

SIGLES ET ABREVIATIONS

A.M.I.U:	Aspiration Manuelle Intra-Utérine
A.S.P :	Radiographie de l'Abdomen Sans Préparation.
C.H.U :	Centre Hospitalier et Universitaire.
CNTS :	Centre National de Transfusion Sanguine
C.P.N :	Consultation Périnatale.
C.S.COM :	Centre de Santé Communautaire.
F.F.I :	Faisant Fonction d'Interne.
G.N.D :	Grossesse Non Désirée.
GESTA :	Gestion du Travail d'Accouchement
I.N.C.M:	Institut Nationale de Conseil en Management
≤:	Inférieure ou égale.
I.V.G :	Interruption Volontaire de Grossesse.
O.R.L :	OtoRhino Laryngologie.
P.E.V :	Programme Elargi de Vaccination.
P.F :	Planification Familiale.
P.M.I :	Protection Maternelle et Infantile.
P.T.M.E :	Prévention de la Transmission Mère Enfant.
S.A.A :	Soins Après Avortement.
SAGO :	Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique
U.S.A.C:	Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseil

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	1
II.	OBJECTIFS	4
III.	GENERALITES	5
IV.	METHODOLOGIE	40
V.	RESULTATS	47
VI.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION	72
VII.	CONCLUSION	83
VIII.	RECOMMANDATIONS	84
IX.	REFERENCES	85
X.	ANNEXES	88

I. INTRODUCTION

L'avortement provoqué a été et demeure un problème de santé publique considérable dans le monde entier. Il existe selon les circonstances deux grands types d'avortements provoqués [24].

- Les avortements provoqués légaux ou thérapeutiques qui s'opèrent dans des conditions définies par la loi et bénéficient à cet effet d'un support médical.

- Les avortements provoqués illégaux ou clandestins qui par contre se pratiquent dans l'illégalité, par des personnes non qualifiées et dans des conditions dépourvues d'asepsie.

Selon un récent rapport de L'OMS, 910.000 conceptions ont lieu chaque jour dont 50% non planifiées et 25% non voulues ; 53.000.000 de grossesses sont interrompues chaque année ; 1/3 de ces avortements sont pratiqués dans une mauvaise condition, dans un climat hostile avec environ 50.000 à 100.000 décès par an [29]. Environ 72% de la population mondiale vit dans des pays où l'avortement est autorisé en cas de viol ou d'inceste ou pour sauvegarder la vie de la femme comme dans les pays francophones d'Afrique sub saharienne [27].

Selon une publication du centre pour le droit et les politiques de santé reproductive de 2001, environ 26% de la population mondiale vit dans les pays où l'avortement est interdit, dont le Mali ; et 62% dans les pays où l'avortement est autorisé avec ou sans restriction particulière [27].

Les taux d'avortements diminuent lorsque s'accroît l'utilisation des méthodes contraceptives.

Au Kazakhstan de 1988 à 1995 lorsque l'utilisation de la contraception orale et du DIU a augmenté de 32% le taux d'avortement a diminué de 15% [27].

Au Mali pour la période de 1990 à 2000, le taux de mortalité maternelle variait de 500 à 600 décès pour 100.000 naissances vivantes [2] ; autrement dit, une femme sur 24 court un risque de décéder pour cause de maternité pendant les âges de procréations. L'avortement provoqué

clandestin expose à des complications dramatiques souvent incurables voire mortelles et représente 13% des causes de mortalité maternelle [27].

La très grande fréquence des complications amène les femmes à solliciter les soins après un avortement provoqué clandestin.

Ces soins « consomment » une très grande partie des ressources hospitalière d'un pays en voie de développement non seulement par le coût des médicaments, mais aussi par le nombre de jours d'hospitalisation [27].

Plusieurs raisons expliquent ces taux élevés d'avortements provoqués : entre autres le viol, la non maîtrise de la contraception, le célibat, l'abandon du partenaire, instabilité conjugale, les problèmes financiers et religieux ; la mauvaise information sur la sexualité, le caractère sociodémographique, les coutumes, la non reconnaissance de la paternité et l'adultère [27].

L'avortement provoqué clandestin reste toujours un problème d'actualité compromettant la santé de la reproduction principalement dans les pays en développement dont le Mali.

Les études hospitalières à elles seules ne peuvent pas mesurer l'ampleur de l'avortement provoqué clandestin car elles excluent celles qui n'ont pas accès aux structures hospitalières à cause du coût, de la distance, de la pudeur, de la peur ; en plus de celles qui sont décédées dans les communautés et celles qui n'ont pas été traitées [2].

Pourtant, une meilleure connaissance des méthodes contraceptives permet de prévenir les avortements provoqués clandestins.

Au Mali, l'aspect juridique est donné par les articles 170 ; 171 ; 172 du code pénal qui stipule : « quiconque par aliment, breuvage, médicament, manœuvre, violence ou par tout autre moyen procure ou tente de procurer l'avortement d'une femme enceinte, qu'elle ait consenti ou non est puni d'un emprisonnement de 1 à 5 ans plus une amende de 150.000 à 500.000.000 FCFA ».

Malgré cette loi très répressive, le nombre de complications des avortements provoqués clandestins colligés dans les structures hospitalières ne fait que croître. Aussi avons-nous décidé de faire une étude

Avortements Provoqués clandestins : complications colligées au C S Réf- CV

portant sur les complications de ces avortements provoqués clandestins
avec comme objectifs :

II. OBJECTIFS

1. Objectif Général :

Etudier les avortements provoqués clandestins au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des complications des avortements provoqués clandestins.
- Déterminer le profil sociodémographique des femmes qui ont recours à l'avortement provoqué clandestin.
- Etudier les complications des avortements provoqués clandestins.
- Evaluer la prise en charge de l'avortement provoqué clandestin et le coût.

III. GENERALITES

A. Définitions :

1. Définition de l'avortement :

L'avortement est l'interruption de la grossesse avant que le fœtus ne soit viable, c'est-à-dire capable de mener une vie extra utérine indépendante [27]. C'est théoriquement l'expulsion du fœtus avant le 180^{ème} jour de grossesse, date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé pouvoir continuer à vivre et à se développer [27]. Ce critère manque de base pratique puisqu'il est généralement impossible de fixer avec certitude le jour de fécondation. Donc il est à retenir que la définition de l'avortement varie selon les pays en fonction de leur degré de progrès en néonatalogie.

