

Aspects épidémiologiques de l'Interruption Volontaire de Grossesse à Monastir, Tunisie

by

Letaief M. ¹, Bchir A. ¹, Belghith Z. ²,
Ben Salem K. ¹, Soltani MS. ¹

Summary

- *In Tunisia, a family planning program has been launched since 1966 and contributed to the improvement of socio-demographic indicators. However, induced abortion remains frequent.*
- *Our study aims to present socio-demographic characteristics, obstetrical profile, contraceptive use and mode of recourse to abortion among 597 women attending a family planning center.*
- *A prospective study was carried out during the first semester 1998 in Monastir, Tunisia. Information was collected by interviewers using a questionnaire.*
- *The mean age of the study population was 32 years $CI_{95\%}$ [31.5 – 32.5], 75% were below 36 years and have been married for a mean period of 10 years $CI_{95\%}$ [9.5 – 10.5]. 42.9% experienced one (30.0%) or more (12.9%) previous induced abortion.*

¹ Service de médecine préventive et d'épidémiologie, hôpital Fattouma Bourguiba Monastir – Tunisie.

² Centres de soins de santé de base, Monastir – Tunisie.

- *Contraceptive use one month before the conception showed that 61% of women had used several traditional contraceptive methods i.e rhythm by 43.4% $CI_{95\%}$ [35.1 – 51.7], withdrawal method by 12.1% $CI_{95\%}$ [9.4 – 14..9] and breast feeding by 5.1% $CI_{95\%}$ [3.3 – 6.9]. About 25% of women had used modern contraceptive methods: 11.1% $CI_{95\%}$ [8.65 – 13.6] a contraceptive pill, intra uterine device in 5.8% of cases $CI_{95\%}$ [3.9 – 7.7], only 5.3% $CI_{95\%}$ [3.5 – 7.1] reported use of condoms and other methods including spermicide and injectable contraceptive were used in 3.0% of cases. 14% declared not using any method.*
- *The most frequent reasons cited for not using any modern contraceptive method were: fear of side effects (42.0%), careless (19.0%), refuse (17.0%) and lack of information (12.0%)*
- *These results showed that many efforts should be deployed on knowledge about contraceptive use, couple involvement and on health service integration to improve the quality of care in reproductive health.*

Keywords

Induced abortion, reproductive health, Tunisia.

Introduction

Dans le monde, les interruptions volontaires de grossesse (IVG) constituent un problème de santé publique majeur. En effet, leur incidence est de 35-55 millions par an, avec environ 60 000 à 100 000 décès maternels par complications infectieuses ou hémorragiques (1, 2). Ces pratiques génèrent par ailleurs des dépenses importantes pour les systèmes de soins.

Certaines études ont montré que les IVG sont fréquentes dans les pays où il y a une mauvaise accessibilité aux méthodes contraceptives. En Tunisie, bien que le programme national de planification familiale, lancé depuis 1966, ait permis de contribuer à la baisse de l'indice synthétique de fécondité à 2,38 enfants, avec un indice d'accès aux méthodes contraceptives modernes très satisfaisant (100%) (1), l'IVG reste cependant assez fréquemment pratiquée. Toutefois, nous rappelons que la Tunisie est le pays arabe avec la législation la plus libérale en matière d'IVG, par le fait que l'avortement avant 12 semaines d'aménorrhée est libre et

gratuit dans les structures publiques depuis 1973, et sans autorisation préalable du conjoint.

Nous disposons de peu d'informations sur les femmes ayant eu recours à l'IVG, en particulier sur leurs caractéristiques socio-démographiques et obstétricales ainsi que leurs histoires contraceptives. Ces informations sont toutefois utiles pour adapter des actions spécifiques pour ce groupe cible.

C'est dans ce cadre que s'inscrit notre travail, dont l'objectif est de décrire les profils socio-démographique et obstétrical, les antécédents contraceptifs et les modalités du recours à l'IVG dans la région sanitaire de Monastir (Tunisie).

Matériels et méthodes

La région sanitaire de Monastir est située au centre Est du Sahel tunisien et compte environ 363901 habitants (5). La proportion de femmes mariées en âge de reproduction (FMAR) est de 14%, et le taux de natalité est de 20,05‰ (4).

