



**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES SOINS APRES AVORTEMENT  
AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DEPARTEMENTAL DU BORGOU-  
ALIBORI**

**Tognifodé MV**, Tonato Bagnan A, Aboubakar M, Lokossou S, Ogoudjobi M, Perrin RX

Université d'Abomey Calavi, Faculté des Sciences et de la Santé, UAC/FSS Cotonou (Bénin)  
Correspondance: Dr TOGNIFODE Mèdessè Véronique. Assistant chef de clinique de gynécologie obstétrique,  
UAC/FSS, Cotonou (Bénin) 01 BP : 2238 Cotonou (BENIN) [verofode@yahoo.fr](mailto:verofode@yahoo.fr)

**RESUME**

**Introduction** : L'avortement constitue un problème de santé publique par sa fréquence et la gravité de ses complications. Cette situation a conduit le Bénin à introduire les soins après avortements dans les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence.

**Objectif** : Evaluer la connaissance l'attitude et la pratique des soins après avortement auprès des sage femmes et gynécologues de la maternité

**Cadre et méthode** : Etude transversale et descriptive à la Maternité du CHUD-B/A de Février à mai 2016. Seize (16) prestataires dont dix (10) sages-femmes et six (6) gynécologues ont été évalués sur 68 patientes présentant un avortement.

**Résultats** : la fréquence des avortements est de 7,9%. Les avortements spontanés restent les plus fréquents (61,7%). Les prestataires ayant le niveau de compétences théoriques requis sur les SAA représentent 61,7%. L'asepsie est respectée dans 83,8% des cas. L'AMIU reste la méthode d'évacuation utérine la plus utilisée (83,8%) suivie par le Misoprostol (16,2%). L'antibiothérapie et la prévention de l'allo-immunisation sont respectivement pratiquées dans 94,1% et 100%. Le counseling et la planification familiale ont été réalisés dans tous les cas d'avortement. Les services de santé de reproduction dont les patientes ont bénéficié sont : le service de gynécologie (68,1%) ; le dépistage du cancer du col (10,3%) ; le dépistage des IST (50%). L'implication de la communauté s'est faite dans tous les cas de prise en charge d'avortements. Nous n'avons enregistré aucune complication majeure ni aucun décès maternel.

**Conclusion** : la majorité des prestataires ont les connaissances requises par rapport aux SAA. La pratique des SAA à la maternité du CHUD-B/A répond presque entièrement aux normes requises. Cependant certains points importants restent encore à corriger.

**Mots clés** : soins après avortement, connaissance, attitude, pratique.

**ABSTRACT**

Knowledge, behaviour and practice of post-abortion care at the University Hospital of the Department of Borgou/Alibori

**Introduction:** Abortion is a public health problem by its frequency and the severity of its complications. This situation led Benin to introduce Post-Abortion Care in Emergency Obstetric and Neonatal Care.

**Objective:** To assess the knowledge, behaviour and practices of post-abortion care of midwives and gynecologists of the maternity hospital

**Framework and method:** A cross-sectional and descriptive study at CHUD-B / A maternity, carried out from February to May 2016. Sixteen (16) health providers, including ten (10) midwives and six (6) gynecologists, have been assessed on 68 patients with abortion.

**Results:** The frequency of abortions was 7.9%. Spontaneous abortions remained the most frequent (61.7%). Health providers with the required theoretical level of PAC accounted for 61.7%. Asepsis was observed in 83.8% of cases. MVA remains the most widely used method of uterine evacuation (83.8%), followed by Misoprostol (16.2%). Antibiotic therapy and prevention of alloimmunization are respectively carried out in 94.1% and 100% of cases. Counseling and family planning have been realized in all cases of abortion. The patients have had access to reproductive health services such as: the gynecology department (68.1%); cervical cancer screening (10.3%); screening for STIs (50%). The involvement of the community was effective in all cases of abortion management. There were neither major complications, nor maternal deaths.

**Conclusion:** the majority of providers have the knowledge required in relation to PAC. The practice of post-abortion care in the maternity of CHUD-B / A meets almost entirely the required standards. However, some important points remain to be addressed.