2. Définition de l'avortement Spontané :

C'est l'avortement qui survient de lui-même en dehors de toute entreprise locale ou générale volontaire. C'est également l'interruption involontaire de la grossesse avant la viabilité fœtale. Soit 22 semaines d'aménorrhée ou de tout fœtus dont le poids est inférieur à 500 grammes [27].

3. Définition de l'avortement provoqué :

C'est l'interruption volontaire de la grossesse sans nécessité médicale ; suite à des manœuvres instrumentales, d'actions médicamenteuses ou traumatisantes. [27].

4. Définition de l'avortement thérapeutique :

C'est l'interruption de la grossesse décidée par le médecin pour une raison médicale ; il peut être :

1. Eugénique : c'est lorsqu'il existe une malformation fœtale reconnue ou suspectée.
2. Il peut se faire pour sauvetage maternel : si l'évolution de la grossesse engendrera un risque majeur pour la santé ou la vie de la mère [27].

5. Définition de l'avortement à risque :

Selon L'OMS : l'avortement à risque est défini comme : « une intervention visant à interrompre une grossesse non désirée soit par des personnes qui ne possèdent pas les compétences nécessaires, soit dans un contexte où les conditions sanitaires minimales n'existent pas ou les deux à la fois » [21].

6. Définition de l'avortement à répétition :

Selon L'OMS c'est la survenue de deux avortements spontanés ou plus ; consécutifs chez une même patiente [27].

B. Rappels historiques :

« La pratique de l'avortement est fort ancienne dans le temps. La première référence semble être celle découverte dans les archives royales de la Chine, elle remonte à 3000 ans avant Jésus christ. Les sommités anciennes autorisaient l'avortement, ou ne la sanctionnaient que légèrement. La condamnation de l'avortement apparaît avec semble-t-il la religion Chrétienne » [27].

L'avortement est l'une des vieilles méthodes pour empêcher les naissances non souhaitées. Jusqu'à une date récente c'était également l'une des plus dangereuses.

Il était fréquent en Grèce en Rome antique. IL était assez rare chez les Egyptiens et était sévèrement puni chez les Perses [27]. Dans la Rome antique, l'avortement se faisait avec les agents chimiques pris par voie orale (d'ordinaire des purgatifs forts), des injections (souvent des produits caustiques) et le curetage. Hippocrate aurait conseillé à une femme de sauter en l'air en se frappant les hanches de ses talons pour provoquer l'avortement [27].

En Afrique selon les anthropologues, l'avortement se pratiquait déjà chez les peuples primitifs pour des raisons sociales, religieuses et personnelles. Les femmes utilisaient des méthodes d'avortements grossiers traumatisants et souvent inefficaces.

Elles ne survivaient toujours à ce traitement et en cas d'échec les nouveaux nés présentaient des malformations.

Selon les états, les lois, sont basés sur plusieurs facteurs incluant les mœurs, la religion et l'attitude du Gouvernement envers les naissances. L'avortement était la méthode la plus utilisée pour la régulation de la fécondité dans le monde [27].

Ces dernières années on note une tendance à la libéralisation.

C. Embryologie de la grossesse :

1. La fécondation : C'est la pénétration du spermatozoïde dans l'ovule.

- L'ovule est une cellule haploïde qui a terminé sa première division juste avant l'ovulation avec expulsion du premier globule polaire.

Le spermatozoïde est une cellule haploïde munie d'un flagelle qui lui permet de se déplacer.

La fécondation a lieu généralement au niveau du 1/3 externe de la trompe dans l'ampoule tubaire. A ce niveau plusieurs spermatozoïdes entourent l'ovule et secrètent la hyaluronidase.

Un spermatozoïde pénètre dans l'ovule dès lors il y a une interdiction aux autres de pénétrer.

- L'ovocyte termine sa deuxième division par l'expulsion du deuxième globule polaire. En ce moment on a deux noyaux : le pronucléus mâle et le pronucléus femelle qui fusionnent pour donner une cellule diploïde.

2. Le développement de l'œuf :

a) Première semaine : (la migration la segmentation et la nidation).

Le produit de conception va migrer pendant trois à quatre jours tout en se divisant en deux puis en quatre, ensuite en huit cellules égales appelées blastomères.

Cette migration est sous l'influence :

- Des hormones ovariennes.
- Des mouvements péristaltiques de la trompe.

- Des mouvements des cils vibratiles de l'épithélium tubaire.

On observe alors des petites cellules : les micromères qui entourent les grosses cellules appelées macromères : c'est le stade de morula constitué de l'embryomère formé par les macromères et du trophoblaste ; la morula se transforme en blastocyte avec une fente appelée blastocèle. L'œuf va ensuite se diviser et pénétrer dans la muqueuse utérine en 6 à 7 jours après la fécondation : c'est la nidation. Pour cela il faut une préparation préalable de l'endomètre qui prend un aspect caractéristique en dent de scie : c'est la dentelle endométriale. Et cela, sous l'effet des hormones ovariennes.

Après la nidation, l'endomètre prend le non de caduque et le trophoblaste se divise en syncytiotrophoblaste (couche externe) et en cytotrophoblaste (couche interne). Ces deux sont à l'origine du placenta.

b. La deuxième semaine :

Elle est marquée par la transformation du blastocyte en un disque embryonnaire qui se différencie en deux couches :

- L'une profonde appelée endoblaste.
- L'autre superficielle appelée ectoblaste.

Constituant un disque didermique au sein du quel apparaît le coelome embryonnaire qui est constitué d'un tissu mésenchymateux.

Ensuite il y a formation du lecitocèle ou cavité vitelline à la partie profonde de endoblaste ; alors qu'entre le cytotrophoblaste et l'ectoblaste s'est déjà creusée la cavité amniotique.

c. La troisième semaine :

Le disque embryonnaire didermique se transforme en un disque tri dermique avec la mise en place du mésoblaste. Le système nerveux commence à se différencier à partir de l'ectoblaste.

