

JUSQU'OU VONT LES AUTEURS D'INTERRUPTION CLANDESTINE DE GROSSESSE EN MILIEU AFRICAIN ?

A. SEPOU, A. GAYE, A. DUMONT

Med Trop 2005 ; 65 : 64-66

RÉSUMÉ • Une patiente de 28 ans, 2^e geste, 2^e pare était reçue pour une tentative d'interruption de grossesse au troisième trimestre. L'acte posé par un infirmier a consisté à un déclenchement mécanique par l'usage des sondes plastiques. La patiente est entrée en travail le lendemain de la pose des sondes pour accoucher, sans incident, d'un enfant de sexe féminin, pesant 2900 grammes. Cet acte posé dans un but de destruction de l'œuf a abouti à la naissance d'un enfant ne présentant aucun traumatisme. Le déclenchement mécanique des grossesses arrêtées à terme, rarement pratiqué même dans nos régions, ne se justifie pas pour une grossesse évolutive. La méconnaissance de l'âge de la grossesse et l'ignorance des risques consécutifs à cet acte ont conduit l'auteur à exposer la patiente à de graves accidents traumatiques. Si les suites ont été heureuses pour la patiente, des décisions devront être prises à l'encontre de ces cadres intermédiaires de santé dont la pratique représente un danger pour la population.

MOTS-CLÉS • Interruption clandestine de grossesse - Personnel infirmier - Afrique.

HOW FAR DO CLANDESTINE ABORTION PROVIDERS GO IN AFRICA?

ABSTRACT • A 28-year-old, gravida 2, para 2 was admitted to undergo abortion in the third quarter. The procedure consisting of mechanical induction of labor using plastic catheters was performed by a male nurse. The day after placement of the catheters the patient began labor and gave uneventful birth to female infant weighing 2900 grams. The procedure undertaken to destroy the fetus led to the birth of a normal healthy child. Mechanical induction after full-term pregnancy (rarely performed in our areas) is unwarranted if pregnancy is ongoing. Due to his ignorance of the late stage of pregnancy and of the potential consequences of the procedure, the male nurse had exposed the patient to risk of severe trauma. Although the outcome was favorable for the patient, action must be taken to control intermediate level health care workers whose practices can endanger the population.

KEY WORDS • Clandestine abortion - Male nurse - Africa.

L'interruption clandestine de grossesse (ICG) est une pratique qui expose à des complications comme en témoigne plusieurs travaux (1-8). Habituellement, ces interruptions sont décrites pour des grossesses du premier trimestre. Les auteurs de ces pratiques sont aussi bien le personnel de santé que les tradi-praticiens (6, 9) qui utilisent différentes méthodes pour interrompre les grossesses (4, 8). Dans les pays où l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est autorisée par la loi, les complications ont pratiquement disparu (10). Le cas observé a concerné une grossesse évoluée jusqu'au troisième trimestre. La manœuvre ayant déclenché l'accouchement n'a entraîné aucune complication majeure chez la mère et chez l'enfant. Ce premier cas rapporté au Sénégal révèle la précarité de la protection des jeunes filles confrontées à des grossesses non désirées.

OBSERVATION

Mlle F-K... B..., 28 ans, célibataire, 2^e geste, 2^e pare, mère d'un enfant de 2 ans a été reçue le 04/02/2002 vers 21 heures à la maternité du Centre de Santé de Roi Baudouin, en banlieue de Dakar, pour des douleurs abdominales à type de contractions utérines. Cette patiente analphabète, sans profession, issue d'un faible niveau social présentait une grossesse du troisième trimestre pour laquelle aucune consultation prénatale n'avait été effectuée. L'évolution de la grossesse aurait été marquée au premier trimestre par des métrorragies intermittentes pour lesquelles aucun traitement n'aurait été entrepris. Cette grossesse était méconnue par l'entourage, la patiente prenant toujours soin de porter des habits amples. L'interrogatoire a, en outre, révélé que la patiente avait été répudiée à l'issue d'un premier mariage où il n'y avait pas eu d'enfant. Il y a deux ans, elle a vécu une relation amoureuse aboutissant à la naissance d'un enfant hors mariage. Par ailleurs, le partenaire auteur de la grossesse en cours l'aurait abandonnée. Ceci a mis la patiente dans un état de désarroi, l'ayant poussé à s'exposer au risque d'interruption de la grossesse malgré l'âge avancé de celle-ci. A l'admission, l'examen clinique montrait un examen somatique normal avec un état général bon, une tension artérielle

• Travail du Centre de Santé Roi Baudouin (A.S., A.D., Gynécologues-obstétriciens; A.G., Gynécologue-obstétricien, Chef du Centre), Dakar, Sénégal.