**Keywords:** post - abortion care, knowledge, behaviour, practice.

## INTRODUCTION

L'avortement constitue un problème de santé publique par sa fréquence et la gravité de ses complications. Dans le monde entier, 20 millions d'avortements à risque ont lieu chaque année et 70.000 femmes meurent chaque année suite aux complications d'un avortement à risque [1].

En vue de réduire la mortalité maternelle due à l'avortement, le Bénin a introduit les soins après avortement (SAA) dans les SONU à l'issue de la Conférence Francophone Régionale sur les SAA en 2002 à Dakar. Malgré ces différentes réformes, l'avortement et ses complications demeurent un problème majeur de santé publique dans nos maternités.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la connaissance, l'attitude et la pratique des soins après avortement auprès des sages-femmes et gynécologues de la maternité universitaire de Parakou.

## METHODE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude transversale et descriptive, réalisée sur une période de 3 mois, du 12 Février au 11 Mai 2016 portant sur les gynécologues et sages-femmes en service dans la maternité du CHUD-B/A, évalués sur 68 patientes présentant un avortement pendant la période de l'étude. Seront inclus dans cette étude les sages-femmes et gynécologues exerçant en salle d'accouchement de la maternité. Sont exclus les sages-femmes et gynécologues absentes ou indisponibles pendant la période d'étude, de même que les infirmières.

Il s'agit d'un échantillonnage exhaustif non probabiliste. Toute sage-femme et tout gynécologue du CHUD-B/A remplissant les critères de sélection ont été considérés dans notre étude. La collecte de données a été faite sur la base d'une observation directe et un interrogatoire.

Les données recueillies chez le personnel de santé ont été traitées avec confidentialité et dans le strict respect du secret médical. Les fiches d'enquêtes sont remplies dans l'anonymat à l'aide d'un code d'identification. La confidentialité des données recueillies a été assurée (questionnaire anonyme).

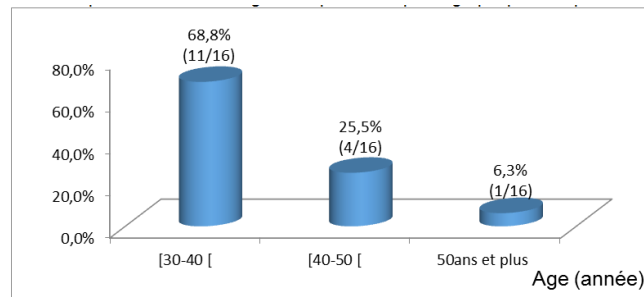
## RESULTATS

Les prestataires ayant participé à l'enquête sont constitués de 10 sages-femmes et de 6 médecins gynécologues.

## PROFIL SOCIO-PROFESSIONNEL DES PRESTATAIRES

### Age des prestataires

La répartition des prestataires selon l'âge est représentée par le graphique 1 ci-après.

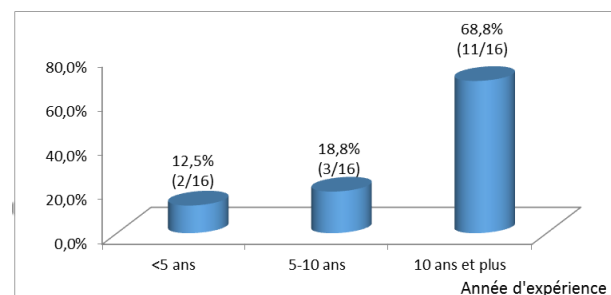


Graphique 1 : Répartition des prestataires selon l'âge

L'âge moyen des prestataires était de 38 ans  $\pm 6$  avec des extrêmes de 32 ans et de 53 ans

### Nombre d'années d'expérience professionnelle

Le nombre d'années d'expérience professionnelle est représenté sur le graphique 2 ci-après.



