

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 10 ■ N° 25 (2015)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIEUS (SAGO)
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

Directeur de publication

Mamadou Saliou Diallo

Rédacteur en chef

Namory Keita

Rédacteur en chef adjoint

Telly Sy

Comité de parrainage

Ministre de l'ESRS

Ministre de la Santé

Recteur Université de Conakry

Doyen FMPOS

M Kabba Bah

M Kader

P Diallo

E Alihonou

F Diadhio

MK Bohoussou

C Welfens Ekra

M M Sall (CAMES)

A Gouazé (CIDMEF)

G Osagie (Nigeria)

Comité de rédaction

MS Diallo

N Keita

MD Baldé

Y Hyjazi

FB Diallo,

F Traoré (Pharmacologie)

T Sy

AB Diallo

Y Diallo

M Cissé (Dermatologie)

M Doukouré (Pédopsychiatrie)

ML Kaba (Néphrologie)

OR Bah (Urologie)

NM Baldé (Endocrinologie)

A Touré (Chirurgie Générale)

LM Camara (Pneumo-phtisiologie)

Comité de lecture

E Alihonou (Cotonou)

K Akpadza (Lomé)

M A Baldé (Pharmacologie)

G Body (Tours)

M B Diallo (Urologie)

M D Baldé (Conakry)

N D Camara (Chirurgie)

CT Cissé (Dakar)

A B Diallo (Conakry)

F B Diallo (Conakry)

M S Diallo (Conakry)

A Dolo (Bamako)

A Fournié (Angers)

Y Hyjazi (Conakry)

N Keita (Conakry)

YR Abauleth (Abidjan)

M Koulibaly (Conakry)

J Lankoande (Ouagadougou)

Lekey (Yaoundé)

JF Meye (Libreville)

JC Moreau (Dakar)

A Diouf (Dakar)

RX Perrin (Cotonou)

F Traoré (Conakry)

Recommandations aux auteurs

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

Conditions générales de publication

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, papier blanc recto seulement et adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, clé USB ou par Email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita

Maternité Donka CHU de Conakry

BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 64 45 79 50

Email : namoryk52@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy

Maternité Ignace Deen CHU de Conakry

BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 62 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30

Email : [syntelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 50000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article original est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point.

Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

- Page de titre : elle comporte :
 - Un titre concis, précis et traduit en anglais
 - Les noms et initiales des prénoms des auteurs
 - L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
 - L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées
 - Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.
 - Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :
 - Pour une revue:
1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à la Clinique Gynécologique et

Obstétricales du CHU Ignace DEEN. *Journal de la SAGO* 2002; 3(2): 7- 11

- Pour une contribution à un livre:
2. Berland M. Un état de choc en début de travail : conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} éd. 1992 : 218-225
 - Pour un livre:
 3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} éd. 1992 : 349.
 - Pour une thèse:
 4. Bah A . Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques et pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry 2001; 032/03 04 : 165p
- Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être réduit au strict minimum nécessaire à la compréhension du texte. Les tableaux seront numérotés en chiffres romains et les figures en chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le texte.

Après acceptation définitive de l'article, des modifications mineures portant sur le style et les illustrations pourront être apportées par le comité de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer la parution dudit article.

Le comité de rédaction

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

Assistance médicale à la procréation en contexte de risque viral lié au VIH à l'hôpital de la Pitié-salpêtrière, Paris

Kampo M, Traoré Y, Fofana DB, Tubiana R, Poirot C, Lefèbvre G, Dolo A, Marcellin AG, Naouri M...54 - 60

Le dispositif intra-utérin (DIU) du post partum immédiat : une étude comparative entre le DIU placé au cours de la césarienne et celui posé après un accouchement par voie basse.

O Thiam, ML Cissé, M Thiam, JN Tendeng, M Gueye, MM Niang, AA Diouf, JC Moreau.....61 - 69

Prise en charge et évolution de l'éclampsie en milieu obstétrical: étude rétrospective de 91 cas au CHU de Bouaké (Cote d'ivoire)

Doumbia Y, Kouakou KP, Djanhan LE, Menin MM, Nanguy PV, Djanhan Y.....70 - 75

Les lésions urétérales en chirurgie gynécologique et obstétricale : bilan de 10 ans au CHU-Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou, Burkina Faso.

