

République du Cameroun
Paix-travail-patrie

Ministère de l'enseignement supérieur

Université de Yaoundé 1

Faculté de médecine et des sciences
biomédicales

Département de gyneco-obstetrique



Republic of Cameroon
Peace-work-fatherland

Ministry of higher education

The university of Yaoundé i

Faculty of medicine and biomedical
sciences

Department of gyneco-obstetrics

LES DETERMINANTS DES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE REPETEES CHEZ LES ETUDIANTES DE L'UNIVERSITE YAOUNDE I.

Thèse en vue de l'obtention du Doctorat en Médecine Générale Rédigé par :

MEDJA ARCHANGE URIELLE

Matricule : 17M068

Directeur

Pr NGO UM Esther Juliette Epse MEKA
*Maitre de Conférences Agrégé en Gyneco-
Obstétrique.*

Co-directeurs :

Dr EBONG Cliford EBONTANE
Maitre-assistant en Gynécologie Obstétrique

Dr MBOUA BATOUM Véronique
Maitre-assistant en Gynécologie Obstétrique

Année académique 2023-2024

République du Cameroun
Paix-travail-patrie

Ministère de l'enseignement supérieur

Université de Yaoundé 1

Faculté de médecine et des sciences
biomédicales

Département de gyneco-obstetrique



Republic of Cameroon
Peace-work-fatherland

Ministry of higher education

The university of Yaoundé i

Faculty of medicine and biomedical
sciences

Department of gyneco-obstetrics

LES DETERMINANTS DES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE REPETEES CHEZ LES ETUDIANTES DE L'UNIVERSITE YAOUNDE I.

Thèse présentée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du Doctorat en Médecine
Générale Rédigé par :

MEDJA ARCHANGE URIELLE

Matricule : 17M068

Date de soutenance : Juin 2024

Jury de thèse

Président du Jury :

Pr

Rapporteur

Pr NGO UM Esther Juliette Epse MEKA

Membre

1.....

2.....

Equipe d'encadrement :

Directeur

Pr NGO UM Esther Juliette Epse MEKA

*Maitre de Conférences Agrégé en Gyneco-
Obstétrique.*

Co-directeurs :

Dr EBONG Clifford EBONTANE

Maitre-assistant en Gynécologie Obstétrique

Dr MBOUA BATOU M Véronique

Maitre-assistant en Gynécologie Obstétrique

SOMMAIRE

SOMMAIRE	i
DEDICACE	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DU PERSONNEL ACADEMIQUE ET ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES BIOMEDICALES DE YAOUNDE	v
SERMENT D'HYPOCRATE	xvii
LISTE DES TABLEAUX	xviii
LISTE DES ABREVIATIONS	xix
RESUME	xx
SUMMARY	xxii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : CADRE DE L'ETUDE	4
CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE	7
CHAPITRE III : METHODOLOGIE	35
CHAPITRE IV : RESULTATS	41
CHAPITRE V : DISCUSSION	64
CONCLUSION	80
RECOMMADATIONS	82
REFERENCES	84
ANNEXES	88
TABLE DES MATIERES	110
.....	110

DEDICACE

A mes très chers parents,

Mr MEDJA MESSINA Eric

et

Mme MEDJA née MENGUE NDZIE Clémentine.

REMERCIEMENTS

Nous rendons grâce au Seigneur Dieu Tout-Puissant sans qui rien de tout ceci n'aurait été possible. Merci infiniment pour tes grâces et tes bénédictions innombrables que tu ne cesses de nous accorder.

Notre sincère gratitude s'adresse :

- Au Professeur ZE MINKANDE Jacqueline, Madame le Doyen de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I : qui a su allier à la fois ses qualités d'enseignante et de mère pour que nous ayons une formation compétitive.
- A Madame le Professeur MEKA NGO UM Esther Juliette, Maître de Conférences Agrégé de Gynécologie, Directeur du présent travail : vous qui avez été le moteur de ce travail depuis la conception jusqu'à l'élaboration. Votre disponibilité, votre rigueur scientifique, votre simplicité et votre humilité forcent le respect et incitent l'admiration. Vous avez dirigé ce travail non seulement comme un Maître mais aussi comme une mère. Cher Maître, recevez ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profonde gratitude.
- Au Dr EBONG Cliford EBONTANE, co-directeur du travail : Merci pour ses observations critiques et suggestions qui ont permis d'optimiser la qualité de cette recherche ; merci pour votre engagement. J'espère continuer à vous côtoyer pour apprendre davantage de vous.
- Dr MBOUA BATOUM Véronique, co-Directeur du travail : vous avez accepté de guider mes premiers pas dans la recherche scientifique. Vous avez apporté vos remarques et vos enseignements dans ce travail comme un Maître.
- Au Président et membres du jury : pour l'honneur que vous nous faites en ayant accepté d'examiner ce travail de recherche. Vos remarques et vos ajouts amélioreront très certainement la qualité de ce travail.
- Au personnel enseignant et administratif de la FMSB de l'UYI : ce travail est l'aboutissement de vos nombreux efforts consentis.
- Au recteur d'université de Yaoundé I pour l'autorisation de recherche.

- A madame le chef de service du Centre Médico-social (CMS) de l'Université de Yaoundé I, pour votre assistance, conseils et stratégies prodigués en vue d'un meilleur recrutement.
- A tout le personnel du Centre médico-social (CMS) de l'université pour leur accompagnement et leur participation dans la collecte des données.
- Au président d'association et délégués de l'université de Yaoundé I, pour leur accompagnement et leur participation dans la collecte des données.
- Aux participantes à l'étude, pour votre temps et acceptation qui ont permis la réalisation de ce travail.
- A Mr et Mme OTTOU pour les parents secondaires qu'ils ont toujours été.
- Au Lieutenant Albert Bibum pour avoir toujours été une source de motivation, de joie, d'amour infini et de soutien inconditionnel.
- A Adriel Jayden Medja et Athalia Kamaelle Fabienne Messi pour avoir toujours été des sources de bonheur, de joie et de motivation dans ma vie.
- A tonton ODI Joseph pour ses encouragements et son aide qui furent une motivation durant ma formation.
- A mes frères et sœurs en particulier Abeyinda Thérèse Gladys, Fabienne Messi Medja, pour leur soutien inconditionnel, pour avoir contribués à rendre nos échanges aussi agréables que productifs.
- A mes Coniors qui ont formé une nouvelle famille 4.9 promo de la FMSB pour toutes ces merveilleuses années passées ensemble.
- A mes amies Mbiam Abossolo Samira. L, Negue Kala pachelle carelle, Mambo Hilary, Ndangue Rose, Nyamedong Carelle , Elono Sandra, Belinga Julie, Ngowe Johanna, Betsengue Vianey, Menguene Endama Alida, Doen Carelle , Nzodom Morelle, Evans Onguene, Dr Engoto Jordan, Semga Samuel, et Abena Jordan, pour votre rappel à l'ordre, pour avoir contribués à rendre nos échanges aussi agréables que productifs et enfin pour votre soutien inconditionnel tout au long du chemin académique parcouru, pour avoir toujours été là dans les moments symboliques de ma vie.
- A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer.
- A tous ceux qui de près ou de loin ont consacré un moment pour m'aider, me consoler, m'encourager ou simplement me sourire et même qui ont participé à la réalisation de ce travail.

LISTE DU PERSONNEL ACADEMIQUE ET ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES BIOMEDICALES DE YAOUNDE

1. PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen : Pr ZE MINKANDE Jacqueline

Vice- Doyen chargé de la programmation et du suivi des activités académiques : Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine Mireille

Vice- Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération : Pr ZEH Odile Fernande

Vice-Doyen chargé de la Sclolarité, des Statistiques et du Suivi des Etudiants : Pr NGANOU Chris Nadège épouse GNINDJIO

Chef de la Division des Affaires Académiques, de la Sclolarité et de la Recherche : Dr VOUNDI VOUNDI Esther

Chef de la Division Administrative et Financière : Mme ESSONO EFFA Muriel Glawdis

Coordonnateur Général du Cycle de Spécialisation : Pr NJAMNSHI Alfred KONGNYU

Chef de Service Financier : Mme NGAMLI NGOU Mireille Albertine épouse WAH

Chef de Service Adjoint Financier : Mme MANDA BANA Marie Madeleine épouse ENGUENE

Chef de Service de l'Administration Générale et du Personnel : Pr SAMBA Odette NGANO ép. TCHOUAWOU

Chef de Service des Diplômes : Mme ASSAKO Anne DOOBA

Chef de Service Adjoint des Diplômes : Dr NGONO AKAM MARGA Vanina

Chef de Service de la Sclolarité et des Statistiques : Mme BIENZA Aline

Chef de Service Adjoint de la Sclolarité et des Statistiques : Mme FAGNI MBOUOMBO AMINA épouse ONANA

Chef de Service du Matériel et de la Maintenance : Mme HAWA OUMAROU

Chef de Service Adjoint du Matériel et de la Maintenance : Dr MPONO EMENGUELE Pascale épouse NDONGO

Bibliothécaire en Chef par intérim : Mme FROUISSOU née MAME Marie-Claire

Comptable Matières : M. MOUMEMIE NJOUNDIYIMOUN MAZOU

2. COORDONNATEURS DES CYCLES ET RESPONSABLES DES FILIERES

Coordonnateur Filière Médecine Bucco-dentaire : Pr BENGONDO MESSANGA Charles

Coordonnateur de la Filière Pharmacie : Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine

Coordonnateur Filière Internat : Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anatomie Pathologique : Pr SANDO Zacharie

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anesthésie Réanimation : Pr ZE MINKANDE Jacqueline

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Chirurgie Générale : Pr NGO NONGA Bernadette

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Gynécologie et Obstétrique : Pr DOHBIT Julius SAMA

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Médecine Interne : Pr NGANDEU Madeleine

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Pédiatrie : Pr MAH Evelyn MUNGYEH

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Biologie Clinique : Pr KAMGA FOUAMNO Henri Lucien

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Radiologie et Imagerie Médicale : Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Santé Publique : Pr TAKOUGANG Innocent

Coordonnateur de la formation Continue : Pr KASIA Jean Marie

Point focal projet : Pr NGOUPAYO Joseph

Responsable Pédagogique CESSI : Pr ANKOUANE ANDOULO Firmin

3. DIRECTEURS HONORAIRES DU CUSS

Pr MONEKOSSO Gottlieb (1969-1978)

Pr EBEN MOUSSI Emmanuel (1978-1983)

Pr NGU LIFANJI Jacob (1983-1985)

Pr CARTERET Pierre (1985-1993)

4. DOYENS HONORAIRES DE LA FMSB

Pr SOSSO Maurice Aurélien (1993-1999)

Pr NDUMBE Peter (1999-2006)

Pr TETANYE EKOE Bonaventure (2006-2012)

Pr EBANA MVOGO Côme (2012-2015)

5. PERSONNEL ENSEIGNANT

N°	NOMS ET PRENOMS	GRADE	DISCIPLINE
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SPECIALITES			
1	SOSSO Maurice Aurélien (CD)	P	Chirurgie Générale
2	DJIENTCHEU Vincent de Paul	P	Neurochirurgie
3	ESSOMBA Arthur (CD par Intérim)	P	Chirurgie Générale
4	HANDY EONE Daniel	P	Chirurgie Orthopédique
5	MOUAFO TAMBO Faustin	P	Chirurgie Pédiatrique
6	NGO NONGA Bernadette	P	Chirurgie Générale
7	NGOWE NGOWE Marcellin	P	Chirurgie Générale
8	OWONO ETOUNDI Paul	P	Anesthésie-Réanimation
9	ZE MINKANDE Jacqueline	P	Anesthésie-Réanimation
10	BAHEBECK Jean	MCA	Chirurgie Orthopédique
11	BANG GUY Aristide	MCA	Chirurgie Générale
12	BENGONO BENGONO Roddy Stéphan	MCA	Anesthésie-Réanimation
13	FARIKOU Ibrahima	MCA	Chirurgie Orthopédique
14	JEMEA Bonaventure	MCA	Anesthésie-Réanimation
15	BEYIHA Gérard	MC	Anesthésie-Réanimation
16	EYENGA Victor Claude	MC	Chirurgie/Neurochirurgie
17	GUIFO Marc Leroy	MC	Chirurgie Générale
18	NGO YAMBEN Marie Ange	MC	Chirurgie Orthopédique
19	TSIAGADIGI Jean Gustave	MC	Chirurgie Orthopédique
20	BELLO FIGUIM	MA	Neurochirurgie
21	BIWOLE BIWOLE Daniel Claude Patrick	MA	Chirurgie Générale
22	FONKOUÉ Loïc	MA	Chirurgie Orthopédique
23	KONA NGONDO François Stéphan	MA	Anesthésie-Réanimation
24	MBOUCHE Landry Oriole	MA	Urologie
25	MEKEME MEKEME Junior Barthelemy	MA	Urologie
26	MULUEM Olivier Kennedy	MA	Orthopédie-Traumatologie
27	SAVOM Eric Patrick	MA	Chirurgie Générale
28	AHANDA ASSIGA	CC	Chirurgie Générale
29	AMENGLE Albert Ludovic	CC	Anesthésie-Réanimation
30	BIKONO ATANGANA Ernestine Renée	CC	Neurochirurgie

31	BWELE Georges	CC	Chirurgie Générale
32	EPOUPA NGALLE Frantz Guy	CC	Urologie
33	FOUDA Jean Cédric	CC	Urologie
34	IROUME Cristella Raïssa BIFOUNA épouse NTYO'O NKOUMOU	CC	Anesthésie-Réanimation
35	MOHAMADOU GUEMSE Emmanuel	CC	Chirurgie Orthopédique
36	NDIKONTAR KWINJI Raymond	CC	Anesthésie-Réanimation
37	NWAHA MAKON Axel Stéphane	CC	Urologie
38	NYANIT BOB Dorcas	CC	Chirurgie Pédiatrique
39	OUMAROU HAMAN NASSOUROU	CC	Neurochirurgie
40	ARROYE BETOU Fabrice Stéphane	AS	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
41	ELA BELLA Amos Jean-Marie	AS	Chirurgie Thoracique
42	FOLA KOPONG Olivier	AS	Chirurgie
43	FOSSI KAMGA GACELLE	AS	Chirurgie Pédiatrique
44	GOUAG	AS	Anesthésie Réanimation
45	MBELE Richard II	AS	Chirurgie Thoracique
46	MFOUAPON EWANE Hervé Blaise	AS	Neurochirurgie
47	NGOUATNA DJEUMAKOU Serge Rawlings	AS	Anesthésie-Réanimation
48	NYANKOUE MEBOUINZ Ferdinand	AS	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET SPECIALITES			
49	SINGWE Madeleine épse NGANDEU (CD)	P	Médecine Interne/Rhumatologie
50	ANKOUANE ANDOULO	P	Médecine Interne/ Hépato-Gastro- Entérologie
51	ASHUNTANTANG Gloria Enow	P	Médecine Interne/Néphrologie
52	BISSEK Anne Cécile	P	Médecine Interne/Dermatologie
53	KAZE FOLEFACK François	P	Médecine Interne/Néphrologie
54	KUATE TEGUEU Calixte	P	Médecine Interne/Neurologie
55	KOUOTOU Emmanuel Armand	P	Médecine Interne/Dermatologie
56	MBANYA Jean Claude	P	Médecine Interne/Endocrinologie

57	NDJITOYAP NDAM Elie Claude	P	Médecine Interne/ Hépatogastro-Entérologie
58	NDOM Paul	P	Médecine Interne/Oncologie
59	NJAMNSHI Alfred KONGNYU	P	Médecine Interne/Neurologie
60	NJOYA OUDOU	P	Médecine Interne/Gastro-Entérologie
61	SOBNGWI Eugène	P	Médecine Interne/Endocrinologie
62	PEFURA YONE Eric Walter	P	Médecine Interne/Pneumologie
63	BOOMBHI Jérôme	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
64	FOUDA MENYE Hermine Danielle	MCA	Médecine Interne/Néphrologie
65	HAMADOU BA	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
66	MENANGA Alain Patrick	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
67	NGANOU Chris Nadège	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
68	KOWO Mathurin Pierre	MC	Médecine Interne/ Hépatogastro-Entérologie
69	KUATE née MFEUKEU KWA Liliane Claudine	MC	Médecine Interne/Cardiologie
70	NDONGO AMOUGOU Sylvie	MC	Médecine Interne/Cardiologie
71	DEHAYEM YEFOU Mesmin	MA	Médecine Interne/Endocrinologie
72	ESSON MAPOKO Berthe Sabine épouse PAAMBOG	MA	Médecine Interne/Oncologie Médicale
73	ETOA NDZIE épouse ETOGA Martine Claude	MA	Médecine Interne/Endocrinologie
74	MAÏMOUNA MAHAMAT	MA	Médecine Interne/Néphrologie
75	MASSONGO MASSONGO	MA	Médecine Interne/Pneumologie
76	MBONDA CHIMI Paul-Cédric	MA	Médecine Interne/Neurologie
77	NDJITOYAP NDAM Antonin Wilson	MA	Médecine Interne/Gastroentérologie
78	NDOBO épouse KOE Juliette Valérie Danielle	MA	Médecine Interne/Cardiologie
79	NGAH KOMO Elisabeth	MA	Médecine Interne/Pneumologie
80	NGARKA Léonard	MA	Médecine Interne/Neurologie
81	NKORO OMBEDE Grâce Anita	MA	Médecine Interne/Dermatologue

82	OWONO NGANDEBE Amalia Ariane	MA	Médecine Interne/Cardiologie Interventionnelle
83	NTSAMA ESSOMBA Marie Josiane épouse EBODE	MA	Médecine Interne/Gériatrie
84	ATENGUENA OBALEMBA Etienne	CC	Médecine Interne/Cancérologie Médicale
85	FOJO TALONGONG Baudelaire	CC	Médecine Interne/Rhumatologie
86	KAMGA OLEN Jean Pierre Olivier	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
87	MENDANE MEKOBÉ Francine épouse EKOBENA	CC	Médecine Interne/Endocrinologie
88	MINTOM MEDJO Pierre Didier	CC	Médecine Interne/Cardiologie
89	NTONE ENYIME Félicien	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
90	NZANA Victorine Bandolo épouse FORKWA MBAH	CC	Médecine Interne/Néphrologie
91	ANABA MELINGUI Victor Yves	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
92	EBENE MANON Guillaume	AS	Médecine Interne/Cardiologie
93	ELIMBY NGANDE Lionel Patrick Joël	AS	Médecine Interne/Néphrologie
94	KUABAN Alain	AS	Médecine Interne/Pneumologie
95	NKECK Jan René	AS	Médecine Interne
96	NSOUNFON ABDOU WOUOLIYOU	AS	Médecine Interne/Pneumologie
97	NTYO'O NKOUMOU Arnaud Laurel	AS	Médecine Interne/Pneumologie
98	TCHOUANKEU KOUNGA Fabiola	AS	Médecine Interne/Psychiatrie
DEPARTEMENT D'IMAGERIE MEDICALE ET RADIOLOGIE			
99	ZEH Odile Fernande (CD)	P	Radiologie/Imagerie Médicale
100	GUEGANG GOUJOU. Emilienne	P	Imagerie Médicale/Neuroradiologie
101	MOIFO Boniface	P	Radiologie/Imagerie Médicale
102	ONGOLO ZOGO Pierre	MCA	Radiologie/Imagerie Médicale
103	SAMBA Odette NGANO	MC	Biophysique/Physique Médicale
104	MBEDE Maggy épouse ENDEGUE MANGA	MA	Radiologie/Imagerie Médicale
105	MEKA'H MAPENYA Ruth-Rosine	MA	Radiothérapie
106	NWATSOCK Joseph Francis	CC	Radiologie/Imagerie Médicale Médecine Nucléaire

107	SEME ENGOUMOU Ambroise Merci	CC	Radiologie/Imagerie Médicale
108	ABO'O MELOM Adèle Tatiana	AS	Radiologie et Imagerie Médicale
DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE			
110	FOUMANE Pascal	P	Gynécologie Obstétrique
111	KASIA Jean Marie	P	Gynécologie Obstétrique
112	KEMFANG NGOWA Jean Dupont	P	Gynécologie Obstétrique
113	MBOUDOU Émile	P	Gynécologie Obstétrique
114	MBU ENOW Robinson	P	Gynécologie Obstétrique
115	NKWABONG Elie	P	Gynécologie Obstétrique
116	TEBEU Pierre Marie	P	Gynécologie Obstétrique
117	BELINGA Etienne	MCA	Gynécologie Obstétrique
118	ESSIBEN Félix	MCA	Gynécologie Obstétrique
119	FOUEDJIO Jeanne Hortence	MCA	Gynécologie Obstétrique
120	NOA NDOUA Claude Cyrille	MCA	Gynécologie Obstétrique
121	DOHBIT Julius SAMA	MC	Gynécologie Obstétrique
122	MVE KOH Valère Salomon	MC	Gynécologie Obstétrique
123	METOGO NTSAMA Junie Annick	MA	Gynécologie Obstétrique
124	MBOUA BATOUM Véronique Sophie	CC	Gynécologie Obstétrique
125	MENDOUA Michèle Florence épouse NKODO	CC	Gynécologie Obstétrique
126	NSAHLAI Christiane JIVIR FOMU	CC	Gynécologie Obstétrique
127	NYADA Serge Robert	CC	Gynécologie Obstétrique
128	TOMPEEN Isidore	CC	Gynécologie Obstétrique
129	EBONG Cliford EBONTANE	AS	Gynécologie Obstétrique
130	MPONO EMENGUELE Pascale épouse NDONGO	AS	Gynécologie Obstétrique
131	NGONO AKAM Marga Vanina	AS	Gynécologie Obstétrique
DEPARTEMENT D'OPHTALMOLOGIE, D'ORL ET DE STOMATOLOGIE			
132	DJOMOU François (CD)	P	ORL
133	EBANA MVOGO Côme	P	Ophtalmologie
134	ÉPÉE Émilienne épouse ONGUENE	P	Ophtalmologie
135	KAGMENI Gilles	P	Ophtalmologie
136	NDJOLO Alexis	P	ORL

137	NJOCK Richard	P	ORL
138	OMGBWA EBALE André	P	Ophtalmologie
139	BILLONG Yannick	MCA	Ophtalmologie
140	DOHVOMA Andin Viola	MCA	Ophtalmologie
141	EBANA MVOGO Stève Robert	MCA	Ophtalmologie
142	KOKI Godefroy	MCA	Ophtalmologie
143	MINDJA EKO David	MC	ORL/Chirurgie Maxillo-Faciale
144	NGABA Olive	MC	ORL
145	ANDJOCK NKOUE Yves Christian	MA	ORL
146	MEVA'A BIOUELE Roger Christian	MA	ORL-CCF
147	MOSSUS Yannick	MA	ORL-CCF
148	MVILONGO TSIMI épouse BENGONO Caroline	MA	Ophtalmologie
149	NGO NYEKI Adèle-Rose épouse MOUAHA-BELL	MA	ORL-CCF
150	NOMO Arlette Francine	MA	Ophtalmologie
151	AKONO ZOUA épouse ETEME Marie Evodie	CC	Ophtalmologie
152	ASMAOU BOUBA Dalil	CC	ORL
153	ATANGA Léonel Christophe	CC	ORL-CCF
154	BOLA SIAFA Antoine	CC	ORL
155	NANFACK NGOUNE Chantal	CC	Ophtalmologie
DEPARTEMENT DE PEDIATRIE			
156	ONGOTSOYI Angèle épouse PONDY (CD)	P	Pédiatrie
157	KOKI NDOMBO Paul	P	Pédiatre
158	ABENA OBAMA Marie Thérèse	P	Pédiatrie
159	CHIABI Andreas	P	Pédiatrie
160	CHELO David	P	Pédiatrie
161	MAH Evelyn	P	Pédiatrie
162	NGUEFACK Séraphin	P	Pédiatrie
163	NGUEFACK épouse DONGMO Félicitée	P	Pédiatrie
164	NGO UM KINJEL Suzanne épse SAP	MCA	Pédiatrie

165	KALLA Ginette Claude épouse MBOPI KEOU	MC	Pédiatrie
166	MBASSI AWA Hubert Désiré	MC	Pédiatrie
167	NOUBI Nelly épouse KAMGAING MOTING	MC	Pédiatrie
168	EPEE épouse NGOUE Jeannette	MA	Pédiatrie
169	KAGO TAGUE Daniel Armand	MA	Pédiatrie
170	MEGUIEZE Claude-Audrey	MA	Pédiatrie
171	MEKONE NKWELE Isabelle	MA	Pédiatre
172	TONY NENGOM Jocelyn	MA	Pédiatrie
DEPARTEMENT DE MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, HEMATOLOGIE ET MALADIES INFECTIEUSES			
173	MBOPI KEOU François-Xavier (CD)	P	Bactériologie/ Virologie
174	ADIOGO Dieudonné	P	Microbiologie/Virologie
175	GONSU née KAMGA Hortense	P	Bactériologie
176	LUMA Henry	P	Bactériologie/ Virologie
177	MBANYA Dora	P	Hématologie
178	OKOMO ASSOUMOU Marie Claire	P	Bactériologie/ Virologie
179	TAYOU TAGNY Claude	P	Microbiologie/Hématologie
180	CHETCHA CHEMEGNI Bernard	MC	Microbiologie/Hématologie
181	LYONGA Emilia ENJEMA	MC	Microbiologie Médicale
182	TOUKAM Michel	MC	Microbiologie
183	NGANDO Laure épouse MOUDOUTE	MA	Parasitologie
184	BEYALA Frédérique	CC	Maladies Infectieuses
185	BOUM II YAP	CC	Microbiologie
186	ESSOMBA René Ghislain	CC	Immunologie
187	MEDI SIKE Christiane Ingrid	CC	Maladies infectieuses
188	NGOGANG Marie Paule	CC	Biologie Clinique
189	NDOUMBA NKENGUE Annick épouse MINTYA	CC	Hématologie
190	VOUNDI VOUNDI Esther	CC	Virologie
191	ANGANDJI TIPANE Prisca épouse ELLA	AS	Biologie Clinique /Hématologie
192	Georges MONDINDE IKOMEY	AS	Immunologie
193	MBOUYAP Pretty Rosereine	AS	Virologie

DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE			
194	KAMGNO Joseph (CD)	P	Santé Publique /Epidémiologie
195	ESSI Marie José	P	Santé Publique/Anthropologie Médicale
196	TAKOUGANG Innocent	P	Santé Publique
197	BEDIANG Georges Wylfred	MCA	Informatique Médicale/Santé Publique
198	BILLONG Serges Clotaire	MC	Santé Publique
199	NGUEFACK TSAGUE	MC	Santé Publique /Biostatistiques
200	EYEBE EYEBE Serge Bertrand	CC	Santé Publique/Epidémiologie
201	KEMBE ASSAH Félix	CC	Epidémiologie
202	KWEDI JIPPE Anne Sylvie	CC	Epidémiologie
203	MOSSUS Tatiana née ETOUNOU AKONO	CC	Expert en Promotion de la Santé
204	NJOUMEMI ZAKARIAOU	CC	Santé Publique/Economie de la Santé
205	ABBA-KABIR Haamit-Mahamat	AS	Pharmacien
206	AMANI ADIDJA	AS	Santé Publique
207	ESSO ENDALLE Lovet Linda Augustine Julia	AS	Santé Publique
208	MBA MAADJHOU Berjauline Camille	AS	Santé Publique/Epidémiologie Nutritionnelle
DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES-ANATOMIE PATHOLOGIQUE			
209	MENDIMI NKODO Joseph (CD)	MC	Anatomie Pathologie
210	SANDO Zacharie	P	Anatomie Pathologie
211	BISSOU MAHOP Josue	MC	Médecine de Sport
212	KABEYENE OKONO Angèle Clarisse	MC	Histologie/Embryologie
213	AKABA Désiré	MC	Anatomie Humaine
214	NSEME ETOUCKEY Georges Eric	MC	Médecine Légale
215	NGONGANG Gilbert FranK Olivier	MA	Médecine Légale
216	MENDOUGA MENYE Coralie Reine Bertine épouse KOUOTOU	CC	Anatomopathologie
217	ESSAME Eric Fabrice	AS	Anatomopathologie
DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE			

218	NDONGO EMBOLA épouse TORIMIRO Judith (CD)	P	Biologie Moléculaire
219	PIEME Constant Anatole	P	Biochimie
220	AMA MOOR Vicky Joceline	P	Biologie Clinique/Biochimie
221	EUSTACE BONGHAN BERINYUY	CC	Biochimie
222	GUEWO FOKENG Magellan	CC	Biochimie
223	MBONO SAMBA ELOUMBA Esther Astrid	AS	Biochimie
DEPARTEMENT DE PHYSIOLOGIE			
224	ETOUNDI NGOA Laurent Serges (CD)	P	Physiologie
225	ASSOMO NDEMBA Peguy Brice	MC	Physiologie
226	AZABJI KENFACK Marcel	CC	Physiologie
227	DZUDIE TAMDJIA Anastase	CC	Physiologie
228	EBELL'A DALLE Ernest Remy Hervé	CC	Physiologie humaine
DEPARTEMENT DE PHARMACOLOGIE ET DE MEDECINE TRADITIONNELLE			
229	NGONO MBALLA Rose ABONDO (CD)	MC	Pharmaco-thérapeutique africaine
230	NDIKUM Valentine	CC	Pharmacologie
231	ONDOUA NGUELE Marc Olivier	AS	Pharmacologie
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE BUCCALE, MAXILLO-FACIALE ET PARODONTOLOGIE			
232	BENGONDO MESSANGA Charles (CD)	P	Stomatologie
233	EDOUMA BOHIMBO Jacques Gérard	MA	Stomatologie et Chirurgie
234	LOWE NANTCHOUANG Jacqueline Michèle épouse ABISSEGUE	CC	Odontologie Pédiatrique
235	MBEDE NGA MVONDO Rose	CC	Médecine Bucco-dentaire
236	MENGONG épouse MONEBOULOU Hortense	CC	Odontologie Pédiatrique
237	NDJOH Jules Julien	CC	Implantologie
238	NOKAM TAGUEMNE M.E.	CC	Chirurgie buccale
239	GAMGNE GUIADEM Catherine M	AS	Parodontologie
240	KWEDI Karl Guy Grégoire	AS	Chirurgie buccale
241	NIBEYE Yannick Carine Brice	AS	Bactériologie
242	NKOLO TOLO Francis Daniel	AS	Chirurgie Bucco-Dentaire
DEPARTEMENT DE PHARMACOGNOSIE ET CHIMIE PHARMACEUTIQUE			