Notre étude a eu lieu pendant le premier semestre de l'année 1998 et a touché uniquement les femmes originaires de la région de Monastir, se présentant consécutivement à la clinique de l'Office national de la famille et de la population. Cette dernière étant la seule structure publique de la région prenant en charge les femmes ayant recours à l'IVG non thérapeutique. Notons cependant les femmes peuvent aussi avoir recours aux gynécologues privés qui pratiquent librement l'IVG

L'outil d'investigation était une entrevue structurée basée sur un questionnaire. Ce dernier a été préalablement conçu par un comité multidisciplinaire avant d'être testé sur une centaine de femmes. Ce pré test nous a permis de réviser les validités d'apparence et de contenu de l'outil. Les items du questionnaire sont en rapport avec les caractéristiques socio-démographiques et obstétricales des femmes, leurs histoires contraceptives et les modalités de leurs recours à l'IVG. Le questionnaire était administré deux heures après l'IVG par des médecins stagiaires. Ces derniers devraient préalablement expliquer aux femmes la nature de l'étude ensuite demander leur consentement pour y participer, tout en garantissant la confidentialité de l'entrevue. Au total, 597 femmes ont été consécutivement interviewées. Aucune femme n'a refusé de participer à l'enquête.

Les données étaient ensuite codées, puis saisies sur le logiciel Epi info (version 6.04). L'analyse statistique était faite en utilisant le test du Chi carré et l'intervalle de confiance à 95%, pour un risque de 5%.

Résultats

1. Caractéristiques socio-démographiques et obstétricales: (Tableau 1)

L'étude des caractéristiques socio-démographiques et obstétricales nous montre que notre population d'étude avait un âge moyen de 32 ans $IC_{95\%}$ [31,5 – 32,5], les trois quarts avaient un âge inférieur ou égal à 36 ans. Par ailleurs la durée moyenne de mariage était de 10 ans $IC_{95\%}$ [9,5 – 10,5]. Plus de 40% des femmes interrogées étaient des «récidivistes» en matière de recours à l'IVG, dont 75% une fois et 25% deux fois ou plus. La proportion de femmes n'ayant pas d'enfants était de 6%, la moitié avait 3 enfants vivants et plus, et 25% avaient 4 enfants et plus. Concernant la profession, 53% étaient sans profession, 35% étaient des ouvrières, 10.3% sont des cadres. La profession des conjoints était proche de celle de la femme puisqu'ils étaient ouvriers dans 55% des cas ou cadres dans 17% des cas.

2. Connaissances et pratiques contraceptives

Dans la majorité des cas, la grossesse dont l'âge moyen était de 7 semaines $IC_{95\%}$ [6,8 – 7,16], n'était pas préalablement prévue. Néanmoins, huit femmes avaient programmé la grossesse au début mais elles avaient décidé d'y mettre fin pour des raisons de santé.

Par ailleurs, un mois avant la conception, nous avons noté que parmi les 597 femmes:

- 14.0% $IC_{95\%}$ [11.2 – 16.8] n'utilisaient aucune méthode contraceptive
- Des méthodes contraceptives traditionnelles ont été utilisées par 60.6% des femmes $IC_{95\%}$ [57.2 – 63.9]: la méthode dite du calendrier était utilisée par 43.4% des femmes $IC_{95\%}$ [35.1 – 51.7], le retrait (ou coït interrompu) par 12.1% des femmes $IC_{95\%}$ [9.4 – 14.9] et l'allaitement au sein 5.1% $IC_{95\%}$ [3.3 – 6.9].
- 25.3% $IC_{95\%}$ [21.8 – 28.8] des femmes utilisaient une méthode contraceptive moderne: 11.1% $IC_{95\%}$ [8.65 – 13.6] pour les contraceptifs oraux, 5.8% $IC_{95\%}$ [3.9 – 7.7] pour le dispositif intra utérin, 5.3% $IC_{95\%}$ [3.5 – 7.1] pour les préservatifs masculins, 2.7% pour les spermicides

TABLEAU 1
Caractéristiques socio-démographiques et obstétricales de la population de l'étude