• Correspondance : A. SEPOU, Gynécologue-Obstétricien, BP 3199, Bangui, Centrafrique •

• Courriel : sepou_abdoulaye@yahoo.fr •

• Article reçu le 19/12/2003, définitivement accepté le 24/02/2005.



Figure 1 - Tête fœtale et sondes avant l'expulsion.

à 120/80 mmHg, une température à 37,3°C, un pouls à 72 pulsations par minute, une absence d'œdèmes des membres inférieurs, des muqueuses bien colorées. Sur le plan obstétrical, l'utérus était ovoïde, à grand axe longitudinal ; la hauteur utérine était de 29 cm ; on notait l'existence de contractions utérines régulières survenant toutes les 3 minutes. Les bruits du cœur du fœtus étaient présents à 136 battements par minute. Le toucher vaginal permettait de percevoir trois sondes en plastique, intra-vaginales, en cours d'expulsion. Le fœtus, en présentation céphalique, avait amorcé la phase d'expulsion (Fig. 1). L'accouchement s'est déroulé vers 22 h 30 minutes sans aucune difficulté, le dégagement étant effectué en occiputo-pubien. L'enfant de sexe féminin pesait 2900 grammes avec un score d'Apgar à 8/10 à 1 minute et 10/10 à 5 minutes (Fig. 2). Les mesures anthropométriques du fœtus étaient : périmètre crânien : 34 centimètres (cm) ; taille : 49 cm ; périmètre thoracique : 31 cm ; périmètre du mollet : 10,5 cm et périmètre brachial : 10 cm. La délivrance s'est effectuée naturellement, et la révision utérine n'a révélé aucune lésion utérine. Les parois vaginales de la patiente



Figure 2 - Fœtus et sondes (au nombre de 3) extra-vulvaire.

étaient normales à l'examen sous valves. L'examen physique et neurologique du nouveau-né était normal en dehors d'une ecchymose sur la cuisse gauche. Les trois sondes étaient expulsées en même temps que le fœtus. Nous avons mesuré les sondes et avons obtenu les valeurs suivantes : 39 cm pour deux qui étaient identiques et 86 cm pour la troisième. Il n'y avait pas de signe d'infection maternelle ou néonatale. Les suites immédiates de couches étaient normales et la patiente avait quitté la maternité le lendemain. La consultation postnatale faite deux semaines après n'a rien révélé d'anormal. Les investigations faites auprès de la famille nous ont permis de savoir que l'auteur de l'accouchement provoqué était un infirmier d'état, propriétaire d'un cabinet privé d'infirmier ne disposant d'aucune autorisation d'ouverture. Les sondes ont été placées dans la cavité utérine la veille de l'accouchement dans ce cabinet d'infirmier qui dispose d'instruments d'ICG dont ceux réutilisables sont stérilisés par un poupinel. Le jour de son entrée en travail, la patiente est passée au cabinet avant de venir au Centre de santé, mais elle n'a pu rencontrer l'infirmier. Le coût de l'acte (pose des sondes) serait de 35 000 FCFA (53,36 euros). Les autorités judiciaires ont été saisies et le cabinet d'infirmier a été fermé en attendant l'issue de la procédure judiciaire.

