



7^{ème} Conférence Africaine sur la Population
Johannesburg-Afrique du sud
30 novembre-5 décembre 2015

Les déterminants du recours à l'avortement dans les villes congolaises : Cas de Brazzaville et Pointe-Noire

Proposé par :

NZAOU Stone Chancel, Démographe-Statisticien, économiste

1-Université Marien Ngouabi(UMNG), Brazzaville-Congo

2-Institut National de la Statistique(INS) du Congo

3-Chercheur à l'Union pour l'Etude et la Recherche en Population et Développement(UERPOD)

Brazzaville-Congo/ Tél :(00242) 05 549 24 46 / 06 849 17 47

chancel81@yahoo.fr

Introduction.

Au moins 76 000 femmes meurent chaque année de suites d'avortements effectués de manière incorrecte. La plupart de ces procédures étant illégales, il est difficile d'estimer de façon précise le nombre de femmes qui, chaque année, ont recours à cette procédure pour mettre un terme à une grossesse non désirée. Les avortements à risques sont fréquemment suivis d'hémorragies ou d'infections (B. Shane, 1997). Dans l'ensemble des pays d'Afrique subsaharienne, le recours à l'avortement pour interrompre volontairement une grossesse est un acte illégal ou restreint à certaines conditions, avec des législations plus ou moins souples à ce sujet selon les pays: en Côte d'Ivoire, au Burkina-Faso, en Mauritanie et au Niger, c'est un acte totalement illégal, sauf rares exceptions¹. Dans d'autres pays, il est autorisé pour préserver la santé ou la vie de la mère (Mali, Nigeria, Benin, Congo, etc.) ; dans deux pays seulement (Cameroun et Ghana), il peut être légal pour raisons juridiques ou socio-économiques (BLEDSOE et COHEN, 1993). Très peu d'informations sont donc disponibles sur l'avortement dans ces pays : elles n'existent pas dans les registres officiels à cause de la nature illégale de l'acte, et dans les grandes enquêtes (les enquêtes démographiques et de santé par exemple), aucune question n'a été posée sur l'avortement provoqué, parce qu'on craignait a priori que les réponses ne soient pas fiables, les femmes étant supposées réticentes à déclarer une pratique illégale (BLEDSOE et COHEN, 1993 ; BOERMA, 1991). L'EDS-C, nous permet de relever une proportion élevée des avortements dans les grandes villes Congolaises (Brazzaville et Pointe-Noire) quel que soit le nombre. Condition suffisante de rechercher les déterminants du recours à l'avortement par les femmes de 15 à 49 ans. Plus spécifiquement, cette recherche vise à :

- dégager le profil des femmes qui recourent à l'avortement ;
- identifier les déterminants les facteurs explicatifs du recours à l'avortement.

¹ En Côte d'Ivoire, il n'y pas d'infraction lorsque l'interruption de la grossesse est nécessitée par la sauvegarde de la santé de la mère gravement menacée. Il faut l'avis de deux médecins en plus de celui du médecin traitant. (Article 367 du Code Pénal Ivoirien)

I. Revue de la littérature

1.1 Légalité de l'avortement en Afrique

Les pays d'Afrique se répartissent en six catégories, selon les motifs d'avortement légalement admis.

Tableau 1 : Le motif d'autorisation de l'avortement selon les pays en Afrique

Motif	Pays en 2012
Interdiction totale ou d'exception légale explicite pour sauver la vie de la femme	absence Angola, République centrafricaine, Congo (Brazzaville), République Démocratique du Congo, Égypte, Gabon, Guinée-Bissau, Lesotho, Madagascar, Mauritanie, Maurice, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Somalie
Pour sauver la vie de la femme	Côte d'Ivoire, Libye (e), Malawi (f), Mali (a,b), Nigeria, Soudan (a), Tanzanie, Ouganda
Pour protéger la santé physique (et pour sauver la vie de la femme)*	Bénin (a,b,c), Burkina Faso (a,b,c), Burundi, Cameroun (a), Tchad (c), Comores, Djibouti, Guinée équatoriale (e,f), Érythrée (a,b), Éthiopie (a,b,c,d), Guinée (a,b,c), Kenya (e), Maroc (f), Mozambique, Niger (c), Rwanda, Togo (a,b,c), Zimbabwe (a,b,c)
Pour protéger la santé mentale (outre tous autres motifs ci-dessus)	Algérie, Botswana (a,b,c), Gambie, Ghana (a,b,c), Libéria (a,b,c), Namibie (a,b,c), Seychelles (a,b,c), Sierra Leone, Swaziland (a,b,c)
Motifs socioéconomiques (outre tous autres motifs ci-dessus)	Zambie (c)
Aucune restriction de motivation	Cap-Vert, Afrique du Sud, Tunisie
*Cette catégorie comprend les pays dotés de lois faisant simplement référence à des indications « de santé » ou « thérapeutiques », qui peuvent être interprétées plus largement que la santé physique. <i>N.B.</i> : Certains pays autorisent aussi l'avortement en cas de (a) viol, (b) inceste, (c) malformation fœtale ou (d) autres motifs. Certains limitent l'accès à l'avortement en exigeant le consentement d'une (e) autorité parentale ou du (f) conjoint. Les pays qui admettent l'avortement pour motifs de nature socioéconomique ou sans restriction de motivation le soumettent cependant à des limites de gestation (1er trimestre généralement) ; l'avortement peut être admis au-delà de cette période, mais dans certaines conditions prescrites seulement.	

