

ANALYSE DES AVORTEMENTS A LA MATERNITÉ DE L'HÔPITAL COMMUNAUTAIRE DE BANGUI

A. SEPOU, R. NGBALE, M.C. YANZA, Z. DOMANDE-MODANGA, E. NGUEMBI

Med Trop 2004; 64 : 61-65

RESUME • L'avortement est l'interruption précoce de la grossesse qui pose peu de problèmes s'il est spontané alors que l'avortement clandestin provoqué (ACP) est souvent suivi de complications plus ou moins graves. Les cas de plus en plus nombreux d'avortements dans le service nous a amené à entreprendre cette étude pour : évaluer la fréquence des ACP dans le service ; déterminer les caractéristiques démographiques des femmes qui pratiquent les ACP ; et identifier les complications. Nous avons mené une étude transversale sur une période d'un an dans le service. N'ont été recrutés que les avortements en cours ou les avortements incomplets. Les aménorrhées non gravidiques et les grossesses extra-utérines étaient exclues du travail. Les données cliniques et sociales étaient collectées à partir des fiches conçues pour la circonstance par l'équipe de recherche. Les données analysées ont donné les résultats suivants. Pour 5292 hospitalisations en gynécologie, nous avons enregistré 719 avortements (13,6%), parmi lesquels 43,4% d'ACP. L'âge moyen des patientes était de 24,7 ans avec des extrêmes de 13 et 39 ans. L'avortement spontané était plus fréquent chez les femmes mariées alors que chez les élèves/étudiantes c'était plutôt l'ACP. Les grossesses désirées étaient plus signalées par les femmes mariées contrairement aux célibataires qui posaient le problème de grossesses non désirées. L'ACP était plus pratiqué par les élèves et étudiantes. Les raisons évoquées pour la pratique des ACP étaient surtout d'ordre économique (61,5%). Les méthodes utilisées pour ces ACP étaient dominées par les associations médicamenteuses (39,1%), suivies des méthodes mécaniques (26,0%). Parmi les complications observées, les infections sévères et le décès n'ont concerné que les femmes ayant pratiqué les ACP. La fréquence des ACP dans le service est inquiétante, d'autant que les femmes concernées sont des jeunes et que les complications sont graves. Des actions visant la vulgarisation des méthodes contraceptives en milieu scolaire et universitaire seront menées pour éviter les grossesses non désirées qui poussent souvent ces jeunes aux ACP.

MOTS-CLES • Avortements clandestins – Femmes jeunes – Complications.

ANALYSIS OF ABORTION CASES IN THE MATERNITY WARD OF THE COMMUNITY HOSPITAL IN BANGUI, CENTRAL AFRICAN REPUBLIC

ABSTRACT • Abortion, i.e., early termination of pregnancy, has few complications when it occurs spontaneously. However self-inflicted abortion (SIA) often leads to more or less serious complications. In view of the increasing number of abortion cases in our department, we undertook this year a long transversal study to evaluate the incidence of SIA in the department, determine the demographic characteristics of the women that practiced SIA, and identify the complications of SIA. Only ongoing or incomplete abortions were studied. Amenorrhea not related to pregnancy or associated with ectopic pregnancy was excluded from study. Clinical and demographic data were noted on forms specially designed by the research team. Data analysis yielded the following findings. Abortion accounted for 719 of the 5292 hospitalizations (13.6%) in gynecology unit, including 43.4% of SIA. Mean patient age was 24.7 years (range, 13 to 39). Spontaneous abortion was more likely to be observed in married women than in students who usually presented SIA. Wanted pregnancy was more likely to be reported by married women than by single woman who posed the problem of unwanted pregnancy. Students had more SIA. The main reasons for practicing SIA were financial (61.5%). The most common methods used for SIA were drug combinations (39.1%) and mechanical tools (26.0%). All severe complications such as infection and death were observed in women who practiced SIA. The high incidence of SIA in the department was especially disturbing due to the young age of the women involved and the severity of the complications. More action is needed to spread information on contraceptive methods in schools and universities to avoid unintended pregnancies that drive young people to practice SIA.

KEY WORDS • Self-inflicted abortions – Young women – Complications.

