
ARTICLE ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

**LES AVORTEMENTS PROVOQUÉS CLANDESTINS : ASPECTS
SOCIODÉMOGRAPHIQUES, COMPLICATIONS ET PRISE EN CHARGE À L'HÔPITAL
RÉGIONAL DE MAMOU, GUINÉE. CLANDESTINE INDUCED ABORTIONS: DEMOGRAPHIC
ASPECTS, COMPLICATIONS AND MANAGEMENT TO REGIONAL HOSPITAL MAMOU,
GUINEA.**

**DIALLO MH¹, BALDE IS², DIALLO BS², DIALLO A¹, DIALLO MC¹, BALDÉ O², BARRY AB²,
KEITA FS³, KEITA N²**

1 : Service de Gynécologie-Obstétrique Ignace Deen, CHU de Conakry
2 : Service de Gynécologie-Obstétrique Donka, CHU de Conakry
3 : Hôpital Régional de Mamou

Correspondance : Dr Diallo Mamadou Hady,
Gynécologue Obstétricien,
Assistant chef de clinique au CHU de Conakry,
E-mail: *hadydiallo2002@yahoo.fr*

RÉSUMÉ

Introduction. En Guinée, l'interruption volontaire de grossesse est réprimée par la loi, tout avortement réalisé en dehors de prescription médicale est clandestin. Cette étude a pour objectifs : d'étudier la fréquence, les caractéristiques sociodémographiques, les complications et la prise en charge des patientes admises dans les suites d'avortement provoqué clandestin.

Méthode. Il s'agissait d'une étude prospective transversale de type descriptif réalisée à la maternité de l'Hôpital régional de Mamou sur une période de 6 mois allant du 02 février au premier juillet 2014 chez les femmes admises pour complications d'avortements provoqués clandestins.

Résultats. Durant la période d'étude, nous avons colligé 56 cas d'avortements provoqués clandestins sur un total de 1618 patientes reçues en consultation soit une fréquence de 3,50%. L'âge moyen des femmes était de 29 ans avec des extrêmes de 13 et de 45 ans ; la tranche d'âge 15-24 ans était la plus représentée (59%). Le profil sociodémographique était celui d'une femme au foyer (43%), mariée (53,57%), nullipare (48%) et n'utilisant aucun moyen de contraception (82,14%). Le motif le plus fréquemment invoqué était un problème financier (29%). Les moyens médicamenteux étaient de loin les plus fréquemment utilisés sous forme d'automédication (52%). La rétention placentaire était de loin le type de complication le plus fréquent (66,07%). Le taux de létalité maternelle était de 10,71%.

Conclusion. L'avortement provoqué clandestin est source de nombreuses complications souvent gravissimes. Une meilleure sensibilisation des jeunes et des adultes à la contraception et à la gravité de ce fléau, une restriction à l'accessibilité des médicaments pourrait réduire le recours à l'avortement provoqué clandestin et ses complications.

Mots clés : Avortements provoqués clandestins, Complications, Mamou.

ABSTRACT

Introduction. In Guinea, the voluntary interruption of pregnancy is punishable by law, any abortion performed outside of medical prescription is illegal. This study has the following objectives: to study the frequency, demographics, complications and management of patients admitted in the clandestine abortion caused suites.

Methods. This was a prospective cross-type description made the maternity Mamou Regional Hospital over a period of six months from 02 February to 1 July 2014 in women admitted for complications caused clandestine abortion.

Results. During the study period, we collected 56 cases of induced illegal abortion on a total of 1618 patients received consultation a frequency of 3.50%. The aver ageage of women was 29 years, ranging from 13 and 45; the 15-24 age group was most represented (59%). Sociodemographic profile was that of a housewife (43%), married (53.57%), nulliparous (48%) and using no contraception (82.14%). The most frequently cited reason was a financial problem (29%). The drug methods were by far the most frequently used form of self-medication (52%). Retained placenta was by far the most common type of complication (66.07%). Maternal fatality rate was 10.71% .

Conclusion. Clandestine induced abortion is often a source of many severe complications. Raising awareness of young people and adults to contraception and the seriousness of this scourge, a restriction on access to drugs could reduce the use of clandestine abortion and its complications.

