

REPUBLIQUE DU BENIN

UNIVERSITE NATIONALE DU BENIN

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

ANNEE 1994

N° 596

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES AVORTEMENTS PROVOQUES A COTONOU

*A propos de 387 cas recensés à la CUGO, à la Maternité Lagune
et au Centre Médical Saint Luc*



THESE

*présentée et soutenue publiquement
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT*

par

Justin D. Lewis DENAKPO
né le 28 mars 1965 à Porto-Novo



Président du Jury :

Membres du Jury :

94/025

Directeurs de thèse :

Pr E. ALIHONOU
Dr S. GOUFODJI

Analyse statistique : **M. Virgile CAPO-CHICHI**

REPUBLIQUE DU BENIN

UNIVERSITE NATIONALE DU BENIN

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

ANNEE 1994

N° 596

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES AVORTEMENTS PROVOQUES A COTONOU

*A propos de 387 cas recensés à la CUGO, à la Maternité Lagune
et au Centre Médical Saint Luc*



THESE

*présentée et soutenue publiquement
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT*

par

Justin D. Lewis DENAKPO
né le 28 mars 1965 à Porto-Novo

Président du Jury :



Membres du Jury :

026/94

Directeurs de thèse :

Pr E. ALIHONOU
Dr S. GOUFODJI

Analyse statistique : M. Virgile CAPO-CHICHI

UNIVERSITE NATIONALE DU BENIN

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

PERSONNEL DE LA FACULTE

DOYEN : Professeur Eusèbe ALIHONOU

VICE-DOYEN : Professeur Nazaire PADONOU

SECRETAIRE PRINCIPAL PAR INTERIM : Mr Charlemagne M. AHOSSI

LISTE DU CORPS ENSEIGNANT 1993-1994

P R O F E S S E U R S

1. Dr. Vincent DAN	PEDIATRIE ET GENETIQUE MEDICALE
2. Dr. Edouard GOUDOTE	ANATOMIE-CHIRURGIE
3. Dr. Henry-Valère T. KINIFFO	PATHOLOGIE CHIRURGICALE
4. Dr. Eusèbe Magloire ALIHONOU	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
5. Dr. Benoît-Christophe SADELER	PARASITOLOGIE
6. Dr. Honoré ODOULAMI	CHIRURGIE GENERALE
7. Dr. Félix Adjaï HAZOUME	PEDIATRIE ET GENETIQUE MEDICALE
8. Dr. Alexis HOUNTONDJI	MEDECINE INTERNE
9. Dr. Bruno MONTEIRO	MEDECINE INTERNE
10. Dr. Souleymane K. BASSABI	OPHTALMOLOGIE
11. Dr. Léon Ayité MEDJI	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
12. Dr. Nazaire PADONOU	CHIRURGIE GENERALE
13. Dr. Théophile Kossi ZOHOUN	SANTE PUBLIQUE

PROFESSEURS AGREGES

1. Dr. René Gualbert AHYI	PSYCHIATRIE
2. Dr. Isidore Sossa ZOHOUN	HEMATOLOGIE
3. Dr. César AKPO	UROLOGIE
4. Dr. Béatrice AGUESSY AHYI	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
5. Dr. Théophile SODOGANDJI	PHARMACOLOGIE

6.	Dr. Hippolyte AGBOTON	CARDIOLOGIE
7.	Dr. Thérèse Ange A. AGOSSOU	PSYCHIATRIE
8.	Dr. Martin K. CHOBLI	ANESTHESIE-REANIMATION
9.	Dr. Raphaël B. DARBOUX	BIOLOGIE HUMAINE
10.	Dr. Florencia do ANGO PADONOU	DERMATOLOGIE
11.	Dr. René-Xavier PERRIN	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
12.	Dr. Kémoko O. BAGNAN	CHIRURGIE GENERALE
13.	Dr. Dominique ATCHADE	ANESTHESIE-REANIMATION
14.	Dr. Blaise AYIVI	PEDIATRIE ET GENETIQUE MEDICALE
15.	Dr. Martin GNINAFON	MEDECINE INTERNE
16.	Dr. Achille MASSOUGBODJI	PARASITOLOGIE
17.	Dr. Marina d'ALMEIDA-MASSOUGBODJI	CARDIOLOGIE
18.	Dr. Germain OUSSA	OPHTALMOLOGIE
19.	Dr. Simon AKPONA	BIOCHIMIE
20.	Dr. Célestin Y. HOUNKPE	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
21.	Dr. Sèmiou LATOUNDJI	HEMATOLOGIE
22.	Dr. Jijoho Léonard PADONOU	CHIRURGIE
23.	Dr. José de SOUZA	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
24.	Dr. Karl Augustin A. VOYEME	ANATOMIE-CHIRURGIE

MAITRES ASSISTANTS

1.	Dr. Benjamin FAYOMI	SANTE PUBLIQUE
2.	Dr. Sikiratou ADEOTY KOUMAKPAI	PEDIATRIE

PROFESSEURS ASSISTANTS

1.	Dr. Comlan Théodore ADJIDO	PSYCHIATRIE
2.	Dr. Abdou Rahmann AGUEMON	ANESTHESIE-REANIMATION

3. Dr. Cyrille AHOSSI	BACTERIOLOGIE
4. Dr. Jean AKPOVI	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
5. Dr. Sévérin Y. ANAGONOU	BACTERIOLOGIE
6. Dr. Vénérand ATTOLOU	NEPHROLOGIE
7. Dr. Martin AVIMADJE	RHUMATOLOGIE
8. Dr. Gilbert AVODE	NEUROLOGIE
9. Dr. Amidou BABA-MOUSSA	SANTE PUBLIQUE
10. Dr. André C. BIGOT	HEMATOLOGIE
11. Dr. Vicentia BOCO-TOGNISSO	RADIOLOGIE
12. Dr. Vincent C. DJOSSOU	ODONTO-STOMATOLOGIE
13. Dr. François DJROLO	MEDECINE INTERNE
14. Dr. Claudia DOUTETIEN	OPHTALMOLOGIE
15. Dr. Prosper GANDAHO	PSYCHIATRIE
16. Dr. Flore GANGBO	BIOLOGIE HUMAINE
17. Dr. René HODONOU	UROLOGIE
18. Dr. Fabien HOUNGBE	MEDECINE INTERNE
19. Dr. Josiane E. HOUNGBE	PSYCHIATRIE
20. Dr. Gervais HOUNNOU	ANATOMIE-CHIRURGIE
21. Dr. Nicolas KODJOH	MEDECINE INTERNE
22. Dr. Ambroise KOURA	CHIRURGIE
23. Dr. Michel LAWSON	O R T H O P E D I E - TRAUMATOLOGIE
24. Dr. Antoinette OBEY-MEGNIGBETO	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
25. Dr. Issifou TAKPARA	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
26. Dr. Joseph S. VODOUHE	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
27. Dr. Hubert YEDOMON	D E R M A T O L O G I E - VENEROLOGIE

COLLABORATEURS EXTERIEURS NATIONAUX

PROFESSEUR

MAITRE DE CONFERENCES

1. Monsieur Georges ACCROMBESSI CHIMIE ORGANIQUE
Faculté des Sciences et Techniques (FAST) -UNB

2. Monsieur Taofiki AMINOU PHYSICO-CHIMIE GENERALE
Faculté des Sciences et Techniques (FAST) -UNB

3. Monsieur Ibrahim KORA BIOCHIMIE
Faculté des Sciences et Techniques (FAST) - UNB

AUTRES INTERVENANTS

1. Monsieur Jacques YEHOUESSI SOINS INFIRMIERS
2. Docteur Georges HAZOUME PHARMACOLOGIE

3. Madame Honoria AKOGBETO	SOINS INFIRMIERS
4. Dr Joseph DA-ZOCLANCLOUNON	PHARMACOLOGIE
5. Monsieur Jean TCHOUGBE	BIBLIOTHECONOMIE

COLLABORATEURS EXTERIEURS

(Mission d'Enseignement)

P R O F E S S E U R S

1. Dr. Jacques BERTHET	PHYSIOLOGIE Faculté de Médecine Université Catholique de Louvain (BELGIQUE)
2. Dr. Véronique DENEYS	IMMUNOLOGIE GENERALE Faculté de Médecine Université Catholique de Louvain (BELGIQUE)
3. Dr. Philippe DE WITTE	PHYSIOLOGIE Faculté de Médecine Université Catholique de Louvain (BELGIQUE)

4. Dr. Michel DUMAS NEUROLOGIE
Faculté de Médecine et de Pharmacie Université de Limoges (France)
5. Dr. Jacques DE NAYER MEDECINE PHYSIQUE
Faculté de Médecine Université Catholique de LOUVAIN (BELGIQUE)
6. Dr. Jaroslaw KOLANOWSKI PHYSIOLOGIE
Faculté de Médecine Université Catholique de Louvain (BELGIQUE)
7. Dr. Jacques LLORY BIOPHYSIQUE
Faculté de Médecine Université de MONTPELLIER (FRANCE)
8. Dr. Pierre WITTOUCK PHYSIOLOGIE
Faculté de Médecine Université Catholique de Louvain (Belgique)

9. Dr. Hans Peter RICHTER

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

(NEUROCHIRURGIE)

Faculté de Médecine

Université D' ULM

(ALLEMAGNE)

D E D I C A C E S

Je dédie ce travail...

- a -

Au Seigneur DIEU le Tout-Puissant,
Lui qui est le Debut et la Fin de toute chose.

- b -

A mon père et à ma mère

Vous m'avez engagé sur le long chemin du savoir. Ce travail est l'accomplissement de vos rêves et le témoignage des sacrifices consentis. Je vous promets que ce n'est qu'un pas, le premier ; d'autres suivront avec la volonté et la grâce de Dieu.

A toi Paulette A.

La réalisation de cette thèse est aussi ton oeuvre. Qu'elle soit pour toi le gage de mon profond amour et de la reconnaissance des sacrifices consentis.

A ma soeur Louise Elise et son époux

Ce travail est le fruit des efforts que vous avez déployés pour m'assister tout au long de mon cursus universitaire.

Veuillez recevoir mes sentiments de profonde affection.

A mes soeurs Justine, Célestine, Géneviève, Angèle,

Claudine et leurs époux

Fidèle attachement.

A mes frères Antoine et Clément

En témoignage de mon amour filial

A Fiacre et Appolinaire

Puisse ce travail représenter pour vous un exemple à dépasser.

A mes oncles Paul DENAKPO, Sévérin DENAKPO et leurs épouses

Sincères remerciements

A mon cousin Vincent DENAKPO

Toi et moi avons appris à relever les défis.

Profond attachement.

A mes amis

ADJAHO Arnaud

FATON ZAcharie

BOUSSARI Hamidou

- d -

WAKPO Bienvenu

Pour les moments passés ensemble.

A messieurs

FASSINOU Jean et son épouse

ATAKPA Jean et son épouse

GAYET Etienne et son épouse

ZOFFOUN André et son épouse

Vives reconnaissances

A mes amis de promotion en particulier

AWEDE Bonaventure

HOUNDELINKPON Monloki

GANDAHO Huggues

AHOUANSOU Vincent

AGUEMON Badirou

SAI Brice

MEHINTO Delphin

TRAORE Albertine

AYABA Aliou

A tout le personnel du centre médical Saint Luc en particulier

Dr Servais CAPO-CHICHI

Dr Louis GNACADJA

Mr Valentin DJENONTIN

Dr Gisèle EGOUNLETY

Dr Louise ADANDEDJAN

Dr Evariste TOKPLONOU

Mr Rock BRUN

Mme Pierrette BADIMOU

Mr Anicet ADJIEN

Toutes les sage-femmes du service de la maternité

Sincères remerciements.

Au Personnel de :

l'infirmerie de l'OPT

la clinique de l'Union

Touvez en ce travail le témoignage de mon profond
attachement.

Au personnel de la Maternité Lagune qui a contribué à la réalisation de ce travail

Mme ATREVI Mathilde

Mme HODONOU Lamberte

Mme ALAYE Marie

Mme AISSE Thérèse

Mme AKOGBETO Marthe

Dr VODOUNON Joseph

Dr GBAGUIDI Alphonse

Dr ADISSO Sosthène

Profonde gratitude.

A tout le personnel de la CUGO notamment

Mme Lucie CAPO-CHICHI et Mme ASSOGBA Valérie

Mme SAM et Mme KPANGON Virginie

Pour votre contribution.

A mes aînés dans la profession

Dr ADELOU Kakpossi

Dr ADELAKOUN René

Dr ASSANI Aziz

Profondes reconnaissances.

A Mr Luc AKPLOGAN et Mlle Chantale AKPLOGAN

Profondes affections

**A tout le personnel du Centre de Recherche en
Reproduction Humaine et Démographie, en particulier**

Dr Rigobert ADEGBINNI

Dr Timothée GANDAHO

Dr Fernand GUEDOU

Mme Lydie KANHONOU

Mme Bertille MENSAH

Mme Immaculée ALAPINI

- h -

Mme Célestine ADJOVI

Mme Pascaline TALON

Mr Raphaël DOUDOU

**Pour votre assistance et la part inestimable que vous avez
prise dans la réalisation de ce travail.**

Sincères remerciements.

Aux Docteurs Lucien et Eugène AIHOUNZONON

Mlle Rosalie AIHOUNZONON

Profondes affections

A Virgile CAPO-CHICHI et Eric AZONHE

**Mmes Pauline QUENUM, Laetitia GANDAHO et son
enfant**

**Vous avez accepté malgré vos occupations quotidiennes
écrasantes d'assurer le soutien informatique de ce travail.**

Soyez-en remerciés.

A Mr Pierre AIHOUNZONON et son épouse
Profond attachement.

A Mme Jeanne BODJRENOU et à son époux
Toute ma gratitude.

Au Dr Olivier CAPO-CHICHI
Recevez ici mes sentiments de profondes reconnaissances.

Aux pères:
Jacob AGOSSOU de la Paroisse Bon Pasteur de cotonou,
BADA et MENSAH de la Cathédrale Notre Dame de cotonou
Merci pour le soutien et la contribution

Aux sage-femmes SYLVAIN Cécile et Maryse da CONCEICAO

Sans vous ce travail n'aurait pas été fait, il est aussi le
votre.

Veuillez accepter mes sentiments de sincères
remerciements.

A Mr AHOSSINME Rogatien

Profondes affections

Au Docteur Sourou GOUFODJI

Vous avez été à l'origine de ce travail. En acceptant de
nous encadrer, vous avez fait preuve de sacrifices. Votre
contribution à la réalisation de ce travail est inestimable.

Veuillez trouver ici nos sentiments de gratitude et de
profonds respects.

A Nos Maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé

Mesdames et messieurs les professeurs assistants :

Dr Comlan Théodore ADJIDO

Dr Abdou Rahmann AGUEMON

Dr Cyrille AHOSSI

Dr Jean AKPOVI

Dr Sévérin Y. ANAGONOU

Dr Vénérand ATTOLOU

Dr Martin AVIMADJE

Dr Gilbert AVODE

Dr Amidou BABA MOUSSA

Dr André C. BIGOT

Dr Vicentia BOCO-TOGNISSE

Dr Vincent C. DJOSOU

Dr François DJROLO

Dr Claudia GBAGUIDI DOUTETIEN

Dr Prosper GANDAHO

Dr Flore GANGBO

Dr René HODONOU

Dr Fabien HOUGBE

Dr Josiane EZIN-HOUNGBE

Dr Gervais M. HOUNNOU

Dr Nicolas KODJOH

Dr Ambroise KOURA

Dr Michel LAWSON

Dr Antoinette MEGNIGBETO OBEY

Dr Issifou TAKPARA

Dr Joseph S. VODOUHE

Dr Dr Hubert G. YEDOMON

Sincères remerciements.

Monsieur et madame les maîtres assistants

Dr Benjamin FAYOMI

Dr SIKIRA KOUMAKPAI

Vives reconnaissances

Mesdames et messieurs les Professeurs Agrégés

Dr René Gualbert AHYI

Dr Isidore ZOHOUN

Dr César AKPO

Dr Théophile SODOGABDJI

Dr Hippolyte AGBOTON

Dr Thérèse Ange A. AGOSSOU

Dr Martin K. CHOBLE

Dr Raphaël B. DARBOUX

Dr Florencia PADONOU do-ANGO

Dr René-Xavier PERRIN

Dr Kémoko O. BAGNAN

Dr Dominique S. ATCHADE

Dr Blaise AYIVI

Dr Martin GNINAFON

Dr Achille d'ALMEIDA-MASSOUGBODJI

Dr Germain OUSSA

Dr Simon AKPONA

Dr Célestin Y. HOUNKPE

Dr Jijoho Léonard PADONOU

Dr Sèmiou LATOUNDJI

Dr José de SOUZA

Dr Karl Augustin A. VOYEME

Pour votre enseignement de qualité.

Hommages respectueux.

Nous rendons hommages à nos maîtres,

Messieurs les Professeurs

Dr Vincent DAN

Dr Edouard GOUDOTE

Dr Henry-Valère T. KINIFFO

Dr Eusèbe Magloire ALIHONOU

Dr Benoît Christophe SADELER

Dr Honoré ADOULAMI

Dr Félix Adjaï HAZOUME

Dr Alexis HOUNTONDJI

Dr Bruno MONTEIRO

Dr Souleymane K. BASSABI

- o -

Dr Léon Ayité MEDJI

Dr Nazaire PADONOU

Dr Théophile Kossi ZOHOUN

Profonds respects

A notre Maître et Directeur de thèse,
le Professeur Eusèbe M. ALIHONOU

Cher Maître, votre façon de vous mettre au service de l'autre en particulier de vos élèves, force l'admiration. Vous nous avez fait confiance en nous suggérant ce travail. Et bravant le sommeil, la fatigue, la faim, de jour comme de nuit, vous avez contribué efficacement à sa réalisation. C'est pour nous un grand honneur d'avoir approché un maître aux qualités humaines exceptionnelles comme vous.

L'expérience nous a forgé. Et nous voulons simplement vous exprimer notre reconnaissance et vous dire que vous êtes un grand Maître.

A Mr le Président de Jury

C'est pour nous un honneur de vous voir présider ce jury.

Nous restons persuadé que vos conseils et recommandations nous serviront à parfaire ce travail.

Nous vous prions de croire en l'expression de nos hommages respectueux et de notre profonde gratitude.

A Messieurs les membres du jury

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à notre jury de thèse.

Soyez assurés que vos critiques seront pour nous une source de progrès.

Hommages respectueux.

INTRODUCTION

1. **Le sexe, dit-on est un "sport dangereux"**. Environ 114 millions d'actes sexuels ont lieu chaque jour procurant ainsi de la joie, 910.000 conceptions et 356.000 infections virales et bactériennes transmises.

Des 910.000 conceptions quotidiennes, les pertes sont élevées. Il y a seulement 390.000 naissances vivantes. Si des pertes comme les avortements ovulaires, les morts-nés et les avortements spontanés peuvent être considérés comme des phénomènes naturels dont certains peuvent être évités, d'autres constituent des cas de conscience : 90.000 avortements provoqués.

2. Dans certains pays, la répression législative persiste, mais inappliquée ou mal appliquée et il en résulte, comme au Bénin, que le nombre d'avortements provoqués croît, ainsi que ses complications.

Parallèlement, l'histoire nous enseigne que quelque soient les obstacles, les femmes avortent cependant et avec détermination quand elles en font le choix. Elles vivent la grossesse qu'elles ne désirent pas comme un mal.

3. On mesure l'ampleur du drame lorsque surviennent des complications : les victimes sont des jeunes célibataires ou des femmes mariées, mères de famille.

En effet la survenue de complication peut, soit compromettre définitivement la fonction de reproduction, soit mettre fin à leur vie, laissant des veufs et des orphelins ou des personnes éplorées.

Au cours de nos stages à la Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique, nous avons constaté que l'avortement étant illégal dans notre pays, les femmes interrompent la grossesse qu'elles ne désirent pas dans la clandestinité à l'aide de personnes le plus souvent incompétentes et par des méthodes dangereuses et variées.

Beaucoup de femmes meurent après que les soins qu'on leur a dispensé aient consommé d'importantes ressources au cours de leur hospitalisation.

Face à ces réalités, il nous a paru nécessaire d'évaluer l'impact des avortements provoqués et leurs complications en collectant des informations pertinentes à ce sujet. Ce qui peut amener à mieux résoudre le problème.

4.C'est dans ce sens que nous nous sommes fixé les objectifs suivants dans ce travail.