243	NTSAMA ESSOMBA Claudine (CD)	P	Pharmacognosie /Chimie pharmaceutique
244	NGAMENI Bathélémy	P	Phytochimie/ Chimie Organique
245	NGOUPAYO Joseph	P	Phytochimie/Pharmacognosie
246	GUEDJE Nicole Marie	MC	Ethnopharmacologie/Biologie végétale
247	BAYAGA Hervé Narcisse	AS	Pharmacie
DEPARTEMENT DE PHARMACOTOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE			
248	ZINGUE Stéphane (CD)	MC	Pharmacologie toxicologie
249	FOKUNANG Charles	P	Biologie moléculaire
250	TEMBE Estella épouse FOKUNANG	MC	Pharmacologie Clinique
251	ANGO Yves Patrick	AS	Chimie des substances naturelles
252	NENE AHIDJO épouse NJITUNG TEM	AS	Neuropharmacologie
DEPARTEMENT DE PHARMACIE GALENIQUE ET LEGISLATION PHARMACEUTIQUE			
253	NNANGA NGA Emmanuel (CD)	P	Pharmacie Galénique
254	MBOLE Jeanne Mauricette épouse MVONDO M.	CC	Management de la qualité, Contrôle qualité des produits de santé et des aliments
255	NYANGONO NDONGO Martin	CC	Pharmacie
256	SOPPO LOBE Charlotte Vanessa	CC	Contrôle qualité médicaments
257	ABA'A Marthe Dereine	AS	Analyse du Médicament
258	FOUMANE MANIEPI NGOUOPIHO Jacqueline Saurelle	AS	Pharmacologie
259	MINYEM NGOMBI Aude Périne épouse AFUH	AS	Réglementation Pharmaceutique

P = Professeur

MCA = Maître de Conférences Agrégé

MC = Maître de Conférences

MA = Maître Assistant

CC = Chargé de Cours

AS = Assistant

SERMENT D'HYPOCRATE

DECLARATION DE GENEVE REVISEE EN 2017

*En qualité de membre de la profession médicale,
Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de
l'humanité ;
Je considérerai la santé et le bien-être de mon patient comme ma priorité ;
Je respecterai l'autonomie et la dignité de mon patient ;
Je veillerai au respect absolu de la vie humaine ;
Je ne permettrai pas que des considérations d'âge, de maladie ou
d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de genre, de nationalité,
d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou
tout autre facteur s'interpose entre mon devoir et mon patient ;
Je respecterai les secrets qui me seront confiés, même après la mort de
mon patient ;
J'exercerai ma profession avec conscience et dignité, dans le respect des
bonnes pratiques médicales ;
Je perpétuerai l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale ;
Je témoignerai à mes professeurs, à mes collègues et à mes étudiants le
respect et la reconnaissance qui leur sont dus ;
Je partagerai mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour
les progrès des soins de santé ;
Je veillerai à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma
formation afin de prodiguer des soins irréprochables ;
Je n'utiliserai pas mes connaissances médicales pour enfreindre les droits
humains et les libertés civiques, même sous la contrainte ;
Je fais ces promesses sur mon honneur, solennellement, librement.*

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : récapitulatif des types d'avortement	12
Tableau II : Prise en charge en urgence des chocs hémorragiques.	26
Tableau III : Prise en charge en urgence des traumatismes intra abdominaux	28
TABLEAU IV : PEC des complications infectieuses	29
Tableau V : Répartition des caractéristiques socio-culturel et démographiques.	44
Tableau VI : Répartition des caractéristiques socio-anthropologiques	46
Tableau VII : Répartition des caractéristiques socioéconomiques.....	48
Tableau VIII : Caractéristiques cliniques sur les interruptions volontaires de grossesse (IVG).	49
Tableau IX : Données sur la consultation d'un médecin après la première IVG.....	52
Tableau X : Données sur la contraception après la première IVG.....	53
Tableau XI : Avis des participantes sur la prise en charge psychologique après l'IVG	54
Tableau XII : Facteurs sociodémographiques associés aux IVG à répétition.....	56
Tableau XIII : Déterminants anthropologiques associés aux IVG à répétition.....	57
Tableau XIV : Déterminants socioéconomiques associés aux IVG à répétition.....	58
Tableau XV : Facteurs cliniques associés aux IVG à répétition.	59
Tableau XVI : Déterminants psychosociaux associés aux IVG répétées.....	60
Tableau XVII : Facteurs cliniques, thérapeutiques et leur association aux IVG à répétition.....	61
PARTIE III : Récapitulatif des facteurs indépendants et dépendants.	62
Tableau XVIII : Récapitulatif des facteurs indépendants associés aux IVG à répétition	62
Tableau XIX : Résumé des facteurs associés dépendants après éviction des facteurs de confusion grâce à la régression logistique binaire	63
Tableau XX : Score d'évaluation de risque de répéter une IVG.....	78

LISTE DES ABREVIATIONS

AG : âge gestationnel

Ag HBs : Antigène de surface du virus d'hépatite B

Ac HCV : Anticorps anti hépatite virale C

AMUI : Aspiration Manuelle Intra Utérine

AP : Avortement provoqué

ATCDS : Antécédents

D / C : Dilatation / Curetage

D / E : Dilatation / Evacuation

FMSB : Faculté de médecine et des sciences biomédicales

HTA : Hypertension artérielle

IVG : Interruption volontaire de grossesse

NFS : Numération formule sanguine

OMS : Organisation mondiale de la santé

PD : Pays développés

PVD : Pays en voie de développement

SA : Semaine d'aménorrhée

TFS : Transfusion sanguine

UY I : Université de Yaoundé I

RESUME

INTRODUCTION : L'avortement est expulsion spontanée ou provoquée du produit de conception avant la date de sa viabilité. Un fœtus est viable s'il pèse plus de 500 grammes, et/ou âgé de 20 semaines de grossesse ou 22SA. Selon une série d'études occidentales, 33% des femmes auront recours à au moins une interruption volontaire de grossesse (IVG) dans leur vie, 9.5% y auront recours deux fois, enfin 4.1% y auront recours trois fois ou plus[1]. L'Organisation Mondiale de la Santé, estime que 500000 femmes décèdent chaque année dans le monde des complications liées aux IVG. waktola et al trouvaient que les IVG répétées oscillent entre 16 et 71% dans le monde[2]. Au Cameroun bien qu'étant interdit sauf dans deux cas de figures, reste tout de même un facteur important lié à la mortalité maternelle. On estime à 24,2% la contribution de l'avortement volontaire au décès maternel enregistrée en 2021[3]. Cette contribution importante à la mortalité maternelle soulève la problématique des déterminants de l'avortement volontaire en général et de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) à répétition en particulier. Cependant, très peu d'études ont été consacrées à la question portant sur les déterminants de l'Interruption volontaire et multiple de Grossesse. Remarquant, de plus le nombre élevé de femmes ayant recours aux interruptions volontaires de grossesses (IVG) répétées dans les pays occidentaux, nous avons décidé de réaliser une étude dans notre contexte afin d'évaluer l'ampleur du problème, de rechercher les facteurs qui influencent cette pratique.

MATERIELS ET METHODES : il s'agissait d'une étude analytique type cas- témoins menée à l'université de Yaoundé I, sur une durée de sept mois allant de Novembre 2023 à Juin 2024. L'échantillonnage était non probabiliste, consécutif et non exhaustif. Nous avons inclus toutes les étudiantes de l'université de Yaoundé I ayant eu recours à au moins une IVG. Étaient considérées comme cas celles ayant eu recours à au moins deux interruptions volontaires de grossesse (IVG), et comme témoins celles ayant eu recours à une seule interruption volontaire de grossesse (IVG). Les données recueillies étaient sociodémographiques, socio-psychologiques, économiques, cliniques, thérapeutiques et anthropologiques. Ces données ont été saisies et codées dans le logiciel CS PRO version 7.5, et analysées avec le logiciel SPSS version 23.0. Les résultats de notre étude ont été représentés sous forme de figures et de tableaux.

RESULTATS : nous avons maintenus au total 120 étudiantes soit 60 cas appariés à 60 témoins. La prévalence des interruptions volontaires de grossesse répétées était de 42,9%. Les caractéristiques des femmes ayant eu recours aux IVG sont en majorité : l'âge moyen des étudiantes soit de 24,21ans, l'obédience catholique (57,5%), la région du Centre (27,5%), statut marital : relations casuales (63,3%), le mode de vie seule (34,2%), le mode de vie parental (58,3%), niveau de vie moyen (46,8%). De plus, les auteurs étaient les étudiantes mêmes (43,3%) et les tradipraticiens (25,9%). Les facteurs associés à la répétition des IVG étaient : l'âge ≥ 25 ($p=0,006$; QR : 2,79) ; vivre seule (QR : 2,29) ; Ne pas être engagée dans une relation sérieuse ($p=0,001$; QR : 2) ; être en couple avec des domiciles séparés ($p=0,01$; QR : 3,25) ; Exercer une activité professionnelle en parallèle ($p=0,011$; QR : 2,59) ; Lorsque la première IVG avait eu lieu depuis au moins 3 ans ($p<0,0001$; QR : 12,65); une instabilité de la relation de couple ($p=0,007$; QR : 3,28) ; une pression de l'entourage ($p=0,025$; QR : 2,56) ; Lors de la première IVG, les sentiments éprouvés d'indifférence ($p=0,010$; QR : 2,85) ; de colère ($p=0,018$; QR : 3,87) ; Le manque d'assistance psychologique ($p<0,0001$; QR : 4,67). Et enfin, l'utilisation de la pilule comme méthode contraceptive (OR=3,90).

CONCLUSION : En somme, à travers la prévalence importante qu'à les IVG répétées soit 42,9%, nous pouvons comprendre que malgré le système de soins post abortum et la loi prévue contre le recours à l'interruption volontaire de grossesse, plusieurs femmes ont toujours recours et ce de manière répété à causes de nombreux facteurs associés comme l'âge ≥ 25 ans, la pression de l'entourage, l'intervalle de temps, un mode de vie seule, les relations casuales, celicouples et le manque d'assistance psychologique qui sont associés à la répétition des interruptions volontaires de grossesse (IVG).

SUMMARY

Introduction : A series of Western studies reveals that approximately 33% of women will undergo an induced voluntary abortion (IVG) at least once in their lifetime, with 9.5% undergoing it twice and 4.1% three or more times. Repeated IVG accounts for 13.6% of all voluntary terminations of pregnancy. Despite its prohibition in Cameroon, except under specific circumstances, abortion remains a significant contributor to maternal mortality, accounting for 24.2% of maternal deaths in 2021[1]. This substantial impact on maternal mortality underscores the need to investigate the determinants of abortion, particularly in cases of multiple terminations of pregnancy [2]. However, there is a paucity of research addressing the factors influencing both voluntary and multiple abortions. Given the high prevalence of repeated voluntary abortions in Western countries, this study aims to assess the extent of this issue in our context and to analyze the factors influencing such decisions.

MATERIALS AND METHODS : This study was a cross-sectional, analytical case-control design conducted at the University of Yaoundé I over a seven-month period, from November 2023 to June 2024. The sampling method was non-probability, consecutive, and non-exhaustive. We included all female students at the University of Yaoundé I, aged 15 to 30 years, who had undergone at least one voluntary termination of pregnancy. Those who had experienced two or more voluntary terminations were classified as cases, while those who had only one were classified as controls. Data were collected on sociodemographic, socio-psychological, economic, clinical, therapeutic, and anthropological variables. The collected data were entered and encoded using CSPro version 7.5, and analyzed with SPSS version 23.0. The study results were primarily presented in tabular form.

RESULTS : We enrolled a total of 120 female students, comprising 60 cases matched to 60 controls. The prevalence of repeated voluntary abortions was found to be 42.9%. The majority characteristics of the women who resorted to voluntary termination of pregnancy (IVG) were as follows: the average age was 24.21 years, with most identifying as Catholic (57.5%), originating from the Centre region (27.5%), and being involved in casual relationships (63.3%). Additionally, 34.2% of the participants were single, and 58.3% lived with their parents. Regarding their standard of living, 46.8% were categorized as having an average standard of

living. Among the participants, 43.3% were students who also worked, while 25.9% were practitioners in their field. The factors significantly associated with the recurrence of IVG included : age ≥ 25 years ($p = 0.006$; OR: 2.79) ; Living alone (OR: 2.29) ; not being in a committed relationship ($p = 0.001$; OR: 2) ; being in a relationship with separate living arrangements ($p = 0.01$; OR: 3.25) ; working in parallel with studies ($p = 0.011$; OR: 2.59) ; a first IVG occurring at least 3 years prior ($p = 0.0001$; OR: 12.65) ; relationship instability ($p = 0.007$; OR: 3.28) ; environmental pressure ($p = 0.025$; OR: 5.56) ; indifference experienced during the initial IVG ($p = 0.010$; OR: 2.85) ; anger ($p = 0.018$; OR: 3.87) ; lack of psychological support ($p = 0.0001$; OR: 4.67)

CONCLUSION : In summary, the significant prevalence of repeated voluntary abortions (42.9%) highlights that, despite the post-abortion care system and legal restrictions on voluntary termination of pregnancy, many women continue to resort to repeated abortions. This recurrence is associated with various factors, including being 25 years or older, environmental pressure, time intervals since the first abortion, living alone, casual relationships, unstable partnerships, and the lack of psychological support. These factors underscore the need for targeted interventions to address the root causes and provide comprehensive support to reduce the incidence of repeated abortions.

INTRODUCTION

L'avortement encore appelé fausse couche est une expulsion spontanée ou provoquée du produit de conception avant 22SA. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un fœtus est viable s'il pèse plus de 500 grammes et/ou est âgée de 20 semaines de grossesse ou 22 SA[4]. Cependant la limite d'âge de viabilité fœtale varie d'un contexte à l'autre. Dans certains pays en voie de développement notamment le Cameroun, la limite d'âge de viabilité fœtale reconnu est de 28 semaines d'aménorrhée (SA), même si l'âge de 22SA proposé par l'OMS est de plus en plus adopté. Cette limite d'âge de viabilité est contre versée et souvent remis en question [5].

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est l'expulsion de l'embryon ou du fœtus par la mère ou toute autre personne avant la date de viabilité. Malgré son caractère non contraceptif, l'avortement provoqué est une méthode ancienne de prévention des grossesses non planifiées[6]. Le recours à l'IVG témoigne de l'importance des grossesses non planifiées : selon l'institut Guttmacher, parmi les 182 millions de grossesses qui se produisent chaque année dans les pays développés (PD), 36 % ne sont pas souhaitées et 20 % se terminent par un avortement. En revanche, en Afrique, sur les 40 millions de grossesses qui se produisent chaque année, environ 30% ne sont pas volontaires et 12% s'achèvent par un avortement[6]. Malgré que l'IVG est considérée comme un crime en Afrique et malgré la politique de soins post abortum; le taux de pratique de cet acte ne cesse de croître. Par ailleurs, les avortements dangereux, c'est-à-dire effectués dans des conditions d'hygiène et de sécurité inadéquates, se produisent principalement dans les situations d'IVG [7]. Cependant, depuis une quarantaine d'années, plusieurs pays ont surévalué l'avortement ; à titre d'exemple, en France, ce droit a été obtenu grâce à la publication de l'article 75-17 de la loi Veil le 17 janvier 1975, qui a été renforcé le 31 décembre 1979 par la loi Pelletier. Mais au Cameroun, le code pénal sanctionne l'IVG ,sauf dans deux cas à savoir : quand la grossesse résulte d'un viol (confirmé par le procureur) ou s'il est justifié par la nécessité de sauver la vie de la mère [8]. Les cas de malformations fœtales incompatibles avec la vie extra-utérine constituent aussi une indication de recours à l'avortement provoqué.

Chaque année, environ 73 millions d'avortements provoqués se produisent à travers le monde. Sur les 10 grossesses non désirées, 6 (61%) et 3 (29%) ont été interrompues par un avortement volontaire[9]. En 2019, un total de 232 200 interruptions volontaires de grossesses (IVG) ont été enregistrées. D'après la même étude, 33 % des femmes auront recours à l'IVG dans leur vie, 9,5 % y recourront deux fois et 4,1 % y recourront trois fois plus[10].

Il existe un paradoxe entre le nombre élevé de femmes qui utilisent la contraception au Cameroun et le nombre d'IVG qui ne diminue pas. La prévalence de la contraception moderne est de 36%. [11] Chaque année, environ 36 Camerounaises sur 1000, âgées de 14 à 44 ans, sont victimes d'un avortement provoqué (AP). La majorité de ces avortements se font dans des endroits inappropriés et par des personnes non qualifiées. Cela comporte de multiples risques de complications qui pourraient mettre en péril la vie des femmes et épuiser leurs ressources. La loi pénale camerounaise punit la femme qui pratique l'avortement et celui qui l'accompagne dans cette pratique. Cette disposition semble pousser les jeunes filles désirant un avortement provoqué dans la clandestinité. L'interruption volontaire de grossesse (IVG) n'est cependant pas un acte banal dans la vie d'une femme. Chaque année, l'OMS estime qu'environ 500 000 décès maternels sont enregistrés dans le monde, dont 99% dans les pays en développement (PVD). Environ 14% des décès sont dus aux complications des IVG [12]. D'autres complications des IVG sont : hémorragie, perforations, infections, synéchies, salpingite, pelvipéritonite ...[13]

En Afrique Kamga et al en 2017 avaient enregistré 300000 décès maternels /an, dont 30 à 40% sont dus aux IVG[3]. Au Cameroun, plus de 40% des urgences en gynécologie sont liées à des complications d'avortement provoqué[14]. On estime à 24,2% la contribution de l'avortement provoqué aux décès maternels au Cameroun[3]. Cette contribution importante à la mortalité maternelle soulève la problématique des déterminants de l'avortement en général et de l'IVG répétée en particulier[15] Toutefois, peu de recherches ont été menées sur les facteurs qui influencent la répétition des IVG. De plus, étant donné le grand nombre de femmes qui ont recours aux interruptions volontaires de grossesses (IVG) répétées dans les pays occidentaux, nous avons choisi de mener une étude dans notre contexte afin d'évaluer l'ampleur du problème et analyser les éléments qui influencent cette pratique. Cela favorisera une meilleure utilisation des données disponibles sur les avortements en général et les facteurs qui influencent la répétition de ces IVG en particulier, dans le but de mieux prévenir cette pratique.

CHAPITRE I : CADRE DE L'ETUDE

1. Justification de l'étude.

De nombreux pays ont réalisé des recherches sur les avortements, mais très peu de recherches ont été consacrées aux facteurs qui influençaient la pratique de l'IVG et ce de façon répétée. Au Cameroun, Kamga et al trouvaient que 24,2% d'IVG sont liés au décès maternels[3] et 40% des urgences reçues en gynécologie obstétrique sont liés aux complications d' avortements provoqués[14]. La tranche d'âge de 20-35 ans est celle la plus concernée; or, 51% de femmes de cette tranche d'âge sont des étudiantes[16]. Une meilleure compréhension des déterminants des IVG en général et des IVG répétées en particulier pourrait mieux nous outiller dans la prévention de ces avortements et permettre la réduction du taux de mortalité maternelle.

2. Question de recherche.

Quels sont les déterminants des Interruptions volontaires de grossesse répétées chez les étudiantes de l'université de Yaoundé I?

3. Hypothèse de recherche.

Les facteurs sociodémographiques, anthropologiques, socio-économiques, psychosociaux et cliniques augmentent le risque de répéter une IVG.

4. Objectifs.

4.1. Objectif général.

L'objectif principal de ce travail était d'étudier les différents déterminants des interruptions volontaires de grossesse répétées à l'université de Yaoundé I.

4.2) Objectifs spécifiques.

- 1) Déterminer la prévalence des IVG répétées parmi les adolescentes et adultes jeunes de l'université de Yaoundé I.
- 2) Décrire les caractéristiques sociodémographiques, anthropologiques et économiques, cliniques des femmes avec antécédents d'IVG ;
- 3) Identifier les déterminants des IVG à répétition ;
- 4) Proposer un score d'évaluation de risque de répéter une IVG chez une femme.

Définitions des termes opérationnels.

- **Avortement** : encore appelé fausse couche est une expulsion spontanée ou provoquée de l'embryon ou du fœtus avant sa date de viabilité. Selon l'OMS, un fœtus est viable s'il pèse plus de 500 grammes et/ou a un âge gestationnel de 20 semaines ou plus.
- **Déterminants** : ensemble des facteurs de risque qui influencent une action ou autre.
- **Interruption volontaire de grossesse (IVG)**: est l'expulsion volontaire de l'embryon ou du fœtus par un personnel non qualifié et/ou par des moyens non appropriés avant sa période de viabilité.

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE

I. GENERALITES SUR LES AVORTEMENTS

1. Définitions

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'avortement est l'expulsion du produit de conception (œuf) avant 22 SA[17]. Selon l'OMS, un fœtus est viable s'il pèse plus de 500 grammes et/ou est âgé de 20 semaines d'aménorrhées ou plus. Dans le cadre des pays en voie de développement comme le nôtre, la viabilité est estimée dès 28 semaines d'aménorrhée. L'avortement peut être spontané lorsqu'il survient de manière naturelle ou induit médicalement ou par d'autres moyens plus ou moins conventionnels

2. Intérêts épidémiologiques

En 2000, l'OMS n'estime que 100 décès d'avortement à risque sur 100 000 naissances vivantes en Afrique, contre 40 en Asie et 30 pour 100 000 en Amérique latine. En Afrique du Nord et du Sud, ce taux oscille entre 10 et 30 %, tandis qu'en Afrique de l'Ouest, il atteint 90 %, et en Afrique centrale et de l'est, il atteint 110 et 140 %. L'avortement est estimé avoir une incidence de 12 % sur les décès maternels [6]. Dans 41 pays africains, plusieurs études épidémiologiques ont estimé que la mortalité maternelle s'élève entre 200 et 600 pour 100 000 naissances vivantes, avec 18 à 35 % de cette mortalité attribuable à des avortements (Benson et Johnson). Selon les pays, le poids des avortements dans les décès maternels varie considérablement. [6]. En 2017, l'OMS estime que 500 000 femmes décèdent d'IVG chaque année dans le monde. En Afrique de l'Ouest, les données confirment l'importance des avortements dans ces décès maternels. En Guinée, l'avortement se positionne comme l'une des principales causes de décès maternels, avec des complications liées à l'hypertension et aux hémorragies postpartum (Toure et al.). Au Ghana, il représenterait 22% des décès maternels (Billings). Au Nigéria, 30 à 40% des décès maternels sont attribuables à des avortements (Oye Adeniran et al). Et au Cameroun, Kanga et al trouvait la contribution des IVG au décès maternels à 24,2%[6].

II. ETIOLOGIES DES AVORTEMENTS.

1. Les étiologies ovulaires

On note :

- Les anomalies chromosomiques responsables de 50 à 70% des avortements du premier trimestre
- Les grossesses multiples
- Les anomalies funiculaires
- L'Hydramnios : c'est l'excès de liquide pouvant déclencher un avortement tardif ou un accouchement prématuré

2. Les étiologies maternelles

L'enquête étiologique est large et même si une cause paraît d'emblée évidente, plusieurs causes peuvent s'intriquer sur une même patiente.

Ainsi on note :

- Les causes mécaniques : L'avortement mécanique survient de façon tardive. Il traduit le défaut d'adaptation du contenu (L'œuf) au contenant (l'utérus). On distingue donc :
- Les anomalies de la cavité utérine : ces anomalies peuvent intéresser soit la cavité soit l'isthme utérin

L'hypotrophie utérine : c'est un utérus d'aspect rigoureusement normal mais dont les dimensions sont réduites.

La hypoplasie utérine : c'est un utérus dont les dimensions sont réduites et donc la morphologie et les dimensions sont réduites et donc la morphologie et la proportion sont également modifiées. Les dimensions et proportion sont celles d'un utérus infantile ou fatale.

Les myomes utérins : la présence des myomes major le risque d'avortement c'est surtout les myomes sous muqueux qui sont en cause. Les myomes intra cavitaires qui sont des véritables corps étrangers sont cause de stérilité plutôt que d'avortement

Les synéchies utérines : accollement des faces de l'utérus.

Les défauts de vascularisation : qui explique la faible épaisseur des parois et la mauvaise qualité de la muqueuse

La béance cervico-isthmique : c'est la rupture du verrou de la chambre utérine. Elle peut être congénitale ou acquise, elle peut être isolée ou associée à des anomalies de la cavité. (Utérus bicorne, utérus cloisonné)

- ✚ Les anomalies d'annexes : l'anomalie du placenta, nœuds de cordon
- Les causes infectieuses : paludisme ++, IU, syphilis, chlamydia ; gonocoque, herpes
- Causes endocriniennes : tout déséquilibre hormonal (progestérone et œstrogène) peuvent être à l'origine d'un avortement spontané
- Les causes auto immunes
- Les facteurs socio-professionnels ; socio-culturels, socio-économiques et démographiques. (cas des IVG)
- Les facteurs iatrogènes et maladies systémiques (HTA, SD vasculo-renaux)

III. CLASSIFICATION DES AVORTEMENTS

1- Classification selon la cause

- Les avortements spontanés
- Les avortements provoqués ou criminels ou IVG : Peuvent être volontaires ou thérapeutiques. Pratiquer pour les raisons suivantes :
 - Fœtus porteuse des anomalies congénitales incompatible avec la vie (anorchalie etc.)
 - Pathologies maternelle qui mettent la vie de la mère en danger si la grossesse continue
 - Adapter par la loi d'avortement de 1967

Thérapeutique :

Elaborer une demande adressée au MINSANTE par votre hiérarchie expliquant la raison pour l'avortement

Faire signer la demande par 2 autres collègues

Procéder avec l'avortement car la réponse ministérielle prend beaucoup de temps

Volontaire :

Souvent jeunes filles qui ne veulent pas garder la grossesse pour plusieurs raisons

Cherche tous les moyens pour éliminer la grossesse

Elle s'adresse au personnel non qualifié, à l'auto-administration des produits indigènes, feuille de manioc, feuille de baobab, permanganate etc

2. Classification selon la clinique:[13]

Menace d'avortement : caractérisée par Des métrorragies minimes, indolores faites tantôt de sang rouge, tantôt de sang noir, tantôt rosé mêlées de sérosités, toujours répétées, après retard des règles ; discrètes douleurs à type de contractions utérines .A l'examen, le col reste long et fermé et la région isthmique est normale .L'échographie confirme le diagnostic. Au toucher, la taille de l'utérus est compatible avec l'âge gestationnel et le col est fermé.

Avortement inévitable : annoncé par l'importance des pertes sanguines, et l'apparition de douleurs ou par leur augmentation en fréquence, en intensité et en régularité. A l'examen, le col est ouvert, de longueur variable ; la partie basse de l'utérus évasée est distendue par l'œuf. A ce stade, l'évolution se fait vers l'expulsion de l'œuf en un temps (au cours des deux premiers mois de la grossesse) ou en deux temps pour les grossesses de 3 -4 mois (expulsion du fœtus ; puis du placenta). En cas d'avortement provoqué, essentiellement par des manœuvres endo-utérines et cervico-vaginales, il peut s'y associer des lésions génitales et ou extra génitales.

Avortement incomplet : Cliniquement, l'utérus est plus petit que l'âge de la grossesse ne le laisserait penser, le canal cervical est entrouvert, avec un saignement mêlé de débris tissulaires. L'examen échographique montre des débris ovulaires ou placentaires selon l'âge de la grossesse. L'avortement incomplet survient lorsque quelques-uns des produits de la conception, mais pas tous, ont été expulsés de l'utérus. Il peut survenir lors d'une fausse couche ou lors d'une tentative pour interrompre la grossesse (avortement provoqué). Si ce problème n'est pas résolu immédiatement, il peut résulter en un saignement excessif et/ou une infection, menant à des problèmes plus sérieux qui menacent la vie de la femme .Un avortement incomplet est la complication la plus commune liée à l'avortement.

Avortement complet : L'utérus est encore légèrement agrandi, bien rétracté ; Le saignement se réduit et le col en cours de fermeture ou fermé .On ne peut souvent affirmer cliniquement le diagnostic que par des examens répétés. En cas de doute, on a recours à l'échographie qui met en évidence un utérus vide ne contenant ni sac ni débris intra utérin .Les produits de conception, le placenta et les membranes sont complètement expulsés de l'utérus.

Avortement septique : C'est une complication de l'avortement provoqué ou un avortement spontané incomplet, causé par une infection ascendante. La femme se présente cliniquement avec les signes de fausse couche. Elle se plaint de malaise et peut avoir des céphalées, des nausées et de la fièvre, des pertes nauséabondes et parfois, des signes de maladie inflammatoire pelvienne. L'avortement septique peut se présenter soit sous forme d'infection localisée dans les trompes et la cavité utérine ou de septicémie généralisée avec péritonite.

