

*Article original***Avortements provoqués clandestins : une recrudescence inquiétante, des moyens plus sophistiqués ?**

Clandestine induced abortions: a worrying resurgence, a more sophisticated approach?

M Wade<sup>\*1,2</sup>, M Gueye<sup>1,2</sup>, A Mbodji<sup>1,2</sup>, MD Ndiaye<sup>1,2</sup>, JCKA Hounkponou<sup>1,2</sup>,  
M Sene<sup>1,2</sup>, P Sow<sup>1,2</sup>, M Mbaye<sup>1,2</sup>

**Résumé**

**Objectifs :** L'objectif de ce travail était d'étudier l'épidémiologie des avortements provoqués clandestins dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre de Santé de Philippe Maguilen Senghor de Dakar entre le 1er janvier 2010 et le 31 décembre 2019.

**Méthodologie :** Nous avons initié une étude transversale ayant évalué toutes les patientes admises au centre de santé Philippe Maguilen Senghor pour la prise en charge d'un avortement provoqué clandestin. Les données de cette étude couvrent une durée de 120 mois, allant du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2019. Étaient incluses dans l'étude toutes les patientes admises pour la prise en charge d'un avortement provoqué clandestin. Les données étaient saisies dans notre base de données informatique e-Perinatal et secondairement extraites et analysées d'abord sur Microsoft Excel 2016 puis à l'aide du logiciel Statistical Package for Social Science (SPSS 24, version Mac).

**Résultats :** Durant cette période, l'établissement a

enregistré 2 632 avortements dont 2 447 (93,0%) avortements spontanés et 54 (2,1%) avortements provoqués clandestins (APC). L'âge moyen des patientes était de 23 ans avec des extrêmes de 15 et 37 ans. Le plus souvent, les APC étaient réalisés au cours du premier trimestre (81,5%), par en grande majorité des femmes célibataires (64,8%). Elles étaient admises provenant de leur domicile dans 63% des cas et référées d'une autre structure dans 37% des cas. Nous avons enregistré parmi les moyens utilisés pour provoquer l'avortement 40,7% d'usage du Misoprostol, 16,7% de moyens mécaniques et 9,3% de moyens liés à l'utilisation de substances chimiques et d'autres produits pharmacologiques. Les complications étaient dominées par les hémorragies recensées plus de 9 fois sur 10, suivies des perforations utérines (4%) et des infections du post-abortum (2%). Nous n'avons enregistré aucun décès.

**Conclusion :** Nos résultats confirment certains facteurs déjà établis quant à l'impact des produits pharmacologiques modernes et l'usage de l'aspiration intra-utérine dans la prise en charge des patientes ayant

eu recours à l'APC. Des stratégies d'information et de la communication sur la contraception à l'endroit des patientes doivent être intensifiées.

Mots-clés : avortements provoqués clandestins, recrudescence, misoprostol, contraception.

### **Abstract**

**Objectives:** The objective of this work was to study the epidemiology of clandestine induced abortions in the Gynecology and Obstetrics Department of the Philippe Maguilen Senghor Health Center in Dakar between January 1, 2010 and December 31, 2019.

**Methodology:** We initiated a cross-sectional study to evaluate all patients admitted to Philippe Maguilen Senghor Health Center for management of a clandestine induced abortion. The data from this study covered a period of 120 months, from January 1, 2010, to December 31, 2019. All patients admitted for the management of an induced abortion were included in the study. Data were entered into our computerized e-Perinatal database and secondarily extracted and analyzed first on Microsoft Excel 2016 and then using Statistical Package for Social Science (SPSS 24, Mac version).

**Results:** During this period, we recorded 2,632 abortions, of which 2,447 (93.0%) were spontaneous abortions and 54 (2.1%) were clandestine induced abortions (CIAs). The average age of the patients was 23 years with extremes of 15 and 37 years. Most induced abortions were performed during the first trimester (81.5%), and the vast majority were performed by unmarried women (64.8%). They were admitted from home in 63% of cases and referred from another facility in 37% of cases. Among the means used to induce abortion we recorded 40.7% use of Misoprostol, 16.7% of mechanical means and 9.3% of means related to the use of chemical substances and other pharmacological products. Complications were dominated by hemorrhage, which occurred more than 9 times out of 10, followed by uterine perforation (4%) and post-abortion infection (2%). No deaths were recorded.

**Conclusion:** Our results confirm some factors

already established regarding the impact of modern pharmacological products and the use of intrauterine vacuum aspiration in the management of patients who have undergone PCA. Information and communication strategies on contraception for patients must be intensified.

**Keywords:** clandestine induced abortions, resurgence, misoprostol, contraception.

---

### **Introduction**

L'avortement provoqué est la plus ancienne méthode de contrôle de la fécondité, probablement encore la plus utilisée. Cependant, les avortements provoqués clandestins (APC) ou avortements à risque, devenus rares dans les pays développés, sont encore fréquemment pratiqués en Afrique. Ils sont source de morbidité et de mortalité maternelles [1].

Selon un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 910 000 conceptions ont lieu chaque jour dont 50% non planifiées et 25% non voulues; 53 000 000 grossesses sont interrompues chaque année; 1/3 de ces avortements sont pratiqués dans de mauvaises conditions, dans un climat hostile avec 50 à 100 000 décès par an [2].

Par ailleurs, la plupart des informations recueillies proviennent d'études menées en milieu hospitalier. Les admissions pour complications d'avortement ne représentent que la partie visible de l'iceberg car, dans de nombreux pays africains, une forte proportion de la population ne fréquente pas les services de santé [3].

En plus de la mort subite, ces avortements entraînent aussi d'autres complications immédiates ou tardives telles que des hémorragies, des infections, des troubles névrotiques et une stérilité [3]. Cette dernière complication entraîne des conséquences sociales réelles, compte tenu de l'importance de la fonction reproductive chez la femme en Afrique. Les avortements à risque posent donc un problème majeur de santé publique doublé d'un drame humain et social dans notre pays.

Au Sénégal, malgré la législation fortement restrictive, 51 500 avortements ont été provoqués en 2012, soit un taux de 17 avortements pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans. La plupart des avortements étaient pratiqués clandestinement et dans un environnement non médicalisé [4,5]. Le taux d'avortement est plus élevé à Dakar, la capitale, que dans le reste du pays (21 par rapport à 16 pour 1 000) [4,5].

Les moyens utilisés à visée abortive sont variés et dominés jusqu'à récemment par les moyens mécaniques. Au cours de notre pratique quotidienne, nous avons constaté une recrudescence de ce fléau dans les admissions obstétricales et l'avènement d'une nouvelle méthode abortive : l'utilisation du misoprostol.

Ce travail a pour objectifs d'évaluer la fréquence des avortements provoqués dans notre structure, de décrire le profil des femmes ayant recours à l'avortement provoqué clandestin, de décrire les moyens abortifs utilisés et le pronostic de ces femmes.

## Méthodologie

### • *Cadre et type d'étude*

Il s'agissait d'une étude transversale, ayant évalué toutes les patientes admises au centre de santé Philippe Maguilen Senghor (CSPMS) pour la prise en charge d'un avortement provoqué clandestin. Cette étude s'étale sur une durée de 120 mois, allant du 1er Janvier 2010 au 31 Décembre 2019. Le centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR est une structure de niveau 2 où des activités chirurgicales y sont régulièrement effectuées. Des soins obstétricaux, néonataux et gynécologiques d'urgence sont assurés 24 heures sur 24 par des équipes de médecins en cours de spécialisation, de sages-femmes et infirmiers. Les gardes se font sous la supervision d'un sénior spécialiste en Gynécologie-Obstétrique. Des consultations de gynécologie, de suivi pré et post-nataux, de planification familiale et d'échographie sont assurées au quotidien. La chirurgie programmée est réalisée tous les jours et les différentes voies d'abord sont utilisées (abdominale, vaginale et endoscopique).