1.2. Les différentes approches sur l'avortement

D'après certaines enquêtes et études, le recours à l'avortement par certaines méthodes abortives en Afrique s'expliquerait par des caractéristiques d'ordre démographique, socioculturel, socio-économique et institutionnel.

1.2.1 Approche démographique

Les informations généralement disponibles sur l'avortement proviennent des données hospitalières concernant les complications d'avortement. L'estimation des conséquences graves du recours à l'avortement provoqué en Afrique subsaharienne n'a aucune vision

d'ensemble du niveau de cette pratique dans l'ensemble de la population (BLEDSOE et COHEN, 1993). Ces données suggèrent cependant qu'il existe un recours fréquent à l'avortement provoqué, en particulier aux jeunes âges, avant le mariage et chez les jeunes filles encore scolarisées ou étudiantes. D'après une enquête en milieu hospitalier à Accra au début des années 1980, un quart des femmes de moins de 20 ans venues accoucher à l'hôpital pour leur deuxième grossesse avaient interrompu clandestinement leur première grossesse. Au Cameroun, on a estimé à 18 % la proportion des grossesses terminées par un avortement provoqué chez les adolescentes (BLEDSOE et COHEN, 1993).

Le recours à l'avortement dépend des caractéristiques sociodémographiques d'après une étude réalisée à Abidjan, qui montre ; qu'il est deux fois plus fréquent chez les femmes qui ne sont pas en union que chez celles en union, et cette différence demeure en analyse multivariée, après ajustement par l'âge et les autres facteurs considérés. La probabilité d'avortement est inversement liée au niveau d'instruction. Il apparaît enfin, après ajustement sur les autres facteurs, que le risque d'avortement est lié au nombre de grossesses de la femme : les femmes les plus susceptibles d'avoir avorté sont celles ayant eu entre 3 et 5 grossesses (Annabel DESGRÉES du Loû et all., 1999). Une autre étude au CHU de Brazzaville montre que, les femmes sans emploi, les élèves et les étudiantes sont majoritaires à recourir un avortement provoqué clandestin. Les complications dues à ces avortements sont lourdes, avec 4,98% de décès (L.H. ILOKI et all., 1992).

La grossesse de la jeune fille reste cependant perche, à tort ou à raison comme une fatalité dans les sociétés africaines parce que non désirée. Elle conduit le plus souvent à des avortements pratiqués dans la clandestinité. La crainte de la réaction des parents ou de la famille face à une grossesse considérée comme inacceptable et les problèmes de couples (mésententes, grossesses pré maritales, refus de paternité, partenaires occasionnelles,) expliquent certaines interruptions de grossesses (Kasolo, 2000; Guillaume 2004).

1.2.3. Approche socioculturelle

Les rapports sexuels sont partout un des aspects du comportement social le plus entouré d'interdits culturels, du moins en Afrique. Du point de vue de la moralité religieuse, les rapports sexuels ne devraient avoir lieu que dans le cadre d'une union socialement reconnue et devraient exclusivement être réservés pour la procréation.

Dans les faits, la morale est de plus en plus remise en question, comme l'atteste le pourcentage non négligeable de naissances hors mariage dans certains pays, notamment chez les adolescentes (Renne, 1997).

La grossesse de la jeune fille reste cependant perche, à tort ou à raison comme une fatalité dans les sociétés africaines parce que non désirée. Elle conduit le plus souvent à des avortements pratiqués dans la clandestinité. La crainte de la réaction des parents ou de la famille face à une grossesse considérée comme inacceptable et les problèmes de couples (mésententes, grossesses pré maritales, refus de paternité, partenaires occasionnelles,) expliquent certaines interruptions de grossesses (Kasolo, 2000; Guillaume 2004). Ces motifs sont d'une importance variable selon l'âge des femmes et leur situation matrimoniale.

