteilles (Marcel Yoro Blé, 2000), peuvent provoquer des infections très dangereuses de l'appareil génital de la femme (Christopher Tietze et Stanley K. Henshaw, 1986).

L'avortement pose aussi de graves problèmes sociaux, sachant que la procréation est valorisée dans les sociétés africaines. Les avortements provoqués peuvent également avoir un impact sur la scolarisation des filles. En effet, pour certains parents, envoyer les enfants (surtout les filles) à l'école est synonyme de grossesses non désirées et d'avortements provoqués. Ils préfèrent donc les garder à côté d'eux pour mieux les surveiller plutôt que les savoir ailleurs où elles peuvent se livrer à la débauche.

Etant donné la forte valorisation sociale de la procréation dans les sociétés africaines, les avortements provoqués détruisent l'honneur de la femme et celui de sa famille. Par ailleurs, de nombreux décès maternels des suites de complications liées aux avortements provoqués sont sources d'angoisse et de malheur pour les familles endeuillées. Il faut noter également que les avortements provoqués peuvent aussi avoir un impact sur la scolarisation des filles. En effet, pour certains parents, envoyer les filles à l'école est synonyme de grossesses non désirées et d'avortements provoqués. Ils préfèrent donc les garder à côté d'eux pour mieux les surveiller plutôt que les savoir ailleurs où elles peuvent se livrer à la débauche.

Paradoxalement, on constate que, pour un phénomène aussi important, la littérature sur ce sujet est relativement pauvre dans son ensemble. En effet, le caractère clandestin des avortements rend difficile la mesure exacte de l'ampleur du phénomène et les statistiques des formations sanitaires y relatives sont particulièrement déficientes. En général, on ne dispose que des données relatives aux cas de complications pour lesquelles les patientes se sont présentées dans les centres de santé. Or il y a lieu de penser, compte tenu du contexte actuel et de l'évolution des mœurs et, malgré les sanctions pénales et sociales prévues en cas d'avortement provoqué, que cette pratique est assez répandue en Afrique. Au Cameroun, la situation de l'avortement n'est guère mieux connue, pour les mêmes raisons déjà évoquées. Contrairement à d'autres pays, les données sur l'avortement n'ont pas été recueillies lors des deux enquêtes démographiques et de santé réalisées en 1991, en 1998 et en 2004. Les quelques données parcellaires récentes dont on dispose concernent surtout les deux grandes agglomérations de Yaoundé et Douala.

Ainsi, selon une étude de Leke (cité par Tchokomakoua, 2001), réalisée en 1997, sur un total de 7289 patientes reçues en urgence à la Maternité Principale de Yaoundé sur une période de trois mois, on dénombre 2324 cas, soit 32 % environ, présentant des complications liées à l'avortement dont 88 clandestins. Parmi ces derniers cas de complications, 34 % étaient des hémorragies, 23 % des lacérations cervicales et 10 % des lacérations vaginales. Chaque année, on dénombre 32 à 46 avortements pour 1000 femmes en âge de procréer. Selon le même auteur (cité par Mounah Dipita, 2001), sur les 10 dernières années, les complications liées à l'avortement sont devenues la deuxième cause de mortalité maternelle dans cette formation hospitalière. En 1995/96, 40 % des décès maternels observés dans cette maternité étaient dus aux complications post-abortum. On note également que plus de 85 % des cas d'infertilité sont une conséquence des avortements. Par ailleurs, une étude réalisée à la Maternité Principale de l'hôpital Laquintinie de Douala (Tchokomakoua, 2001) a montré que le nombre d'avortements clandestins augmente de façon constante. C'est ainsi qu'entre janvier 1990 et mars 1991, le nombre d'avortements clandestins est passé de 12 à 24.

Quoique parcellaires, les statistiques sur l'avortement au Cameroun, montrent l'ampleur du phénomène d'avortements provoqués ainsi que la gravité des conséquences observées. On peut donc se demander si la population en général et les jeunes en particulier a pris conscience des dangers associés à l'avortement, quels sont les connaissances, les attitudes et les comportements individuels face à ce phénomène. Pour répondre à cette interrogation, cette communication poursuit les objectifs suivants : déterminer les connaissances, les attitudes et les perceptions des femmes en âge de procréer vis-à-vis de l'avortement, évaluer la prise en charge des avortements dans les formations sanitaires et déterminer les caractéristiques socio-démographiques des femmes demandeuses de cette prise en charge ....

La présente communication traite des aspects socioculturels de l'avortement au Cameroun. Elle se base sur les données d'une enquête récente réalisée par l'IFORD et le CCRA (Comité Camerounaise de Réflexion sur l'Avortement) à Yaoundé et à Douala dans une soixantaine de formations sanitaires publiques et privées. Etant donné qu'on ne dispose pas d'une cartographie de l'avortement au Cameroun, l'échantillon des formations sanitaires à enquêter a été constitué par choix raisonné compte tenu des informations disponibles, des contraintes budgétaires et dans le souci d'assurer une certaine représentativité du phénomène. L'analyse porte essentiellement sur les données relatives aux opinions des femmes en âge de procréer venues en consultation ou hospitalisées ainsi que sur les informations contenues dans les registres des consultations et/ou d'hospitalisation<sup>2</sup>. L'approche adoptée est descriptive et permet de connaître la position des jeunes femmes enquêtées à l'égard de l'avortement et de broser la situation actuelle de la prise en charge de l'avortement dans les formations sanitaires enquêtées.

## **I. Essai d'évaluation de la prévalence de l'avortement**

Aux femmes, la question a été posée de savoir si au cours de leur vie génésique elles ont eu à avorter volontairement ou à être victimes d'une fausse couche. Cette question permet d'évaluer la prévalence de l'avortement au sein de l'échantillon. Toutefois, ces données, parce que entachées d'omissions volontaires ou involontaires, ne rendent compte que très partiellement de l'ampleur du phénomène. Par ailleurs, il y a un effet de sélection non négligeable, les femmes interrogées étant uniquement celles qui ont accepté de répondre aux questions, un certain nombre d'entre elles ayant marqué leur réticence vis-à-vis de cette enquête, pour diverses raisons. Un autre effet de sélection se trouve dans le fait que les femmes ciblées sont uniquement celles ayant fréquenté les formations sanitaires au cours de la période de l'enquête.