Graphique 2 : Répartition des prestataires selon le nombre d'années d'expérience professionnelle

Onze prestataires sur 16 soit 68,8% avaient au moins 10 ans d'expérience professionnelle avec une moyenne de 11,81 ans  $\pm 6,29$

### Nombre d'années de pratique des SAA

La moitié des prestataires soit 50% avait au moins 6 ans de pratique des SAA et environ 1/3 (37,5%) les pratiquait depuis moins d'un an. La moyenne est de 8 ans  $\pm 7,22$ .

### Religion des prestataires

Sur le plan religion, les prestataires catholiques étaient les plus nombreux avec une proportion de 56,2% suivis des prestataires musulmans (25,0%), puis des célestes avec 18,8%.

**CONNAISSANCES EN MATIERE DES SAA**

- Tous les prestataires enquêtés connaissent le thème : avortement. L'avortement a été défini comme l'expulsion spontané ou provoqué du produit de conception avant 28SA.
- La majorité des prestataires a reconnu qu'il existe une différence entre un avortement spontané et un avortement provoqué sur le plan juridique (87,5%) , de la réalisation (93,8%) , et des risques encourus (93,8%)
- Environ un tiers des prestataires (6 sur 16 soit 37,5%) ont reconnu que les SAA sont constituées de cinq éléments (traitement, counseling, planification familiale, transfert vers les autres services de santé de reproduction et partenariat avec la communauté).
- Les méthodes d'évacuation utérine citées par les prestataires à l'unanimité sont : l'AMIU, le curetage. Le curage et les prostaglandines ont été cités par 93,8 % des prestataires, tandis que 37,5% des prestataires ont mentionné la révision utérine.
- En ce qui concerne la PF après avortement tous les prestataires ont reconnu que sa mise en application permet d'éviter les avortements à répétition.
- Les soins d'urgence cités par tous les prestataires sont : l'évacuation utérine, l'antibiothérapie, la transfusion sanguine, le sérum anti-D et le VAT/SAT si besoin.

**OPINION DES PRESTATAIRES SUR L'AVORTEMENT**

- Face à un avortement provoqué, la moitié des prestataires éprouve de l'antipathie tandis que face à un avortement spontané la majorité (14 prestataires soit 87,0%) éprouve de l'empathie tandis que le reste n'éprouve aucun sentiment. Malgré l'antipathie que ressentent certains prestataires face à un avortement provoqué, ils sont tous favorables à sa prise en charge.

**PRATIQUE DES SOINS APRES AVORTEMENT**

Cette évaluation s'est déroulée sur 68 patientes.

**Préparation de la patiente :** Tous les gestes relatifs à la préparation de la patiente (accueil, information, écoute et soutien) ont été réalisés dans une proportion de 89,7 à 95,6% avec un

meilleur résultat pour le volet de l'accueil 95,6%.

**Préparation du prestataire :** Tous les prestataires ont mis l'équipement de protection et vérifié la stérilité du matériel. Par contre 11 prestataires sur les 68 patientes évaluées (soit 16,2%) n'ont pas respecté l'hygiène des mains.

**Examen initial de la patiente :** Le tableau I ci - après récapitule la fréquence des différentes étapes de l'examen des patientes

**Tableau I : Répartition de la fréquence de la pratique de l'étape de l'évaluation initiale de la patiente**

	<b>Geste fait N (%)</b>	<b>Geste non fait N (%)</b>	<b>Total N (%)</b>
Etat général	68 (100)	0	68 (100)
Age gestationnel déterminé	48 (70,6)	20 (29,4)	68 (100)
Recherche de douleur et métrorragies	56 (82,4)	12 (17,6)	68 (100)
Prise de la hauteur utérine	48 (70,6)	20 (29,4)	68 (100)
Pose du spéculum	60 (88,2)	8 (11,8)	68 (100)
Toucher vaginal	68 (100)	0	68 (100)
Recherche de lésions traumatiques	51 (75,0)	17 (25,0)	68 (100)
Diagnostic posé	68 (100)	0	68 (100)
Gravité appréciée	68 (100)	0	68 (100)
Echographie	19 (27,9)	49 (72,1)	68 (100)

Sur les 10 items appréciés et permettant l'examen initial de la patiente seulement 4 sur 10 items ont été évalués par les prestataires à 100%. Il s'agit de l'examen de l'état général, du toucher vaginal, de la connaissance du diagnostic et de l'appréciation de la gravité.