OBJECTIFS

- 4.1. Décrire la morbidité et la mortalité liées aux avortements provoqués, en identifiant de façon exhaustive toutes les femmes hospitalisées pour une complication d'un avortement provoqué.
- 4.2. Décrire les caractéristiques des cas d'avortements provoqués.
- 4.3. Proposer des stratégies pour réduire la fréquence des avortements provoqués et leur complications.

CHAPITRE I GENERALITES

Définition et rappel sur les avortements

Définition

5. On définit l'avortement comme l'expulsion du foetus avant le 180^e jour de la grossesse. Il s'agit là d'un critère qui manque de bases pratiques parce qu'il est difficile de fixer avec certitude le jour de la fécondation, donc le 180 ^e jour de la grossesse. Connaître même la date des dernières règles est souvent impossible dans une population en majorité analphabète.

6. On distingue plusieurs types d'avortements :

Avortements spontanés

Avortements provoqués

Avortements spontanés

6.1. C'est un avortement qui survient de lui-même en dehors de toute intervention volontaire appliquée soit par voie locale ou par voie générale.

Selon l'âge gestationnel, l'avortement spontané est dit :

- précoce : quand il survient avant la 10^e semaine d'aménorrhée.
- tardif : quand il survient au delà de la 10^e semaine.

Avortements provoqués

6.2. C'est des avortements qui surviennent à la suite de manoeuvres entreprises pour interrompre la grossesse.

Il en existe plusieurs types :

- Avortement thérapeutique

6.2.1. C'est un avortement décidé par trois médecins dans le but de soustraire la mère aux dangers que la grossesse est censée lui faire courir.

- Avortement eugénique

6.2.2. Il se rapproche de l'avortement thérapeutique. Il est destiné à expulser un foetus reconnu d'être porteur d'une tare génétique, héréditaire ou congénitale, ou suspect de l'être.

Interruption volontaire de grossesse

6.2.3. C'est un avortement permis par la loi en dehors des raisons médicales et eugéniques.

Avortement criminel ou illégal ou clandestin

6.2.4. C'est un avortement entrepris en dehors des conditions prévues par les lois en vigueur et pour des raisons autres que médicales.

Rappel

L'avortement spontané

7. Naturel, il est complet, souvent peu hémorragique et rarement compliqué d'infection. Cependant des complications sont possibles, surtout hémorragiques.

7.1. Le problème essentiel est celui de son diagnostic étiologique. Car dans 50 % des cas environ, l'étiologie précise des avortements spontanés n'est pas connue. Dans l'autre moitié, elle ne peut être

décelée que par des techniques spéciales de l'hormonologie, de la sérologie ou par l'étude du caryotype ovulaire.

7.2. Les causes souvent retrouvées sont :

-les causes utérines

Exemples :les hypoplasies utérines, les retrodéviations utérines, les myomes, les malformations utérines par dualité (utérus cordiformes, utérus didelphes)

-les causes générales

Exemples :les syndromes vasculo-rénaux, le diabète, les cardiopathies

-les déficits hormonaux

Exemples :les insuffisances globales ou isolées en oestrogènes ou en progestagènes

-les infections

Exemples :les infections aigues (grippe, colibacillose, fièvre typhoïde)

les infections urinaires

-les aberrations chromosomiques

Exemples :les trisomies, les monosomies

-les causes immunologiques

Si on assimile l'oeuf à une greffe

-les causes économiques et sociales

Avortements clandestins ou illégaux

8. Ce sont les plus compliqués et les deux principales complications sont l'hémorragie et l'infection liées à un facteur étiologique commun : la rétention placentaire, soit d'emblée infectée par l'agent abortif, soit secondairement dans les heures ou jours qui suivent la manœuvre abortive.

Les complications précoces

L'hémorragie génitale

8.1. Symptôme habituel de l'avortement provoqué, l'hémorragie peut constituer une complication, soit du fait de son abondance immédiate, soit cumulée, par la durée de son évolution avant l'intervention thérapeutique.

Le plus souvent, elle est modérée sans retentissement grave sur l'état général.

Cette hémorragie - symptôme peu menaçante dans l'immédiat, autorise une étude plus approfondie du tableau clinique.

L'infection

8.2. D'abord loco-régionale, puis généralisée, elle découle comme l'hémorragie de la rétention placentaire qui l'entretient et la développe comme un véritable bouillon de culture. Il s'agit de:

- l'infection ovulaire,
- l'endométrite,
- la pelvi-péritonite : première manifestation de la diffusion de l'infection. Citons:

- .l'abcès du Douglas
- .le phlegmon du ligament large
- .le pyosalpinx
- les infections généralisées,
- .la péritonite généralisée
- .les phlébites pelviennes ou des membres inférieurs
- .les complications septicémiques notamment la septicémie à perfringens avec choc.

Les complications liées à l'agent abortif

- 8.3. Elles sont dues à la maladresse et à l'ignorance des avorteurs. Il s'agit :
- des intoxications : elles résultent de l'injection à doses toxiques de produits réputés abortifs,
 - des complications traumatiques.

- 8.4. Certaines de ces complications traumatiques sont directement provoquées par l'instrument abortif. D'autres sont la conséquence de l'injection intra-utérine des ou d'un produit toxique par la sonde d'avortement.

Les plus fréquentes sont :

- . les perforations utérines
- . l'abcès du myomètre
- . l'infarctus utérin
- . les lésions cervico-vaginales
- . les exentérations à travers la filière génitale.

Les complications nerveuses

9. Elles sont liées à l'injection intra-utérine de liquide toxique ou non.

Les accidents précoces se manifestent au cours même de la tentative d'avortement ou très peu de temps après elle.

On distingue deux formes :

-la forme foudroyante entraînant une syncope mortelle lorsque la sonde franchit le col ou au début de l'injection intra-utérine.

-les formes d'embolie gazeuse d'évolution longue.

Les séquelles

10. Elles constituent par leur fréquence, leur retentissement sur la victime et leur retentissement social, l'une des conséquences les plus graves des avortements provoqués :

10.1. la stérilité secondaire de causes variées :

- . les salpingites chroniques
- . les adhérences péritonéales péri-tubo-ovariennes
- . les sténoses isthmiques et synéchies utérines
- . l'adénomyose et l'endométriose

10.2. Les conséquences obstétricales. Elles sont multiples et fréquentes d'autant plus que le nombre d'avortement est élevé:

- . la grossesse ectopique

- . l'accouchement prématuré
 - . les avortements à répétition
 - . l'insertion basse du placenta
- .la rupture utérine en cours de travail à partir d'une brèche utérine contemporaine de l'avortement.

10.3.les séquelles psychiques à type de :

- . sentiment de culpabilité
- .parfois il y a chez les psychotiques, des manifestations psychiatriques majeures du genre psychoses puerpérales du post-abortum.

Historique

11. Depuis les temps immémoriaux, la pratique de l'avortement a toujours existé.

11.1. Dans la Grèce Antique, HIPPOCRATE aurait conseillé à une femme de sauter en l'air en se frappant les hanches, de ses talons pour provoquer un avortement.

Mais les avortements provoqués étaient relativement peu fréquents du fait de l'emprise de la religion sur le monde. Les vives et nombreuses critiques dans l'ancien testament maintenaient les populations dans la crainte du péché.

11.2 Aussi, nous pouvons convenir avec MEYER [52], l'évolution suivante de l'avortement depuis le moyen-âge.

11.1.2 Au moyen-âge en effet, la médecine était l'apanage des gens d'Eglise, les

moines en particulier. L'avortement était surtout pratiqué par les prostituées. Il représentait avec l'infanticide les seuls moyens de régulation des naissances.

11.2.2. A partir du XII^e siècle, le clergé abandonne la médecine mais, les théologiens de l'église créent des lois et condamnent toute forme d'avortement.

11.2.3 Au XIX^e siècle, face à une démographie galopante, certains auteurs préconisent le contrôle des naissances par la contraception et l'avortement pour éviter la misère. Cependant, l'avortement était toujours pratiqué dans la clandestinité, parce que les mesures répressives qui avaient été prises, demeurent.

Dans le but de protéger les femmes, plusieurs pays européens et les Etats-Unis modifièrent leur législation sur l'avortement provoqué en lui conférant un caractère restrictif. Ces modifications prévoyaient des sanctions comme en témoigne le code Napoléon de 1810, 5 à 10 ans d'emprisonnement pour tout auteur ou complice d'avortement.

11.2.4. Au début du XX^e siècle, notamment après la première guerre mondiale (1914-1918), les populations étaient décimées et des lois natalistes furent prises, condamnant tout avortement, particulièrement en France.

Avec ces lois les avortements clandestins prirent de l'ampleur et les complications mortelles devinrent plus fréquentes et mieux connues.

11.2.5. Après la deuxième guerre mondiale (1939-1945) plus précisément en 1950, et face à l'obstination des femmes à se faire avorter, il s'est produit un mouvement général vers l'assouplissement de la législation en faveur de l'avortement. L'URSS fut le premier pays à légaliser l'avortement en 1955.

12. MALCOMLS Pott,[44] en 1977 fait le point sur la libéralisation de l'avortement dans le monde.

A partir de 1960, beaucoup de pays Européens ont pris des lois libérales sur l'avortement ; l'Angleterre en 1968, puis les pays d'Europe du Nord.

Aux Etats-Unis d'Amérique, la libéralisation de l'avortement a été faite d'abord dans 17 Etats.

Dans les pays d'Afrique francophone au sud du Sahara à l'exception de la République du Mali, les lois sur l'avortement demeurent un héritage de la période coloniale, notamment la loi du 31 Juillet 1920.

En 1972, la Zambie devient le premier pays sub-saharien à libéraliser l'avortement. La législation Zambienne dispose que l'avortement est permis pour des motifs socio-économiques, mais avec l'accord de trois médecins.

Par la suite, d'autres pays comme le Ghana, ont adopté des réformes similaires.

La Tunisie a été le premier pays islamique à réviser sa propre loi sur l'avortement.

Actuellement de nombreux pays dans le monde ont libéralisé la pratique de l'avortement.

13. Les raisons évoquées sont surtout la santé et le bien-être de la femme. Il est rarement question de freiner la croissance démographique sauf en Chine, en Inde et au Japon. Il faut néanmoins remarquer que c'est surtout les pays les plus peuplés du monde qui autorisent largement l'avortement.

14. La situation des avortements provoqués est difficile à connaître à cause de l'insuffisance des statistiques en la matière notamment dans les pays en voie de développement. Deux facteurs expliquent cet état de chose :

- l'insuffisance ou l'absence de ressources allouées à la recherche, en général, sur les avortements provoqués en particulier,
- le caractère illégal des avortements provoqués dans ces pays, fait que peu de personnes sont enclines à en parler.

15. Dans ces conditions, l'impact des avortements illégaux dans le tiers monde ne peut être évalué que par extrapolation à partir des cas admis en milieu hospitalier.

Malgré l'absence de données exhaustives, il faut reconnaître que les avortements provoqués constituent un problème majeur de santé publique surtout dans les pays où il existe des barrières religieuses, culturelles et juridiques à leur libéralisation.

La situation en République du Bénin

16. La République du Bénin est caractérisée par l'insuffisance des statistiques sanitaires en général et particulièrement celles relatives à l'avortement provoqué.

16.1. Les tendances traditionnelles sont pro-natalistes. Cependant l'avortement a toujours existé. Bien que réprouvé, il est de nos jours plutôt toléré par la société béninoise. On ne jette pas nécessairement la pierre à une femme parce qu'elle

a eu recours à l'avortement. Tout au plus, elle peut faire l'objet de commérages malveillants. Parfois, des parents conduisent leur fille à la pratique de l'avortement illégal.

16.2. Malgré l'introduction du christianisme dont la morale renforça la désapprobation de l'avortement, celui-ci devient de plus en plus fréquent.

16.2.1 En effet le libéralisme des moeurs qui caractérise notre temps, envahit progressivement nos sociétés. Le respect des normes traditionnelles (d'initiation et d'éducation sexuelle) léguées à travers les âges ne résistent pas à l'épreuve et à la culture moderne. Ainsi les rapports sexuels sont devenus plus précoces et plus fréquents.

"Les rites et les cérémonies d'initiation qui marquaient jadis la puberté et le passage dans la catégorie des adultes perdent leur importance et disparaissent parfois complètement, alors que l'instruction moderne dispensée dans les écoles même lorsqu'elle existe n'est pas en mesure de jouer entièrement son rôle à savoir, préparer les jeunes à la vie d'adulte et à l'activité procréatrice.

16.2.2. De plus en plus nombreux à être privés de l'éducation traditionnelle et de l'éducation moderne sur les questions relatives à la sexualité, les adolescents sont particulièrement enclins à des comportements à risque : activité procréatrice non planifiée, grossesse non désirée suivie d'avortement clandestin avec toutes les conséquences que cela comporte".

16.2.3. A côté du recul de la tradition, il y a les problèmes liés au développement, à la crise économique et sociale : l'urbanisation, l'exode rural, le chômage, l'amenuisement des ressources, les conditions d'existence de plus en plus

difficiles, l'absence de services sociaux, le développement anarchique des vidéo-club dans les quartiers, conduisent à la délinquance, à la débauche, à la prostitution et à l'avortement.

16.3.1 De plus malgré le développement de la planification familiale depuis quelques années, le taux de prévalence contraceptive reste bas, avec des disparités importantes.

Dans ce contexte où l'IEC/PF n'a pas encore atteint toutes les couches sociales, le problème de l'avortement clandestin est un fléau dont nous ne mesurons pas l'ampleur faute de statistiques fiables.

17. Les quelques données relatives à l'avortement provoqué au Bénin, proviennent des travaux de thèse de médecine notamment, ceux des docteurs KODJIA [36], LAINE [39], KOUWAKANNOU [38] respectivement en 1977, 1985 et 1986.

Ces auteurs ont démontré la gravité du problème de l'avortement provoqué dans notre pays.

17.1. En effet KOUWAKANNOU a noté que le nombre de cas d'avortements provoqués admis à la CUGO accuse une augmentation inquiétante passant de 98 cas en 1981 à 194 en 1985. Il a pratiquement doublé. KODJIA au terme de ses travaux, avait déjà constaté une progression identique à la maternité de l'ex-district urbain de Cotonou I. De plus il a établi que le nombre d'avortement provoqué représente le 1/25è du nombre d'accouchements enregistrés dans la même formation sanitaire au cours de la période d'étude.

17.2. L'autre aspect de la gravité du problème est la létalité due aux avortements

provoqués. LAINE dans sa série estime le taux de létalité à 25,4 %,5 fois supérieur au taux de létalité 5,25 pour 1000 avortements illégaux mentionné par ROCHAT cité par LISKIN dans une étude consacrée à 65 pays d'Afrique, du Moyen-Orient, d'Amérique Latine et d'Asie.

17.3. Définissant le profil des femmes qui se font avorter, les trois auteurs ont noté qu'il s'agit le plus souvent de femmes jeunes, âgées de 15 ans à 25 ans, célibataires, issues du milieu scolaire et peu informées de la contraception. Ces avortements clandestins sont très souvent pratiqués par des personnes incompétentes dans des conditions de sécurité douteuse.

Les raisons évoquées pour recourir à l'avortement clandestin sont multiples, et il s'agit presque toujours d'un faisceau de motifs. On retient surtout les motifs socio-économiques, les motifs familiaux.

18. Sur le plan juridique, le Bénin à l'instar d'autres pays africains, reste théoriquement régi par la loi de 1920. Malgré l'existence de cette loi, on note une attitude pernicieuse de complicité passive : les avorteurs ne sont plus poursuivis et parfois c'est les parents qui intercèdent pour eux.

CHAPITRE II

CADRE ET METHODE D'ETUDE

CADRE D'ETUDE

Présentation de la république du bénin

19 Le Bénin, pays francophone est situé au Sud-Est de l'Afrique Occidentale. Il est limité au Nord-Ouest par le Burkina Fasso, au Nord-Est par le Niger, au Sud par l'Océan Atlantique, à l'Est par le Nigéria et à l'Ouest par le Togo.

Il couvre une superficie de 112.622 km². Sa population est d'environ 5 millions d'habitants. Le taux annuel de croissance est de 3,2 %. Le nombre total d'enfants par femme est égal à 6,8. Le taux de natalité est estimé à 48,3 %. Le taux de prévalence contraceptive est faible et oscille entre 0,7 et 1 % pour les méthodes contraceptives modernes (pilules, stérilets, spermicides, préservatifs etc...).

La mortalité maternelle varie entre 1380 et 1680 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes et 12,33 % de ces décès sont dus à un avortement provoqué.

La ville de cotonou

20. Cotonou est la capitale économique du Bénin. C'est une ville cosmopolite qui concentre 21,7 % de la population sur 2,8 % du territoire national: 613652 habitants. Les données du dernier recensement de la population montrent une représentation écrasante des Fon, Mina et leurs apparentés. Les autres groupes ethniques notamment les bariba, les dendi et les peulh sont moins nombreux. Sur le plan religieux, les catholiques sont les plus nombreux suivis des autres chrétiens et des musulmans.

Cadre d'étude proprement dit

21. Il est constitué par :

- les deux hôpitaux publics de Cotonou : la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) du Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU), et la Maternité Lagune ;
- une maternité périphérique : la maternité du Centre Médical Saint Luc à titre d'étude pilote.

21.1. Le CNHU et la Maternité Lagune sont les deux grands centres sanitaires publics de Cotonou. Ils reçoivent les patientes de toutes les couches sociales. Cependant, la Maternité Lagune a tendance à draîner une grande partie de la population à bas niveau socio-économique. Cela est dû au coût relativement moins élevé des soins à la Maternité Lagune par rapport à la CUGO.

21.2. La Maternité du centre médical Saint Luc, établissement confessionnel de la banlieue de Cotonou. Elle rentre dans l'étude afin que les données recueillies servent d'étude pilote pour une éventuelle prochaine étude du même type conduite sur toutes les maternités périphériques de Cotonou.

21.3. Le Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie (CRRHD) situé au CNHU de Cotonou est la structure qui nous a encadré dans la réalisation de ce travail.

La Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO)

22. C'est un service spécialisé qui a ouvert ses portes en Juin 1978 et est implanté dans l'enceinte du CNHU de Cotonou.

Infrastructures

22.1. La CUGO dispose de :

-un bloc technique où sont assurés :

.les consultations d'urgence

.les accouchements

.les interventions chirurgicales.

Il comprend :

.une salle de réception pour les urgences

.trois salles d'opération dont une septique

.une salle de dilatation

.une salle de dystocie

.une salle d'accouchement

.une salle d'hospitalisation de courte durée

-un secteur de consultation interne où se déroulent des activités comme :

.la consultation pré-natale et post-natale

.la planification familiale

des

.la consultation nourrissons

x

.la vaccination des gestantes et des nourrissons

-un secteur d'hospitalisation : il est constitué :

.de chambres réparties en 3 catégories comportant 45 lits dont 3 en hors-classe,

14 en première catégorie, 16 en 2ème et 12 en 3ème ;

.d'une structure de soins intensifs à 12 lits dont 2 en salle septique, annexée à l'hospitalisation, où séjournent les opérées et les patientes dont l'état nécessite une surveillance importante ;

.un service de néo-natalogie où sont admis les nouveau-nés prématurés, ceux présentant une pathologie à la naissance ou ceux issus d'une opération césarienne.

Les ressources humaines

22.2. Le personnel est composé de :

.1 professeur, chef de service

.2 professeurs agrégés

.3 professeurs assistants de gynécologie et d'obstétrique

.1 médecin anesthésiste - réanimateur détaché par le service polyvalent d'anesthésie-réanimation (SPAR) dans le service

.44 sage-femmes

.17 infirmiers diplômés d'Etat

.32 aide-soignants

.des secrétaires et des agents d'administration.

Le personnel est aidé dans son travail par des élèves sage-femmes, des étudiants en médecine, des médecins en spécialisation.

Les activités

22.3 La CUGO assure les activités suivantes :

-Activités de soins réparties dans les différents secteurs du service, Le nombre d'accouchements annuel est en moyenne 2700 tandis que le nombre de consultations par an est en moyenne de 18250.

-Activités de formation : la CUGO assure la formation des sage-femmes, des médecins généralistes et spécialistes.

-Activités de recherche notamment en reproduction humaine.

La Maternité Lagune

23. Elle a ouvert ses portes en 1961. Elle a été la seule maternité de référence jusqu'en 1978, année de la création de la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique de Cotonou.

En 1988, la Maternité Lagune a été agrandie pour mieux répondre aux besoins des populations.