Les données montrent que la prévalence des fausses couches et des avortements provoqués est relativement élevée, car un peu plus d'un cinquième des femmes a affirmé en avoir déjà eus (24% pour les fausses couches et 22% pour les avortements provoqués). Toutefois, on observe une légère prédominance des fausses couches par rapport aux avortements provoqués (tableau a.1 en annexe). Ceci révèle un problème de suivi médical des grossesses.

Même si certaines femmes, pour des raisons évidentes ont peut-être omis de déclarer ces événements, le fait qu'environ un cinquième d'elles l'ait déclaré montre que le phénomène est de moins en moins objet de tabou et d'autocensure. Certes, l'enquête ne concernait que les deux plus grandes villes du Cameroun les plus exposées à la modernité et donc au

<sup>2</sup> Il fallait enquêter au moins 15 par hôpital de district et les formations équivalentes et 30 par hôpital de référence ou provincial.

changement de mentalités, mais on peut objectivement penser que ces résultats traduisent une certaine évolution des attitudes de la population féminine vis-à-vis des sujets qui touchent à la sexualité et spécifiquement à la grossesse.

Le niveau de prévalence de l'avortement provoqué n'est pas significativement différent entre les femmes de Douala et celles de Yaoundé. En revanche, certaines caractéristiques des femmes comme l'instruction, l'occupation, la religion, l'état matrimonial différencient la prévalence de l'avortement. Aussi, la proportion des femmes qui ont déjà pratiqué l'avortement est plus importante chez les femmes de 25-34 ans (résultat à interpréter avec prudence, car l'avortement déclaré par ces femmes a été pratiqué avant l'âge actuel, quand elles étaient plus jeunes)<sup>3</sup>, les femmes instruites, les femmes en union libre, les femmes élèves ou étudiantes, les femmes protestantes ou animistes.

## II. Connaissances et attitudes des femmes relatives à l'avortement

### 2.1. Connaissances des méthodes d'avortement

La connaissance des méthodes d'avortement, comme du reste celle de la structure et du praticien pouvant l'accomplir en sécurité, constitue un préalable important pour la pratique de l'avortement. Dans l'ensemble, le niveau de connaissance des méthodes d'avortement par les femmes est élevé, car 63% d'entre elles ont déclaré les connaître, tous types confondus (tableau a2 en annexe).

Les méthodes traditionnelles sont beaucoup plus connues que les méthodes modernes. La raison de cette prééminence peut se trouver dans le fait que ces méthodes constituent généralement le premier recours thérapeutique des femmes. Elles ne vont dans les formations sanitaires qu'en cas de complications. Mais la raison profonde de l'importance de ces méthodes procède du caractère clandestin de l'avortement résultant de la répression de celui-ci par les pouvoirs publics. Cette situation oblige les femmes à recourir aux méthodes traditionnelles pour s'assurer une certaine discrétion. Certes une proportion importante de femmes connaît les méthodes modernes ; mais on peut penser que cette catégorie regroupe surtout les femmes instruites.

Citées par 53% de femmes, les méthodes traditionnelles comprennent diverses thérapies, les unes aussi complexes et dangereuses que les autres. Il s'agit des thérapies suivantes : purge à base de tabac, d'eau salée, de feuilles de marguerite, de sel gemme ; absorption de potions à base d'écorces diverses, absorption de mélange de jaune d'œuf et d'eau de haricot, de mélange de miel et de jus de citron, etc.

Parmi les méthodes modernes citées, le curetage (48%), les comprimés oraux (39%) et l'aspiration (26%) viennent en tête. Viennent ensuite les injections (18%) et la sonde (14%). Les autres méthodes modernes telles que les ovules et la dilatation du col sont très peu connues. Une proportion négligeable de femmes a aussi cité les violences physiques comme une autre méthode d'avortement.

---

<sup>3</sup> Il existe là un effet cumulatif. On ne saurait donc conclure à un effet d'âge ou à un effet de génération à partir de ces données. De plus, il y a des problèmes de troncature liés au fait que les femmes qui n'ont pas encore commencé leur vie génésique ou les rapports sexuels au moment de l'enquête échappent à l'observation. Il s'agit notamment de certaines femmes du groupe 15-24. Si la question sur l'âge au moment de l'avortement avait été posée, on pourrait ressortir cet effet. Mais elle n'a pas été posée pour éviter d'aggraver la réticence des enquêtées.

Le niveau de connaissance est légèrement inégal entre Yaoundé et Douala, la première ville affichant un niveau un peu supérieur (64%) à celui de la seconde (61%). Cet écart est toutefois variable selon les méthodes. D'une façon générale, les femmes de Douala connaissent beaucoup moins les méthodes traditionnelles que celles de Yaoundé et c'est l'inverse qu'on observe pour les méthodes modernes.

## **2.2. Connaissance des modalités de l'avortement**

Les analyses révèlent que le niveau de connaissance que les femmes ont des conditions dans lesquelles se font les avortements est globalement moyen. S'agissant du lieu, le centre hospitalier a été cité par la grande majorité de femmes (60%). Concernant la connaissance du type de personne habilitée à faire avorter une femme, seule la moitié des femmes sait que le médecin (spécialiste ou généraliste) est la personne la plus apte à effectuer une telle intervention. Toutefois, sur ce point on note un écart significatif entre Douala et Yaoundé. En effet, à Douala, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses qu'à Yaoundé à citer le médecin spécialiste (56,56% contre 45,6%) ; mais le médecin généraliste est beaucoup plus mentionné à Yaoundé (60,6%) qu'à Douala (42,1%). Les femmes qui ont cité la sage-femme ou l'infirmier sont en proportion relativement faible qui tourne autour de 15%.