Ouattara A, Kiemtoré S, Kain DP, Zamané H, Sawadogo Y, Ouédraogo I, Ouédraogo CMR, Ouédraogo A, Yaméogo C, Kirakoya B, Thiéba/bonané B, Lankoandé J.....76 - 81

Bilan d'une expérience pilote d'ouverture d'une unité de néonatalogie dans une maternité de niveau 2 à Dakar

MM Niang, M Toure, M Thiam, O Ndiaye, CT Cissé..... 82 - 85

Evaluation de la qualité des soins obstétricaux et la satisfaction des usagers dans le district de Bamako

Théra T, Diallo B, Téguté I, Kouma A, Traoré SO, Fohem GB, Doumbia M..... 86 - 91

Soins apres avortement dans un district sanitaire urbain en milieu africain: cas du district de Bogodogo a Ouagadougou, Burkina faso

Ouedraogo CMR, Ouattara A, Ouedraogo A, Komboigo E, Kabore X, Diomande M, Ouattara F, Thieba/Bonane B, Lankoande J..... 92 - 97

Fistules vesico-vaginales: aspects anatomo-cliniques et thérapeutiques au CHU de Conakry, Guinée

Diallo AB, Sy T, Bah MD, Diallo TMO, Barry M II, Kanté D, Bah I, Bah OR, Guirassy S, Diallo MB..... 98 - 103

Résultats du déclenchement du travail d'accouchement à l'hôpital évangélique de Bembereke au Bénin

Denakpo JL, Sidi, Salifou K, Hounkpatin B, Lokossou S, Ogoudjobi M, Tognifode V, Gbegnon D, Perrin RX 104 - 108

CAS CLINIQUE

Césarienne post mortem apres éclampsie avec enfant vivant

Sima M, Traoré MS, Kante I, Coulibaly A, Ongoïba I, Dicko H, Dicko B, Tekete I, Coulibaly Y, Maïga B.....109 - 110

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

- Medically assisted procreation in HIV risk viral context at hospital Pitié-salpêtrière, Paris.***
Kampo M, Traoré Y, Fofana DB, Tubiana R, Poirot C, Lefèbvre G, Dolo A, Marcellin AG, Naouri M....54 - 60
- The intra-uterine device (iud) of the immediate postpartum A comparative study between the caesarean iud and the iud inserted after a natural delivery.***
O Thiam, ML Cissé, M Thiam, JN Tendeng, M Gueye, MM Niang, AA Diouf, JC Moreau.....61 - 69
- Support and management of eclampsia: retrospective study about 91 cases at the teaching hospital of Bouaké (Cote d'ivoire)***
Doumbia Y, Kouakou KP, Djanhan LE, Menin MM, Nanguy PV, Djanhan Y.....70 - 75
- The ureteral lesions in gynecological and obstetrical surgery: cases review of 10 years at the University Teaching Hospital Yalgado of Ouagadougou, Burkina Faso***
Ouattara A, Kiemtoré S, Kain DP, Zamané H, Sawadogo Y, Ouédraogo I, Ouédraogo CMR, Ouédraogo A, Yaméogo C, Kirakoya B, Thiéba/Bonané B, Lankoandé J.....76 - 81
- Opening balance of a pilot of a neonatal unit in a aternity level 2 in Dakar***
MM Niang, M Toure, M Thiam, O Ndiaye, CT Cissé..... 82 - 85
- Evaluation of obstetrical cares and users satisfactions in Bamako's district***
Théra T, Diallo B, Tégoué I, Kouma A, Traoré SO, Fohem GB, Doumbia M..... 86 - 91
- Post abortion care in an urban health district in the African environment: the case of Bogodogo district in Ouagadougou, Burkina Faso***
Ouedraogo CMR, Ouattara A, Ouedraogo A, Komboigo E, Kabore X, Diomande M, Ouattara F, Thieba/Bonane B, Lankoande J..... 92 - 97
- Vesicovaginal fistulas: anatomical and clinical aspects and therapeutic in Conakry teaching hospital, Guinea***
Diallo AB, Sy T, Bah MD, Diallo TMO, Barry M II, Kanté D, Bah I, Bah OR, Guirassy S, Diallo MB..... 98 - 103
- Results childbirth induction of labor at the evangelical hospital in Benin Bembereke***
Denakpo JL, Sidi, Salifou K, Hounkpatin B, Lokossou S, Ogoudjobi M, Tognifode V, Gbegnon D, Perrin RX 104 - 108

CASE REPORT

- Césarienne post mortem apres éclampsie avec enfant vivant***
Sima M, Traoré MS, Kante I, Coulibaly A, Ongoiaba I, Dicko H, Dicko B, Tekete I, Coulibaly Y, Maïga B.....109 - 110

SOINS APRES AVORTEMENT DANS UN DISTRICT SANITAIRE URBAIN EN MILIEU AFRICAIN: CAS DU DISTRICT DE BOGODOGO A OUAGADOUGOU, BURKINA FASO.