Keywords: Illegal Abortions induced, complications, Mamou.

INTRODUCTION

L'avortement est l'interruption de la grossesse avec expulsion du produit de conception avant 22 SA, date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé pouvoir se développer et vivre jusqu'à un âge avancé¹. Il existe selon les circonstances 2 types d'avortements provoqués² :

- les avortements provoqués (AP) légaux ou thérapeutiques qui s'opèrent dans des conditions définies par la loi et bénéficient à cet effet d'un support médical,

- les avortements provoqués illégaux ou clandestins qui par contre se pratiquent dans l'illégalité, par des personnes non qualifiées médicalement dont les tradithérapeutes, la femme elle-même ou bref des personnels non médicaux et dans des conditions dépourvues d'asepsie.

Selon un rapport de l'OMS, 910 000 conceptions ont lieu chaque jour dont 50 % non planifiées et 25 % non voulues ; 53 000 000 sont interrompues chaque année ; 1/3 de ces avortements sont pratiqués dans des mauvaises conditions, avec environ 50 000 et 100 000 décès par an³. Environ 46 millions de grossesse se terminent par un avortement chaque année dans le monde dont 11% en Afrique⁴.

Selon le centre pour le droit et les politiques de santé reproductive en 2001, environ 26% de la population mondiale vivent dans les pays où l'avortement est interdit et 62% dans les pays où l'avortement est autorisé avec ou sans restriction particulière ⁴. Dans le monde 41,6 millions d'avortements ont eu lieu en 2003 dont 35 millions dans les pays en développement⁵. Ainsi 66.500 femmes sont décédées dans le monde la même année des conséquences d'un avortement à risque. Les estimations de l'OMS ont montré que 5,5 millions d'avortements à risque y ont eu lieu en 2003 dont 1,5 millions en Afrique de l'ouest et que 36 000 africaines dont 12 000 en Afrique de l'ouest, en sont décédées. L'avortement est ainsi la cause de près de 14%des décès maternels en Afrique⁶.

L'avortement est interdit par la loi guinéenne sauf sur indication médicale uniquement, il peut entraîner des complications maternelles souvent fatales et s'il est réalisé de façon clandestine, le risque de complication se trouve majoré. En Guinée 11,11% des décès maternels au CHU de Conakry en 2002⁷ sont dus aux avortements provoqués.

La fréquence élevée des avortements provoqués clandestins, la gravité de leurs complications et l'absence d'étude antérieure sur ce sujet à l'Hôpital Régional de Mamou ont motivé la réalisation de la présente étude. L'objectif général de ce travail était de pourvoir aux données relatives aux avortements provoqués à l'hôpital régional de Mamou, il s'agissait plus spécifiquement :

- de calculer la fréquence des avortements provoqués clandestins à l'Hôpital Régional de Mamou ;

- de décrire le profil sociodémographique des femmes reçues pour complication d'avortements provoqués clandestins ;

- de décrire les principales complications des avortements provoqués ;

Et de décrire la prise en charge afin de trouver la solution pertinente pour minimiser cette pratique.

MÉTHODE

Nous avons mené à la maternité de l'Hôpital Régional de Mamou (maternité de niveau 2 de la pyramide sanitaire maternelle en Guinée), une étude prospective transversale de type descriptif sur une période de 6 mois allant du 02 Février au 01 Aout 2014.

L'échantillonnage a été exhaustif concernant toutes les femmes reçues pour complications d'avortement provoqué clandestin.

N'ont pas été incluses dans l'étude, les complications liées à un avortement spontané quel que soit la cause ou à un avortement non avoué par la patiente. L'OMS a défini l'avortement clandestin comme étant une procédure destinée à interrompre une grossesse non désirée, pratiquée par une personne n'ayant pas les qualifications nécessaires ou réalisé dans un environnement qui n'est pas conforme aux normes médicales minimales ou les deux à la fois ⁸. La manœuvre endoutérine consiste en une aspiration ou un curetage. Il est indiqué pour les grossesses de plus de 7 Semaines d'Aménorrhée (SA). Cette technique repose sur la dilatation et l'évacuation du contenu utérin par aspiration à l'aide de la sonde de Karman. Le curetage consiste à évacuer l'utérus à l'aide d'une curette à la place de la canule ⁹.