La décision d'avorter est pour les jeunes femmes largement dépendantes de la réaction du partenaire et de sa capacité à accepter la paternité. (Barrère, 2001).

Les études menées en Côte d'Ivoire, mettent l'accent sur le poids des raisons familiales dans les décisions de pratiquer l'avortement : unions instables, refus de reconnaître l'enfant par le père, demande du partenaire, problèmes de couples, crainte d'un scandale ou de réaction des parents (Guillaume 1999).

A Bamako au Mali, dans trois centres de santé, les raisons principales du recours à l'avortement mentionnées par les femmes sont : le célibat (38 à 64% des réponses), la pression familiale (31 à 45%) et la rupture avec leur partenaire (1,7 à 14,6%) (Konaté et al.1999). La crainte des parents a aussi été mentionnée comme motif d'avortement, particulièrement par les jeunes femmes : 16,4% des femmes de moins de 20ans ont avorté pour cette raison au Gabon (Barrère, 2001), 22% au Bénin 7,1% au Togo 17% en 1996 au Nigeria et 26% en Ouganda (ALIHOU, et al, 1996 ; Renne, 1997 ; Bazira, 1992). Au Sénégal ,21% des femmes ont mentionné la crainte des parents et 20% la peur des critiques de l'entourage (Diadhiou et al, 1995).

1.2.4 Approche institutionnelle

De nos jours, l'avortement n'est totalement interdit que dans 15 pays (sur 190). Dans les autres pays, la situation varie d'une limitation très stricte à une politique très libérale : dans 55 pays, l'avortement est possible sur demande ou pour des raisons économiques et sociales (United Nations, 1994). Certains Etats ou institutions (le Vatican, quelques pays d'Amérique Latine ou des pays islamistes) ont émis des réserves sur cette question de l'avortement. Ces réserves renvoient d'une part à des considérations éthiques ou religieuses autour de la notion de vie du fœtus mais aussi pour confirmer que l'avortement ne doit pas être utilisé comme «*méthode de planification familiale* ».

Cependant, l'infraction d'avortement est tombée en désuétude, ce qui crée un déphasage entre la loi (article 337 du code Pénal) et la réalité (pratique judiciaire et réprobation sociale de la condamnation pour avortement (Venant TCHOKOMAKOUA, 2000).

Il faut noter que dans son article 339, le code pénal prévoit deux cas dans lesquels les pénalités prévues par l'article 337 réprimant l'avortement ne peuvent pas être prononcées :

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

Toutefois, certaines modalités doivent être observées à savoir : l'avortement doit être réalisé dans les premiers mois de la grossesse, notamment en cas de viol ; l'avortement doit être pratiqué par un praticien dans un centre hospitalier public ou dans une formation sanitaire privée autorisée ; l'avortement doit être effectué après une autorisation du Ministère de la santé et de la population qui délivre une attestation sur la matérialité des faits.

II. Méthodologie

A la lumière des résultats obtenus par diverses études mentionnées dans la revue de la littérature, la présente étude se propose de rechercher les facteurs du recours à l'avortement par les femmes de 15 à 49ans au Congo, en posant l'hypothèse principale suivante : le recours à l'avortement dépend d'une part du contexte socioculturel, économique et institutionnel et d'autre part des caractéristiques individuelles de la femme. L'influence de ces facteurs peut être directe ou transiter par les connaissances sur l'avortement et les comportements procréateurs des femmes.

H1 : Le niveau d'instruction influence le recours à l'avortement. En effet les femmes de niveau secondaire ou supérieur recours plus à l'avortement que leur homologues sans instruction ou de niveau primaire.

H2 : La situation matrimoniale influence le recours à l'avortement en effet, il est plus fréquent chez les femmes qui ne sont pas en union que chez celles en union.

H3 : Les femmes issues des ménages pauvres recourent plus à l'avortement. En effet, pour éviter de faire face à une situation socio-économique difficile, puisque élever un enfant demande des moyens financiers considérables.

H4 : l'occupation principale de la femme influence le recours à l'avortement. Les femmes employées recourent moins à l'avortement que leur homologue sans emploi ou qui travaillent dans le secteur agricole.