POST ABORTION CARE IN AN URBAN HEALTH DISTRICT IN THE AFRICAN ENVIRONMENT: THE CASE OF BOGODOGO DISTRICT IN OUAGADOUGOU, BURKINA FASO

OUEDRAOGO CMR*, OUATTARA A*, OUEDRAOGO A*, KOMBOIGO E*, KABORE X*,
DIOMANDE M*, F OUATTARA**, THIEBA/BONANE B*, LANKOANDE J*

* département de gynécologie obstétrique du CHU Yalgado OUEDRAOGO

** institut de recherche pour le développement français (IRD)

Correspondances : Professeur Agrégé Ouédraogo CMR, maître de conférences agrégé en gynécologie obstétrique à l'UFR/SDS de l'université de Ouagadougou, email : ocharlemagne@yahoo.fr, cellulaire (00226)70261865

RESUME

Objectif : Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et économiques des avortements dans les maternités urbaines du district sanitaire de Bogodogo.

Matériel et Méthodes : Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive et analytique réalisée au sein de 15 structures du district sanitaire de Bogodogo dont son hôpital du district, 13 maternités urbaines et la clinique de l'ABBEF. L'étude s'est déroulée sur une période de 8 mois allant du 1^{er} juillet 2011 au 1^{er} Février 2012.

Résultats : la fréquence des avortements était estimée à 1 avortement pour 13,7 accouchements. L'âge moyen des patientes était de 27,1 ans [14-45]. Les patientes étaient des femmes au foyer dans 47,86% des cas, non scolarisées dans 42,78%. Seule une (01) patiente sur 4 (22,4%) avait déjà antérieurement utilisé une méthode contraceptive. Les signes fonctionnels étaient dominés par les métrorragies (90,37%). Les patientes avaient été reçues en majorité au stade d'avortement incomplet (54%) et les complications étaient dominées par l'anémie (2,14%). L'évacuation utérine a été réalisée par aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) dans 60,56%. Après l'évacuation utérine 34,76% des patientes avaient bénéficiées d'une méthode de contraception. Les coûts moyens de la prise en charge variaient de 30 000 à 45 000 selon le type d'avortement.

Conclusion : Les soins après avortement occupent une place importante dans l'activité du district sanitaire de Bogodogo. La stratégie de prise en charge est basée sur le concept des SAA. Les complications des avortements sont surtout hémorragiques et infectieuses. Le coût de prise de la prise en charge est très élevé pour la patiente. La promotion de la planification familiale et le plaidoyer en vue de la légalisation de l'avortement devraient contribuer à lutter de façon efficace contre cette cause majeure de mortalité maternelle.

Mots clés : Soins après avortement, District sanitaire de Bogodogo.

ABSTRACT

Objective: To study the epidemiological, clinical, therapeutic and economic aspects of abortions in the urban health district of Bogodogo.

Materials and Methods: It has been a cross-sectional study with descriptive and analytical aspect inside 15 structures of the health district of Bogodogo including its hospital, 13 urban maternity and the clinic of the combination for family well being in Burkina. The study was conducted on a period of eight months from July 2011 to February 2012 by exhaustive sampling.

Results: the frequency of abortions was estimated at 13.7 births for 1 abortion. The average age of patients was 27.1 years [14-45]. Patients were housewives in 47.86%, unschooled in 42.78%. Only one (01) patient out of 4 (22.4%) had previously used a contraceptive method. Functional signs were metrorrhagia (90.37%). Patients were received mainly in incomplete abortion stage (54%) and complications were dominated by anemia (2.14%). Uterine evacuation was carried out by manual vacuum aspiration (MVA) in 60.56%. After uterine evacuation 34.76% of patients had benefited a method of contraception. The average costs of care varied from 30 000 FCFA to 45 000 FCFA depending on the type of abortion.

average costs of care varied from 30 000 FCFA to 45 000 FCFA depending on the type of abortion.