L'avortement est l'interruption précoce de la grossesse qui pose de différents problèmes. Spontané et répété, l'avortement pose des problèmes sociaux pour le couple et la

famille surtout en République Centrafricaine (RCA) où l'enfant a une place prépondérante. Quant à l'avortement provoqué, il est souvent suivi de complications plus ou moins graves surtout si sa pratique est interdite par la loi, comme dans notre pays. L'observation d'avortements suivis de plus en plus de complications dans le service nous a fait craindre des avortements clandestins provoqués (ACP) qui sont difficilement avoués. Cette crainte est confortée par la faible prévalence d'utilisation des méthodes contraceptives modernes par nos femmes (3%), comme l'a révélé l'enquête démographique et de santé de RCA effectuée en 1994/1995 (1). L'ampleur de l'avortement et de ses complications est mal connue dans nos services. Nous savons que le décès maternel fait partie de ces

• Travail du Service de gynécologie-obstétrique (A.S., Docteur en gynécologie-obstétrique, Chef de service; R.N., Z.D-M., Docteurs généralistes) Hôpital Communautaire de Bangui, du Complexe Pédiatrique de Bangui (M.C.Y., Docteur en pédiatrie) et du Département de santé publique (E.N., Médecin épidémiologiste, Maître-assistant), Faculté des Sciences de la Santé de Bangui, République Centrafricaine.

• Correspondance : Docteur Abdoulaye SEPOU, chef du service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Communautaire de Bangui, Boite Postale 3199 Bangui, République Centrafricaine •

• E-mail : se pou_abdoulaye@yahoo.fr •

• Article reçu le 30/06/1998, définitivement accepté le 12/12/2003.

complications. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les complications de l'avortement sont responsables d'environ 14% des quelques 500.000 décès maternels enregistrés chaque année, dont 99% dans les pays en développement (2). En considérant les avortements provoqués comme un problème de santé publique, Odland a estimé que 25% de décès maternels en Asie et 30 à 50% en Afrique et en Amérique Latine seraient dus aux complications des ACP (3). Dans les pays industrialisés qui ont adopté la légalisation des interruptions volontaires des grossesses, ces complications ont pratiquement disparu (4). Certaines études effectuées en Afrique ont attiré l'attention des praticiens sur les conséquences de cet acte (5-7). Il nous a paru nécessaire d'effectuer ce travail pour : évaluer l'ampleur des avortements dans le service et surtout celui des ACP, déterminer les caractéristiques démographiques des femmes qui pratiquent les ACP et identifier les complications. Les résultats devront nous amener à entreprendre des actions visant la réduction des ACP et leurs conséquences.

ÉTUDE

Nous avons mené une étude transversale de 12 mois, du 1^{er} octobre 1996 au 30 septembre 1997, à la maternité de l'Hôpital Communautaire de Bangui. C'est le seul service de référence dans la spécialité, habilité à résoudre des problèmes de chirurgie gynécologique et obstétricale. Nous avons retenu, pendant la période de l'étude, toutes les patientes admises dans le service pour une menace d'avortement ou pour un avortement incomplet. En étaient exclues, toutes les femmes présentant un saignement dans un contexte d'aménorrhée et dont les investigations cliniques et paracliniques (échographie et/ou test immunologique de grossesse) ont éliminé une grossesse. Les grossesses extra-utérines étaient également exclues du travail. Nous avons élaboré en conséquence des fiches comportant des éléments d'information sur les caractéristiques socio-démographiques des patientes, les signes cliniques depuis l'admission jusqu'à la sortie et les conditions de survie des avortements. Les informations cliniques n'étaient recueillies que par les médecins du service. Ceux-ci étaient aidés par les assistantes sociales qui, au cours de leurs entretiens, amenaient certaines femmes réticentes à avouer le caractère clandestin des avortements. En cas d'avortement provoqué avoué d'emblée ou après entretien, les assistantes sociales devaient recueillir des informations complémentaires, notamment les raisons et les moyens utilisés pour provoquer les avortements. La mise à jour des fiches de données se faisait régulièrement par l'équipe de recherche. Les données recueillies ont été traitées avec le logiciel Epi-Info. L'analyse faite devait déterminer l'interaction entre les différentes variables.