2.1. Définition des concepts

2.1.1. Contexte socioculturel et économique

C'est un ensemble d'éléments combinant mœurs, attitudes, croyances, valeurs, et perceptions qui déterminent les comportements des individus dans la société. Pour Kouamé et Rwengé (1996), Les variables socioculturelles contribuent à la formation des modèles culturels constituant les cadres de pensée et de pratique connus et valorisés socialement par les membres de la communauté. Elles sont des condensés d'un ensemble de normes, d'images d'habitudes, d'idées, de pratiques quotidiennes, de nécessités auxquels se réfère l'individu dans sa vie quotidienne. Dans le cadre de notre étude, nous entendons par conteste socioculturel, un ensemble d'éléments environnementaux véhiculant normes et valeurs en matière de pratique contraceptive ayant un effet direct sur l'avortement provoqué. Ce concept est opérationnalisé ici par des variables comme le milieu de résidence, la religion et l'ethnie.

2.1.2. Contexte institutionnel

Le contexte institutionnel selon Venant TCHOKOMAKOUA (2000) à l'ensemble des lois et de textes juridiques qui réglemente la pratique de l'avortement dans un pays. Il peut s'agir des lois, des décrets ou encore des conventions internationales à l'exemple du protocole de Maputo. Dans notre étude, le conteste institutionnel renvoie à l'article 339 du code pénal.

2.1.3. Caractéristiques socio-économique du ménage de la femme

Ils se rapportent au niveau économique du ménage (ses moyens matériels et financiers) et renseignent sur sa capacité à disposer des ressources nécessaires à la prise en charge des soins. Ici, ils seront appréhendés par le niveau de vie du ménage, indicateur composite construit à partir des caractéristiques économiques des logements et la possession de certains biens et par l'occupation de la mère.

2.1.4. Caractéristiques individuelles de la femme

Il s'agit essentiellement de l'âge de la femme, de l'état matrimonial. Il faudrait attendre que la femme atteigne un certain âge de procréation pour espérer être exposée au risque de procréer, dans le cadre de cette étude cet âge sera de 15 ans. Dans notre étude, nous entendons par

caractéristiques individuelles de la femme un ensemble d'éléments composé de l'âge et du statut matrimonial qui permet de distinguer les femmes entre elles.

2.1.5. L'avortement.

Dans le langage médical, on entend par « avortement » l'interruption de la grossesse avant que le fœtus ne soit visible, c'est –à-dire capable de mener une vie extra-utérine indépendante. La viabilité est ordinairement définie en fonction de la durée de grossesse et/ou du poids du fœtus, parfois de sa longueur. L'OMS estime que les définitions varient considérablement selon le pays.

2.2. Données

Après l'expérience acquise lors du programme de l'Enquête Mondiale sur la Fécondité(EMF), les EDS permettent en général de disposer de données de qualité appréciable. C'est ainsi que la deuxième Enquête Démographique et de Santé (EDS) réalisée au Congo en 2011-2012 représente une source de données adéquates. Cette enquête a touché au total un échantillon de 10819 femmes âgées de 15 à 49 ans.

Notre population cible est constituée essentiellement des femmes ayant eu une ou plusieurs grossesses dont la taille de l'échantillon est de 2415 femmes âgées de 15 à 49 ans résidant dans les villes de Brazzaville(1180) et Pointe-Noire(1235).

2.3 Définition des variables de l'étude

2.3.1 Variable dépendante

La variable dépendante de notre étude est le recours à l'avortement. Elle a deux modalités : oui et non.

2.3.2 Variables indépendantes

Les variables indépendantes de notre étude sont celles qui ont été retenues comme pouvant expliquer le recours à l'avortement. Il s'agit des variables issues des facteurs socioculturels, socio-économiques et démographiques.

2.3.2.1. Occupation principale de la femme

Dans le cadre de cette étude, l'occupation de la mère renvoie à son occupation principale, c'est-à-dire à l'activité qui occupe la plus grande partie de son temps. Elle joue un rôle important dans la détermination de la capacité économique de la femme à pouvoir se procurer des services de santé de qualité auprès des spécialistes et donc de se prendre en charge en cas de grossesse et de désengagement de l'homme. Quatre catégories d'occupation ont été prises en compte à savoir : sans emploi, administration, commerce/services et agriculture.

2.3.2.2. Niveau d'instruction de la femme.

Cette variable peut être appréhendée soit par la dernière classe atteinte, soit par le diplôme obtenu le plus élevé, voire par le nombre d'années passées dans le système éducatif formel. Dans le cadre de ce travail, le niveau d'instruction de la femme comprend les modalités suivantes: *Sans niveau* (analphabètes) ou niveau *Primaire* (complet ou incomplet), niveau *Secondaire et plus*.

2.3.2.3. Religion

Cette variable comprend les modalités suivantes : catholiques, protestantes, autres religions, église de réveil et aucune religion.

2.3.2.4. Age de la femme

Nous avons ici sept(7) tranches d'âges de la femme à savoir : les 15–19 ans, 20–24 ans , 25–29 ans, 30-34 ans, 35-39 ans, 40-44 ans, 45-49 ans.

