

Les complications des avortements clandestins observées à la maternité de Befelatanana, Antananarivo

Complications of clandestinal abortion observed at the maternity of Befelatanana, Antananarivo

L.N.A. Rainibarijaona (1), D.L. Hary Avotra (1), F.N.A.T. Mahefarisoa (1), V.K. Rakotoarivony (1), H.R. Andrianampanalinarivo (1,2)

(1) Service de Gynécologie et obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire Gynéco-Obstétrique de Befelatanana (CHU GOB)

(2) Faculté de Médecine Antananarivo

Résumé

Introduction. L'avortement clandestin reste fréquent à Madagascar et constitue un problème de santé publique. Les complications sont multiples et la mortalité qui s'en suit représente encore un taux non négligeable. Nos objectifs sont de décrire les aspects épidémiologiques, de citer les moyens abortifs utilisés et de rapporter les complications des avortements clandestins.

Méthode. Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2011 des cas d'avortements illégaux hospitalisés au Centre Hospitalier Universitaire Gynéco-Obstétrique de Befelatanana, Antananarivo.

Résultats. Nous avons enregistré 124 cas. Les tranches d'âge se situaient entre 25 à 45 ans, 51,61% étaient mariées légalement et 41,91% étaient ménagères.

Durant notre étude, 20,96% présentaient des antécédents d'interruption volontaire de leur grossesse, 70,96% étaient des multigestes.

Dans 60,48% des cas, les femmes avaient pratiqué elles-mêmes l'acte abortif et les moyens médicamenteux ont été les plus utilisés (51,61%).

Des complications hémorragiques par rétention placentaire ont été observées dans 58,87% des cas et 29,03% pour les complications infectieuses. La prise en charge était basée sur l'évacuation utérine (59,67%). Dix cas de décès (8,06%) ont été enregistrés.

Conclusion. Les complications des avortements clandestins restent un problème majeur de santé publique à Madagascar. L'éducation sexuelle et la sensibilisation des femmes sur l'utilisation des moyens contraceptifs seraient des moyens pour minimiser ce fléau.

Mots-clés: avortements, complications, épidémiologie, moyens abortifs

Abstract

Introduction. Clandestine abortion is still frequent in Madagascar and is a public health problem. The complications are numerous and the mortality is still high. Our objectives are to describe the epidemiological aspects, to cite the abortive means used and to report its complications.

Patients and methods. This is a retrospective descriptive study from 1st January to 31st December 2011 of illegal abortions at the maternity of Befelatanana, Antananarivo.

Results. We had recorded 124 cases. The age groups were between 25 and 45 years; 51.61% were legally married and 41.91% were housewives.

In our study, 20.96% had a history of voluntary termination of pregnancy, 70.96% had multiple gestures.

In 60.48% of the cases, the women had practiced the abortive act themselves and the medicinal means (51.61%) were the most used means. Hemorrhagic complications by placental retention were observed in 58.87% of cases and 29.03% concerned by infectious complications.

Uterine evacuation was used for 59.67% of cases. Ten cases of death (8.06%) were recorded.

Conclusion. The complications of clandestine abortions remain a major public health problem in Madagascar.

Sexual education and sensibilisation for the women about the use of contraceptives method would be a means to avoid or to minimize this scourge.

Key words: abortion, abortive means, complications, epidemiology

Introduction

Contrairement dans les pays développés, la pratique de l'avortement est interdite à Madagascar [1]. L'avortement provoqué est l'interruption volontaire de

la grossesse mais pratiqué de façon clandestine. Dans de mauvaises conditions, il expose aux femmes à des complications graves pouvant aller jusqu'à la mort [2-3]. Les complications de l'avortement clandestin constituent un problème majeur de santé publique surtout dans les pays pauvres comme Madagascar.

Nos objectifs sont de rapporter les aspects épidémiologiques, de déterminer les moyens abortifs utilisés et les complications des avortements clandestins.

Méthodes

C'est une étude rétrospective descriptive sur les complications des avortements clandestins allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2011 vues au Centre Hospitalier Universitaire Gynéco-Obstétrique de Befelatanana, Antananarivo (CHU GOB).

Ont été inclus tous les cas d'avortements provoqués clandestins. Les avortements spontanés, les avortements molaires et les interruptions médicales de la grossesse étaient non inclus de notre étude. Les paramètres ont été étudiés par le logiciel R version 2.9.0.