Grossesse arrêtée (Missed abortion) : Le diagnostic est purement échographique mettant en évidence la présence dans l'utérus, d'un embryon de plus de 4 mm, sans activité cardiaque. C'est aussi une rétention du fœtus mort dans l'utérus. Sur le plan clinique, il y'a disparition des signes sympathiques de grossesse.

Avortement habituel : lorsqu'elles surviennent au moins à trois reprises plus ou moins au même âge gestationnel.

Tableau I : récapitulatif des types d'avortement

Forme clinique	saignement	douleur	Signes sympathiques	Perte des eaux	Taille de l'utérus	État du col	échographie	Autres
Menace d'avortement	Minime Sang rouge vif	absente ou faible	présents	non	= AG	fermé	Ceuf intrautérin viable	
Avortement inévitable	abondant	importante	présents	Oui 2 nd trimestre	=AG	Dilaté 4cm	Ceuf intrautérin Col court et béant	Pôles fœtaux Intra vaginaux
Avortement incomplet	abondant	présente	présents	oui	<AG	ouvert	Débris Intra utérins	
Grossesse arrêtée	Minime ou absent	Absente ou faible	absents	non	<AG	fermé	Embryon Bdcf =0	Galactorrhée (2 nd tri)
Avortement complet	Minime ou absent	absente	absents	oui	<AG	fermé	Utérus non gravide	
Avortement septique	Modéré, fétide	présente	présents	oui	<AG	ouvert	Débris	fièvre

IV. ETUDE SUR L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)

1-Définition/Epidémiologie/Facteurs des IVG.

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) désigne un acte d'avortement justifié par des motifs non médicaux ou non. Plusieurs études ont défini l'IVG itérative ou IVG à répétition comme étant : trois IVG au total pour une même femme ; deux IVG d'une même femme proche de moins de trois ans ; ou encore IVG effectuée au moins deux fois (cette dernière étant celle que nous avons choisie pour ce travail). Les grossesses non prévues (GNP) sont le résultat de relations sexuelles, sans l'utilisation d'un moyen visant à éviter une grossesse, ou suite à un échec de la contraception utilisée, alors que la femme ne veut pas être enceinte.[18] .

En 2011, en France, 33 % des femmes auront une IVG au moins une fois dans leur vie, 9,5 % en auront deux et 4,1 % en auront trois ou plus. À la suite d'une première IVG, le risque d'y recourir à nouveau augmente [10]. Chaque année, environ 73 millions d'avortements causés ont lieu à travers le monde. Six grossesses non désirées sur dix (61 %) et trois grossesses sur dix (29 %) ont été interrompues par un avortement involontaire. [19].

Au Cameroun, l'avortement est une pratique répandue, mais il n'existe pas de chiffres précis pour les avortements déclarés. Il est fréquent que cet avortement volontaire ne se déroule pas dans des conditions de sécurité adéquates : moins de 25 % des avortements sont réalisés par des médecins qualifiés et, selon une étude, plus de 40 % des urgences reçues en gynécologie obstétrique sont imputables à un avortement provoqué. Les répercussions se multiplient et sont de plus en plus importantes. Les avortements causés sont également reconnus comme l'une des principales causes de décès maternel.[14].

Les facteurs des IVG sont :

Les facteurs socio-culturels : Il s'agit d'un ensemble de variables qui combinent les mentalités, les attitudes, les croyances, les valeurs et les perceptions qui influencent les comportements des personnes dans la société. Dans chaque société, il existe des normes et des valeurs spécifiques en matière de sexualité. Les Béti Fang, selon certaines sources, sont plus tolérants envers les relations sexuelles et la procréation pré-nuptiale que les autres ethnies du Cameroun. Les facteurs socioculturels sont :

- La religion : Cette variable comprend les modalités suivantes : catholiques, protestants, musulmans, autres religions.
- L'ethnie ;

- le milieu de résidence...[20]

Les facteurs sociodémographiques et cliniques Il est principalement question de l'âge de la femme, de son statut matrimonial et de la parité obtenue. Effectivement, il serait nécessaire d'attendre que la femme atteigne un âge spécifique pour pouvoir être exposée au risque de procréer, dans le cadre de cette étude, cet âge s'élèvera à ≥ 15 ans. Selon la littérature, la pratique de l'avortement est influencée par l'état matrimonial de différentes façons : Il est plus fréquent que les femmes célibataires utilisent l'avortement provoqué que les femmes mariées. En outre, certaines recherches ont mis en évidence une corrélation entre l'âge et la parité des femmes. Tout comme l'avortement est employé par la jeunesse pour retarder le début de la procréation, il l'est également par les femmes plus âgées pour retarder les naissances[20]. Les facteurs sociodémographiques sont :

- L'âge de la femme : Nous aurons ici comme tranche d'âge de la femme à savoir : de 15 à 30 ans
- Le statut matrimonial/ marital : Cette variable comprend trois modalités qui sont : célibataire, mariées, divorcées, veuves, celicouples, relation casuale et le concubinage.
- Le niveau d'instruction de la femme : Nous nous intéressons uniquement ici au niveau d'étude dans le secteur éducatif formel. Cette variable comprendra trois modalités : niveau licence ; niveau master et niveau doctorat.
- Le nombre d'enfants nés vivants (parité).

Facteurs socio-économiques : Elles font référence, de manière indirecte, à la possibilité pour une femme de disposer ou non de ressources financières lui permettant d'acquérir et d'utiliser des méthodes modernes de prévention des menstruations. De manière directe, il s'agit de la capacité matérielle d'une femme à assumer la responsabilité d'un enfant, à gérer l'activité économique, la scolarité et la charge maternelle. L'occupation des femmes, le niveau de vie des foyers et le niveau d'éducation sont des indicateurs de ces caractéristiques. Les facteurs socio-économiques sont :

- La source et le niveau de revenus.
- La profession de la femme : Cette variable identifiera les catégories d'occupation des femmes au moment de la grossesse. Trois catégories d'occupation ont été prises en compte à savoir : exerce un emploi dans une société ; exerce une profession autonome ; sans emploi/au foyer[20].

2-Signes cliniques[13].

A l'anamnèse :

- La date des dernières règles ;
- Les caractères des saignements (durée, abondance) ;
- L'existence de crampes (durée ; gravité) ;
- L'existence de douleurs abdominales ou à l'épaule ;
- La notion d'évanouissement ;
- La notion de fièvre, de malaise ;
- La notion d'allergie aux médicaments ;
- Vérifier l'état vaccinal en particulier antitétanique.
- Signes associés= douleur, tension mammaire, galactorrhée, disparition des signes sympathiques de grossesse ;

ATCDS: fausse(s) couche(s) antérieure(s), HTA, Diabète, VIH, Ag Hbs, Ac Hcv, prise de médicaments de la pharmacopée traditionnelle, notion de tabac, alcool, de violences physiques ou psychologiques ...

Examen physique :

État général : Noter l'état général de la femme : anémie ; pâleur ; altération de l'état général...

- Noter les signes vitaux : T° ; pouls ; respiration ; TA ;
- Faire un examen cardio-vasculaire ;
- Faire un examen abdominal : vérifier d'abord les bruits intestinaux et voir ensuite si l'abdomen est distendu ou rigide.
- Paramètres anthropométriques...

Examen gynécologique :

Faire l'examen au spéculum pour rechercher : des pertes malodorantes, des saignements, du pus dans l'orifice cervical et voir si le col est ouvert ou fermé ; un traumatisme vaginal ou cervical (déchirures, perforations).

Faire le toucher vaginal pour : estimer l'âge de la grossesse en fonction de la taille de l'utérus et de la date des dernières règles ;

Examiner le col : ouvert ou fermé ;

Rechercher une masse pelvienne ou des douleurs pelviennes ; Noter l'intensité de la douleur, son siège et ses facteurs déclenchant et ses irradiations (au repos, touchant, en pressant...).

3- Signes para cliniques[13]

Echographique : elle permet de visualiser le sac embryonnaire a partir de la 5eme semaine d'aménorrhée, de caractériser les contours de ce sac, de confirmer la présence ou l'absence de battements cardiaques partir de la 7eme semaine d'aménorrhée.

L'échographie renseigne également sur la vacuité utérine en vue d'entreprendre ou non une évacuation utérine.

Les dosages hormonaux : un taux faible est en faveur d'un avortement, un taux normal ne permet pas de rejeter l'éventualité surtout si le dosage entrepris est précoce.

Faire le groupage ABO/Rh, taux d'hémoglobine :

- Les autres examens complémentaires seront demandés au besoin.

V- DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS ET COMPLICATIONS DES IVG

1- Diagnostics différentiels des IVG

- Avortement spontané
- Les grossesses extra-utérines ++
- Endométriose
- Kystes ovariens
- Appendicite
aigue

2.Complications[6]

Précoces :

Hémorragies (47%) perforations utérines

Intoxications-médicamenteuses (4%)

Subaiguës :

Infections (33 %)= endométrite, salpingite, pelvipéritonite, péritonite généralisée, abcès pelvien, lésion digestive, lésion vésical, synéchies

Tardives :

- Infécondité
- Troubles psychologiques
- Troubles de la sexualité (vaginisme, frigidité).

VI-CONDITIONS DE REALISATION DES IVG.

1-Conditions de réalisation des IVG.

Selon l'article 337 du code pénal camerounais, l'avortement est puni et des sanctions sévères sont prévues pour les personnes accusées d'avoir avorté de manière provoquée. Selon l'article 339 du code pénal, il existe deux situations où les sanctions prévues par l'article 337 ne peuvent pas être appliquées :

- Lorsque l'avortement est justifié par la nécessité de sauver la mère d'un péril grave pour sa santé ;
- Lorsque la grossesse résulte d'un viol ou d'inceste.

Cependant, il est nécessaire de respecter certaines conditions : d'abord, l'avortement doit être effectué dans les premiers mois de la grossesse, en particulier en cas de viol et d'inceste, ensuite, l'avortement doit être effectué par un professionnel de santé dans un centre hospitalier public ou une clinique privée autorisée, et enfin, l'avortement doit être effectué après une autorisation du Ministère public qui délivre une attestation sur la matérialité des faits. Une autre option : le calendrier familial. Il est responsable des entretiens préliminaires à l'avortement. Les différentes étapes pour interrompre volontairement une grossesse

Une première consultation d'information :

Il est possible de soumettre une demande d'IVG à un professionnel de santé libéral, à un établissement de santé, un centre de santé ou encore auprès du planning familial, que ce soit en réalisant ou non les IVG lui-même. Un « dossier-guide de l'IVG » est donné à la patiente qui expose les lieux et les modalités d'une IVG, le droit à sélectionner sa méthode d'IVG, les risques potentiels et les effets secondaires possibles. Il est possible que des tests sanguins et une

échographie soient recommandés afin de déterminer l'âge de la grossesse. Une fois cette première consultation terminée, le médecin ou la sage-femme remet une attestation de consultation médicale qui permettra à la patiente de continuer son parcours d'IVG. Lors de cette consultation d'information, le professionnel de santé doit également suggérer un entretien psycho-social. Il est optionnel pour les adultes, mais requis pour les mineurs.

La seconde consultation pour le recueil du consentement :

Lors de cette deuxième consultation, la patiente présente l'attestation de première consultation, qui confirme par écrit sa demande d'avortement. Son consentement est donc clairement donné au médecin ou à la sage-femme. En consultation avec le médecin, elle sélectionne la méthode d'avortement et le lieu de l'intervention. Une fois cette consultation terminée, le médecin lui remet une deuxième attestation de visite.

La réalisation de l'IVG :

Après avoir obtenu le consentement, il sera possible de procéder à l'interruption de grossesse, par voie médicamenteuse ou chirurgicale, par un professionnel de santé, en ville, dans un centre ou un établissement de santé, en fonction de la situation. Deux types d'interruption volontaire de grossesse (thérapeutique) sont caractérisés : la méthode médicamenteuse et la méthode chirurgicale.

L'IVG médicamenteuse

Selon la nouvelle loi du 2 mars 2022, il est possible de pratiquer l'avortement en établissement de santé ou en ville par un médecin (généraliste ou gynécologue) ou une sage-femme dans les sept premières semaines de grossesse. L'IVG médicamenteuse est réalisée lors d'un rendez-vous avec un médecin ou une sage-femme. Elle se compose de : une administration de comprimés par voie orale de mifépristone (un anti-progestatif appelé « mifépristone ou RU-486 », qui inhibe la progestérone, l'hormone qui permet la grossesse), suivie, entre 36 et 48 heures plus tard, d'une administration à domicile de misoprostol (un médicament de la famille des prostaglandines qui provoque des contractions de l'utérus et permet l'évacuation du bébé). La seconde prise provoque l'arrêt de la grossesse. L'avortement survient dans 60 % des cas dans les 4 heures qui suivent la prise du misoprostol. L'avortement se produit dans 40 % des cas dans

les 24 à 72 heures qui suivent la prise du misoprostol. La méthode thérapeutique est efficace dans environ 95 à 98 % des situations.[21].

La méthode chirurgicale

On recommande cette méthode en utilisant une anesthésie locale. Dans le cas où la femme souhaite une anesthésie générale, elle sera dirigée vers un établissement médical agréé. Il sera indispensable de faire une consultation pré-anesthésique. Comme pour l'IVG médicamenteuse, l'avortement chirurgical nécessitera la prise de mifepristone (un antiprogéstatif qui interrompra le fonctionnement placentaire afin de faciliter l'expulsion ou l'aspiration chirurgicale). Il est possible de l'effectuer à tout moment de la grossesse, que ce soit par anesthésie locale ou générale. Selon l'OMS, l'avortement chirurgical est recommandé jusqu'à un âge de 12 à 14 semaines d'aménorrhée avec l'aspiration. On utilise parfois une autre méthode dans certains pays, la dilatation du col de l'utérus suivie d'un curetage (qui consiste à « racler » la muqueuse utérine (pour enlever les débris). L'OMS recommande que cette méthode soit remplacée par l'aspiration, plus sécuritaire et plus fiable. L'intervention dure une dizaine de minutes et se déroule dans un bloc opératoire.

Malgré son caractère thérapeutique, d'autres femmes font face à cette pratique en utilisant des méthodes clandestines. En Afrique, il existe différentes approches pour l'avortement, qu'il s'agisse de la pharmacopée traditionnelle, de l'utilisation de produits chimiques, de produits pharmaceutiques utilisés de manière inappropriée, de méthodes mécaniques ou de traumatismes physiques, ou de méthodes médicalisées telles que la dilatation et la cure... Les techniques les plus "dangereuses" incluent celles utilisant des plantes, l'insertion d'objets dans l'utérus (comme des objets contendants, du verre pilé, des produits chimiques, etc.), l'utilisation de médicaments en surdosage (comme des antipaludéens, des antibiotiques, des hormones) et des produits chimiques. Les techniques chirurgicales ne sont pas sans danger, car parfois elles sont réalisées par des personnes insuffisamment qualifiées et dans des conditions d'hygiène insuffisantes, mais leurs complications sont généralement moins fréquentes et plus bénignes. Il s'agit essentiellement d'avortements faits par dilatation et curetage (avec ou sans anesthésie) et rarement d'avortement par aspiration manuelle[6].

Selon les études menées dans les capitales telles qu'Abidjan, Lomé ou Bamako, la plupart des avortements sont effectués par des méthodes médicalisées (Konate et al. Guillaume et Desgrées du Loû), tandis que le reste sont effectués par des médicaments en surdosage ou en

utilisant des plantes, ainsi que par l'introduction d'objets dans l'utérus. Ces curetages sont parfois effectués après des avortements qui n'ont pas abouti. Ces avortements sont effectués à la fois dans des hôpitaux, des cliniques privées ou des "infirmes de quartier", ainsi qu'à domicile de la femme, et par des individus ayant des compétences très variées : aussi bien des professionnels de santé (gynécologues, médecins généralistes, infirmiers...) que des traditionnels praticiens ou des personnes sans connaissances médicales[6].

Au Cameroun, malgré le fait que la majorité des avortements clandestins soient effectués par des médecins ou des infirmiers, une proportion significative est effectuée par du personnel non médical avec des méthodes à risque. En Tanzanie, 22% des femmes ont utilisé des services médicaux ou identifiés comme tels, 65% des autres professionnels de santé et 13% des traditionnels praticiens. En outre, 56 % des avortements ont été effectués dans un environnement médicalisé et 42 % dans une simple chambre (Mpangile et al.). Ces avortements auto-pratiques sont encore fréquents, comme l'a démontré Barrère au Gabon, où un tiers des femmes l'ont effectué par elles-mêmes en utilisant des méthodes à base de plantes, des médicaments en surdosage ou en insérant des objets dans l'utérus. En revanche, les adolescentes utilisent moins de méthodes médicalisées (curetage et aspiration) que les femmes plus âgées, et font généralement appel à une sage-femme, un pharmacien ou un ami pour avorter afin de réduire les coûts. C'est pourquoi elles sont plus souvent confrontées à des complications, comme on l'a pu observer au Nigeria et au Gabon (Ejiro Emuveyan, Barrère)[6].

En Zambie, Castle démontre que les femmes très jeunes utilisent parfois des boissons à base d'essence ou de détergents, ou qu'elles prennent des médicaments en surdosage (chloroquine, aspirine) ou d'autres substances toxiques.[6].

Dans une étude hospitalière menée en Éthiopie, à Addis Ababa, on constate que ces avortements ont été causés dans un tiers des cas par des antibiotiques (ampicilline) en surdosage, par l'insertion de tubes ou de cathéters en plastique (46 %) ou de tiges métalliques (22 %). La femme (28 %) a réalisé ces exercices soit par elle-même, soit par un assistant de santé (35 %), et dans près d'un quart des cas, par du personnel non médical (Tadesse et al. ; Kebede et al.). Une recherche réalisée dans trois hôpitaux d'Afrique de l'Ouest (Bénin, Sénégal, Cameroun) révèle que les complications liées aux avortements provoqués sont causées par des avortements auto-pratiqués (40 % des cas), pour 51 % réalisés avec l'aide de professionnels de santé et pour les autres par des tradi-praticiens. (Goyaux et al.)[6].

Dans leur étude à Abidjan, Goyaux et ses collègues ont observé que les femmes hospitalisées pour des complications avaient essayé d'avorter en introduisant des tiges de plantes dans le vagin (31 %), en utilisant des ovules végétaux (23%) ou en consommant des infusions de plantes (20 %). Selon Alihonou et ses collègues au Bénin, plus de la moitié des femmes ont rencontré des problèmes après avoir pratiqué des avortements auto-pratiqués en utilisant des médicaments en surdosage. La plupart des femmes hospitalisées à l'Île Maurice pour des complications d'avortement avaient procédé à leur propre avortement en utilisant des plantes, en insérant des objets dans le vagin ou en prenant du misoprostol. Deux recherches réalisées en Zambie mettent en évidence les dangers auxquels les femmes sont confrontées lors des pratiques d'avortement.[6].

VII- CONSEQUENCES DES IVG.

1-Conséquences psychologiques des IVG.

Au niveau psychologique : La prise de décision d'arrêter une grossesse n'est jamais simple et l'action n'est pas banale. Le fait d'avoir été enceinte de façon non désirée et d'avoir avorté peuvent laisser des séquelles psychologiques, susciter des interrogations, engendrer un sentiment de doute ou de culpabilité, de tristesse, parfois de regrets. Bien entendu, chaque femme a ses propres réactions face à un avortement (qu'il soit spontané ou provoqué), mais il est important de proposer un suivi psychologique à toutes. Les conséquences sont.[13] : La névrose dépressive ; Le complexe de culpabilité et d'indignité ; Les algies pelviennes séquellaires.

2-Conséquences pénales.

Les Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, les lois sur l'avortement sont interdites. Néanmoins, plus des deux tiers des 54 États membres de l'Union africaine, y compris le Cameroun, ont approuvé le protocole de Maputo qui reconnaît l'avortement médicalisé comme un droit féconditaire. Ce document est perçu comme l'outil juridique régional « le plus avancé en matière d'accès des femmes à l'avortement légal en Afrique ». Il incite les États parties, selon son article 14 alinéa 2(c), à garantir la santé reproductive des femmes en permettant notamment l'avortement médicalisé en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et de mise en danger par la grossesse de la santé mentale et physique de la mère, de sa vie ou encore de celle du fœtus. L'harmonisation des législations nationales conformément à cette

préconisation demeure problématique. Les restrictions légales de l'avortement en Afrique vont de l'interdiction partielle à l'interdiction absolue[22].

Le Cameroun interdit l'avortement par la loi n° 67-LF-1 du 12 juin 1967 (inspirée de la philosophie pénale coloniale), modifiée et remplacée par la loi n° 2016/007 du 12 juillet 2016 portant code pénal. Selon l'article 337, une femme qui a avorté peut être condamnée à une peine d'emprisonnement de quinze jours à un an et/ou à une amende de 5.000 à 200.000 FCFA. D'après l'article 333 du Code Pénal camerounais les interruptions volontaires de grossesse (IVG) sont autorisées si et seulement si la grossesse met en danger la santé de la mère ou si la grossesse est due à un viol ceci dument confirmé par le Ministère Public. La prévalence actuelle de l'avortement volontaire répétée au Cameroun est peu connue. Dans des situations de criminalisation de la pratique, la qualité des informations sur l'avortement est fluctuante et peu fiable, notamment en raison de la rareté des statistiques et de « leur couverture temporelle limitée ». La dernière enquête démographique et de santé (EDS) au Cameroun, en 2018, ne donne aucune indication quant à l'ampleur de la pratique de l'IVG. Selon l'EDS réalisée en 2011, 7 % des femmes ayant déjà eu des relations sexuelles ont affirmé avoir utilisé un avortement provoqué, contre 5 % en 2004. La pratique de l'avortement est plus courante chez les femmes vivant dans les métropoles de Yaoundé et Douala (14% et 8,5 % respectivement en 2011 et 2004). Elle vit principalement dans la capitale Yaoundé et se rencontre principalement chez les adolescentes. L'avortement à risque ou clandestin est l'une des principales raisons de décès maternels hospitaliers au Cameroun, en particulier dans la capitale. Le contexte de prohibition de l'IVG entraîne l'utilisation de pratiques effectuées dans des conditions délicates. Ce qui nous conduit à nous pencher sur la perspective des femmes, non seulement sur l'avortement, mais aussi sur les lois qui le régissent. Au Cameroun, ce point de vue d'analyse est peu étudié. Les études existantes sur l'IVG dans cette région se concentrent principalement sur sa contribution à la mortalité maternelle, les risques sanitaires ou les complications des pratiques clandestines ou à risque, les facteurs déterminants du recours à l'avortement, ainsi que les méthodes employées et la connaissance de la législation en vigueur[22].

La législation camerounaise interdit l'avortement provoqué. Selon l'article 337 du code pénal camerounais, de lourdes sanctions sont prévues ; parfois fermeture de l'établissement ou interdiction d'exercice.[22]. L'article 339 autorise une exception dans deux situations : en cas de besoin de sauver la mère et en cas de viol. Les éléments à prendre en compte sont : - pendant les premiers mois de la grossesse, - par un médecin dans un hôpital public ou une clinique

privée homologuée, - l'approbation du Ministère Public qui procure une preuve de la véracité des faits.[22].

VIII-PRISE EN CHARGE DES AVORTEMENTS.

1- Les moyens

Les principes

Lever l'urgence

Abstention au 1^{er} trimestre

Bilan étiologique et traitement adapté au second trimestre

Offrir le package des services de la santé de la reproduction (planning familial++)

Moyens :

+ Moyens médicaux :

Misoprostol, mifepristone, methylergométrine

Antispasmodiques, progestatifs, β_2 mimétiques

+ Moyens chirurgicaux :

Dilatation et curetage (D/C), aspiration (asp), dilatation et évacuation (à la pince en cœur=D/E)

+ Moyens médico-chirurgicaux :

Association misoprostol-aspiration, misoprostol-D/E

Les préalables :

Le degré d'urgence

L'âge gestationnel

La forme clinique

Autre : groupe sanguin

Les indications :

Menace d'avortement :

- avant 12 semaines= observation, antispasmodique, repos
- 2nd trimestre= repos, bilan étiologique, utéro relaxant, progestatifs,

Beta 2 mimétiques

Avortement inévitable :

- saignement minime= observation

- saignement abondant

Indications :

Avortement inévitable :

– saignement minime=

Avant 7 semaines= observation

De 7 à 9 semaines = mifepristone/misoprostol

De 9 à 12 semaines = aspiration

Après 12 semaines = misoprostol et D/E

- saignement abondant

Avant 12 semaines = aspiration

Après 12 semaines = D/E

Avortement incomplet :

Avant 12 semaines= aspiration

Après 12 semaines = D/E

Grossesse arrêtée :

Avant 7 semaines= observation

De 7 à 9 semaines = mifepristone/misoprostol

De 9 à 12 semaines =misoprostol/ aspiration

Après 12 semaines = misoprostol et D/E

Avortement septique :

Antibiothérapie pendant 24h, puis aspiration avant 12 semaines,

Et D/E après 12 semaines

Avortement complet = abstention thérapeutique.

Les méthodes d'évacuation utérine en cas d'avortement incomplet sont[13] :

Curage digital : Cette technique d'évacuation de l'utérus n'est possible que si le canal cervical est assez large pour permettre le passage d'un ou de deux doigts. Les évacuations sont souvent incomplètes et le risque d'infection est élevé en raison du non-respect des règles de prévention des infections.

Curetage hémostatique : Il s'agit de la méthode d'évacuation du contenu utérin, par l'intermédiaire d'une curette. Elle est réalisée sous anesthésie.

Les complications du curetage sont :

- la perforation utérine est favorisée par mauvaise traction du col sur un utérus retro versé ou fortement antéversé ;
- les traumatismes de la vessie ou de l'intestin ;
- l'infection.

Aspiration électrique : Dans cette approche, une canule est connectée à un dispositif équipé d'un tuyau de raccord qui crée une dépression d'environ 600 mm de mercure (HG) qui permet l'aspiration.

La technique d'aspiration est la même que l'aspiration manuelle avec la canule de Karman (AMIU).

Aspiration manuelle intra utérine (AMIU) (Voir fiche technique) : Cette méthode est basée sur la succion afin de retirer les produits de conception à travers une canule. Elle peut être effectuée dans une salle de procédure ou d'examen clinique et ne requiert pas toujours une anesthésie générale. La possibilité d'une anesthésie locale est possible. Il est possible d'y ajouter au maximum deux personnes.

2-Soins après avortement (SAA).

La période après l'avortement représente la troisième et dernière partie du continuum de soins liés à l'avortement. SAA=concept définit pour développer des liens étroits entre le traitement des complications de l'avortement et les services de planning familial (PF). Classification : Soins après avortement de base (SAAB, 5 fonctions) et soins après avortement complet (SAAC, 2fonctions supplémentaires).

Les composantes des Soins Après Avortement de Base (SAAB) :

TRAITEMENT D'URGENCE ; évacuation utérine : Évaluation initiale pour les conditions d'urgence, Parler à la patiente (diagnostic, PEC, technique ; Stabilisation (Voie veineuse, antibiotiques,...) avant l'AMIU ; Évacuation utérine par AMIU ; Référence ou transfert pour PEC spécifique (par exemple, chirurgie majeure).

En raison de la fréquence des complications des avortements, qu'ils soient spontanés ou provoqués, il est essentiel que les établissements de soins de santé à tous les niveaux soient en mesure de garantir les soins d'urgence nécessaires liés à l'avortement. Les prestations

spécifiques offertes dans un établissement spécifique ou par un élément de santé spécifique comprennent l'éducation sanitaire, la réanimation et le transfert pour une intervention chirurgicale en cas de complications graves. L'évacuation de l'utérus d'une femme qui demande des soins pour un avortement incomplet et le traitement de complications graves qui nécessitent une attention immédiate sont abordées dans ce chapitre[23]. Quelles que prise en charge en urgence :[13]

Choc hémorragique : Eléments de diagnostic :

- Pouls faible, rapide (supérieur ou égal à 110 pulsations/ mn) ;
- Tension artérielle basse (systolique et diastolique inférieures ou égales à 9/6 mm Hg) ;
- Pâleur (des conjonctives, de la paume des mains et de la plante des pieds) ;
- Sueurs, extrémités froides ;
- Respiration rapide (supérieure ou égale à 30 cycles /mn) ;
- Anxiété, confusion ou perte de connaissance, agitation.

Gestes d'urgence :

- Prendre rapidement une voie veineuse avec intranule G16 ou G18 et sécuriser pour faire passer le sérum salé isotonique ;
- Faire un groupage ABO et Rhésus ;
- Demandé du sang iso-groupe iso-rhésus ;
- Commencer le traitement étiologique en même temps que la réanimation cardio-vasculaire.

Tableau II : Prise en charge en urgence des chocs hémorragiques.