Infrastructures

23.1. Elles sont réparties en 3 secteurs :

-un bloc administratif

-un bloc technique comprenant :

.une salle d'accouchement

.une salle de dilatation

- .une salle de réception des urgences
 - .deux salles d'opération
 - .un service de néonatalogie
 - .une salle de réanimation d'adulte et de réveil post-opératoire
 - .une salle de réanimation du nouveau-né
 - .une salle d'échographie
 - .un laboratoire d'analyse bio-médicale
 - .un service de consultations
- * pré natales
- * post-natale et du programme élargi de vaccination
- * gynécologique et planning familial.
- un bloc d'hospitalisation de 124 lits qui comporte en son sein:

- .le service de soins intentifs
- .un bâtiment à 2 étages
- .un bâtiment de chambres spéciales

Les ressources humaines

23.2. Le personnel sanitaire de la Maternité Lagune est composé de:

- .1 professeur agrégé de gynécologie et d'obstétrique, chef de service
- .4 gynécologues accoucheurs
- .1 médecin anesthésiste-réanimateur
- .1 médecin pédiatre néo-nataloge

- .1 médecin échographiste à "temps partiel"
- .2 techniciens supérieurs de laboratoire et 3 techniciens de niveau B
- .2 techniciens supérieurs de radiologie
- .41 sage-femmes d'Etat
- .13 infirmiers et infirmières d'Etat dont 4 aides anesthésistes et 2 instrumentistes
- .5 infirmiers de santé
- .6 agents d'entretien permanents.

Les activités

- 23.3. Il s'agit :
 - des activités de soins :
 - .consultations pré et post natales. Le nombre annuel de consultation est de 13294 en moyenne
 - .accouchements : en moyenne 3751 par an
 - .interventions chirurgicales diverses
 - .vaccinations des mères et des nouveaux-nés
 - .planning familial.
 - des activités de formation
 - des médecins en cours de spécialisation, des étudiants en médecine et les élèves sage-femmes effectuent des stages pratiques à la Maternité Lagune.
 - des activités de recherche
 - chaque année, des thèses de doctorat d'Etat en médecine et autres publications médicales sont réalisées à la Maternité Lagune.

Le Centre Médical Saint Luc

24. C'est un centre confessionnel créé en Février 1990 par l'archevêque de Cotonou, et situé dans le quartier Sainte Rita l'une des banlieus de la ville.

Sa philosophie essentielle est :

- de témoigner d'une médecine au service de l'homme, de tout homme, de tous les hommes dans le respect de la vie selon la morale chrétienne et l'esprit de l'évangile
- d'amener les laïcs de l'église à témoigner de leur foi à travers leur engagement à se mettre au service des plus pauvres et des malades en leur réservant un accueil exemplaire.

Les infrastructures

24.1. Le centre médical Saint Luc de Cotonou dispose de:

- un service d'accueil
- une unité de protection maternelle et infantile (PMI)
- une unité de diagnostic et de soins pour enfants et adultes comprenant :
 - .un service d'urgence
 - .un service de consultations Médecine Générale, ORL, Chirurgie
 - .un service d'endoscopie digestive
 - .une clinique dentaire dotée de deux cabinets modernes et d'un laboratoire de prothèse
 - .un laboratoire d'analyses médicales et bio-médicales

- .un service de radiologie
- .un service de soins (injections, petite chirurgie)
- .un service d'hospitalisation
- une maternité où se déroulent :
 - .les consultations pré et post-natales
 - .les consultations gynécologiques
- une pharmacie
- un service d'administration.

Les ressources humaines

- 24.2. Il s'agit :
- d'un médecin directeur
 - des médecins généralistes
 - des médecins spécialistes (ORL, chirurgie, cardiologie, neurologie ...)
 - collaborateurs extérieurs
 - des médecins chirurgiens dentistes
 - des techniciens supérieurs de laboratoire
 - des techniciens de laboratoire niveau B
 - un radiologue
 - des infirmiers diplômés d'Etat
 - des sage-femmes diplômées d'Etat
 - des pharmaciens
 - des assistantes sociales

- des infirmiers de santé
- des aides soignants
- des animatrices socio-sanitaires
- un administrateur en gestion hospitalière.

Les activités

24.3. Le centre médical Saint Luc exerce :

- des activités de soins
- des activités de formation : plusieurs étudiants en médecine, les élèves sage-femmes et les élèves infirmiers font des stages pratiques dans le centre.

Avec le concours des collaborateurs extérieurs du centre, il a été créé un creuset de réflexions scientifiques pour les médecins, dénommé "Cercle Médical Saint Luc".

Il s'agit d'une structure spécialisée du conseil médical et technique qui a pour attribution :

*l'organisation de journées de formation continue

*la publication d'articles scientifiques à travers le "journal du centre médical Saint Luc".

METHOD D'ETUDE

Nature et durée de l'étude

25.1. C'est une étude prospective des cas de complication d'avortements provoqués enregistrés dans les trois centres, du 19 Juillet 1993 au 19 Juillet 1994.

Population d'étude

25.2. Notre étude a porté sur toutes les gestantes reçues pour une complication d'avortement et hospitalisées à la CUGO, à la Maternité Lagune ou au centre médical Saint Luc.

25.2.1. A partir des données de l'interrogatoire et de l'examen clinique l'avortement est classé en :

- avortement provoqué certain

quand la patiente elle-même ou son entourage fait l'aveu du recours à cette pratique

- avortement provoqué probable

quand il n'y a pas d'aveu, mais que la patiente :

.présente des signes d'infection (endométrite, pelvipéritonite, péritonite, septicémie etc...) ou des traces de manœuvre abortive

.et affirme que la grossesse n'était ni désirée, ni programmée (avec ou sans contraception)

- avortement provoqué possible

quand il n'y a pas d'aveu, mais que :

.la grossesse n'est ni planifiée, ni désirée

.il y a des signes d'infections (endométrite, pelvipéritonite etc..)

.il n'y a pas de stigmate de manoeuvre abortive

- avortement spontané

quand aucune des trois conditions citées plus haut n'est présente, et que la patiente affirme que la grossesse était prévue et désirée.

25.2.2. C'est une classification de l'OMS, mondialement reconnue. Nous l'avons adoptée parce qu'elle permet un recensement exhaustif des patientes hospitalisées pour complication d'avortement provoqué.

Taille de l'échantillon

25.2.3. Les complications d'avortements constituent un élément essentiel dans le mode de classification de l'avortement considéré comme provoqué probable ou possible. Ainsi la survenue de complication après avortement spontané peut conduire à une surestimation des complications attribuables notamment aux avortements provoqués possibles.

Pour éviter une telle situation, nous avons seulement pris en compte les cas d'avortements provoqués certains et probables. Cela nous a permis de recenser au cours des 12 mois de travail, 387 cas d'avortements clandestins admis dans les 3 centres où a eu lieu l'étude.

Collecte des données

L'instrument de collecte des données

26.1. C'est une fiche d'enquête individuelle.

Les facteurs étudiés sont recueillis :

26.1.1. -à partir de l'interrogatoire :

1.les caractéristiques démographiques : section B du questionnaire

2.l'histoire de la grossesse actuelle : section C,

3.les antécédents obstétricaux incluant accouchements et avortements, spontanés et provoqués, légaux et illégaux: section C du questionnaire,

4.les antécédents de contraception, l'année précédente et au moment de la conception : section D du questionnaire,

5.le propre récit de la femme sur l'avortement spontané ou provoqué, l'agent abortif, les symptômes présentés : section E du questionnaire,

6.les motivations

7.le caractère planifié ou non, et désiré ou non de la grossesse,

26.1.2. - à partir des dossiers médicaux : section E et F

1. examen physique : traumatisme génital, corps étranger etc...,

2. les complications : hémorragie, infections, septicémie décès,

Prétest

26.2. Il a duré un mois, c'est une étude pilote qui nous a permis de:

- tester les questionnaires et la traduction en langue locale par les enquêteurs,
- évaluer le recrutement des cas d'avortement,
- tester la qualité des dossiers hospitaliers,
- évaluer la coopération du personnel de santé.

Déroulement de l'enquête

26.3. La collecte des données s'est faite par remplissage du questionnaire tous les jours :

.à la CUGO par nous-même, les CES de garde et une sage-femme entièrement affectée à cette tâche ;

.à la Maternité Lagune par le gynécologue de garde et une sage-femme entièrement affectée à cette tâche ;

.à la Maternité du centre médical Saint Luc par la sage-femme de garde.

Tous les questionnaires des 24 dernières heures sont rassemblés pour subir un contrôle d'exhaustivité. Ensuite on fait un contrôle de qualité des interviews. Le contrôle de qualité est réalisé par la vérification hebdomadaire de quatre questionnaires: on interroge quatre femmes choisies au hasard parmi celles déjà recensées, il est effectué par une personne indépendante de l'étude.

Les difficultés

27.1. L'un des principaux écueils de l'étude est de distinguer l'avortement spontané de l'avortement provoqué chez les patientes reçues pour des complications liées à un avortement.

27.2. Au Bénin, compte tenu de la loi, peu de femmes sont enclines à avouer facilement le caractère provoqué d'un avortement. Dans ces conditions, le taux de complication pour avortement provoqué (certain) sera certainement sous-estimé.

27.3. Le recrutement des patientes devant être exhaustif, le personnel intéressé et nous, avons travaillé tous les jours y compris Samedi, Dimanche et les jours fériés.

27.4. L'évasion des femmes hospitalisées est un réel problème car les questionnaires partiellement remplis sont difficiles à exploiter.

27.5. Certaines constantes notamment la température, le pouls ne sont pas systématiquement prises malgré que les services concernés disposent du matériel pour le faire.

27.6. Enfin, les patientes ne sont pas revues en consultation du post-abortum malgré qu'elles aient été sensibilisées avant leur sortie.

Implications éthiques

28 L'avortement provoqué est illégal au Bénin. Il est régi par l'article 317 du code pénal. La loi ne lui reconnaît que des indications médico-légales.

28.1. Le choix des interviewers a été dicté par les réalités locales. La sage-femme de par sa fonction d'auxilliaire au médecin n'inspire pas toujours confiance aux femmes qui hésitent à se confier à elle. Elles préfèrent se confier à celui qui est censé traiter les complications de son avortement, en l'occurrence le CES ou le gynécologue de garde.

28.2. Du fait du caractère délicat du sujet, les dossiers sont restés confidentiels. Les interrogatoires ont été conduits de façon aussi discrète que possible.

Avant l'interrogatoire, la nature de l'étude est exposée à la patiente et son consentement est nécessaire pour le remplissage du questionnaire. Notre étude n'a impliqué aucun geste médical invasif.

28.3. Le démarrage de l'étude a été conditionné par l'accord écrit du directeur national de la protection sanitaire faisant office de comité d'éthique.

Traitemen~~t~~ des données

29 Il a suivi les étapes de dépouillement et de l'analyse.

Le dépouillement

29.1. Il comprend :

- la codification des données collectées grâce à un guide code pré-établi,
- la vérification des données codifiées : c'est une double vérification pour minimiser les risques d'erreur,
- la saisie des données codifiées et vérifiées : elle a été assurée par le service informatique du Centre de Recherche en Reproduction Humaine et Démographie (CRRHD).

C'est une saisie double effectuée tous les 15 jours. Le logiciel utilisé est le dBase

IV D. Il permet de réduire considérablement la probabilité des erreurs de saisie.

A la fin de la saisie, on fait un contrôle de logique et de rangée des dossiers.

C'est un contrôle informatique compris dans le programme du logiciel utilisé.

-la correction et le nettoyage des données

-la sortie des fréquences des variables étudiées

-la production des tableaux devant servir à l'analyse.

L'assistance informatique s'est basée sur nos tableaux blancs pour élaborer les programmes de sortie des fréquences et des tableaux croisés que nous avons exploités comme résultats de nos travaux.

Analyse des données

29.2. Nous nous sommes proposé d'analyser :

-la fréquence des avortements provoqués par rapport aux accouchements,

-les caractéristiques des femmes qui se font avorter,

-les différentes complications,

-le nombre de décès dus aux avortements provoqués,

-les motivations

CHAPITRE III

RESULTATS

DIFFERENTS TYPES D'AVORTEMENT**Tableau N°1 :Répartition des patientes selon le type d'avortements**

Type d'avortements	Nombre de cas		Pourcentage	
Spontané	258			26,40
Provoqué certain	329	387	33,67	39,61
Provoqué probable	58		5,93	
Provoqué possible	322			32,95
IVG	10			1,02
Total	977			100

30.1. Pendant douze mois, nous avons recensé dans les trois maternités, 977 cas d'avortement.

Par rapport à l'ensemble des avortements, les avortements provoqués certains et probables 387 cas, représentent une fréquence de 39,61 %. Nous les considérons tous comme des cas d'avortements provoqués et nous allons les étudier tout au long de ce travail.

NOMBRE DE CAS PAR MATERNITE D'ADMISSION**Tableau N° II : Répartition des cas d'avortements provoqués selon les maternités d'admission**

Type d'avortement provoqués -----\ Maternité d'admission	Avortements provoqués				Total			
	Certains		Probables					
	N	%	N	%				
Maternité Lagune	185	47,80	21	5,42	206	53,22		
CUGO	125	32,29	31	8,01	156	40,31		
Maternité du centre Médical Saint Luc	19	4,90	6	1,55	25	6,45		
Total	329	85,01	58	14,98	387	100		

31. Plus de la moitié des cas, 53,22 % proviennent de la Maternité Lagune.

Le recensement des cas a été exhaustif. Cependant, ces cas ne représentent que la partie visible de l'iceberg. Il existe certainement des cas qui ne viennent pas se faire soigner dans les maternités sus-citées.

NOMBRE DE CAS PAR MOIS**Tableau N° III : Répartition par mois des cas d'avortements provoqués**

Mois	Nombre de cas	Pourcentage
Juillet 93	16	4,13
Août 93	43	11,11
Septembre 93	24	6,20
Octobre 93	39	10,07
Novembre 93	31	8,01
Décembre 93	36	9,30
Janvier 94	33	8,52
Février 94	36	9,30
Mars 94	25	6,45
Avril 94	33	8,52
Mai 94	32	8,26
Juin 94	23	5,94
Juillet 94	16	4,13
Total	387	100

32. Pour 12 mois (19 Juillet 1993 au 19 Juillet 1994), 387 cas ont été enregistrés, soit en moyenne 32 cas d'avortements provoqués par mois, ou encore 8 cas par semaine. Le mois d'Août 93 compte le plus grand nombre d'avortement provoqué : 43 cas, et le mois de Juin 94 le nombre le plus faible : 23 cas.

FREQUENCE DES AVORTEMENTS PROVOQUES

33. Nous l'avons établie par rapport au nombre d'accouchements, et au nombre d'avortement spontané.

Par rapport au nombre d'accouchements

- 33.1. - à la CUGO, le nombre d'accouchements est de 2482 pour 156 cas d'avortement provoqué, soit 6,28 %
- à la Maternité Lagune, le nombre d'accouchements est de 4337 pour 206 cas d'avortements provoqués soit 4,74 %
- à la Maternité du Centre Médical Saint Luc, le nombre d'accouchements est de 727 pour 25 cas d'avortements provoqués, soit 3,43 %.

Au total 7546 cas d'accouchements pour 387 cas d'avortement provoqué, soit 5,12 %.

Par rapport au nombre d'avortement spontané

- 33.2. A partir des "critères de jugement" que nous avons définis dans notre méthodologie, nous avons considéré les cas d'avortements provoqués possibles comme des avortements spontanés. Cela donne 580 cas d'avortements spontanés.

Rapporté à ce chiffre, on enregistre 66,72 cas d'avortements provoqués pour 100 cas d'avortements spontanés.

CARACTERISTIQUES DES FEMMES QUI SE FONT AVORTER

Age des patientes

34.1. Sur les 387 cas, on compte :

- 4 cas dans la tranche d'âge inférieur à 15 ans, soit 1,03 %
- 110 cas dans la tranche d'âge 15-19 ans, soit 28,42 %
- 126 cas dans la tranche d'âge 20-24 ans, soit 32,55 %
- 60 cas dans la tranche d'âge 25-29 ans, soit 15,50 %
- 42 cas dans la tranche d'âge 30-34 ans, soit 10,85 %
- 23 cas dans la tranche d'âge 35-39 ans, soit 5,94 %
- 9 cas dans la tranche d'âge 40 ans et plus, soit 2,32 %
- 13 femmes n'ont pas pu préciser leur âge soit 3,35 %

La moins âgées a 13 ans, la plus âgée a 48 ans, la moyenne d'âge est de 23,723 ans \pm 6,54 ans.

La tranche d'âge 20-24 ans compte le nombre le plus élevé ; et au deuxième rang la tranche d'âge 15-19 ans. Ce sont des jeunes filles, des adolescentes qui se font avorter. Ce qui souligne le caractère préoccupant de la situation.

Ethnie des patientes

34.2. Sur un effectif de 387 patientes, on dénombre :

- Fon et Mahi : 183 cas, soit 47,28 %

- Goun et Tori : 64 cas, soit 16,53 %
- Yoruba-Nagot-Idatcha : 26 cas, soit 6,71 %
- Mina, Adja, Kotafon : 84 cas, soit 21,70 %
- Bariba, Dendi, Peulh, Lokpa : 6 cas, soit 1,55 %
- Etrangères : 6 cas, soit 1,55 %
- Autres : 2 cas, soit 0,51 %
- Non précisée : 10 cas, soit 2,58 %

Les fon et mahi sont les plus nombreuses : 47,28 % des cas. Les mina, adja, kotafon arrivent en deuxième position 21,70 % des cas.

Cette répartition correspond à celle de la population de Cotonou () où les fon, mahi, mina, adja sont les plus nombreux.

Religion des patientes

34.3. Sur les 387 patientes, nous avons relevé :

Catholiques : 250 cas, soit 64,59 %

Musulmanes : 37 cas, soit 9,56 %

Protestantes : 22 cas, soit 5,68 %

Animistes : 18 cas, soit 4,65 %

Christianisme célestes : 14 cas, soit 3,61 %

Autres : 34 cas, soit 8,78 %

12 patientes n'ont pas précisé leur religion, soit 3,10 %

250 patientes, soit 64,59 % sont des catholiques

37 patientes, soit 9,56 % appartiennent à la religion musulmane

22 patientes, soit 5,68 % pratiquent la religion protestante.

A l'instar de la répartition par ethnies, la répartition des patientes par type de religion correspond aussi à celle de la ville de Cotonou (). Bien que l'avortement soit interdit par l'Eglise et l'Islam, on remarque que la plupart des femmes qui se font avorter sont chrétiennes ou musulmanes.

Profession des patientes

34.4. Sur les 387 cas de notre série, nous avons noté :

Revendeuses : 154 cas, soit 39,79 %

Apprenties : 90 cas, soit 23,25 %

Ménagères : 58 cas, soit 14,98 %

Ouvrières/artisanes : 44 cas, soit 11,36 %

Elèves/étudiantes : 20 cas, soit 5,16 %

Fonctionnaires : 14 cas, soit 3,61 %

Commerçante : 1 cas, soit 0,25 %

Sans emploi : 3 cas, soit 0,77 %

Non précisé : 3 cas, soit 0,77 %

Le groupe des revendeuses est le plus important avec 154 cas, soit 39,79% (il s'agit de jeunes filles qui passent de maison en maison ou de quartier en quartier pour vendre).

Les apprenties occupent une place non négligeable venant en deuxième position : 23,25 %.

Les élèves et étudiantes représentent 5,16 % de l'effectif.

Les avortements provoqués se recrutent donc le plus souvent dans les catégories socio-professionnelles défavorisées.

Niveau d'instruction des patientes

Tableau N° IV : Répartition des patientes en fonction du niveau d'instruction

Niveau d'instruction de la patiente	Nombre de cas	Pourcentage
Non scolarisée	123	31,78
Niveau primaire	158	40,82
Niveau secondaire	94	24,28
Niveau universitaire	1	0,25
Non précisé	11	2,84
Total	387	100

35.5 Sur les 387 patientes :

123 soit 31,78 % ne sont pas scolarisées

158 soit 40,82 % ont le niveau primaire.

On constate donc que les femmes de bas niveau d'instruction sont les plus nombreuses : 72,6 % (les non scolarisées et celles du niveau primaire).

Origine des patientes

35.6. L'origine des 387 patientes de notre série se répartit comme suit :

Urbaine : 104 cas, soit 26,87 %

Suburbaine : 138 cas, soit 35,65 %

Rurale : 105 cas, soit 27,13 %

Autres : 29 cas, soit 7,49 %

Non précisé : 11 cas, soit 2,84 %.