Les variables étudiées ont été les suivantes : l'âge, la profession, la situation matrimoniale, la période de diagnostic, la parité, la motivation, la qualification de l'agent avorteur, la prise en

charge, les moyens utilisés pour l'avortement, le type de complications retrouvées, l'antécédent d'avortement, la prise en charge, le counseling, le pronostic maternel et l'utilisation d'un moyen de contraception.

Les données ont été recueillies à partir d'une fiche d'enquête et du dossier médical.

RÉSULTATS

* Fréquence

Durant la période d'étude, nous avons enregistré 56 cas d'avortements provoqués clandestins sur un total de 1618 patientes reçues en consultation dans le service soit une fréquence de 3,5%. Durant la même période, 329 cas d'avortement ont été admis soit une fréquence de 17,02% de l'ensemble des avortements.

* Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen des femmes était de 29 ans avec des extrêmes de 13 et de 45 ans. Cependant plus de la moitié des femmes admises pour complications d'avortements provoqués clandestins étaient dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans qui demeure la tranche d'âge la plus concernée soit 59%.

Les femmes au foyer, 43%, étaient les plus affectées. Les femmes mariées représentaient 53,57% de l'effectif contre 42,85% de célibataires. La période de diagnostic la plus fréquemment rencontrée a été le premier trimestre de la grossesse soit 63% contre 37% au deuxième trimestre.

Les nullipares étaient les plus représentées soit 48% de l'effectif suivies des paucipares (38%), des multipares (11%) et des grandes multipares (3%).

Les 82,14%(n=46) des patientes n'utilisaient aucun moyen contraceptif.

Les femmes sans antécédents d'avortement représentaient 80,35% contre 19,65% de femmes ayant des antécédents d'avortement.

* Motivations

Elles sont par ordre décroissant :

- les moyens financiers insuffisants : 29%,
- les grossesses rapprochées : 25,6%,
- les préoccupations scolaires : 23,4%
- et la peur de représailles des parents du fait de la grossesse survenue sur statut célibataire : 22%.

* Qualification des avorteurs

33% des AP clandestins ont été pratiqués par l'avortée elle-même, 38% par les agents de santé

(médecins, infirmiers, sages-femmes, garçons et filles de salle), 23% par des personnels non médicaux et l'auteur de l'avortement n'a pas été connu chez 6 % des cas.

* Moyens utilisés

Les moyens médicamenteux ont été les plus fréquemment utilisés (52%). Il s'agit entre autre de permanganate de potassium dans 22,50% sous forme de comprimés introduits dans le vagin, le misoprostol (cytotec) per os (16,20%) et la quinine à dose toxique dans 13,3% des cas.

L'évacuation utérine par curetage ou aspiration manuelle intra-utérine vient en deuxième position (38%).

Les moyens traditionnels viennent en troisième position (4,5%) ; parmi eux, le plus fréquemment utilisé est la tige d'une plante médicinale dont le nom scientifique est *Jatropha curcas* (appelée en peuhl <Kiidi>, langue nationale la plus couramment parlée dans la région de Mamou). Cette plante contient des substances toxiques : l'acide mucylique contenu au niveau de la graine et l'écorce. A cause de ses propriétés, cette plante est utilisée en médecine traditionnelle comme : moyen abortif (sous forme d'une tige introduite à travers le col de l'utérus pour provoquer sa dilatation et l'expulsion du produit de conception), laxatif, vomitif, vermifuge, diurétique à travers la boisson du jus obtenu après cuisson de ses feuilles et comme antiseptique (par application de sa sève sur les plaies). Ensuite vient le sondage par introduction dans l'utérus d'une sonde de Foley ou d'une tubulure de perfusion à travers le col (1,5%). Dans 4% des cas les moyens utilisés n'ont pas pu être identifiés.

Tableau I : Répartition des patientes selon le type de complication à l'examen clinique

Type de complications	n =56	%
Rétention placentaire	37	66,07%
Lésions vaginales et /ou cervicales	16	28,57%
Endométrite	14	25%
Métrorragie	12	21,42%
Pelvipéritonite	6	10,71%
Anémie aigue	5	8,92%
Choc hémorragique	4	7,14%
Perforation utérine	2	3,5%

NB : les effectifs absolus dépassent le nombre de patientes (56) vu qu'une patiente peut être concernée par 2 complications.