En 2019 la structure a réalisé 5137 accouchements dont 1500 césariennes.

Étaient incluses dans l'étude toutes les patientes admises au CSPMS pour la prise en charge des suites d'un avortement provoqué clandestin.

Les paramètres étudiés étaient les suivants : la fréquence des avortements, les caractéristiques socio-démographiques et les antécédents (âge, gestité, parité, situation matrimoniale), le mode d'admission, les moyens utilisés pour avorter, les complications liées aux avortements provoqués clandestins (hémorragiques, infectieuses, obstétricales...), la prise en charge et le mode de sortie des patientes.

### • *Collecte et analyse des données*

Les données étaient saisies dans notre base de données informatique *e-Perinatal*. Elles y étaient ensuite extraites et analysées d'abord sur Microsoft Excel 2016 puis à l'aide du logiciel *Statistical Package for Social Science* (SPSS 24, version Mac).

Les variables quantitatives continues sont décrites par leurs paramètres de position et de dispersion (moyenne, médiane, mode, écart-type) alors que les variables catégorielles sont exprimées en pourcentage par rapport à leurs totaux.

### • *Définitions opérationnelles*

- Gestité : nombre total de grossesses (antérieures et actuelle).
- Parité : nombre total d'accouchements viables (à partir de 22 SA).
- Éléments définissant un avortement provoqué :
  - lorsque la patiente et/ou son entourage font l'aveu du recours à cette pratique,
  - en présence de signes cliniques évocateurs dans un contexte de grossesse non désirée ou non programmée.
- Éléments définissant une complication d'avortement provoqué :
- l'hémorragie, les perforations, les infections (septicémie, pelvipéritonite, péritonite, endométrite...), les lésions traumatiques du col et du vagin etc.

- Avortement provoqué certain : lorsque la patiente 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 d'une part des signes cliniques évocateurs (infection localisée, péritonite, traces de manœuvres abortives) et d'autre part affirme que la grossesse n'était pas programmée (avec ou sans contraception) ;
- Avortement provoqué possible : quand il n'y a ni aveu ni signes cliniques évocateurs, mais qu'il existe un contexte particulier de grossesse non désirée ou non programmée.

## Résultats

Entre 2010 et 2019, l'établissement a enregistré 2 632 avortements dont 2 447 (93,0%) avortements spontanés, 119 (4,9%) avortements molaire, 54 (2,1%) avortements provoqués clandestins et 12 (0,5%) avortements thérapeutiques. La majorité des patientes admises (63% ; n = 34) provenaient de leur domicile et 37% étaient transférées d'une autre structure. L'année 2017 est celle qui a enregistré le plus d'avortements, soit 579 au total dont 26 cas d'APC, ce qui représente 48,1% de tous les APC recensés sur ces 10 années. La figure 1 montre l'évolution annuelle des différents types d'avortements enregistrés sur une période de 10 ans allant de Janvier 2010 à Décembre 2019.

Les caractéristiques de position et de dispersion sont résumées au tableau I.

La tranche d'âge la plus représentée était celle des 20-24 ans (51,9% ; n = 28) comme le montre la figure 2. Les primigestes représentaient 59,30% des patientes (n = 32) et Les nullipares représentaient 70,40% des patientes (n = 38).

La majorité des patientes (64,8% ; n = 35) étaient célibataires alors que 13% d'entre-elles étaient des femmes mariées comme le montre la figure 3.

Concernant les données sur l'avortement, La quasi-totalité des avortements (85,5% ; n = 44) étaient survenus au premier trimestre. Parmi les moyens

utilisés pour provoquer l'avortement, nous avons enregistré 40,7% d'avortements liés à l'utilisation du Misoprostol et 16,7% liés à l'utilisation de moyens mécaniques. Par ailleurs, diverses autres substances étaient également utilisées pour attenter à la grossesse. La figure 5 montre la répartition des patientes selon la méthode utilisée pour avorter. L'utilisation du Misoprostol était le moyen le plus couramment utilisé au cours de la période d'étude. En 2017, 13 patientes sur 26 avaient eu recours à ce dernier comme le montre la figure 6.

L'avortement hémorragique constituait la complication majeure enregistrée soit 90% des patientes, suivies de la perforation utérine (4%) et de l'infection du post-abortum (2%).

Les moyens thérapeutiques utilisés au cours de la prise en charge des patientes admises pour APC étaient dominés par l'aspiration manuelle intra-utérine (37,0% ; n = 20) et l'aspiration électrique intra-utérine (24,1% ; n = 13). Chez 22,2% des patientes, l'avortement s'était soldé par l'expulsion complète du produit de conception. Une laparotomie avec hystérogographie n'a été nécessaire que pour une patiente (1,9%). Par ailleurs, diverses autres techniques étaient également utilisées au cours de la prise en charge ces patientes. La figure 6 met en évidence la répartition des patientes ayant eu recours à un avortement à risque, selon leur prise en charge au sein de notre structure. Aucun transfert vers une autre structure n'avait été nécessaire. Nous n'avons enregistré aucun décès, 100% des patientes admises avaient pu retourner à leur domicile après prise en charge.

Tableau I : Paramètres de position et de dispersion de certaines variables

	Moyenne	Extrêmes	Écart-type
Age	23 ans	15-37	4,2343
Gestité	0,8	0-7	1,379
Parité	0,54	0-5	1,059