Conclusion: Post abortion cares play an important role in the activity of the health district of Bogodogo. The strategy of management is based on the concept of PAC. Complications of abortions are mainly hemorrhagic and infectious. The cost of taking care is very expensive for the patient. The promotion of family planning and advocacy for the legalization of abortion should contribute to the fight against this major cause of maternal mortality.

Keywords: Post-abortion care, Health district of Bogodogo

1-INTRODUCTION

Selon l'OMS, la mortalité maternelle imputable aux avortements à risque constitue un problème majeur de santé publique dans les pays où l'interruption volontaire de grossesse fait l'objet de restrictions légales [20]. Aussi la faible accessibilité des femmes aux services de planification familiale dans ces pays qui sont le plus souvent à ressources limitées, crée un cercle vicieux de grossesses non désirées et d'avortements provoqués à répétition [1,6,14,17]. Au Burkina Faso, malgré les gros efforts consentis dans la lutte contre les avortements, force est de constater qu'après deux décennies de l'application des SAA, les complications d'avortement continuent de poser un problème de santé génésique majeur [16,20]. A travers la présente étude, nous nous proposons de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et économiques des avortements dans les maternités urbaines du district sanitaire de Bogodogo en raison de sa fréquentation importante.

2-MATÉRIELS ET MÉTHODES

L'étude a été menée au sein de 15 structures du district sanitaire urbain de Bogodogo dans la ville de Ouagadougou, capitale du Burkina Faso. Ce sont: l'hôpital du district sanitaire, 13 maternités urbaines du district et la clinique de l'Association Burkinabé de Bien-être Familial (ABBEF). Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive et analytique réalisée sur une période de 08 mois allant de Juillet 2011 à Février 2012. Ont été incluses dans l'étude, les patientes qui présentaient des signes d'avortement (spontané ou provoqué) sur une grossesse d'âge théorique ou échographique inférieur à 28 semaines d'aménorrhée évaluée soit sur la base d'une échographie de datation, de la date des dernières règles (DDR).. L'analyse s'est faite par logiciel Epi info. Le test de chi carré de Pearson a été utilisé pour la validation des liens statistiques, avec un seuil de signification de 5%. L'anonymat des fiches de collecte et la confidentialité du contenu des réponses ont été respectés. Cette étude a obtenu l'approbation du comité d'éthique au

Burkina Faso.

3-RÉSULTATS

3.1-Fréquence des avortements

Au cours de la période d'étude, nous avons inclus 374 cas d'avortement. Durant cette même période, 5134 accouchements ont été enregistrés dans l'aire du district sanitaire, soit 1 avortement pour 13,7 accouchements. Les avortements provoqués clandestins (APC) ont représenté 6,42% de l'ensemble des avortements.

3.2. Caractéristiques sociodémographiques des patientes

L'âge moyen des patientes était de 27,1 ans [14-45 ans]. La tranche d'âge de 20-29 ans a représenté près de la moitié des cas (49,06%).

Nous avons enregistré 179 femmes au foyer (47,86%), 125 femmes du secteur informel (33,42%), 45 élèves et étudiantes (12,03%) et 25 salariés (6,68%).

Deux cent quarante cinq patientes soit 65,51% vivaient en couple et 129 étaient célibataires soit 34,49%.

Notre population d'étude comprenait 160 patientes non scolarisées (42,78%), 97 patientes de niveau d'études secondaires (25,93%), 85 de niveau d'études primaires (22,73%) et 32 de niveau d'études supérieures (8,56%).

3.3. Aspects cliniques

·Histoire reproductive

La répartition des patientes selon leur histoire reproductive est présentée dans le tableau I.

Tableau I : Répartition des patientes en fonction de la parité

Parité	Effectif	%
Nullipare	128	34,22
Primipare	79	21,12
Paucipare	137	36,63
Multipare	30	8,03
Total	374	100

Paucipare=2-4 pares ; multipare=plus de 5 pares

· Antécédents d'avortement

Dans notre série, 84,49% des patientes étaient à leur premier épisode abortif, tandis que 15,51% des

patientes avaient au moins 1 antécédent d'avortement.

· Contraception

Sur les 374 patientes de notre étude, seulement 84 soit 22,46% avaient déjà utilisé une méthode contraceptive. Les méthodes les plus utilisées étaient la pilule avec 57,14 % puis le préservatif avec 28,16%.