**Procédure d'évacuation :** Aucune patiente n'a bénéficié du curage, ni du curetage. Par contre 57 patientes sur les 68 soit 83,8% ont bénéficié de l'AMIU et de l'ocytocine. Les 11 patientes restantes quant à elles ont bénéficié du protocole de Misoprostol.

**Prise en charge des complications :** Sur les 68 patientes reçues 64 soit 94,1% ont bénéficié d'une antibiothérapie tandis que 13 patientes soit 19,1% ont été transfusées.

**Prise en charge de la douleur :** Les antispasmodiques/antalgiques ont été utilisés chez 52 patientes soit un pourcentage de 76,5%. L'anesthésie locale et l'anesthésie générale ont été respectivement utilisées chez 56 patientes (82,4%) et 1 patiente (1,5%).

**Taches après procédure :** Les étapes qui suivent l'évacuation utérine sont réparties dans ce tableau II selon leur fréquence

**Tableau II : Répartition de la fréquence de la pratique des étapes après procédure d'évacuation utérine**

	Geste fait N (%)	Geste non fait N (%)	Total N (%)
Examen produit de conception	60 (88,2)	8 (11,8)	68 (100)
Surveillance	68 (100)	0	68 (100)
Hospitalisation	38 (55,9)	30 (44,1)	68 (100)
SAT/VAT	50 (73,5)	18 (26,5)	68 (100)
Sérum anti-D	11 (16,2)	57 (83,8)	68 (100)
Examen anatomopathologique	12 (17,6)	56 (82,4)	68 (100)
Contrôle avant sortie	68 (100)	0	68 (100)
Ordonnance	68 (100)	0	68 (100)
Echographie de vacuité	17 (25,0)	51 (75,0)	68 (100)
Rendez-vous	68 (100)	0	68 (100)
Counseling	68 (100)	0	68 (100)

La surveillance, le contrôle avant la sortie, la prescription d'une ordonnance, le rendez-vous de suivi et le counseling ont été réalisés par tous les prestataires aux patientes. 82,4 % n'ont pas eu d'examen anatomopathologique ; 75% n'ont pas eu d'échographie de vacuité. Le sérum anti-D a été injecté à 11 patientes soit 16,2%.

**Orientation vers les offres des services de la santé de reproduction :** Les services de contraception ont été offerts à toutes les patientes. Nous avons relevé que 7 patientes sur 68, soit 10,3%, ont été orientées pour le dépistage du cancer du col. Et en ce qui concerne le dépistage des IST, la moitié des patientes a accepté de se faire dépister.

## DISCUSSION

### • Fréquence des avortements

Sur 854 grossesses enregistrées, 68 cas d'avortement ont été recensés soit une fréquence de 7,9%. Cette fréquence est comparable aux 8% trouvée par Touré en 2008 à Bamako [2].

La fréquence des avortements provoqués à risque est de 38,3% des cas dans notre étude.

Ce pourcentage est plus important que les fréquences retrouvées par d'autres études au Bénin : Sikirou à la CUGO (26,8%) en 2012 [3], Lokossou (27,6%) [4] en 2000. Elle se rapproche de la fréquence de Ky au Burkina Faso (32,3%) en 1998 [5]. Lors de notre étude l'avortement spontané représentait 61,7% des cas. Des taux supérieurs aux nôtres ont été rapportés par Touré, Lokossou et Ky qui sont respectivement 92% ; 72,3% ; 78,3% [2 ; 4 ; 5]. Mais Baeta au Togo relève une fréquence nettement inférieure à celle de notre étude 36,8% [6]. Il est vrai que dans notre contexte socio culturel, les patientes avouent rarement la tentative d'avortement clandestin.