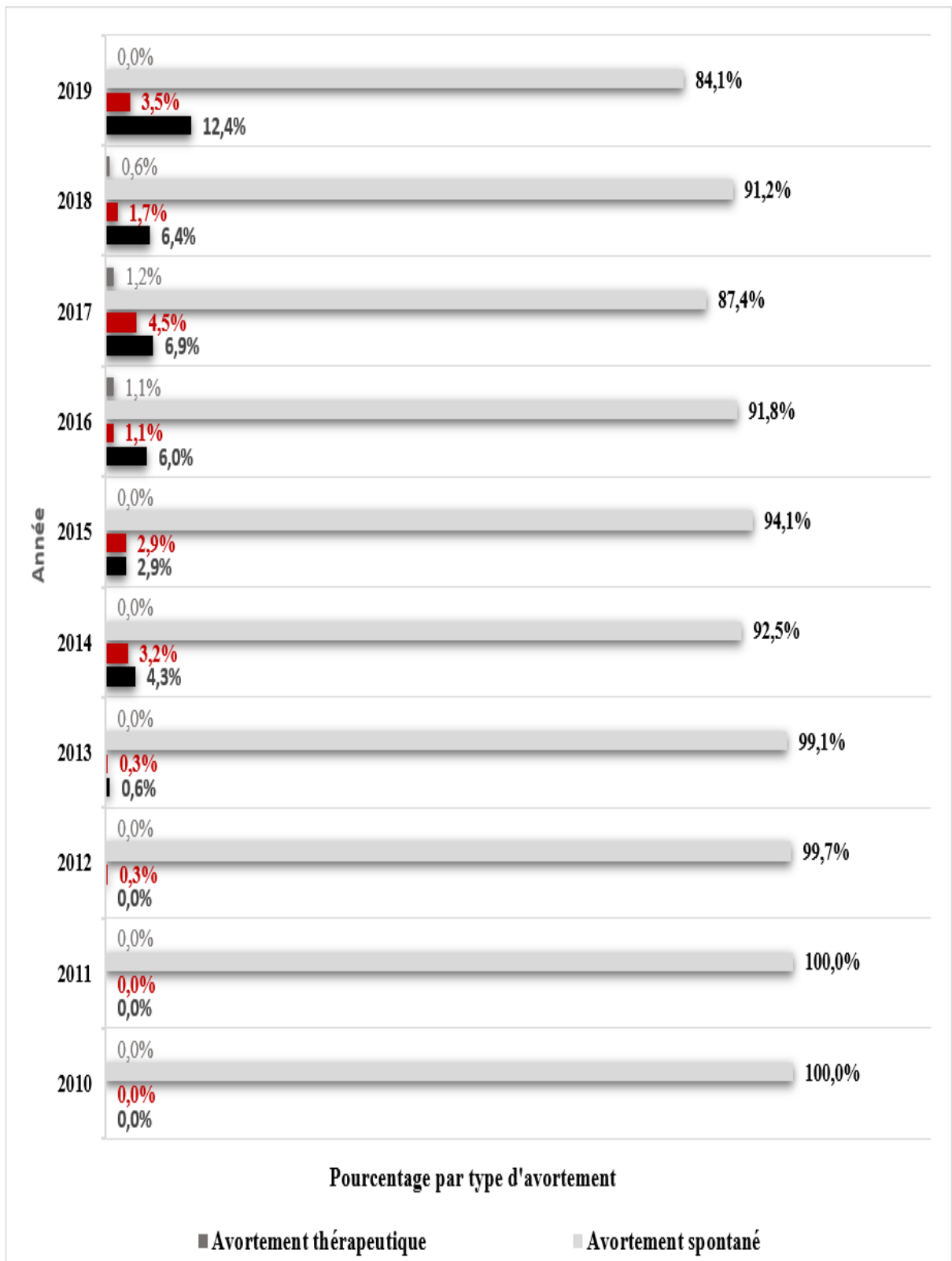


Figure 1 : Evolution annuelle des différents types d'avortement de 2010 à 2019 au Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor

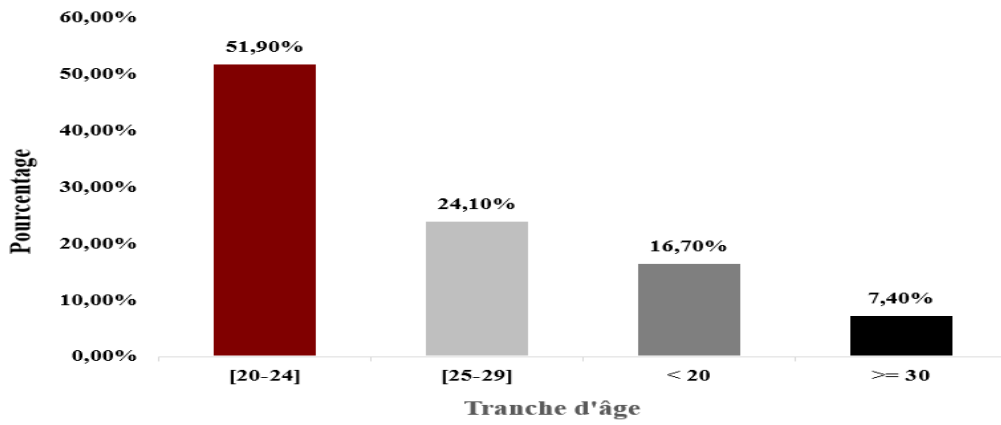


Figure 2 : Répartition des patientes selon la tranche d'âge

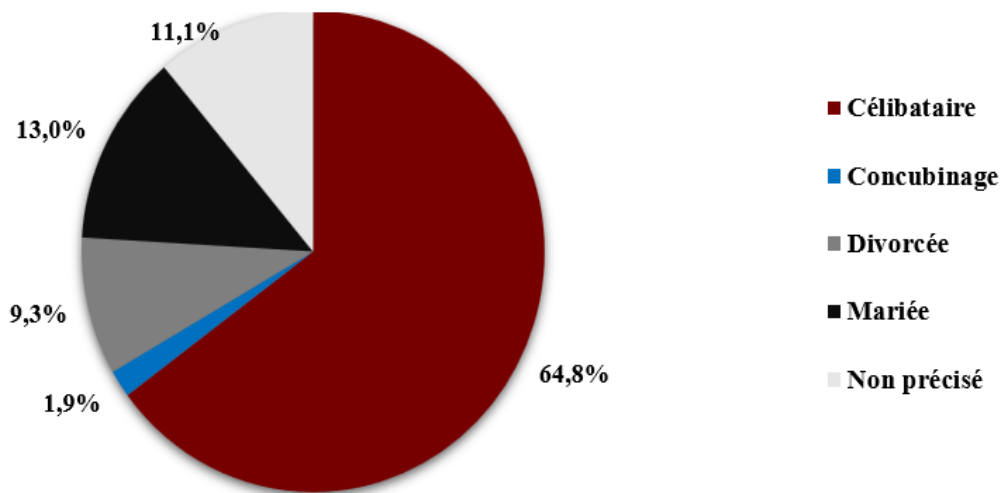


Figure 3 : Répartition des patientes selon la situation matrimoniale

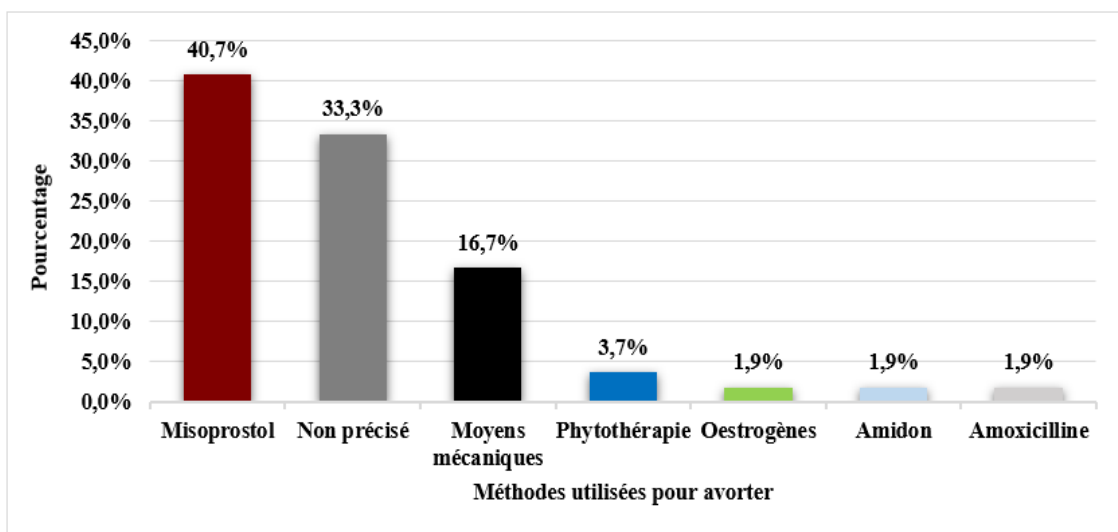


Figure 4 : Répartition des patientes selon la méthode d'avortement utilisée

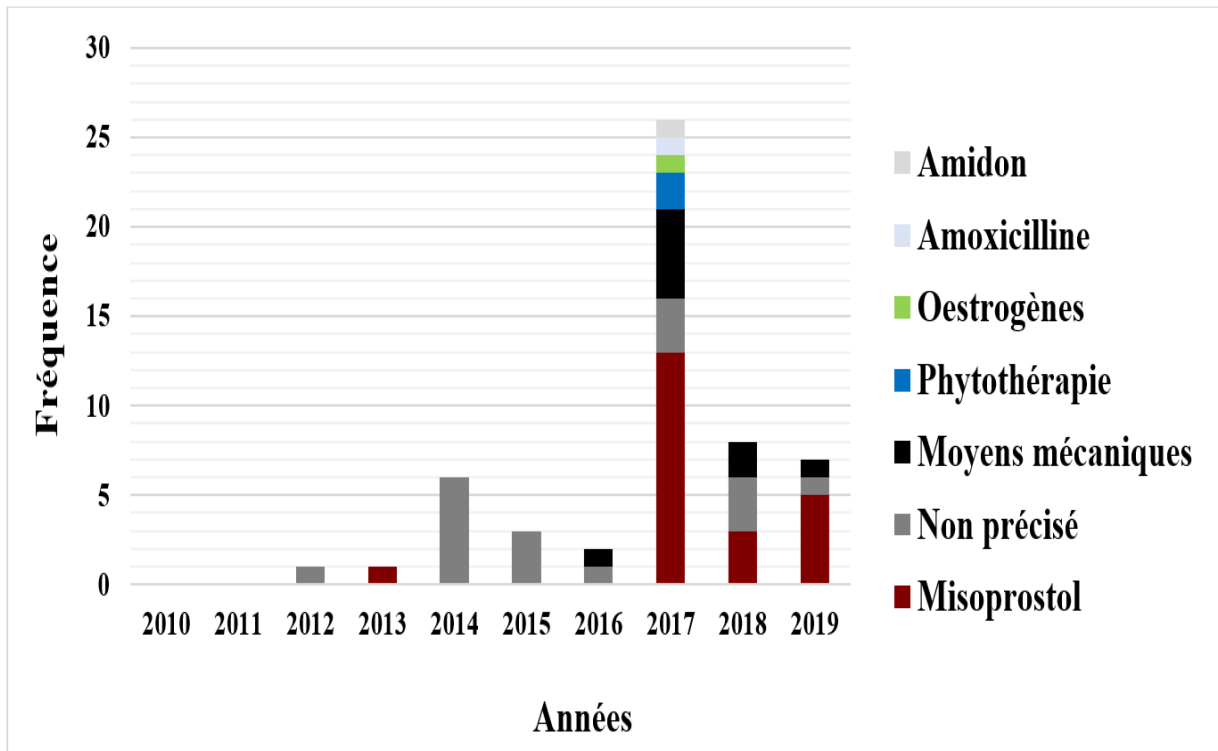


Figure 5 : Répartition annuelle des patientes selon la méthode d'avortement utilisée

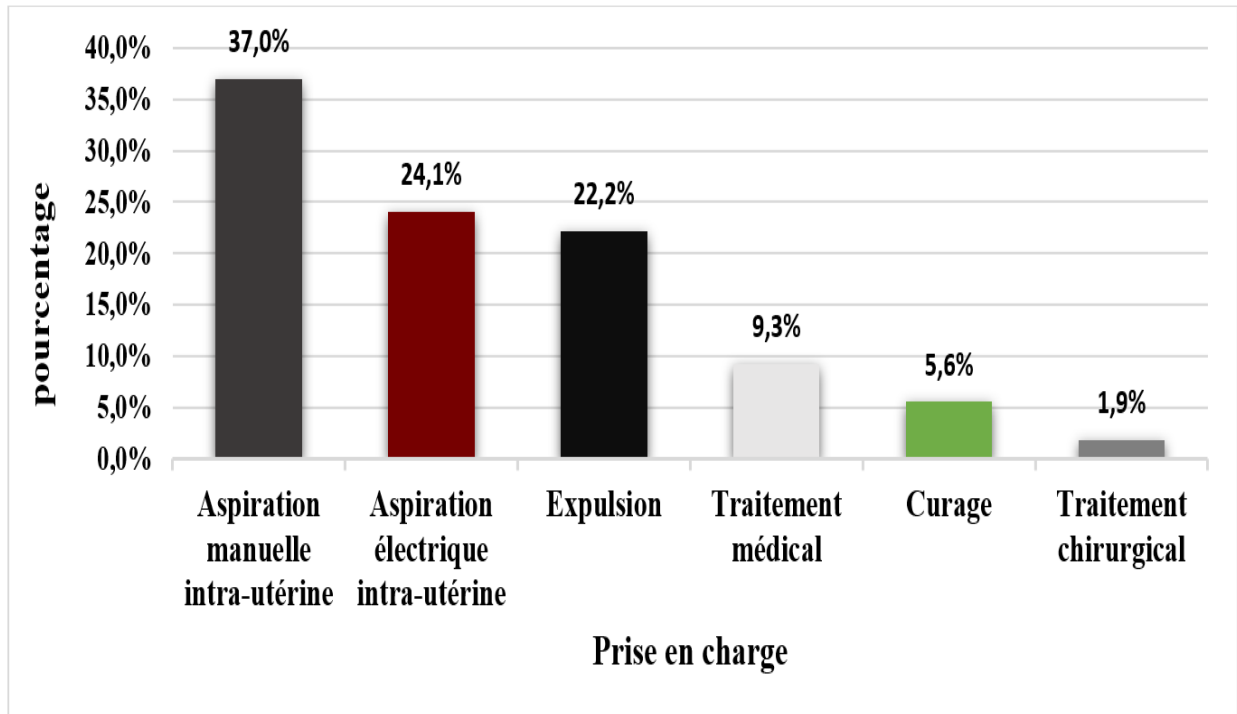


Figure 6 : Répartition des patientes selon la prise en charge

## Discussion

### • Fréquence

Du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2019, nous avons recensé 54 avortements provoqués clandestins sur 2632 avortements au total. La fréquence de 2,1% d'APC retrouvée dans notre étude est proche de celle rapportée en Guadeloupe et au Maroc [6] où on retrouvait respectivement 2,4% et 3,74%. Cependant, certains auteurs travaillant dans des conditions sensiblement similaires aux nôtres et exerçant dans le même contexte socio-culturel, rapportent des fréquences plus élevées. C'est le cas de Maïga [7] et Traoré au Mali, qui retrouvent des fréquences nettement supérieures avec respectivement 36,9% et 19,47%.

Nous lions les différences de fréquence principalement aux modes d'admission. En effet, la majeure partie des patientes admises au sein de notre structure provenaient de leurs domiciles (63%) contrairement à celles de l'étude de Maïga où 92,1% des patientes étaient transférées d'autres structures avec un diagnostic déjà établi. Il faut noter qu'en l'absence de complications, les patientes sont rarement disposées à faire des aveux. Les admissions pour complications d'avortement ne représentent que la partie visible de l'iceberg du fait qu'une forte proportion de la population ne fréquente pas les services de santé.