· Type de grossesse et type d'avortement

Dans notre série, la grossesse était désirée chez 74,87% des patientes et non désirée chez 25,13%. L'information sur le type d'avortement a été obtenue sur la base de la déclaration des patientes. Trois cent cinquante (350) d'entre elles soit 93,58% ont déclaré un avortement spontané. L'avortement était déclaré provoqué dans 6,42% des cas

· Age gestationnel

L'âge gestationnel était compris entre 4 et 8 semaines d'aménorrhée chez 171 patientes (45,7%), entre 9 et 14 semaines d'aménorrhée chez 44 patientes (11,7%), supérieur à 15 semaines d'aménorrhée chez 50 patientes (13,3%)..

· Signes fonctionnels

La répartition des signes fonctionnels est présentée dans le tableau II

Tableau II : Répartition des patientes selon les symptômes

Signes fonctionnels	Effectif	%
Métrorragie	338	90,37
Douleurs abdomino-pelviennes	296	79,14
Fièvre	10	2,67
Vomissements	4	1,07
Courbatures	4	1,07
Asthénie	3	0,80
Céphalée-perte de connaissance	2	0,54
Diarrhée	1	0,27

Les métrorragies ont été le signe fonctionnel le plus fréquemment rencontré dans notre série (90,37%).

· Stade de l'avortement

Cent quatre vingt cinq (185) patientes soit 49,5% présentaient les signes d'avortement incomplet, 35 soit 9,4% les signes d'un avortement complet, 111 soit 32% les signes d'un avortement inéluctable et enfin 43 soit 11,1% des signes de menace simple d'avortement.

· Complications de l'avortement

L'anémie avait été retrouvée chez 8 patientes soit 2,14%, et l'endométrite chez 5 femmes soit 1,34%.

· pathologies associé aux avortements spontanés

Le contexte pathologique de survenue de l'avortement n'a été précisé que dans 38 cas dont 31 cas de paludisme, 05 cas d'infection génitale, 1 cas d'HTA et 1 cas d'ictère fébrile.

· Contexte de l'avortement provoqué clandestin

Dans 95,83% des cas d'avortement provoqué clandestin, la méthode chimique a été utilisée. Dans ce groupe, plus de 80% des substances avaient été fournies par les tradithérapeutes. Dans 60% des cas, il avait été effectué au domicile des patientes. Dans 20% des cas, il a été effectué dans un cabinet médical contre 15% au domicile de l'agent avorteur.

3.4-Aspects thérapeutiques

· Evacuation utérine en urgence

Dans notre population, une évacuation utérine a été effectuée chez 322 patientes (86,1%). Les autres patientes (13,9%) présentaient un avortement complet ne nécessitant pas d'évacuation utérine. Le moyen utilisé était une aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) chez 195 patientes soit 60,56 %, un traitement médicamenteux au misoprostol dans 71 cas soit 22,05% et un curage digital dans 56 cas soit 17,39%.

· Traitement après évacuation

Un traitement utérotonique et une antibioprophyllaxie ont été prescrits chez 99,47% des patientes. Les perfusions de solutés ou de macromolécule avaient été indiquées chez 147 patientes soit 39,30%. Deux (02) patientes ont bénéficié d'une transfusion sanguine. Une sérothérapie antitétanique a été prescrite chez 34% des patientes. Du fer a été prescrit chez 24,33% des patientes.

Un counseling a été effectué chez 363 patientes (97,06%) dans le cadre des SAA.

· Contraception

Après l'évacuation utérine, 130 femmes (34,76%) ont choisi une méthode contraceptive. Les différentes méthodes contraceptives choisies après counseling sont présentées dans le tableau III.

Tableau III : Répartition des patientes en fonction des méthodes contraceptives

Méthodes contraceptives	Effectif	%
Pilule	89	68,46
Condom	18	13,85
Injectable	15	11,54
Dispositif intra-utérin	4	3,08
Implant	3	2,31
Naturelle	1	0,76
Total	130	100

Après l'évacuation utérine, 135 patientes (36,09%) ont été référées vers d'autres services de santé de la reproduction dont les services de planification familiale dans 96,29% des cas. Les autres (3,71%) étaient référées vers la consultation gynécologique pour une prise d'une infection sexuellement transmissible ou d'un syndrome avortement à répétition.