Niveaux	Conduite à tenir
1- Niveau de première ligne (Hôpitaux de districts, centres médicaux d'arrondissement, centres de santé	<p>Faire coucher la patiente en décubitus dorsal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Surélever les jambes ; - Libérer les voies aériennes par extension du cou ; - Oxygéner la patiente si nécessaire (6 à 8 litres/mn) ; - Prendre une voie veineuse avec intranule G16/G18 et sécuriser ; - Placer une perfusion de sérum salé isotonique ; - Placer une sonde urinaire ;

	<ul style="list-style-type: none"> - Vérifier la vacuité utérine ; - Transférer vers un niveau supérieur.
2- Hôpitaux deuxième recours (Hôpitaux provinciaux)	<p>Idem que la 1^{ère} ligne : - Administrer : 1 litre de sérum salé isotonique en 15-20 mn ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Surveiller le pouls, TA, T°, respiration, diurèse ; - Faire un groupage, un taux d'hémoglobine et ou d'hématocrite ; - Si taux d'Hb est inférieur à 7g/dl ou hématocrite inférieur à 20% : Transfuser. <p>Si patiente stabilisée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire une Aspiration Manuelle Intra-Utérine (AMIU) ; - Administrer : utéro-tonique et antibiotiques si choc septique. <p>Si l'état de choc persiste : Transférer vers un niveau supérieur.</p> <p>NB : Commencer le traitement étiologique en même temps que la réanimation cardio-vasculaire</p>
3- Hôpitaux de 3^{ème} recours (Hôpitaux généraux de référence centres hospitalier universitaires)	<p>Idem que la 2^{ème} ligne : - Vérifier la vacuité utérine ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refaire une AMIU au besoin ; - Administrer un utéro- tonique au besoin ; - Faire des examens complémentaires si nécessaire ; - Faire la prise en charge étiologique

NB : Administrer l'anti D si nécessaire (femme rhésus négatif).

Complications traumatiques : Il s'agit des lésions intra abdominales. Eléments de diagnostic :

- Hémorragie plus abdomen souple ;

- Péritonite : Abdomen distendu (rigide, tendu et dur) et douloureux à la palpation profonde ; diminution des bruits abdominaux ; douleur à l'épaule ; nausées/vomissements ; fièvre (température supérieure à 38°C).

Tableau III : Prise en charge en urgence des traumatismes intra abdominaux

Niveaux	Conduite à tenir
1- Niveau de première ligne	<p>Vérifier les signes vitaux ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ne rien donner par voie orale ; - Prendre une voie veineuse avec intranule G18 ou G16 ; - Faire une perfusion de sérum salé isotonique ; - Administrer l'antibiotique (association amoxicilline +acide clavulanique 2g en IVD) ; - Transférer vers un niveau supérieur.
2-Hopitaux de deuxième ligne	<p>idem que la 1^{ère} ligne</p> <ul style="list-style-type: none"> - Libérer les voies aériennes ; - Oxygéner ; - Vérifier les signes vitaux ; - Demander le groupe sanguin/rhésus et NFS ; - Administrer des antibiotiques par voie veineuse ; - Demandé l'ASP, l'échographie abdomino-pelvienne ; - Faire une laparotomie si nécessaire ; - Suturer les éventuelles lésions des parties molles : col, vagin... - Transférer si prise en charge adéquate non disponible.
1- Hôpitaux de 3ème recours	<p>Après avoir effectué les lignes précédentes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire la laparotomie.

Complications infectieuses : Il s'agit de l'endométrite, salpingite, pelvipéritonite, péritonite, septicémie :

Eléments de diagnostic : - Fièvre (température supérieure à 38°C), frissons et / ou sueur ;

- Pertes vaginales malodorantes ;
- Sensibilité abdominale (avec ou sans douleur à la palpation) et à la mobilisation cervicale lors du toucher vaginal ;
- Antécédents d'avortements pratiqués dans des conditions à risque ou de fausses couches ;
- Saignements prolongés (au-delà de 8 jours) ;
- -Malaise général.

Risque de choc septique si :

- Avortement après plus de 14 Semaines d'Aménorrhée (SA);
- Avec fièvre (T° supérieure ou égale à 38° C) ou sans fièvre (hypothermie : T° inférieure à 36°,5) ;
- Chute de la TA, accélération du pouls ;
- Troubles respiratoires ;
- Troubles de conscience ;
- Signes de lésions intra abdominales.

TABLEAU IV : PEC des complications infectieuses

Niveaux	Conduite à tenir
1- Niveau de première ligne	<ul style="list-style-type: none"> -Prendre une voie veineuse avec intranule G16 à G18 et sécuriser ; - Libérer les voies aériennes par extension du cou, aspirer/oxygéner au besoin ; - Vérifier les signes vitaux ; - Administrer un antipyrétique : Paracétamol 1g ; - Administrer un antibiotique (association amoxicilline + acide clavulanique 2g en IVD) ; - Informer la famille de la nécessité de transférer ; -Transférer au niveau supérieur.

2- Hôpitaux de premier recours	Idem 1 et en plus - Faire des examens complémentaires groupe sanguin rhésus, NFS ; - Demander un abdomen sans préparation (ASP) et une échographie si nécessaire ; - Vérifier la vacuité utérine ; - Faire une perfusion de sérum salé isotonique o Si patiente stabilisée, faire l'AMIU ; o Si pas d'amélioration, Transférer.
3- Hôpitaux de 2ème et 3ème recours	Idem 2 <input type="checkbox"/> Oxygéner la patiente ; <input type="checkbox"/> Faire une hémoculture et adapter l'antibiothérapie en fonction des résultats ; <input type="checkbox"/> Faire une laparotomie si nécessaire.

PLANNIG FAMILIAL : La planification familiale, ou le planning familial, est l'ensemble des moyens qui concourent à la régulation des naissances, dans le but de permettre aux familles de choisir d'avoir un enfant.

Les centres de planification familiale sont les lieux qui mettent à disposition ces moyens et qui informent sur leur mise en œuvre.

La prescription d'une contraception est possible grâce à la présence d'un médecin ou d'une sage-femme. La contraception est une composante essentielle des soins complets d'avortement ; toutes les femmes doivent être sensibilisées à l'utilisation de la contraception d'urgence en cas d'un rapport non protégé car le risque accru de grossesses répétées est dû au fait que : -L'ovulation peut se faire dès le 11ème jour après l'avortement et 75% des femmes auront ovulé dans les 6 semaines après l'avortement.

Méthodes	Quand faut-il commencer	Remarques
Hormonale / Préservatif	Immédiatement	Peut-être démarrée même en cas d'infection ou d'anémie
DIU (Inf à 12SA)	Immédiatement ou par la suite	En cas d'infection, reporter tant qu'elle n'est pas guérie. Si Hémoglobine < 7 g/dl, attendre

		jusqu'à ce qu'elle s'améliore. Donner une méthode temporaire
DIU (sup à 12SA)	Immédiatement Après	Analogue au post-partum
Ligature des trompes	Immédiatement ou retardée	Procédure avec bonnes conditions d'hygiène Si l'infection ou l'hémoglobine est inférieure à 7 g/dl, reporter

LIENS AVEC D'AUTRES SERVICES DE SR

Traitement des infections sexuellement transmissibles

Dépistage du cancer du col pour les femmes âgées de 30 à 35 ans

Services d'infertilité

Conseils avant la grossesse (nutrition, vaccinations, prise en charge de l'état médical existant)

Sérovaccination antitétanique

COUNCELING :

Pas de réprimande

Respect des droits de la cliente

Accueil dans le respect a toutes les étapes de l'AMIU

IMPLICATION DE LA COMMUNAUTE (Partenariat)

Information sur SAA

Implication leaders communautaires

Partenariat entre communauté et prestataires

Composantes des SAAC : Les 5 fonctions SAAB ; TFS ; Chirurgie des complications (perforation, fistule).

IX. ETAT DES PUBLICATIONS SUR LE SUJET.

En France [21]: En 2012, Karine PETTEX a réalisé une étude transversale descriptive et rétrospective intitulée « Interruptions volontaires de grossesse itératives Quel sens donner à ces grossesses impossibles? ». Cette étude a été menée à partir d'entretiens semi-directifs, avec la participation de 15 femmes. La durée de cette étude a été de 5 mois, de septembre 2011 à

janvier 2012. Les femmes ont été embauchées au centre d'orthogénie du centre hospitalier de la région annécienne (CHRA). Il est évident que la plupart des femmes, dans les trois études, invoquent des raisons d'IVG telles que des problèmes relationnels, de l'insécurité affective, des difficultés économiques et sociales, le jeune âge, les grossesses rapprochées, l'ambivalence face aux désirs de grossesse, ainsi que le désir d'enfant non réalisable pour toutes les raisons d'IVG invoquées par la majorité des femmes, dans les 3 études, sont les problèmes relationnels, l'insécurité affective, les difficultés économiques et sociales, le jeune âge, les grossesses rapprochées, l'ambivalence face aux désirs de grossesse, ainsi que le désir d'enfant non réalisable pour toutes les raisons citées ci-dessus. Les IVG provoquent chez 70% des femmes des états psychologiques dépressifs tels que la tristesse, la culpabilité, la souffrance psychique et la dépression. 30% des femmes ressentent un soulagement ou apparaissent indifférentes. Il est important de souligner, à travers l'étude menée par ALOUINI S, que les professionnels de santé semblent peu offrir de soutien psychologique. En ce qui concerne les motifs invoqués et les états psychologiques qu'ils révèlent, notre étude est en accord avec les études mentionnées précédemment. D'autre part, l'accompagnement psychologique est toujours offert au centre d'orthogénie d'Annecy, ce qui n'est pas le cas dans les autres centres. A Chalon sur Saône [15]: Une étude quantitative descriptive menée en 2018 par Eugénie PERRIN Epse CHARLES intitulée : « Pratique de l'IVG dans la région chalonnaise entre 2014 et 2016: étude cas-témoins et identification des facteurs de risque de répétition ». L'objectif de cette étude est de comparer, selon divers critères préétablis, les femmes qui ont subi une seule IVG entre le 1er janvier 2014 et le 31 décembre 2016 à Chalon sur Saône et celles qui en ont subi au moins deux pendant la même période. Il en découle que, entre 42 et 50 % des femmes de moins de 26 ans ont tendance à utiliser une IVG itérative. L'instabilité dans la vie conjugale, qui pourrait être un facteur de risque, est plus fréquente chez les femmes ayant des IVG répétées, avec une moyenne de 33 % à 38 % étant en couple. De leur côté, les célibataires constituent entre 17 % et 18 %. Les chefs dirigeants dans leur ensemble (agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise, cadres et professions intellectuelles supérieures) ont souvent tendance à renouveler les IVG, ce qui représente environ 55 à 58 %, tandis que les professions intellectuelles supérieures représentent environ 2 à 8 %. Les femmes qui ont recours régulièrement aux IVG présentent également une tendance plus prononcée au tabagisme, allant de 46% à 52%, et à la consommation de cannabis, allant de 95% à 98%. D'autres recherches ont montré qu'il est également plus courant d'utiliser des IVG à répétition en cas de violences conjugales et peut-être aussi en cas de violences subies pendant l'enfance.

A Bordeaux [22]: En 2021, Lugbull a mené une étude quantitative et descriptive intitulée « Recherche des facteurs de risque de répétition de l'interruption volontaire de grossesse par les médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine ». Dans cette étude, 228 questionnaires ont été collectés, à la fois complets et incomplets. Les informations ont été examinées à partir de 183 questionnaires exhaustifs. Dans le premier cas, une patiente ayant un antécédent d'IVG et soumise à un traitement pour des violences conjugales représente 15,85 %. Selon 129 participants, il y a un risque de répétition d'une IVG de 70,49% en cas d'antécédent de violences dans l'enfance. Dans cette étude, on constate que 30% des patientes sont nullipares, tandis que 44% des patientes ont déjà eu des enfants. D'après 48,63% des femmes interrogées, les IVG itératives sont principalement liées à un échec de contraception.

En France [23] : Une étude cas-témoins d'Orléans-Tours intitulée : « y a-t-il un lien entre les demandes répétées d'interruption volontaire de grossesse pour une femme et l'existence de violences conjugales au sein de son couple ? » effectuée en 2011, sur les femmes venant réalisées une IVG constituait la population étudiée. Les violences conjugales actuelles ou passées étaient un facteur d'exposition. Les situations concernaient les femmes qui ont effectué plusieurs IVG, les témoins et celles pour qui c'était la première fois. Chaque femme qui a effectué une IVG au CIVG de Blois d'avril à octobre 2010 (29 semaines) a été contactée. Le sondage a été distribué à 431 femmes, dont 371 ont répondu (taux de réponse de 86%). Au cours des 29 semaines de l'étude, la moyenne des questionnaires remplis par semaine était de 12,8. Sur les 60 femmes qui n'ont pas donné de réponse, 3 étaient francophones, 11 ont refusé, 5 ont accepté mais ne l'ont pas renvoyé. En moyenne, 1,4 IVG par femme sont observés dans cette étude ; la première IVG a été observé chez 264 femmes, ce qui représente 71,2% du total ; Le taux d'IVG multiples (2 à 9) est de 28,8%. Environ 58 % des femmes âgées de 15 à 29 ans sont en couple et vivant ensemble, parmi elles 32,5% sont célibataires, 16,1% sont mariées, 13,3% sont en couple mais vivant séparément, 5,6 % sont séparées et 4,6 % sont divorcées. Environ 43,1 % des femmes n'ont pas eu de descendance et 20,8 % ont eu au moins un enfant. Au sein de cette population, 19 femmes (5,1%) affirmaient être victimes de violences conjugales (violences verbales, physiques, psychologiques et sexuelles). Toutefois, aux interrogations concernant les diverses formes de violences, 74 femmes ont affirmé leur accord. Parmi les femmes qui ont participé à une IVG et qui ont répondu au questionnaire, 19,9% étaient victimes de violences sur le lieu de travail. En moyenne, 2,5 victimes sont dépistées chaque semaine lors de l'étude. USA [24] : aux USA SK. Henshaw et coll, montre que le taux d'IVG était alors de 26% des grossesses ; 3% des femmes de 15 à 44 ans ont obtenu un avortement et

plus d'une femme sur trois a eu d'autres IVG, il s'agit le plus souvent de femmes non mariées (15,16). HW. Lawson et coll, quelques années plus tard(1983,84,85), retrouvent également une augmentation du taux d'IVG mais également un nombre croissant de femmes qui recourent à l'IVG de façon répétée. 120 femmes ont été interviewées par K.Holmgreen 75 avaient eu une IVG et 45 avaient eu deux (2) IVG ou plus. Il y avait plus de difficultés familiales dans le groupe des IVG itératives. Le partenaire masculin et les circonstances familiales semblent jouer un rôle important dans la décision d'IVG.

En Espagne, où l'interruption volontaire de grossesse est autorisée depuis 1985, 18 % des femmes utilisent des IVG itératives, ayant un niveau socio-économique bas. Selon M. Tornbom, l'analyse des divers paramètres effectuée sur une population de 404 femmes, dont 64 avaient subi des IVG répétées, met en évidence un contexte psychologique problématique, avec des relations moins harmonieuses avec leurs partenaires. Il met en évidence le fait qu'il ne s'agit pas seulement d'une acceptation d'une contraception efficace, mais qu'il existe également un support psychosocial défavorable en arrière point. [24].

Au Cameroun [1] : L'avortement demeure un concept très pertinent car il demeure une pratique interdite mais fréquente de manière clandestine. Une étude a montré que plus de 40 % des urgences en gynécologie obstétrique sont associées à un avortement involontaire. Au Cameroun, il est interdit de procéder à un avortement provoqué, à l'exception de deux situations telles que stipulées dans l'article 339 du code pénal : la nécessité de sauver la mère et le viol. Cependant, il n'existe aucun chiffre précis pour ces avortements déclarés provoqués.

CHAPITRE III : METHODOLOGIE.

1. Type d'étude.

Il s'agissait d'une étude analytique type cas témoin.

2. Période de l'étude.

Cette étude s'est déroulée sur une durée de sept mois allant de novembre 2023 au mai 2024. La phase de recrutement des participantes s'est étendue sur une durée de trois mois allant de mars à mai 2024.

3. Lieu d'étude : présentation.

Notre étude avait eu pour site l'université de Yaoundé I.

Université de Yaoundé I : est un établissement public à caractère scientifique et culturel, elle fut créé le 19 Janvier 1993 à la faveur d'un décret n°93/026. L'UY I est composée de 04 facultés et de 05 grandes écoles :

- Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales (FMSB) ;
- Faculté des Sciences (FS) ;
- Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines(FALSH) ;
- Faculté des sciences de l'éducation ;
- Ecole Normale Supérieur ;
- Ecole Nationale Supérieur Polytechnique ;
- L'Institut de Relations Internationales du Cameroun (IRIC)
- L'Ecole Supérieur des Sciences et Techniques de l'Information et de la Communication (ESSTIC).
- L'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD)
- L'université de Yaoundé I, comporte aussi :

Les infrastructures : Campus 1 (Ngoa_Ekellé), campus 2 (Melen) et campus 3 (Mbalmayo).

Centres spécialisés : Bibliothèques, centre biotechnologique, centre de calcul.

Les œuvres universitaires : amphithéâtres, cités U, stade, restaurant U, Une infirmerie, deux CMS (Centre Médico-social) où un se trouve à l'entrée du Château Ngoa-Ekele et l'autre à cote du commissariat du Château Ngoa-Ekele.

Les activités estudiantines telles que : les associations, les clubs,

4. Justification du lieu d'étude.

La structure sélectionnée est constituée majoritairement des femmes en âge de procréer, de plus étant une population estudiantine on retrouvait une tranche d'âge qui était de 15 à 31 ans. Environ 51% des femmes âgées de 25 à 34ans sont déjà diplômées par conséquent accessibles[16].

5. Population d'étude.

5.1. Population cible.

Toutes les femmes étudiantes au Cameroun et qui ont eu recours à au moins une IVG.

5.2. Population source.

Toutes les Jeunes femmes étudiantes à l'université de Yaoundé I.

5.3. Critères d'inclusion

Ont été inclus et colligés dans cette étude :

- Comme Cas : étudiante ayant eu recours aux IVG à répétition (au moins 2)
- Comme Témoin : étudiante ayant recours à une seule IVG.

5.4. Critères de sélection.

5.4.1 Critères de sélection des cas :

Critères d'inclusion :

- Etre étudiante de l'université Yaoundé I et ayant eu recours à au moins 2 IVG.
- Toute étudiante ayant donné son consentement pour participer.

Critères d'exclusion :

- Fiche d'information incomplète.
- Participantes ayant souhaitée se retirer de l'étude.

5.4.2 Critères de sélection des Témoins :

Critères d'inclusion :

- Toute étudiante de l'université Yaoundé I et ayant eu recours à une seule IVG.
- Toute étudiante ayant donné son consentement éclairé pour participer.

Critères d'exclusion :

- Fiche d'information incomplète.
- Participantes ayant souhaitée se retirer de l'étude.

5.5. Type d'échantillonnage.

Nous avons réalisé une collecte consécutive, non probabiliste et non exhaustif.

5.6. Taille de l'échantillon.

Pour évaluer la taille minimale requise pour cette étude, le calcul a été fait avec la formule de FLEISS

$$N_{Fleiss} = \frac{[z_{\alpha/2}\sqrt{(r+1)p(1-p)} + z_{\beta}\sqrt{rp_0(1-p_0) + p_1(1-p_1)}]^2}{r(p_0 - p_1)^2}$$

Avec :

N : Taille d'échantillon minimale

$Z_{\alpha/2}$ = Puissance standardisée : 0,84.

Z_{β} = Niveau de confiance standardisé. Conventionnellement, elle est fixée à 1,96.

- P_0 = Proportion de la maladie dans la population 1
- P_1 = La proportion de la maladie dans la population 2
- r = Le ratio de témoins pour un cas
- $p = P_0 + P_1/2$

Application numérique : pour ce calcul nous avons utilisés : Nous avons utilisé comme référence une étude réalisée en France intitulée : « Avortements ».

P_0 = 13,6% comme étant la prévalence des femmes ayant eu recours à une seule IVG dans leur vie[10]

P_1 = 33% est la prévalence des femmes ayant eu recours à au moins deux IVG[10].

La taille minimale de l'échantillon requise pour cette étude était de 42 étudiantes dans le groupe des cas et 42 étudiantes dans le groupe des témoins, soit une taille totale minimale de 84 étudiantes.

6. Variables

Données socio démographiques ou anthropologiques : âge, ethnie, statut matrimonial, lieu de résidence, lieu d'enfance.

Données socio-culturels : religion.

Données socio-économiques : niveau de revenus, source de revenus, profession parallèle.

Données anamnestiques : identification, antécédents (toxicologiques, environnementaux, socio-économiques, socio anthropologiques, socioculturels obstétricaux, conjoint/partenaire et familiaux).

7. Procédure.

7.1. Formalité administrative.

Après rédaction du protocole d'étude, suivie de sa validation par les directeurs de thèse, nous avons rédigé une demande d'autorisation de recherche que nous avons adressée au recteur de l'université de Yaoundé I.

Nous avons également rédigé une demande de clairance éthique auprès du Comité Régional d'Ethique de la recherche pour la Santé Humaine du Centre (CRERSH/C), à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Yaoundé.

7.2. Recrutement

Le recrutement des participantes s'est fait à l'université de Yaoundé I à travers un questionnaire anonyme rempli en présentiel ou un questionnaire sous forme numérique pour celles qui avaient de la gêne.

Après obtention de l'autorisation d'étude, la collecte des données a été faite tout en respectant les critères d'inclusion et d'exclusion des participantes.

7.3. Collecte de données.

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire, portant les caractéristiques Sociodémographiques, socio-culturelles, anthropologiques, cliniques, socio psychologiques et socio-économiques.

7.4. Analyse et interprétation des données.

Les données ont été saisies et codées dans le logiciel CS PRO version 7.5, et l'analyse de données s'est fait avec le logiciel SPSS version 23.0. L'élaboration des graphiques s'est fait à l'aide des logiciels Microsoft Office Excel 2010. . Les résultats de notre étude ont été représentés sous forme de tableaux et diagrammes. Les diagrammes en barres ont été utilisés

pour la comparaison des valeurs. Pour l'analyse des résultats, nous avons utilisé comme outils statistiques : la moyenne, l'écart type, p value, odd ratio, pourcentages.

7.5. Considérations éthiques.

Nous nous sommes engagés à faire notre étude en accord avec les normes de la déclaration d'Helsinki et du code de Nuremberg, en respectant l'homme et en soumettant notre protocole d'étude au comité d'éthique. L'étude a été faite dans le respect de la dignité humaine. Les autorisations nécessaires ont été obtenues auprès des autorités compétentes des formations sanitaires, de la faculté de médecine et des sciences biomédicales de l'université de Yaoundé et du comité national d'éthique. Dans cette étude, nous nous sommes appliqués à respecter les principes fondamentaux de la déclaration d'Helsinki sur la recherche impliquant des personnes :

- Le principe de l'intérêt et du bénéfice de la recherche
- Le principe de l'innocuité de la recherche
- Le principe de la confidentialité
- Le principe de la justice

Le protocole a été soumis au comité de thèse la FMSB-UYI pour vérification de la conformité et de l'éthique médicale et une clairance éthique a été obtenue avant la suite des activités.

8. Ressources.

8.1. Ressources humaines.

- L'enquêteur principal ;
- Les encadreurs ;
- Un statisticien.
- Pour collecter les données, nous avons bénéficié de l'aide de tout le personnel du Centre Médico-social (CMS) de l'UYI, du président d'association des étudiants, des délégués des promotions du lieu d'étude.

8.2. Ressources Matérielles.

- Les rames de papiers format A4 ;
- Stylos à bille, crayons, gommes ;
- Un questionnaire préétabli ;
- un ordinateur, une connexion internet ;
- une clé USB.

CHAPITRE IV : RESULTATS

Déroulement du recrutement

Durant la période d'étude, nous avons recruté au total 193 étudiantes. 41 n'avaient pas fait d'IVG, 16 étaient exclues, 76 avaient avorté plus d'une fois et 60 ont avorté une seule fois. Au final nous avons apparié 60 cas pour 60 témoins soit un total de 120 étudiantes qui ont fait l'objet de notre étude. Ce schéma ci-dessous décrit le processus :

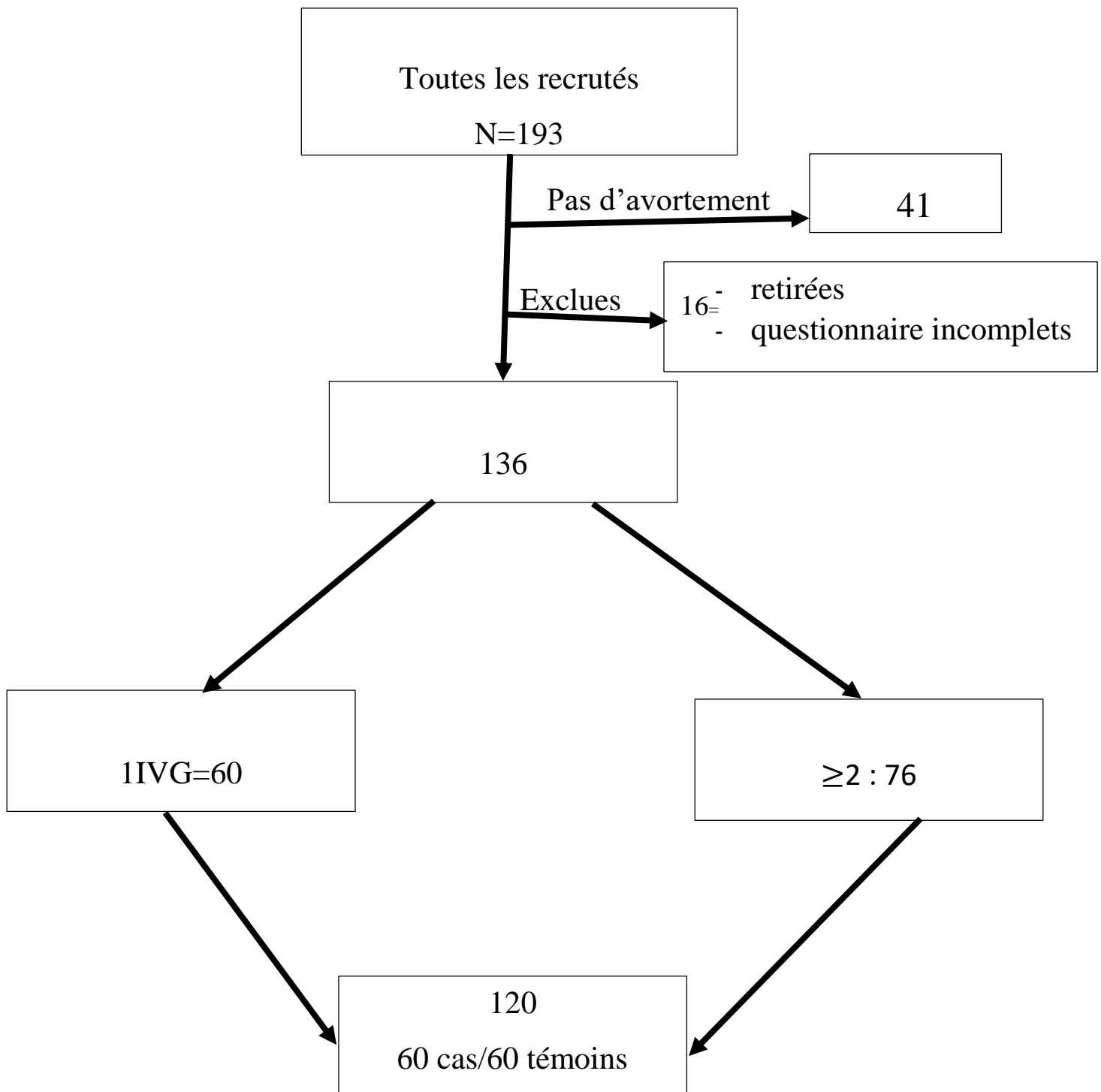


Figure 1 : Diagramme de flux

Prévalence des interruptions volontaires de grossesses (IVG) et pourcentage des interruptions volontaires de grossesse répétées.