2.3.2.5. Statut matrimonial

Cette variable comprend quatre modalités qui sont : célibataires, unions, divorcées/séparées, veuves.

2.3.2.6. Niveau de vie

L'indicateur de niveau de vie ici a été construit à partir des caractéristiques de logement et de confort. Les caractéristiques de logement choisis sont : le principal matériau du sol, du toit et des murs, la source d'approvisionnement en eau et le type de toilette utilisée. Les variables de confort ici sont : la possession d'un téléviseur, d'un poste radio pour les informations, l'usage de l'électricité comme source d'énergie. Dans le contexte de cette étude, nous avons trois niveaux de vie à savoir : niveau faible, niveau moyen et niveau élevé.

3.4. Méthodes d'analyse

La vérification des hypothèses suppose un certain nombre de transformations sur les données dont le but est d'en extraire l'essentiel de l'information dissimulée dans la masse de ces données. Ces transformations requièrent l'utilisation de méthodes statistiques particulières dont le choix dépend essentiellement des objectifs poursuivis et de la nature des variables entrant dans l'analyse. Les analyses s'effectueront aux niveaux bivarié et multivarié.

3.4.1. Analyse descriptive

3.4.1.1 Au niveau bivarié

A ce niveau, il s'agit de vérifier la liaison ou l'association entre la variable dépendante et chacune des variables indépendantes. Compte tenu de la nature des variables (catégorielles), on fait recours au test de khi-deux pour évaluer l'association entre variables. En sciences sociales, un seuil de signification est généralement fixé. Lorsque la probabilité associée au khi-deux est inférieure au seuil de signification retenu, on conclut que les deux variables sont associées, sinon on dit qu'elles sont indépendantes. Dans le cadre de notre étude, le seuil de 5 % est retenu.

3.4.1.2 Au niveau multivarié

L'analyse bivariée peut conduire à des résultats erronés. Pour avoir des résultats, toutes choses égales par ailleurs, il faut procéder à une analyse multivariée. Compte tenu des objectifs poursuivis et de la nature des variables, nous ferons recours à l'Analyse Factorielle des Correspondances Multiples (AFCM) afin de caractériser les femmes selon le recours à l'avortement. A cet effet, le module « *Analyse factorielle et classification* » du logiciel SPAD sera utilisé.

3.4.2 Analyse explicative

Le choix de la régression logistique a été fait sur la base de la nature des données disponibles, de nos variables et de nos objectifs que nous nous sommes fixés dès le départ. En effet, compte tenu de la nature de la variable dépendante (types de méthodes d'avortement) qui est qualitative et dichotomique, notre analyse répond au principe de la régression logistique.

Dans la régression logistique, on estime directement la probabilité d'occurrence d'un évènement (ici, le recours aux types de méthodes d'avortement). Le modèle de régression logistique s'écrit :

$\text{Prob}(\text{évènement}) = \frac{1}{1 + e^{-Z}}$ que l'on peut écrire encore : $\text{Prob}(\text{évènement}) = \frac{e^Z}{1 + e^Z}$ avec
 $Z = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k$ ou

β_0 est le terme indépendant exprimant le niveau moyen Z pour toutes les observations,

β_j ($j = 1, \dots, K$) sont des coefficients de régression estimés à partir des données ;

X_j ($j = 1, \dots, K$) désignent les variables indépendantes ou les variables explicatives.

Le signe de X_j indique le sens de relation qui existe entre la variable j et la variable dépendante, mais l'interprétation de ces coefficients se base sur les « odd ratio) (rapport du

risque relatif) est défini comme le rapport du risque relatif d'une modalité donnée par le rapport du risque de la modalité de référence.

On a : Proba (évènement) = 1 – Proba (non évènement). Ce qui donne l'équation suivante :

Odds = Proba (évènement)/Proba(non évènement), donc :

$$\text{Odds} = e^z = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k = e^{\beta_0} e^{\beta_1 X_1} e^{\beta_2 X_2} \dots e^{\beta_k X_k}$$