### • Connaissances sur les SAA

Selon le Programme d'Appui de la Santé Maternelle et Infantile, le niveau de compétences théoriques requis est de 85% [8]. Dans notre étude, 11 prestataires (61,7%) ont atteint le niveau de compétences théoriques requis. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des prestataires de la maternité a en moyenne 8 ans d'expériences de pratique des soins après avortement. De plus la plupart possède de récentes informations sur les soins après avortement

### • Attitude

Très peu de prestataires soit 13% éprouve de l'empathie par rapport aux patientes admises pour avortement provoqué. Pourtant ces prestataires sont tous des éducateurs de santé et sont appelés à sensibiliser la population sur les dangers des avortements clandestins.

### • Pratique

Dans notre série, plus de la moitié des enquêtes soit 83,8% ont administré les soins en respectant l'asepsie. Bien que ce pourcentage soit élevé, il reste insatisfaisant car l'asepsie constitue un élément plus qu'indispensable dans l'administration des soins. Le manque d'asepsie est l'une des causes majeure d'infection d'où elle doit être pratiquée rigoureusement et selon les normes.

**Evaluation initiale de la patiente :** L'examen de la patiente est l'élément clé permettant d'infirmier ou de confirmer le diagnostic d'avortement. Dans notre série, nous constatons que tous les enquêtés ont examiné toutes les patientes reçues. Une échographie a été réalisée chez 19 patientes sur les 68 soit 27,9%. Ce taux est inférieur à celui trouvé à Dakar [9] qui est de 59,7%. Ceci peut

s'expliquer par l'indisponibilité quasi permanente de l'échographe en urgence.

**Evacuation utérine :** Au cours de notre étude l'évacuation utérine était réalisée le plus souvent par l'AMIU pour 83,8% des cas, puis avec le Misoprostol (16,2%). Nous n'avons enregistré aucune évacuation utérine par curage ou curetage. L'AMIU était plus souvent réalisé depuis 2004 en zone rurale à Dakar (56%) [10] et à la CUGO (54,5%) dans l'étude de Sikirou [3]. Mais malgré la variation des taux de fréquence, l'AMIU reste toujours la méthode d'évacuation utérine la plus utilisée. Car c'est une technique simple permettant l'évacuation complète et rapide des débris ovulaires avec un faible taux de complications.

**Antibiothérapie :** dans notre étude 94,1% des patientes ont reçu une antibiothérapie. Notre taux est supérieur à celui de Dakar [9] qui est de 57,7%. Ceci s'expliquerait par l'administration systématique des bêta lactamines même en absence de signes d'infection. En cas d'infection, cette molécule était associée au métronidazole. L'antibioprophylaxie serait sans doute à la base de la réduction des complications infectieuses.

**Prévention de l'allo immunisation :** Les 11 patientes de rhésus négatif enregistrées dans notre étude ont toutes reçues une injection de gammaglobuline anti-D. Notre résultat est superposable à celui de Dakar [9].

**Autres thérapies :** D'autres soins tels que l'administration des antispasmodiques/antalgiques (76,5%) ; l'anesthésie locale (82,4%) ; le sérum antitétanique (73,5%) ; l'administration des produits sanguins (19,1%) ont été prodigués aux patientes. Ces résultats sont inférieurs à ceux notés par l'étude Sandra à Djougou en 2015 (93,2% d'antispasmodiques, 28,8% de produits sanguins et 89,8% de SAT). [11]

**Counseling :** Toutes les patientes reçues pendant notre période d'étude ont bénéficié du counseling. Dans la plupart des hôpitaux on observe des taux avoisinants 100% de counseling [12]. Un bon counseling permet à la patiente de choisir un moyen de contraception sûr et efficace.

## REFERENCES

1. Organisation mondiale de la santé : Bibliothèque de l'OMS, Statistique sanitaire mondiale 2013 ; 172p.
2. Touré C.A. : Amélioration de la qualité des soins après avortement par la technique d'aspiration manuelle intra utérine au Centre de Santé de Référence de la Commune IV de Bamako. UNFPA, OMS, UNICEF; 2010. p. 1-87.

**Planification familiale :** Chaque patiente de cette étude a bénéficié des services de planification familiale. Et toutes ces patientes ont adopté une méthode de contraception.