3.5. Aspects économiques

· Coût moyen du transport

Le coût moyen du transport était de 922,02 FCFA dans le cas des avortements spontanés et de 1038,46 dans le cas de l'avortement provoqué clandestin.

· Coût moyen de l'hospitalisation

L'hospitalisation journalière coûtait en moyenne 387,64 FCFA pour l'avortement spontané et de 500 FCFA pour l'avortement provoqué clandestin.

· Coût moyen des examens paracliniques

Le coût moyen des examens paracliniques était de 9186,24 FCFA pour l'avortement spontané et de 9083,33 FCFA pour l'avortement provoqué clandestin.

· Coût moyen des consommables médicaux

Les consommables médicaux coûtaient en moyenne 17997,08 FCFA pour les avortements provoqués clandestins et 19781,26 FCFA pour les avortements spontanés.

· Coût moyen de la manœuvre abortive

La manœuvre abortive a coûté en moyenne 14441,26 FCFA.

· Coûts directs des soins après avortement

Le coût direct moyen des avortements provoqués s'élevait à 43060,13 F CFA tandis que celui des avortements spontanés s'élevaient à 30277,18 F CFA.

4-DISCUSSION

4.1. Fréquence des avortements

Nous avons recensé au cours de notre étude 374 patientes victimes d'avortement soit 1 avortement pour 13,7 accouchements. Nos chiffres sont inférieurs à ceux de Ouattara [15] au CHU-YO de Ouagadougou qui retrouvait 1 avortement pour 3,80 accouchements. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le CHU-YO est un centre de référence national par excellence au Burkina Faso. La fréquence des avortements provoqués dans notre étude était de 6,42%. Elle est inférieure à celle trouvée par Leive [8,13] à Madagascar en 2003 et Coulibaly [7] en Côte d'Ivoire en 2009 qui trouvaient respectivement 37,66% et 30,8%. Le non aveu de l'acte clandestin pourrait expliquer nos résultats aussi bas. En effet, l'avortement volontaire étant proscrit par la loi, les valeurs culturelles et

religieuses, les patientes ont beaucoup de mal à avouer leurs actes. Les raisons qui poussent les femmes à interrompre leur grossesse sont multiples et interdépendantes. La mauvaise réputation sociale liée à une naissance illégitime, à la naissance d'un enfant de père inconnu et le statut social de la femme jouent un rôle majeur dans la décision de pratiquer un avortement dans les sociétés africaines [5]. Dans nos sociétés, le statut de mère célibataire est socialement et économiquement très difficile à assumer alors que le mariage et la famille sont hautement valorisés [8].

4.2. Antécédents de contraception

Dans notre échantillon, seulement 22,46% des patientes avaient déjà utilisé une méthode contraceptive. La faiblesse de la couverture contraceptive s'expliquerait par plusieurs raisons purement africains. On peut citer entre autre une survalorisation de la fonction procréatrice de la femme, les barrières religieuses, l'ignorance, l'analphabétisme et la pauvreté. Notre étude a révélé 20% de grossesses non désirées parmi les avortements spontanés. Cela est une autre conséquence de la faiblesse de la prévalence contraceptive [3].

4.3. Complications des avortements

Les complications hémorragiques et infectieuses ont concerné 3,48% des patientes reçues pour avortement. Ce taux est comparable à celui de Cisse [4] au Sénégal qui retrouvait 3%. Par contre Rash [18] en Tanzanie, Babigumira [2] en Ouganda ont trouvé respectivement des taux de 63% et 35%. La faible fréquence des avortements provoqués clandestins dans notre série et le bon fonctionnement des services de soins d'urgence pourraient être en faveur de nos chiffres.

4.4. Méthodes d'avortements provoqués clandestins

Les moyens d'avortement clandestin les plus utilisées étaient les méthodes chimiques dans plus de 95,83%. Cette méthode avait été octroyée par des tradipraticiens dans plus de 80% des cas. Nos résultats semblent divergents de ceux de Benie [3] en Cote d'Ivoire qui ont retrouvé que le misoprostol était le produit chimique le plus utilisé. Le misoprostol est utilisé en obstétrique pour diverses indications parmi lesquels le traitement médical de l'avortement incomplet [11]. Ce médicament semble être à la portée de nombreuses femmes surtout des adolescentes et il existe une forte proportion d'automédication. Il n'est pas exclu que certains tradithérapeutes utilisent cette molécule. L'utilisation du permanganate de potassium décrite par d'autres séries [15] s'expliquerait par son prix

relativement bas et la facilité pour les femmes de s'en procurer. Toutefois, son utilisation comme moyen abortif tend à diminuer. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ce produit engendre plus de dommages à l'utilisatrice sans pour autant provoquer l'interruption de la grossesse.