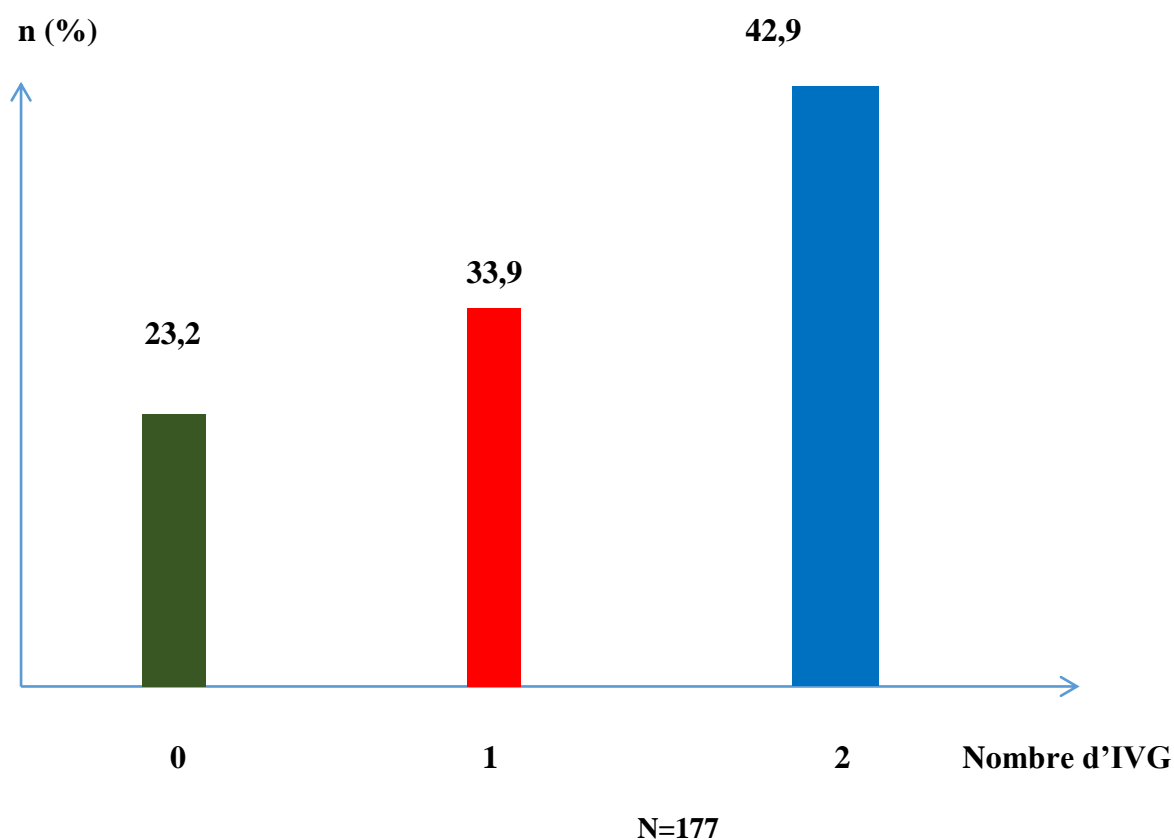


Figure 2: Prévalence des IVG

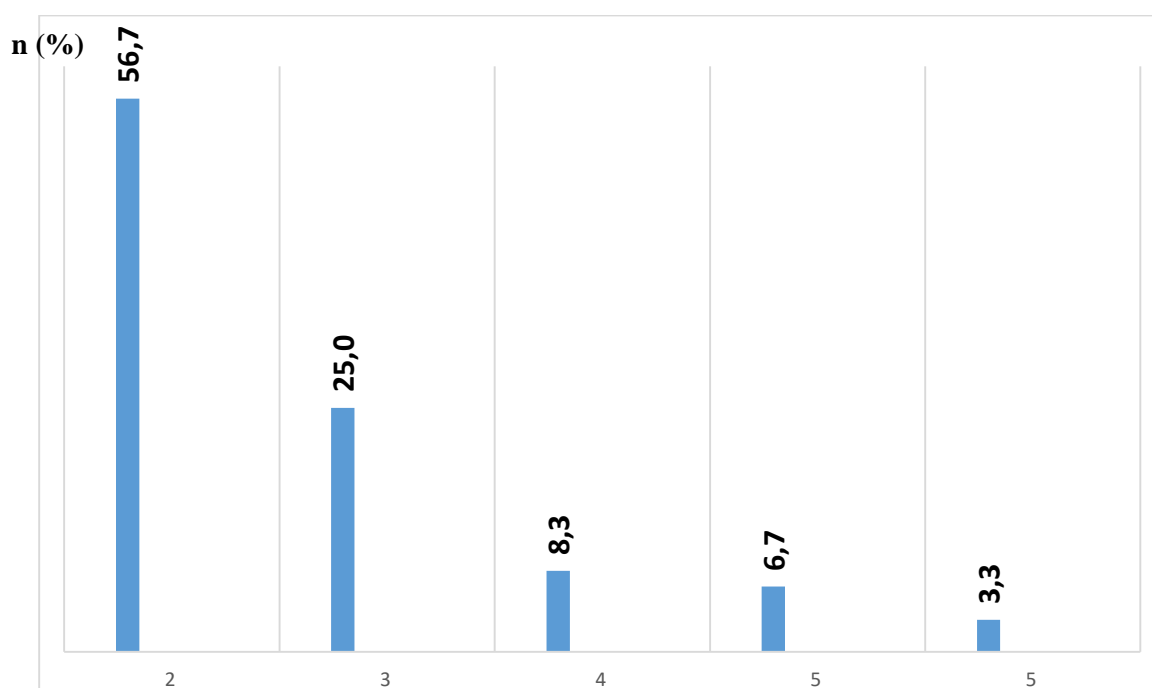


Figure 3 : Pourcentage des IVG répétées

N=60

nombre d'IVG

PARTIE I : Description des caractéristiques des participantes ayant eu des interruptions volontaires de grossesse (IVG)

Tableau V : Répartition des caractéristiques socio-culturel et démographiques.

Lors de notre étude, nous avons recueilli un échantillon de 120 étudiantes soit 60 cas pour 60 témoins. L'âge moyen de notre échantillon s'élevait à 24,21ans, \pm 2,9ans ; avec un minimum de 16 ans et un maximum de 31ans. L'obédience catholique était la plus pratiquée dans notre étude avec une fréquence de 57,5% et l'obédience musulmane (0,9%) était moins représentée.

Variables	Modalités	Effectifs (N=60)	Fréquences (n=%)
Age (en années)	16 à 19	9	7,5
	20 à 23	30	25,0
	24 à 27	66	55,0
	28 à 31	15	12,5
	Total	60	100
Obédience	Catholique	69	57,5
	Protestante	30	25,0
	Pentecôtiste	10	8,3
	Chrétienne	10	8,3
	Musulmane	1	0,9
	Total	60	100

Huit (8) régions sur 10 que compte le Cameroun étaient retrouvées dans notre étude à savoir ; le Centre, l'Est, le Sud, l'Ouest, le Littoral, le Nord, le Sud-ouest et le Nord-ouest. La région du Centre (27,5%) était la région la plus représentée et la région du Nord (4,1%) la moins représenté dans notre population d'étude (figure 4).

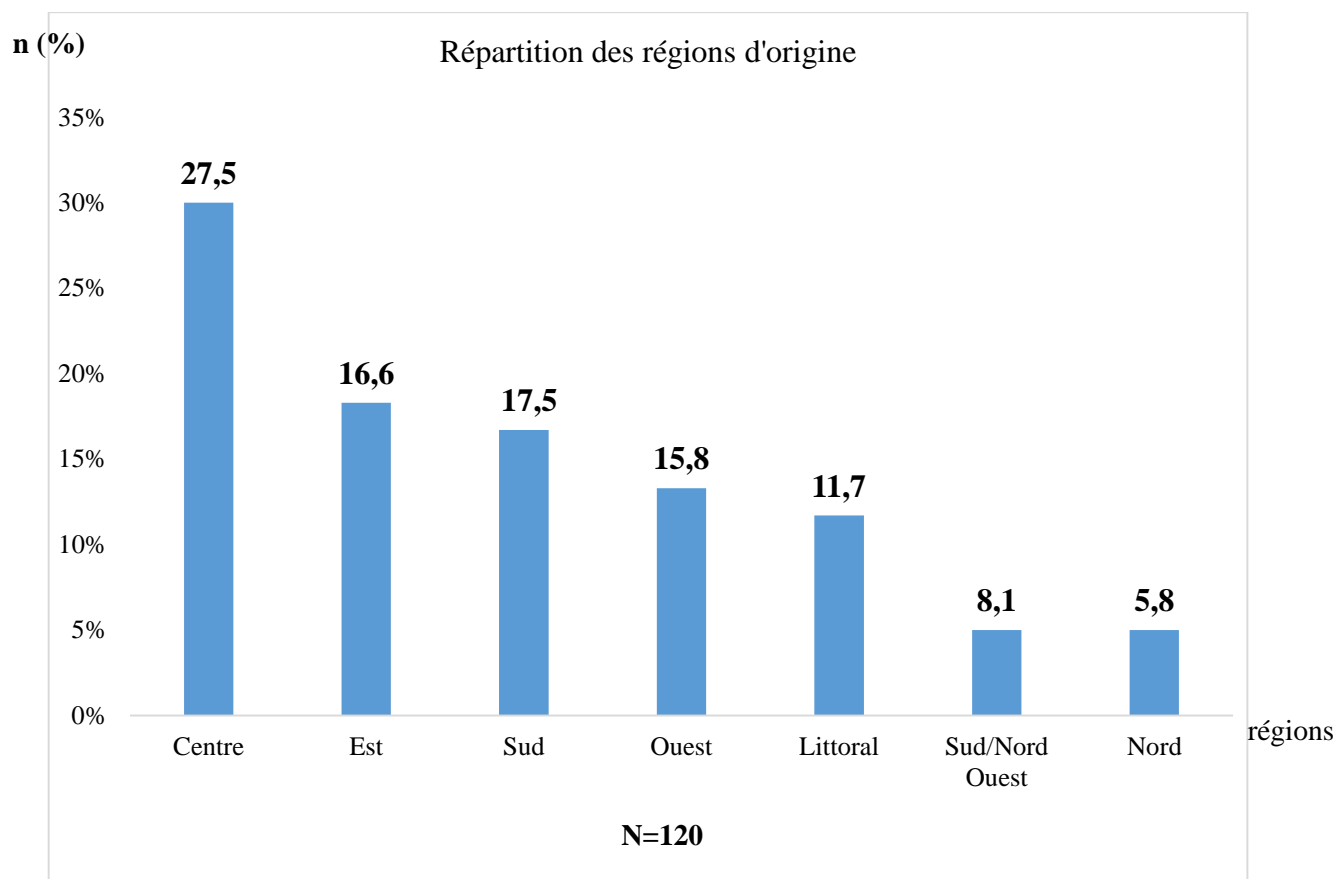


Figure 4 : Répartition selon les régions d'origine

Tableau VI : Répartition des caractéristiques socio-anthropologiques

S'agissant du mode de vie, les participantes qui résidaient chez leurs parents (58,3%) avaient un fort pourcentage ; suivi de celles qui vivaient seules (34,2%). Le pourcentage de celles vivant avec leur partenaire était bas (7,5%).

Le statut marital le plus représenté était les relations casuales (63,3%) ; par contre les étudiantes mariées étaient moins présentes (5,0%). S'agissant du nombre d'accouchements, elles avaient un (1) enfant pour la majorité (41,7%).

Variables	Modalités	Effectifs (N=120)	Fréquences (n=%)
Mode de vie	Avec parents/tuteur	70	58,3
	Seul	41	34,2
	Partenaire	9	7,5
	Total	120	100
Statut marital	relation casual*	76	63,3
	Célicouples**	28	23,4
	Concubinage***	10	8,3
	Mariée	6	5,0
	Total	120	100
Parité	Aucun	24	40,0
	Un	25	41,7
	Deux	8	13,3
	Trois	3	5,0
	Total	120	100

*Relation casuale : nous l'avons défini comme toute relation amoureuse qualifiée de « pas sérieuse ».

**Célicouple : personnes en couple mais vivant dans des domiciles séparés.

***Concubinage : personnes en couple et vivant dans le même domicile.

En ce qui concerne l'influence de la notion de traumatisme dans l'enfance, nous avons relevé que 20,5% de ces participantes durant leur enfance, avaient été témoin d'une IVG de l'entourage. En outre, 15% des de ces étudiantes avaient été victimes d'un viol. De plus, 12,5% des celles-ci ont été victimes de maltraitance comme l'illustre la figure ci-dessous (figure 5).

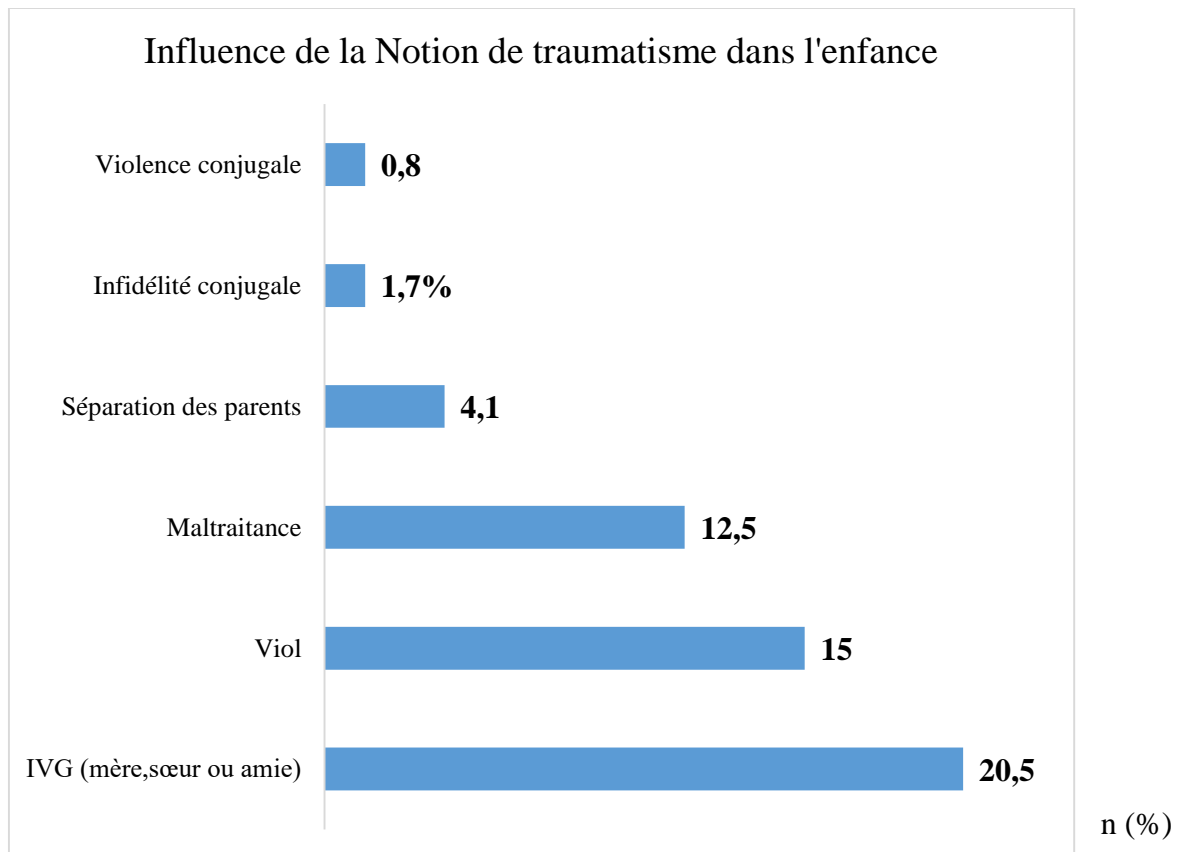


Figure 5 : Répartition selon les différents traumatismes psychiques vécus

Tableau VII : Répartition des caractéristiques socioéconomiques

La majorité des participantes enrôlées avaient le plus souvent grandi dans un contexte socioéconomique de niveau de vie moyen (46,8%) dans lequel juste leurs besoins essentiels étaient assurés. Leurs sources de revenus étaient principalement leurs familles, leur partenaire ou soi-même avec une nette supériorité de proportion pour les étudiantes ayant comme source de revenus leur famille (55,9%). Elles exerçaient en moyenne une activité professionnelle en parallèle. Le revenu mensuel était estimé à moins de 50 000 FCFA.

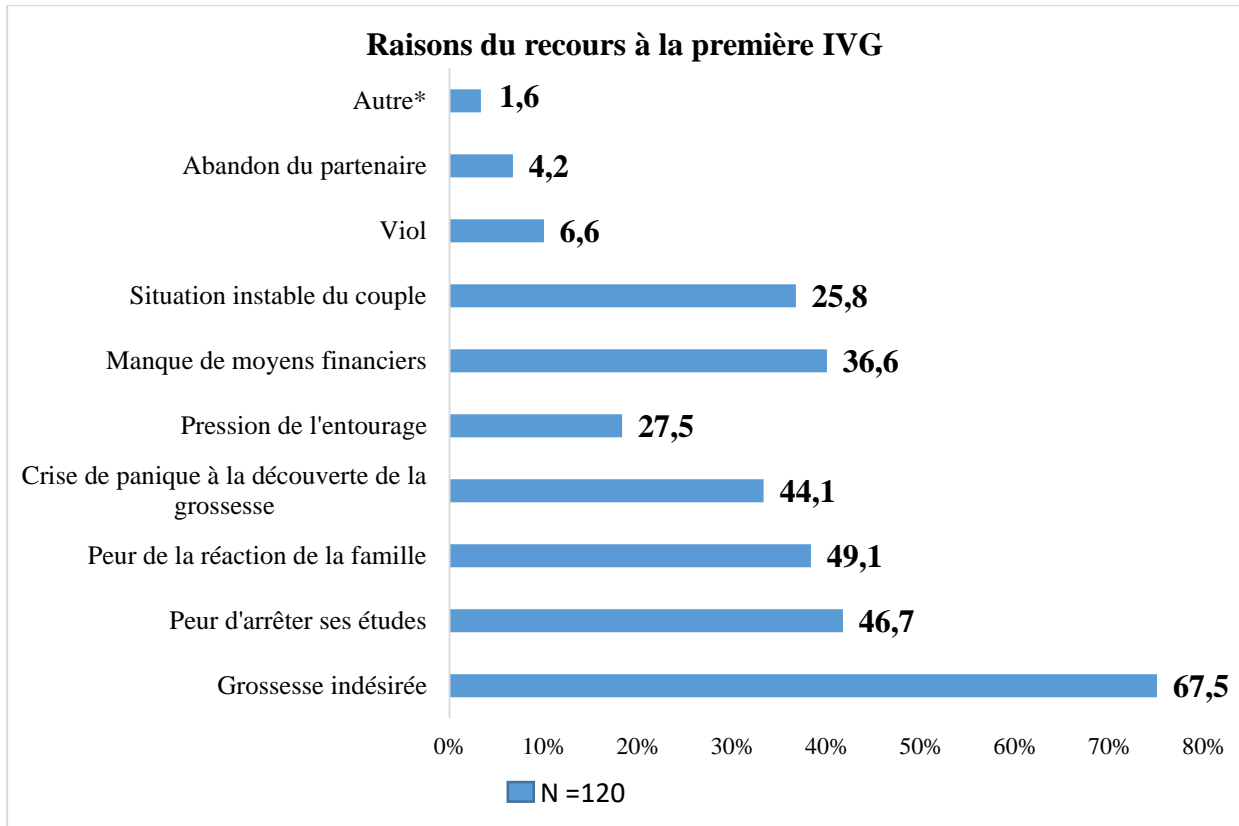
Variables	Modalités	Effectifs (N=120)	Fréquences (n=%)
Niveau de vie d'enfance.	Précarité	41	34,1
	Niveau de vie moyen	56	46,8
	Niveau de vie élevé	23	19,1
	Total	120	100
Source de revenus actuelle	Famille	67	55,9
	Soi-même	39	32,5
	Partenaire	14	11,6
	Total	120	100
Revenu mensuel (FCFA) actuel	< 50 000	55	45,9
	[50 000 ; 100 000[	40	33,3
	[100 000 ; 200 000[	14	11,7
	[200 000 ; 400 000[	8	6,6
	≥ 400 000	3	2,5
	Total	120	100
Activité parallèle	Etudiante avec emploi	60	50,0
	Etudiante sans emploi	60	50,0
	Total	120	100

Tableau VIII : Caractéristiques cliniques sur les interruptions volontaires de grossesse (IVG).

La plupart des participantes appartenant à notre étude avait effectué leur première IVG depuis 3 ans ou plus (55,8%). Et elles avaient souvent réalisées elles-mêmes leur première IVG (35,0%), suivi des tradipraticien qui l'avait réalisé (25,9%). La majorité de ces étudiantes l'avaient pratiqué à domicile (75,0%).

Variables	Modalités	Effectifs (N=120)	Fréquences (n=%)
Intervalle de temps.	≥ 3 ans	67	55,8
	< 3 ans	53	44,2
Total		120	100
Auteur	Soi-même	42	35,0
	Médecin	22	18,3
	Infirmière ou sage-femme	9	7,5
	Tradi-praticien	31	25,9
	Ami/Membre de la famille	16	13,3
Total		120	100
Lieu de recours	A Domicile	90	75,0
	Hôpital de 1er/2e catégorie	1	0,8
	Hôpital de District	16	13,3
	Centre de santé	13	10,9
Total		120	100

Parmi les raisons ayant motivé les participantes à recourir à leur première IVG, il apparaît que la plus part de ces étudiantes ne désiraient pas ces grossesses (67,5%), de plus avaient peur de la réaction de la famille (49,1%) ou encore peur d'arrêter ses études (46,7%). Confère figure 6.



*=violence conjugale, traumatisme psychologique, agressivité

Figure 6 : Répartition des raisons du recours à la première IVG

Dans les jours suivants le recours à la première IVG, le sentiment de honte était dominant (65,8%). Les sentiments de peur (57,5%), de culpabilité (50,0%) s'en suivaient mais aussi d'indifférence (30,8%) et d'apaisement (20,8%). Voir figure 7.

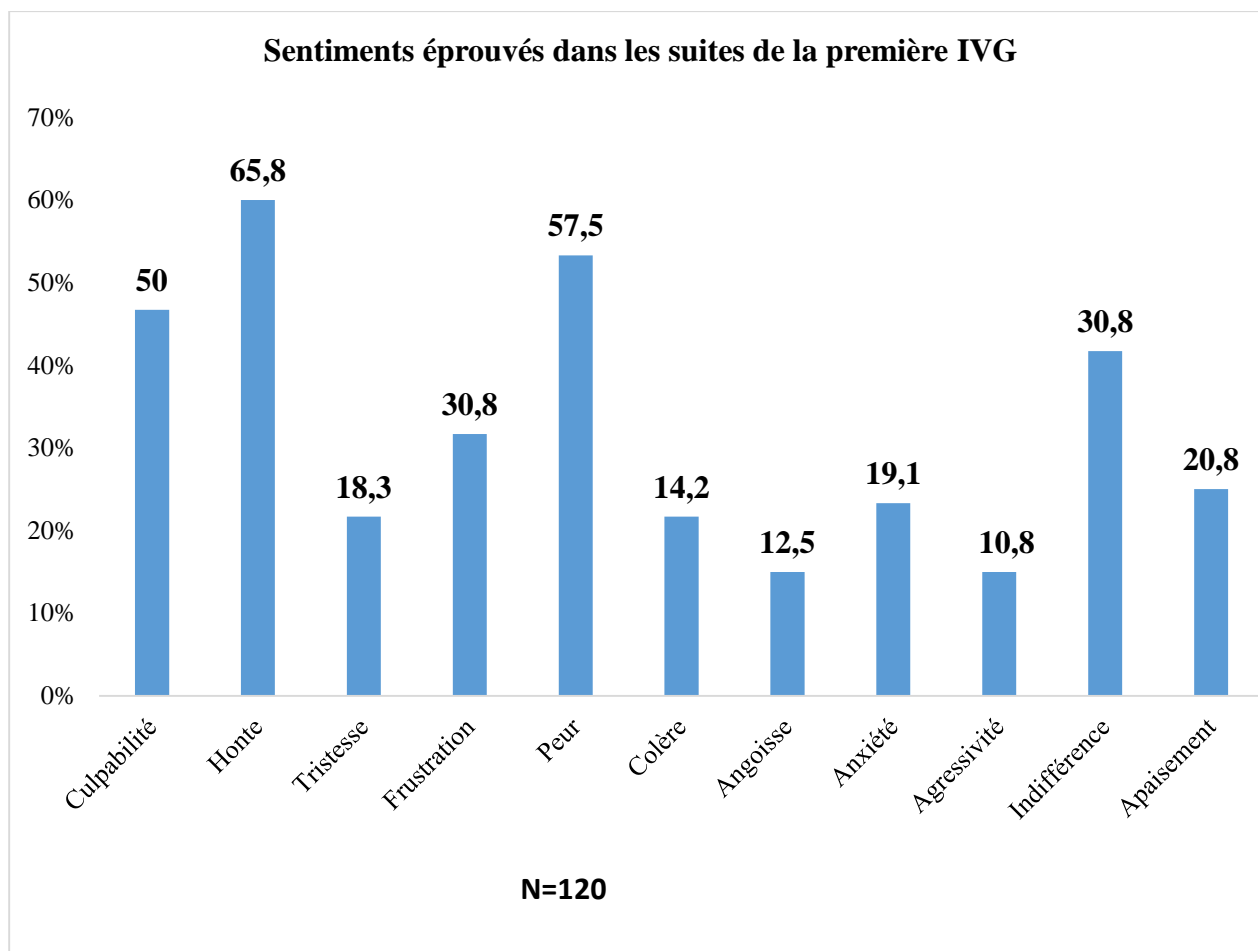


Figure 7 : Sentiments éprouvés dans les suites de la première IVG

Tableau IX : Données sur la consultation d'un médecin après la première IVG.

Au sein de cet échantillon, 78 participantes (75,0%) n'avaient pas consulté après l'IVG ; par contre, 42 participantes (35,0%) ont consulté un médecin après leur première interruption de grossesse. Parmi ces-dernières, nous avons relevé que 83,3% étaient convaincus au sujet de l'efficacité des moyens contraceptifs proposés par le médecin. Les participantes ont pensé majoritairement que les moyens contraceptifs suggérés lors de la consultation médicale coûtaient trop chers (59,5%). 100% des participantes qui ont consulté après l'IVG, ont estimé avoir été suffisamment bien informées sur ces moyens contraceptifs pour prendre la décision de la méthode.

Variables	Modalités	Effectifs (N=120)	Fréquences (n=%)
Consultation post-IVG	Oui	42	35,0
	Non	78	65,0
	Total	120	100
Conviction sur l'efficacité du choix de contraception	Oui	35	83,3
	Non	7	16,7
	Total	42	100
Coût des contraceptifs.	Oui	25	59,5
	Non	17	40,5
	Total	42	100
Information sur les IVG	Oui	42	100
	Non	0	0
	Total	42	100

Tableau X : Données sur la contraception après la première IVG.

96 étudiantes (80,0%) ont accepté avoir un planning familial en ayant recours à la contraception après leur IVG. Dans notre étude, la pilule constituait la principale méthode contraceptive utilisée (43,7%) par ces étudiantes.

Variables	Modalités	Effectifs (N=120)	Fréquences (n=%)
Nécessité d'une contraception post IVG.	Oui	115	95,8
	Non	5	4,2
	Total	120	100
Usage de la contraception	Oui	96	80,0
	Non	24	20,0
	Total	120	100
Choix de la contraception	Pilule	42	43,7
	Préservatifs	18	18,7
	Injections ou implants	13	13,6
	Stérilet	2	2,1
	Suivie du calendrier	21	21,9
	Total	96	100

Tableau XI : Avis des participantes sur la prise en charge psychologique après l'IVG

Les étudiantes auraient aimé bénéficier d'une assistance psychologique (51,7%) après leur première IVG et tout particulièrement un suivi par un gynécologue (54,7%) ou d'une assistante sociale (54,6%).

Variables	Modalités	Effectifs (N=120)	Fréquences (n=%)
Désir d'assistance psychologique	Oui	62	51,7
	Non	58	48,3
	Total	120	100
Choix de l'assistance	Gynécologue	35	54,7
	Assistante sociale	36	54,6
	Psychologue	23	30,8
	prescription d'anti-dépresseurs	28	43,8
	Soutien de l'entourage	14	23,0
	Aide d'un serviteur de Dieu	15	23,1

S'agissant des complications des IVG répétés, seul le groupe des cas (au moins deux recours à l'IVG) soit un échantillon de 60 étudiantes était concerné.

La répétition des IVG a entraîné des complications chez 50% des cas.

Les Fausses couches à répétition (30,0%) représentaient la première complication des IVG répétées suivies de près par les infections utérines (28,3%). Voir figure 8

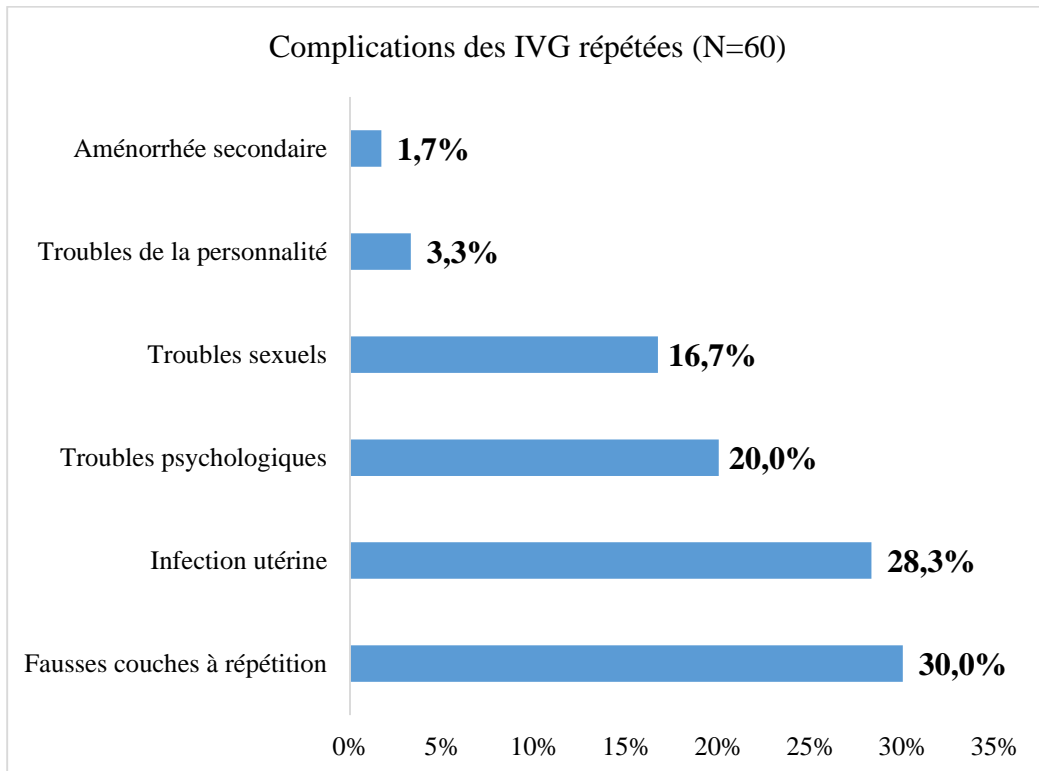


Figure 8 : Répartition des complications des IVG répétées

PARTIE II : Les facteurs associés aux IVG à répétition.

Tableau XII : Facteurs sociodémographiques associés aux IVG à répétition.

Au sein de cet échantillon, concernant les variables sociodémographiques, seule l'âge ≥ 25 est significativement ($p=0,006$) associé au recours aux IVG à répétition et augmente le risque d'avoir déjà eu recours aux IVG à répétition de 2,79 fois (1,33-5,84).