Les femmes des milieux rural et suburbain sont les plus nombreuses : 62,78 %. L'avortement provoqué n'est plus uniquement un phénomène urbain.

Etat matrimonial des patientes

Tableau N° V : Répartition des patientes en fonction de l'état matrimonial

Etat matrimonial	Nombre de cas	Pourcentage
Célibataires	230	59,43
Mariées	148	38,24
Veuve	1	0,25
Non précisé	8	2,06
Total	387	100

35.7.1. 59,43 % sont célibataires et 38,24 % sont des mariées.

Tableau N° VI : Répartition des patientes en fonction de l'âge et de l'état matrimonial

Etat matrimonial \ Tranche d'âge \-	Célibataires		Mariées		Veuve		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Moins de 15 ans	4	1,03	0	-	0	-	4	1,03
15-19 ans	100	25,83	8	2,06	0	-	108	27,9
20-24 ans	83	21,44	42	10,85	0	-	125	32,29
25-29 ans	24	6,20	35	9,04	0	-	59	15,24
30-34 ans	10	2,58	31	8,01	0	-	41	10,59
35-39 ans	1	0,25	22	5,68	0	-	23	5,94
40 ans et plus	3	0,77	3	0,77	1	0,25	7	1,80
Total	225	58,13	141	36,43	1	0,25	367	94,83

35.7.2. Le croisement âge - état matrimonial n'a été possible que pour 367 patientes. L'un ou l'autre des éléments ayant manqué chez 20 patientes.

Sur les 230 célibataires :

187 ont moins de 25 ans

35 sont âgées de 25 à 39 ans

3 ont 40 ans ou plus

Dans le groupe des 148 mariées, on dénombre :

50 patientes âgées de moins de 25 ans

91 ont plus de 25 ans.

Les célibataires jeunes sont les plus nombreuses au sein de celles qui se font avorter. Mais les mariées ont également recours à l'avortement provoqué.

PRATIQUE CONTRACEPTIVE

36. L'enquête s'est intéressée à la pratique de la contraception le mois qui a précédé la conception à l'origine de l'avortement.

Nous avons distingué deux groupes de méthodes :

- les méthodes traditionnelles :
 - . l'abstinence périodique
 - . le coït interrompu
 - . l'allaitement
- les méthodes modernes
 - . les contraceptifs oraux
 - . les injectables / les implants
 - . le dispositif intra-utérin
 - . le diaphragme
 - . le condom
 - . les spermicides.

Les résultats sont consignés dans le tableau ci-après.

Tableau N° VII : Répartition des patientes selon l'âge et les méthodes contraceptives utilisées le mois qui a précédé la grossesse

Méthodes utilisées \\----- Tranche d'âge \\	Méth. tradition.		Méth. modernes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Moins de 15 ans	0	-	0	-	0	-
15-19 ans	19	4,90	1	0,25	20	5,16
20-24 ans	27	6,97	3	0,77	30	7,75
25-29 ans	13	3,35	1	0,25	14	3,61
30-34 ans	10	2,58	0	-	10	2,58
35-39 ans	7	1,80	0	-	7	1,80
40 ans et plus	1	0,25	0	-	1	0,25
Total	77	19,89	5	1,29	82	21,18

305 patientes, soit 78,81 % n'étaient pas sous contraception le mois qui a précédé la grossesse.

82 patientes, soit 21,18 % utilisaient une méthode contraceptive le mois qui a précédé la grossesse.

A partir des résultats du tableau précédent, nous obtenons la figure ci-après:

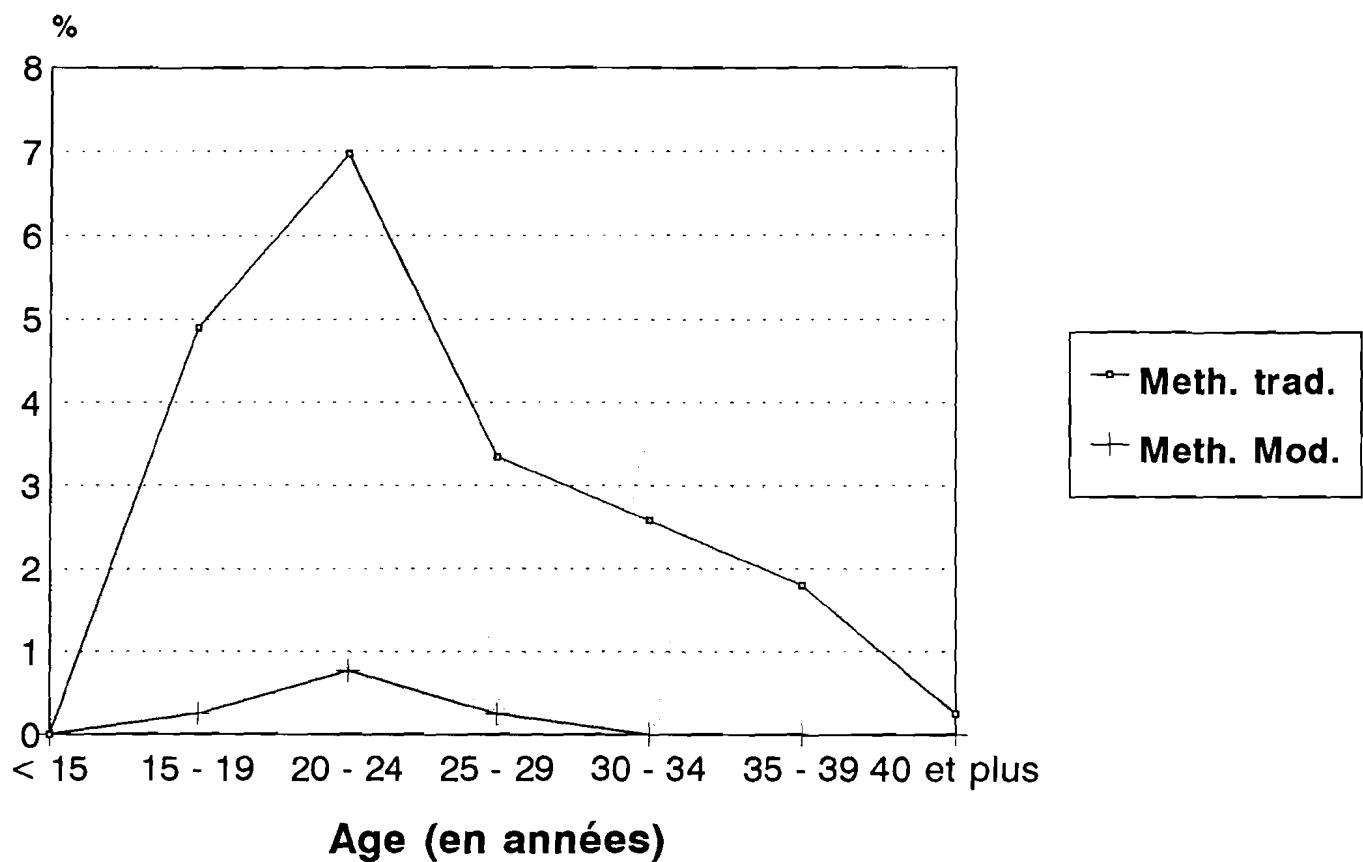


Fig 1. Répartition des patientes selon les méthodes contracept. utilisées le mois avant la grossesse

Très peu de patientes utilisaient une méthode contraceptive au moment de la grossesse.

L'absence de contraception est particulièrement fréquente chez les jeunes filles et les filles (15 - 20 ans), de même que chez les femmes de 40 ans.

Les méthodes modernes sont très faiblement utilisées par rapport aux méthodes traditionnelles.

Les principales raisons pour justifier l'absence de contraception sont :

- l'ignorance :
- la peur des effets secondaires liés aux contraceptifs :
- l'opposition du mari :
- l'inaccessibilité des contraceptifs :
- la hantise de la stérilité :

Parmi les 82 patientes qui ont utilisé une méthode contraceptive, dans 77 cas, soit 93,90 %, il s'agit d'une méthode traditionnelle. La plupart attribuent la survenue de la grossesse à l'échec de la méthode utilisée.

LES ANTECEDENTS OBSTETRICAUX

37. Nous avons étudié la gestité, la parité, le nombre d'enfants vivants et le nombre d'avortements provoqués retrouvés dans les antécédents.

La gestité

37.1. Sur les 387 patientes, nous avons recensé :

les primigestes : 157 cas, soit 40,56 %

les secondigestes : 72 cas, soit 18,60 %

les 3e gestes : 42 cas, soit 10,85 %

les 4e gestes : 32 cas, soit 8,26 %

les 5e gestes : 26 cas, soit 6,71 %

les 6e gestes et plus : 58 cas, soit 14,98 %

Les primigestes sont les plus nombreuses.

La parité

37.2. Les 387 patientes ont été réparties en 6 groupes :

les nullipares : 191 cas, soit 49,35 %

les primipares : 55 cas, soit 14,21 %

les paucipares : 73 cas, soit 18,86 %

les multipares : 43 cas, soit 11,11 %

les grandes multipares : 25 cas, soit 6,45 %

Presque la moitié des patientes 49,35 % sont des nullipares.

Le nombre d'enfant vivant

Tableau N° VIII : Répartition des cas en fonction du nombre d'enfant vivant

Nombre d'enfants vivants	Nombre de cas	Pourcentage
0	196	50,64
1	54	13,95
2	49	12,66
3	26	6,71
4	25	6,45
5	16	4,13
Plus de 5	21	5,42
Total	387	100

37.3. 50,64 % de nos patientes n'ont pas d'enfants vivants
22,73 % ont 3 enfants vivants et plus.

Les antécédents d'avortements provoqués

38. Nous avons étudié le nombre d'avortements provoqués existant dans les antécédents des patientes.

Le tableau ci-dessous montre la répartition des cas en fonction de cette variable.

Tableau N° IX : Répartition des cas en fonction du nombre d'avortements provoqués retrouvés dans les antécédents

Nombre d'avortements provoqués retrouvés dans les antécédents	Nombre de cas	Pourcentage
0	323	83,46
1	46	11,88
2	11	2,84
3	5	1,29
4	1	0,25
5	1	0,25
Total	387	100

83,46 % n'ont jamais aborté auparavant

11,9 % en sont à leur deuxième expérience

Celles qui sont à 3 avortements provoqués et plus représentent 4,65 % des cas.

L'AGE GESTATIONNEL

39. Sur les 387 cas, nous avons relevé :

grossesses de moins de 5 semaines : 9 cas, soit 2,32 %

grossesses de 5 à 9 semaines : 94 cas, soit 24,28 %

grossesses de 10 à 14 semaines : 161 cas, soit 41,60 %

grossesses de 15 à 19 semaines : 70 cas, soit 18,08 %

grossesses de 20 semaines et plus : 21 cas, soit 5,42 %

terme non précisé : 32 cas, soit 8,26 %.

L'âge gestationnel de prédilection où survient l'avortement provoqué est compris entre 10 et 14 semaines d'aménorrhée : 161 cas, soit 41,60 %.

Certains avortements largement au delà de 3 mois d'aménorrhée ont été réalisés dans 23,5 % des cas. D'autre part, les jeunes filles ont aborté plus tardivement. Cette tendance se rencontre également chez les célibataires et les femmes de tous âges sans enfant (certainement placées devant un choix difficile).

Les tableaux suivants font le point de cette situation.

Tableau N° X : Répartition des cas en fonction de l'âge de la patiente et de l'âge gestationnel

Age de la patiente \\----- Age gestationnel	- de 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 et +	Total
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
Moins de 5 semaines	0	-	1 0,25	1 0,25	3 0,77	2 0,51	1 0,25	1 0,25 9 2,32
5 - 9 semaines	0	-	23 5,94	36 9,30	13 3,35	8 2,06	9 2,32	0 - 89 22,99
10 - 14 semaines	1 0,25	49 12,66	50 12,91	22 5,68	24 6,20	6 1,55	4 1,03	156 40,31
15 - 19 semaines	1 0,25	23 5,94	25 6,45	12 3,10	3 0,77	4 1,03	1 0,25	69 17,82
20 semaines et plus	0	-	6 1,55	7 1,80	4 1,03	3 0,77	0 - 1 0,25	21 5,42
Total	2 0,51	102 26,35	119 30,74	54 13,95	40 10,33	20 5,16	7 1,80	344 88,88

La majorité des patientes jeunes ont avorté d'une grossesse de 10 semaines d'aménorrhée et plus.

Tableau N° XI : Répartition des cas en fonction de l'état matrimonial et de l'âge gestationnel

Etat matrimonial \\-----\\	Célibataires	Mariées		Veuve		Total
		Nombre	%	Nombre	%	
Moins de 5 semaines	6 1,55	3 0,77	0 -	0 -	9 2,32	
5 - 9 semaines	55 14,21	39 10,07	0 -	0 -	94 24,28	
10 - 14 semaines	100 25,83	56 14,47	1 0,25	0 -	157 40,56	
15 - 19 semaines	42 10,85	28 7,23	0 -	0 -	70 18,08	
20 semaines et plus	13 3,35	8 2,06	0 -	0 -	21 5,42	
Total	216 55,81	134 34,62	1 0,25	0 -	351 90,69	

Sur 230 célibataires, 155 soit 67,39 % ont avorté d'une grossesse de 10 semaines d'aménorrhée et plus.

Sur 148 mariées, 92 soit 62,16 % ont avorté d'une grossesse de 10 semaines d'aménorrhée et plus.

MOTIFS D'ADMISSION

40.1. Sur les 387 cas, l'hémorragie d'origine génitale reste le principal motif d'admission : 283 cas soit 73,12 %. Les douleurs pelviennes et la fièvre arrivent en deuxième et troisième positions, 184 cas et 118 cas, soit

respectivement 47,54 % et 30,5 %. Le traumatisme génital motive une consultation dans 2,1 % des cas.

40.2. Ces différents symptômes sont rarement isolés. Ils sont souvent associés entre eux ou à d'autres tels que : les leucorrhées, les vertiges, l'anémie, les troubles digestifs, la transpiration, la polypnée ou même l'altération de la conscience. Dans tous les cas, on retrouve une notion d'aménorrhée vraie ou supposée.

LES RAISONS QUI ONT AMENE LES FEMMES A SE FAIRE AVORTER

41. Sur les 387 patientes, 100 n'ont pas révélé les motifs de l'avortement, soit 25,83 %. Les raisons invoquées par le reste de l'échantillon pour justifier le recours à l'avortement, sont nombreuses et variées, et se trouvent dans le tableau N° XII ci-dessous.

Tableau N° XII : Répartition des patientes selon les motivations

Motivations	Nombre de cas	Pourcentage
Refus de maternité	64	16, 53
Refus de paternité	44	11, 36
Moyens insuffisants	22	5, 68
La grossesse constitue un handicap pour les études ou l'apprentissage	31	8, 01
La grossesse est incompatible avec la profession en cours	34	8, 78
Echec de l'espacement des naissances	28	7, 23
Crainte des parents	14	3, 61
Jeune âge	13	3, 35
L'auteur de la grossesse n'est pas connu	12	3, 10
Conflit avec le partenaire	12	3, 10
Critique de l'entourage	6	1, 55
Raisons de santé	3	0, 77
Raisons religieuses	2	0, 51
Echec de la contracept.	1	0, 25
Viol, inceste	1	0, 25
Non précisé	100	25, 83
Total	387	100

STATUT DE L'AVORTEUR ET LIEU DE L'AVORTEMENT

42. Cette variable est reflétée dans le tableau ci-dessous.

Tableau N° XIII : Répartition des cas en fonction de l'avorteur et du lieu de l'avortement

Lieu de l'avortement \\-----\\ Statut de l'avorteur	Hôpital	Poste de santé	Clinique privée	Domicile	Autres	Total
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
Médecin	1 0,25	1 0,25	26 6,71	1 0,25	0 -	29 7,47
Sage-femme	0 -	0 -	7 1,80	2 0,51	0 -	9 2,32
Infirmier/ aide-soignant	1 0,25	1 0,25	43 11,11	14 3,61	0 -	59 15,24
Guérisseur traditionnel	0 -	0 -	0 -	7 1,80	2 0,51	9 2,32
Pharmacien	0 -	0 -	1 0,25	0 -	0 -	1 0,25
Soi-même	0 -	0 -	2 0,51	154 39,79	0 -	156 40,31
Non précisée	0 -	0 -	1 0,25	12 3,10	0 -	13 3,35
Total	2 0,51	2 0,51	80 20,67	190 49,09	2 0,51	276 71,31

Sur les 387 cas d'avortements provoqués, 49,09 % ont eu lieu à domicile, le plus souvent par la patiente elle-même 40,31 %, ou par les infirmiers et aides-soignants : 15,24 %.

Notons que le croisement statut de l'avorteur et lieu de l'avortement n'a été possible que pour 276 patientes.

LES MOYENS UTILISES

43. Ils sont nombreux et nous les avons groupés comme l'indique le tableau ci-après.

Tableau N° XIV : Répartition des cas en fonction des moyens utilisés

Moyens utilisés	Nombre de cas	Pourcentage
Produits pharmaceutiques par voie générale	90	23,25
Produits pharmaceutiques par voie locale	19	4,90
Curetage	103	26,61
Aspiration	3	0,77
Produits traditionnels par voie orale	100	25,83
Produits traditionnels par voie vaginale	28	7,23
Insertion vaginale de bois ou de tige	18	4,65

42.1. Les produits pharmaceutiques ont été utilisés par 28,16 % des patientes, seuls ou associés, par voie orale et/ou vaginale. Les principaux sont :

- les antipyrétiques (l'aspirine surtout) : 25 cas, soit 6,45%
- les oestroprogestatifs : 23 cas, soit 5,94 %
- les antipaludéens : 6 cas, soit 1,55 %
- le permanganate de potassium 1 cas, soit 0,25 %.

Ces différents produits réputés abortifs ont été employés soit sur initiative personnelle, soit sur les conseils d'une tierce personne. Ils ont été obtenus souvent au marché ou en pharmacie, sans ordonnance.

42.2. Curetage et aspiration de produits de conception : sur les 387 patientes :

- 103, soit 26,61 % ont subi un curetage évacuateur
- 3, soit 0,77 % ont recouru à une aspiration endo-utérine, l'un des procédés abortifs les mieux laborés.

42.3. Les produits traditionnels

Leur utilisation est très fréquente surtout chez les femmes issues de milieu socio-professionnel défavorisé.

128 patientes sur les 387, soit 33,07 %, les ont utilisés seuls ou en association, par voie orale ou vaginale.

42.4. 18 patientes, soit 4,65 % ont eu recours à l'insertion vaginale ou intracervicale de bois ou de tige.

RESULTAT DE LA MANOEUVRE ABORTIVE

43. L'utilisation de ces méthodes abortives a donné :

- avortement complet : 7,53 %
- échec de tentative : 7 %.

Les cas d'avortements incomplets sont les plus nombreux. Les patientes ont donc utilisé pour la plupart des moyens abortifs médiocres, puisque l'avortement n'a eu lieu que dans 7,53 % des cas.

LES COMPLICATIONS DE LA MANOEUVRE ABORTIVE

44. Nous n'avons pas pris en compte les complications tardives compte tenu du fait que les patientes n'ont pas été vues en consultation du post-abortum après leur sortie de l'hôpital, bien qu'elles en aient été informées.

Les complications immédiates

Elles sont résumées dans le tableau N° XV ci-après.

Tableau N° XV : Répartition des cas en fonction des complications

Type de complication	Nombre de cas	Pourcentage	Total
Complications hémorragiques	315	81,39	315 81,39
Complications traumatiques	Lésions vaginales	15	3,87
	Traumatisme - déchirure du col	39	10,07
	Perforation utérine	15	3,87
	Perforation de la vessie	0	-
	Lésion perforation intestinale	1	0,25
	Perforation recto-vaginale	0	-
Complications infectueuses	Endométrite	18	4,65
	Salpingite	1	0,25
	Pelvipéritonite	16	4,13
	Péritonite généralisée	22	5,68
	Septicémie	3	0,77
	Tétanos	0	-
Décès	11	2,84	11 2,84

Les complications immédiates sont très fréquentes et souvent graves. Sur 387 cas, nous avons enrégistré :

315 cas d'hémorragie génitale, soit 81,39 %

70 cas de complications traumatiques, soit 18,08 %

60 cas de complications infectueuses, soit 15,50 %

Nous allons les étudier par rapport aux moyens abortifs utilisés.