L'auto-avortement avait été réalisé par 20% des patientes de notre série. Iloki au Congo [12] trouvaient 44,80% d'auto-avortement. Compte tenu du caractère clandestin de l'avortement, l'auto-avortement est perçu comme un moyen discret car effectué sans le recours d'un tiers.

4.5. Aspects thérapeutiques

4.5.1. Soins d'urgence

L'aspiration manuelle intra utérine (AMIU) a été la technique d'évacuation la plus utilisée dans 60,56% des cas. Nos résultats sont inférieurs à ceux retrouvés par Ouattara [15] au CHU-YO de la même ville où l'AMIU est largement pratiqué. Ce résultat est probablement en rapport avec le fait que notre étude a été réalisée en périphérie de la ville où la technique de l'AMIU n'est pas encore totalement répandue. Aussi l'usage à but thérapeutique du misoprostol dans la plupart de nos hôpitaux dans le traitement de l'avortement incomplet pourrait expliquer le recul de l'AMIU.

4.5.2. Counseling et contraception après traitement d'urgence

Le counseling avait été réalisé chez 97,06% des patientes. Un counseling bien mené donne à la patiente des informations sur son état de santé, le plan des soins et le retour de sa fécondité. De plus, les patientes ont une meilleure connaissance sur les méthodes contraceptives. De nos résultats, il ressort que 34,76% des patientes avaient accepté d'utiliser une méthode contraceptive. Ce taux est comparable à ceux de Cisse [4] au Sénégal et Guillaume [10] en Côte d'Ivoire en 2003 qui trouvaient respectivement 33% et 34%. Beaucoup de femmes hésitent à adopter une méthode contraceptive immédiatement après un avortement surtout lorsque celui-ci s'est produit spontanément. La disponibilité, le faible coût et la facilité d'administration de la pilule font d'elle la méthode préférée comparativement au stérilet et à l'implant.

4.5.4. Lien avec les autres services de santé de la reproduction

Dans notre étude, 36,09% des patientes ont été orientées vers d'autres services de santé de la reproduction. Ce chiffre est supérieur à celui de Guillaume [10] et d'Iloki [12] qui trouvaient respectivement 24,35% et 8,25%. Les méthodes contraceptives n'étant pas disponibles dans les services des soins d'urgence, toutes les femmes

désireuses de contraception font l'objet de référence. En effet la totalité des patientes de notre échantillon qui avaient accepté d'utiliser une méthode contraceptive (34,73%) avaient été référées dans un service de planification familiale pour l'octroi de la méthode.

4.6. Aspects économiques

Les SAA coûtaient dans notre étude en moyenne 44 614,31 F CFA. Ce résultat est comparable à celui de Vlassof [19] en 2009 qui trouvait que le coût financier moyen des SAA en Afrique subsaharienne était de 44 500 F CFA. Les coûts directs de la prise en charge des avortements provoqués clandestins étaient de 43 060,13 F CFA. Ils étaient supérieurs à ceux des avortements spontanés qui étaient de 30 277,18 F CFA. L'étude de Gondo [9] en Côte d'Ivoire corrobore ce résultat et souligne que les avortements provoqués clandestins coûtaient entre 6014,2 F CFA et 56 275 F CFA. Babigumira [2] en Ouganda en 2011, trouvait un coût moyen de 58 500 F CFA pour l'avortement provoqué clandestin. Malgré la subvention étatique pour la prise en charge des urgences, l'avortement provoqué reste très coûteux pour la famille burkinabé et africaine. Un plaidoyer à ce niveau s'impose pour le repositionnement de la planification familiale en attendant la mise en place système de sécurité sociale. Rappelons que dans notre pays le salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) est de 33 139 F CFA, totalement inférieur au coût de la prise en charge d'un avortement provoqué clandestins.