Variables	Modalités	Cas (N=60)	Témoins (N=60)	p-value	OR (IC à 95%)
		n(%)	n(%)		
Age (en années)	≥ 25	36 (60,0)	21 (35,0)	0,006	2,79 (1,33-5,84)
	<25	24 (40,0)	39 (65,0)		
Région	Centre	18 (30,0)	15 (25,0)	0,540	1,29 (0,58-2,87)
	Ouest	8 (13,3)	11 (18,3)	0,453	0,68 (0,25-1,85)
	Est	11 (18,3)	9 (15,0)	0,624	1,27 (0,48-3,34)
	Sud	10 (16,7)	11 (18,3)	1,000	1,00 (0,33-3,05)
	Sud/Nord Ouest	7 (11,7)	7 (11,7)	0,717	0,58 (0,13-1,53)
	Nord	6 (10,0)	7 (11,7)	1,000	1,53 (0,25-9,48)
Obédience	Catholique	36 (60,0)	33 (55,0)	0,580	1,22 (0,59-2,53)
	Protestante	15 (25,0)	15 (25,0)	1,000	1,00 (0,44-2,28)
	Pentecôtiste	5 (8,3)	5 (8,3)	1,000	1,00 (0,28-3,65)

Tableau XIII : Déterminants anthropologiques associés aux IVG à répétition.

Le fait de vivre chez ses parents diminuait significativement le risque de recours aux IVG à répétition avec un OR=0,39 (0,18-0,80). Par contre, vivre seul augmentait de 2,29 fois le risque de recours aux IVG à répétition.

S'agissant du statut marital, les relations casuales étaient très significativement ($p=0,001$) associé au recours aux IVG à répétition et augmentait de 2 (1,24-3,29) fois ce risque. Le fait d'être un célicouple, augmentait significativement ($p=0,01$) de 3,25 (1,30-8,14) fois le risque de recours aux IVG à répétition. L'existence d'un traumatisme psychologique dans l'enfance n'influait pas statistiquement le recours aux IVG répétées.

Variables	Modalités	Cas (N=60)	Témoins (N=60)	p-value	OR (IC à 95%)
		n (%)	n (%)		
Mode de vie	Parents	24 (40,0)	38 (63,3)	0,011	0,39 (0,18-0,80)
	Seule	26 (43,4)	15 (25,0)	0,034	2,29 (1,06-4,98)
	Partenaire	5 (8,3)	4 (6,7)	1,000	1,27 (0,32-4,99)
	Tuteur	5 (8,3)	3 (5,0)	0,717	1,73 (0,39-7,78)
Statut marital	relation casuale	30 (50,0)	47 (78,3)	0,001	2,02 (1,24-3,29)
	Célicouples	20 (33,4)	8 (13,3)	0,010	3,25 (1,30-8,14)
	Concubinage	5 (8,3)	5 (8,3)	1,000	1,27 (0,32-4,99)
	Mariée	5 (8,3)	1 (1,7)	0,207	5,36 (0,60-47,6)
Traumatisme d'enfance	Oui	24 (40,0)	18 (30,5)	0,279	1,52 (0,71-3,23)
	Non	36 (60,0)	41 (69,5)		
Influence des traumatismes d'enfance	Viol	12 (20,0)	6 (10,0)	0,224	2,17 (0,62-7,60)
	Notion d'IVG	16 (26,6)	9 (15,0)	0,203	2,22 (0,64-7,66)
	dans l'entourage				
	Maltraitance	9 (15,0)	6 (10,0)	0,686	1,30 (0,36-4,64)
	Séparation des parents	3 (5,0)	2 (3,3)	1,000	1,21 (0,18-8,12)

Tableau XIV : Déterminants socioéconomiques associés aux IVG à répétition.

Le contexte socio-économique dans lequel les participantes ont grandi n'était pas statistiquement associé au recours aux IVG répétées. Lorsque l'argent de poche provenait des parents ou tuteurs, cela réduisait significativement ($p=0,043$) de 2 fois le risque de recours aux IVG répétées. Lorsque les participantes gagnaient elles-mêmes leur argent de poche, il n'y avait pas d'association avec les IVG à répétition.

Exercer une activité professionnelle en parallèle était significativement ($p=0,011$) associé et augmentait statistiquement de 2,59 fois le risque au recours aux IVG répétées.

Variables	Modalités	Cas (N=60)	Témoins (N=60)	p-value	OR (IC à 95%)
		n (%)	n (%)		
Niveau économique d'enfance	Précarité (pauvreté)	23 (38,3)	18 (30,0)	0,442	1,45 (0,68-3,10)
	Niveau de vie moyen	25 (41,7)	31 (51,7)	0,272	0,67 (0,32-1,37)
	Niveau de vie élevé	12 (20,0)	11 (18,3)	0,817	1,11 (0,45-2,77)
Source de revenus	Famille	28 (46,7)	39 (65,0)	0,043	0,47 (0,23-0,98)
	Soi-même	23 (38,3)	16 (26,7)	0,172	1,71 (0,79-3,70)
	Partenaire	9 (15,0)	5 (8,3)	0,172	1,74 (0,81-3,70)
Revenu mensuel (FCFA*)	< 50 000	24 (40,0)	31 (51,7)	0,272	0,62 (0,30-1,28)
	[50 000 ; 100 000[	22 (36,7)	18 (30,0)	0,439	1,35 (0,63-2,89)
	[100 000 ; 200 000[	6 (10,0)	8 (13,3)	0,570	0,72 (0,23-2,22)
	[200 000 ; 400 000[	7 (11,6)	1 (1,7)	0,061	7,79 (0,93-65,4)
	$\geq 400 000$	1 (1,7)	2 (3,3)	1,000	0,49 (0,04-5,57)
Exercice d'une activité parallèle	Etudiante avec employ	37 (61,7)	23 (38,3)	0,011	2,59 (1,24-5,40)
	Etudiante sans employ	23 (38,3)	37 (61,7)		

*FCFA : Franc de la communauté financière africaine.

Tableau XV : Facteurs cliniques associés aux IVG à répétition.

Lorsque la première IVG avait eu lieu depuis au moins 3 ans, cela augmentait très significativement ($p < 0,0001$) de 12,65 fois le risque d'avoir recours à d'autres IVG.

Variables	Modalités	Cas (N=60)	Témoins (N=60)	p-value	OR (IC à 95%)
		n (%)	n (%)		
Intervalle de temps.	≥ 3 ans	50 (83,3)	17 (28,3)	<0,0001	12,65 (5,24-30,5)
	< 3 ans	10 (16,7)	43 (71,7)		
Auteur	Soi-même	16 (26,7)	26 (43,3)	0,056	0,48 (0,22-1,02)
	Médecin	13 (21,7)	9 (15,0)	0,345	1,57 (0,61-7,00)
	Infirmière/sage-femme	5 (8,3)	4 (6,7)	1,000	1,27 (0,32-4,99)
	Tradi-praticien	20 (33,3)	11 (8,3)	0,061	2,23 (0,95-5,19)
	Ami/Membre de la famille	6 (10,0)	10 (16,7)	0,283	0,55 (0,19-1,64)
Lieu de recours	A Domicile	43 (71,6)	47 (78,3)	0,399	0,70 (0,30-1,60)
	Hôpital de District	10 (16,7)	6 (10,0)	0,283	1,80 (0,61-5,31)
	Centre de santé	6 (10,0)	7 (11,7)	0,769	0,84 (0,26-2,67)

Tableau XVI : Déterminants psychosociaux associés aux IVG répétées.

Lorsque la raison du recours était la peur de la réaction de la famille, elle réduisait significativement de 2,43 fois le risque de répétition de l'IVG. Par contre, quand la première IVG était motivée soit par une instabilité de la relation de couple ou une pression de l'entourage, cela augmentait très significativement ($p=0,007$ et $p=0,025$) respectivement de 3,28 (1,34-7,92) fois et de 2,56 (1,11-5,97) fois le risque d'IVG répétée.

Lors de la première IVG, la grande partie de femmes avaient éprouvés les sentiments d'indifférence ($p=0,010$), ou de la colère ($p=0,018$) ; ceci augmentaient significativement le risque d'IVG répétées, respectivement de 2,85 et de 3,87 fois. Le manque d'assistance psychologique était très significativement ($p<0,0001$) associée aux IVG répétées et augmentait son risque de 4,67 fois.

Variables	Modalités	Cas (N=60)	Témoins (N=60)	p-value	OR (IC à 95%)
		n (%)	n (%)		
Motivations de la première IVG	Grossesse indésirée	45 (75,0)	36 (60,0)	0,079	2,00 (0,92-4,36)
	Pression de l'entourage	22 (36,7)	11 (18,3)	0,025	2,56 (1,11-5,97)
	Peur de la réaction de la famille	23 (38,3)	36 (60,0)	0,018	0,41 (0,20-0,86)
	Situation instable du couple	22 (36,7)	9 (15,0)	0,007	3,28 (1,34-7,92)
	Viol	6 (10,0)	2 (3,3)	0,243	2,64 (0,49-14,15)
	Pas de finances	24 (40,0)	20 (33,3)	0,449	1,33 (0,63-2,88)
Sentiments éprouvés	Culpabilité	28 (46,7)	32 (53,3)	0,465	0,77 (0,37-1,56)
	Honte	36 (60,0)	43 (71,7)	0,178	0,59 (0,28-1,27)
	Tristesse	13 (21,7)	9 (15,0)	0,345	1,57 (0,61-4,00)
	Indifférence	25 (41,7)	12 (20,0)	0,010	2,85 (1,26-6,45)
	Apaisement	15 (25,0)	10 (16,7)	0,261	1,67 (0,68-4,08)
	Colère	13 (21,7)	9 (15,0)	0,018	3,87 (1,18-12,7)
Absence d'assistance psychologique	Peur	32 (53,3)	37 (61,7)	0,356	0,71 (0,34-1,47)
	Oui	42 (70,0)	20 (33,3)	<0,0001	4,67 (2,16-10,08)
	Non	18 (30,0)	40 (66,7)		

Tableau XVII : Facteurs cliniques, thérapeutiques et leur association aux IVG à répétition.

L'utilisation de la pilule comme méthode contraceptive était très significativement associée au recours aux IVG à répétition avec un OR=3,90 (1,66-9,17).

Le fait d'avoir consulté un médecin ou non après la première IVG ne modifiait pas statistiquement le risque d'IVG répétée.

Variables	Modalités	Cas (N=60)	Témoins (N=60)	p-value	OR (IC à 95%)
		n (%)	n (%)		
Consultation post-IVG	Oui	24 (40,0)	16 (26,7)	0,172	1,71 (0,79-3,70)
	Non	36 (60,0)	42 (73,3)		
Nécessité contraception post-IVG	Oui	56 (93,3)	59 (98,3)	0,364	0,24 (0,02-2,19)
	Non	4 (6,7)	1 (1,7)		
	Oui	48 (80,0)	48 (80,0)		
Usage de contraception	Non	12 (20,0)	12 (20,0)	1,000	1,00 (0,41-2,45)
	Pilule	29 (59,2)	13 (27,1)		
Choix de la méthode de contraception	Préservatifs	7 (14,3)	11 (22,9)	0,274	3,90 (1,66-9,17)
	Injections ou implants	8 (16,7)	5 (10,4)		
	Stérilet	2 (4,2)	0 (0)		
	Calendrier	10 (20,8)	25 (52,1)		

PARTIE III : Récapitulatif des facteurs indépendants et dépendants.**Tableau XVIII : Récapitulatif des facteurs indépendants associés aux IVG à répétition**

Variables	Modalités	Cas (N=60)	Témoins (N=60)	p-value	OR (IC à 95%)
		n (%)	n (%)		
Age	Age \geq 25 ans	36 (60,0)	21 (35,0)	0,006	2,79 (1,33-5,84)
Mode de vie	Réside avec ses parents	24 (40,0)	38 (63,3)	0,011	0,39 (0,18-0,80)
	Réside seule	26 (43,4)	15 (25,0)	0,034	2,29 (1,06-4,98)
Statut marital	Relations casuales	30 (50,0)	47 (78,3)	0,001	2,02 (1,24-3,29)
	Célicouples	20 (33,4)	8 (13,3)	0,010	3,25 (1,30-8,14)
Revenus	Source revenus : famille	28 (46,7)	39 (65,0)	0,043	0,47 (0,23-0,98)
	Activité parallèle	37 (61,7)	23 (38,3)	0,011	2,59 (1,24-5,40)
Intervalle	Intervalle IVG \geq 3 ans	50 (83,3)	17 (28,3)	<0,0001	12,65 (5,24-30,5)
	Pression de l'entourage	22 (36,7)	11 (18,3)	0,025	2,56 (1,11-5,97)
Motifs recours	Peur de la réaction de la famille	23 (38,3)	36 (60,0)	0,018	0,41 (0,20-0,86)
	Instabilité du couple	23 (38,3)	36 (60,0)	0,018	0,41 (0,20-0,86)
Ressentis	Sentiment de colère	13 (21,7)	9 (15,0)	0,018	3,87 (1,18-12,7)
	Sentiment d'indifférence	25 (41,7)	12 (20,0)	0,010	2,85 (1,26-6,45)
Assistance	Absence d'une assistance psychologique après la 1ere IVG	42 (70,0)	20 (33,3)	<0,0001	4,67 (2,16-10,08)
Contraception	Pilule pour éviter les grossesses après la 1ere IVG	29 (59,2)	13 (27,1)	0,001	3,90 (1,66-9,17)

Tableau XIX : Résumé des facteurs associés dépendants après éviction des facteurs de confusion grâce à la régression logistique binaire

Variables	Modalités	Cas (N=60)	Témoins (N=60)	p-value	OR (IC à 95%)
		n (%)	n (%)		
Intervalle	Recours à la 1 ^{ere} IVG \geq 3 ans	50 (83,3)	17 (28,3)	<0,0001	12,65 (5,24-30,5)
Motifs	Pression de l'entourage	22 (36,7)	11 (18,3)	0,032	3,30 (1,11-9,99)
	Situation instable du couple	22 (36,7)	9 (15,0)	0,012	4,20 (1,37-12,91)
Assistance après IVG	Absence d'une assistance psychologique après la 1 ^{ere} IVG	42 (70,0)	20 (33,3)	0,033	3,28 (1,01-9,78)

CHAPITRE V : DISCUSSION

Prévalence des Interruptions volontaires de grossesse répétées (IVG).

Dans notre étude, 42,9% d'étudiantes avaient recours plus de deux (2) interruptions volontaires de grossesse (IVG). Behulu et col trouvaient en 2019 en Ethiopie une prévalence des IVG répétées inférieure à la nôtre qui était de 20,3%[24] Contrairement à ces précédents chiffres Chan Li et col en 2021 en chine ressortaient une prévalence supérieure soit de 56,6%[25]. Cette différence pourrait s'expliquer dans notre cas par notre faible échantillon ; de plus, en Chine la légalisation voire même l'imposition de l'avortement dans ce pays est présente.

-Pourcentage des IVG répétées.

La plupart des participantes appartenant au groupe des cas avait eu recours à 2 IVG (55,0%) et 43,3% d'entre elles ont eu recours à 3 IVG ou plus. La grande majorité des cas avait effectué leur première IVG depuis 3 ans ou plus (83,3%) contre 28,3% dans le groupe témoin. C'est ainsi que le rapport de M. Uzan montrait que la précocité de l'âge de la première grossesse est liée à l'entrée dans un processus d'IVG à répétition : 12 % des adolescentes avaient eu plus d'une IVG et le risque d'IVG répétées est considérablement plus élevé. La fréquence des multiples IVG est principalement observée dans les trois à quatre années suivant la première[30]. Cela pourrait s'expliquer par le fait que quand le temps d'exposition est large la fréquence d'IVG est importante.

PARTIE I : LES CARACTERISTIQUES QUI PREDISPOSENT A FAIRE L'IVG

1-Caractéristiques socio-culturelles et démographique.

a-Age.

Dans notre étude, l'âge était un facteur important à prendre en compte. L'âge moyen était de 24,21ans .Nos résultats sont similaires à ceux rapportés en France par Eugénie PERRIN en 2018, qui ressortait que, la moyenne d'âge des femmes ayant eu recours à des interruptions volontaires de grossesse répétées était de 26,5 ans [26]. Cependant, nos résultats ne concordent pas avec ceux de Wadje et col qui trouvaient que 48% de femmes avaient entre 20 à 29 ans avait comme âge moyen 27.6 ans[27]. Dans notre cas on pourrait comprendre qu'il semblerait que l'entrée précoce en vie sexuelle à cet âge puisse avoir un impact et cet âge reflète une plus longue « période d'exposition au risque ».

b-Obédience, région.

L'obédience catholique était la plus pratiquée dans notre étude avec une fréquence de 57,5% et l'obédience musulmane (0,9%) était moins représentée. Ces données sont supérieures à l'étude menée à l'université de RENE DESCARTES, qui trouvait que l'obédience la plus communément pratiquée est le catholicisme (37%) [26]. À la différence des données précédentes, d'autres auteurs à l'instar de Mendame Mve, au Gabon, en 2005 qui avait constaté que les femmes musulmanes étaient celles qui pratiquaient le plus d'avortement, avec une proportion de 82,4%. En revanche, les femmes appartenant à d'autres obédiences chrétiennes, telles que les "églises de réveil", dominaient avec 66,4%, tandis que les femmes sans religion se classaient à la troisième place avec 64,7%. La majorité des femmes issues d'obédiences protestante et catholique se classaient respectivement en tête et en dernière position, avec des proportions de 61,5% et 55, 7% [17]. Cela pourrait être dû au fait que les femmes musulmanes ne représentent que 1,7% des femmes interrogées.

La région du Centre (27,5%) était la région la plus représentée, ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'étude a été menée à Yaoundé.

2-Les caractéristiques anthropologiques

a- Mode de vie.

S'agissant du mode de vie, les participantes qui résidaient chez leurs parents (58,3%) avaient un fort pourcentage. C'est un élément confirmé dans l'étude de N'BOUKE ; dans ses résultats il démontrait que 73,7 % des femmes auraient déclaré que leur avortement avait entraîné des problèmes entre elles et leurs parents ; les femmes qui ont cité cette conséquence étaient moins nombreuses à être mariées par conséquent restaient probablement encore chez leurs parents. Ce qui corroborait avec les pourcentages élevés soient 71,5 % chez femmes âgées de 25 ans ou plus [27]. Ces précédents résultats s'opposent à ceux rapportés par d'Orléans–Tours, qui dans son étude trouvait que les femmes vivant dans le même domicile que leur compagnon étaient les plus représentées soient 32,5% [23]. Pour wadje et col, les femmes qui recouraient à l'IVG de façon répétée sont celles qui vivent seules soit 37,5%[27] Dans notre situation, cette divergence pourrait être attribuée au fait que notre population d'étude était principalement composée d'étudiantes. Par conséquent, les parents auraient perçu une grossesse hors mariage comme un déshonneur et inacceptable pour une femme qui n'a pas encore terminé son cursus scolaire et qui n'a pas une carrière professionnelle solide.

b-Statut marital.

Le statut marital le plus représenté était les relations casuales (63,3%). C'est en allant en l'encontre de nos données, qu'une étude menée par Wadje et col en 2023 trouvait que, la plus grande proportion qui était de 53% était des femmes en couples ou mariées [27]. La différence entre les études pourrait s'expliquer par le fait que dans notre contexte, les relations casuales seraient des facteurs d'IVG dans la mesure où les avorteuses seraient parfois obligées d'expulser afin de limiter leurs naissances pas peur d'être rejetées par leurs familles ou par la société parce qu'elles auraient eu des enfants ayant différents pères. Aussi, par le fait qu'elles pourraient être confrontées à l'irresponsabilité du partenaire ou le manque de confiance. Cependant étant mariées, elles ne prenaient plus de précautions en ce qui concerne l'utilisation de la contraception, ce qui les exposait aux grossesses non désirées qu'elles sont parfois contraintes d'expulser pour éviter des charges financières élevées par rapport à leurs revenus mensuels.

c-Parité.

S'agissant du nombre d'enfants, elles avaient un (1) enfant pour la majorité (41,7%). Ces données différaient de celles d'Orléans-Tours qui trouvait que les femmes ayant eu recours à leur première IVG sont celles n'ayant pas d'enfants(43,1%)[28]. D'après cette différence de résultats, il est possible de conclure que l'accouchement pourrait être un frein pour leur vie académique, professionnelle par conséquent avoir un enfant ne serait pas leur priorité.

d- Traumatismes dans l'enfance.

-Témoin d'une ou plusieurs IVG.

En ce qui concerne l'influence de la notion de traumatisme dans l'enfance, nous avons relevé que 20,5% de ces participantes durant leur enfance, avaient été témoin d'une IVG de l'entourage. Selon les recherches de GAREL M, et col, les femmes reproduisent le modèle familial, qu'il soit positif ou négatif[29] malheureusement, nous n'avons pas eu suffisamment d'auteurs qui ont apporté leur point de vue à ce sujet.

-Viol

15% de ces étudiantes avaient été victimes d'un viol. C'est dans cette même optique qu'Orléans-Tours trouvait dans ces études que le viol bien qu'ayant un pourcentage élevé au notre (30,5%) constituait un facteur important dans l'interruption des IVG[28]. Cela pourrait être expliqué par le fait qu'avoir un enfant issu d'un viol représente souvent un choc émotionnel et une situation honteuse pour la plupart des personnes.

-Maltraitance.

Dans notre étude, 12,5% des celles-ci ont été victimes de maltraitance. C'est ainsi que les études menées à l'université François-Rabelais découvrait que la maltraitance sous toutes ces formes, qu'elle soit verbale (66,1%) ou même physique (55,9%) constituait un facteur capital d'usage de cet acte volontaire[28]. Et tout cela pourrait inciter la jeune femme à envisager la vie de manière différente et à avoir une perspective différente sur certains sujets.

3- Caractéristiques socioéconomiques.

a-Niveau économique dans l'enfance.

La majorité des participantes enrôlées avaient le plus souvent grandi dans un contexte socioéconomique de niveau de vie moyen (46,8%) dans lequel juste leurs besoins essentiels étaient assurés. Ces données sont superposables à celles des recherches menées au Gabon par Mendame Mve Wilfried, qui avait constaté que les femmes issues des familles pauvres (70,2%) étaient plus inclinées à pratiquer l'IVG que celles des familles de niveau moyen (57,3%) ou même riche. (53,3%)[20] ; ce qui montre que l'avortement est fonction du niveau de vie.

b-Source de revenus, revenus mensuels et activité parallèle.

Leurs sources de revenus étaient principalement leurs familles, leur partenaire ou soi-même avec une nette supériorité de proportion pour les étudiantes ayant comme source de revenus leur famille (55,9%) ; on notait aussi que la moitié des étudiantes exerçaient plus d'activité professionnelle en parallèle que les témoins (50,0%). Le revenu mensuel était plus fréquemment estimé à moins de 50 000 FCFA pour la majorité des étudiantes (33,3%) ; Au Mozambique, Agadjanian trouvait que 41% des femmes ayant eu recours aux IVG évoquaient leurs problèmes économiques comme motifs d'avortement ; Kebede et al trouvait 22.5% en Éthiopie et Koly 13,5% au Sénégal[6]. Dans notre contexte cela pourrait s'expliquer par la situation salariales tragique et réalités économiques dont fait face notre pays.

4- Caractéristiques cliniques sur les interruptions volontaires de grossesse (IVG).

a-Auteur et lieu de la pratique de l'IVG.

Ces étudiantes avaient souvent réalisées elles-mêmes leur première IVG (35,0%), suivi des tradi-praticien qui l'avait réalisé (25,9%). Ces résultats sont superposables à ceux de Joseph Bénie Bi Vroh et al qui trouvaient que 50,1 % de ces pratiques avaient eu lieu à domicile. Majoritairement, elles étaient effectuées par un tradi-praticien ou par la femme elle-même (49,4 %)[31]. Ce qui concordait avec ceux démontrés dans les données de N'BOUKE qui retrouvait que 60 % des avortements ont eu lieu à domicile ou chez des tradi-praticiens[32]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces femmes soient attachées à leurs méthodes traditionnelles. Aussi, par le caractère illégal de l'avortement volontaire et les difficultés d'accès aux services de soins pourraient expliquer ces résultats

b- Raisons du recours à l'IVG.

Parmi les raisons ayant motivé les participantes à recourir à leur première IVG, il apparaît que la plus part de ces étudiantes ne désiraient pas ces grossesses (67,5%), de plus avaient peur de la réaction de la famille (49,1%). C'est ainsi que plusieurs études menées dans différents pays s'inscrivaient dans cette même logique à l'instar de l'Éthiopie où Tadesse et col avaient montré que la peur des réactions de la famille était évoquée dans 42 % des cas de grossesses interrompues, tandis que les problèmes domestiques étaient mentionnés dans 28 % des cas. Des recherches en Côte d'Ivoire soulignaient également l'importance des motifs familiaux dans les choix d'avortement : une situation instable, l'absence de reconnaissance de l'enfant par le père, la peur d'un scandale ou de la réaction de la famille[6]. En effet, la crainte des parents ou de la réaction de la famille était un motif d'avortement communément cité, particulièrement par les jeunes femmes : 16,4% des femmes auraient avorté pour cette raison au Gabon ; en 2001, Barrère retrouvait 22,2% au Bénin ; 7.1% au Togo ; 17% au Nigeria ; en Ouganda Alihonou et al retrouvaient 26% et au Sénégal, 21% des femmes ont mentionné la crainte des parents[6]. La réaction des parents serait donc fréquemment la cause directe ou indirecte de ces IVG.

c-Sentiments éprouvés après recours à l'IVG.

Dans les jours suivants le recours à la première IVG, le sentiment de honte était dominant (65,8%). Les sentiments de peur (57,5%), de culpabilité (50,0%) s'en suivaient mais aussi d'indifférence (30,8%) et d'apaisement (20,8%). Ces trouvailles sont semblables à celles retrouvées par l'auteur Karine PETTEX, qui stipulaient que ces IVG entraînaient des états psychologiques dépressifs chez 70% des femmes à savoir :la tristesse, la culpabilité ; 30% des femmes étaient soulagées ou semblaient indifférentes[29]. Cependant N'BOUKE retrouvait dans ses résultats que 77,9 % des femmes auraient eu des regrets ou remords après leur dernier avortement et environ 3,3 % auraient ressenti de la culpabilité. Les regrets ou remords semblaient être très fréquents lors des premiers avortements (80,5 %). 10,5 % des femmes ayant eu recours au IVG au moins une fois auraient ressenti une certaine indifférence et seulement 3,8 % ont eu un soulagement après leur plus récente IVG. On pourrait comprendre que malgré la conscience que ces femmes avaient de la gravité de leur acte ; ces femmes de par leurs sentiments de honte, colère et indifférence prenaient cet avortement comme un moyen pour elle de briser tout obstacle lié à la progression de leur étude d'une part et d'autre part avorter pourrait les éviter des critiques et jugements externes de tout genre.

5- Données sur la consultation post IVG et avis des participantes sur la place de la Contraception.

a-Contraception : Choix, régularité d'usage et efficacité des contraceptifs.

Au sein de cet échantillon, 78 participantes (75,0%) n'avaient pas consulté après l'IVG ; par contre, 42 participantes (35,0%) ont consulté un médecin après leur première interruption de grossesse. Parmi ces-dernières, nous avons relevé que 83,3% étaient convaincus au sujet de l'efficacité des moyens contraceptifs proposés par le médecin. Les participantes ont pensé majoritairement que les moyens contraceptifs suggérés lors de la consultation médicale coûtaient trop chers (59,5%). L'université RENE DESCARTES qui avait trouvé que 77% trouvaient leur efficacité.

96 étudiantes (80,0%) ont accepté avoir un planning familial en ayant recours à la contraception après leur IVG. C'est ainsi qu'une étude menée en Sorbonne trouvait que les femmes déclaraient prendre régulièrement une contraception (77%)[33]. Dans notre étude, la pilule constituait la principale méthode contraceptive utilisée (43,7%) par ces étudiantes. Ce chiffre précédent est complémentaire à celui de l'université RENE DESCARTES qui avait trouvé que les praticiennes optaient le plus souvent pour le DIU (80%) [33]. Cette discordance de données et suite à tout ce qui précède, on pourrait effectivement se questionner sur l'origine des échecs contraceptifs et sur les difficultés liées à l'utilisation des contraceptifs. Alors cela pourrait d'abord s'expliquer par le fait que peu de femmes se présenteraient effectivement aux consultations post-IVG ou même planning familial ; aussi par le fait que les femmes ne prendraient pas les contraceptifs oraux à temps et en respectant les précautions d'usage afin de multiplier leurs chances de réussite et par conséquent obtenir une meilleure efficacité ; et enfin, leur choix majoritaire (la Pilule) ne semblerait ne pas être le choix par excellence pour éviter toute grossesse non désirée, car certaines littératures montrent qu'une efficacité contraceptive proche du 100% repose sur l'implant, le DIU la ligature tubaire ou la vasectomie[29].

b-Information et Cout de la contraception.

100% des participantes qui ont consulté après l'IVG, ont estimé avoir été suffisamment bien informées sur ces moyens contraceptifs pour prendre la décision de la méthode. Ces chiffres sont supérieurs à ceux de l'étude menée en France à l'université de DESCARTES qui trouvait que 73%[33] pensaient être bien informées sur les moyens contraceptifs.

Les participantes ont pensé majoritairement que les moyens contraceptifs suggérés lors de la consultation médicale coûtaient trop chers (59,5%). C'est en allant dans ce même sens que l'étude menée à l'université de France trouvait que 73%[33] de femmes auraient considérées que les contraceptifs étaient coûteux. Dans notre contexte, on pourrait justifier cela par le fait que ces étudiantes ont moins de 50000 francs.