Les premiers îlots sanguins primitifs apparaissent dans le mésenchyme extra embryonnaire.

Le diverticule allantoïdien de nature endoblastique se forme à l'union de la partie caudale du disque et du lecitocèle secondaire. Les gonocytes font leur apparition dans le mésenchyme extra embryonnaire.

d. La quatrième semaine :

Le corps de l'embryon se constitue, le disque qui avait au paravent une forme ovale va devenir plus large en avant et en arrière et plus étroit au milieu, prenant ainsi la forme d'une « semelle de chaussure ». Il devient alors tubulaire en s'enroulant sur lui même autour d'un axe transversal et autour d'un axe céphalo caudale antéro postérieure, la cavité amniotique s'agrandit et entoure l'embryon. Le lecitocèle s'étrangle et se divise en deux parties : la vésicule ombilicale et l'intestin primitif relies entre eux par le canal vitellin.

L'allantoïde progresse dans la cavité embryonnaire accompagnée d'une émanation du mésenchyme ; origine des vaisseaux ombilicaux allantoïdiens. Ceux ci s'anastomosent au réseau vasculaire né dans les villosités pour former la circulation foeto-placentaire.

e. Entre la quatrième et la huitième semaine :

C'est la période de la formation des différents organes (période embryonnaire). Chacun des trois feuillets amorce sa propre différenciation en un certain nombre de tissus spécifiques et d'organes :

- L'endoblaste donnera l'appareil digestif et l'appareil respiratoire.
- Le mésoblaste donnera naissance à l'appareil rénal et l'appareil circulatoire, les muscles, les squelettes et les tissus conjonctifs.
- L'ectoblaste donnera le tissu nerveux et les téguments.

f. Le deuxième mois :

La morphologie de l'embryon se transforme par développement des membranes, des oreilles des yeux, du nez, de toutes les membranes.

La fin de cette période est marquée par la disparition du coelome externe, effacé par le développement de la cavité amniotique. Seul persistera les vaisseaux sanguins appelés désormais vaisseaux ombilicaux.

A la fin du deuxième mois l'embryon prend le non de fœtus et on passe de la phase embryonnaire à la phase fœtale. Le fœtus mesure 3 centimètres et a déjà une apparence humaine.

g. Du début du troisième mois à la fin du sixième mois :

Cette période est marquée par des phénomènes de croissances, de différenciations et de maturations de toutes les ébauches d'organes déjà en place. A la fin du sixième mois, le fœtus est théoriquement viable.

D. Diagnostic de l'avortement provoqué clandestin :

1. Diagnostic positif :

a. Les circonstances de découverte :

La découverte d'un avortement provoqué clandestin est très souvent difficile car les patientes n'avouent pas le caractère volontaire de l'acte. Seul un examen clinique rigoureux pourra mettre en évidence les complications ou parfois les traces des manœuvres abortives.

b. L'interrogatoire :

Il retrouve très souvent :

- La notion d'aménorrhée.
- La douleur pelvienne à type de contractions utérines ou de colique.
- Des métrorragies d'abondances variables.
- Parfois la fièvre ou autres signes de complications.

c. L'examen physique :

- La pâleur conjonctivale dont le degré varie avec l'abondance de l'hémorragie.
- L'examen des seins objective une tension mammaire avec souvent une hyperpigmentation aréolaire (aspect gravidique des seins).
- L'abdomen peut être sensible, tendu, ballonné, contracturé ; mais un examen abdominal normal est aussi fréquent.
- La vulve peut être propre ou souillée de sang.

Au spéculum le col est ouvert avec souvent la visualisation du produit de conception ou des débris ovulaires dans le vagin.

- Au toucher vaginal : le col est court, ramolli, ouvert avec parfois des lésions traumatiques ; le corps utérin est augmenté de volume mais inférieur à l'âge théorique de la grossesse.

d. Les examens complémentaires :

- Groupage rhésus : En cas d'éventuelle transfusion et ou à la recherche d'un rhésus négatif.
- Taux d'hémoglobine : Pour voir s'il y a anémie ou pas.
- Le dosage répété de bêta HCG : Renseigne sur l'évolution de la grossesse.
- L'échographie : C'est surtout une échographie de vitalité et de vacuité.

2. Diagnostic différentiel :

Le diagnostic différentiel se pose avec les causes d'hémorragies du premier trimestre (Grossesse molaire ; grossesse extra utérine ; avortement spontané etc.).

a. L'avortement spontané :

C'est une interruption involontaire de la grossesse avec peu ou pas de complication.

b. La grossesse molaire :

Ici, le sang est rouge vif, l'utérus est plus gros que l'âge présumé de la grossesse. On note parfois une émission de vésicules. L'échographie note une image en grappe de raisin ou en tempête de neige. Les dosages hormonaux montrent une élévation excessive des bêtas HCG.

c. La grossesse extra utérine :

C'est des métrorragies sépia, l'utérus est plus petit que l'âge de la grossesse, avec souvent perception d'une masse latéro-utérine contenant un embryon, si elle n'est pas rompue.

d. Les hémorragies non gravidiques :

Avec comme exemple le corps jaune hémorragique

E. Les méthodes utilisées pour avorter :

Vieille pratique, l'avortement provoqué peut s'effectuer par des techniques aussi multiples que variées. Le choix de la méthode semble dépendre de l'âge de la grossesse.

1. Les méthodes pharmacologiques :

C'est l'utilisation de produit par voie générale ou locale dans le but de provoquer des contractions utérines, l'ouverture du col et l'expulsion du produit de conception : c'est le « mini accouchement ». Il utilise :

- Le sérum salé hypertonique :

On fait une amniocentèse trans- abdominale, on aspire 100 à 200 ml de liquide amniotique que l'on remplace par une quantité équivalente de sérum salé hypertonique (solution de Na cl à 20%). Le délai entre l'injection du liquide et l'expulsion du fœtus est raccourci par l'utilisation préalable de lamineuses ou d'ocytociques. L'emploi de cette méthode est difficile avant 16 semaines d'aménorrhée.