Par ailleurs, on note des pourcentages relativement faibles d'APC allant de 0% (2010) à 3,7% (2016) avec un pic de 11,9% en 2014. Cela montre la difficulté à faire ressortir la prévalence réelle des APC au Sénégal. Ce fait pourrait être dû à plusieurs facteurs. D'une part, les études portent en général sur des données hospitalières alors qu'il existe beaucoup d'avortements à risque avec des complications non recensées par les services de santé publiques ou privés. D'autre part, le caractère illégal de la pratique abortive entraîne une sous-estimation de l'ampleur des APC dont une proportion non négligeable n'est recensée nulle part à cause des craintes de sanctions pénales [8,9].

- Caractéristiques socio-démographiques et antécédents

### Âge

La tranche d'âge la plus exposée était celle de 20-24 ans. Elle est similaire à celle retrouvée par Ouattara [10] parmi 124 cas d'APC enregistrés. Ce constat avait également été fait par Mayi-Tsonga [11] et Hounkponou [12], tous des auteurs africains. Cependant, les APC concernent toutes les tranches d'âge entre 14 et 39 ans, soit les femmes les plus actives sexuellement [11]. C'est ainsi que certains auteurs [6,13,14,15] ont décrit des proportions plus élevées d'APC parmi les adolescentes comme l'indique le tableau II.

Cela pourrait s'expliquer d'une part du fait de la précocité sexuelle et d'autre part d'une absence d'autonomie financière, d'éducation sexuelle. Le tableau I montre la répartition des patientes selon l'âge moyen à l'avortement dans quelques études choisies.

Tableau II : Comparaison de l'âge moyen des patientes selon quelques études

Etudes	Lieu d'étude	Âge moyen (ans)
Tall	Mali	16,5
Traoré	Mali	18,5
Zennouhi	Maroc	17
Mayi-Tsonga	Gabon	22,4
Ouattara	Burkina-Faso	22,5
Hounkponou	Bénin	24
Notre étude	Sénégal	23

### Situation matrimoniale

De nombreuses études ont prouvé que les célibataires sont les plus exposées [7,16,17] comme dans notre série (64,8%). Le taux de célibataires dans notre étude est néanmoins inférieur à ceux rapportés par des auteurs comme Gandzien [18] et Mwetaminwa et al. [19] au Congo et Nayama et al. [14] au Niger, qui avaient trouvé respectivement 73%, 85,7% et 78,15% de patientes célibataires. Le célibat pourrait ainsi constituer un facteur de risque d'APC dans nos pays [20], ceci expliqué par : la sexualité précoce et



le recul de l'âge du mariage, la honte ou la crainte d'avoir un enfant hors mariage et le souci majeur de palier les perturbations scolaires.

A contrario, dans les pays arabes, selon Aldbeeb et Sami [21], les APC sont surtout le fait des femmes mariées, contrairement à notre étude où seules 13% des femmes étaient mariées. Notre taux est proche de celui de Samaké [16] (9,2 %). Les raisons les plus souvent retrouvées étaient : les grossesses rapprochées, l'infidélité conjugale, le manque de soutien financier par le mari, l'âge avancé de la patiente...[7].

En résumé, bien que les femmes célibataires soient les plus exposées aux APC, aucun statut matrimonial n'est en réalité épargné.

*Gestité*

Le profil obstétrical des femmes concernant la gestité au moment de l'avortement a permis de constater que les primigestes (59,3%) étaient les plus exposées aux APC. Ce résultat semble s'accorder à ceux rapportés par Maïga [7], Konipo [22] et Tall [15] comme le montre le tableau III. La prédominance des primigestes pourrait être justifiée par la survenue d'une grossesse non désirée et le stress lié à une première grossesse dans un contexte social non formel.

Cependant, Manouana [23] et Samake [16] ont trouvé des résultats différents des nôtres, avec une nette prédominance des multigestes, pouvant être rattachés aux grossesses rapprochées et au manque de moyens financiers.

Tableau III : Répartition des patientes selon la gestité dans quelques études

Etudes	Primigeste	Multigeste
Manouana	3,8%	96,2%
Samake	34,26%	65,74%
Traoré	48%	52%
Maïga	53,5%	46,5%
Konipo	54,5%	45,5%
Tall	63,2%	36,8%
Notre étude	59,3%	40,7%

*Parité*

Le taux d'APC semble être inversement proportionnel à la parité comme le montre le tableau IV. Notre enquête révèle qu'il est plus fréquent chez les nullipares soit 70,40%. Ce résultat semble s'accorder à ceux décrits au travers de la littérature au Mali [7,13,16,17] et au Maroc [6], même si la proportion de nullipares rapportée chez nous est inférieure à celle retrouvée au Maroc. La crainte de l'entourage, des jugements moraux et les mauvaises conditions socio-économiques pourraient expliquer ce phénomène.

Tableau IV : Répartition des patientes selon la parité dans quelques études

Etudes	Nullipares	Multipares
Traoré (2004)	51%	49%
Maïga (2009)	60,4%	39,6%
Samake (1998)	66,2%	33,8%
Zennouhi (2017)	74,9%	25,1%
Notre étude	70,40%	29,60%

*Âge gestationnel au moment de l'avortement*

Il est décrit dans la littérature que la majeure partie des APC ont lieu au cours du premier trimestre, plus globalement avant la 14ème SA [6,7,23]. Ceci conforte nos résultats et s'explique par le fait que le retard des règles amène précocement à consulter pour une confirmation de diagnostic de grossesse surtout si cette dernière n'est pas désirée et à pratiquer l'interruption avant que cela ne soit connu de l'entourage. De ce fait, elles laissent rarement leur grossesse excéder les trois premiers mois sauf faute d'autonomie décisionnelle ou financière. Dans ces situations, elles sont parfois contraintes à recourir à des méthodes d'avortement « bon marché » qui présentent des risques pour leur santé (avortements auto-pratiqués, méthodes à base de plantes, insertion d'objets dans l'utérus, médicaments en surdosage...) [24,25].

### *Impact de la contraception sur les avortements à risque*

L'APC est parfois la seule « option contraceptive » pour les femmes en manque d'information ou d'accès aux programmes de planification familiale. En effet, les adolescentes et les femmes célibataires ou sans enfants ne sont pas toujours informées de l'existence de ces programmes ou ignorent qu'elles pourraient y avoir droit, leur sexualité n'étant pas socialement admise [25]. Des études sur les APC réalisées au Mali [7,26], révèlent que plus de la moitié des patientes n'avaient utilisé aucune méthode contraceptive. Parmi celles qui étaient connues des patientes, on retrouvait par ordre décroissant : la pilule, l'abstinence, le préservatif et les contraceptifs injectables. Les spermicides, les dispositifs intra-utérins et la contraception chirurgicale volontaire étaient moins connus des patientes [26].

Selon un rapport de l'OMS [27], le recours à la contraception moderne a entraîné une diminution de l'incidence et de la prévalence de l'avortement provoqué, même dans les pays où l'accès à l'avortement est possible sur demande. Néanmoins, aucune méthode contraceptive n'est efficace à 100 % pour éviter une grossesse [27]. Par ailleurs, la contraception à elle seule ne peut pas entièrement éliminer la nécessité pour les femmes d'avoir accès à des services d'avortement sécurisé. Elle ne joue aucun rôle dans les cas de viols, qui peuvent aboutir à une grossesse non désirée. Un APC, même « à faible risque », dans un contexte limité par la loi, fait courir aux femmes un risque excessif. Dans de telles situations, à cause des limitations juridiques et de la honte liée au fait d'avorter, les femmes peuvent hésiter à demander rapidement des soins médicaux si des complications surviennent après l'avortement [27].