RÉSULTAT

Nous avons enregistré, 5292 patientes admises dans le service pour des problèmes gynécologiques dont 719 cas d'avor-

Tableau I - Répartition des avortements selon la tranche d'âge et la parité des patientes.

	Avortements spontanés n = 407	ACP n = 312	Total n = 719	%	Tests statistiques
Tranches d'âges (ans)					
< 15	2	4	6	0,8	
15 à 19	77	114	191	26,6	
20 à 24	142	116	258	35,9	p < 0,001
25 à 29	98	35	133	18,5	
30 à 34	47	25	72	10,0	
35 et +	41	18	59	8,2	
Parité					
Nullipares (0)	135	81	216	30,0	
Paucipares (1 à 3)	189	206	395	55,0	p < 0,001
Multipares (4 à 6)	58	14	72	10,0	
Grandes multipares (> 7)	25	11	36	5,0	

tements (13,6% des patientes). Parmi les avortements, 312 (43,4%) étaient provoqués et 407 (56,6%) étaient spontanés.

Répartition des avortements selon la tranche d'âge et la parité des patientes

Les ACP avaient surtout concerné les patientes de moins de 25 ans, avec une différence significative (p < 0,001). Chez les paucipares, il y avait plus d'avortements, avec une dominance d'avortements provoqués (Tableau I). L'âge moyen des patientes était de 24,7 ans avec des extrêmes de 13 ans et 39 ans.

Répartition des avortements selon les statuts matrimonial et socioculturel

Selon le statut matrimonial, l'avortement spontané était plus fréquent chez les mariées avec une différence significative (p < 0,001). Selon le statut social, l'ACP était plus fréquent chez les élèves/étudiantes que chez les autres, avec une différence significative (p < 0,001). Les données sont présentées dans le tableau II.

Répartition des grossesses désirées ou non, selon les statuts matrimonial et socioculturel:

Selon le statut matrimonial, les grossesses désirées étaient plus fréquentes chez les femmes mariées avec une différence significative (p < 0,001). Selon le statut socioculturel,

Tableau II - Répartition des avortements selon les statuts matrimonial et socioculturel.

	Avortements spontanés n = 407	ACP n = 312	Total n = 719	Pourcentage	Tests statistiques
Statut matrimonial					
Célibataires	130	217	347	48,3	
Mariées	256	68	324	45,0	p < 0,001
Divorcées	21	27	48	6,7	
Statut socioculturel					
Ménagères	307	136	443	61,6	
Elèves/étudiantes	67	149	216	30,0	p < 0,001
Salariées	33	27	60	8,4	

Tableau III - Grossesses désirées ou non selon les statuts matrimonial et socioculturel

	Grossesses désirées	Grossesses non désirées	Tests statistiques
Statut matrimonial			
Mariées	275	49	p < 0,001
Célibataires	144	203	
Divorcées	23	25	
Statut social			
Ménagères	311	132	p < 0,001
Elèves/Étudiantes	83	133	
Salariées	48	12	

rel, les grossesses non désirées étaient plus fréquentes chez les élèves/étudiantes que chez les autres avec une différence significative (p < 0,001). Les données sont présentées dans le tableau III.

Répartition des avortements selon les statuts socioculturel et matrimonial

Aussi bien chez les célibataires que chez les mariées, l'avortement clandestin était plus pratiqué par les élèves/étudiantes avec une différence significative (p < 0,001 quelque soit le statut matrimonial) (Tableau IV).

Age de la grossesse au moment de l'avortement

Nous avons observé, chez nos patientes, que 479 avortements (66,7%) s'étaient produits avant 12 semaines d'aménorrhée (SA) et 240 après 12 SA. Pour les avortements provoqués, 107 (34,3%) étaient survenus au-delà de 12 SA, cette proportion était de 32,7% pour les avortements spontanés sans différence significative entre les deux (p > 0,05).

Principales raisons justifiant les avortements provoqués, selon les patientes

Le tableau V montre que les raisons économiques étaient les plus évoquées. Les élèves/étudiantes avaient évoqué, entre autres, les raisons scolaires et/ou la crainte des parents.

Tableau IV - Répartition des avortements selon la profession et le statut matrimonial.