Le risque est l'hyper natrémie pouvant aggraver une pathologie cardiaque ou rénale préexistante.

- L'urée :

Actuellement la solution de Na cl 20% est remplacée par l'urée à cause de son efficacité.

- Les prostaglandines :

Elles sont actuellement les plus utilisées pour l'interruption volontaire de la grossesse, il existe plusieurs voies d'utilisation.

- La voie intra amniotique :

L'injection de prostaglandine se fait après amniocentèse. La durée moyenne entre l'injection et l'expulsion est de 15 à 20 heures. Leur effet est prolongé car le liquide amniotique est dépourvu d'enzymes dégradant les prostaglandines, donc il y a peu d'effets secondaires.

- La voie extra- amniotique :

Après avoir désinfecté le col de l'utérus, on introduit une sonde jusqu'à

l'espace extra amniotique, on injecte 40 mg de prostaglandine très lentement et là le produit sera en contact direct avec le myomètre.

L'injection peut se faire :

°De façon discontinue intermittente à des doses de 0,75 mg/heure ou 5 mg/heure.

°De façon continue en perfusion de 0,5 mg/heure.

- La voie intra cervicale :

Après désinfection du col, on pique une perfusion dans sa lèvre antérieure fixée par un point de suture. On branche une perfusion de prostaglandines à 20 mg dans 250 ml de sérum physiologique, le produit diffuse dans la paroi utérine à 15 - 20 ml/heure. Cette perfusion est réglée par une pompe automatique.

L'avortement est obtenu en 48 heures dans 94% des cas avec une durée moyenne de 15 à 20 heures.

- La voie vaginale :

C'est l'utilisation de Nalador par voie intra musculaire et des ovules de cervagène en une ou deux applications et l'expulsion se fait en 24- 48 heures.

- La voie veineuse :

Ancienne méthode abandonnée à cause des effets secondaires :

Le RU486 (mifèpristone) est une antiprogestérone, utilisée à des doses de 400 à 800 mg avant 49 jours d'aménorrhée, provoque l'interruption de grossesse dans 85% des cas sans nécessité d'évacuation utérine. Associé aux ovules de cervagène, le taux de succès est voisin de 95%.

Aussi l'association RU486 (Mifèpristone où MifègyneR) et le misoprostol (cytotec) donne de très bons résultats avec très peu d'effets secondaires.

2. L'introduction de corps étrangers dans l'utérus :

Il s'agit dans la majorité des cas d'un perfuseur introduit dans l'utérus par le col. Il provoque l'expulsion du fœtus par une réaction inflammatoire locale. Elle est très dangereuse avec le risque d'infection, de perforation utérine voire des anses grêles ; source de péritonites. Elle est pratiquée par le

personnel subalterne et paramédical sous l'ignorance des complications pouvant en résulter.

3. La régulation menstruelle :

Elle s'effectue par l'utilisation de la méthode Karman avec la canule n°6 ou un curetage très précieux et cela avant la positivité des réactions biologiques de grossesse. Cette méthode peut être proposée en cas de viol d'inceste, d'erreur de contraception. Elle est actuellement abandonnée en raison de l'efficacité des méthodes de contraception d'urgence.

4. Hystérotomie :

Méthode exceptionnelle, est indiquée surtout au deuxième trimestre. Après laparotomie (médiane ou pflannentiel) sous anesthésie générale ; on fait une incision verticale médiane de la face antérieure du corps de l'utérus, de 5 cm de longueur environ puisque le segment inférieure n'est pas formée à ce terme. Après l'expulsion ovulaire, on fait un curage digital. L'utérus est referme en deux plans comme pour toute hystérotomie. Le risque de cette méthode vient du fait que la présence de la cicatrice utérine assombrit le pronostic obstétrical ultérieur de la femme.

5. Aspiration :

Les organismes sanitaires internationaux recommandent l'utilisation de l'aspiration manuelle intra utérine à cause de son caractère peu traumatique, de son efficacité et de sa sécurité bien prouvée, des taux minimes de complications, de la réduction des ressources hospitalières et de l'interruption des activités quotidiennes de préférence en cas d'avortement dans le premier trimestre : Utiliser l'aspirateur de Karman.

Après un examen minutieux, l'opérateur prépare la seringue ainsi que la canule appropriée (prendre plusieurs canules de diamètre voisin). Désinfecter la vulve avec une solution antiseptique ; placer le spéculum et saisir la lèvre antérieure du col avec un tenaculum ou une pince de pozzi. Tirer doucement sur le col pour aligner la cavité de l'endomètre avec le

canal en do cervical, ceci facilite l'introduction de la canule. La dilatation du col n'est pas indispensable ; sous une traction douce, insérer la canule à travers le col jusque dans la cavité utérine : La résistance de l'orifice interne du col est alors vaincue. En tenant la canule entre le pouce et l'index, avancer dans la cavité utérine jusqu'à ce que la canule touche le fond de l'utérus, noter la profondeur de la cavité utérine par des points de repère sur la canule (hystéromètre par canule).

Après avoir repéré le fond de l'utérus, retirer la canule mais pas complètement hors de la cavité utérine (1cm environ). Attachez-y la seringue pré chargée en tenant le tenaculum et l'extrémité distale de la canule dans une main et la seringue dans l'autre. En ce moment, il est important de s'assurer que la canule n'avance pas plus dans l'utérus pendant l'attache de la seringue ; elle pourrait perforer ce dernier. Ramener le pinçon de la valve sur la seringue pour amener le vide à travers la canule jusqu'à la cavité utérine. Caillots, débris et bulles s'écoulent par la canule vers la seringue. Evacuer tous les débris de conception retenus en tournant doucement la seringue (utilisant la position de l'aiguille d'une montre à 10 heures à douze heures) en la déplaçant doucement et lentement par un mouvement de va-et-vient dans la cavité utérine. Ne jamais saisir la seringue par le bras du piston pendant que la canule est dans l'utérus. Vérifier que tout est bien terminé. La vacuité utérine est obtenue quand :

- Une mousse rouge ou rose apparaît et il n'y a plus de tissu dans la canule.
- Une sensation de granulé est sentie : la canule touche la surface de l'utérus évacué.
- L'utérus se contracte et le col serre la canule rendant ainsi difficile le mouvement de va et –vient. Retirer alors la seringue et la canule. Retirer le spéculum et le tenaculum.