Age en années (n = 597)	%	Profession (n = 594)	%
< 20	0.7	Sans profession	52.9
20-29	36.2	Ouvrière	34.8
30-39	53.5	cadre	10.3
≥ 40	9.6	Autres	2.0
Durée du mariage(n = 569)	%	Profession des maris (n = 567)	%
≤ 1 an	3.2	Sans profession	1.0
2-9	47.1	Ouvriers	58.6
10-20	46.2	cadre	23.9
> 20	3.5	Autres	16.5
Scolarité des femmes(n = 593)	%	Antécédents d'IVG (n = 597)	%
Analphabète	8.6	0	57.1
Primaire	48.2	1	29.1
Secondaire	37.3	2-3	12.6
Supérieure	5.9	≥ 4	1.3
Scolarité des maris(n = 568)	%	Nombre d'enfants vivants (n = 593)	%
Analphabètes	5.7	0	5.9
Primaire	39.6	1	11.6
Secondaire	42.1	2-3	47.6
Supérieure	12.6	≥ 4	34.9
Age de la grossesse (n = 566)	%	Parité (n = 595)	%
< 8 semaines	63.8	1	17.2
8-12 semaines	36.2	2-3	46.2
		≥ 4	36.6

IC_{95%} [1.4 – 4.0] et les contraceptifs injectables dans 0.4% des cas. Signalons pour le dispositif intra utérin le fait qu'il était le plus souvent retiré avant la grossesse pour des raisons de santé.

Les raisons du non-recours à une méthode contraceptive moderne pour le contrôle de la fertilité étaient variables, en effet nous avons qu'elles étaient dans:

- 41.0% des cas par peur des méthodes des effets indésirables,
- 19.0% des cas par négligence,
- 17.0% des cas par refus de la méthode,
- 12.0% des cas par mauvaises connaissances,
- 11.0% des cas pour problème de santé.

3. Modalités du recours à l'IVG

Les raisons du recours à l'IVG étaient surtout liées à des difficultés d'ordre financier (39%), la présence d'enfant encore jeune (30%) et /ou des difficultés de s'occuper d'un bébé (25%). La décision du recours à l'IVG était prise par le couple dans les deux tiers des cas. Le conjoint a souvent encouragé sa femme à se faire avorter (70%), il est resté hésitant dans 19% des cas ou indifférent dans 11% des cas.

Concernant l'attitude du personnel médical face aux femmes qui désiraient avoir recours à l'IVG, nous avons remarqué que le médecin traitant n'a été consulté que dans 15% des cas, alors que la sage-femme l'a été dans la majorité des cas (88%).

L'étude du vécu de la femme a montré que la majorité (93.3%) avait éprouvé un sentiment de soulagement immédiatement après l'IVG. Près de 40% désiraient avoir encore des enfants. Par ailleurs, 50% des femmes déclaraient ne plus recourir à l'IVG alors que 36% seraient prêtes à recommencer dans la même structure et 14% étaient sans opinion.

Discussion

Notre étude était du type prospectif portant sur un échantillon de femmes se présentant à un centre de planification familiale pour y subir une IVG. Bien que cette méthode a l'avantage de recueillir plus facilement l'information, il faut prendre en compte un biais de sélection, en rapport avec la possibilité que d'autres femmes vont recourir à des structures privées pour IVG. C'est ce qui peut rendre difficile la comparaison des résultats avec ceux d'autres pays. Les études sur la population générale sont plus onéreuses, et se heurtent le plus souvent à des difficultés socio-culturelles. Par ailleurs, notre outil de collecte de l'information était un questionnaire administré par des enquêteurs compte tenu du niveau d'instruction de la population de l'étude.

Par ailleurs, cette étude nous a permis de tracer un portrait robot, qui est celui d'une femme de la trentaine, d'un niveau scolaire primaire ou secondaire, de parité ≤ 3 dans les deux tiers des cas, n'ayant pas programmé une grossesse tout en ayant opté pour des méthodes contraceptives le plus souvent traditionnelles ou accessoirement sans contraception. Ce profil doit appeler à un renforcement des actions d'information éducation et communication (IEC) pour ces femmes pour une

promotion de leur santé reproductive en particulier leur meilleure adhésion aux méthodes contraceptives modernes.