*** Prise en charge****Tableau II** : Modalités de prise en charge

Modalités de prise en charge	n/56	%
Aspiration manuelle intra utérine(AMIU)	27	48,21
Antibiothérapie	45	80,35
Suture vaginale	16	28,57
Transfusion	9	16,07
Curage	5	8,92
Laparotomie	6	10,71
n= Effectifs absolus	56	100

*** Pronostic**

Nous avons enregistré 6 décès maternels soit une létalité de 10,71%. Les causes de 6 cas de décès sont réparties comme suit : 3 cas de choc hémorragique, 2 cas de choc infectieux et un cas par reflexe vagal.

DISCUSSION*** Fréquence**

Notre taux d'Avortements Provoqués (AP) clandestins (3,50%) est supérieur à celui de Nayama et al.¹¹ au Niger (2,23%) ; fréquence par contre inférieure à celle rapportée par Iloki et al.¹¹ à Brazzaville (4,80%) et Rakotondraison et al.¹² à Madagascar(4,48%). Cette fréquence non négligeable des AP clandestins dans notre série pourrait s'expliquer par diverses raisons dont entre autre : la méconnaissance des méthodes contraceptives par les patientes (le taux de prévalence contraceptive étant de 5% dans notre pays) ,les barrières à la planification familiale (PF), les difficultés d'accès aux services de PF, la non législation de l'interruption volontaire de grossesse dans notre pays et la crainte des représailles et de rejet des parents (une grossesse hors mariage dans notre société culturelle est considérée comme un crime et un déshonneur familial).

*** Caractéristiques sociodémographiques**

Dans cette étude, nous avons constaté que ce sont les jeunes femmes et les adolescentes qui sont fréquemment sujettes à l'avortement provoqué clandestin. Ce résultat a été observé par Andriamifidison et al.¹³ à Madagascar rapportant que c'est la tranche d'âge 15-24 ans qui recourt de plus à l'avortement (plus de 50% des femmes). Ce résultat a été également observé dans presque toute l'Afrique^{14,15}

Bien que les femmes mariées soient les plus concernées par l'AP clandestin (53,57%), la

proportion des célibataires est quand même non négligeable (42,85%). Ce résultat pourrait s'expliquer par les unions illégitimes qui commencent à gagner du terrain en Guinée et par la pauvreté qui touche une grande partie de la population. L'avortement est utilisé dans la majorité des cas comme un moyen pour contrôler les naissances¹⁴. Par rapport à la période de la grossesse où l'AP clandestin est plus fréquemment réalisé (premier trimestre), nos constats sont similaires à ceux de Mayi Tsonga et al.⁶ au Gabon rapportant dans sa série de 241 cas, que l'âge gestationnel était en moyenne de 7,4±1,9 semaines d'aménorrhée(SA). Pour la parité, nos résultats rejoignent ceux de Nayama et al. au Niger¹¹ rapportant une proportion de 56,95% de nullipares. Cette fréquence élevée d'AP clandestins chez les nullipares pourrait s'expliquer par le fait que ces jeunes adolescentes sans expérience contractent accidentellement la grossesse lors des premiers rapports sexuels et font fréquemment l'AP clandestin. 82,14% des patientes n'utilisaient pas un moyen de contraception moderne dans notre série .Plusieurs facteurs pourraient expliquer cette situation à savoir : le niveau d'éducation, le problème d'accès aux soins de santé primaire, les préjugés et les problèmes financiers, mais aussi les facteurs socioculturels et religieux.

*** Motivations**

Pour Nlome-Nzee et al.¹⁶ à Libreville, 27% des AP clandestins étaient entrepris à cause des problèmes financiers et 23,7% à cause des grossesses rapprochées. Les «conjoints», sans revenu stable ou encore au chômage, poussent leurs partenaires à avorter.