Les complications hémorragiques

Tableau N° XVI : Répartition des complications hémorragiques en fonction des moyens abortifs utilisés

Moyens abortifs utilisés	Produits pharmaceutiques par voie générale	Produits pharmaceutiques par voie vaginale	Curetage Aspiration	Produits traditionnels par voie orale	Produits traditionnels par voie vaginale	Inser-tion va-ginale de bois/tige
Complications hémorragiques	Nombre %	Nombre %	Nombre %	Nombre %	Nombre %	Nombre %
Hémorragie génitale	97 25,06	19 4,90	80 20,67	55 14,21	22 5,68	16 4,13

44.1. L'hémorragie génitale reste de loin la complication le plus fréquente des avortements provoqués.

Souvent elle est modérée, mais prolongée entraînant un syndrome anémique d'installation progressive. Parfois c'est une hémorragie de grande abondance faite de sang rouge mêlé à des caillots, responsable de collapsus par choc hypovolémique. Les causes sont nombreuses :

- . le curetage évacuateur incomplet
- . les traumatismes cervico-vaginaux
- . les lésions caustiques vaginales et/ou cervicales liées à l'usage par voie vaginale de produits caustiques tels que l'alcool, les comprimés de permanganate de potassium, la potasse.

Les complications traumatiques

44.2. Le tableau N° XVII suivant, fait le point de la situation.

Tableau N° XVII : Répartition des complications traumatiques en fonction des moyens abortifs utilisés

Moyens abortifs utilisés	Produits pharmaceutiques par voie générale	Produits pharmaceutiques par voie locale	Curetage Aspiration	Produits traditionnels par voie orale	Produits traditionnels par voie vaginale	Insertion vaginale de bois/tige
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
Complications hémorragiques	%	%	%	%	%	%
Lésions Vaginales	3 0,77	12 3,10	4 1,03	0 -	2 0,51	1 0,25
Traumatismes (déchirure du col)	6 1,55	4 1,03	23 5,94	2 0,51	4 1,03	0 -
Perforation utérines	2 0,51	0 -	11 2,84	2 0,51	2 0,51	2 0,51
Perforation intestinale	0 -	0 -	1 0,25	0 -	0 -	0 -

Le curetage, l'usage des produits traditionnels par voie vaginale et le permanganate de potassium sont les grands pourvoyeurs de lésions vaginales et cervicales.

Le curetage reste encore l'agent incriminé dans la genèse des perforations utérines et intestinale relevées dans l'étude.

Les complications infectieuses

44.3. Sur 387 patientes, 60 soit 15,50 % ont présenté des complications infectieuses de gravité variable. Les plus nombreuses sont :

les endométrites : 18 cas, soit 4,65 %

les pelvipéritonites : 16 cas, soit 4,13 %

les péritonites généralisées : 22 cas, soit 5,68 %

La léthalité

45. Sur 387 cas d'avortements provoqués, 11 cas de décès ont été enrégistrés, soit un taux de léthalité de 28,42 pour mille.

Les principales causes de décès sont :

- les péritonites généralisées : 5 cas sur 11 soit 45,45 %

- les septicémies : 2 cas sur 11 soit 18,18 %

- les hémorragies génitales avec collapsus : 4 cas sur 11 soit 36,36 %

NOS OBSERVATIONSOBSERVATION N° 1

Mademoiselle C. I., âgée de 24 ans, célibataire revendeuse, résidant à Fifadji Cotonou primigeste nullipare, est reçue en urgence le 28 Juillet 1993 à la Maternité Lagune pour mètrorragies avec une notion d'aménorrhée et de manœuvre abortive. L'examen clinique révèle :

- un syndrome infectieux avec :

- . température à 39°2 c
- . tachycardie à 128 pulsations/mn
- un syndrome d'irritation péritonéale.

Après une brève réanimation hydro-électrolytique, on procède à une laparotomie exploratrice. On découvre alors une perforation utérine et une perforation intestinale.

Une hystérorraphie et une suture intestinale ont été réalisées.

Mise sous Augmentin, Tiafen, Novamine, les suites opératoires ont été simples et la patiente est rentrée après 12 jours d'hospitalisation

OBSERVATION N° 2

Mademoiselle C. A., âgée de 23 ans, célibataire, vendeuse, résidant à Zogbo Cotonou, primigeste est admise à la CUGO le 14 Octobre 1993 pour douleurs abdomino-pelviennes douleurs lombaires, et leucorrhées.

L'interrogatoire révèle une notion de curetage endo-utérin sur une aménorrhée estimée à 4 mois.

L'examen clinique note :

- un syndrome infectieux,
- un syndrome d'irritation péritonéale prédominant dans la région pelvienne,
- un écoulement vulvaire jaunâtre, d'odeur forte,
- une déchirure cervicale antérieure avec des zones nécrotiques.

Devant ce tableau, on décide d'opérer la patiente après une antibiothérapie et une réanimation hydro-électrolytique de quelques heures.

A la laparotomie, on découvre une anse intestinale incarcérée au niveau

d'une zone de perforation utérine de 4 cm. On procède alors à :

- . la libération de l'anse grêle, qui est tuméfiée, mais non dévitalisée.
- . une suture utérine.

Mise sous antibiotiques, l'évolution a été favorable et la patiente est sortie du service après 10 jours d'hospitalisation.

OBSERVATION N° 3

Mademoiselle F. H., âgée de 24 ans, célibataire, couturière résidant à Akplahoué, deuxième geste, nullipare avec des antécédents de curetage endo-utérin il y a quelques années.

Elle est recue à la CUGO le 06 Décembre 1993 pour douleurs pelviennes, vomissements consécutifs à un curetage endo-utérin à Azovè trois semaines auparavant.

L'examen clinique à l'entrée permet de noter :

- un syndrome infectieux :
 - . température à 39°2c
 - . tachycardie à 120 pulsations/mn
 - . mauvais état général
- un syndrome d'irritation péritonéale
- au spéculum, il y a du sang qui provient de la cavité utérine.
- au toucher vaginal, le cul-de-sac de Douglas est comblé et douloureux.

Devant ce tableau de péritonite généralisée du post-abortum, la patiente est opérée, après une réanimation hydro-électrolytique.

Une laparotomie médiane sous, para et sus-ombilicale est réalisée. On découvre alors du pus lié, épais, jaunâtre, nauséabond, dans le cul-de-sac de Douglas et les gouttières pariéto-coliques.

- l'épiploon et les anses sont agglutinés
- l'utérus est de volume normal et recouvert de fausses membranes
- les annexes sont turgescentes, oedématées.

On procède successivement à :

- la lyse des poches de pus, suivie d'aspiration
- l'ablation des fausses membranes
- une toilette péritonéale soigneuse
- drainage du flanc droit et du cul-de-sac de Douglas
- la fermeture de l'abdomen plan par plan.

Les suites opératoires ont été simples grâce à une antibiothérapie polyvalente et la patiente est sortie le 21/12/93.

OBSERVATIONS N° 4

Mademoiselle J. V., âgée de 18 ans, célibataire, vendeuse demeurant à Vèdoko Cotonou, primigeste nullipare, évacuée en urgence de la Maternité Lagune sur la CUGO, le 14 Janvier 1994 pour fièvre, altération de l'état général et altération de la conscience.

L'interrogatoire de l'entourage révèle une notion de manoeuvre abortive sur une grossesse de terme non précisé, quelques jours avant l'admission.

A l'examen clinique, on note :

- un syndrome infectieux
 - . faciés terreux, yeux ternes
 - . température à 38 °c
- un état de choc septique
 - . tension artérielle et pouls imprenables
 - . refroidissement des extrémités
 - . polypnée superficielle
- l'abdomen est souple
- un coma stade I avec agitation, mouvements désordonnés
- au spéculum : présence de matière fécale dans le vagin
- au toucher vaginal, le volume utérin est difficile à apprécier.

On pose alors le diagnostic de septicémie du post-abortum avec choc septique. Un bilan biologique demandé en urgence révèle:

- . une insuffisance rénale aigue avec :
 - azotémie : 1,33 mg/l
 - créatininémie à 82 mg/l
- . une hypoglycémie à 0,58 g/l.

Devant ce tableau, un traitement à base de sérum glucosé 10 %, pénicilline G, Flagyl en perfusion, Lasilix, Soludécadron, Sérum bicarbonaté, a été institué.

Sous ce traitement, l'évolution a été marquée par l'installation d'un coma profond, avec des troubles respiratoires, et des hémorragies génitales.

20 heures après son admission, la patiente est décédée malgré l'importante réanimation qui a été mise en oeuvre.

CHAPITRE IV :
COMMENTAIRES DISCUSSIONS ET REVUE
DE LA LITTERATURE

64. En République du Bénin, l'avortement provoqué reste encore sous le coup de la loi de 1920 et de l'article 317 du Code Pénal. Mais en fait, la pratique clandestine de l'avortement pour éviter une grossesse non désirée, existe et se développe de jour en jour.

Il est difficile d'en connaître le nombre exact : Faire un recensement exhaustif des cas d'avortements provoqués n'est pas une tâche aisée. Cependant une estimation à partir des cas admis en milieu hospitalier peut permettre d'apprécier la situation à Cotonou et au Bénin.

Ce préalable posé, nous allons analyser nos résultats et les discuter à la lumière de la revue de la littérature. Les différents aspects ci-dessous feront l'objet de ces discussions :

- la fréquence des avortements provoqués à Cotonou,
- le profil des femmes qui se font avorter,
- leur connaissance et pratique en matière de contraception,
- les raisons qui les amènent à se faire avorter,
- l'âge gestationnel au moment de l'avortement,
- les personnes incriminées et les moyens abortifs utilisés,
- les complications de ces avortements.

AVORTEMENTS PROVOQUES A COTONOU :**AMPLEUR DU PROBLEME**

46.1. Pendant 12 mois (19 Juillet 1993 au 19 Juillet 1994), 387 patientes ont été recensées pour avortements provoqués dont les complications les ont conduites dans les services . La répartition des cas par centre révèle que la Maternité Lagune est en tête avec 53,22 %. A cause de l'accessibilité des coûts, ce centre recrute plus de patientes que la CUGO qui enregistre 40,31 % des cas.

Le centre médical Saint Luc, reçoit très peu de cas 6,45 % parce que c'est un établissement confessionnel et il ne dispose pas encore de bloc technique.

La fréquence des avortements provoqués par rapport aux accouchements

46.1.1. Nous avons enregistré 5,12 cas d'avortements provoqués pour 100 accouchements. Si nous comparons le nombre d'avortements provoqués recensés à ceux des années 80, nous constatons que ce nombre croît. En effet, dans sa série, KOUWAKANOU en 1986 (38) a obtenu à la CUGO, entre 1981 et 1985, une moyenne annuelle de 131 cas, alors que dans notre étude nous avons noté 156 cas dans le même centre.

Cette différence notable peut s'expliquer par le mode de recensement des cas. Il y a quelques années, avant la définition des critères de jugement de la "Task Force of Safety" de l'OMS, que nous avons adoptés dans notre étude, l'aveu du recours à une manoeuvre abortive était le principal élément de recrutement des cas.

Complications

46.1.2 Le nombre de cas de complications liés à l'avortement provoqué recensés dans les trois maternités est élevé...

Et nous pouvons convenir avec l'IPPF que "l'accroissement du nombre de femmes hospitalisées pour complications d'avortements indique une augmentation incontestable de l'incidence réelle des avortements".(42)

En effet, beaucoup de cas d'avortements provoqués ne sont pas admis en milieu hospitalier, soit parce qu'il n'y a pas de complications, soit parce que ces complications lorsqu'elles existent, sont mineures accessibles aux cabinets médicaux périphériques plus proches des résidences des patientes.

LE PROFIL DES FEMMES QUI SE FONT AVORTER

L'âge des patientes

46.2.1 La plupart des patientes ont un âge compris entre 15 et 24 ans : 60,97 % des cas. Cependant, ce taux est faible par rapport à ceux mentionnés par certains auteurs.

En effet YAO DIBY (81) à Abidjan en 1984, pour une tranche d'âge à peu près identique, 17-24 ans, mentionne 72,99 % des cas d'avortements provoqués. MBOUWEZIGOLO en 1989 à Libreville (48), rapporte 77,04 % pour la tranche d'âge 15-24 ans.

Des résultats identiques ont été retrouvés dans certains pays où l'avortement est légalisé notamment en France.

Les jeunes filles et les filles sont nombreuses parmi les patientes. Cela est dû au fait qu'elles sont sexuellement actives et ne sont pas informées des risques liés à une telle attitude.

Situation matrimoniale des patientes

46.2.2 Les célibataires sont nombreuses 59,43 %. KOUWAKANOU en 1986 à Cotonou (38) a rapporté la même tendance, mais avec une

fréquence plus élevée : 65,65 %. Par ailleurs, il est intéressant de mentionner que les femmes mariées arrivent en deuxième position dans une proportion non négligeable 38,24 %. Cela peut avoir plusieurs explications.

- La clandestinité de l'acte amène les patientes à s'avorter par elles-mêmes, ou à avoir recours à des intervenants peu expérimentés, dans des conditions qui favorisent les complications liées aux avortements provoqués.
- Les mariées acceptent de moins en moins de considérer les grossesses comme dons de Dieu ou comme une fatalité. La fréquence des femmes mariées de notre série est plus élevée que celle rapportée par d'autres auteurs comme MBOUWEZIGOLO (48) à Livreville en 1989 et LAINE (39) à Cotonou en 1985, respectivement 12,60 % et 18,64 %.

Cette différence notable est liée aussi nous semble -t-il au mode de recrutement des cas qui prend en compte d'autres critères que le seul aveu comme ce fut le cas chez les auteurs cités : prenant en compte le seul aveu, beaucoup d'avortements provoqués sont pris pour des avortements spontanés.

L'ethnie des patientes

46.2.3 Dans notre série, nous avons enregistré une forte représentation des Fon et Mahi, Mina et Adja, Goun et Tori. Ce fait est lié à la composition de la population de Cotonou, où les Fon, Mahi, Mina,

Goun sont majoritaires (35).

La religion des patientes

46.2.4 La plupart des patientes sont catholiques 64,59 % pour 9,56 % de musulmanes et 5,68 % de protestantes. On ne saurait dire que les catholiques avortent plus que les autres, mais que cela reflète les proportions de ces différentes religions dans la population de Cotonou.

Par ailleurs, bien que ces religions ont proscrit l'avortement provoqué, on constate que cela n'empêche pas leurs fidèles de se faire avorter. La religion ne constitue donc pas un frein, lorsqu'une femme décide de se faire avorter. Et nous pensons à l'instar de VEKEMANS (78) que l'avortement n'est plus ressenti par l'ensemble de la conscience sociale comme une infraction à la loi qu'elle soit civile ou religieuse.

Profession et niveau d'instruction des patientes

46.2.5 Les femmes de milieu socio-professionnel défavorisé constituent une forte proportion de notre série : revendeuses apprentis, ménagères 89,40 % des cas.

La plupart d'entre elles ne sont pas scolarisées ou ont un niveau

d'instruction bas. Les défavorisées sur le plan socio-économique ont souvent recours aux prestations des services de santé, publics, et les groupes nantis ont davantage recours au secteur privé. Les élèves et étudiantes constituent 5,16 % des cas, alors que KOUWAKANOU (38) au Bénin, DRONSAYE (23) au Nigéria et RUSSEL (65) en Angleterre, rapportent dans leur série une proportion plus élevée de cette classe sociale.

L'origine des patientes

46.2.6. La plupart des patientes viennent des zones rurales et suburbaines 62,78 %, et ceci appelle plusieurs commentaires :

- l'avortement clandestin n'est plus l'apanage des communautés urbaines.
 - ✓ L'accessibilité des centres qui pratiquent ces avortements s'est améliorée et ces centres sont plus nombreux qu'autrefois dans les zones rurales. C'est la conclusion à laquelle ont abouti OKUMU et CHEGE au Kenya cité par ROGO (63) en 1993 au terme d'une étude sur la question ;
- d'autre part, on pourrait penser que les avortements criminels réalisés en zones rurales et suburbaines se compliquent plus souvent que ceux réalisés en ville, à cause de la qualité des services en zone rurale.

A PROPOS DE LA CONTRACEPTION

46.3. La prévalence contraceptive durant l'année et surtout le mois qui ont précédé la grossesse à l'origine de l'avortement est faible 21,18 %, bien qu'élevée par rapport à la moyenne nationale 11 % (53).

46.3.1. Le faible taux de prévalence contraceptive chez les jeunes filles et les patientes de plus de 35 ans en fait des populations à risque de grossesse non désirée. Mais cette situation est moins préoccupante chez les femmes de plus de 35 ans à cause de la baisse physiologique de la fécondité à partir de cet âge.

46.3.2. Il faut remarquer que la majorité des patientes sous contraception le mois qui a précédé la grossesse, ont utilisé surtout des méthodes traditionnelles, notamment l'abstinence périodique et le coït interrompu. Ce sont des méthodes à risques d'échec. 85,32 % de ces patientes attribuent d'ailleurs la survenue de la grossesse à l'échec de la méthode contraceptive. L'échec peut être intrinsèque à la méthode, mais souvent il est lié à l'utilisation de la méthode. Car comme le fait remarquer FRIBOURG cité par KOUAKANOU (38) à propos de la continence périodique, "beaucoup de femmes pensent connaître cette méthode sans réellement la maîtriser dans ses principes. Souvent elles croient que le cycle débute à la fin des menstruations, et que l'ovulation se produit toujours au milieu du

cycle quelle que soit sa durée".

Les méthodes modernes sont utilisées souvent sur les conseils d'une tierce personne, sans consultation médicale, et avec des informations insuffisantes.

46.3.3. 78,82 % des patientes n'utilisaient aucune méthode contraceptive le mois qui a précédé la grossesse. Les raisons que ces femmes évoquent pour justifier l'absence de contraception sont celles-ci : l'ignorance, la peur des effets secondaires liés aux contraceptifs, l'opposition des maris et l'inaccessibilité des contraceptifs.

Des raisons similaires ont été relevées dans les travaux de HOUNDJREBO (34) en 1984 et SANTOS (66) en 1994, initiés par E. ALIHONOU sur la contraception. Les cas où l'avortement provoqué est apparu comme la conséquence de l'absence de contraception, nous pouvons penser comme DRON SAYE et collaborateurs (23) au Nigéria, que l'avortement est utilisé dans un but contraceptif une fois survenue la grossesse non désirée.

Nous pouvons convenir avec VEKEMANS (78) qu'il faut convaincre les femmes et les hommes en âge de procréer à consulter les médecins et les centres de planning familial pour se voir prescrire les méthodes les plus efficaces et pour les aider à vaincre les résistances inconscientes qui provoquent les mauvais choix, les mauvais modes d'emploi, l'abandon des méthodes.

EXISTENCE D'AVORTEMENTS PROVOQUES DANS LES ANTECEDENTS

46.4. La plupart des patientes 83,46 % sont à leur première expérience et 16,54 % sont des récidivistes. Ces résultats sont différents de ceux de GNEBEI et collaborateurs (29) en côte d'Ivoire, qui ont trouvé dans leur série 25 % de patientes ayant des antécédents de un ou plusieurs avortements provoqués.

4,65 % des patientes de notre série ont déjà eu jusqu'à 2, 3, 4, 5 avortements provoqués. La facilité des femmes à recourir à l'avortement provoqué comme méthode de régulation des naissances doit nous préoccuper. Car l'avortement provoqué est entaché de risques, surtout si l'expérience se répète. La répétition laisse malheureusement croire à certaines femmes que l'avortement provoqué est un acte facile. TIETZE (75) a mentionné une telle attitude.

L'AGE GESTATIONNEL AU MOMENT DE L'AVORTEMENT

46.5.1. Les grossesses de plus de 12 semaines d'aménorrhée sont celles qui ont été interrompues le plus souvent. Les patientes de cette série, adolescentes pour la plupart, cachent souvent leur état gravide le plus longtemps possible.

46.5.2.

Dans le contexte actuel de crise économique persistante, le retard à la prise de décision peut s'expliquer aussi par l'insuffisance des moyens de la patiente ou du partenaire. C'est d'ailleurs cette situation qui les amène à recourir à des méthodes d'avortement dangereuses pourvoyeuses de complications graves.

DES RAISONS QUI AMENENT LES FEMMES A RECOURLIR A L'AVORTEMENT CLANDESTIN

46.6.1.

La grande diversité des raisons évoquées est frappante. On peut les regrouper de la façon suivante.