### *Aspect éthique*

Les cours suprêmes de France, de Belgique, d'Angleterre, d'Autriche, des États-Unis et du Canada ont retenu que le droit à la vie ne s'applique pas à l'embryon [28]. La Commission Européenne

des droits de l'homme a précisé que l'expression « toute personne » à l'article 2 de la Convention des droits de l'homme, qui garantit le droit à la vie, ne s'applique pas à l'enfant à naître (décisions du 13 mai 1980 et du 19 mai 1992). Néanmoins, l'absence de droits subjectifs de l'embryon n'exclut pas de lui accorder une protection juridique [28]. Protéger la vie, signifie dans certains cas, protéger les aspirations et les perspectives des femmes. Ainsi, l'interdiction de l'avortement n'est pas un moyen éthique de protection de la vie. Au contraire, il a été démontré que des lois rigoureuses poussent des femmes dans l'illégalité, où elles risquent leur vie et leur santé [28]. De plus, lorsque des mineurs de 10 à 12 ans se retrouvent enceintes suite à des viols, psychologiquement et morphologiquement, il leur est difficile de porter normalement cette grossesse [29]. A ce stade, on ne s'aurait plus parler de grossesse non désirée, mais plutôt de grossesse imposée.

D'un point de vue médical, Guillaume et Rossier rapportaient à travers leur étude que, bien que certains y soient favorables, une partie des personnels médicaux est opposée ou au moins réticente à pratiquer des avortements [30]. Ils jugeraient cet acte contraire à leur éthique médicale ou à leurs préceptes moraux, culturels ou religieux. C'est ce qui les conduit généralement à refuser de pratiquer des avortements légaux, parfois même de prendre en charge des femmes victimes de complications, voire à les dénoncer aux autorités ou encore à se déclarer objecteurs de conscience [30]. Néanmoins, il faut noter que « le droit à l'objection de conscience peut être revendiqué au titre de la liberté de conscience par des praticiens qui jugent l'avortement contraire à leur éthique professionnelle basée sur le respect de la vie. Cependant, même quand ce droit à l'objection de conscience est légalement reconnu, les professionnels de santé ont des obligations, notamment d'orienter les patients vers des personnels non objecteurs, ou de prendre en charge les femmes dont l'état de santé est jugé critique » [31,32].

Le Sénégal a ratifié sans réserve le protocole de Maputo en 2003, qui en son article 14, invite les États

africains à autoriser l'avortement médicalisé en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale ou physique de la mère. Cependant, ce protocole n'est toujours pas appliqué car le code pénal, en son article 305, réprime toujours l'avortement. C'est en ce sens qu'un comité a été mis en place par le Ministère de la Santé du Sénégal pour travailler sur un projet de loi sur la légalisation de l'avortement médicalisé [29].

#### *Procédés abortifs*

Le Misoprostol était le moyen abortif le plus utilisé dans notre étude (40,7%), suivi de l'utilisation de moyens mécaniques (16,7%). Bien que 33,3% des

moyens utilisés n'aient pas été précisés, nous avons néanmoins pu enregistrer 9,3% de méthodes liées à l'utilisation de substances chimiques et d'autres produits pharmacologiques. Ces résultats mettent en évidence une prédominance de l'utilisation des moyens chimiques et pharmacologiques au cours des APC, ce qui semble s'accorder aux résultats rapportés par Mayi-Tsonga au Gabon [11], Traoré au Mali [13] et Hounkponou au Bénin [12]. Ils contredisent cependant ceux de beaucoup d'autres auteurs [7,15,20,26] qui se sont également intéressés aux pratiques à l'origine des APC comme le montre le tableau suivant.

Tableau IV : Comparaison des différents moyens abortifs utilisés selon quelques études

Auteurs	Sondage utérin	Curetage	AMIU	Méthode pharmacologique
Mayi-Tsonga	--	--	--	63,1%
Traoré	25%	21,87%	--	39,84%
Hounkponou	--	26,8%	7,3%	31,7%
Touré	34,2%	44,7%	10,5%	--
Maiga	51,5%	17%	13%	--
Diarra	41,1%	13,7%	5,5%	34,2%
Tall	--	29,4%	26,7%	27,8%
Notre étude	--	--	--	46,4%

Nous avons ainsi pu constater que les moyens utilisés variaient non seulement d'une étude à l'autre, mais également de la technicité de l'opérateur. A l'origine, les APC étaient majoritairement réalisés par du personnel paramédical voir non médical aux qualifications douteuses, ce qui expliquait la prédominance des moyens mécaniques (sondage utérin, tubulure de perfusion, branches d'arbres etc.) qui n'étaient pas sans danger. Au fil des années, avec l'expansion de l'AMIU et des produits pharmacologiques, on constate un renversement de ces tendances. Ceci rejoint les travaux de Doumbia à Abidjan, chez qui les procédés abortifs les plus fréquents étaient l'AMIU et les avortements médicamenteux notamment à l'aide de produits comme le Méthotrexate (administré par injection) et le Misoprostol (en comprimés insérés dans le vagin de la patiente). Mayi-Tsonga et al. dénoncent par ailleurs la vente de ce dernier, qui est insuffisamment encadrée en pharmacie favorisant de ce fait sa libre distribution dans les marchés publics, les lycées et les rues de Libreville [11]. L'utilisation de l'AMIU est tout aussi controversée, car bien qu'étant une technique de référence pour les soins après avortement (SAA), elle est souvent détournée de son but premier en vue d'effectuer des APC.

Sous forme de comprimés de 200 µg, de 100 µg, voire de suppositoires de 25 µg pour usage vaginal, le

misoprostol, analogue synthétique de la prostaglandine E1, est utilisé en Obstétrique pour le déclenchement du travail, la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum, la préparation cervicale pour un geste endo-utérin, l'avortement et l'évacuation de débris utérins en cas d'avortement incomplet ou de grossesse arrêtée [33].

Le misoprostol est stable à température ambiante alors que d'autres produits comme l'ocytocine nécessitent la réfrigération. Il est administré par voie orale ce qui en fait un produit facilement maniable. Le misoprostol est moins coûteux et plus largement disponible que les autres traitements. Avec l'apparition de nouveaux produits et des génériques du misoprostol, on assiste à une baisse de son prix au fur et à mesure que sa disponibilité s'accroît. Pour exemple, au Sénégal, une boîte de Cytotec® coûtait 18 000 FCFA alors qu'une boîte de Misoclear® coûte 1 800 FCFA.

L'accessibilité du misoprostol, la faiblesse des règles régissant la prescription médicale au Sénégal ainsi que le fléau si redouté des médicaments de la rue font que le Misoprostol est facilement accessible à des patientes qui veulent attenter à leur grossesse.

Plus grave, nous retrouvons sur Internet des sites « grand public » qui expliquent l'utilisation du Misoprostol en auto-administration comme c'est le cas ici [34].

« Directives pour les grossesses jusqu'à 12 semaines :

*Étape 1 : Mettez les quatre comprimés de 200 µg (ou équivalent) dans la bouche sous la langue ou dans le creux de la joue. Gardez les comprimés dans la bouche pendant 20-30 minutes pour qu'ils se dissolvent et avalez ensuite les fragments restants.*

*Au cours de ce processus, vous pouvez avoir des saignements un peu plus importants que pendant les règles. C'est normal. Vous devriez garder sous la main un stock de serviettes hygiéniques épaisses.*

*Les saignements et contractions de l'utérus (crampes) peuvent commencer dès 30 minutes après cette première étape. Si les saignements et les contractions ne débutent pas dans les trois heures, voir l'étape 2 (ci-dessous) ... »*

L'accessibilité aux moyens et à l'information d'une part et la répression de l'avortement clandestin au Sénégal d'autre part, expose les patientes qui s'adonnent à cette pratique à des complications qui peuvent leur être fatales.