6- Avis des participantes sur la prise en charge psychologique après l'IVG.

a- Assistance psychologique.

Les étudiantes auraient aimé bénéficier d'une assistance psychologique (51,7%) après leur première IVG et tout particulièrement un suivi par un gynécologue (54,7%) ou d'une assistante sociale (54,6%). C'est ainsi que les résultats retrouvés lors d'une étude à l'université RENE DESCARTES, étaient superposables à de notre étude et retrouvait que 23% des patientes déclaraient avoir eu besoin d'une aide psychologique contre 77% qui n'en désiraient pas et 31% des patientes souhaiteraient avoir un suivi (assistance sociale, psychiatre.) à long terme et 69% ne le souhait pas. Dans cette même étude il ressortait que : d'après les patientes interrogées, l'aide psychologique était proposé à 7% par les équipes soignantes et à 93% le personnel santé ne le faisait pas[33]. Dans notre contexte, on pourrait expliquer ces taux considérables d'absence d'aide socio psychologique par le fait que, la psychologie suscite encore beaucoup de polémiques en Afrique et spécifiquement au Cameroun, car trouvent que la psychologie est fait pour les « fous ». La difficulté financière d'accès au service pourrait aussi justifier ces taux.

b-Complications des IVG répétées.

S'agissant des complications des IVG répétés, seul le groupe des cas (au moins deux recours à l'IVG) soit un échantillon de 60 étudiantes était concerné. La répétition des IVG a entraîné des complications chez 50% des cas. Les Fausses couches à répétition (30,0%) représentaient la première complication des IVG répétées suivies de près par les endométrites (28,3%). Ces résultats sont applicables à ceux trouvés par Joseph Bénie Bi Vroh et al, où la fréquence des complications post abortum était de 55,2 %. Ces complications étaient dominées par les douleurs pelviennes chroniques (68,2 %), les perforations (58 %), les infections (17,6 %) et les hémorragies (16 %)[31]. L'enquête menée par Guillaume à Bamako auprès des femmes dans des centres de santé, retrouvait que 59 % déclaraient avoir eu des complications après leur avortement et les complications principales étaient des hémorragies 47 %, des complications

infectieuses 33 % [6]. La gravité des complications pourrait être associée à la méthode utilisée et à l'âge de grossesse à laquelle ces avortements sont pratiqués.

PARTIE II : Facteurs associés à la répétition des interruptions volontaires de grossesse (IVG).

De nombreux écrivains ont tenté de déterminer le profil des femmes qui ont eu recours aux IVG à répétition, de comprendre les raisons de ces actes et de suggérer des solutions envisageables. Les conclusions des diverses recherches ne sont pas toujours concordantes. Toutefois, notre étude, en harmonie avec d'autres études, renforce l'idée que plusieurs femmes qui ont fait usage d'IVG à répétition présentent plusieurs points communs.

1-Déterminants sociodémographiques associés aux IVG à répétition.

a-Age

Concernant les variables sociodémographiques, seule l'âge ≥ 25 est significativement ($p=0,006$) associé au recours aux IVG à répétition et augmente le risque d'avoir déjà eu recours aux IVG à répétition de 2,79 fois (1,33-5,84). Nos résultats sont similaires à ceux trouvés au Ghana en 2017 par Yeboah et al qui ressortaient que les tranches d'âge de 25 à 34 ans et 35 à 49 ans étaient significativement liées à répétition des IVG et augmentaient respectivement de 2,16 et 2,95 fois le risque de recours à cette pratique [34]. Selon la même approche, Mendave Mve et col avaient constaté que les femmes âgées de 35-49 ans et 25-34 ans présentaient respectivement un risque de 1,42 et 2,26 fois plus élevé de refaire appel à l'avortement [20]. On pourrait expliquer cela par le fait que les jugements sont plus fréquents à mesure que l'âge augmente, ce qui croit le risque de répéter des IVG.

2-Déterminants anthropologiques associés aux IVG à répétition : mode de vie, statut marital.

a-Mode de vie.

Le fait de vivre chez ses parents diminuait significativement le risque de recours aux IVG à répétition avec un OR=0,39 (0,18-0,80). Par contre, vivre seul augmentait de 2,29 fois le risque de recours aux IVG à répétition. C'est ainsi que dans l'étude cas/témoins menée par Eugénie PERRIN en région chalonaise en France en 2018, retrouvait que l'augmentation de récurrence des IVG était principalement chez les femmes vivant seules et augmentait de 1,35 fois le risque de recours [33]. On pourrait supposer que, lorsqu'elles étaient avec leurs parents, elles

étaient davantage soumises à une pression et à une surveillance, tandis que lorsqu'elles vivaient seules, c'était le contraire.

b-Statut marital.

Les relations casuales ou encore qualifiées de « pas sérieuses » pour nos participantes étaient très significativement ($p=0,001$) associé au recours aux IVG à répétition et augmentait de 2,02 (1,24-3,29) fois ce risque. Le fait d'être un célicouple (en couple avec des domiciles séparés) augmentait significativement ($p=0,01$) de 3,25 (1,30-8,14) fois le risque de recours aux IVG à répétition. Contrairement à ces précédents résultats, en 2019 en Ethiopie Alemayu et al trouvaient que, les femmes mariées augmentait significativement (0,047) le risque de répéter l'IVG de 2,4 fois[35]. Cette différence pourrait s'expliquer dans notre cas par le fait que notre population d'étude était essentiellement estudiantine par conséquent peu exposé au mariage ; de plus en raison des relations qualifiées de « pas sérieuses » qu'elles vivent, du non cohabitation du couple, ces étudiantes ne sont pas incitées à avoir des futurs enfants qui pourraient vivre dans une situation monoparentale, car cela pourrait avoir pour conséquence sur une mauvaise prise en charge financière, morale ou psychologique.

3-Déterminants socioéconomiques associés aux IVG à répétition.

a-Activité parallèle.

Lorsque l'argent de poche provenait des parents ou tuteurs, cela réduisait significativement ($p=0,043$) de 2 fois le risque de recours aux IVG répétées dans notre étude. Lorsque les participantes gagnaient elles-mêmes leur argent de poche, il n'y avait pas d'association avec les IVG à répétition.

Exercer une activité professionnelle en parallèle était significativement ($p=0,011$) associé et augmentait statistiquement de 2,59 fois le risque au recours aux IVG répétées. Nos résultats sont différents de ceux rapportés en Chine par Chen Li et al en 2019 qui trouvaient que, être sans emploi est significativement ($p=0,017$) lié à la répétition des IVG et augmentent le risque de 2,46 (1,18 à 5,13) fois[25]. Mendave Mve Wilfried au Gabon montrait que les femmes qui travaillaient courent 52% fois moins de risque de recourir à l'avortement que celles sans emploi et au foyer[20]. Cette différence pourrait se justifier dans notre contexte par le fait que la grossesse pourrait entraver leur progression académique et/ou leur carrière professionnelle car celles-ci demeurent d'abord des étudiantes. . On pourrait penser que ces femmes font passer leur vie académique, professionnelle et/ou leur carrière avant leur vie familiale.

4- Déterminants cliniques associés aux IVG à répétition.

a-Intervalle de temps.

Lorsque la première IVG avait eu lieu depuis au moins 3 ans, cela augmentait très significativement ($p < 0,0001$) de 12,65 fois le risque d'avoir recours à d'autres IVG. Les résultats menés par Alemayehu et al réalisée en Éthiopie en 2019 étaient très inférieurs aux nôtres, et avaient trouvé que, le recours à des IVG à répétition se faisait essentiellement dans les 2 à 3 années après la première et cela était significativement associé et augmentait le risque de 0,4 fois[35]. On pourrait croire que, l'avortement représente davantage une méthode de retardement des naissances que d'arrêt, ce qui signifie que plus la période d'exposition n'est longue, plus le risque de répétition est élevé.

5- Déterminants psychosociaux associés aux IVG répétées.

a-Instabilité du couple et pression de la famille.

Lorsque la raison du recours était la peur de la réaction de la famille, elle réduisait significativement de 2,43 fois le risque de répétition de l'IVG. Par contre, quand la première IVG était motivée soit par une instabilité de la relation de couple ou une pression de l'entourage, cela augmentait très significativement ($p = 0,007$ et $p = 0,025$) respectivement de 3,28 (1,34-7,92) fois et de 2,56 (1,11-5,97) fois le risque d'IVG répétée. Les résultats de Saah Wadje Jessie en 2023 étaient supérieur aux nôtres et retrouvaient cette significativité ($p = 0,0467$) s'agissant de l'instabilité du couple et cette dernière augmentait de 8,8 fois le risque de répéter une IVG, Saah Wadje ne trouvait pas de significativité ($p = 0,8523$) s'agissant de la pression de l'entourage[27]. Cela s'expliquerait par le fait qu'il s'agirait probablement des relations moins harmonieuses avec les partenaires, insistant sur l'insécurité émotionnelle, l'irresponsabilité ou confiance qui sert de support dans le couple ; nous comprenons donc que les difficultés rencontrées dans les couples (incompatibilité, grossesse prémaritale, refus de paternité, partenaires occasionnels, grossesses adultérines...) pourraient être responsables de multiples interruptions de grossesses.

b-Ressentis et assistance psychologique.

Dans notre étude, lors de la première IVG, les sentiments éprouvés d'indifférence ($p = 0,010$) et de colère ($p = 0,018$) augmentaient significativement le risque respectivement de 2,85 et de 3,87 fois le risque de répétition de l'IVG. Contrairement à notre étude, en 2023 à Mayotte (France), Saah Wadje et al trouvaient que l'indifférence ($P = 0,371$) et la colère

($p=0,8106$) n'avaient pas de significativité. De même que le précédent auteur, Karine PETTEX en 2012 en France ne trouvait pas de significativité, mais avait trouvé que ces IVG entraînaient des états à savoir : la tristesse, la culpabilité chez 70% des femmes; 30% des femmes étaient soulagées ou semblaient indifférentes[29]. Cette discordance, On pourrait comprendre que malgré la conscience que ces femmes avaient de la gravité de leur acte ; elles prenaient quand même cet avortement comme un moyen pour elle de briser tout obstacle lié à la progression de leur étude d'une part et d'autre part avorter pourrait les éviter des critiques et des jugements externes de tout genre.

Le manque d'assistance psychologique était très significativement ($p<0,0001$) associée aux IVG répétées et augmentait son risque de 4,67 fois. Saah Wadje trouvaient que l'absence d'assistance socio psychologique était très significative (0,067) et augmentait de 9,95(1,04- 227) fois le risque de répétition d'IVG[27]. Ceci pourrait d'abord s'expliquer par le fait qu'elles sembleraient croire que consulter un psychologue serait une absurdité ou même encore considère la psychologie comme une manifestation divine ou alors qu'elle concerne les « fous ». De plus, l'incapacité financière pour la plupart à ne pas pouvoir s'offrir un suivi psychologique pourrait justifier cette absence psychologique. Et enfin on pourrait expliquer cette absence par le fait que l'aide psychologique ou toute autre forme d'aide sur leur problématique semble peu proposée par le personnel soignant après une IVG.

6- Déterminants cliniques associés aux IVG à répétition.

Contraception.

L'utilisation de la pilule comme méthode contraceptive était très significativement associée au recours aux IVG à répétition avec un $OR=3,90$ (1,66-9,17). Ces données sont supérieures à ceux de Chan Li et al, qui ressortaient que l'utilisation de la contraception spécifiquement le préservatif est significativement associé à la répétition d'IVG et augmente ce risque de 1,33 (1,09-1,61) fois[25]. Yeboah et al trouvaient aussi que l'utilisation de la contraception augmentait significativement de 1,48 (1,03- 2,14) fois le risque de répéter cette pratique[34]. Ceci s'expliquerait probablement par l'échec du contraceptif, la prise tardive, l'oubli, la mauvaise utilisation du contraceptif (la réduction de l'efficacité du contraceptif du au non-respect de consignes) ou l'insuffisance de connaissances de la contraception optée (limites). Le fait d'avoir consulté un médecin ou non après la première IVG ne modifiait pas statistiquement le risque d'IVG répétée.

PARTIE III : RECAPITULATIF DES DETERMINANTS ASSOCIES A LA REPETITION DES IVG ET SCORE D'EVALUATION DE REPETER LE RISQUE.

1- RECAPITULATIF DES DETERMINANTS ASSOCIENT A LA REPETITION DES IVG

a-Facteurs associés à la répétition des IVG.

Facteurs sociodémographiques : Age ≥ 25 ans

Facteurs anthropologiques : Etudiante résidant seule

Etudiante pas engagée dans une relation sérieuse

En couple avec domiciles séparés

Facteurs socio-économiques : Activité parallèle rémunératrice.

Facteurs psychosociaux : Colère ;

Indifférence.

Facteurs thérapeutiques : Usage de pilule comme contraceptif.

b-Facteurs dépendants associés à la répétition des IVG.

Facteurs psychosociaux : Absence d'assistance psycho-sociale.

Situation instable du couple ;

Pression de l'entourage ;

Facteurs cliniques : Intervalle de temps ≥ 3 ans.

2-SCORE D'ÉVALUATION DE RISQUE DE REPETER UNE IVG.**Tableau XX : Score d'évaluation de risque de répéter une IVG**

Variables	Ses options	Score (:10)
Age	Age < 25 ans	0
	Age ≥ 25 ans	2
Type de relation amoureuse	Stable ou marié	0
	Casual/celicouples/instabilité du couple	2
Mode de vie	Familial/ multiple	0
	Unique	2
Sentiments éprouvés après la 1 ^{ère} IVG	Culpabilité/peur/ honte	0
	Colère /indifférence	2
	Equilibre relationnel	0
Relation avec l'entourage	Déséquilibre relationnel : pression de l'entourage	2

Ce score côté sur 10 est appliqué à une femme qui vient pour une IVG et qui permet de prédire une reprise,

Probabilité *faible* Si score < 2

Probabilité *moyenne* si score à 2–4

Probabilité *forte* Si score >4

Les limites de l'étude :

Biais de sélection et faible puissance. : Le recrutement avait été pensé aléatoire par diffusion du questionnaire en présentiel ou sous forme numérique ; par ailleurs, nous pouvons penser que les participantes ayant répondu au questionnaire numérique étaient sensibles à la problématique de l'interruption volontaire de grossesse répétée, Cette sélection a été conséquent sur la taille de notre échantillon.

Le biais de mémorisation et l'oubli : un biais de mémorisation est également observé, lié à des événements antérieurs, tels que l'âge du premier rapport sexuel ; toutes les participantes n'ont pas indiqué leur âge précis. D'où cette dernière n'a pas été recherchée.

CONCLUSION

Au cours de cette étude cas-témoins, où il était question d'étudier les déterminants des interruptions volontaires de grossesse répétées chez les étudiantes de l'université de Yaoundé I, un lien important a été mis en place entre les étudiantes qui ont subi une IVG et les demandes répétées d'IVG par celles-ci. Nous avons pu comprendre à travers la prévalence importante (42,9%) des interruptions volontaires de grossesse (IVG) répétées de notre étude que ces étudiantes présentent toutes des caractéristiques plus ou moins communes : des caractéristiques sociodémographiques (l'âge moyen de 24,21 ans), socio-économiques (activité parallèle, source de revenus), psychosociaux (absence d'aide psychosociale, instabilité du couple, pression de l'entourage), anthropologiques (mode de vie seule, relations casuales et les celicouples), cliniques et thérapeutiques (l'intervalle de temps étant de 3 ans ou plus, parité, prise de pilule).qui les motivent à s'engager dans une démarche visant à conduire à terme ou à interrompre volontairement leur grossesse. De plus les facteurs associés comme : le mode de vie seul, relations casuales, celicouples, intervalle de temps supérieur à 3ans, pression de l'entourage, les sentiments de colère et d'indifférence, l'absence de suivi psychologique, l'instabilité du couple et l'usage de pilule motivent ses femmes à répéter les IVG. Outre l'aspect psychologique, la contraception est mal employée et peu fiable lors de plusieurs IVG. Il serait curieux de vérifier si elles l'ont effectivement suivie et avec quelle attention.

RECOMMADATIONS

Aux femmes en âge de procréer : S'informer et insister sur les méthodes contraceptives et les mettre en pratique.

Au personnel santé : Lors des consultations des soins post abortum insister sur les aspects psychologiques et sociaux de leurs patientes. Il serait donc nécessaire d'insister sur les consultations psychologiques ou une assistance sociale à ces femmes qui ont recours aux IVG.

A la communauté scientifique.

En dehors de la consultation directe post-avortement effectuée par les femmes, il serait essentiel d'inclure des consultations renouvelables de 1,2 ou 3 an(s) chez celles qui ont subi cet avortement pour éviter les répétitions de cette intervention.

Afin de diminuer la fréquence des IVG et ses conséquences néfastes, il serait nécessaire que les autorités publiques renforcent les actions et les programmes dans le domaine de la santé de la reproduction, en mettant l'accent sur les dangers liés aux avortements clandestins et sur la prise en charge des avortements.

REFERENCES

1. « Les cinq chiffres clés de l'IVG en France ». <https://www.20minutes.fr>
2. M. I. Waktola, D. G. Mekonen, T. S. Nigussie, E. A. Cherkose, et A. T. Abate, « Repeat induced abortion and associated factors among women seeking abortion care services at Debre Markos town health institutions, Amhara regional state, Ethiopia, 2017 », *BMC Res. Notes*, vol. 13, n° 1, p. 44.
3. D. V. T. Kanga, P. N. Nana, F. Y. Fouelifack, et J. H. Fouedjio, « Contribution des avortements et des grossesses extra-utérines dans la mortalité maternelle dans trois hôpitaux universitaires de Yaoundé », *Pan Afr. Med. J.*, vol. 27, août 2017, p. 248.
4. «WHO_TRS_461_fre.pdf».
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/38299/WHO_TRS_461_fre.pdf
5. N. F. M. H. AHOINGNAN, « INTERET DU CERCLAGE TARDIF SUR COL UTERIN OUVERT AVEC PROTRUSION DES MEMBRANES AMNIOTIQUES. EXPERIENCE DU SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE YOPOUGON A ABIDJAN », *J. SAGO Gynécologie–Obstétrique Santé Reprod.*, vol. 19, n° 2, 2018.
6. A. Guillaume, « L'avortement provoqué en Afrique: un problème mal connu, lourd de conséquences: communication présentée à la Chaire Quételet 2004 », 2005, Consulté le: 20 novembre 2023. <https://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010036540>.
7. « Msfb_2012_PETTEX.pdf ».
8. « Remy_Agathe_38007774.pdf ».
9. « Avortement ». <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
10. M. E. P. épouse CHARLES, « Pratique de l'IVG dans la région chalonaise entre 2014 et 2016: étude cas-témoins et identification des facteurs de risque de répétition », 2018. <https://nuxeo.u-bourgogne.fr/nuxeo/site/esupversions/aa161aa6-f39b-443a-85fc-3cbefeabb2cb>
11. « Les coûts et bénéfices de l'investissement dans les services de contraception au Cameroun », Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/fr/fact-sheet/les-couts-et-benefices-de-linvestissement-dans-les-services-de-contraception-au-cameroun>
12. « Pnacl149.pdf ».
13. «MAR-CC-31-05-OPERATIONALGUIDANCE-fra-Best-Practice-Recommendations-PAC.pdf». <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/MAR-CC-31-05-OPERATIONALGUIDANCE-fra-Best-Practice-Recommendations-PAC.pdf>
14. « L'IVG AU CAMEROUN », la question de l'ivg.

<https://avortementauncameroon.wordpress.com/a-propos/>

15. « faculte de médecine du Cameroun ». <https://www.bing.com>
16. « Un œil sur la data : bac et études supérieures, le profil des étudiants en chiffres », L'Etudiant. <https://www.letudiant.fr>
17. « BEN-MN-78-01-GUIDELINE-2018-fra-Medical-Abortion-Guidelines-Standards.pdf ». <https://platform.who.in>
- [18.M. E. P. épouse CHARLES, « Pratique de l'IVG dans la région chalonaise entre 2014 et 2016: étude cas-témoins et identification des facteurs de risque de répétition », 2018. <https://nuxeo.u-bourgogne.fr>
19. « Avortement ». <https://www.who.int/fr/health-topics/abortion>
20. Mendame Mve Wilfried, « Les déterminants de l'avortement provoqué au Gabon ».
21. Doctissimo, « Avortement : tout savoir sur les méthodes, les délais, le déroulement, les risques », Doctissimo. <https://www.doctissimo.fr>
22. J. N. Mayack, « Opinions de femmes sur la législation relative à l'avortement dans la ville de Yaoundé », *Pan Afr. Med. J.*, vol. 43, oct. 2022, p. 88.
23. Weltgesundheitsorganisation, Éd., *Complications des avortements: directives techniques et questionnaires pour la prévention et le traitement*. Genève, 1997.
24. G. K. Behulu, E. A. Fenta, et G. L. Aynalem, « Repeat induced abortion and associated factors among reproductive age women who seek abortion services in Debre Berhan town health institutions, Central Ethiopia, 2019 », *BMC Res. Notes*, vol. 12, n° 1, août 2019, p. 499.
25. C. Li, J. Gao, et J. Liu, « Repeat abortion and associated factors among women seeking abortion services in northwestern China: a cross-sectional study », *BMC Public Health*, vol. 21, 2021.
26. Mme Eugénie PERRIN épouse CHARLES, « Pratique de l'IVG dans la région chalonaise entre 2014 et 2016: étude cas-témoins et identification des facteurs de risque de répétition », 2018, <https://nuxeo.u-bourgogne.fr>
27. W. J. Saah, « Identification des facteurs de risque de récurrence des interruptions volontaires de grossesse chez les femmes à Mayotte ».
28. A. d'Orléans-Tours, « Y A-T-IL UN LIEN ENTRE LES DEMANDES REPETEES D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE POUR UNE FEMME ET L'EXISTENCE DE VIOLENCES CONJUGALES AU SEIN DE SON COUPLE? », PhD Thesis, Université François-Rabelais, 2011. <http://memoires.scd.univ-tours.fr>

29. K. Pettex, « Interruptions volontaires de grossesse itératives Quel sens donner à ces grossesses impossibles? », PhD Thesis, 2012. <https://bibnum.univ-lyon1.fr>
30. DEA D'ETHIQUE MEDICALE ET BIOLOGIQUE, « UNIVERSITE RENE DESCARTES». <http://www.ethique.sorbonne-paris-cite.fr>
31. Joseph Bénié Bi Vroh *et al.*, « Épidémiologie des avortements provoqués en Côte d'Ivoire », *Santé Publique*, vol. 24, n° HS, p. 67-76, 2012. <https://www.cairn.info>, page-67
32. A. N'bouke, A.-E. Calvès, et S. Lardoux, « Le recours à l'avortement provoqué à Lomé (Togo) Évolution et rôle dans la réduction de la fécondité », *Population*, vol. 67, n° 2, p. 357-385, 2012. <https://www.cairn.info>; page-357.
33. D. D. M. E. BIOLOGIQUE, « UNIVERSITE RENE DESCARTES », <http://www.ethique.sorbonne-paris-cite.fr>
34. I. Yeboah, J. Okyere, D. Klu, P. Agbadi, et M. W. Agyekum, « Individual and community-level factors associated with repeat induced abortion among women in Ghana: a multivariable complex sample logistic regression analysis of 2017 Ghana maternal health survey », *BMC Public Health*, vol. 24, n° 1, mai 2024, p. 1420
35. B. Alemayehu, A. Addissie, W. Ayele, S. Tiroro, et D. Handiso, « Magnitude and associated factors of repeat induced abortion among reproductive age group women who seeks abortion Care Services at Marie Stopes International Ethiopia Clinics in Addis Ababa, Ethiopia », *Reprod. Health*, vol. 16, juin 2019.

ANNEXES

Annexe 1 : fiche d'information

Thème de recherche : les déterminants des interruptions volontaires de grossesse répétées chez les étudiants de l'université de Yaoundé I.

But : Etude faite en vue de l'obtention du diplôme de doctorat en médecine permettra de réduire le taux de mortalité maternelle lié à cette pratique et ce de manière répété.

Equipe de recherche : Ce travail sera réalisé par MEDJA ARCHANGE Urielle étudiante en 7^{ème} année de médecine générale à la faculté de médecine et des sciences biomédicales de l'université de Yaoundé I, sous la supervision du Pr MEKA NGO UM Esther, maitre de conférence en gynécologie-obstétrique, du Dr EBONG Cliford EBONTANE Maitre-assistant et du Dr MBOUA BATOUM Véronique, maitre-assistant en gynécologie obstétrique.

Avantages : Ce travail ne vous coutera rien en terme financier et vous contribuerez à une évolution scientifique.

Inconvénient : Ce travail pourra vous couter un peu de votre temps.

Annex 1: card of information

Theme of research: the determinants of the interruptions voluntary of pregnancy repeated among the students of the university of Yaoundé I.

Goal: Survey made in view of the obtaining of the doctorate diploma in medicine will permit to reduce the death rate kindergarten bound to this practice and this of manner repeated.

Team of research: This work will be achieved by MEDJA ARCHANGEL studying Urielle in 7th year of general medicine to the faculty of medicine and the biomedical sciences of the university of Yaoundé I, under the supervision of the Pr MEKA NGO UM Esther, master of conference in gynecology-obstetric, of the Dr EBONG Cliford EBONTANE Maître-Assistant and the Dr MBOUA BATOUM Véronique, master-helper in obstetric gynecology.

Advantages: This work won't cost you anything in financial term and you will contribute to a scientific evolution.

Inconvenience: This work will be able to cost you a little your time.

Annexe 2 : Formulaire de consentement éclairé

Je soussignée Mr ----- accepte librement et volontairement de participer à l'étude médicale intitulée Les déterminants des interruptions volontaires de grossesse répétées chez les étudiantes de l'Université Yaoundé I.

Etant entendu que :

- L'investigateur m'a informé et a répondu à toutes mes questions.
- L'investigateur m'a précisé que ma participation est libre, et que mon droit de retrait de cette recherche peut s'effectuer à tout moment, ceci sans poser préjudice à mes relations avec l'investigateur.
- L'investigateur m'a informé sur les risques de l'étude, notamment la douleur liée à la ponction veineuse

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'une thèse soutenue publiquement. Je pourrai exercer mon droit de rectification et d'opposition auprès de ce même investigateur.

Fait le/...../2024 à Yaoundé

Signature de l'investigateur :

signature du participant :

Annex 2: Illuminated consent form

Me undersigned Mr----- accepts freely and voluntarily to participate in the medical survey titled The determinants of the interruptions voluntary of pregnancy repeated among the students of the university Yaoundé I.

Being sensible that:

- oh The investigator informed me and answered all my questions.
- oh The investigator specified to me that my involvement is free, and that my right of withdrawal of this research can take place at all times, this without putting prejudice to my relations with the investigator.
- oh The investigator informed me on the risks of the survey, notably the pain bound to the venous puncture

I accept that the data recorded on the occasion of this survey can be the subject of a sustained thesis publicly. I will be able to exercise my right of rectification and opposition by this same investigator.

Makes it..... /..... /2024 in Yaoundé

Signature of the investigator:

signature of the participant:

Annexe 4 : Autorisation de recherche de l'université de Yaoundé I.

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I
B.P. 337- Yaoundé
Tel/Fax : (237) 222 221 320
e-mail : univyaounde1.cm

DIRECTION DES AFFAIRES ACADÉMIQUES
ET DE LA COOPÉRATION

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDÉ I
P.O. Box : 337 – Yaoundé
Phone/Fax : (237) 222 221 320
e-mail : univyaounde1.cm

DEPARTMENT OF ACADEMIC AFFAIRS
AND COOPERATION

2024-112

Yaoundé, le 11 mai 2024

LE RECTEUR
À
Madame Archange Urielle MEDJA,
étudiante en 7^{ème} année au
Département de Gynécologie
Tel. : (00237) 695 009 128
S/C Madame le Doyen de la Faculté de
Médecine et des Sciences Biomédicales
(FMSB)
Université de Yaoundé I

Réf : V/L du 29 janvier 2024

Objet : Demande d'autorisation de recherche.

Madame,

En accusant réception de votre correspondance dont l'objet et la référence sont ci-dessus rappelés,

J'ai l'honneur de vous autoriser à effectuer, dans le strict respect du principe de confidentialité, vos travaux de recherche au sein du campus universitaire de l'Université de Yaoundé I, dans le cadre de votre thèse de doctorat/Ph.D. sur le thème : « **Les déterminants de l'interruption volontaire de grossesse chez les jeunes filles en âge de procréer** ».

Vous voudrez bien prendre attache avec Madame le Chef du Centre Médico-Social (CMS) de l'Université de Yaoundé I pour un déroulement optimum de vos travaux.

Au terme desdits travaux, vous déposerez un exemplaire de votre rapport d'activités à la Direction des Affaires Académiques et de la Coopération (DAAC) de l'Université de Yaoundé I.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de ma parfaite considération.

P.O LE VREPTIC ASSURANT L'INTERIM

Le Recteur de l'Université de Yaoundé I

Lou G. Euvem Euvem
Professeur

Annexe 5 : Déclaration de Helsinki, Finlande, Juin 1964 et amendée par les :

- 29e Assemblée générale de l'AMM, Tokyo, Octobre 1975
- 35e Assemblée générale de l'AMM, Venise, Octobre 1983
- 41e Assemblée générale de l'AMM, Hong Kong, Septembre 1989
- 48e Assemblée générale de l'AMM, Somerset West (Afrique du Sud), Octobre 1996
- 52e Assemblée générale de l'AMM, Edimbourg, Ecosse, Octobre 2000
- 53e Assemblée générale de l'AMM, Washington, Etats Unis, 2002
- 55e Assemblée générale de l'AMM, Tokyo, Japon 2004
- 59e Assemblée générale de l'AMM, Séoul, Corée, Octobre 2008.

a) Introduction.