On note toutefois qu'une proportion relativement importante d'enquêtées (23%) ignore que c'est dans les formations hospitalières que doit se dérouler l'avortement. Par ailleurs 8% de femmes pensent qu'on peut se faire avorter à domicile et 1,5 % chez le tradi-praticien. Quoique en proportion faible, ce résultat révèle qu'il existe encore une frange de la population féminine et peut-être aussi masculine qui a recours au tradi-praticien même pour ce service dont le coût est hors de portée pour elle. Ce résultat dénote aussi l'ignorance de certaines femmes des risques liés à l'avortement. Enfin, le recours au tradi-praticien peut se justifier par le souci des femmes de préserver leur intimité, l'avortement étant légalement interdit et non toléré par la société.

## **2.3. Connaissance des conséquences de l'avortement**

L'avortement a des conséquences graves sur les individus, les familles et la population prise dans son ensemble. Ces conséquences sont de plusieurs ordres : sanitaires, judiciaires, économiques, sociales, démographiques et éthiques. Sur le plan sanitaire, il s'agit des conséquences qui peuvent entraîner des infirmités diverses pouvant conduire à la stérilité ou à l'infécondité ou encore, dans le pire des cas, au décès de la femme. Les conséquences judiciaires concernent les sanctions pénales prévues par la loi. Sur le plan économique, il s'agit d'une part, des dépenses considérables surtout lorsque surviennent des complications nécessitant une hospitalisation et, d'autre part, du coût indirect lié à l'inactivité de la femme affectée par suite de l'hospitalisation ou simplement de son incapacité temporaire de travailler. Le coût social concerne les conflits conjugaux et le retardement du mariage de la fille avortée du fait de la stigmatisation sociale. Les conséquences démographiques concernent l'impact de l'avortement sur la mortalité et la fécondité. Enfin, sur le plan éthique, il s'agit du déclin du respect de la vie humaine et de la valeur sociale de l'enfant.

Parmi toutes ces conséquences, celles sur la santé sont les plus connues, (89%), suivies de la mortalité maternelle (66%). On n'observe pas une différence significative entre les deux villes. En revanche, les autres conséquences sont presque inconnues des femmes, ce qui

démontre une fois de plus l'ignorance des femmes des contours de l'avortement (tableau a3 en annexe).

## 2.4. Connaissance des motifs de l'avortement

Ceux qui pratiquent l'avortement ont diverses motivations. Les raisons avancées ici sont essentiellement d'ordre social, économique, sanitaire et même psychologique et leur ordre d'importance varie selon qu'il s'agit de jeunes filles célibataires, de femmes mariées ou simplement des hommes.

Au premier rang des raisons qui peuvent pousser une jeune fille à se faire avorter se trouvent « *la peur d'être rejetée par les parents ou la famille* » (52,8%) et « *l'irresponsabilité du partenaire* » (52,5%). Les difficultés économiques viennent en deuxième position pour justifier l'avortement. Il s'agit en l'occurrence des raisons suivantes : « *le manque de moyens financiers* » (39,6%) et « *le désir de poursuivre les études et de réussir dans la vie* » (39,7%). Il apparaît ainsi que la pauvreté ambiante est un facteur important de l'avortement, du fait des charges élevées liées aux soins à donner aux enfants et du manque de ressources des jeunes filles ; bien plus, la grossesse freine la fréquentation scolaire et constitue un facteur de risque important des échecs scolaires chez les filles. Elles sont suivies de loin par « *la honte à l'égard de l'entourage* » d'être une fille-mère (15,6%) et « *le désir de planification familiale* » (16%). A ces deux motifs sociaux importants s'ajoutent le souci de préserver l'honneur de la famille (7,8%). En effet, les filles qui se font avorter sont généralement victimes d'une stigmatisation sociale, considérées comme des assassines, des dépravées, etc., et sont en tous cas mal vues par la société ou tout au moins leur entourage. En proportions très faibles, le souci de préserver l'honneur de la famille (7,8%), les contraintes liées aux coutumes (5%) et les raisons sanitaires (3 %) <sup>4</sup> peuvent aussi constituer des motifs d'avortement chez la jeune fille. Les motifs d'avortement de la jeune fille sont donc principalement d'ordre socio-culturel.

Chez les femmes mariées, l'avortement est justifié principalement par le besoin de la planification familiale qui pousse les femmes à interrompre volontairement des grossesses non désirées (55 %) <sup>5</sup>. Les motifs économiques viennent en deuxième position ; ils englobent « *le manque de moyens financiers* » (33,3%) et « *les contraintes professionnelles* » (4,5%). Les conflits conjugaux occupent la troisième position et comprennent les raisons telles que « *l'irresponsabilité du partenaire ou l'infidélité de la femme* » (26%) ou encore « *les problèmes conjugaux ou la mésentente entre époux* » (12,7%). Les motifs liés à la santé revêtent plus d'importance chez les femmes mariées que pour les jeunes filles, avec un poids de 18%.

Plusieurs raisons, d'importance inégale, peuvent pousser un homme à faire avorter sa femme ou sa partenaire. Les difficultés économiques (58 %) et les grossesses non désirées (45 %) en constituent de loin les principales. Les problèmes de santé viennent en troisième position (11%) ; les autres raisons sont marginales. Il est aussi à noter que, sans avoir un poids élevé, l'infidélité de la femme a aussi été évoquée par une poignée de femmes enquêtées.

<sup>4</sup> Ceci correspond à la faible proportion des cas d'avortements pour raison de santé enregistrés dans les formations sanitaires.

<sup>5</sup> Aussi près d'un quart (24%) des femmes se dit disposée à avorter en cas de grossesse non désirée. Cette attitude est partagée plus par les célibataires que par les mariées. Cette différence peu s'expliquer par les difficultés rencontrées par les premières pour s'occuper de leur enfants.

## **2.5. Attitudes et perceptions des femmes relatives à l'avortement**

La dimension sanitaire de l'avortement est peu présente dans les esprits : à peine 12% des femmes interrogées ont cette perception. Ce résultat est surprenant par rapport au niveau de connaissance que les femmes ont des conséquences sanitaires associées à l'avortement.