Les effets secondaires du misoprostol sont essentiellement gastro-intestinaux, à type de nausées, vomissement, diarrhée et douleurs abdominales. Leur survenue est dose dépendante et est moins fréquente après administration vaginale. Une fièvre et des frissons sont également décrits parce que les prostaglandines ajustent la valeur seuil du thermostat hypothalamique à une température supérieure et amènent l'organisme à mettre en jeu les mécanismes de thermogénèse. L'administration au premier trimestre serait associée à des anomalies des paires crâniennes et des membres. Ces anomalies pourraient être en rapport avec la rupture vasculaire embryonnaire secondaire aux contractions utérines induites par le misoprostol. Les données proviennent principalement du Brésil où l'interruption volontaire de grossesse n'est pas autorisée. Dans ces études, le misoprostol a toujours été pris dans un contexte d'avortement clandestin, et un tiers, voire la moitié, des patientes l'avait associé à d'autres produits [35]. Le principal risque que courent les patientes qui utilisent le Misoprostol en auto-administration est la rupture utérine dont un certain nombre de cas ont été rapportés [36].

#### *Complications liées aux avortements provoqués clandestins*

Les hémorragies étaient rapportées plus de 9 fois sur 10 parmi les complications retrouvées dans notre étude, suivies de la perforation utérine (4%) et des infections du post-abortum (2%).

Il a été démontré dans plusieurs études que les complications hémorragiques sont au premier plan notamment en Guadeloupe et au Mali [17,20]. Cependant, selon l'étude réalisée par Gandzien et Ekoundzola au Congo-Brazzaville [18], les complications infectieuses revenaient le plus souvent (34,92%), suivies des hémorragies (30,16%) ainsi

relayées au second plan. Il en est de même au Niger [14], où l'on a dénombré jusqu'à 46,36% de complications infectieuses. Ces dernières qui, jadis étaient plus fréquemment retrouvées, ont vu leur nombre en baisse suite à l'expansion des moyens pharmacologiques, au détriment des moyens mécaniques pourvoyeurs d'infections. En effet, selon une étude rétrospective de Faundes et al. [37] portant sur 1 840 femmes traitées pour complications d'avortements illégaux par diverses méthodes, le Misoprostol était l'agent abortif ayant entraîné le moins de complications avec notamment 12 fois moins d'infections, comparé aux autres méthodes d'avortements illégaux utilisées. Par ailleurs, au Brésil, le nombre de complications septiques post-abortives, en cas d'avortements illégaux avait significativement diminué depuis que le Misoprostol est devenu disponible au Brésil en 1986 [23].

Bien que nous n'ayions enregistré aucun décès dans notre étude, la littérature décrit environ 8 à 13% des décès maternels au Sénégal liés aux APC. Goyaux et al. rapportent un taux de létalité des APC au Bénin, au Sénégal et au Cameroun de 2,3% et variant entre 1,8% au Bénin, 2,8% au Sénégal et 4,1% au Cameroun [38]. Il faut tout de même noter que l'usage de produits pharmacologiques comme le Misoprostol apparaît avantageux en termes de morbi-mortalité. Au cours de l'étude réalisée par Mayi-Tsonga et al. [11], aucun décès n'était survenu chez les femmes l'ayant utilisé. De plus, toutes les patientes ayant eu un avortement complet avaient utilisé ce produit. Ce qui fait la gravité de cette utilisation non médicalisée du Misoprostol, ce sont les risques encourus, ces derniers étant dominés par l'hémorragie.

#### *Prise en charge*

Les mesures thérapeutiques étaient dominées par la prise en charge des complications hémorragiques avec l'aspiration intra-utérine (61,1%) qu'elle soit manuelle ou électrique. Nos résultats semblent s'accorder à ceux retrouvés dans la littérature au Mali [13] et au Burkina-Faso [10] où les méthodes d'évacuation utérine sont dominées par l'AMIU et le

curetage.

L'aspiration intra-utérine constitue une méthode adaptée aux pays en développement, car elle améliore l'accès aux soins après avortement. Il s'agit d'un moyen efficace et sûr du fait de son caractère peu traumatique, des taux minimes de complications et de la réduction tant bien des ressources hospitalières, que de la durée d'hospitalisation et des dépenses de santé [39]. Il faudrait néanmoins rester vigilant dans la gestion de ce matériel afin d'éviter qu'il ne soit détourné vers la réalisation d'APC [9].

#### *Forces et limites de l'étude*

Il s'agit d'une étude rétrospective qui s'étale sur une durée de 120 mois et rapporte les données de patientes dont l'issue est déjà connue. L'enregistrement est rétrospectif, continu et ne concerne pas seulement les paramètres étudiés dans cette étude mais un nombre important de paramètres d'ordre socio-démographique et obstétrical.

Il peut néanmoins subsister des biais liés au report des informations des patientes mais également à la dissimulation d'informations de la part des patientes par peur d'être réprimées par les autorités légales. En effet les données de notre étude sont issues de dossiers médicaux et certains détails de prise en charge ainsi que les complications rencontrées peuvent manquer.

#### **Conclusion**

L'avortement provoqué clandestin est l'une des questions les plus controversées dans le monde, tant sur le plan moral que juridique. La gravité de ses complications interpelle tous les acteurs de la santé de la reproduction et les responsabilités parentales notamment éducatives et spirituelles. Nos résultats confirment certains facteurs déjà établis quant à l'impact des produits pharmacologiques modernes et l'usage de l'aspiration intra-utérine dans la prise en charge des patientes ayant eu recours à l'APC.

**\*Correspondance**

Mouhamadou WADE .

[wade200903kia@hotmail.fr](mailto:wade200903kia@hotmail.fr)

**Disponible en ligne** : 05 Avril 2024

1 : Centre de Santé Philippe Maguilen SENGHOR,  
BP : 29026 ou 8951 Aéroport Yoff, Dakar

2 : Clinique Gynécologique et Obstétricale, EPS  
Aristide Le Dantec, BP 3001, Dakar

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2024

**Conflit d'intérêt** : Aucun

**Références**

[1] Iloki LH, Gbala-Sapoulou MV, Kpekpede F, Ekoundzola JR. Mortalité maternelle à Brazzaville (1993-1994). 3ème Congrès de la Société Africaine de Gynécologie-Obstétrique (SAGO). 1997;1085(2):120-215.

[2] OMS. Méthodes médicales d'interruption de grossesse. 1997:100.

[3] IPPF. Les avortements à risque et la planification post-abortum en Afrique. La conférence de Maurice; 24-28 mars. île Maurice, Grand Baie 1994. p. 36.

[4] Hess RF. Women's Stories of Abortion in Southern Gabon. *Africa Journal of Transcultural Nursing*. 2011;18(1):41-8. <https://doi.org/10.1177/1043659606294191>

[5] CRDH. L'avortement au Sénégal 2015 [cited 2020 09 Mars]. Available from: <https://www.gutmacher.org/fr/fact-sheet/lavortement-au-senegal>.

[6] Zennouhi H. L'avortement non médicalisé (à propos de 451 cas) [Thèse : Med]. MAROC: Université SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH; 2017.