**Référence vers un service de SR :** Sur 68 patientes, aucune n'a eu à réaliser un examen des seins, une mammographie ou une échographie mammaire. Une proportion de 10,3% soit 7 patientes a bénéficié d'un dépistage du cancer du col. On peut en déduire que les prestataires n'accordent pas d'importance au cancer du sein et du col. Par contre la moitié des patientes a bénéficié du dépistage des IST par l'examen clinique et la réalisation de test rapide du HIV.

**Mortalité et morbidité :** L'examen anatomopathologique du produit de conception n'a pas été demandé dans la majorité des cas (56 cas soit 82,4%) Dans notre série, 8,2% des patientes ont présenté une môle complète à l'examen anatomopathologique. Nous n'avons pas enregistré de complications majeures, ni aucun cas de décès maternel. Un décès sur 8 lié à la grossesse est dû à l'avortement à risque selon l'OMS [1]. Suite à l'étude de Perrin et al en 2000, les mêmes complications morbides se rencontrent au Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU/MEL) de Cotonou et dans le même ordre de fréquence. Le taux de létalité est de 17% [13].

## CONCLUSION

Notre étude a enregistré 68 cas d'avortements soit une fréquence de 7,9%. La majorité des prestataires ont les connaissances requises par rapport aux SAA. La pratique des SAA à la maternité du CHUD-B/A répond presque entièrement aux normes requises. L'AMIU est la méthode d'évacuation utérine la plus utilisée (83,8%). Cependant certains points importants restent encore à corriger. Il s'agit notamment du lien avec les autres services de santé de reproduction, de l'implication de la communauté (réduction des avortements clandestins et des grossesses non désirées) et du suivi des patientes en post abortum (échographie de vacuité et examen anatomopathologique). Par ailleurs, l'aseptie devrait être davantage respectée.

3. Institut National de la statistique au Bénin (web). The population development in Benin City population-statistics, maps & charts.2015; Consulté le 30-03-16. Disponible sur <http://www.citypopulation.de/php/Benin-admin.php?admi1id=04>
4. Lokossou A., Komongui D.G., Adisso S., Lombat Diback S.A., De Souza J., Perrin R. Evaluation de la PEC des avortements incomplets à la maternité de Cotonou. A propos des 495 cas d'avortements recensés. Les actes du 6ème congrès de la SAGO, 2000.
5. Ministère de la santé. Politiques et normes en matière de santé de la reproduction. Burkina Faso: UNFPA, OMS, UNICEF; 2010. p. 1-87.
6. Baeta S, Akpadza KS, Boukari AG, Wonegou KP. Les avortements provoqués clandestins à la maternité de Bé (Lomé – Togo) : aspects sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques en l'an 2001. 7ème congrès SAGO, SOMAGO II 2003
7. C.T. Cissé, K.G. Faye, J.CV. Moreau. Avortements du 1er trimestre au CHU de Dakar : Intérêt de l'Aspiration manuelle utérine ; Médecine Tropicale-2007-67-2-P163 ;
8. Programme d'Appui de la Santé Maternelle et Infantile (PASMI): Guide de Formation en soins obstétricaux et néonataux d'urgence SONU ; Guide du formateur septembre 2015
9. Sangari M., Faye E.O., Diouf A., Moreira P., Diadhiou F., Mortalité et morbidité liées aux avortements dans 4 sites de références dakaroises au Sénégal UCAD/CGO/CHU/Le Dantec et OMS HRP 1995 ; 50p
10. Delcroix M, Gomez C. : Interruption volontaire de grossesse (IVG) et interruption médicale de grossesse (IMG) Dans « Soins en Gynécologie-Obstétrique ». Editions MALOINE. Paris, 2005 ; 458p : 227.
11. Index Mundi. Benin profil population 2014. CIA Word - Version du Mars 31, 2015; Consulté le 26/4/16. Disponible sur <http://www.indexmundi.com/fr/benin/population-profil>.
12. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE). Tableau de bord social 2009. Cotonou: INSAE; 2010 Oct p. 192.
13. Adisso S : Soins après avortement. Analyse situationnelle au Bénin. Rapport final; 2003.