*** Qualification des avorteurs**

Dans ce travail, nous avons pu constater, que tout le monde peut être « avorteur » ; la patiente elle-même en est le premier. L'auto avortement prédomine dans plusieurs pays africains comme au Sénégal, Bénin, Cameroun, Nigéria^{14, 17,18}.Ce constat pourrait s'expliquer par le fait que par peur de pratiquer l'acte, la patiente essaye de demander des conseils auprès de ses amies.

*** Moyens utilisés**

La pluralité des procédés abortifs démontre la détermination de certaines femmes désirant de se débarrasser d'une grossesse. Elles font appel à tout ce qui est susceptible d'entraîner une nuisance à celle-ci et depuis Mondor¹⁹ on connaît la plupart des méthodes utilisées dont certaines sont même très insolites

La prédominance des moyens médicamenteux dans notre série pourrait être liée à la fréquence élevée de l'automédication dans notre pays du fait de la facilité d'accès par la vente illicite des médicaments qui bat son plein dans notre pays.

* Type de complications

Les complications des avortements provoqués clandestins sont nombreuses et souvent très graves que ce soit dans l'immédiat ou au stade séquellaire et sont fonction de la méthode utilisée. Au Nigéria, les lésions génitales et les perforations utérines prédominaient ; ce ci était lié à l'utilisation de manœuvres intra-utérines dans un cadre clandestin, illégal et par des personnes non qualifiées²⁰. Par rapport à ces complications, notre résultat est conforme à celui trouvé par Ousseni (cité par Andriamifidison¹³) à Madagascar. Beaucoup d'études réalisées en Afrique montrent aussi que la rétention placentaire tient la première place dans les complications de l'avortement (53,13% au Nigeria en 2008) suivie également par les infections génitales^{13,15,16}.

* Prise en charge

L'attitude thérapeutique curative a été classique par : AMIU (ne nécessitant pas un long séjour d'hospitalisation) où les hémorragies par rétention ovulaire ; suture pour les lésions génitales. Peu de nos patientes ont été hospitalisées suite à un infarcissement de l'utérus post abortum.

Nous sommes convaincus que seules les mesures préventives peuvent entraîner non seulement une diminution des AP clandestins mais surtout leurs multiples complications. Cette prévention comporte :

- la divulgation de l'information sur les problèmes liés à la sexualité surtout féminine en supprimant le caractère tabou des discussions relatives à la sexualité notamment dans les contrées africaines.

La pratique de la contraception féminine et aussi masculine qui permet d'éviter les grossesses non désirées et qui permet également un espacement des naissances, donc une procréation dans les meilleures conditions. Par contre nous restons persuadé la chance aux avorteurs clandestins est utopique tout comme les lois dissuasives et punitives dont l'application est presque toujours illusoire. Reste le problème de la libéralisation de l'interruption volontaire de grossesse qui certes, a permis de réduire les complications liées à l'avortement provoqué clandestin dans les pays disposant d'une loi

autorisant l'avortement, mais cette disposition n'a pas diminué la fréquence des avortements , presque considéré à tort par certaines femmes comme une méthode de PF.

* Pronostic

Le taux de létalité dans notre série (10,71%) était inférieur à ceux rapportés dans la littérature africaine où la létalité a pu atteindre 18 à 35%^{21,22}.

CONCLUSION

Malgré l'illégalité de l'AP clandestin dans plusieurs pays en développement, il constitue une pratique courante par tout comme en Guinée. Il est source de nombreuses complications souvent gravissimes. Une meilleure sensibilisation des jeunes sur la PF et la gravité de l'AP clandestin, une restriction à l'accessibilité aux médicaments notamment le misoprostol et le permanganate de potassium pourraient réduire le recours à l'AP clandestin et ses complications. Les agents de santé (médecins, sage-femmes, infirmières etc.) qui pratiquent l'AP doivent être sanctionnés.

Nous osons espérer que l'adoption et l'application des différentes modalités de prévention ci-dessus énumérées peuvent non seulement réduire les implications néfastes des avortements clandestins mais aussi permettent aux femmes d'avoir le droit de concevoir quand elles le désirent.