1. L'Association Médicale Mondiale (AMM) a élaboré la Déclaration d'Helsinki comme un énoncé de principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains, y compris la recherche sur du matériel biologique humain et sur des données identifiables.

La Déclaration est conçue comme un tout indissociable. Aucun paragraphe ne peut être appliqué sans tenir compte de tous les autres paragraphes pertinents.

2. Cette Déclaration s'adresse principalement aux médecins. L'AMM invite cependant les autres participants à la recherche médicale

Impliquant des êtres humains à adopter ces principes.

3. Le devoir du médecin est de promouvoir et de sauvegarder la santé des patients, y compris celles des personnes impliquées dans la recherche médicale. Le médecin consacre son savoir et sa conscience à l'accomplissement de ce devoir.

2. La Déclaration de Genève de l'AMM engage les médecins en ces termes : « La santé de mon patient prévaudra sur toutes les autres considérations » et le Code International d'Ethique Médicale déclare qu'un « médecin doit agir dans le meilleur intérêt du patient lorsqu'il le soigne ».

3. Le progrès médical est basé sur la recherche qui, en définitive, doit comprendre des études impliquant des êtres humains. Des possibilités appropriées de participer à la recherche médicale devraient être offertes aux populations qui y sont sous représentées.

4. Dans la recherche médicale impliquant des êtres humains, le bien-être de chaque personne impliquée dans la recherche doit prévaloir sur tous les autres intérêts.

5. L'objectif premier de la recherche médicale impliquant des êtres humains est de comprendre les causes, le développement et les effets des maladies et d'améliorer les

interventions préventives, diagnostiques et thérapeutiques (méthodes, procédures et traitements). Même les meilleures interventions courantes doivent être évaluées en permanence par des recherches portant sur leur sécurité, leur efficacité, leur pertinence, leur accessibilités et leur qualité.

6. Dans la pratique médicale et la recherche médicale, la plupart des interventions comprennent des risques et des inconvénients.
7. La recherche médicale est soumise à des normes éthiques qui promeuvent le respect de tous les êtres humains et qui protègent leur santé et leurs droits. Certaines populations faisant l'objet de recherches sont particulièrement vulnérables et ont besoin d'une protection spéciale. Celles-ci incluent les personnes qui, d'elles-mêmes, ne sont pas en mesure de donner ou de refuser leur consentement et celles qui peuvent être vulnérables à la coercition ou à des influences indues.
8. Dans la recherche médicale impliquant des êtres humains, les médecins devraient tenir compte des normes et standards éthiques, légaux et réglementaires applicables dans leur propre pays ainsi que des normes et standards internationaux. Les protections garanties par la présente Déclaration aux personnes impliquées dans la recherche ne peuvent être restreintes ou exclues par aucune disposition éthique, légale ou réglementaire, nationale ou internationale.

1. Principes applicables à tous les types de recherche médicale.

9. Il est du devoir des médecins participant à la recherche médicale de protéger la vie, la santé, la dignité, l'intégrité, le droit à l'auto-détermination, la vie privée et la confidentialité des informations des personnes impliquées dans la recherche.
10. La recherche médicale impliquant des êtres humains doit se conformer aux principes scientifiques généralement acceptés, se baser sur une connaissance approfondie de la littérature scientifique, sur d'autres sources pertinentes d'informations et sur des expériences appropriées en laboratoire et, le cas échéant, sur les animaux. Le bien-être des animaux utilisés dans la recherche doit être respecté.
11. Une prudence particulière s'impose dans la conduite de recherches susceptibles de nuire à l'environnement.
12. La conception et la conduite de toutes les études impliquant des êtres humains doivent être clairement décrites dans un protocole de recherche. Ce protocole devrait contenir une déclaration sur les enjeux éthiques en question et indiquer comment les principes de la présente Déclaration ont été pris en considération. Le protocole devrait inclure des informations concernant le financement, les promoteurs, les affiliations institutionnelles,

- d'autres conflits d'intérêts potentiels, les incitations pour les personnes impliquées dans la recherche et les mesures prévues pour soigner et/ou dédommager celles ayant subi un préjudice en raison de leur participation à l'étude.
2. Le protocole devrait mentionner les dispositions prévues après l'étude afin d'offrir aux personnes impliquées un accès aux interventions identifiées comme bénéfiques dans le cadre de l'étude ou à d'autres soins ou bénéfices appropriés.
 13. Le protocole de recherche doit être soumis à un comité d'éthique de la recherche pour évaluation, commentaires, conseils et approbation avant que l'étude ne commence. Ce comité doit être indépendant du chercheur, du promoteur et de toute autre influence indue. Il doit prendre en considération les lois et réglementations du ou des pays où se déroule la recherche, ainsi que les normes et standards internationaux, mais ceux-ci ne doivent pas permettre de restreindre ou exclure l'une des protections garanties par la présente Déclaration aux personnes impliquées dans la recherche. Le comité doit avoir un droit de suivi sur les études en cours. Le chercheur doit fournir au comité des informations sur le suivi, notamment concernant tout événement indésirable grave. Aucune modification ne peut être apportée au protocole sans évaluation et approbation par le comité.
 14. La recherche médicale impliquant des êtres humains doit être conduite uniquement par des personnes scientifiquement qualifiées et expérimentées. La recherche impliquant des patients ou des volontaires en bonne santé nécessite la supervision d'un médecin ou d'un autre professionnel de santé qualifié et compétent. La responsabilité de protéger les personnes impliquées dans la recherche doit toujours incomber à un médecin ou à un autre professionnel de santé et jamais aux personnes impliquées dans la recherche même si celles-ci ont donné leur consentement.
 15. La recherche médicale impliquant une population ou une communauté défavorisée ou vulnérable se justifie uniquement si la recherche répond aux besoins et priorités sanitaires de cette population ou communauté et si, selon toute vraisemblance, les résultats de la recherche seront bénéfiques à cette population ou communauté.
 16. Toute recherche médicale impliquant des êtres humains doit préalablement faire l'objet d'une évaluation soigneuse des risques et des inconvénients prévisibles pour les personnes et les communautés impliquées dans la recherche, par rapport aux bénéfices prévisibles pour elles et les autres personnes ou communautés affectées par la pathologie étudiée.
 17. Tout essai clinique doit être enregistré dans une banque de données accessible au public avant que ne soit recruté la première personne impliquée dans la recherche.

18. Les médecins ne sont pas autorisés à participer à une recherche impliquant des êtres humains sans avoir la certitude que les risques inhérents ont été correctement évalués et pourront être gérés de manière satisfaisante. Les médecins doivent cesser immédiatement une étude dès que les risques s'avèrent dépasser les bénéfices potentiels ou dès l'instant où des résultats positifs et bénéfiques ont été démontrés.
19. Une recherche médicale impliquant des êtres humains ne peut être conduite que si l'importance de l'objectif dépasse les risques et inconvénients inhérents pour les personnes impliquées dans la recherche.
20. La participation de personnes capables à une recherche médicale doit être un acte volontaire. Bien qu'il puisse être opportun de consulter les membres de la famille ou les responsables de la communauté, aucune personne capable ne peut être impliquée dans une étude sans qu'elle ait donné librement son consentement.
21. Toutes les précautions doivent être prises pour protéger la vie privée et la confidentialité des informations personnelles concernant les personnes impliquées dans la recherche, et pour minimiser l'impact de l'étude sur leur intégrité physique, mentale et sociale.
22. Dans la recherche médicale impliquant des personnes capables, toute personne pouvant potentiellement être impliquée dans la recherche doit être correctement informé des objectifs, des méthodes, des sources de financement, de tout éventuel conflit d'intérêts, des affiliations institutionnelles du chercheur, des bénéfices escomptés et des risques potentiels de l'étude, des désagréments qu'elle peut engendrer et de tout autre aspect pertinent de l'étude. La personne pouvant potentiellement être impliquée dans la recherche doit être informé de son droit de refuser de participer à l'étude ou de s'en retirer à tout moment sans mesure de rétorsion. Une attention particulière devrait être accordée aux besoins d'informations spécifiques de chaque personne pouvant potentiellement être impliquée dans la recherche ainsi qu'aux méthodes adoptées pour fournir les informations. Lorsque le médecin ou une autre personne qualifiée en la matière a la certitude que la personne concernée a compris les informations, il doit alors solliciter son consentement libre et éclairé, de préférence par écrit. Si le consentement ne peut pas être donné par écrit, le consentement non écrit doit être formellement documenté en présence d'un témoin.
23. Pour la recherche médicale utilisant des tissus ou des données d'origine humaine, les médecins doivent normalement solliciter le consentement pour le prélèvement, l'analyse, le stockage et/ou la réutilisation. Il peut se présenter des situations où il est impraticable, voire impossible d'obtenir le consentement ou que cela mettrait en péril la validité de la

- recherche. Dans de telles situations, la recherche peut être entreprise uniquement après évaluation et approbation d'un comité d'éthique de la recherche.
24. Lorsqu'il sollicite le consentement éclairé d'une personne pour sa participation à une recherche, le médecin devrait être particulièrement attentif lorsque cette dernière est dans une relation de dépendance avec lui ou pourrait donner son consentement sous la contrainte. Dans ce cas, le consentement éclairé devrait être sollicité par une personne qualifiée en la matière et complètement indépendante de cette relation.
 25. Lorsque la recherche implique des personnes incapables, le médecin doit solliciter le consentement éclairé de leur représentant légal. Les personnes incapables ne doivent pas être incluses dans une étude qui n'a aucune chance de leur être bénéfique sauf si cette étude vise à améliorer la santé de la population qu'elles représentent, qu'elle ne peut pas être réalisée avec des personnes capables et qu'elle ne comporte que des risques et des inconvénients minimes.
 26. Lorsqu'une personne considérée comme incapable est en mesure de donner son assentiment concernant sa participation à la recherche, le médecin doit solliciter cet assentiment en complément du consentement de son représentant légal. Le refus de la personne pouvant potentiellement être impliquée dans la recherche devrait être respecté.
 27. La recherche impliquant des personnes physiquement ou mentalement incapables de donner leur consentement, par exemple des patients inconscients, peut être menée uniquement si l'état physique ou mental empêchant de donner un consentement éclairé est une caractéristique nécessaire de la population sur laquelle porte cette recherche.
 3. Dans de telles circonstances, le médecin devrait solliciter le consentement éclairé du représentant légal. En l'absence d'un représentant légal et si la recherche ne peut pas être retardée, l'étude peut être lancée sans le consentement éclairé. Dans ce cas, le protocole de recherche doit mentionner les raisons spécifiques d'impliquer des personnes dont l'état les rend incapables de donner leur consentement éclairé et l'étude doit être approuvée par un [comité d'éthique de la recherche](#). Le consentement pour maintenir la personne concernée dans la recherche devrait, dès que possible, être obtenu de la personne elle-même ou de son représentant légal.
 28. Les auteurs, rédacteurs et éditeurs ont tous des obligations éthiques concernant la publication des résultats de recherche. Les auteurs ont le devoir de mettre à la disposition du public les résultats de leurs recherches sur les êtres humains. Ils ont la responsabilité de fournir des rapports complets et précis. Ils devraient se conformer aux directives acceptées en matière d'éthique pour la rédaction de rapports. Les résultats aussi bien

négatifs et non concluants que positifs devraient être publiés ou rendus publics par un autre moyen. La publication devrait mentionner les sources de financement, les affiliations institutionnelles et les conflits d'intérêts. Les rapports de recherche non-conformes aux principes de la présente Déclaration ne devraient pas être acceptés pour publication.

4. Principes additionnels pour la recherche médicale associée à des soins médicaux.

29. Le médecin peut associer la recherche médicale à des soins médicaux uniquement dans la mesure où la recherche se justifie par sa valeur potentielle en matière de prévention, de diagnostic ou de traitement et si le médecin a de bonnes raisons de penser que la participation à l'étude ne portera pas atteinte à la santé des patients concernés.
30. Les bénéfices, les risques, les inconvénients, ainsi que l'efficacité d'une nouvelle intervention doivent être testés et comparés à ceux de la meilleure intervention courante avérée, sauf dans les circonstances suivantes :
 5. - L'utilisation de placebo, ou le fait de ne pas administrer de traitement, est acceptable lorsqu'il n'existe pas d'intervention courante avérée ;où
 6. - l'utilisation d'un placebo afin de déterminer l'efficacité ou la sécurité d'une intervention est nécessaire pour des raisons de méthodologie incontournables et scientifiquement fondées, et les patients recevant le placebo ou aucun traitement ne courent aucun risque de préjudices graves ou irréversibles. Le plus grand soin doit être apporté afin d'éviter tout abus de cette option.
31. A la fin de l'étude, les patients impliqués ont le droit d'être informés des conclusions de l'étude et de profiter de tout bénéfice en résultant, par exemple, d'un accès aux interventions identifiées comme bénéfiques dans le cadre de l'étude ou à d'autres soins ou bénéfices appropriés.
32. Le médecin doit fournir des informations complètes au patient sur la nature des soins liés à la recherche. Le refus d'un patient de participer à une étude ou sa décision de s'en retirer ne doit jamais interférer avec la relation patient-médecin.
33. Dans le cadre du traitement d'un patient, faute d'interventions avérées ou faute d'efficacité de ces interventions, le médecin, après avoir sollicité les conseils d'experts et avec le consentement éclairé du patient ou de son représentant légal, peut recourir à une intervention non avérée si, selon son appréciation professionnelle, elle offre une chance de sauver la vie, rétablir la santé ou alléger les souffrances du patient. Dans toute la mesure du possible, cette intervention devrait faire l'objet d'une recherche pour en évaluer la

sécurité et l'efficacité. Dans tous les cas, les nouvelles informations devraient être enregistrées et, le cas échéant, rendues publiques.

Annexe 6 : **Questionnaire sur les interruptions volontaires de grossesse (IVG) a répétition**

SECTION A : Déterminants socio-culturels et démographiques.

1- Quel âge avez-vous ? _____ ans

2- Quelle est votre nationalité ?

a- camerounaise ☐

b- Etrangère ☐ laquelle ? _____

3- Quelle est votre région d'origine ?

a) Centre ☐

b) Ouest ☐

c) Extrême Nord ☐

d) Nord ☐

e) Sud/ Nord-ouest ☐

f) Est ☐

g) Littoral ☐

h) Sud ☐

i) autre ☐ laquelle ? _____

4- Pratiquez-vous une religion ?

a- catholique ☐

b- musulmane ☐

c- protestante ☐

d- juive ☐

e- pentecôtiste ☐

f- autre ☐ Préciser _____

g- aucune ☐

SECTION B : Déterminants socio anthropologiques.

5- Avec qui vivez-vous ?

a) parents ☐

b) seule ☐

c) partenaire ☐

d) Tuteur ☐

e) autre ☐ préciser _____

6- Avez-vous eu des troubles ou traumatismes (évènement choquant) dans l'enfance ? _____

Si oui lesquels ?_

a) viol ☐

b) maltraitance ☐

c) violence familiale ☐

d) d-IVG (mère, sœur, amie...) ☐

e) séparation ☐

f) infidélité conjugale d'un parent ☐

g) autre ☐ expliquez _____

7- Votre situation matrimoniale

a- mariée ☐

b- vivant en couple dans le même domicile ☐

c- en couple avec domiciles séparés ☐

d- divorcée ☐

e- pas engagée dans une relation sérieuse ☐

8-combien d'enfants avez-vous ?

a- 1 ☐

b- 2 ☐

c- 3 ☐

d- 4 ou plus ☐

e- aucun ☐

SECTION C : Déterminants économiques.

8-Dans quel contexte avez-vous grandi ?

a- Précarité (pauvreté) ☐

b- Besoins essentiels courants ☐

c- aisance financière ☐

9- Origine de votre argent de poche (Source de revenus) :

a) Soi même ☐

b) Famille (famille, Parent, tuteur) ☐

c) compagnon ☐

d) époux ☐

e) amis ☐

f) aide ONG ou gouvernement ☐

g) autres ☐ préciser _____

10-A combien estimez-vous vos revenus mensuels quel qu'en soit l'origine des fonds ?

a) inférieur à 50 000 FCFA ☐

b) entre 50 000 et 100 000 ☐

c) entre 100 000 et 200 000 ☐

d) entre 200 000 et 400 000 ☐

e) > 400 000 ☐

f) autre ☐ préciser _____

11- Quelle est votre situation professionnelle ?

a- Etudiante avec emploi ☐

b- Etudiante sans emploi ☐

12- Avez-vous une activité rémunératrice en parallèle ?

- a) commerçante ☐
- b) gérante (bar, restaurant...) ☐
- c) travailleuse du sexe ☐
- d) secrétariat bureautique ☐
- e) coiffeuse ☐
- f) artiste ☐
- g) mannequin ☐
- h) autre ☐ préciser _____

SECTION D : Données sur Interruption volontaires de grossesses (IVG)

13-Avez-vous déjà pratiqué un avortement ?

a- Oui ☐

b- Non ☐

14- Combien de fois avez-vous eu recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) ? ☐

a- 1 fois ☐

b- 2 fois ☐

c- 3 fois ☐

d- 4 fois ☐

e- 5 fois ☐

f- plus de 5 fois ☐

15-En quelle année avez-vous eu votre première IVG ? Précisez _____

16- La dernière IVG _____

a-Soi même ☐

b-Médecin ☐

c-Infirmière ☐

d-Tradipraticien ☐

e- Ami/ Membre de la famille ☐

17- Dans quelle structure avait-elle été pratiquée ?

a-A domicile ☐

b-Hôpital public ☐

c-Hôpital de District ☐

d-Centre de santé ☐

18- Pour quelle(s) raison(s) avez-vous eu recours à l'IVG pour la première fois ?

a. grossesse non désirée ☐

b. manque de moyens financiers ☐

c. pression de l'entourage ☐

d. situation instable du couple ☐

e. abandon du conjoint (mari ou ami) ☐

f. peur de la réaction de la famille ☐

g. Prise de panique à l'annonce de la découverte de la grossesse ☐

h. peur de stopper ses études ☐

i. peur que la grossesse freine sa carrière ou projet professionnelle ☐

j. peur que la grossesse freine ses études ☐

k. autre ☐ préciser _____

19- Quels sentiments avez-vous ressenti quand vous avez opté pour l'IVG ?

a. culpabilité ☐

b. honte ☐

c. tristesse ☐

d. frustration et peur ☐

e. colère ☐

f. détresse psychologique ☐

g. dépression ☐

h. anxiété ☐

i. agressivité ☐

j. indifférence ☐

k. autre ☐ préciser _____

20-Si culpabilité, pourquoi ? _____

Si sentiment d'indifférence, pourquoi ? _____

21- La répétition des IVG a-t-elle entraîné chez vous des complications ? (**Pour les Cas**).

a- Aménorrhée ☐

b- stérilité ☐

c- infection ☐

d- fausses couches ☐

e- troubles sexuels ☐

f- troubles psychologiques ☐

g- autres ☐ lesquelles ? _____

h- aucune ☐

22- Pensez-vous qu'il était nécessaire que vous bénéficiiez d'une assistance par un psychologue ?

a- oui ☐

b- non ☐

23- Si oui, vous l'a-t-on proposé ?

a- oui ☐

b- non ☐

24- Y'a-t-il eu des complications ?

a- oui ☐

b- non ☐

c- si oui, lesquelles ? _____

25- Utilisez-vous régulièrement une contraception (la pilule ou autre)

a- oui ☐

b- non ☐

26- Si oui, laquelle ?

a- pilule ☐

b- préservatifs ☐

c- spermicides (crèmes ou ovules) ☐

d- stérilet ☐

e- autre ☐ laquelle _____

27- Avez-vous été vus par un médecin dans le cadre de cette IVG ?

a- oui ☐

b- non ☐

28- Si oui, Pensez-vous que les médecins vous ont proposé une contraception efficace pour éviter d'avoir recours à une autre IVG ?

a- oui ☐

b- non ☐

29- Si oui, Pensez-vous que les moyens contraceptifs que l'on vous a proposés coûtaient trop chers ?

a- oui ☐

b- non ☐

30- Pensez-vous avoir été bien informée sur les moyens contraceptifs (pilule et autres) après vos IVG ?

a- oui ☐

b- non ☐

31- Si oui, est-ce que les médecins ont eu avec vous un discours différent selon qu'il s'agissait de la première IVG, de la deuxième, de la troisième ou plus ?

a- oui ☐

b- non ☐

32- D'après vous est-il nécessaire de mettre une personne qui a eu l'IVG sous contraception ?

a- oui ☐

b-Non

33- Quelle contraception souhaiteriez-vous que l'on vous propose ?

a- pilule ☐

b- stérilet ☐

c- injections ☐

d- ligature tubaire ☐

e- autres ☐ préciser _____

34- Auriez-vous souhaité un suivi ?

a-Oui ☐

b-Non ☐

35-Si oui, le(s)quel (s) :

a- psychologue ☐

b- assistance sociale ☐

c- psychiatre ☐

d-Médicament(s) de la dépression et/ou anxiété ☐

d- autre ☐ préciser _____

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	i
DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DU PERSONNEL ACADEMIQUE ET ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES BIOMEDICALES DE YAOUNDE ...	v
SERMENT D'HYPOCRATE	xvii
LISTE DES TABLEAUX.....	xviii
LISTE DES ABREVIATIONS	xix
RESUME.....	xx
SUMMARY	xxii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : CADRE DE L'ETUDE	4
1. Justification de l'étude.....	5
2. Question de recherche.	5
3. Hypothèse de recherche.....	5
4. Objectifs.....	5
4.1. Objectif général.....	5
4.2) Objectifs spécifiques.....	5
Définitions des termes opérationnels.	6
CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE	7
I. GENERALITES SUR LES AVORTEMENTS	8
1. Définitions	8
2. Intérêts épidémiologiques	8
II. ETIOLOGIES DES AVORTEMENTS.	9

1. Les étiologies ovulaires	9
2. Les étiologies maternelles	9
III. CLASSIFICATION DES AVORTEMENTS	10
1- Classification selon la cause.....	10
2. Classification selon la clinique:[13].....	11
Tableau I : récapitulatif des types d'avortement	12
IV. ETUDE SUR L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)	13
1-Définition/Epidémiologie/Facteurs des IVG.	13
2-Signes cliniques[13].	15
3- Signes para cliniques[13].....	16
V- DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS ET COMPLICATIONS DES IVG	16
1- Diagnostics différentiels des IVG.....	16
2.Complications[6].....	16
VI-CONDITIONS DE REALISATION DES IVG.....	17
1-Conditions de réalisation des IVG.....	17
Une première consultation d'information :	17
La seconde consultation pour le recueil du consentement :	18
La réalisation de l'IVG :	18
VII- CONSEQUENCES DES IVG.	21
1-Conséquences psychologiques des IVG.	21
2-Conséquences pénales.	21
VIII-PRISE EN CHARGE DES AVORTEMENTS.	23
1- Les moyens	23
2-Soins après avortement (SAA).	25
Tableau II : Prise en charge en urgence des chocs hémorragiques.	26
Tableau III : Prise en charge en urgence des traumatismes intra abdominaux	28
TABLEAU IV : PEC des complications infectieuses	29

IX. ETAT DES PUBLICATIONS SUR LE SUJET.....	31
CHAPITRE III : METHODOLOGIE.	35
1. Type d'étude.	36
2. Période de l'étude.	36
3. Lieu d'étude : présentation.	36
4. Justification du lieu d'étude.....	37
5. Population d'étude.....	37
5.1. Population cible.	37
5.2. Population source.....	37
5.4. Critères de sélection.	37
5.4.2 Critères de sélection des Témoins :.....	37
5.5. Type d'échantillonnage.....	38
5.6. Taille de l'échantillon.	38
6. Variables.....	39
7. Procédure.....	39
7.1. Formalité administrative.	39
7.2. Recrutement	39
7.3. Collecte de données.	39
7.4. Analyse et interprétation des données.....	39
7.5. Considérations éthiques.....	40
8. Ressources.	40
8.1. Ressources humaines.	40
8.2. Ressources Matérielles.....	40
CHAPITRE IV : RESULTATS	41
Figure 1 : Diagramme de flux	42
Figure 2: Prévalence des IVG.....	43
Figure 3 : Pourcentage des IVG répétées	43

PARTIE I : Description des caractéristiques des participantes ayant eu des interruptions volontaires de grossesse (IVG)	44
Tableau V : Répartition des caractéristiques socio-culturel et démographiques.	44
Figure 4 : Répartition selon les régions d'origine	45
Tableau VI : Répartition des caractéristiques socio-anthropologiques	46
Figure 5 : Répartition selon les différents traumatismes psychiques vécus	47
Tableau VII : Répartition des caractéristiques socioéconomiques.....	48
Tableau VIII : Caractéristiques cliniques sur les interruptions volontaires de grossesse (IVG).	49
Figure 6 : Répartition des raisons du recours à la première IVG	50
Figure 7 : Sentiments éprouvés dans les suites de la première IVG	51
Tableau IX : Données sur la consultation d'un médecin après la première IVG.....	52
Tableau X : Données sur la contraception après la première IVG.....	53
Tableau XI : Avis des participantes sur la prise en charge psychologique après l'IVG	54
Figure 8 : Répartition des complications des IVG répétées	55
PARTIE II : Les facteurs associés aux IVG à répétition.....	56
Tableau XII : Facteurs sociodémographiques associés aux IVG à répétition.....	56
Tableau XIII : Déterminants anthropologiques associés aux IVG à répétition.....	57
Tableau XIV : Déterminants socioéconomiques associés aux IVG à répétition.....	58
Tableau XV : Facteurs cliniques associés aux IVG à répétition.	59
Tableau XVI : Déterminants psychosociaux associés aux IVG répétées.....	60
Tableau XVII : Facteurs cliniques, thérapeutiques et leur association aux IVG à répétition.	61
PARTIE III : Récapitulatif des facteurs indépendants et dépendants.	62
Tableau XVIII : Récapitulatif des facteurs indépendants associés aux IVG à répétition	62
Tableau XIX : Résumé des facteurs associés dépendants après éviction des facteurs de confusion grâce à la régression logistique binaire	63
CHAPITRE V : DISCUSSION.....	64

-Pourcentage des IVG répétées.	65
PARTIE I: LES CARACTERISTIQUES QUI PREDISPOSENT A FAIRE L'IVG	66
1-Caractéristiques socio-culturelles et démographique.....	66
a-Age.	66
b-Obédience, région.	66
2-Les caractéristiques anthropologiques	67
a- Mode de vie.....	67
b-Statut marital.	67
c-Parité.	68
d- Traumatismes dans l'enfance.....	68
3- Caractéristiques socioéconomiques.	69
a-Niveau économique dans l'enfance.	69
b-Source de revenus, revenus mensuels et activité parallèle.	69
4- Caractéristiques cliniques sur les interruptions volontaires de grossesse (IVG).	69
a-Auteur et lieu de la pratique de l'IVG.....	69
b- Raisons du recours à l'IVG.....	70
c-Sentiments éprouvés après recours à l'IVG.	70
5- Données sur la consultation post IVG et avis des participantes sur la place de la Contraception.	71
a-Contraception : Choix, régularité d'usage et efficacité des contraceptifs.....	71
b-Information et Cout de la contraception.	71
6- Avis des participantes sur la prise en charge psychologique après l'IVG.....	72
a- Assistance psychologique.	72
b-Complications des IVG répétées.....	72
PARTIE II : Facteurs associés à la répétition des interruptions volontaires de grossesse (IVG).	73
1-Déterminants sociodémographiques associés aux IVG à répétition.	73
a-Age	73

2-Déterminants anthropologiques associés aux IVG à répétition : mode de vie, statut marital.....	73
a-Mode de vie.....	73
b-Statut marital.....	74
3-Déterminants socioéconomiques associés aux IVG à répétition.	74
a-Activité parallèle.	74
4- Déterminants cliniques associés aux IVG à répétition.	75
a-Intervalle de temps.	75
5- Déterminants psychosociaux associés aux IVG répétées.	75
a-Instabilité du couple et pression de la famille.....	75
b-Ressentis et assistance psychologique.....	75
6- Déterminants cliniques associés aux IVG à répétition.	76
PARTIE III : RECAPITULATIF DES DETERMINANTS ASSOCIES A LA REPETITION DES IVG ET SCORE D'EVALUATION DE REPETER LE RISQUE.	77
1- RECAPITULATIF DES DETERMINANTS ASSOCIES A LA REPETITION DES IVG.....	77
a-Facteurs associés à la répétition des IVG.....	77
b-Facteurs dépendants associés à la répétition des IVG.	77
2-SCORE D'EVALUATION DE RISQUE DE REPETER UNE IVG.....	78
Tableau XX : Score d'évaluation de risque de répéter une IVG.....	78
CONCLUSION	80
RECOMMADATIONS.....	82
REFERENCES.....	84
ANNEXES	88
Annexe 1 : fiche d'information	89
Annex 1: card of information	90
Annexe 2 : Formulaire de consentement éclairé	91
Annex 2: Illuminated consent form.....	92

Annexe 3 : Clairance éthique	93
Annexe 4 : Autorisation de recherche de l'université de Yaoundé I.	94
Annexe 5 : Déclaration de Helsinki, Finlande, Juin 1964 et amendée par les :.....	95
Annexe 6 : Questionnaire sur les interruptions volontaires de grossesse (IVG) a répétition.	102
SECTION A : Déterminants socio-culturels et démographiques.....	102
TABLE DES MATIERES	110