L'attitude des femmes à l'égard de l'avortement est nuancée. Si dans leur immense majorité les femmes enquêtées se déclarent contre l'avortement, il n'en demeure pas moins qu'elles sont disposées à le pratiquer dans certaines circonstances. Ainsi, la majorité d'entre elles (47%) le feraient à la demande de leur partenaire, surtout si elles sont économiquement dépendantes de celui-ci. En d'autres termes, les difficultés économiques constituent un motif suffisant pour changer d'avis. Une autre catégorie de femmes peut avorter si les conditions matérielles sont favorables (22%) ou si c'est dans l'intérêt du couple (22%). Une dernière catégorie, peu nombreuse (9%), soutient que les contraintes sociales (notamment celles liées au mariage) peuvent faire changer d'avis. Il apparaît en définitive que la position des femmes vis-à-vis de l'avortement est tributaire de leur environnement social et de leurs conditions de vie.

D'autres femmes sont fermement contre l'avortement, même si elles y sont poussées par leur partenaire. Les arguments invoqués pour soutenir leur position concernent essentiellement le respect des valeurs morales et religieuses (40%), la peur des conséquences sanitaires (30%), le souci de préserver l'harmonie dans le ménage (18%) et le souci de préserver la dignité personnelle (15%). Il est à noter que la peur de la loi n'est presque pas mentionnée ici, moins de 1% seulement des femmes l'ayant citée.

Si les femmes rejettent majoritairement l'avortement pour elles mêmes, elles le rejettent aussi en ce qui concerne leurs enfants et leurs collatéraux. Environ 10% seulement des femmes se sont déclarées disposées à faire avorter leurs filles, leurs sœurs ou d'autres parents. A l'appui de cette position, cette catégorie de femmes invoque plusieurs raisons dont les difficultés économiques des ménages occupent la première place (26%) suivies de loin par le souci de poursuivre la scolarisation (19%) et les grossesses non désirées (19%) (tableau a5 en annexe).

## **III. Connaissances et attitudes des femmes relatives à la législation sur l'avortement**

### **3.1. Connaissances des femmes relatives à la législation sur l'avortement**

Les résultats montrent que dans leur immense majorité, les femmes sont au courant de la législation en vigueur. En effet 82% des femmes savent que l'avortement provoqué est interdit par la loi. Toutefois, très peu d'entre elles (7% seulement) savent qu'il peut être pratiqué en cas de nécessité pour des raisons médicales (tableau a6 en annexe). Comme attendu, les femmes instruites sont plus au courants de cette législation que les illettrées et les femmes ayant un niveau d'instruction supérieur sont proportionnellement plus nombreuses à connaître la clause sanitaire de cette loi que les autres.

Par ailleurs, la grande majorité des femmes (78%) est opposée à la libéralisation de l'avortement qu'elle juge inopportune (tableau a7 en annexe). Cette attitude est en rapport avec l'état matrimonial, l'âge et l'instruction des femmes. En effet, les femmes mariées sont proportionnellement plus nombreuses à désapprouver cette législation que les autres. Par rapport à l'instruction, il apparaît que des femmes de niveau d'études supérieur sont les plus

nombreuses à souhaiter la libéralisation. Il en est de même des adolescentes et des femmes de plus de 45 ans. L'attitude de ces dernières peut certainement se justifier par le souci de se débarrasser librement des grossesses non désirées qui surviennent généralement aux âges précoces ou aux âges tardifs.

Les raisons avancées pour rejeter la libéralisation de l'avortement au Cameroun sont d'ordre social, moral et économique. Il s'agit principalement des raisons suivantes : la peur d'encourager et de favoriser la prostitution (47%), la peur du péché (41%), le risque d'accroître la mortalité maternelle (30%) et enfin le risque d'aggraver les problèmes économiques des ménages à cause des dépenses afférentes à l'avortement (21%).

La minorité des femmes qui sont favorables à la libéralisation de l'avortement avance comme principal argument le fait que l'avortement constitue un moyen efficace de planification des naissances en ce qui concerne les grossesses non désirées. Elles pensent par ailleurs que l'avortement permet de réduire les charges financières liées à l'entretien et à l'éducation des enfants (21%). Enfin, pour certaines d'entre elles, l'avortement fait partie des droits et libertés individuelles de la femme (18%). Ce dernier sous-groupe de femmes oublie malheureusement les devoirs moraux et sociaux en matière de reproduction ainsi que les risques associés à l'avortement.

### **3.2. Facteurs de la clandestinité de l'avortement**

Les résultats (tableau a8 en annexe) révèlent que, contrairement à ce qu'on pouvait attendre, la peur de la loi n'est pas la raison principale de la clandestinité de l'avortement, mais ce sont plutôt les valeurs traditionnelles attachées à la vie, à la reproduction et à l'enfant (64%). La peur de la loi ne vient qu'en deuxième position (25%). Une autre raison importante avancée est la pauvreté ; en effet, lorsque l'acte n'est pas suivi de complications (ce qui est rare), l'usage des procédés artisanaux revient moins cher que le recours aux moyens médicaux. L'ignorance des conséquences sanitaires néfastes de l'avortement réalisé dans la clandestinité et de manière artisanale est également évoquée (13%). L'irresponsabilité des parents et des filles (ou des femmes) a aussi été mentionnée mais avec un poids relativement limité.

Il est à noter que l'importance de ces facteurs varie entre Yaoundé et Douala. Alors qu'à Yaoundé, les facteurs socioculturels et la peur de la loi ont un poids nettement plus élevé qu'à Douala ; dans cette dernière ville, les facteurs économiques et l'ignorance des conséquences de l'avortement sont relativement plus importants qu'à Yaoundé.

## **IV. L'avortement dans les formations sanitaires**

### **4.1. Des statistiques défectueuses**

Dans cette section, nous utilisons les données issues de l'exploitation des fiches et registres de consultation et d'hospitalisation. Il s'agit des informations sur les femmes ayant subi un avortement au cours de la période de référence (années 2002 et 2003) ainsi que sur les modalités de leur prise en charge médicale. Il convient cependant de souligner que la plupart des informations recherchées n'ont pas été saisies, car elles ne figuraient pas sur les documents consultés, à cause du remplissage défectueux de ces documents et, d'une façon générale, la mauvaise tenue des statistiques dans les formations sanitaires. Il est donc difficile, dans ces conditions, de dégager les caractéristiques des femmes concernées et de décrire avec précision les modalités de prise en charge des cas d'avortements enregistrés. Les résultats trouvés doivent donc être interprétés avec prudence.