5-CONCLUSION

L'avortement continu d'être un véritable problème de santé publique dans la ville de Ouagadougou. Les SAA occupent donc une place importante dans l'activité du district sanitaire de Bogodogo. Le renforcement des activités préventives telles l'éducation en santé de la reproduction et la vulgarisation des méthodes contraceptives constituent sans doute les meilleures pistes dans la lutte contre les avortements en attendant l'assouplissement de la législation en vigueur.

RÉFÉRENCES

- 1-Ahman E. and L. Shah.** Unsafe abortion: Global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000, 4ème édition, 2004. Genève: Organisation Mondiale de la santé.
- 2-Babigumira J B, Stergachis A, Veenstra D L, Gardner J S, Ngonzi J, Mukasa-Kivunike P and Garrison L P.** Estimating the costs of induced

abortion in Uganda: A model-based analysis. *BMC Public Health* 2011, 11:904

3-Bénié Bi Vroh J. Epidémiologie des avortements provoqués en Côte d'Ivoire. *Santé publique* 2012, volume 24, Hors série, Avril-Mai, pp. 67-76

4-Cissé C T, Diagne A, Faye E H O. Amélioration de la qualité des soins après avortement en zone rurale au Sénégal. *Cahier Santé* 2004 ; 14 : 245-50

5-Coffey P. The psychosocial determinants of induced abortion among a rural population in southern Togo. Paper presented at annual meeting of the national committee for international health, Washington D.C. June 1994.

6-Conde-Agudelo A, Belizan J M, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004. 192:342-349.

7-Coulibaly G L. Connaissances, attitudes et pratiques de l'avortement provoqué clandestin en Côte d'Ivoire. *Ass. Ivoir. pour le Bien-être Familial : XXVIe CIP à Marrakech*, 2009 : 124

8-Gastineau B, Razafiarison J. L'avortement à Madagascar. *Bulletin d'information sur la Population de Madagascar*. 2005 ; 3 : 1-6.

9-Gondo D, Abauleth R, Dagnan S, Beat S, Boni S, Bohoussou K. Le préjudice corporel et financier des avortements provoqués. A propos de 300 cas colligés dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de Cocody. *Méd Afriq Noire* 2005-52 (2)

10-Guillaume a. Contraception et avortement : deux modes de régulation de la fécondité à Abidjan (Côte d'Ivoire). 1^{ère} édition. Abidjan (Démographie) : CEPED, 2003 :4-10.

11-Henhen G. Biochimie 1^{er} cycle DEUG SNV PCEM Pharmacie. 1^{ère} édition. Dunod Paris 1995 ; 435 : 27-28

12-Iloki L, Zakouloulou-Massala A, Gbala-Sapoulou M V. Complication des avortements

clandestins : à propos de 221 cas observés au CHU de Brazzaville (Congo). *Méd Afriq Noire*. 1997 ; 44(5) : 262-264

13-Leive A, and Xu K. Coping with out-of-pocket health payments: empirical evidence from 15 African countries. *Bull World Health Organ*, 2008. 86(11): p. 849-856.

14-Onah H E, Ikeako L C, Iloabachie G C. Factors associated with the use of maternity services in Enugu, southeastern Nigeria. *Soc Sci Med*, 2006. 63(7): p. 1870-78.

15- Ouattara A, Somé AD, Ouattara S, Ouédraogo A, Ouédraogo CMR, Millogo/Traoré FD, Thieba/Bonané B, Lankoandé J. Soins après avortement: bilan de 11 ans de pratique au CHU Yalgado de Ouagadougou au Burkina Faso. *Journal de la SAGO*, 2011, vol. 12, n°2, p.24-29

16- Patton G C, Coffey C, Sawyer S M, Viner R M, Haller D M, Bose K, Vos T, Ferguson J, Mathers C D. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*, 2009. 374:881-892.

17-Population Council. Recherches opérationnelles sur les soins post-abortum: Progrès et défis. *Compte rendu d'une réunion mondiale*. New York, janvier 1998 ; 52p

18-Rasch V, Kipingili R. Unsafe abortion in urban and rural Tanzania: method, provider and consequences. *Trop Med Int Health*. 2009 sept; 14 (9): 1128-33

19-Vlassoff M, Walker D, Shearer J, Newlands D, Singh S. Estimates of Health Care System Costs of Unsafe Abortion in Africa and Latin America. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2009, 35(3):114-121

20-WHO. **Unsafe abortion:** Global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data, fifth edition, Geneva: WHO, 2008; 67p