IV. Résultats.

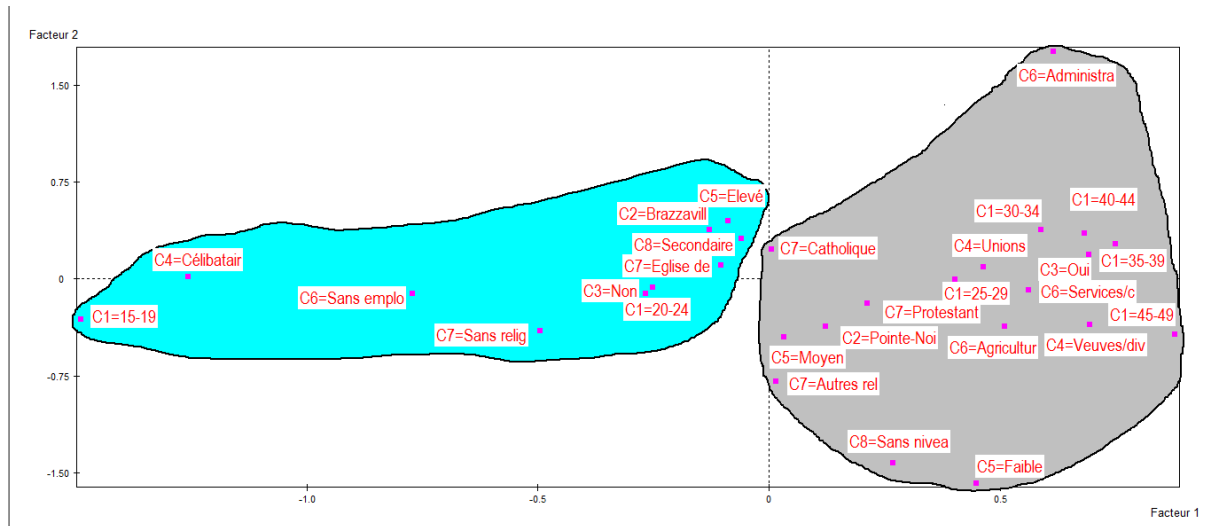
4.1 L'effet de chaque variable indépendante sur le recours à l'avortement.

Le test de Khi-deux nous permet de rejeter l'hypothèse d'indépendance. Il ressort de nos associations au seuil de 5% que : le niveau d'instruction, la ville de résidence, la situation matrimoniale et le type d'occupation sont associés au recours à l'avortement.

En effet, les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus sont plus nombreuses (27,6%) à recourir à l'avortement que leurs homologues sans instruction ou de niveau primaire. Celles qui résident à Pointe-Noire (capitale économique) sont plus nombreuses (31%) à recourir à l'avortement que leurs homologues qui résident à Brazzaville (capitale politique) (22%). Les femmes veuves /séparées/divorcées (35,9%) et en unions (30,8%) sont plus nombreuses à recourir à l'avortement par rapport à leurs homologues célibataires (13,6%). Celles qui travaillent dans les services/commerce (32,6%) et l'administration (28,5%) sont plus nombreuses à recourir à l'avortement que celles qui sont sans emploi (19,6%) ou qui exercent dans l'agriculture (16%).

4.2. Profil des femmes qui recourent à l'avortement dans les villes congolaises (Brazzaville et Pointe Noire).

Graphique : Projection des variables en analyse factorielles des correspondances multiples (AFCM)



4.2.1. Interprétation du plan factoriel : Catégorisation des femmes selon le recours à l'avortement.

L'analyse du plan factoriel met en évidence deux groupes : le premier groupe est constitué des femmes dont la perte de grossesse a été un recours à l'avortement provoqué. Ces femmes sont sans niveau d'éducation ou primaire, elles résident essentiellement à Pointe-Noire. Ces mêmes femmes exercent dans l'administration, les services/commerces et l'agriculture, elles appartiennent aux groupes d'âge 25-49 ans, elles sont de religion catholiques ou protestantes, elles sont en unions, veuves/séparées/divorcées. Elles sont dans des ménages de niveau de vie faible ou moyen. Le deuxième regroupe des femmes qui n'ont pas recouru à l'avortement provoqué. Celles-ci sont localisées à Brazzaville et ont un niveau d'éducation secondaire ou plus. Ces femmes sont dans les églises de réveil, de niveau de vie élevé, elles sont célibataires, sans emploi, et appartiennent aux groupes d'âge 15-24ans.

4.3 Contribution des facteurs au recours à l'avortement

Tableau 2: Rapports de chances au recours à l'avortement provoqué.