Résultats

Nous avons enregistré 789 cas d'avortement dont 124 soit 15,71% des cas étaient des complications des avortements clandestins. La tranche d'âge la plus touchée était de 25 à 45 ans avec des extrêmes de 15 et 45 ans (Tableau 1). Dans 51,61% des cas, les femmes étaient mariées légitimement. Les ménagères étaient vues dans 41,91% des cas (Tableau 1).

Les paucigestes (39,51%) étaient les plus concernées (Tableau 2).

L'antécédent d'interruption volontaire de la grossesse a été retrouvé dans 26 cas (20,96%) et le terme de la grossesse était imprécis dans 77 cas (62,10%) (Tableau 2).

L'avortement était pratiqué par la femme elle-même dans 75 cas (60,48%) et les moyens médicamenteux (51,61%) ont été le moyen le plus utilisé (Tableau 2). La rétention placentaire était la complication la plus fréquente (58,87%) et le traitement était dominé par

Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques des avortements provoqués

Caractéristiques	Effectif (n=124)	Taux (%)
Age (ans)		
[15-19[14	11,29
[19-24[49	39,52
[24-45[61	49,19
Profession		
Ménagère	52	41,91
Professions libérales	50	40,32
Étudiante/collégienne	22	17,74
Statut matrimonial		
Mariée	64	51,61
Non mariée	60	48,39

Tableau 2. Aspects cliniques des avortements provoqués

Aspects cliniques de la patiente	Effectif (n= 124)	Taux (%)
Gestité		
Primigeste	36	29,03
Paucigeste	49	39,51
Multigeste	44	35,48
Parité		
Nullipare	17	13,71
Primipare	33	26,61
Paucipare	34	27,41
Multipare	40	32,26
Age gestationnel		
Imprécis	77	62,10
≤12 SA	25	20,16
>12 SA	22	14,74
Avorteurs		
Elle-même	75	60,48
Médecin	20	16,13
Sage-femme	10	8,06
Matrone	19	15,32
Moyens abortifs		
Médicament (misoprostol)	64	51,61
Sonde	24	19,35
Plantes abortives	23	18,55
Curetage	12	9,68
Autres	1	0,81

SA : Semaine d'aménorrhée

Tableau 3. Principales complications des avortements provoqués et leurs traitements

Complications	Effectif (n=124)	Taux (%)
Complications hémorragiques		
Rétention placentaire	73	58,87
Anémie	4	3,23
Complications infectieuses		
Endométrite	19	15,32
Pelvipéritonite	8	6,45
Septicémie	4	3,23
Hépatonéphrite	2	1,61
Infection urinaire	2	1,61
Salpingite	1	0,81
Complications traumatiques		
Perforation utérine	1	0,81
Décès	10	8,06
Traitement		
Médical		
Curage digital	42	33,87
AMIU	23	18,54
Curetage	9	7,25
Chirurgie		
Lavage/drainage	8	6,45
Suture	1	0,81
Hystérectomie	1	0,81
Pas d'intervention chirurgicale	40	32,25

AMIU : Aspiration manuelle intra-utérine

l'évacuation utérine (59,67%) et par l'antibiothérapie. Dix décès (8,06%) ont été enregistrés (Tableau 3).

Discussion

La fréquence des avortements clandestins reste encore très élevée à Madagascar. Le ministère de la santé publique estime que chaque année 75 000 avortements seraient pratiqués dans la grande île ; on compterait environ un avortement pour 10 naissances vivantes à Madagascar [4].

Selon l'OMS en 2000, 4,2 millions d'avortements à risque se sont produits en Afrique dont 1 700 000 en Afrique de l'Est et 1 200 000 en Afrique de l'Ouest [5].

En 2003, l'OMS a estimé que 5,5 millions des avortements illégaux ont été pratiqués, le plus souvent dans un environnement peu ou non médicalisé et avec de nombreuses complications [4].

Selon l'UNFPA en 2012, 9 millions d'interruption volontaire de la grossesse ont été pratiquées chaque année en Afrique dans des conditions dangereuses et coûtant ainsi la vie à environ 47 000 femmes [6,7]. Au Corée du Sud, il est rapporté 3 avortements clandestins par femme [8,9]. Le taux d'avortement dangereux atteint 95% en Amérique Latine, 13% en Europe de l'Est et 0,5% en Europe de l'Ouest et aux Etats-Unis [10]. Dans notre étude, nous avons eu 789 cas d'avortements durant l'année 2011 dont 124 (15,17%) ont été pratiqués de façon clandestine et ont été admis avec des complications, taux de 14,10% pour le Gabon [11]. La proportion d'avortements clandestins par rapport au nombre total d'interruption volontaire de grossesse (IVG) progresse avec un taux de 44% en 1995 ; 47% en 2003 et 49% en 2008 [12].