REFERENCES

1. **OMS et Guttmacher Institute.** Les faits sur l'avortement en Afrique January 2012 The Lancet.
2. **Merger R, Levy J, Melchior J.** Avortement provoqué clandestin. Précis d'obstétrique, 6ème édition, Masson, Paris 2003, 583 p : 222-225.
3. **OMS.** Méthodes médicales d'interruption de grossesse, 1997, 100p.
4. **Gestineau B, Rajaonarisoa S.** Santé de la reproduction et avortement à Antananarivo (Madagascar). Résultat d'une recherche originale. Afr J Reprod Health 2010; 14: 223-32.
5. **Sedgh G., Henshaw G., Singh S., Ahman E., Shah H.** Induced abortion : estimated rates and trends worldwide. The Lancet 2007 ; 370(13) :1338-1345.
6. **World Health Organization** unsafe abortion : global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. Geneva : World Organization 2007 ; Fifth edition : 55P.
7. **Diallo Y, Sy T, Diallo FB, Diallo AB, Hyjaz Y, Diallo MS.** Les Avortements provoqués : morbidité et mortalité dans les cliniques universitaires de Conakry. Annales de la SOGGO, N°7, Vol 2 (2006) : 10-15.

- 8. Chamie J.** Une Population division issues updated study on abortion policies. New York :Population 2^{ème} édition,2002 :830
- 9. Kahn J G, Becker BJ, Macissa L et al.** The efficacy of medical abortion/a metaanalysis. Contraception 2000 ; 61 : 29-40.
- 10. Nayama M, Gallais A, Wage H, Garbame.M et al.** Complications des avortements clandestins dans une maternité de référence du Niger. Etude rétrospective à propos de 151 cas .Med Afr noire : 2009,56(3) ; 172-175
- 11. Iloki LH, Zakouloulou-Massala A, Gbala-Sapou-lou MV.** Complications des avortements clandestins : A propos de 221 cas observés au CHU de Brazzaville (Congo). Med Afr Noire : 1997, 44(5) : 262-264.
- 12. Rakotondraisoa J M, Adrianampy H A, RaJaonarison, Radriambelomanana JA.** Les complications des avortements clandestins vus à l'Hôpital universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana, Antananarivo. Rev.med.Madag. 2013 : 3(2) : 273-277
- 13. Andriamifidison NZR, Mandrosovololona V, Zolinaiinarisoa A.T, Rakotondrazanany E, Rakotonirina EJ, Andriampanalarivo Hery R, Rakotomanga JDM, Ranjalahy JR.** Avortements provoqués clandestins au service de gynécologie – obstétrique de Befelatanana, Antananarivo en 2009. Med Afr Noire 2013.
- 14. Guillaume A.** L'avortement en Afrique : mode de contrôle des naissances et problèmes de santé publique. Rapport du centre français sur la population et le développement .ISSN 2000; 37 :1157-4186. Site web : www.cepedined.fr
- 15. Mayi-Tsonga S, Diallo T, Litochenko O, Methogo M, Ndombi I.** Prévalence des avortements provoqués clandestins au centre hospitalier de Libreville, Gabon. Santé publique 2009 ; N° 3403 :230-232.
- 16. NlomeNze AR, Picaud A, Mbadinga et al.** Les avortements clandestins à Libreville : véritable problème de santé publique. MedAfr Noire 1991 ; 3 : 223-7.
- 17. Kigbu JH, Daru PH, Ujah A.** Review of maternal-deaths from unsafe abortion in Jos Niger. Niger Med 2009 ;18(1) : 103-106.
- 18. Rabui KA, Omuloko OM, Ojo TO, Ademunnel AA, Alogo BG.** Unsafe abortion in Lagos Nigeria. Niger postgrad Med J 2009 ; 16(4) : 251-256.
- 19. Mondor H.** Les avortements mortels édité par Masson Francia 1936.
- 20. Lema VM, Mpanga V, Makanni BS.** Sociodemographic profile of characteristics of adolescent post abortion patients in Blantyr, Malawi. East Afr Med J 2002 ; 79 : 306-10.
- 21. Goyaux NE, Alihonou E, Diadhiou F et al.** Complications of induced abortion and miscarriage in three african countries : a hospital base study among WHO collaborating centers. Acta obstetrica gynecol Scandinavica 2001 ;80 : 568-73.
- 22. Mbonye A.** Abortion in Uganda : magnitude and implications. Afr J Reprod Health 2000 ; 4 :104- 8.