- le refus de maternité, refus de paternité, l'échec de l'espacement des naissances, conflit avec le partenaire, l'absence d'un partenaire responsable de la grossesse,
- les raisons socio-professionnelles :
 - . la grossesse est incompatible avec la profession,
 - . elle a une mauvaise incidence sur les études, sur l'apprentissage,
 - . la crainte de la colère des parents,
 - . le jeune âge
 - . le viol
 - . l'inceste

la critique de l'entourage.

les raisons d'ordre religieux.

- les raisons économiques : insuffisance des moyens économiques,

- autres raisons : l'échec de la contraception, raison de santé.

46.6.2. Il est intéressant de préciser à l'instar de ROGO (63) en Zambie, qu'il existe des variantes selon l'âge et la situation matrimoniale. En effet, les raisons d'ordre social prédominent chez les filles, célibataires, et les raisons économiques chez les mariées qui n'ont pas toujours les ressources nécessaires pour élever un autre enfant.

Il est probable aussi que chez certaines femmes mariées le recours à l'avortement, soit dû au fait que la grossesse est survenue en dehors des liens matrimoniaux.

46.6.3. En réalité, nous pouvons dire avec CHEMANA (17) que la vraie raison du recours à l'avortement doit se rechercher au niveau de la perception affective ou non par la femme de cet objet qui se trouve en elle, avec pour conséquence de son retrait, un vécu allant du déchirement douloureux au soulagement pur et simple. La décision de mettre fin clandestinement à une vie humaine naissante est quelque chose d'intimement personnel. Dans ces conditions, les raisons avancées peuvent très souvent masquer les véritables raisons que seule une analyse approfondie permettrait de connaître.

AVORTEUR ET LIEU D'INDUCTION DE L'AVORTEMENT

46.7. La plupart des femmes de notre série ont induit elles mêmes l'avortement et logiquement à domicile. Le personnel paramédical provoque les avortements souvent à domicile.

Les médecins sont incriminés dans 7,4 % des cas et l'avortement est provoqué dans un cabinet médical ou dans une clinique privée. Nos résultats se rapprochent de ceux de NWAKE. Selon cet auteur cité par ROGO (63), dans beaucoup de cas, la femme provoque elle-même l'avortement. Les professionnels de la santé interviennent dans 25 % des cas le plus souvent dans leur cabinet privé. Ces observations appellent plusieurs explications:

- du fait du caractère illégal de l'avortement provoqué dans notre pays, les femmes qui décident de se faire avorter, recherchent la discrétion au lieu de faire de la sécurité leur premier critère de sélection de l'avorteur ;
- les patientes provenant pour la plupart de milieu socio-économique défavorisé, il est évident qu'elles ne peuvent pas payer les prestations d'un avorteur qualifié d'où un deuxième critère de choix : le coût de l'avortement.

Nos résultats diffèrent de ceux de TSHIBANGU (77) au Zaïre, qui trouve dans sa série 75 % de médecins et personnels paramédicaux comme personnes incriminées dans les avortements clandestins.

LES MOYENS UTILISÉS

46.8 Les résultats de notre étude font apparaître une grande diversité des méthodes abortives. Les principaux groupes sont représentés par :

- les produits pharmaceutiques
- les produits traditionnels
- le curage et l'aspiration de produit de conception
- l'insertion vaginale ou intracervicale de bois ou de tige.

La multiplicité des méthodes abortives avait été déjà soulignée par MONDOR en 1936 (54) dans son ouvrage intitulé "les avortements mortels".

46.8.1. L'utilisation de produits pharmaceutiques est fréquente dans notre série 23,25 % des patientes les ont utilisés comme procédés abortifs, soit par voie orale ou parentérale et/ou par voie vaginale.

Les produits les plus employés sont :

- les antipyrétiques, notamment l'aspirine 6,40 %, les patientes ont affirmé l'avoir utilisée parce que "cela fait saigner",
- les oestroprogestatifs : 5,94 %.

Les femmes affirment qu'elles les utilisent pour provoquer l'avortement parce que sur la notice, il est marqué que ces produits sont contre-indiqués pendant la grossesse. Donc en les utilisant pendant la grossesse, elles vont contre l'évolution de la grossesse.

En fait nous savons que ces produits ne sont pas abortifs.

- 46.8.3. L'utilisation des produits de la pharmacopée traditionnelle par voie vaginale ou orale : 33,07 %.
- le Sodabi (alcool local fabriqué à partir du vin de palme)
 - le citron
 - les poudres obtenues par torrification des herbes, des plantes ou des parties d'animaux
 - les tisanes ou les décoctions
 - la potasse.

Emploi de tiges ou de morceau de bois

- 46.8.4. Nous avons noté 18 cas d'insertion vaginale et intracervicale de bois et de tige, soit une fréquence de 4,65 %. Il s'agit là de procédé abortifs extrêmement dangereux parce que contondants et souillés, ils provoquent des lésions traumatiques et des infections. Outre ces dangers, GASSITA (28) signale que ces plantes peuvent avoir d'autres effets nocifs liés à leur possibilité de diffusion dans le sang.

COMPLICATIONS DES AVORTEMENTS CLANDESTINS

- 46.9. Compte tenu des conditions dans lesquelles il est réalisé l'avortement clandestin se complique très souvent. Les complications des

avortements provoqués sont nombreuses et de gravité variable. Elles sont souvent fonction de l'agent abortif.

- 46.9.1. Dans notre étude, elles sont dominées par l'hémorragie génitale : 81,39 %. Ce résultat se rapproche de ceux de BERIC et collaborateurs cités par KOUAKANOU qui ont relevé 80 % de cas d'hémorragie génitale parmi les femmes hospitalisées pour complications d'avortements provoqués. Les hémorragies génitales sont dues:
- à la rétention placentaire, conséquence des curetages incomplets
 - aux traumatismes cervico-vaginaux
 - aux lésions caustiques cervico-vaginales dues à l'usage par voie locale de produits caustiques divers tels que les comprimés de permanganate de potassium, la potasse, le citron, le sodabi, sans oublier les nombreux produits des guérisseurs et des charlatans dont la nature exacte ne peut être précisée.

Contrairement aux constatations de MBOUWEZIGOLO (48) au Gabon, SANGARET et BOHOUSSOU en Côte d'Ivoire, cité par LAINE (39) une faible proportion des hémorragies génitales relevées dans notre étude, est attribuable à l'introduction dans le vagin de comprimés de permanganate de potassium, puisque seules trois patientes sur les 387 ont eu recours à une telle méthode. Cependant il est important de le souligner parce que la croyance en l'efficacité de ce produit est parfois forte chez certaines personnes. En effet l'hémorragie génitale qu'il entraîne est souvent interprétée comme la réussite de l'avortement.

les complications traumatiques : 18,08 %

46.9.2. Elles sont variées, dominées par les déchirures cervicales, les lésions vaginales et les perforations utérines 10,07 %, 3,87 % et 3,87 % respectivement. TSHIBANGU (77) a trouvé des résultats similaires en ce qui concerne les perforations utérines. Par contre YAO DIBY (81), STALLAWORTHY et collaborateurs (73) rapportent ~~des~~ respectivement des fréquences de 1,53% et 1,20 %.

Les complications traumatiques, en particulier les perforations utérines résultent des mains peu expertes, et comme le dit HERVET (33) les avorteurs sont «des incompétents et des inconscients chez qui la cupidité l'emporte sur l'humanisme».

Complications infectieuses

46.9.3. Nous avons noté 15,50 % de complications infectieuses dominées par les péritonites généralisées: 5,68 %, les pelvipéritonites 4,13 %, les endométrites 4,65 %, les septicémies 0,77 %.

Ces taux sont dans l'ensemble inférieurs à ceux retrouvés à Libreville au Gabon par MBOUWEZIGOLO qui rapporte 57,03 % de complications infectieuses pelviennes se répartissant entre infections utéro-ovulaires (26,66 %) pelvipéritonites (28,88 %), endométrites (1,48 %).

La fréquence des septicémies dans notre série 0,77 %, est faible comparée à celle trouvée par YANOVA (80) dans une étude menée en 1981 à Brazzaville sur les septicémies du post abortum 68,80 %.

Décès par avortements provoqués

46.10. Sur les 387 cas d'avortements provoqués, 11 cas de décès ont été enregistrés. Soit un taux de létalité de 28,42 pour mille.

Ce taux est presque identique à celui de LAINE 25,4 pour mille. Le taux de létalité retrouvé dans cette série est supérieur à celui rapporté en 1978 par une commission de l'OMS sur la situation des avortements provoqués dans les pays en voie de développement : 10 pour mille de mortalité maternelle après avortement.

Cela peut s'expliquer selon LAINE par le phénomène de concentration des pathologies au niveau des hôpitaux de référence. Les patientes qui ont survécu aux complications, sont exposées à moyen ou à long terme, à des séquelles plus ou graves. Mais dans cette série l'étude prospective ne peut couvrir cet aspect car les séquelles se manifesteront plus tard.

CHAPITRE V

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSIONS

47. Au terme de cette étude prospective, nous avons recensé sur une période d'un an (19 Juillet 1993 - 19 Juillet 1994) 387 cas d'avortements provoqués, en milieu hospitalier (Maternité Lagune, CUGO, Centre Médical Saint Luc). Nous avons abouti aux conclusions suivantes :

47.1. la fréquence des avortements provoqués est élevée :

387 cas d'avortements provoqués pour 7546 accouchements soit 5,12 %.

47.2. le profil des femmes qui ont recours à l'avortement est le suivant :

- les cas les plus nombreux se comptent parmi :

les femmes situées dans les tranches d'âge de 15 à 24 ans

: 56,9 % et de 25 à 35 ans : 26,35 %

les célibataires 59,43 %, mais aussi les mariées 38,24 %

celles issues de milieu socio-économique défavorisé :

* 89,40 % sont des revendeuses, apprenties, ménagères, ouvrières

* 72,60 % ne sont pas scolarisées ou ont un niveau d'instruction bas

- * 62,78 % proviennent des zones rurales ou suburbaines
- 40,56 % sont des primigestes et 49,35 % sont des nullipares
- 16,54 % sont des récidivistes

47.3. La prévalence contraceptive est faible 21,18 % du fait surtout de l'ignorance des femmes, de la peur des effets secondaires liés aux contraceptifs. Les méthodes traditionnelles peu efficaces sont les plus utilisées : 77 cas sur 82 soit 93,90%.

47.4. Age gestationnel.

La grossesse en cause, dans la majorité des cas est de 12 semaines d'aménorrhée : 41,60 %.

47.5. Les motivations sont très nombreuses dominées par le refus de paternité, le refus de maternité, les raisons socio-économiques, les raisons professionnelles.

47.6. Les personnes incriminées, ne sont pas qualifiées en médecine le plus souvent :

- les femmes elles-mêmes : 40,31 %
- les infirmiers, aides soignants, pharmaciens, guérisseurs traditionnels : 17,82 %

47.7. L'avortement est provoqué dans la majorité des cas à domicile : 49,09 %.

47.8. Les moyens utilisés sont variés et dangereux :

- les produits pharmaceutiques et les produits de la pharmacopée traditionnelle en usage vaginale, parentérale ou orale ; avec des fréquences respectives de 28,16 % et 33,07 %.

- le curetage et l'aspiration de produit de conception 26,61 % et 0,77 % respectivement
- l'insertion vaginale ou intracervicale de bois ou de tige : 4,65 %.

47.9. Les complications sont nombreuses et redoutables dominées par:

- les hémorragies génitales 81,39 %
- les complications traumatiques 18,08 %
- les complications infectieuses : 15,50 %

47.10. 11 cas de décès ont été enregistrés soit un taux de léthalité de 28,42 pour mille.

RECOMMANDATIONS

48. Face à cette situation, il faut agir vite, dans le cadre d'une prévention primaire ou secondaire des avortements provoqués dans notre pays.
- 48.1. La prévention primaire : c'est la prévention des grossesses non désirées.
- Elle passe par :
- 48.1.1. l'information et l'éducation en matière de sexualité:
elle doit faire appel à des notions d'anatomie et de physiologie des appareils génitaux masculins et féminins,
elle doit impliquer les médecins, les psychologues, les sociologues, les parents, les mass média, l'école les autorités politiques, les intéressés eux-mêmes, pour éviter les erreurs de transmission si fréquentes.
- 48.1.2. l'information des jeunes sur les conséquences graves, immédiates et tardives auxquelles s'exposent les femmes qui ont recours à l'avortement provoqué.
- 48.1.3. la vulgarisation de la pratique de la contraception. Pour ce faire, faciliter l'accès pratique des jeunes aux généralistes et gynécologues qui prescriront les méthodes efficaces.
- 48.2. La prévention secondaire, c'est la prévention directe de l'avortement une fois survenue la grossesse non désirée.
- Cela implique l'organisation des consultations pour grossesses non

désirées, au cours desquelles on recherchera les motivations et les approches de solution.

48.3. La guerre aux avorteurs paraît aujourd'hui utopique et même perdue d'avance.

48.4. Quant à la libéralisation de l'avortement provoqué, elle en fait une question très controversée du fait de ses implications éthiques et morales. Il est difficile de prendre position dans un tel débat. Mais les uns et les autres doivent savoir que "le conceptus parce qu'il est une personne humaine potentielle a des droits, au premier rang desquels se situent le droit à la sauvegarde et le droit au confort. le droit à la sauvegarde réside dans la nécessaire protection de la vie du foetus, et donc l'interdiction du foeticide volontaire. le droit au confort réside dans des conditions optimales de développement foetal. Il impose des contraintes à la société et à la gestante en ce qui concerne un développement foetal optimal (31).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. AUDEBERT A. J. M., COLLE M., BATTIN J.

La contraception de l'adolescente enjeux et controverses

Rev. Prat., 1984, 34, (29), 1569 - 1577

2. AUSSILLOUX M. T., MATTAUER B., PEYROT D.

Approche psychologique de l'IVG : composantes sociologiques
et attitudes par rapport à cette demande.

Annales Médico-psychologiques, 1982, 140, (8),

906 - 913.

3. AUTHIER K., AUTHIER J.

Intervention with family of pregnant adolescent.

In : Pregnant in adolescent : needs, problems and
management.

Stuard IR., WELLS C.F. Edit, New York, 1982, 290-313.

4. AUTREL J. J.

L'interruption volontaire de grossesse. Etude sociologique.

Thèse de médecine, Paris Sud, 1980, N° 162.

5. AVODAGBE C. V.

Devenir des grossesses, connaissances, attitudes et pratique

de la contraception en milieu scolaire et universitaire en République Populaire du Bénin.

(d'après une étude menée auprès de 1740 élèves et étudiants)

Thèse de Médecine, Cotonou, 1988, N° 376.

6. BANDET J. H., ZAGO J., PICHEREAU D., PETER J., EYRAUD J. P.

Les complications des avortements provoqués

Encyclopédie Médico-chirurgicale, Paris, Gynécologie, 476 A¹⁰, 6, 1979.

7. BECK M. C.

Attitudes masculines face à l'avortement.

Revue bibliographique de quelques publications.

Médecine et Hygiène, Genève, 1983, 41, (1512), 1201-1213.

8. BERGER G., GOLD D., ANDRES D., GILLET P., KINCH R.

Repeat abortion : is it a problem ?

Family Planning Perspectives, 1983, 16, (2), 70-75.

9. BERGER M., FURTOS J.

Réflexions sur le fonctionnement d'un centre d'avortement clandestin en France.

Cahiers médicaux lyonnais, 1974, 50, (28), 2257-2264.

10. BLONDEL F., BOURGERON B., CORNU C., KLINDEL A.,
LAURENT M., MARIE-NELY R.

Qui demande l'IVG ?

Soins gynéc. Obst. Puéric. Pédi, 1982, (18), 21-25.

11. BONIERBALE BRANCCHEREAU M., HONTANY J., BOUBLI L.
Le premier rapport sexuel des adolescents (à propos d'une enquête en milieu étudiant)
Contrac. Fert. Sex., 1987, 15, (1), 61-67.

12. BONNARD G.

Cinq cas de césarienne pour sténoses cervicales par caustiques.

Thèse de médecine, Lyon, 1948, N° non mentionné.

13. BREDILLAT B.

L'avortement provoqué chez l'adolescente.

Thèse de médecine, Paris 6, 1983, N° non mentionné.

14. BROWNER C.

Abortion deciding making ; some findings from Columbia.

Studies in Family Planning, 1979, 10, (3), 96-106.

15. BRUNERIE J.

L'accueil des femmes lors d'une IVG.

Soins - Gynéco. Obst. Puréc. Péd., 1982, (18), 7-8.

16. CATES W. J., SHULK K.F., GRIMES D. A.

The risk associated with teenage abortion.

New England Journal of Medecine, 1983, 303, (11), 621-624.

17. CHEMAMA D.

Le fonctionnement pratique d'un centre d'IVG ou: Comment et pourquoi en arriver là ?

Tempo Médical, 1983, (126), 51-58.

18. COLLIGNON H.

Les mères enfants

J.I.M., 1993, (193), 41-44.

19. CRISTALLI B., LANDOWSKI P., BOUQUET de JOLINIERE J., LEVARDON M.

Brèche utérine avec adhérence digestive intra-utérine
découverte lors d'une césarienne à terme

J. Gynéc. Obst. Biol. Reprod., 1990, 19, (4), 475-477.

20. DARBOIS Y.

Curetage et aspiration.

Rev. Prat., 1974, 24, (9), 645-650.

21. DAVID H. P.

Abortion : its prevalence, correlates and costs in fertility
regulation and institutional influences.

Academic Press, New York, 1983, 193-244.

22. DIADHIOU F.

pré-rapport de consultation sur les avortements à risques au
Sénégal et au Cameroun.

In : Les avortements à risques en Afrique

IPPF édit Nairobi 1994.

23. DRONSAYE A. U., ODIASSE G.L.

Attitudes toward abortion and contraception among Nigerian
secondary school girls.

International Journal of Gynecology and obstetrics, 1983, 21,

(5), 423-426.

24. EJIRO E. E.

Profil de l'avortement au Nigéria.

In : Les avortements à risques en Afrique, IPPF édit, Naïrobi, 1994.

25. FERNANDEZ H., DJANHAN Y., PAPIERNIK E.

Mortalité maternelle par hémorragie dans les pays en voie de développement.

Quelle politique proposer ?

J. Gynéc. Obst. Biol. Reprod., 1988, 17 (5), 687-692.

26. FERRARI P.

L'adolescent qui n'a pas de rapports sexuels est-il normal ?

Semaine des Hôpitaux, 1985, 61, (27), 1069-1071.

27. FRANCOMME P., PARISE M.

Interruption volontaire de grossesse

Démarche des soins.

Soins Gynéc. Obst. Puer. Péd., 1987, (71), 43-44.

28. GASSITA J. N.

Revue générale des plantes actives sur la reproduction dans certains pays en développement.

Méd. d'Afr. Noire, 1980, (27), 756-762.

29. GNEBEI O. R .B.

Hystérectomie de 2è intention pour lésions abortives.

Thèse de médecine, Abidjan, 1981, N°337.

30. GNEBEI O. R .B., KONE M., ADZAXO K.P., KOUAKOU F., WELFFENS EKRA C., DIARRA S.

Lésions utérines abortives : à propos de 80 cas de perforations utérines

Ann. Univers. Abidjan, 1983, série B, 297-305.

31. GOLD F., LAUGIER J.

Droits et devoirs du foetus.

Contribution pédiatrique à la résolution des délembmes moraux de la pratique anténatale.

J. Gynéc. Obst. Biol. Reprod., 1992, 21, (6), 603-605.

32. GREGOIRE DUPONT E.

Le vécu de l'IVG.

Thèse de médecine, Aix - Marseille, 1986, N°219.

33. HERVET E.

Avortement clandestin. Avortement légal. Avortements provoqués.

Rev. Prat., 1974, 24, (9), 637-641.

34. HOUNDJREBO A. M.

La contraception à Cotonou.

Thèse de médecine, Cotonou, 1984, N° 191.

35. INSAE

Deuxième recensement général de la population et de l'habitat

Février 1992

Volume 1, INSAE éditeur, 1993.

36. KODJA A.

Contribution à l'étude des avortements provoqués en République Populaire du Bénin. D'après une expérience hospitalière à propos de 299 cas.

Thèse de médecine, Cotonou, 1978, N° 27.

37. KOLY F.

L'avortement provoqué : à propos de 133 cas colligés à la Clinique Gynécologique et Obstétricale du Centre Hospitalier

Universitaire de Dakar.