Faire un examen bi manuel pour vérifier la taille et la fermeté de l'utérus. Inspecter rapidement les tissus évacués de l'utérus. Fixé et envoyer le produits de conception pour un examen anatomopathologique.

6. Le curetage :

Il utilise une curette mousse et à défaut une curette tranchante ; il présente certains risques majeurs dont la perforation utérine et les synéchies utérines.

Il se pratique comme suit :

Faire vider la vessie par une miction ou un sondage urinaire. Confirmer le volume et la position de l'utérus. S'assurer que le matériel est complet et à disposition : Les curettes, le spéculum, le tenaculum, les pinces à cœur, une seringue. Administrer un antalgique et un anesthésique locale ou de préférence générale. La patiente se met en position gynécologique. L'opérateur nettoie la vulve et place un spéculum. Il tient la lèvre antérieure du col avec le tenaculum. Il insère un hystéromètre pour mesurer la longueur et la direction de l'utérus tout en sachant qu'en cas d'infection, le fond utérin peut être mou et facilement perforé.

Il prend des débris avec les pinces à cœur et curette avec douceur chaque paroi et angle de l'utérus. S'assurer qu'il y a plus de débris dans la cavité :

La vacuité est obtenue si :

- Le col se rétracte sur la curette.
- Il y'a plus de débris.
- Le sang mousse.
- Une sensation de granuler est perçue.

S'assurer qu'il n'y a plus de saignement vaginal excessif.

Retirer le spéculum et la pince de Pozzi.

7. Les différentes méthodes d'avortement selon le terme de la grossesse :

a. De 4 à 7 semaines d'aménorrhée :

Avortement médicamenteux :

- 200 à 600mg de mifépristone + 400 à 600mg de misoprostol (cytotec).
- Ou aspiration électrique ou manuelle précédée ou non d'un dilatateur (mifépristone 200mg ou misoprostol 400mg).

b. De 7 à 9 Semaines d'aménorrhée :

Avortement médicamenteux :

- 200 à 600mg de mifèpristone + 400 à 600mg de misoprostol du géméprost.
- Ou aspiration électrique ou manuelle précédée ou non d'un dilateur (mifèpristone 200mg ou misoprostol 400mg).

c. De 9 à 14/15 Semaines d'aménorrhée :

- Aspiration électrique ou manuelle (possible jusqu'à 12 SA) ; précédée d'un dilateur (mifèpristone 200mg ou misoprostol 400mg).

Pas d'étude sur l'avortement médicamenteux entre 9 et 15 SA.

d. De 15 à 22 Semaines d'aménorrhée :

Avortement médicamenteux (le plus souvent utilisé en France).

- 600mg de mifèpristone + doses répétées de misoprostol.
- Ou misoprostol à doses répétées (utilisé dans les pays où la mifèpristone n'est pas commercialisée).

Dilatation et évacuation (technique utilisée majoritairement en Hollande et en Angleterre).

e. D'autres méthodes sont encore utilisées dans le monde :

- Dilatation curetage jusqu'à 15 SA.
- Solutions hypertoniques à partir de 15 SA.
- Le misoprostol seul jusqu'à 13/14 SA.
- Méthotrexate et misoprostol jusqu'à 7 SA.

F. Les complications :

Dans l'étude menée sur les avortements provoqués illégaux à Bamako de décembre 1997 en novembre 1998. Le taux de mortalité est de l'ordre de 10% due à plusieurs facteurs dont les hémorragies, les infections et les intoxications médicamenteuses. Concernant la morbidité elle était due aux mêmes facteurs : les hémorragies : 47%, les complications infectieuses 33,3% et les intoxications médicamenteuses 19,7%. Le coût élevé de l'avortement pourrait expliquer le recours de certaines femmes qui veulent mettre un terme à une grossesse non désirée par un personnel non qualifié.

Généralement, il s'agit des paramédicaux exerçants dans des conditions de clandestinité où il n'y a aucune garantie sanitaire.

Le gynécologue CHARLES DOTOU du Sénégal affirme que l'avortement clandestin crée beaucoup de dégâts dans la mesure où il est le plus souvent l'œuvre de garçon ou de fille de salle ; qui ne savent pas les risques qu'ils encourent en décidant d'interrompre une grossesse dont il ne maîtrisent ni les tenants ni les aboutissants « il ne connaissent ni la qualité de la grossesse, ni la position du fœtus et ils s'aventurent sur un terrain dûment évoqué sur la foi d'un dialogue ou d'un simple interrogatoire » [24].

Il s'agit des cas très dangereux comme des manœuvres abortives sur un utérus infecté, rétro versé, une grossesse molaire ou ectopique.

Les signes de danger après un avortement peuvent se résumer ainsi :

- Fièvre, frissons, myalgies, faiblesse musculaire,
- Douleurs abdominales, crampes ou dorsalgies,
- Abdomen sensible à la pression des doigts,
- Saignements abondants ou prolongés,
- Ecoulement vaginal nauséabond,
- Retour tardif des règles,
- Nausées ou vomissements.

Quatre facteurs conditionnent le risque que court une femme d'avoir des complications médicales ou de mourir des suites d'un avortement :

- La méthode d'avortement utilisée ;
- L'habilité du praticien ;
- La durée de la gestation ;
- L'accessibilité et la qualité des services médicaux qui traitent les complications, s'il s'en produit [27].

Les complications les plus fréquentes sont un avortement incomplet, une septicémie, une hémorragie et des lésions intra abdominales [24, 27]. Si on ne les traite pas, elles peuvent conduire à la mort [24, 27]. Par ailleurs, les femmes qui survivent aux complications d'un avortement restent souvent

atteintes d'une incapacité permanente de procréer ou courent un risque accru de complications durant leurs futures grossesses [5 ,24 ,27].