DISCUSSION

Le cas observé pose le problème d'interruption clandestine de grossesse à un âge avancé. L'interruption de grossesse au troisième trimestre est indiquée pour des raisons médicales (11) ou par convenance, si la maturité fœtale est mise en évidence. Dans tous les cas, cet acte ne doit être entrepris que chez une gestante présentant un bassin osseux normal et un col utérin mûr, évalué par le score de Bishop (11). Dans le cas de la patiente observée, la pose intra-utérine des sondes a été effectuée sans préparation locale, ce qui aurait pu exposer la patiente à des lésions traumatiques du col.

D'après la revue de la littérature, l'ICG à un âge aussi avancé est très rare. Cette rareté relative fait l'intérêt du cas rapporté. L'infirmier auteur de cette ICG aurait, selon ses affirmations, une longue expérience dans cette pratique. Cela pose le problème de la liberté de ces agents qui, de nombreuses années durant, ne sont nullement inquiétés pour des actes réprimés par la loi. Un minimum de connaissances est nécessaire pour déclencher un travail, contrairement à l'ICG au début de la grossesse qui se pratique même par les traditionnels (6, 9). Il n'est pas exclu que les accidents qui entraînent les décès liés aux avortements clandestins, comme l'a noté Odland (5), soient la conséquence de l'ignorance de ces personnels peu qualifiés. Faudrait-il envisager la légalisation de cette pratique pour réduire la mortalité qui en découle comme en témoigne les résultats de la prise en charge des avortements dans les pays développés (10)? Quant à la méthode de déclenchement de travail, les méthodes mécaniques sont utilisées comme excitateur local chez les multipares présentant un col souple et béant. Cela nécessite la pose d'un ballon de Champetier ou la sonde de Krause selon une

technique bien précise (12). Cette méthode, utilisée pour des grossesses arrêtées est pratiquement abandonnée ; le déclenchement artificiel fait appel en général aux ocytociques ou aux prostaglandines selon les cas (11). Une étude faite au Gabon a signalé l'utilisation des prostaglandines dans les IVG (13). Le produit utilisé est le misoprostol (Cytotec®) dont l'utilisation à Dakar dans les structures sanitaires publiques est soumise à une procédure de contrôle. L'inaccessibilité à ce produit a dû amener l'auteur de l'ICG à utiliser la méthode mécanique. Ce cas clinique constitue une particularité pour certaines raisons : la pose sans crainte de sonde intra-utérine pour une grossesse avancée ; la technique utilisée pour poser les sondes sans qu'il y ait un traumatisme pour le fœtus ; l'absence de retrait des sondes par l'infirmier avant que la patiente ne se rende dans une maternité publique. Cela montre de la méconnaissance des risques des actes médicaux par les personnels paramédicaux et le manque de suivi. La connaissance de l'âge de la grossesse aurait tempéré la décision de cet infirmier. Mais la survenue de saignements au premier trimestre était prise par la patiente pour des menstruations.

Par ailleurs, cette patiente a subi beaucoup d'affronts sociaux. Elle a d'abord été répudiée au cours de son premier mariage pour infertilité primaire. Sans se remarier, elle a donné naissance à son premier enfant hors mariage. La culture africaine, en général, et sénégalaise en particulier, fortement ancrée sur les valeurs traditionnelles, a amené la société à ne pas admettre cette naissance adultérine. Cette patiente a donc connu les différents types de désarroi qui rendent instable le statut de la femme en Afrique : infertile ou stérile, la femme africaine subit la pression ou l'humiliation de la famille et même du mari ; quand elle donne naissance à un enfant hors mariage, cela est mal accepté par la société. Dans le cas de la patiente, le partenaire l'avait abandonnée pour cette dernière grossesse. L'abandon semble se justifier ici à deux niveaux. D'abord au niveau de la patiente, elle a donné naissance à un enfant adultérin, ce qui limite son acceptation dans la société y compris dans la famille d'un partenaire. Au niveau du partenaire, il se pose un autre problème, celui de la responsabilité par rapport à une grossesse. Le refus de reconnaissance de la paternité d'une grossesse est fréquent quand le partenaire n'est pas disposé à fonder une vie conjugale durable avec une femme. Tous ces facteurs sociaux ont rendu plus précaire la situation de la patiente issue d'un faible niveau social et l'ont poussé à prendre les risques d'ICG au troisième trimestre de grossesse. Quoi qu'il en soit, l'infirmier qui a posé les sondes aurait dû évaluer les risques, même s'il était habitué à pratiquer des ICG pour les grossesses jeunes. En dépit de la loi réprimant les avortements clandestins dans la plupart des pays africains, des actes plus dangereux sont observés. Cela soulève l'interrogation sur la remise en cause de cette loi qui contraint les auteurs à pratiquer les interruptions des grossesses dans la clandestinité, ce qui comporte plus de risques.