Thèse de médecine, Dakar, 1989, N° non mentionné.

38. **KOUWAKANOU D. H. J.**

Contribution à l'étude des avortements provoqués : à propos de 707 cas recensés à la maternité du CNHU de Cotonou.

Thèse de médecine, Cotonou, 1986, N° 292.

39. **LAINE M. N.**

Aspects psycho-sociaux des avortements provoqués : à propos de 669 cas recensés en milieu hospitalier de Cotonou.

Thèse de Médecine, Cotonou, 1985, N° 241.

40. **LATTRILLE J.**

Contraception et IVG dans les établissements hospitaliers publics.

Circulaire DGS/2A N° 1282 du 12 Octobre 1982.

Soins gynéco. Obst. Puéric. Péd., 1983, (27), 61-63.

41. **LERIDON H.**

La contraception en France : 1968-1980

Contraception - Fertilité - Sexualité, 1981, 9, (12), 813-818.

42. LISKIN L.S.

Complications de l'avortement dans les pays en développement.

Population Information Program, 1981, série F,(7),59.

43. MAGNIN G., SOUTOUL J. H.

Les complications infectieuses de l'interruption volontaire de grossesse.

Concours Médical, 1986, 108, (17), 1339-1344.

44. MALCOM P.

L'avortement dans le monde d'aujourd'hui.

Méd. et Hyg., 1977, 33, (1157), 1132-1133.

45. MALEK Y. M.

La contraception par stérilet.

Soins Gynéc. Obst. Puér. Péd. 1993, (141), 17-23.

46. MARENCO M., SARRAMON M.F., BERREBI A., BERGIS A., KOBUCH W. E.

Le contrôle échographique en post interruption volontaire de grossesse immédiat.

J. Gynéc. Obst. Biol. Reprod., 1988, 17, (1), 51-55.

47. MATTAUER B., PEYROT D., AUSSILLOUX M. T.

Etude sur les demandes répétées d'IVG : Fonction de la grossesse problématique d'identité dans les IVG répétitives.
Contraception - Fertilité - Sexualité, 1984, 12, (5), 679-683.

48. MBOUWEZIGOLO MBADINGA A. B.

Contribution à l'étude des avortements clandestins.
Thèse de médecine, Libreville, 1989, N° 152.

49. MEMETEAU G.

Avortement et mère incapable ou vers l'avortement forcé.
Revue de droit sanitaire et social, 1983, (3), 525-541.

50. MENEGOZ J. P.

Les IVG et leurs complications : étude des cas observés en 1981 au Centre Hospitalier Inter Communal d'AULNAY - SOUS-BOIS.

Thèse de médecine, Paris 13, 1985, N° 132.

51. MERGER R.

Précis d'obstétrique, 5è édition,
Masson éditeur, Paris, 1974.

52. MEYER S.

Avortement et contraception dans l'histoire.

Thèse de médecine, Limoges, 1980, N° 116.

53. Ministère de la santé publique.

Statistiques sanitaires.

MSP éditeur, Cotonou, 1992.

54. MONDOR H.

Les avortements mortels, (éditeur non mentionné), 1936

55. MORGENTHAU J.E.

Teenage pregnancies and abortion.

Mont SINAJ Journal of medecine, 1984, 51, (1), 18-19.

56. OLIVIER C.

Désir de grossesse et refus d'enfant.

Contraception Fertilité Sexualité, 1983, 11, (5), 765-770.

57. PADONOU J. L. MEGNIGBETO OBEY A., BAGNAN K. O.,
PERRIN R. X., PADONOU N., ALIHONOU E.

Exentérations à travers la filière génitale au décours
d'avortements clandestins.

In : Actes de la première journée bénino-togolaise de chirurgie digestive.

MEPS édit 1991 Cotonou.

58. PRESSAT R.

Les circonstances de l'interruption volontaire de grossesse.

Concours Médical, 1981, 103, (18), 3009-3012.

59. PRESSAT R.

Fécondité, contraception, avortement.

Concours médical, 1980, 120, (43), 6693-6697.

60. QUEREUX C., SOUTOUL J. H., RITTER P., PIERRE F.

Amputation d'un membre inférieur après tentative d'interruption volontaire de grossesse.

J. Gynéc. Obst. Biol. Reprod., 1991, 20, (3), 413-422.

61. REROLLE P.

Motivations des femmes recourant à l'IVG en France.

Thèse de médecine, Paris 6, 1986, N° 25.

62. ROGO K.

Avortements provoqués au Kenya

In : Les avortements à risques en Afrique, IPPF édit, Nairobi,

1994.

63. ROGO K.

Une revue de l'avortement en Zambie.

In : Les avortements à risques en Afrique, IPPF édit, Nairobi,
1994.

64. ROWLEY J., FATHALIA M., MAHLER H. et Collaborateurs.

Une maternité sans risques.

Peuples, 1987, 14, (3), 3-22.

65. RUSSEL J. K.

School pregnancies..... medical, social and educational
consideration.

British Journal of Hospital Medecine, 1983, 29, (2), 159-166.

66. SANTOS P.

La contraception chez les adolescentes.

Thèse de médecine, Cotonou, 1994, N° 575.

67. SARDON J.P.

La contraception et l'IVG.

Rev. Prat., 1979, (48), 3710-3712.

68. SENANAYAKE P.

Comment les APF peuvent-elles résoudre les problèmes de l'avortement à risque : Introduction aux stratégies pour réduire l'avortement à risques.

In : Conférence sur les avortements à risques en Afrique, Ile Maurice, 1994.

69. SHERRIS J. P. D.

Contraceptive method mix : the importance of ensvring client choice, cultural factors and misinformation.

Out look, 1992, 10, (1), 1-8.

70. SIX-QUIVY M., MACAIGNE M., PLAYOUST D., ZYLBERBERG G.

L'avortement tel qu'il nous est conté.

Lille. Méd., 1980, 25, (6), 307-310.

71. SOUTOUL J. H.

Avortement et régulation des naissances.

Rev. Prat., 1980, 30, (57), 4035-4040.

72. SPIRA N.

Influence des facteurs socio-économiques sur les demandes

d'IVG.

Contraception, 1978, (6), 263-267.

73. STALLAWORTHY J. A., MOOGAOKER A. S., WALSH J.J.

Legal abortion : a critical assessment of its risks.

Lancet, 1971, (2), 1245-1249.

74. TAYLOR J., ABLORDEY M.

L'ampleur de l'avortement au Ghana.

In : Les avortements à risque en Afrique, IPPF édit, Nairobi, 1994.

75. TIETZE C.

Induced abortion A world review.

Population Council, 4 th edition, New-York, 1981.

76. TIVELET G., MASCLAUX O.

Contexte de l'avortement chez les adolescentes ou avorter à 15 ans.

Contraception, Fertilité, Sexualité, 1988, 16, (14), 325-329.

77. TSHIBANGU K., NTABONA B., LISELE-BOLEMA G. L., MBIYE K.

Avortement clandestin, problème de santé publique à

Kinshasa (Zaire)

J. Gynéc. Obst. Biol. Reprod., 1984, 13, (7), 759-763.

78. VEKEMAMS M., DOHMHEN B.

Interruptions volontaires de grossesse chez des adolescentes âgées de 13 à 18 ans.

Analyse clinique et sociologique de 295 cas.

J. Gynéc. Obst. Biol. Reprod., 1984, 13, (1), 21-30.

79. YANGA K., MBANZULU P.N.

Les perforations de la face postérieure du col utérin : Complication insolite de l'avortement provoqué criminel.

Afr. Méd., 1983, 22, (206), 33-38.

80. YANOVA LIDIYA A.

Contribution à l'étude des septicémies du post abortum (à propos de 61 cas observés dans les services de l'hôpital général de Brazzaville).

Thèse de médecine, Brazzaville, 1981, N° non mentionné.

81. YAO DIBY L.

Aspects cliniques et thérapeutiques des avortements clandestins compliqués.

Thèse de médecine, Abidjan, 1985, N° 601.

- Les antipaludéens : 1,55 %

Il s'agit notamment de la chloroquine. Nous savons que la Nivaquine à la dose normale n'est pas abortive. A une forte dose, elle peut intoxiquer et entraîner la mort de la patiente.

- Le permanganate de potassium : 0,25 % des cas.

Les femmes l'utilisent par voie vaginale. Son effet corrosif provoquant des saignements, elles pensent qu'elles sont entrain d'avorter.

L'accès à ces produits est facilité par les ventes sans ordonnance qui ont cours dans les marchés ou qui s'effectuent par des particuliers devenus vendeurs ambulants de médicaments. Autant de situations qui interpellent le ministère de la santé publique.

Selon MBOUWEZIGOLO à Libreville 61,48 % des patientes ont eu recours aux produits médicamenteux comme moyens abortifs avec une place prépondérante pour le permanganate de potassium sous forme de comprimés introduits dans le vagin : 28,89 %.

Pour YAO DIBY (81), à Abidjan, l'utilisation des produits médicamenteux est retrouvée dans 25,90 % des cas. Il a par ailleurs relevé l'absence d'utilisation de permanganate de potassium.

46.8.2. Curetage et aspiration de produit de conception 26,61% des patientes se sont faites avorter par un curetage et 0,77 % par aspiration endo-utérine. Cette méthode peu utilisée est pourtant plus douce que le curetage.

A N N E X E S

indiqué, favorisé ou pratiqué les moyens de procurer l'avortement seront condamnés aux peines prévues aux paragraphes premier et second du présent article.

La suspension pendant 5 ans au moins ou l'incapacité absolue de l'exercice de leur profession seront, en outre, prononcées contre les coupables.

Quiconque contrevient à l'interdiction d'exercer sa profession prononcée en vertu du paragraphe précédent sera puni d'un emprisonnement de six mois au moins, de deux ans au plus ; ou d'une amende de 240.000 francs au moins et de 2.400.000 francs au plus, ou de l'une de ces deux peines seulement.

Outre les peines mentionnées dans les cinq premiers paragraphes du présent article, les tribunaux pourront prononcer pendant deux ans au moins et dix ans au plus, l'interdiction de séjour déterminée par l'article 19 de la loi du 27 Mai 1885.

Celui qui aura occasionné à autrui même avec son consentement une maladie ou incapacité de travail personnel en lui administrant volontairement, de quelque manière que ce soit, des substances qui sans être de nature à donner la mort, sont nuisibles à la santé, sera puni d'un emprisonnement d'un mois à 5 ans et d'une amende de 4.000 francs à 120.000 francs ; le tribunal pourra de plus, prononcer l'interdiction de séjour pendant deux ans au moins et dix ans au

plus.

Si la maladie ou incapacité de travail personnel a duré plus de 20 jours, la peine sera celle de la réclusion. Au cas où le coupable aura administré des substances de nature à donner la mort, mais sans intention de la donner, et que celle-ci s'en est suivie, il subira la peine des travaux forcés à temps.

Si le coupable a commis soit le délit, soit le crime spécifié aux deux paragraphes ci-dessus envers un des descendants tels qu'ils sont désignés en l'article 312, il sera puni au premier cas de la réclusion et au second cas des travaux forcés à temps.

ANNEXE 2
 C.R.R.H.D
 CENTRE DE RECHERCHE EN
 REPRODUCTION HUMAINE
 ET EN DEMOGRAPHIE

O.M.S.
 ORGANISATION MONDIALE
 DE LA SANTE

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES AVORTEMENTS

PROVOQUES A COTONOU

N.B : NSP = NE SAIS PAS

N° fiche : CUGO LAGUNE AUTRES

N°Q	QUESTIONS	CODES
	A./ IDENTIFICATION CENTRE D'ADMISSION..... DOSSIER N°..... INITIALES DE LA PATIENTE..... HEURE DU DEBUT DE L'ENQUETE.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	B./ IDENTITE	
Q1	Age	<input type="text"/>
Q2	Ethnie	<input type="text"/>
Q3	Religion	<input type="text"/>
Q4	Origine	<input type="text"/>
Q5	Statut matrimonial	<input type="text"/>
Q6	Niveau d'instruction	<input type="text"/>
Q7	Profession/occupation	<input type="text"/>
Q8	Age du partenaire.....	<input type="text"/>
Q9	Niveau d'instruction du partenaire.....	<input type="text"/>
Q10	Profession du partenaire.....	<input type="text"/>

N°Q	QUESTIONS	CODES
	C./ ANTECEDENTS GYNECO-OBSTETRICAUX	
Q11	Avez-vous été enceinte auparavant ?.....	_____
	OUI = 1 NON = 2 NSP = 3 PAS DE REPONSE = 4	
Q12	Quelle était l'issue finale de la grossesse avant cet avortement ?	_____
Q13	En quelle année cela s'est-il passé ?.....	_____
Q14	Pouvez-vous classer l'issue finale de toutes vos grossesses (nombre) ?	
1.	ENFANTS VIVANTS	_____
2.	MORTS-NES	_____
3.	AVORTEMENTS SPONTANES	_____
4.	AVORTEMENTS PROVOQUES	_____
5.	AVORTEMENTS PROVOQUES CLANDESTINS.....	_____
6.	AVORTEMENTS PROVOQUES THERAPEUTIQUES	_____
7.	GROSSESSE EXTRA-UTERINE	_____
8.	GROSSESSE MOLAIRE.....	_____
Q15	Avez-vous encore des enfants vivants ?.....	_____
	OUI = 1 NON = 2	
	Si OUI, spécifier :	
	15.a) Nombre de garçons	_____
	15.b) Nombre de filles	_____
Q16	Age (en années) du dernier enfant vivant ?..	_____

N°Q	QUESTIONS	CODES
	D./ <u>HISTOIRE CONTRACEPTIVE</u>	
Q17	Durant l'année passée, quelle méthode de contraception avez-vous le plus utilisé en durée ?	
1.	CONTRACEPTIFS ORAUX	OUI = 1 NON = 2 <input type="text"/>
2.	INJECTABLES/IMPLANTS (norplant)	OUI = 1 NON = 2 <input type="text"/>
3.	D.I.U	OUI = 1 NON = 2 <input type="text"/>
4.	CONDOM	OUI = 1 NON = 2 <input type="text"/>
5.	DIAPHRAGME	OUI = 1 NON = 2 <input type="text"/>
6.	SPERMICIDES	OUI = 1 NON = 2 <input type="text"/>
7.	METHODE NATURELLE	OUI = 1 NON = 2 <input type="text"/>
	A./ Si Oui, spécifier.....	<input type="text"/>
8.	COIT INTERROMPU	OUI = 1 NON = 2 <input type="text"/>
9.	ALLAITEMENT	OUI = 1 NON = 2 <input type="text"/>
10.	MEDECINE TRADITIONNELLE	OUI = 1 NON = 2 <input type="text"/>
	A./ Si Oui, spécifier.....	<input type="text"/>
11.	AUTRES (PRECISER)	OUI = 1 NON = 2 <input type="text"/>
Q18	Quelle méthode de contraception avez-vous utilisée durant le mois qui a précédé cette grossesse ?	
1.	CONTRACEPTIFS ORAUX	OUI = 1 NON = 2 <input type="text"/>
2.	INJECTABLES, IMPLANTS (norplant)	OUI = 1 NON = 2 <input type="text"/>
3.	D.I.U	OUI = 1 NON = 2 <input type="text"/>
4.	CONDOM	OUI = 1 NON = 2 <input type="text"/>
5.	DIAPHRAGME	OUI = 1 NON = 2 <input type="text"/>
6.	SPERMICIDES	OUI = 1 NON = 2 <input type="text"/>

N°Q	QUESTIONS	CODES			
7.	METHODE NATURELLE	OUI = 1	NON = 2	_____	
	A./ Si Oui, spécifier.....			_____	
9.	COIT INTERROMPU	OUI = 1	NON = 2	_____	
10.	ALLAITEMENT	OUI = 1	NON = 2	_____	
11.	MEDECINE TRADITIONNELLE	OUI = 1	NON = 2	_____	
	A./ Si Oui, spécifier.....			_____	
12.	AUTRES (PRECISER)	OUI = 1	NON = 2	_____	
Q19	A/ En cas de grossesse non désirée, associée à une absence de contraception pendant le mois précédent cette grossesse, quelle a été la raison de cette absence de contraception ?.....			_____	
Q19	B/ En cas de grossesse non désirée associée à une contraception pendant le mois précédent la grossesse, pensez-vous que cette grossesse soit un échec de la contraception : OUI = 1 NON = 2			_____	
Q19	C./ Quel type de contraception c'était ?.....			_____	
	E./ SITUATION A L'ADMISSION ET PENDANT L'HOSPITALISATION	JJ	MM	AA	
Q20	Date d'admission	_____	_____	_____	
Q21	Date de recueil des renseignements.....	_____	_____	_____	
Q22	Age gestationnel présumé en semaines d'aménorrhée ?	_____	JJ	MM	AA
Q23	La grossesse était elle planifiée ?.....	_____			
	OUI = 1	NON = 2			
	NSP = 3	PAS DE REPONSE = 4			
Q24	La grossesse était elle désirée ?	_____			
	OUI = 1	NON = 2			
	NSP = 3	PAS DE REPONSE = 4			

N°Q	Q U E S T I O N S	CODES
Q25	A l'admission l'avortement était cliniquement :	_____
	COMPLET = 1	
	INCOMPLET = 2	
	NON EN COURS (échec de tentative) = 3	
	INEVITABLE = 4	
	AUTRES (PRECISER) = 5	
Q26	Existence d'une hémorragie génitale.....	_____
Q27	Evidence d'un traumatisme du vagin, col, utérus, intestin	
1.	LESION VAGINALE OUI = 1 NON = 2	_____
2.	TRAUMATISME/DECHIRURE DU COL OUI = 1 NON = 2	_____
3.	PERFORATION UTERINE OUI = 1 NON = 2	_____
4.	PERFORATION DE LA VESSIE OUI = 1 NON = 2	_____
5.	LESION/PERFORATION INTESTINALE OUI = 1 NON = 2	_____
6.	PERFORATION RECTO- VAGINALE OUI = 1 NON = 2	_____
7.	AUTRES (PRECISER) OUI = 1 NON = 2	_____
Q28	Evidence d'un corps étranger intra-vaginal, intra-cervical, intra-utérin	
1.	INTRA-VAGINAL OUI = 1 NON = 2	_____
2.	INTRA-CERVICAL OUI = 1 NON = 2	_____
3.	INTRA-UTERIN OUI = 1 NON = 2	_____
	S'il existe un corps étranger, le spécifier	

N°Q	QUESTIONS	CODES
Q29	A./ Tableau d'infection à l'admission	
	1. HYPERTHERMIE OUI = 1 NON = 2	_____
	2. ENDOMETRITE OUI = 1 NON = 2	_____
	3. SALPINGITE OUI = 1 NON = 2	_____
	4. PELVIPERITONITE OUI = 1 NON = 2	_____
	5. PERITONITE GENERALISEE OUI = 1 NON = 2	_____
	6. SEPTICEMIE OUI = 1 NON = 2	_____
	7. CHOC SEPTIQUE OUI = 1 NON = 2	_____
	8. TETANOS OUI = 1 NON = 2	_____
	9. AUTRES (PRECISER) OUI = 1 NON = 2	_____
	
Q29	B./ Soins reçus dans un centre de santé avant l'admission	
	1. CURETAGE OUI = 1 NON = 2	_____
	2. ASPIRATION OUI = 1 NON = 2	_____
	3. ANTIBIOTHERAPIE OUI = 1 NON = 2	_____
	4. HEMOSTATIQUE OUI = 1 NON = 2	_____
	5. ANTI PYRETIQUE OUI = 1 NON = 2	_____
	6. ANTI INFLAMMATOIRE OUI = 1 NON = 2 STEROIDIEN (PRECISER)	_____
	7. AUTRES (PRECISER) OUI = 1 NON = 2	_____
	
Q30	Température à l'admission ?.....	_____
Q31	Signes cliniques de défaillance fonctionnelle ou organique à l'admission ? OUI = 1 NON = 2	_____
	A./ Si OUI, Préciser.....	_____