Les complications peuvent être classées en complications immédiates, complications tardives, séquelles psychiques, intoxication et accidents neurologiques.

1. Les complications immédiates :

1.1 L'hémorragie :

L'hémorragie est un symptôme constant dans l'avortement provoqué clandestin. En effet au cours des manœuvres abortives, le décollement placentaire est rarement total. Le placenta souvent très volumineux par rapport au volume de l'embryon, est profondément enchâssé dans une paroi utérine qui n'a pas été préparée au clivage utero- placentaire (contrairement aux avortements spontanés). Le décollement placentaire partiel ouvre un réseau vasculaire abondant à ce stade de la grossesse expliquant la constance de l'hémorragie au cours de l'avortement provoqué clandestin. Sa gravité est évaluée par l'état de choc, l'abondance de la perte sanguine et sa persistance. Elle expose à l'anémie et prédispose à l'infection. Elle peut avoir comme causes : la rétention placentaire partielle ou totale, la nécrose de la paroi utérine, une déchirure instrumentale les troubles de l'hémostase. La thérapeutique comporte plusieurs étapes :

- L'hospitalisation ;
- La prise d'une voie veineuse sûre et efficace ;
- Le groupage rhésus et taux d'hémoglobine ;
- Une transfusion de sang iso groupe iso rhésus si nécessaire ;
- Une prophylaxie antitétanique ;
- Une antibiothérapie ;
- La suture des déchirures si elles existent ;
- Prévention de l'iso immunisation rhésus par injection de gammaglobuline anti-D si la femme est rhésus négatif ;

- Le risque de coagulopathie de consommation si l'hémorragie est abondante nécessite un monitoring adéquat, son pronostic est redoutable.

L'infarctus utérin est très grave et nécessite une hystérectomie sans délai. Il entraîne une syncope mortelle, l'utérus devient douloureux, mou, pâteux et violacé du fait de la nécrose.

Il faut dans ce cas faire une antibiothérapie, une sérothérapie antitétanique et prévoir une réanimation sanguine. L'évacuation utérine peut être compliquée par la grande abondance de l'hémorragie qui gêne la précision de la révision.

La douceur et la rapidité des gestes sont plus que jamais essentiels pour éviter l'aggravation du tableau par la perforation de cet utérus distendu et nécrotique.

Les avortements du deuxième trimestre sont sources de véritables difficultés opératoires lorsque l'évacuation de l'œuf doit se faire à travers un col insuffisamment ouvert.

Rarement, l'hémorragie correspond à des lésions traumatiques cervico-vaginales. L'hémorragie secondaire survenant plusieurs jours ou semaines après l'avortement incomplet, réalisant parfois à long terme le tableau clinique et radiologique du polype placentaire dont l'ablation précise peut être aujourd'hui réalisée par hystérocopie.

1.2. Les perforations :

La perforation peut être découverte lors de la révision utérine. Mieux vaut dans ce cas poursuivre sous contrôle coelioscopique complétée au moindre doute d'une laparotomie, seule capable de permettre la visualisation correcte de l'intégrité ou non des organes abdomino-pelviens et d'en assurer la répartition en de lésions.

a. Du point de vue étiologique : deux tableaux doivent être opposés.

- La perforation septique provoquée au cours des manœuvres abortives.

- La perforation chirurgicale due à l'état d'extrême fragilité de la paroi utérine infectée et souvent rétro versée.

b. Du point de vue anatomique : trois tableaux doivent être opposés.

- La perforation corpo réale : Elle présente deux points d'élections :

La face antérieure de la jonction corps isthme (utérus rétro versé)

Le fond utérin au voisinage d'une corne utérine.

L'étendue des lésions est variable. Il est exceptionnel d'observer l'issue par le col des viscères abdominaux.

- Perforation latérale de l'isthme :

Elle est sous péritonéale. Elle ouvre la cavité utérine dans le paramètre. Elle siège généralement à droite, et cette localisation est expliquée par la direction de l'agent perforant manié par un doigtier.

- L'éclatement incomplet de l'isthme :

Il se produit lors de la dilatation aux bougies de Hegar. La rupture est généralement de siège antérieur, passée inaperçue et ne se manifestera que tardivement par ses conséquences obstétricales (béance du col).

c. Du point de vue clinique :

- Perforation asymptomatique :

Découverte en cours de curettage devant la curette qui s'enfonce démesurément. L'abstention opératoire doit être de règle à condition que le curettage de la cavité puisse être complet. Une surveillance étroite s'impose et l'apparition de signe d'hémorragie ou de réaction péritonéale doit imposer la laparotomie.

- Perforation à symptomatologie frustrée :

Ces cas correspondent généralement aux perforations isthmiques. On peut noter un empâtement sus inguinal ou un tableau de pelvipéritonite peu franche à cause d'une antibiothérapie souvent insuffisante.

- Perforation dramatique :

Le tableau clinique est alarmant :

°Syndrome d'hémorragie interne avec collapsus.

°Réaction péritonéale généralisée.

°Issue par le vagin d'intestin ou d'épiploon.

La laparotomie est ici immédiate sous couvert d'une réanimation appropriée.

1.3. Les infections :

L'avortement provoqué présente toujours un risque infectieux précoce ou tardif ; qu'il soit clandestin ou médical Elle découle de la rétention placentaire qui l'entretient et la développe comme un véritable bouillon de culture. A l'origine l'œuf estensemencé par la septicité du geste abortif. Ces complications infectieuses peuvent être classées en infections générales, locorégionales et régionales.

a. Les complications infectieuses générales :

Elles sont représentées par la septicémie, les intoxications et les accidents neurologiques. Elles mettent rapidement en danger la vie de la patiente ; leurs fréquences ont diminuées depuis l'avènement des antibiotiques ; leurs intérêts résident dans leurs gravités. Certains sont en effet mortels malgré la réanimation actuelle.

a.1. Les septicémies :

Les septicémies et les septico-pyohemies réalisent deux formes variées qui ont en commun l'importance des manifestations générales et l'hémoculture positive.

Dans les septicémies les germes fréquemment rencontrés sont le streptocoque, le staphylocoque et le colibacille mais tous les germes peuvent être en cause.