Variables indépendantes	Rapport de chance
	Effets nets
	Model saturé
Niveau d'instruction	***
Sans niveau ou Primaire	Réf
Secondaire ou Supérieur	0,679 ***
Milieu de résidence	***
Pointe-Noire	Réf
Brazzaville	0,576 ***
Niveau de vie	***
Faible	Réf
Moyen	0,779***
Elevé	0,822ns
Religion	***
Catholique	Réf
Protestante	1,350***
Eglise de réveil	1,815***
Autres religions	1,324***
Aucune religion	0,743bs
Situation matrimoniale	***
Célibataire	Réf
Union	0,526***
Veuve/séparée/divorcée	0,822***
Groupes d'âge	***
15-19	Réf
20-24	0,291***
25-29	0,207***
30-34	0,296***
35-39	0,278***
40-44	0,394***
45-49	0,299***
Occupation de la femme	***
Sans emploi	Réf
Administration	0,951ns
Services/commerce	0,724***
Agriculture	1,44ns
Khi-deux	654,78
Pseudo R2	0,0874

Seuil de signification: ***p<5%

(Réf) : modalité de référence

Le modèle saturé est celui capable de fournir les facteurs du recours à l'avortement dans les villes congolaises. A partir du seuil de décision de 5%, on peut les identifier. Ce sont entre autres, le niveau d'instruction, la ville de résidence, le niveau de vie du ménage, la religion, la situation matrimoniale, l'âge et l'occupation de la femme. Ces facteurs ont contribué à différents niveaux à la prédiction de l'évènement.

En effet, les femmes de niveau secondaire et plus ont 0,679 fois de risque de recourir à l'avortement que leurs homologues sans niveau d'instruction ou de niveau primaire. Les femmes qui résident à Brazzaville (Capitale politique) ont 0,576 fois de chance de ne pas recourir à l'avortement provoqué que celles qui habitent Pointe-Noire (Capitale économique). Les femmes qui habitent dans les ménages de niveau de vie moyen ont 0,779 fois de chance de ne pas recourir à l'avortement que leurs homologues des ménages pauvres. Celles des ménages aisés ont le même comportement que leurs homologues des ménages pauvres. Les femmes des religions protestantes, autres religions et des églises de réveil courent respectivement 1,35 fois, 1,81 fois, et 1,32 fois de risque de recourir à l'avortement provoqué que leurs homologues de la religion catholique. Les femmes en union et séparées/veuves /divorcées ont respectivement 0,526 fois et 0,405 fois de chance de ne pas recourir à l'avortement que leurs homologues célibataires.

Les hypothèses H1 selon laquelle le niveau d'instruction influence le recours à l'avortement, H2 selon laquelle la situation matrimoniale influence le recours à l'avortement et H4 selon laquelle l'occupation principale de la femme influence le recours à l'avortement, sont confirmées. Par contre l'hypothèse H3 selon laquelle les femmes issues des ménages pauvres recourent plus à l'avortement, est partiellement confirmée.

Discussion et conclusion

L'objectif de cette communication était de rechercher les déterminants du recours à l'avortement par les femmes de 15 à 49 ans dans les deux principales grandes villes de la République du Congo.

De façon spécifique, notre investigation a consisté à :

- dégager le profil des femmes qui recourent à l'avortement ;
- identifier les déterminants du recours à l'avortement.

Ainsi, au terme de cette étude, les femmes qui recourent à l'avortement sont sans niveau d'éducation ou primaire, elles résident essentiellement à Pointe-Noire. Ces mêmes femmes exercent dans l'administration, les services/commerces et l'agriculture, elles appartiennent aux groupes d'âge 25-49 ans, elles sont de religion catholiques ou protestantes, elles sont en unions, veuves/séparées/divorcées. Elles sont dans des ménages de niveau de vie faible ou moyen. Les femmes qui n'ont pas recouru à l'avortement provoqué, sont localisées à Brazzaville et ont un niveau d'éducation secondaire ou plus. Ces femmes sont dans les églises de réveil, de niveau de vie élevé, elles sont célibataires, sans emploi, et appartiennent aux groupes d'âge 15-24ans.

Il sied de noter que les facteurs explicatifs du recours à l'avortement provoqué dans le contexte de Brazzaville et Pointe-Noire sont essentiellement le niveau d'instruction, la ville de résidence, le niveau de vie du ménage, la religion, la situation matrimoniale, l'âge et l'occupation de la femme.

Comme le souligne une étude sur l'avortement clandestin au CHU de Brazzaville où les femmes encore à l'école (les élèves et les étudiants) figurent parmi les groupes qui recourent plus à l'avortement pour deux raisons essentielles à savoir ; pour poursuivre les études et par crainte des parents (L.H. ILOKI et all., 1992). Il s'agit aussi de la réaction du partenaire et de sa capacité à accepter la paternité. En effet, la grossesse de la jeune fille reste cependant perche, à tort ou à raison comme une fatalité dans les sociétés africaines parce que non désirée. Elle conduit le plus souvent à des avortements pratiqués dans la clandestinité. La crainte de la réaction des parents ou de la famille face à une grossesse considérée comme inacceptable et les problèmes de couples (mésententes, grossesses pré maritales, refus de paternité, partenaires occasionnelles,) expliquent certaines interruptions de grossesses (Guillaume, 2004).