CONCLUSION

Nous avons observé un cas désespéré d'ICG chez une patiente qui sous le poids des problèmes sociaux a pris les risques d'interruption d'une grossesse à un âge avancé. Même si cette grossesse s'est terminée sans incident pour la mère et l'enfant, ce cas pose le problème de la légalisation des IVG dans la plupart des pays africains et du contrôle périodique des cabinets privés, surtout s'ils sont ouverts sans autorisation et qu'ils sont tenus par des infirmiers.

Remerciements • Professeur Agrégé Alassane DIOUF, Maternité Aristide le Dantec, Dakar; Dr Marie-Hélène BOUVIER COLLE, Directeur de Recherche à l'INSERM, Paris, France et Dr Marie-Christine Awa YANZA, Pédiatre au Complexe Pédiatrique de Bangui, pour avoir contribué à l'amélioration de ce travail.

RÉFÉRENCES

- 1 - TSHIBANGU K., NTABONA B - Avortement clandestin, problème de santé publique à Kinshasa. *J. Gynecol Obstet Biol Reprod* 1984; **13** : 759-763.
- 2 - LOCKO-MAFOUTA C, SILOU J, MALONGA G *et Coll* - L'avortement clandestin à Brazzaville. *Med Afr Noire* 1986; **33** : 199-214.
- 3 - HAKIM-ELAHI E, TOVEL HM, BURNHILL MS - Complications of first trimester abortion : a report of 170.000 cases. *Obstet Gynecol* 1990; **76** : 129-135.
- 4 - BOHOUSOU KM, ANONGBA DS, YAO DL *et Coll* - Avortements clandestins compliqués. Etudes prospectives, à propos de 1822 cas au CHU de Cocody. *Inter-Fac Afrique* 1990; **13** : 20-24.
- 5 - ODLIND V - Induced abortion : a global health problem. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1997; **164** : 43-45.
- 6 - ILOKI LH, ZAKOULOLOU-MASSALA A, GBALA-SAPOULOU MV - Complications des avortements clandestins : à propos de 221 cas observés au CHU de Brazzaville (Congo). *Med Afr Noire* 1997; **44** : 262-264.
- 7 - CISSÉ CT, FAYE EO, CISSÉ ML *et Coll* - Perforation utérine après avortement provoqué. *Med Trop* 1999; **59** : 371-374.
- 8 - DIALLO FS, TRAORÉ M, DIAKITÉ S *et Coll* - Complications des avortements provoqués illégaux à Bamako (Mali) de décembre 1997 à novembre 1998. *Sante* 2000; **10** : 243-247.
- 9 - LEKE RJ, TIKUM H - Etude prospective de cas d'avortement provoqué clandestin. *Vie et Sante* 1991; **7** : 8-11.
- 10 - CESBRON P - L'interruption de grossesse depuis la loi Veil. Bilan et perspectives. Flammarion ed, Paris, 1997, 126 p.
- 11 - MAGNIN G - Le déclenchement artificiel du travail. In « LANSAC J, BODY G - Pratique de l'accouchement ». Paris Simep, 1^e édition, Paris, 1988, pp 248-255.
- 12 - MERGER R, LEVY J, MELCHIOR J - Précis d'obstétrique. Masson ed, 4^e édition, Paris, 1974.
- 13 - NDONG YOUSOUF G, NGOU MVE JP, MENVOULA CA, MOUNANGA M - Les avortements clandestins au misoprostol (Cytotec®). Une méthode plus sûre ou fausse innocuité ? Premier congrès de la Société gabonaise de gynécologie obstétrique et de la reproduction, Libreville, 14 et 15 février 2002.