A.1.1. Le choc infectieux post abortum :

Il semble s'observer dans 2,5% à 3% des cas et serrait plus fréquent en cas d'avortement provoqué clandestin [27].

Le choc doit faire discuter :

- L'embolie pulmonaire surtout graisseuse ou gazeuse qui entraîne une mort subite.
- L'état de choc allergique à la sérothérapie antitétanique ou à la pénicilline.
- Un accident transfusionnel ou toxique en cas d'hémolyse.

- Une rétention placentaire doit être évoquée devant la persistance et l'abondance des saignements avec très souvent des débris. L'examen gynécologique objective la présence de débris placentaires, l'absence ou la mauvaise involution de l'utérus (rétraction au début), un col court, ouvert avec parfois des débris.

Le traitement consiste en un curage selon le degré d'ouverture du col et ceci après l'obtention d'une apyrexie. L'évolution est fonction de la précocité du diagnostic.

- Une perforation utérine qui peut se présenter sous plusieurs tableaux souvent trompeurs. Il s'agit de :

°Une hémorragie interne avec des signes de chocs qui prêtent confusion avec une grossesse extra utérine rompue.

°Une péritonite avec des signes d'irritation péritonéale qui impose une laparotomie d'urgence.

°Un tableau frustré avec une douleur localisée à l'utérus ou une défense abdominale plus ou moins marquée.

Le traitement comporte : la correction du choc par le remplissage vasculaire et la suture des lésions ou hystérectomie si les lésions sont étendues.

Le choc peut survenir :

Soit au décours immédiat d'un curetage sur un utérus infecté sans antibiothérapie préalable. Elle peut être due à des bacilles à gram positif pouvant entraîner des toxi-infections dont une des manifestations cliniques est le Tétanos post abortum : qui s'observe rarement en raison de la généralisation de la prévention. Il représente 1 à 3% des Tétanos [10]. C'est l'une des complications les plus graves.

Le tableau comporte au début un état d'anxiété avec un trismus.

A la phase d'état s'associent une raideur rachidienne, des contractures musculaires, une dysphasie et une dyspnée.

Le traitement comporte alors :

- L'arrêt de l'alimentation orale.
- La mise en place d'une sonde nasogastrique.

- Le Valium* (Diazépam) 5 ampoules de 10mg dans 500cc de sérum glucose 5% en douze heures à raison de 15 gouttes par minute.
- L'isolement des stimulés sonores lumineux.
- L'action sur le foyer infectieux par un curetage prudent et une antibiothérapie.
- La sérothérapie et l'anatoxinothérapie antitétaniques.

Le pronostic est fonction de :

- La durée de l'incubation.
- L'existence de dyspnée ou de spasme laryngé. La mortalité est de l'ordre de 20%.

a.1.2. La septicémie à clostridium perfringens : Est très grave et évolue en trois phases.

1^{er} Phase initiale : (3 jours)

Elle est marquée par une septicémie grave avec fièvre, frissons, oliguries, une hémolyse importante pouvant entraîner un choc avec collapsus, cyanose, ictère.

2^{ème} Phase : (2-3 semaines)

Elle est marquée par une insuffisance rénale avec oligo-anurie et azotémie élevée. Il y a également altération de l'état général et amaigrissement.

3^{ème} Phase :

Elle est celle de la reprise progressive de la diurèse et l'amélioration progressive de l'état clinique. Cette forme est grave surtout en première phase où le pronostic est très sombre.

Quand le choc est pris en charge dans un service spécialisé, le taux de mortalité est de 3/33 femmes.

a.1.3. Les septico-pyohémies :

Associées à la septicémie une phlébite utéro pelvienne suppurée. Elles diffèrent du choc par le fait qu'ici le foyer infectieux utérin diffuse et se développe parfois sous-tendu par une rétention placentaire même minime. La complication redoutable est l'endocardite droite. On distingue des signes pulmonaires et des signes pelviens.

- Les signes pulmonaires : ce sont :

°La dyspnée.

°La toux hémoptoïque par migration de l'embolie.

°Des fins râles crépitant et un frottement pleural.

°Une fièvre avec frissons et cyanose.

°Des signes d'insuffisance tricuspidiennne en cas de complication.

- Les signes pelviens :

Ils sont témoins du foyer infectieux qu'il faut rechercher. Ils peuvent se résumer en :

°Douleur hypogastrique, leucorrhée purulente, dysurie.

°Abdomen sensible surtout au niveau des cornes utérines ou latéralement.

°Des signes d'un pédicule veineux thrombose (infiltration douloureuse des- cul- de sac latéraux en masse ou en cordon allongés le long des parois vaginales verticalement ou transversalement). Le traitement se fait avec des anticoagulants associés aux antibiotiques.

b. Les complications infectieuses locorégionales :

Elles sont dominées par les salpingites, les pelvipéritonites, les abcès pelviens et la péritonite généralisée.

b.1. Les salpingites :

Elles demeurent malgré l'usage des antibiotiques une complication fréquente de l'avortement provoqué clandestin. Très souvent il s'agit d'une salpingite chronique unilatérale mais il peu y avoir une forme aiguë.

L'évolution se fait vers la guérison sous traitement antibiotique et anti-inflammatoire. Quand l'antibiothérapie est mal suivie l'évolution se fait vers un pyosalpinx (poche de pus dans la trompe) ; ou une diffusion au niveau du pelvis entraînant une pelvipéritonite.

b.2. La pelvipéritonite :

C'est une complication infectieuse fréquente et peut être à l'origine des autres complications régionales. Le tableau clinique est dominé par la douleur provoquée et une défense. Il existe un arrêt du transit et l'utérus est douloureux à la mobilisation.

- Correctement traitée par une antibiothérapie massive et glace sur le ventre, l'évolution se fait vers la guérison.
- Malgré un traitement correct l'évolution peut être défavorable et entraîner la constitution soit d'un abcès dans le douglas ou d'un pyosalpinx ou Pyo-ovaire dont la rupture dans le péritoine libre entraîne une péritonite généralisée. .

b.3. Abcès pelviens :

Le tableau clinique sera fonction du type d'abcès pelvien, généralement ils donnent des signes de suppuration avec fièvre oxillante et hyperleucocytose.