Dans cette étude, les cas touchaient surtout les femmes mariées et âgées de 25 à 45 ans avec un taux de 49,19% des cas. L'étude de l'APIA (Avortement Provoqué Illégal à Antananarivo) rapporte que 52% des femmes avec avortements clandestins compliqués sont mariées et âgées de 20 à 35 ans [4], rapportée également dans une étude en Amérique Latine [9,13] et dans certains pays africains (14 à 36 ans) [14-17].

Une étude au CHUGOB en 1997 rapporte que 90% des femmes présentant des complications d'avortements sont des ménagères [18] et qui touchaient moins d'un dollar par jour. Cette situation était retrouvée dans notre étude mais avec un taux de 41,91%, le cas est plutôt chez les lycéennes (33%) au Gabon [11]. Les complications des avortements clandestins prédominent chez les paucigestes et les multi pares avec un taux de 72% dans notre série ; ces femmes multipares avaient des antécédents d'avortement clandestins dans 20,96% des cas. Antonio Bernabe-Ortiz *et al* ont

rapporté des résultats similaires au notre dans leur étude effectuée en 2009 [19] : antécédent d'avortement clandestin dans 46% des cas. Vingt-cinq pourcent des femmes en Cote d'Ivoire avaient dans leur antécédent un ou plusieurs avortements provoqués [20]. Dans certains pays développés, depuis la libéralisation de l'avortement, on note une augmentation des femmes avortant plusieurs fois ; plus une femme a avorté, plus grande est la probabilité qu'elle avorte de nouveau [21].

Certains auteurs rapportent une prédominance des jeunes lycéennes primigestes (77,5%) qui ont décidé d'interrompre leur grossesse pour des raisons scolaires, sociales et des représailles parentales [11].

Dans notre série, l'âge gestationnel ne conditionnait pas la survenue des complications, alors que selon une étude américaine il constitue un facteur important dans la survenue des complications, et la mortalité augmente de 38% par semaine de grossesse [21].

Comme dans notre étude, on note aussi une forte proportion d'auto-avortement (60,48%) dans les pays africains et dont le moyen le plus utilisé est le misoprostol [7,22].

Les complications hémorragiques par rétention placentaire étaient retrouvées dans 59,67% suivies des complications infectieuses (29,03%) liées à l'utilisation des corps étrangers et à des manœuvres endo-utérines. Au Gabon et au Mali, les complications hémorragiques et infectieuses sont les complications les plus fréquentes [22-24]. Un taux de 0,6% de complication hémorragique était vu pour les IVG réalisées à l'hôpital et de 0,12% pour les IVG en milieu extrahospitalier en Belgique [25].

Le traitement était basé sur l'évacuation utérine dans 59,67% des cas avec des antibiothérapies.

Le taux de mortalités des avortements clandestins reste élevé à 8,06% dans notre étude, 22% au Ghana, 30 à 40% au Nigeria [24]. En 2008, une étude réalisée par le Guttmacher Institute aux Etats-Unis rapporte que les avortements non médicalisés ont causé 220 décès pour 100 000 actes [26]. Dans les pays développés où l'accès à l'avortement est libre et autorisé, le taux de mortalité est de 4,1 décès pour 100 000 en 1972 et de 0,2 pour 100 000 ces dernières années aux Etats-Unis [26].

Conclusion

Les complications des avortements clandestins restent encore un phénomène fréquent à Madagascar et dans les pays en développement. Elles constituent un problème de santé publique pour ces pays car elles touchent surtout les jeunes, qui pratiquent elles-mêmes l'avortement en utilisant le misoprostol. La pratique des IVG légale et médicalisée aux pays dévelop-

pés reste encore difficile à réaliser à Madagascar à cause de la loi, de la tradition, de la culture et de la religion.

Des sensibilisations sur l'éducation sexuelle entre enfant et parents et surtout sur l'utilisation et la facilitation aux accès aux méthodes contraceptives permettraient de réduire l'avortement.