Les méthodes contraceptives traditionnelles étaient plus utilisées ($p < 0, 01$) dans notre étude par comparaison avec les résultats de l'enquête tunisienne sur la santé de la mère et de l'enfant (5) (Tableau 2), à l'exception pour les contraceptifs oraux. Dans notre étude, ces derniers étaient utilisés par 11% des femmes et cet échec souligne le problème de leur bonne utilisation et de leur acceptabilité (6), ainsi que la nécessité du suivi médical. Ces mêmes remarques se justifient également pour les autres méthodes, en l'occurrence les dispositifs intra utérins et les préservatifs masculins.

TABLEAU 2
Comparaison de l'utilisation des méthodes contraceptives de notre étude avec celle de l'ETSME

Méthode utilisée	ETSME (N = 2481)	Notre étude (N = 597)	Signification statistique
Calendrier	12.2%	43.4%	P < 0.01
Retrait	4.2%	12.1%	P < 0.01
Contraceptifs oraux	12.2%	11.1%	NS
DIU	42.4%	5.8%	P < 0.01
Préservatifs	2.7%	5.3%	P < 0.01

N: taille de l'échantillon de l'étude

NS: différence non significative

ETSME: enquête tunisienne sur la santé de la mère et de l'enfant

Certains auteurs (7) expliquent le recours à l'IVG selon deux modèles. Dans le premier, les services de planification familiale sont disponibles avec une bonne prévalence contraceptive, et une grande motivation pour la limitation des naissances. Dans ce cas la femme va rechercher une alternative quand la contraception échoue et qu'une grossesse non désirée survienne. Dans le second modèle, l'IVG constitue l'une des solutions précoces pour la limitation des naissances. Le plus souvent elle fait suite à l'utilisation fréquente de méthodes contraceptives traditionnelles et/ou à une mauvaise utilisation des méthodes contraceptives modernes.

Pour la promotion de la santé reproductive, l'amélioration de la qualité des services de soins dans les structures offrant des services de planification familiale (8) est essentielle. En effet, différentes stratégies

devraient se compléter pour atteindre cet objectif, notamment par l'amélioration des connaissances de ces femmes, l'éducation sanitaire adaptées aux situations, et la meilleure intégration des services de santé sexuelle et reproductive en première ligne. Dans ce cadre l'implication des personnels de santé particulièrement le médecin de la santé publique est très nécessaire. Encore faut-il que ce dernier soit habilité en matière de counselling des femmes désireuses de contrôler leur fertilité (9, 10) ce qui nécessite une formation continue.

Afin d'améliorer l'adhésion aux méthodes contraceptives modernes, il serait également intéressant de prendre en considération les attentes et les préférences des femmes. C'est ainsi des études de la qualité de vie de ces femmes trouveront leur intérêt et feront mieux orienter les services en fonction du leur coût et de leur utilité.

Dans la prévention de ces grossesses non désirées un objectif ambitieux serait également d'envisager l'introduction de méthodes contraceptives d'urgence. Ces méthodes, parfois appelées post coïtales ou «pilule du lendemain» regroupent des méthodes qu'une femme pourrait utiliser à *posteriori* pour prévenir la grossesse. Ces méthodes ont été utilisées dans certains pays (11, 12) .Elles sont simples, efficaces et surtout offrant un contact supplémentaire permettant de mieux adapter l'utilisation des méthodes contraceptives. Un autre objectif ambitieux serait d'introduire la pilule abortive (RU 486) offrant en plus la possibilité d'intervenir en temps opportun.

Remerciements

Les auteurs remercient le personnel de l'ONFP de Monastir pour sa précieuse collaboration.

Résumé

- En Tunisie, bien qu'un programme de planification familiale soit lancé depuis 1966, avec un indice d'accès aux méthodes contraceptives moderne satisfaisant, les interruptions volontaires de grossesse (IVG) demeurent fréquemment pratiquées.
- L'objectif de ce travail était d'ébaucher un profil socio-démographique des femmes en demande d'IVG, de décrire quelques antécédents obstétricaux, de préciser une éventuelle pratique contraceptive juste avant l'IVG et de préciser les modalités de recours à l'IVG.