[7] Maïga FH. Les avortements à risque dans le

service de gynécologie et d'obstétrique du CHU du point « G » [Thèse : Med]. Mali: Université de Bamako; 2009.

[8] Population Council, CEFOREP, CGO. Revue de la littérature sur les avortements à risque au Sénégal. 1998:84.

[9] Cissé CT, Faye K, Moreau JC. Avortements du premier trimestre au CHU de Dakar : Intérêt de l'aspiration manuelle intra-utérine. *Med Trop*. 2007;67(2):163-6.

[10] Ouattara S. Prise en charge des avortements à risque, qu'en est-il cinq ans après introduction des SAA dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU Yalgado Ouedraogo ? [Thèse : Med]. Burkina faso: Université de Ouagadougou; 2003.

[11] Mayi-Tsonga S, Diallo T, Litochenko O, Methogo M, Ndombi I. Prevalence of illegal abortions in Libreville Hospital, Gabon. *Bulletin de la Societe de pathologie exotique* (1990). 2009;102(4):230-2.

[12] Hounkponou NFM, Aguemon CT, Obossou AAA, Salifou K, Tchaou B, Hounkpatin B, et al. Complications et traitement des avortements provoqués clandestins au Centre Hospitalier Universitaire de Parakou (Bénin). *Journal de la Société de Biologie Clinique du Bénin*. 2014(021):45-8.

[13] Traoré CT. Avortements provoqués clandestins : complications colligées au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako [Thèse : Med]. Mali: Université de Bamako; 2010.

[14] Nayama M, Gallais A, Wage H, Garba M, Idi N, Djibrill B, et al. Complications des avortements clandestins dans une maternité de référence du Niger: étude rétrospective à propos de 151 cas. 2009;5:171-5.

[15] Tall S. Les facteurs de risque de l'avortement provoqué [Thèse : Med]. Mali: Université de Bamako; 2005.

[16] Samake A. Les avortements à risque au service de gynécologie obstétrique CHU Gabriel Touré à propos de 216 cas [Thèse : Med]. Mali: Université

- de Bamako; 1998.
- [17] Traoré AK. Les avortements à risque au centre de santé de référence de la commune V de Bamako de Mai 2001 à Mai 2003 à propos de 134 cas [Thèse : Med]. Mali: Université de Bamako; 2004.
- [18] Gandzien PC, Ekoundzola JR. Les avortements provoqués à l'hôpital base de Talangai. *Médecine d'Afrique Noire*. 2004;51(3):288-90.
- [19] Mwetaminwa SG, Kyembwa MM, Taji LS, Asimwe AA, Manga OP, Katenga BG. Prévalence, complications et issue des avortements clandestins dans la ville de Kisangani en République Démocratique du Congo. *International Journal of Innovation and Applied Studies*. 2018;25(1):403-9.
- [20] Diarra AB. Profil médico-légal des avortements provoqués au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako [Thèse : Med]. Mali: Université de Bamako; 2012.
- [21] Aldbeeb AS, Sami A. Avortement et limitation des naissances en droit musulman et arabe. *Journal international de Bioéthique*. 1996;7:2002-211.
- [22] Konipo OO. Prise en charge des avortements incomplets par la technique d'aspiration manuelle intra utérine dans le service de gynéco-obstétrique du CHU Point-G [Thèse : Med]. Mali: Université de Bamako; 2011.
- [23] Manouana M, Kadhel P, Koffi A, Janky E. Avortements illégaux par le Misoprostol en Guadeloupe. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2013;42(2):137-42. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2012.10.006>
- [24] Ouedraogo R. « L'avortement, ses pratiques et ses soins ». Une anthropologie des jeunes au prisme des normes sociales et des politiques publiques de santé au Burkina Faso [Anthropologie sociale et ethnologie]: Université de Bordeaux; 2015.
- [25] Guillaume A. L'avortement provoqué en Afrique : un problème mal connu, lourd de conséquences. *Santé de la reproduction, fécondité et développement*. 2005(7):26.
- [26] Touré SI. Les avortements dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Gao à Propos de 153 cas [Thèse : Med]. Mali: Université de Bamako; 2010.
- [27] 27. OMS. Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé. 2è ed 2013. p. 135.
- [28] Nisand I, Merg-Essadi D. Aspects éthiques et médico-légaux de l'interruption volontaire de grossesse. EMC. 738-B-80. Paris: Elsevier Masson SAS; 2009. p. 1-13. [https://doi.org/10.1016/S0246-1064\(09\)44635-8](https://doi.org/10.1016/S0246-1064(09)44635-8)
- [29] Ndiaye JS. ENQUÊTE : Le tabou de l'avortement au Sénégal: iGFM; 2020 [cited 2020 10 Mai]. Available from: <https://www.igfm.sn/enquete-le-tabou-de-lavortement-au-senegal>.
- [30] Guillaume A, Rossier C. L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences. *Population*. 2018;73(2):225-322. <https://doi.org/10.3917/popu.1802.0225>
- [31] CEDEAO. Codes harmonisés de déontologie et d'exercice des médecins dans l'espace CEDEAO. Mali 2013. p. 43.
- [32] Code de déontologie médicale du Sénégal. *Journal officiel de la République du Sénégal*. 1967; article 35 (Décret n° 67-147 du 10 février 1967 instituant le Code de Déontologie Médicale):321-5.
- [33] Morris JL, Winikoff B, Dabash R, Weeks A, Faundes A, Gemzell-Danielsson K. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2017;138(3):363-6. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12181>
- [34] Coalition IWsH. Avortement par auto-administration de misoprostol : un guide pour les femmes 2016 [cited 2020 21 Juin]. Available from: <https://iwhc.org/resources/ivg-par-auto-administration-de-misoprostol-guide-pour-les-femmes/>.
- [35] Vauzelle-Gardier C, Assari-Merabtene F, Cournot M-P, Elefant E. Cytotec (misoprostol) au premier trimestre : doutes sur un effet malformatif. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2004;33:337-8.

[https://doi.org/10.1016/S0368-2315\(04\)96466-6](https://doi.org/10.1016/S0368-2315(04)96466-6)

- [36] Willmott FJ, Scherf C, Ford SM, Lim K. Rupture of uterus in the first trimester during medical termination of pregnancy for exomphalos using mifepristone/misoprostol. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2008;115:1575-7. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01928.x>
- [37] Faúndes A, Santos LC, Carvalho M, Gras C. Post-abortion complications after interruption of pregnancy with misoprostol. *Advances in Contraception*. 1996;12(1):1-9. <https://doi.org/10.1007/BF01849540>
- [38] Goyaux N, Alihonou E, Diadhiou F, Leke R, Thonneau P. « Complications of induced abortion and miscarriage in three african countries: a hospital-base study among WHO collaborating centers. » *Acta obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2001;80 568-73. <https://doi.org/10.1080/j.1600-0412.2001.080006568.x>
- [39] De-Poncheville L, Marreth, Perrotin F, Coll. Les avortements du premier trimestre de la grossesse : l'aspiration utérine est-elle toujours de mise ? *Gynecol Obstet Fertil*. 2002;30:799-806. [https://doi.org/10.1016/S1297-9589\(02\)00442-3](https://doi.org/10.1016/S1297-9589(02)00442-3)

**Pour citer cet article :**

M Wade, M Gueye, A Mbodji, MD Ndiaye, JCKA Hounkponou, M Sene et al. Avortements provoqués clandestins : une recrudescence inquiétante, des moyens plus sophistiqués ? *Jaccr Africa 2024; 8(2): 64-79*