	Profession des patientes			Tests statistiques
	Ménagères	Elèves/Étudiantes	Salariées	
Avortements spontanés				
Célibataires	81	47	2	p < 0,001
Mariées	210	19	27	
Divorcées	16	1	4	
ACP				
Célibataires	68	133	16	p < 0,001
Mariées	45	14	9	
Divorcées	23	2	2	

Tableau V - Raisons, méthodes utilisées pour pratiquer les avortements clandestins provoqués.

	Nombre	%
Raisons des avortements clandestins provoqués		
Socio-économiques	192	61,5
Erreur de calcul (méthode d'Ogino)	63	20,2
Scolaires et/ou peur des parents	57	18,3
Méthodes des avortements clandestins provoqués		
Associations médicamenteuses	122	39,1
Méthodes mécaniques	81	26
Décoctions traditionnelles	55	17,6
Autres méthodes	54	17,3

Sur le tableau V, on observe que l'association des médicaments réputés abortifs était la plus fréquente.

Signes cliniques retrouvés chez les patientes en salle d'urgence

L'hémorragie d'origine utérine était le signe constant (Tableau VI).

Traitement reçus dans le service

Le curetage était le principal acte posé (Tableau VI).

Complications

Certaines, comme le décès, n'avaient concernées que les ACP (Figure 1).

A propos de la contraception

Dans 51,7%, les patientes ont affirmé ne pas être au courant des méthodes contraceptives. Parmi les 347 (48,3%)

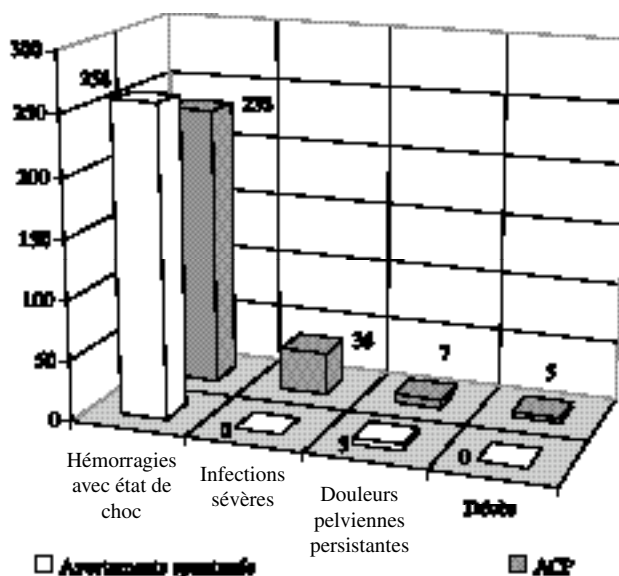


Figure 1 - Les principales complications survenues au cours des avortements.

Tableau VI - Signes cliniques retrouvés chez les patientes en salle d'urgence et traitements reçus dans le service.

Signes	Signes clinique retrouvés		Traitements	Traitements faits dans le service	
	Nombre	%		Nombre	%
Hémorragie d'origine utérine	719	100	Curetage	670	93,2
Douleur abdominale	299	41,6	Curage digital	49	6,8
Altération de l'état général	132	18,4	Antibiotiques	563	78,3
Hydorrhée	108	15	Méthyl-ergobasine	276	38,4
Fièvre	24	3,3	Antispasmodiques	96	13,4
Syncope	13	1,8	Réanimation avec transfusion	12	1,7
Choc hémorragique	12	1,7			

patientes qui ont affirmé en être informées, 63 d'entre elles (18,2%) ont précisé qu'elles n'utilisaient aucune méthode, évoquant le refus du partenaire; 144 des patientes informées (soit 20% de toutes les patientes et 41,5% de celles qui étaient informées), ont affirmé avoir utilisé une méthode contraceptive dans un passé récent (< 2 ans).