Références

1. Ordonnance n° 60-161 portant modification de l'article 137 du code pénal malgache. J.O de la République malgache du 29 octobre 1960.
2. Wilcox AJ. Maternité sans risque. Kinshasha. CECSF 1990: 210-23
3. Sivin I. Contribution à l'amélioration de la santé de la femme et des enfants. Rapport sur une conférence de Nairobi Kenya. OMS, 1999; 21-3.
4. Gastineau B, Rajaonarisoa S. Santé de la reproduction et avortement à Antananarivo (Madagascar). Résultats d'une recherche originale. *Afr J Reprod Health* 2010; 14 (3): 223.
5. WHO. Unsafe abortion. Global and regional estimates of unsafe abortion and associated mortality in 2000. Geneva, fourth edition; 2001.
6. Edit OB. Les avortements dans le monde. Combien d'avortements dans le monde chaque année. UNFPA juillet 2012.
7. Guillaume A. L'avortement provoqué en Afrique : un problème mal connu, lourd de conséquences. Laboratoire population environnement développement. Unité de mixte de recherche IRD. Université de Provence 151. Sept 2005.
8. Jung E. Current status of health and development of women. Women's studies forum. *KWDJ* 1994; 10: 172-99.
9. Blayo CH. Mourir d'avortement. Facteurs politiques et sociaux. Université Montesquieu Bordeaux IV et Institut national d'étude démographique, Paris.
10. IPF. L'avortement en Europe et en Espagne en 2010. Consultable sur : <http://www.cpdh.info/~cpdhpdf/RapportIPF2010.pdf>
11. Pingot E. Enquête INSEE/INED sur les situations familiales et l'emploi en 1994.
12. Sedgh G, Henshaw S, Singh S, et al. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet* 2007; 370: 1338-45.
13. Ross JA, Rich M, Molzan JP, et al. Family planning and child survival, 100 developing countries. Center of population and family health; Colombia University. 1988.
14. Hardy E, Bougalho A. Comparison of women having clandestine and hospital abortions: Maputo, Mozambique. *Reprod Health Matters* 1997; 9 (5): 108-15.
15. Calves AE. Abortion risk and decision-making among young people in urban Cameroon. *Stud Fam Plann* 2002; 33 (3): 249-60.
16. Guillome A, Desgrees du Lou A. Fertility regulation among women in Abidjan, Côte d'Ivoire: contraception, abortion or both. *Int Fam Plan Perspect* 2002; 28 (3): 159-66.
17. Okpani A, Okpani J. Sexual activity and contraceptive use among female adolescents. A report from post Harcourt, Nigeria. *Afr J Reprod Health* 2000; 4 (1): 40-7.
18. Andriamady RCL, Rakotoarisoa, Ranjalaly RJ, et al. Les cas d'avortement à la Maternité de Befelatanana au cours de l'année 1997. *Arch Inst Past Mad* 1999; 65 (2): 90-2.
19. Antonio Bernabe-Ortiz A, White PJ, Carcamo CP, et al. Clandestine induced abortion: prevalence, incidence and risk factors among women in Latin American country. *Can Med Assoc J* 2009; 180 (3): 298-304.
20. Gnebei ORB, Kone M, Adzaxa KP, et al. Lésions utérines abortives à propos de 80 cas de perforation utérine. *Ann Univ ABJ Série B (Med)* 1983: 2977-3051.
21. Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB, et al. Risk factor for legal induced abortion, related mortality in the United States. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 729-37.
22. Nlome AR, Picaud A, Mbadinga A, et al. Les avortements clandestins à Libreville. Véritable problème de santé publique. *Méd Afr Noire* 1991; 3: 38.
23. Diallo Diabate FS, Traore M. Complications des avortements provoqués illégaux à Bamako (Mali) de Déc 97 à Nov 98. *Sante* 2000 ; 10(4): 243-7.
24. Goyaux N, Alihonou F, Diadhiour R, et al. Complication of induced abortion and miscarriage in three african countries: a hospital base study among WHO collaborating centers. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80: 568-73.
25. Verougstraete A. Conditions de prise en charge en Belgique. In : 15^{èmes} journées internationales d'études sur l'avortement et la contraception. Lille, ANCIC, 2003: 53-9.
26. OMS, Guttmacher Institute. Le nombre d'avortements clandestins en hausse dans le monde. Ma santé. OMS. Genève 2012.