Dans notre cas, les femmes en unions sont plus nombreuses à recourir à l'avortement pour une raison principale, celle de régulation des naissances.

Pour diminuer l'ampleur de ce phénomène, il faut prôner le changement des comportements en matière de gestion de la sexualité et de fécondité chez les femmes, qui doit être pris en compte dans les programmes de santé publique. En effet, le recours à l'avortement est bien souvent une réponse à un besoin non satisfait de planification familiale et sa fréquence pourrait être réduite par un meilleur accès à des programmes orientés en particulier vers les adolescentes et les jeunes femmes.

BIBLIOGRAPHIE

- AKOTO E., (1993), *Déterminants socioculturels de la mortalité des enfants en Afrique Noire : Hypothèse et recherche d'explication*, Louvain-la-Neuve, Academia, 269p.
- BARABARA SHANE(199), *Le planning familial sauf des vies*, Troisième édition, janvier 1997,28p.
- BARRERE M, (2000), *Avortement*, Enquête Démographique et de Santé, Gabon, pp.86-98.
- BLEDSOE (C.) et COHEN (B.) (eds), 1993, *Social dynamics of adolescent fertility in Sub-Saharan Africa*, National Academy Press, Washington, 208 p.
- DESGRÉES DU LOÛ Annabel, MSELLATI Philippe, Ida VIHO et WELFFENS-EK.RA(1998) *Christiane Le recours croissant à l'avortement provoqué à Abidjan depuis 10 ans. Un des mécanismes de la récente baisse de fécondité?* OROSTOM, Paris, Avril 1998, 25p.
- DJOKE AGBEVIADÉ, (2004), *Recours à l'avortement au Togo: Tendances et facteurs Explicatifs*, Mémoire de DESSD, IFORD, 106p.
- FOURNIER P. et HADDAD S, (1995), *Les facteurs associés à l'utilisation des servicesdesanté dans les pays en développement », in Hubert G. et Piché V. (eds), la Sociologie des populations*, Montréal, AUPELF-UREF, pp 289-325.
- GAUTIER A. (2002), *Les droits reproductifs en Afrique sub-saharienne* In A. Guillaume. Desgrées du lou.A, Zanou B, Koffi N ; (Ed) *Santé de la reproduction en Afrique*, pp. 77 – 100, 9 – 12 novembre 1999, ENSEA, Abidjan, Cote d'Ivoire.
- GUILLAUME Agnès, (2003/6), *Le rôle de l'avortement dans la transition de la fécondité à Abidjan au cours des années 1990*, Population, Volume 58, p. 753.
- KONATE M.K. et al, (1999), *Les conséquences sociales de l'avortement provoqué à Bamako* CILSS.INSAH.CERPOD. Bamako.91p.
- LEKE R.J., (1998), *Les adolescents et l'avortement*, In B. Kouate-Defo (Ed) , *Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique*. pp. 297-306. Montréal: Editconseil Inc.
- MUDUBU KONATE, (1996), *Mortalité infantile et juvénile au Togo: Contribution des facteurs socioculturels*, Cahiers de l'IFORD n° 11, Yaoundé, 85p.
- NATIONS UNIES, (1994), *Rapport de la conférence internationale sur la population et le développement*, Nations Unies, le Caire.
- NGWE et al., (2005), *Connaissances, Attitudes et Pratiques relatives à l'avortement à Yaoundé et Douala*, CCRA, ALVF, 86p.

Organisation mondiale de la Santé (OMS), (2000), *Rapport sur la santé mondiale 2000 — comment améliorer la performance des systèmes de santé ?* Genève, consulté en ligne le 25-04-2010 à www.who.int/.

RAKOTONDRABE F.P., (2004), *Statut de la femme, prise de décision et santé de l'enfant à Madagascar*, Thèse de doctorat, IFORD, Yaoundé, 353p.

TCHOKOMAKOUA Venant, (2000), *L'avortement en droit camerounais*, GTZ, 32p

RENNE, E. P. (1997). "*Changing patterns of child-spacing and abortion in a northern Nigerian town.*

KONATE, M. K., F. Sissoko, et al. (1999). *Les conséquences sociales de l'avortement provoqué à Bamako*. Bamako, CILSS, INSAH, CERPOD: 91.

ALIHONOU, E., S. Goufodji, et al., 1996. "*Morbidity and mortality related to induced abortions(a study conducted in hospitals of Cotonou, Benin in 1993).*" *African Journal of Fertility, Sexuality and Reproductive Health* 1(1): 58-65.