DISCUSSION

Nous avons travaillé sur des données hospitalières qui, *a priori*, ont concerné les cas nécessitant une intervention médicale. Les cas simples ou non compliqués étaient soit traités dans les maternités périphériques par les sages-femmes, soit à domicile pour certains cas avortements provoqués par le personnel de santé. Ce biais limite l'extrapolation de nos résultats à d'autres structures sanitaires et à tout le pays. Toute fois, certaines informations concernant les ACP méritent d'être exploitées. Nous avons d'abord observé que les patientes de notre étude étaient en grande majorité jeunes (moins de 25 ans), ceci étant valable aussi bien pour les avortements spontanés que pour les ACP. Comme certains auteurs (5, 6, 8), la proportion des jeunes qui ont provoqué un avortement a atteint 75 % dans notre étude. Cela constitue un danger pour cette population, appelée à renouveler la descendance, mais qui se trouve exposée aux séquelles d'avortements clandestins dont la stérilité. D'autres auteurs ont trouvé des proportions élevées d'adolescentes concernées par les ACP : deux tiers des avortements septiques pour Kabira (9) et 52,4% des avortements provoqués illégaux dont l'âge des femmes est compris entre 13 et 17 ans au Mali, selon Diabate Diallo (10). La situation est différente en Afrique du sud où Larsen (11) a trouvé que la tranche d'âge la plus touchée est celle comprise entre 26 et 30 ans. La prédisposition des jeunes et des adolescentes à l'ACP s'explique par le fait qu'il y a une dépravation des mœurs dans nos pays. Ces jeunes se livrent, sans contrôle, à des rapports sexuels précoces avant 15 ans comme l'a montré Nguélébé (1), ce qui naguère était proscrit dans toutes nos sociétés. Cette dérive culturelle risque de s'aggraver d'autant que les questions relatives à la sexualité sont encore tabous dans le cadre familial et même au niveau scolaire et universitaire. Cela se voit dans nos résultats où 30% des malades étaient des élèves/étudiantes et que parmi celles-ci, 149 sur 216 (68,9%) avaient pratiqué un ACP. Des programmes sur les notions de sexualité, appuyés par le Fonds des Nations Unies pour la Population, sont progressivement introduits à différents niveaux de formation scolaire. Nous avons observé

que les avortements spontanés étaient plus fréquents chez les femmes mariées alors que les ACP l'étaient plus chez les célibataires. Cela pose le problème de la légitimité et surtout de la reconnaissance de la grossesse auquel les célibataires sont confrontés, d'autant que celles-ci peuvent avoir plusieurs partenaires à la fois. Il se pose aussi le problème financier quant à la prise en charge du suivi de la grossesse et de l'éducation de l'enfant. Ce phénomène social semble avoir des rapports avec le désir ou non de la grossesse. Nous avons remarqué que les grossesses désirées étaient plus observées chez les femmes mariées, qui pour la plupart étaient des ménagères. Dans ce groupe, la proportion des avortements spontanés était la plus élevée. Tout le contraire était observé chez les élèves et étudiantes qui étaient pour la plupart des célibataires et chez qui les grossesses non désirées étaient plus fréquentes, ce qui justifierait la tendance de la pratique d'ACP dans ce groupe. Nous avons cherché à identifier les principales raisons qui justifient la pratique des ACP. Les raisons économiques étaient de loin les plus évoquées et surtout par les célibataires qui, pour la plupart étaient des élèves/étudiantes. La pratique d'ACP n'était pourtant pas la solution aux grossesses non désirées parce que ces femmes auraient pu utiliser la contraception. Notre pays a adhéré à la politique de planification familiale depuis 1982, mais la prévalence de la contraception moderne y est très faible. Cela est liée à plusieurs facteurs empêchant l'expansion des méthodes contraceptives, dont la désinformation véhiculée par certains cadres de la santé, comme l'a signalé Sépou (12). La méthode la plus utilisée pour la pratique des ACP était une association médicamenteuse alors que d'autres auteurs africains (6, 10) ont trouvé que c'était la méthode mécanique. Certaines complications comme la perforation utérine, comme l'a rapporté Cissé (13), étaient rares et semblaient liées aux méthodes d'ACP chez nos patientes. Si l'hémorragie avec état de choc était observée dans tous les types d'avortement, l'infection sévère et le décès n'avaient concerné que les ACP. Le taux de décès parmi les ACP de notre étude se recoupe avec celui de certains auteurs (5, 14); alors que celui de Diabate Diallo est plus élevé (10). Dans les pays où les interruptions de grossesses sont légalisées et dans des conditions de sécurité médicale maximum, le taux de décès maternels suite aux avortements est très bas comme l'attestent les travaux de Hakim et Lawson (15, 16). Cela pose le problème de la légalisation des avortements pour des grossesses non désirées dans nos pays. Si cette légalisation peut réduire les risques majeurs des ACP, certaines personnes l'utiliseraient, malheureusement, comme une méthode contraceptive. Pour la RCA où la densité de la population est infé-

rière à 5 habitants au kilomètre carré, le chemin pour aboutir à la légalisation des avortements risque d'être très long. Quant à la prise en charge, la transfusion n'a été faite que chez les patientes ayant pratiqué un ACP, ce qui expose ce groupe au risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine.