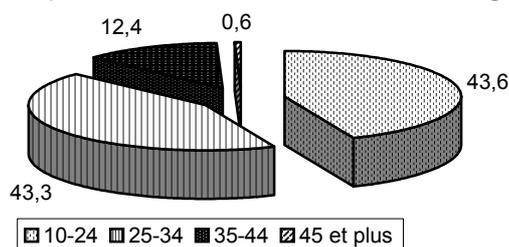
En effet, la proportion de « non déclarés » (tableau a9 en annexe), très variable suivant le type de d'information recherchée, renseigne sur l'ampleur des données manquantes sur certaines variables. Il apparaît ainsi que sur les 12 variables saisies seules deux présentent un taux d'omission nul (la durée d'hospitalisation et l'évolution de l'état de la femme avortée). Trois autres ont un taux inférieur à 10% (l'âge de la femme, le type de formation sanitaire et le type de personnel médical). Toutes les autres variables ont une proportion de « non déclarés » supérieure à 10% dont certaines dépassent 50% (le niveau d'instruction, l'occupation principale et l'état matrimonial). Aussi les analyses ne porteront que sur les données dont le taux d'omission est inférieur à 50% et ne tiendront pas compte des omissions.

## 4.2. Caractéristiques des femmes avortées

### Age des femmes

Les résultats montrent que le phénomène de l'avortement concerne surtout les adolescentes (10-24 ans) et les jeunes femmes (25-34 ans) qui représentent respectivement plus de 43% des cas enregistrés (Graphique 4.1 et tableau a10 en annexe). L'âge médian des femmes avortées se situe autour de 26 ans. La proportion des femmes de plus de 35 ans qui ont avorté, bien que relativement plus faible (un peu plus de 12%), n'est pas négligeable. Notons que la distribution des femmes avortées selon l'âge ne présente aucune différence entre Douala et Yaoundé.

Fig. 5.1: Proportions de femmes avortées selon l'âge



### Age de la grossesse

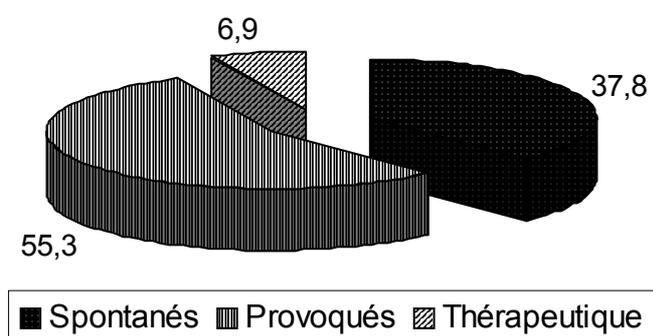
Dans la majorité des cas (55%), c'est au cours du premier trimestre de la grossesse que l'avortement survient. Toutefois une proportion de femmes relativement importante (45%) prend le risque d'avorter après cet âge. Parmi celles-ci 8% le font au cours du troisième trimestre de la grossesse, c'est-à-dire au-delà de six mois. Ceci dénote une méconnaissance des dangers graves associés à ce genre de comportement.

### Type d'avortement

Les analyses montrent que plus de la moitié des cas d'avortements pris en charge par les formations sanitaires enquêtées est provoqué (graphique 4.2 et tableau a11 en annexe). Cette prééminence des avortements provoqués observés s'écarte des déclarations des femmes présentées dans la section 1 dont 22% seulement ont affirmé avoir déjà interrompu volontairement une grossesse. On peut donc penser qu'il y a eu de la part de ces femmes une tendance à masquer les avortements provoqués pour des raisons de stigmatisation sociale. En deuxième position viennent les avortements spontanés (37,8%). Quant à l'avortement thérapeutique, sa pratique est encore limitée (7%). Toutefois, on ne peut pas en conclure que les complications de grossesses nécessitant ce type d'intervention sont rares. Il s'agit certainement d'un problème de sous-déclaration.

Par rapport à l'âge, les données montrent que la pratique de l'avortement provoqué diminue lorsque l'âge augmente en passant de 61,8 % chez les adolescentes à 51% parmi les jeunes femmes de 25-34 ans puis à 44% pour le groupe 35-44 ans (tableau a11 en annexe). La comparaison des deux villes montre des différences importantes entre les femmes de Douala et celles de Yaoundé. Ainsi, les avortements provoqués sont beaucoup plus fréquents parmi les adolescentes à Yaoundé (69%) qu'à Douala (51,9%). A l'opposé, on enregistre plus d'avortement spontané à 35-44 ans à Douala (57,6%) qu'à Yaoundé (48,5%).

**Fig. 4.2 : Types d'avortement (Yaoundé et Douala)**



#### 4.3. Prise en charge des avortements

##### Types de formations sanitaires et de personnels médicaux

Les résultats montrent que ce sont les hôpitaux qui accueillent l'immense majorité des cas (80%), quel que soit le type d'avortement considéré (tableau a12 en annexe). La part des autres catégories de formations sanitaires reste négligeable. La prise en charge est principalement assurée par les médecins gynécologues (49%) ou, dans une moindre mesure, généralistes (15%). Les interventions des sages-femmes sont cependant aussi importantes (30%). Alors que les sages-femmes sont plus sollicitées à Douala (43%) qu'à Yaoundé (20%) et les gynécologues le sont plus à Yaoundé (61%) qu'à Douala (33%). Il serait intéressant de connaître les facteurs de cette différence qui est peut-être liée au dysfonctionnement de la carte sanitaire du pays.

##### Évolution post avortement

Il ressort des analyses que l'avortement peut aboutir à l'une des situations suivantes : complications immédiates, guérison ou décès de la femme. Les données recueillies montrent que dans la très grande majorité des cas (83%), on a obtenu la guérison et que les décès sont rares (tableau a12 en annexe). Cette faiblesse des décès est probablement liée à un problème de sous-déclaration.