N°Q	Q U E S T I O N S	CODES
Q32	Intervention chirurgicale après l'admission. OUI = 1 NON = 2	_____
	A./ Si Oui, spécifier.....	_____
Q33	Ces renseignements ont ils été fournis par un médecin ? OUI = 1 NON = 2	_____
	A./ Si OUI, Nom du Médecin	
	Nom du transcriveur de ces renseignements	
Q34	Motif d'admission	
1.	HEMORRAGIE GENITALE OUI = 1 NON = 2	_____
2.	TRAUMATISME VAGINAL OUI = 1 NON = 2	_____
3.	DOULEURS ABDOMINALES OUI = 1 NON = 2 DOULEURS LOMBAIRES/ PELVIERES	_____
4.	FIEVRE OUI = 1 NON = 2	_____
5.	AUTRES (PRECISER) OUI = 1 NON = 2	_____
Q35	L'avortement était il provoqué ou spontané ?	_____
	PROVOQUE = 1 MENACE = 3 NSP = 4 SPONTANE = 2 PAS DE REPONSE = 5	
Q36	Si la réponse était provoqué quelle(s) a (ont) été la (es) méthode(s) ?	
1.	INSTILLATION INTRAVAGINALE OUI = 1 NON = 2 DE PRODUITS CHIMIQUES	_____
	A./ Si Oui, spécifier.....	_____
2.	INSERTION INTRAVAGINALE OUI = 1 NON = 2 OU INTRA-UTERINE DE BOUT DE BOIS/TIGE	_____

N°Q	QUESTIONS	CODES
3.	USAGE DE PRODUIT PHARMACEUTIQUE PAR VOIE GENERALE OUI = 1 NON = 2	_____
	A./ SI OUI, SPECIFIER.....	_____
4.	ADMINISTRATION LOCALE DE PRODUIT PHARMACEUTIQUE OUI = 1 NON = 2	_____
	A./ SI OUI, SPECIFIER.....	_____
5.	USAGE DE PRODUIT TRADITIONNEL PAR VOIE GENERALE OUI = 1 NON = 2	_____
	A./ SI OUI, SPECIFIER.....	_____
6.	ADMINISTRATION LOCALE DE PRODUIT TRADITIONNEL OUI = 1 NON = 2	_____
	A./ SI OUI, SPECIFIER.....	_____
7.	MASSAGE ABDOMINAL OUI = 1 NON = 2	_____
8.	ASPIRATION OUI = 1 NON = 2	_____
9.	DILLATATION/CURETAGE OUI = 1 NON = 2	_____
10.	AVEU FAIT PAR LE MALADE OUI = 1 NON = 2	_____
11.	AVEU FAIT PAR L'ENTOURAGE OUI = 1 NON = 2	_____
Q37	Profession de l'agent ayant procuré l'avortement ?	_____
Q38	Date de l'avortement (premier signes).....	_____
Q39	Délai entre le premier signe et l'admission	_____
Q40	Raison ou motivation de l'avortement ?.....	JJ
Q41	Où a eu lieu l'induction de l'avortement....	_____

N°Q	QUESTIONS	CODES
	F./ <u>FICHE DE SORTIE</u>	JJ MM AA
Q42	Date de sortie	_____
Q43	Date de recueil des renseignements	_____
Q44	La patiente est sortie :	_____
	VIVANTE = 1	
	DECEDEE = 2	
	EVADEE DANS UN ETAT COMATEUX = 3	
Q45	Diagnostic de sortie	_____
Q46	La grossesse est évolutive	_____
	OUI = 1 NON = 2	
	A./ Si OUI, résultat de l'échographie	_____
	GROSSESSE EVOLUTIVE = 1	
	GROSSESSE ARRETEE = 2	
	GROSSESSE MOLAIRE = 3	
	OEUF CLAIR = 4	
	AUTRE(PRECISER) = 5	
Q47	a) Collaboration	_____
	b) HEURE DE LA FIN	_____
Q48	Au total l'avortement est :	_____
	N.B : La question 48 est réservée au Dr GOUFODJI	
	MANIFESTEMENT SPONTANE = 01	
	PROVOQUE CERTAIN = 02	
	PROVOQUE PROBABLE = 03	
	PROVOQUE POSSIBLE = 04	
	TERAPEUTIQUE = 05	
	MENACE D'AVORTEMENT = 06	
	INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE = 07	
	TENTATIVE D'AVORTEMENT PROVOQUE CERTAIN = 08	

ANNEXE 3

GUIDE CODE DE L' ETUDE SUR LES AVORTEMENTS

PROVOQUES A COTONOU

CENTRE D'ADMISSION : CUGO = 1 LAGUNE = 2 AUTRES CENTRES = 3

Q2 : ETHNIE

FON ET APPARENTES	= 1
GOUN ET APPARENTES	= 2
YORUBA/NAGOT/IDATCHA (DASSA)	= 3
MINA ET APPARENTES	= 4
DENDI/YOM	= 5
BARIBA/PEULH/LOKPA	= 6
ETRANGERE	= 7
AUTRES (Préciser)	= 8
NON PRECISE/MANQUE INFORMATION	= 9

Q3 : RELIGION

MUSULMANE	= 1
CATHOLIQUE	= 2
PROTESTANTE	= 3
ANIMISTE	= 4
CHRISTIANISME CELESTE	= 5
AUTRES (Préciser)	= 6
NON PRECISE/MANQUE INFORMATION	= 9

Q4 : ORIGINE

URBAINE	= 1
SUBURBAINE	= 2
RURALE	= 3
AUTRE	= 4
NON PRECISE/MANQUE INFORMATION	= 9

Q5 : STATUT MATRIMONIAL

CELIBATAIRE	= 1
MARIEE (réligieux et/ ou civil, coutumier)	= 2
DIVORCEE OU SEPAREE	= 3
VEUVE	= 4
NON PRECISE/MANQUE INFORMATION	= 9

Q6 Q9 : NIVEAU D'INSTRUCTION

NON SCOLARISEE	= 1
NIVEAU PRIMAIRE	= 2
NIVEAU SECONDAIRE	= 3
NIVEAU UNIVERSITAIRE	= 4
AUTRE (Préciser)	= 5
NON PRECISE/MANQUE INFORMATION	= 9

Q7 Q10 : PROFESSION

SALARIEE	= 01
COMMERÇANTE	= 02
REVENDEUSE/DETAILLANT	= 03
ELEVE/ETUDIANTE	= 04
OUVRIER/ARTISANS	= 05
MANOEUVRE/APPRENTIS	= 06
MENAGERE	= 07
SANS PROFESSION	= 08
AUTRES (Préciser)	= 09
PAS APPLICABLE	= 88

NON PRECISE/MANQUE INFORMATION = 99

Q12 : L'ISSUE FINALE DE LA GROSSESSE

ENFANT(S) VIVANT(S)	= 01
MORTS-NES	= 02
AVORTEMENT PROVOQUE	= 03
AVORTEMENT PROVOQUE CLANDESTIN	= 04
AVORTEMENT PROVOQUE THERAPEUTIQUE	= 05
GROSSESSE EXTRA-UTERINE	= 06
GROSSESSE MOLAIRE	= 07
AVS	= 08
NON PRECISE/MANQUE INFORMATION	= 99

Q17 7A Q18 7A METHODES NATURELLES

ABSTINENCE PERIODIQUE	= 1
COIT INTERROMPU/RETAIT	= 2
ALLAITEMENT	= 3
NSP	= 4
AUTRE	= 5
PAS APPLICABLE	= 8
NON PRECISE/MANQUE INFORMATION	= 9

Q17 10A Q18 11A METHODES TRADITIONNELLES

BAGUE	= 1
CORDELET/TALISMAN	= 2
TOILE D'ARaignee	= 3
POUDRE	= 4
TISANE	= 5
NSP	= 6
AUTRES	= 7
PAS APPLICABLE	= 8
NON PRECISE/MANQUE INFORMATION	= 9

Q19A : RAISON DE L'ABSENCE DE CONTRACEPTION

AUCUNE	= 1
OPOSITION DU MARI/PARTENAIRE	= 2
PEUR DES EFFETS SECONDAIRES	= 3
HANTISE DE LA STERILITE	= 4
CONTRACEPTIFS NON ACCESSIBLES/CHERS	= 5
IGNORANCE	= 6
AUTRES (Préciser).....	= 7
PAS APPLICABLE	= 8
NON PRECISE/MANQUE INFORMATION	= 9

Q19C : TYPE DE CONTRACEPTION

CONTRACEPTIFS ORAUX	= 01
INJECTABLES	= 02
D I U	= 03
CONDOM	= 04
DIAPHRAGME	= 05
SPERMICIDE	= 06
ABSTINENCE PERIODIQUE/OGINO	= 07
COIT INTERROMPU/RETRAIT	= 08
ALLAITEMENT	= 09
MEDECINE TRADITIONNELLE	= 10
AUTRES	= 11
PAS APPLICABLE	= 88
NON PRECISE/MANQUE INFORMATION	= 99

Q26 : EXISTENCE D'UNE HEMORRAGIE GENITALE

NON	= 1
PEU ABONDANT OU SIMILAIRE A DES REGLES	= 2
PLUS QUE LES REGLES	= 3
NON PRECISE/MANQUE INFORMATION	= 9

Q31 : SIGNE CLINIQUE DE DÉFAILLANCE FONCTIONNELLE
OU ORGANIQUE A L'ADMISSION

AUCUN	= 01
COMA	= 02
ANEMIE	= 03
DEFAUT DE COAGULATION	= 04
HEMOGLOBINURIE	= 05
INSUFFISANCE RENALE	= 06
INSUFFISANCE CARDIAQUE	= 07
CHOC HYPOVOLEMIQUE	= 08
AUTRES (Préciser)	= 09
NON PRECISE/MANQUE INFORMATION	= 99

Q32A: INTERVENTION CHIRURGICALE

AUCUNE	= 01
CURETAGE/CURAGE	= 02
COLPOTOMIE	= 03
SUTURE VAGINALE	= 04
LAPAROTOMIE EXPLORATRICE	= 05
LAPAROTOMIE EXPLORATRICE + SUTURE UTERINE	= 06
LAPAROTOMIE EXPLORATRICE + HYSTERECTOMIE	= 07
LAPAROTOMIE EXPLORATRICE + GESTE COMPLEMENTAIRE	= 08
HYSTERECTOMIE PARTIELLE	= 09
HYSTERECTOMIE TOTALE	= 10
CURETAGE + LIGATURE DES TROMPES	= 11
CURETAGE + HYSTERECTOMIE	= 12
CURETAGE + POSE DE DIU	= 13
CURETAGE + AUTRE CONTRACEPTION	= 14
AUTRES (Préciser)	= 15
NON PRECISE/MANQUE INFORMATION	= 99
PAS APPLICABLE	= 88

Q36 1A : PRODUIT CHIMIQUE

BOISSON ALCOOLISEE	= 01
POTASSE	= 02
BICARBONATE	= 03
PERMAGANATE	= 04
AUTRES	= 05
PAS APPLICABLE	= 88
NON PRECISE/MANQUE INFORMATION	= 99

Q36 3A: Q36 4A PRODUITS PHARMACEUTIQUE

OESTROPROGESTATIFS	= 01
PROGESTATIFS	= 02
OESTROGENES	= 03
ANTIPALUDEENS	= 04
ANTIPYRETIQUES	= 05
PRODUIT ALCOOLIQUE	= 06
PERMAGANATE DE POTASSIUM	= 07
BICARBONATE DE SOUDE	= 08
AUTRES	= 09
PAS APPLICABLE	= 88
NON PRECISE/MANQUE INFORMATION	= 99

Q36 5A: Q36 6A PRODUITS TRADITIONNELS

SODABI	= 01
CITRON	= 02
KPATINDEHOUN/TIGE	= 03
TISANE	= 04
POUDRE TRADITIONNELLE	= 05
POTASSE	= 06
AUTRES	= 07
PAS APPLICABLE	= 88
NON PRECISE/MANQUE INFORMATION	= 99

Q37 : PROFESSION AGENT AYANT PROCURE L'AVORTEMENT

MEDECIN	= 1
SAGE-FEMME	= 2
INFIRMIER/AIDE SOIGNANT	= 3
GUERISSEUR TRADITIONNEL	= 4
PHARMACIEN	= 5
SOI-MEME	= 6
AUTRE (PRECISER)	= 7
PAS APPLICABLE	= 8
NON PRECISE/MANQUE INFORMATION	= 9

Q40 : RAISON OU MOTIVATION DE L'AVORTEMENT

NE VEUT PAS/NE VEUT PLUS D'ENFANT	= 01
MARI/PARTENAIRE NE VEUT PAS OU NE VEUT PLUS D'ENFANT	= 02
MOYEN INSUFFISANT POUR LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS OU D'UN AUTRE ENFANT	= 03
EST ENCEINTE MALGRE LA PRISE DE CONTRACEPTIFS	= 04
RAISON DE SANTE	= 05
ENFANT TROP PETIT (ESPACEMENT NAISSANCE)	= 06
CRAINTE DES PARENTS	= 07
CRAINTE DE LA CRITIQUE DE L'ENTOURAGE	= 08
MAUVAISE INCIDENCE SUR LES ETUDES	= 09
INCOMPATIBILITE AVEC LA PROFESSION EN COURS OU EN PROJET	= 10
VIOL, INCESTE	= 11
JEUNE AGE	= 12
RAISONS RELIGIEUSES (SPECIFIER)	= 13
AUTEUR DE LA GROSSESSE NON CONNU	= 14
CONFLIT AVEC LE PARTENAIRE	= 15
AUTRE (PRECISER)	= 16
PAS APPLICABLE	= 88
NON PRECISE/MANQUE INFORMATION	= 99

Q41 LIEU DE L'AVORTEMENT

DANS UN HOPITAL	= 1
DANS UN POSTE DE SANTE	= 2
DANS UNE CLINIQUE PRIVEE	= 3
A DOMICILE	= 4
NSP	= 5
AUTRE (PRECISER)	= 6
PAS APPLICABLE	= 8
NON PRECISE/MANQUE INFORMATION	= 9

Q42 DIAGNOSTIC DE SORTIE

MENACE	= 01
AVS	= 02
AVP/CLANDESTIN	= 03
AV THERAPEUTIQUE	= 04
IVG	= 05
ANEMIE DU POST ABORTUM	= 06
PELVI-PERITONITE/PERITONITE	= 07
TENTATIVE AVP	= 08
ENDOMETRITE DU POST ABORTUM	= 09
HEMOPERITOINE/AVP	= 10
ANEMIE DU POST ABORTUM+PELVI-PERITONITE/PERITONITE	= 11
ANEMIE DU POST ABORTUM + ENDOMETRITE	= 12
SEPTICEMIE	= 13
NON PRECISE/MANQUE INFORMATION	= 99

Q43 COLLABORATION

TRES BONNE/EXCELLENTE = 1	BONNE = 2
MOYENNE/PASSABLE = 3	MAUVAIS = 4
TRES MAUVASIS	= 5
NON PRECISE/MANQUE INFORMATION	= 9

TABLE DES MATIERES

	PAGES
INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	3
CHAPITRE 1 GÉNÉRALITÉS	4
DÉFINITION ET RAPPEL SUR LES AVORTEMENTS	5
HISTORIQUE	11
LA SITUATION EN RÉPUBLIQUE DU BÉNIN	14
CHAPITRE 2 CADRE ET MÉTHODE D'ÉTUDE	18
CADRE D'ÉTUDE	19
PRÉSENTATION DE LA RÉPUBLIQUE DU BÉNIN	19
LA VILLE DE COTONOU	19
CADRE D'ÉTUDE PROPREMENT DIT	20
LA CUGO	21
LA MATERNITÉ LAGUNE	23
LE CENTRE MÉDICAL SAINT LUC	26
MÉTHODE D'ÉTUDE	29
NATURE ET DURÉE DE L'ÉTUDE	29
POPULATION D'ÉTUDE	29
TAILLE DE L'ÉCHANTILLON	30
COLLECTE DES DONNÉES	31
INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNÉES	31
PRÉTEST	32
DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE	32
LES DIFFICULTÉS	33
LES IMPLICATIONS ÉTHIQUES	33
LE TRAITEMENT DES DONNÉES	34
CHAPITRE 3 RÉSULTATS	36
DIFFÉRENTS TYPES D'AVORTEMENTS	37
NOMBRE DE CAS PAR MATERNITÉ D'ADMISSION	38
NOMBRE DE CAS PAR MOIS	39
FRÉQUENCE DES AVORTEMENTS PROVOQUÉS	40
CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES QUI SE FONT AVORTER	41
PRATIQUE CONTRACEPTIVE	47
LES ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX	50
GESTITÉ	50
PARITÉ	51
NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS	51
NOMBRE D'AVORTEMENTS PROVOQUÉS RETROUVÉS DANS LES ANTÉCÉDENTS DES PATIENTS	52
L'ÂGE GESTATIONNEL	53
MOTIFS D'ADMISSION	55
LES RAISONS QUI ONT AMENÉ LES FEMMES À SE FAIRE AVORTER	56

STATUT DE L'AVORTEUR ET LIEU D'INDUCTION	
DE L'AVORTEMENT	58
LES MOYENS UTILISÉS	59
RÉSULTAT DE LA MANOEUVRE	60
LES COMPLICATIONS DE LA MANOEUVRE ABORTIVE	61
LA LÉTHALITÉ	65
LES OBSERVATIONS	65
CHAPITRE 4 COMMENTAIRES DISCUSSIONS ET REVUE	
DE LA LITTÉRATURE	71
AVORTEMENT PROVOQUÉ À COTONOU, AMPLEUR DU PROBLÈME	73
PROFIL DES FEMMES QUI SE FONT AVORTER	75
L'ÂGE DES PATIENTES	75
SITUATION MATRIMONIALE	75
L'ETHNIE DES PATIENTES	76
LA RELIGION DES PATIENTES	77
PROFESSION ET NIVEAU D'INSTRUCTION	77
ORIGINES DES PATIENTS	78
A PROPOS DE LA CONTRACEPTION	79
EXISTENCE D'AVORTEMENTS PROVOQUÉS DANS LES ANTÉCÉDENTS	81
AGE GESTATIONNEL	81
DES RAISONS QUI AMENENT LES FEMMES A RECOURIR	
A L'AVORTEMENT CLANDESTIN	82
AVORTEUR ET LIEU D'INDUCTION DE L'AVORTEMENT	84
LES MOYENS UTILISÉS	85
LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES	85
CURETAGE ET ASPIRATION	86
LES PRODUITS DE LA PHARMACOPÉE TRADITIONNELLE	87
EMPLOI DE TIGES	87
COMPLICATIONS DES AVORTEMENTS PROVOQUÉS	87
LES HÉMORRAGIES GÉNITALES	88
LES COMPLICATIONS TRAUMATIQUES	89
LES COMPLICATIONS INFECTIEUSES	89
DECES PAR AVORTEMENTS PROVOQUES	90
CHAPITRE 5 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	91
CONCLUSIONS	92
RECOMMANDATIONS	95
BIBLIOGRAPHIE	97
ANNEXES	115

S E R M E N T

Devant le peuple béninois,

En présence des maîtres de cette faculté et de mes condisciples,

Je promets et je jure d'être fidèle dans l'exercice de la profession,

- Aux intérêt du peuple béninois*
- Aux principes fondamentaux de la médecine universelle*
- Aux lois de l'honneur et de la probité.*

Je rendrai aux générations futures l'instruction que j'ai reçue de mes maîtres en m'acquittant dignement et honnêtement de mes fonctions dans le but de :

- promouvoir, améliorer et renforcer l'état de santé du peuple,*
- aider la communauté à prendre en charge elle-même sa santé*
- Contribuer aux progrès de la pratique médicale et de la science.*

Que le peuple m'accorde son estime si je reste fidèle à mes promesses.

Qu'il me méprise et me rejette si j'y manque.

VU LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE NATIONALE DU BENIN

RESUME

A l'issue d'une étude prospective portant sur les cas d'avortements provoqués enregistrés du 19 juillet 1993 au 19 juillet 1994 à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique, à la Maternité Lagune et au Centre Médical Saint Luc, il apparaît que les avortements provoqués à Cotonou, constituent un problème majeur de santé publique de par :

1 – leur fréquence élevée ;

- 39,61 % par rapport à l'ensemble des avortements.*
- 5 cas d'avortements provoqués pour 100 accouchements.*

2 – La grande fréquence et la gravité des complications qui en découlent :

- hémorragies génitales 81,39 % ;*
- complications traumatiques 18,08 % ;*
- complications infectieuses 15,50 % ;*

3 – Le taux de léthalité 28,42 %.

Les victimes sont les jeunes filles et les filles âgées de 15 à 24 ans, célibataires mais aussi les mariées. Elles sont issues pour la plupart, de milieu socio-professionnel défavorisé.

Il est donc nécessaire d'élaborer un programme d'éducation sanitaire et une couverture en planification familiale suffisante pouvant permettre de réduire l'incidence des avortements provoqués dans notre pays.