CONCLUSION

Les avortements sont assez fréquentes dans notre pratique quotidienne. Mais les ACP sont de fréquence inquiétante et sont pratiqués par des jeunes, occasionnant des complications souvent graves. A court terme, des actions visant la vulgarisation des méthodes contraceptives doivent être menées pour réduire la fréquence des grossesses non désirées chez ces jeunes. A moyen et long terme, la légalisation des interruptions de grossesses pourra être entreprise et cela demandera beaucoup de patience avant son aboutissement ■

Remerciements • Représentation du Fonds de Nations pour la Population (UNFPA) en Centrafrique et la Direction de l'Hôpital Communautaire pour leur appui à la réalisation du travail.

REFERENCES

- 1 - NGUELEBE E - Nuptialité et exposition au risque de grossesse. - Enquête démographique et santé 1994/1995, République Centrafricaine, 85-89.
- 2 - ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE - Prise en charge clinique des complications de l'avortement. Guide pratique pour une maternité sans risque. Genève, 1997, WHO/FHE/MSM/1994.1: 2.
- 3 - ODLIND V - Induced abortion : a global health problem. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1997; **164** : 43-45.
- 4 - CESBRON P - L'interruption de grossesse depuis la loi Veil. Bilan et perspectives. Flammarion ed., Paris, 1997, 126 p.
- 5 - LOCKO-MAFOUTA C, SILOU J, MALONGA G *et Coll* - L'avortement clandestin à Brazzaville. *Med Afr Noire* 1986; **33** : 199-214.
- 6 - BOHOUSOU KM, ANONGBA DS, YAO DL *et Coll* - Avortements clandestins compliqués. Etudes prospectives, à propos de 1822 cas au CHU de Cocody. *Inter-Fac Afrique* 1990; **13** : 20-24.
- 7 - ILOKI LH, ZAKOULOLOU-MASSALA A, GBALA-SAPOULOU MV - Complications des avortements clandestins : à propos de 221 cas observés au CHU de Brazzaville (Congo). *Med Afr Noire* 1997; **44** : 262-264.
- 8 - LEMA VM, ROGO KO, KAMAU RK - Induced abortion in Kenya : its determinants associated factors. *East Afr Med J* 1996; **3** : 8-164.
- 9 - KABIRA WM, GACHUTIA EW, MATIANGI FO - The effect of women's role health : the paradox. *Int J Gynaecol Obstet* 1997; **58** : 23-34.
- 10 - DIALLO FS, TRAORE M, DIAKITE S *et Coll* - Complications des avortements provoqués illégaux à Bamako (Mali) de décembre 1997 à novembre 1998. *Sante* 2000; **10** : 243-247.
- 11 - LARSEN JV - Induced abortion. *South Afr Med J* 1978; **53** : 853-857.
- 12 - SEPOU A, ENZA J, NALI MN - Les difficultés liées à l'expansion de la contraception en zone urbaine et semi-urbaine de République Centrafricaine. *Med Afr Noire* 2000; **47** : 73-78.
- 13 - CISSE CT, FAYE EO, CISSE ML *et Coll* - Perforation utérine après avortement provoqué. *Med Trop* 1999; **59** : 371-374.
- 14 - TSHIBANGU K, NTAHOUA B, MBIYE K - Avortement clandestin, problème de santé publique à Kinshasa. *Gyn Boil Reprod* 1984; **13** : 759-763.
- 15 - HAKIM-ELAHI E, HAROLD M, MICHAEL S, BURHILL L - Complications of first trimester abortion : a report of 170000 cases. *Obstetrics and Gynecology* 1990; **76** : 129-135.
- 16 - LAWSON HW, FRYE A, ATRASH KH - Abortion mortality, United States, Through. *Am J Obst Gyn* 1994; **171** : 1365-1372.