## **Durée de l'hospitalisation**

La prise en charge de l'avortement conduit généralement à l'hospitalisation des patientes. Pour l'ensemble des villes, il ressort des données recueillies que plus de la moitié des cas (56%) a nécessité une hospitalisation ; ceci dénote la gravité des cas enregistrés. Il faut toutefois préciser que la durée de séjour à l'hôpital varie de quelques jours à plusieurs semaines. Alors qu'à Douala l'avortement entraîne presque automatiquement une hospitalisation (6% de cas seulement sans hospitalisation), à Yaoundé seule la moitié des cas nécessite l'hospitalisation.

## **Les moyens utilisés pour avorter et les soins administrés**

L'éventail des moyens utilisés pour avorter est assez large ; mais le curetage est de loin le moyen prédominant car il a été appliqué à plus de la moitié des femmes (53 %). Les autres moyens comprennent : les moyens biochimiques (12%), le dilatateur (8%) et le forceps (3%). Les moyens biologiques et mécaniques sont quasi-inexistants.

Concernant les soins après l'avortement, l'antibiothérapie et le curetage sont les deux types de soins les plus pratiqués avec respectivement 53% et 50% des recours. Ceci s'explique sans doute par la gravité de l'hémorragie qui accompagne généralement l'avortement. Les autres types de soins pratiqués moins fréquemment sont : incision, extraction manuelle, cerclage, hémostase, transfusion sanguine, salpinxectomie, expulsion et hystérectomie.

## **Conclusion et recommandations**

Les données montrent que l'avortement a une ampleur élevée et est loin d'être un phénomène marginal. Il concerne les femmes de toutes les couches sociales. Les motifs avancés par les femmes pour justifier le recours à l'avortement sont variés mais la pauvreté, le besoin de fréquentation scolaire et les contraintes familiales sont les plus importants. Alors que les motifs d'avortement chez la jeune fille sont principalement d'ordre socioculturel, l'avortement chez la femme mariée est principalement justifié par le besoin de planification familiale et, chez un homme les motifs de faire faire à sa femme se justifient surtout par les difficultés économiques et, dans une moindre mesure, par le besoin de planification familiale. Le niveau du phénomène présente un écart important entre Douala et Yaoundé, Douala affichant une prévalence plus élevée. La prise en charge de l'avortement provoqué dans les formations sanitaires reste insuffisante pour des raisons liées notamment au faible niveau d'équipement et à l'insuffisance du personnel qualifié. L'opinion publique reste assez partagée quant à l'opportunité de libéraliser ou de dépénaliser l'avortement au Cameroun. Les raisons avancées autant par les femmes qui sont pour que par celles qui sont contre l'avortement sont essentiellement d'ordre sanitaire, économique et social. Mais en tout état de cause, les personnes interrogées affichent une prise de conscience certaine des dangers de toute nature associés à l'avortement.

La proportion non négligeable des femmes qui ignorent le lieu et la personne appropriés pour pratiquer un acte d'avortement ainsi que les conséquences de ce phénomène souligne la nécessité et l'urgence d'un effort important qui doit encore être déployé par les services de la santé publique et les organisations de la société civile pour informer et sensibiliser la population sur les questions relatives à l'avortement et notamment sur la nécessité de recourir au médecin en cas d'avortement.

Le fait que le besoin de planification familiale soit cité parmi les principaux motifs d'avortement suggère d'importants efforts qui restent à faire pour accroître la pratique de la contraception parmi les femmes, en particulier parmi les jeunes filles, célibataires pour la plupart.

L'attitude défavorable des femmes à l'égard de la libéralisation de l'avortement montre qu'une initiative gouvernementale visant une telle libéralisation risquerait de buter contre l'opposition de la population et devrait donc être précédée par une étude approfondie du milieu et subséquemment par une vaste campagne de sensibilisation.

Le fait que les jeunes filles et les femmes jeunes soient les plus touchées par le phénomène d'avortement implique qu'il y a beaucoup d'efforts à déployer pour promouvoir la santé de la reproduction des adolescentes et des jeunes filles afin de réduire l'importance de l'avortement dans cette sous-population. Par ailleurs, la proportion des femmes de plus de 35 ans qui ont avorté, bien que relativement plus faible, n'est pas négligeable et suggère aussi un renforcement de l'éducation des cette catégorie de femmes, car les grossesses contractées au-delà de 35 ans sont des grossesses à risque.

La forte propension des femmes à recourir aux avortement provoqués implique, d'une part, que le plateau technique des formations sanitaires soit renforcé pour une prise en charge médicale appropriée des femmes concernées et, d'autre part, que l'éducation des femmes en matière de procréation, avec un accent sur les questions liées à l'avortement, soit intensifiée. Compte tenu de la proportion élevée des cas sans hospitalisation, il serait judicieux que des mesures soient prises sur le plan réglementaire pour exiger une durée minimum d'hospitalisation, afin de limiter les risques de complications post avortement.

La différence de prise en charge observée entre les deux villes suggère l'intérêt de connaître les facteurs de cette différence de prise en charge.