- Nous avons procédé par une étude prospective, ayant eu lieu à Monastir (Tunisie) pendant le premier semestre de l'année 1998. Le recueil de l'information était fait par des enquêteurs en se basant sur un questionnaire.
- L'âge moyen des femmes était de 32 ans IC_{95%} [31.5 – 32.5], 75% avaient un âge ≤ 36 ans et étaient en moyenne mariées depuis 10 ans IC_{95%} [9.5 – 10.5]. Plus de la moitié (57.1%) n'avaient pas d'antécédents d'IVG, 30.0% une fois et 12.9% deux fois.
- Un mois avant la conception, des méthodes contraceptives traditionnelles ont été utilisées par 61% des femmes. En effet, la méthode dite du calendrier était utilisée par 43.4% des femmes IC_{95%} [35.1 – 51.7], le retrait (ou coït interrompu) par 12.1% des femmes IC_{95%} [9.4 – 14.9] et l'allaitement au sein 5.1% IC_{95%} [3.3 – 6.9]. L'utilisation de méthode contraceptive moderne était rapportée par 25% des femmes: 11.1% IC_{95%} [8.65 – 13.6] pour les contraceptifs oraux, 5.8% IC_{95%} [3.9 – 7.7] pour le dispositif intra utérin, seulement 5.3% IC_{95%} [3.5 – 7.1] pour les préservatifs masculins et 3.0% pour d'autres méthodes dont les spermicides et les contraceptifs injectables. 14% des femmes déclaraient n'avoir utilisé aucune méthode.
- Les plus fréquents raisons du non-recours à une méthode contraceptive moderne pour le contrôle de la fertilité montrait que dans 41.0% des cas c'est par sentiment de peur d'effets indésirables, par négligence dans 19.0% des cas, par refus de la méthode dans 17.0% des cas et par mauvaises connaissances dans 12.0% des cas,
- Les résultats de notre étude soulignent l'importance d'une meilleure prise en charge des femmes en matière de connaissances et de pratiques contraceptives. La nécessité d'une prise en charge faisant mieux impliquer le couple et d'une intégration des soins de santé sexuelle et reproductive dans les activités du médecin.

Références

1. ROYSTON E, ARMSTRONG S. Deaths from abortion. In: Preventing Maternal Deaths. Geneva: World Health Organization, 1989.
2. HENSHAW S.K. Induced abortion: a world review. *Fam Plann Perspect* 1990; 22: 76-89.
3. République Tunisienne, Ministère de la Santé Publique, Office National de la Famille et de la Population: rapport de l'année 1995.
4. République Tunisienne, Institut National des Statistiques. Recensement de l'année 1994.
5. République Tunisienne, Ministère de la Santé Publique, Office National de la Famille et de la Population: enquête tunisienne sur la santé de la mère et de l'enfant en Tunisie, 1994.
6. LÄPPLE M. Interruption volontaire de grossesse, étude descriptive et quantitative des aspects psychologiques et psychosociaux. *Contracept Fert Sex* 1994; 22(2): 117-122.
7. UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special. Programme of research, development and research training in human reproduction. 1994; 29: 6.
8. SHIVO S, HEMMINKI E, KOSUNEN E, KOPONEN. Quality of care in abortion services in Finland. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998; 77(2): 210-217.
9. SÖDERBERG H, ANDERSON C, JANZON L, SJÖBERG N.O. Selection bias in a study on how women experienced induced abortion. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998; 77(1): 67-70.

10. LACHOWSKY M. Habitual abortions: psychogenic and/or induced psychopathology. *Contracept Fertil Sex* 1998; 26(10): 732-735.
11. TRUSSELL J, STEWART F, GUEST F, HATCHER R.A. Emergency contraceptive pills: a simple proposal to reduce unintended pregnancies. *Fam Plann Perspect* 1992; 24: 269-273.
12. MISAGOC, FONSECA W, CORREIA L, FERNANDEZ L.M, CAMPBELL O. Determinants of abortion among women admitted to hospitals in Fortaleza, North Eastern Brazil. *Internat J Epidemiol* 1998; 27: 833-840.