## BIBLIOGRAPHIE

- **AGADJANIAN V. (1998)** : « *Quasi-legal* » abortion services in a sub-saharan setting : users' profile and motivations, *International Family Planning Perspectives*, 24(3), P. 111-116.
- **AMAGEE L. K. (1999)** : « Recours à l'avortement provoqué en milieu scolaire au Togo : mesure et facteurs du phénomène », Séminaire International « Santé de la reproduction en Afrique, Pratique contraceptive et programmes de planification familiale, Abidjan, 24 p.
- **ANKOMAH A. et al. (1997)** : *Unsafe abortions : methods used and characteristics of patients attendind hospital in Nairobi, Lima and Manila*, *Heath Care for Women International*, 18(1), p. 58-65.
- **BAJOS N. et al. (2002)** : *De la contraception à l'avortement, Sociologie des grossesses non prévues*, Paris, Inserm, 345 p.
- **BANKOLE et al. (1998)** : *Reasons why womens have induced abortion : evidence from 27 countries*, *International Family Planning Perspectives*, 24(3), P. 117-127.
- **BLAYO C. (1998)** : « Mourir d'avortement : facteurs politiques et sociaux », in AIDLEF (Ed) *Morbidité, mortalité*, Paris, PUF, p. 318-326.
- DIADHIOU F. et al. ( 1995)** : Mortalité et morbidité liées aux avortements provoqués clandestins dans quatre sites de références dakarois au Sénégal, UCAD/CGO/CHU Le Dantec, MS/HRP, Dakar, 50 p.
- **EVINA AKAM (1998)** : Vie féconde des adolescentes en milieu urbain camerounais, *Les cahiers de l'IFORD*, n°16, janvier 1998, 117 p.
- **GASTINEAU B. (2002)** : « Légalisation de l'avortement et planification familiale : l'expérience tunisienne », in Guillaume A. et al. (ed) *Santé de la reproduction en Afrique*, Abidjan, p. 243-264,
- **KOUTON E. (1992)** : Evaluation et recherche des facteurs de la fécondité précoce au Bénin. *Les cahiers de l'IFORD n° 3*, IFORD, Yaoundé, décembre 1992, 113 p.
- **LEKE R. J. (1998)** : *Les adolescents et l'avortement, Sexualité et santé de la reproductive durant l'adolescence en Afrique*, Montréal, Ediconseil Inc, p. 297-306.
- **NATIONS UNIES (1994)** : La grossesse de l'adolescence en Afrique, ses conséquences sanitaires, sociales et économiques : Mesures proposées pour réduire l'ampleur notamment pour remédier aux abandons scolaires, CEA, Addis Abeba, 65 p.
- **OMS (1977)** : *Heath needs of adolescents*, Genève, OMS, Report of a WHO expert Committee, Technical Report Series, n° 609.

## ANNEXES

Tableau a1. Proportion des femmes ayant déjà pratiqué un avortement provoqué selon certaines caractéristiques

Caractéristiques	Avortement provoqué		
	Oui	Non	Non déclaré
<b>Ville <sup>ns</sup></b>			
Douala	22,5	77,5	--
Yaoundé	22,3	77,4	0,3
<b>Âge <sup>***</sup></b>			
15-24 ans	11,8	88,0	0,1
25-34	30,5	69,5	--
35-44	26,8	72,8	0,4
45-49	29,7	70,3	--
<b>Etat matrimonial <sup>***</sup></b>			
Célibataire	20,4	79,5	0,1
Mariées	21,4	78,5	0,1
Union libre	31,4	68,6	---
<b>Niveau d'instruction <sup>***</sup></b>			
Sans instruction	15,6	84,4	---
Primaire	13,8	85,3	0,8
Secondaire	22,2	77,8	---
Supérieur	31,2	68,4	---
<b>Occupation <sup>***</sup></b>			
Ménagères	21,0	78,8	0,2
Elèves/étudiants	45,3	54,2	---
Cadres du secteur public ou privé	33,8	66,2	---
Autres occupations	21,0	78,9	0,1
<b>Religion <sup>**</sup></b>			
Animistes	26,9	73,1	---
Catholiques	20,1	79,8	0,1
Protestantes	27,1	72,7	0,2
Musulmanes	11,7	88,3	---
Nouvelles religions	22,2	77,8	---
Autres religions	100,0	---	---
<b>Ensemble</b>	22,4	77,4	0,2

Notes : \*\*\* = significatif au seuil de 1 %, \*\* = significatif au seuil de 5 %, ns = non significatif

Tableau a2 : Proportion des femmes (en %) selon la connaissance des méthodes d'avortement

Méthodes	Ville ***		
	Yaoundé	Douala	Ensemble
<b>Méthodes traditionnelles</b>	<b>56,1</b>	<b>49,3</b>	<b>52,7</b>
<b>Méthodes modernes</b>	43,8	53,1	48,5
Curetage	38,9	38,9	38,9
Comprimés oraux	24,6	26,9	25,8
Aspiration	13,5	23,3	18,5
Injections/perfusions	14,1	13,4	13,7
Sonde	2,0	2,9	2,4
Forceps	5,4	7,6	6,5
Dilatation	5,6	7,6	6,6
Ovules			
<b>Autres méthodes</b>			
Mélanges toxiques / excitants	6,9	12,4	9,7
Violences physiques	0,8	1,0	0,9
<b>Ensemble des méthodes</b>	<b>64,0</b>	<b>61,5</b>	<b>62,7</b>

Notes : idem tableau a1

Tableau a3 : Proportion de femmes connaissant les différentes conséquences de l'avortement

Types de conséquences	Ville <sup>ns</sup>		
	Yaoundé	Douala	Ensemble
Conséquences sanitaires	89,1	88,2	88,6
Mortalité maternelle	65,2	65,9	65,6
Conséquences sociales	8,2	11,5	5,6
Conséquences éthiques	6,2	2,6	4,3
Conséquences économiques	1,4	2,7	2,1
Conséquences judiciaires	1,3	4,0	2,7
Autres	0,3	0,4	0,2

Notes : idem tableau a1

Tableau a4 : Importance relative des motifs d'avortement

Types de motifs	Motifs déclarés	Pourcentage de réponses
<b>chez la jeune fille</b>		
Motifs sociaux	Peur d'être rejeté par les parents	52,8
	Honte de l'entourage	15,6
	Irresponsabilité du partenaire	52,5
	Sauvegarder l'honneur de la famille	7,8
	Contraintes des coutumes et des traditions	5,0
Motifs économiques	Manque de moyens financiers	39,6
	Désir de poursuivre les études	39,7
Motifs psychologiques	Mauvaises compagnies	14,4
Planification familiale	Grossesse non désirée	16,3
Raisons de santé	Problème de santé	3,2
<b>chez la femme mariée</b>		
Motifs sociaux	Infidélité de la femme ou irresponsabilité du partenaire	26,0
	Problèmes conjugaux ou mécontentement entre époux	12,7
Motifs économiques	Manque de moyens	33,3

	financiers	4,5
	Contraintes professionnelles	
Planification familiale	Grossesse non désirée	55,1
Raisons de santé	Problème de santé	18,5
<b>chez l'homme</b>		
Manque de moyens financiers		55,0
Grossesse non désirée		47,8
Problème de santé		10,6
Irresponsabilité de l'homme		9,6
Conflits conjugaux		7,1
Infidélité de la femme		4,5
Contraintes professionnelles		3,4
Polygamie		1,1
Pressions familiales		0,4
Autres raisons		0,2
Ne sait pas		9,3

Tableau a5 : Raisons mentionnées par les femmes disposées à faire avorter leur fille ou sœur

Raisons déclarées	Pourcentage		
	Yaoundé	Douala	Ensemble
Le manque de moyens financiers	25,3	26,9	26,0
L'âge de la fille	20,9	16,7	18,9
Nécessité de poursuivre les études	8,8	19,2	13,6
Problèmes de santé	12,1	6,4	9,5
Irresponsabilité du partenaire	12,1	13,0	12,5
Grossesse non désirée	14,3	19,5	16,7

Tableau a6. : Répartition de femmes en % selon la connaissance de la législation

Connaissance	Yaoundé	Douala	Ensemble
Oui	83,9	80,8	82,3
Oui raisons médicales	5,7	7,7	6,8
Non	3,8	3,9	3,4
Ne sait pas	6,5	7,5	7,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Tableau a7 : Répartition des femmes en % selon l'attitude à l'égard de la libéralisation de l'avortement et certaines caractéristiques

Attitude	Etat matrimonial				Ensemble
	Célibataires	Mariées	Autres		
Pour	18,6	12,9	14,9		15,7
Contre	76,0	80,2	79,2		78,2
Sans opinion	5,5	6,8	5,8		6,1
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>		<b>100,0</b>
	Groupes d'âges				Ensemble
	15-24	25-34	35-44	45-49	
Pour	14,0	17,3	16,6	15,6	15,8
Contre	81,5	75,3	75,7	82,8	78,2
Sans opinion	4,5	7,4	7,6	1,6	6,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
	Niveau d'instruction				Ensemble
	Illettrées	Primaire	Secondaire	Supérieur	
Pour	15,6	7,8	14,4	27,1	15,7
Contre	68,7	86,6	81,1	61,5	78,1
Sans opinion	15,6	5,6	4,5	11,3	6,1
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Tableau a8 : Importance relative des facteurs de la clandestinité de l'avortement

Facteurs cités	Pourcentage		
	Yaoundé	Douala	Ensemble
Raisons socio-culturelles	71,2	57,5	64,1
Manque de moyens financiers	24,9	25,4	25,1
Peur de la loi	22,0	14,8	28,7
Ignorance des conséquences sanitaires néfastes			
Irresponsabilité des parents	10,9	14,6	12,8
Irresponsabilité des filles/femmes	1,0	1,5	1,3
	4,0	1,8	3,9

Tableau a9 : Pourcentage des « non déclarés » par variable

Variables	Pourcentage
Evolution post avortement	0,0
Durée de l'hospitalisation	0,0
Type de personnel médical	0,1
Type de formation sanitaire	3,3
Âge de la femme	5,7
Prise en charge des soins post avortement	
Type de complications	13,7
Type d'avortement	18,0
Âge de la grossesse	21,9
Etat matrimonial	47,8
Occupation principale	76,0
Niveau d'instruction	79,8
	96,7

Tableau a10 : Répartition des femmes avortées selon l'âge

Groupes d'âges	Pourcentage		
	Yaoundé	Douala	Ensemble
10-24	42,5	43,6	43,6
25-34	42,5	43,6	43,3
35-44	12,2	12,4	12,4
45 et plus	0,8	0,3	0,6
Total	100,0	100,0	100,0

Tableau a11 : Répartition des femmes selon le type d'avortement et l'âge

Type d'avortement	Groupes d'âges				
	10-24	25-34	35-44	45 et +	Total
<b>Yaoundé</b>					
Avortement spontané	24,5	34,4	34,9	25,0	<b>29,7</b>
Avortement provoqué	69,2	54,6	48,5	50,0	<b>60,6</b>
Avortement thérapeutique	6,3	11,0	16,6	25,0	<b>9,7</b>
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	<b>100,0</b>
<b>Douala</b>					
Avortement spontané	46,0	49,5	57,6	50,0	<b>48,3</b>
Avortement provoqué	51,9	46,3	38,6	50,0	<b>48,4</b>
Avortement thérapeutique	2,1	4,2	3,8	---	<b>3,2</b>
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	<b>100,0</b>
<b>Ensemble</b>					
Avortement spontané	33,7	41,0	44,8	37,5	<b>37,8</b>
Avortement provoqué	61,8	51,0	44,2	50,0	<b>55,3</b>
Avortement thérapeutique	4,5	8,0	11,0	12,5	<b>6,9</b>
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	<b>100,0</b>

Tableau a12 : Répartition des femmes avortées selon le type de formation sanitaire, le type de personnel intervenant, l'évolution de l'avortement, la durée d'hospitalisation.

<b>Formation sanitaire</b>	<b>Yaoundé</b>	<b>Douala</b>	<b>Ensemble</b>
Hôpitaux	88,9	74,7	83,2
Maternité	1,5	3,7	2,4
Centre de santé	5,7	6,5	6,0
Clinique	2,9	8,3	5,1
Autres type de formation	0,9	6,8	3,3
Total	100,0	100,0	100,0
<b>Type de personnels médicaux</b>	<b>Yaoundé</b>	<b>Douala</b>	<b>Ensemble</b>
Médecins gynécologues	60,6	33,5	49,6
Médecins généralistes	14,0	15,5	14,6
Sages-femmes	20,4	43,1	29,6
Autres personnels	5,0	7,9	6,2
Total	100,0	100,0	100,0
<b>Evolution de l'avortement</b>	<b>Yaoundé</b>	<b>Douala</b>	<b>Ensemble</b>
Complications	17,8	8,8	15,1
Guérison	80,4	90,5	83,4
Décès	1,8	0,7	1,5
Total	100,0	100,0	100,0
<b>Durée d'hospitalisation</b>	<b>Yaoundé</b>	<b>Douala</b>	<b>Ensemble</b>
Pas d'hospitalisation	50,1	6,1	43,6
Moins d'une semaine	31,8	22,7	30,5
Une semaine	6,2	32,6	10,0
Plus d'une semaine	11,9	38,6	15,9
Total	100,0	100,0	100,0