B.3.1. Abcès du douglas :

C'est une collection suppurée, douloureuse du Douglas qui est bombant et efface le cul de sac de Douglas.

Le col et l'utérus sont plaqués en avant.

b.3.2. Pyo annexe:

Il peut s'agir d'un pyosalpinx ou Pyo-ovaire.

b.3.3. Le phlegmon du ligament large :

Il réalise une suppuration du tissu cellulo-adipeux des paramètres. Il existe deux formes:

- Le phlegmon de la base du ligament large :

Il apparaît au toucher vaginal sous forme d'un empâtement latéral cartonné refoulant l'utérus dont il bloque la mobilité mais le Douglas est libre.

- Le phlegmon haut situé du ligament large :

Les signes sont abdominaux avec masse et douleur qui siège au-dessus du pli de l'aîne.

Le traitement de ces abcès pelviens est souvent chirurgical avec antibiothérapie.

b.3.4. La péritonite généralisée :

Elle peut survenir après une perforation utérine ou une rupture d'un pyoannexe entraînant un abdomen chirurgical avec contracture généralisée, douloureuse et atteinte profonde de l'état général. Le traitement est

chirurgical après réanimation, antibiothérapie massive, complété par un drainage de la cavité péritonéale.

La forme asthénique caractérisée par une douleur du Douglas, des troubles du transit avec ballonnement, diarrhée, une température très élevée et altération de l'état général. La contracture est remplacée par une défense.

c. Les contractures infectieuses locales :

Parmi elle on a :

c.1. L'endométrite post abortum :

Caractérisée par :

- Une altération de l'état général avec fièvre.
- Des lochies fétides.
- Une mauvaise involution utérine avec douleur localisée à l'utérus.

L'antibiothérapie est fonction du germe retrouvé aux hémocultures.

c.2. Les salpingites et infections de l'ovaire.

c.3. L'infarctus utérin :

Longtemps imputé à la seule injection d'eau savonneuse, l'infarctus peut s'observer à la suite d'injection de n'importe quel liquide, et même à la suite de toute agression chimique ou mécanique. Il s'agit d'une nécrose hémorragique de l'utérus qui peut gagner les annexes et les organes voisins. Sa mécanique d'apparition est discutée. Si l'origine vasculaire du syndrome est certaine, il semble que l'on puisse le faire rentrer dans le cadre plus général du syndrome de REILLY. Sur le plan clinique, le choc toxique domine le tableau contrastant avec une température souvent normale. A l'examen l'utérus est volumineux, douloureux, empâté. Le traitement ne peut être que chirurgical et se pratique après une réanimation intensive.

c.4. Les lésions vaginales :

Assez fréquentes, elles consistent en une :

- Perforation d'un cul-de-sac, généralement le postérieur.
- Désinsertion du vagin.

- Ulcération du vagin provoquée par l'introduction dans le vagin de comprimés de permanganate de potassium qui entraîne une hémorragie faite de sang rouge, généralement abondante.

2. Les complications tardives :

Leur fréquence est inappréciable dans les avortements illégaux leur réalité indiscutable et leur risque incontestablement supérieur aux avortements légaux si l'on admet leur plus grande agressivité et septicité.

2.1. La stérilité tubaire :

Elle constitue une conséquence de l'infection poste abortum.

Selon l'origine :

- Stérilité par obstruction tubaire ; destruction épithéliale ciliée tubaire.
- Trouble menstruelle à type d'irrégularité du cycle, spanioménorrhée, hypo aménorrhée ou hyperménorrhée, aménorrhée.
- Grossesse extra-utérine.
- Syndrome douloureux pelvien ou cellulite pelvienne.

2.2. Les synéchies utérines :

Elles sont dues à un curetage trop appuyé rasant le chorion en partie ou en totalité voire le myomètre. Elles peuvent donner une aménorrhée ou hypo ménorrhée. Les synéchies peuvent être réduites en cas d'avortement sur les grossesses jeunes grâce à la disponibilité de l'aspirateur de KARMAN. Il est moins traumatisant. Le risque de synéchie augmente si la grossesse est avancée du fait de la progression de l'insertion du placenta dans l'endomètre.

2.3. Le bloc pelvien adhérentiel :

Les complications traumatiques précoces méconnues ou initialement traitées peuvent continuer à évoluer silencieusement. Elles aboutissent à un syndrome douloureux pelvien ou dans le pelvis « tout colle à tout ».

Elle peut entraîner une stérilité tubaire. Elle peut exposer au risque de grossesse extra utérine du fait du gêne à la mobilité des trompes.

2.4. Les brides vaginales :

Facteurs de diaphragmes, dyspareunie, de dystocies et parfois même de stérilité :

2.5. Placenta prævia et le placenta accreta :

Séquelles liées à des lésions de l'endomètre.

2.6. Les avortements spontanés à répétition et les accouchements prématurés :

2.7. La béance cervico-isthmique :

Elle est consécutive aux dilatations excessives et traumatiques du col. Ces béances imposent un cerclage du col utérin (entre 12SA-16SA) lors des grossesses ultérieures.

2.8. Les troubles neurologiques et psychiatriques :

Les uns sont précoces, les autres tardifs.

2.8.1. Les accidents précoces :

Contemporains des manœuvres abortives, ces troubles doivent être suspectés devant toute femme en âge de procréer qui consulte pour des troubles neurologiques d'apparition récente. Il peut s'agir de :

a. La syncope mortelle :

Cette forme médico-légale représente 40 à 50% des morts suspectes des femmes jeunes.

b. Les formes résolutive :

A la syncope initiale succède un état d'hypertonie une hémiparésie puis une quadriparésie. La mort est la règle. La guérison est possible mais non sans séquelles. Ce syndrome est dû à une embolie gazeuse. Il se traite par oxygénothérapie hyperbare en caisson, après transport en position de Trendelenburg, en décubitus latéral gauche. Ce traitement revêt un caractère d'urgence.

2.8.2. Les accidents secondaires ou tardifs :

Ils sont le fait de thromboses veineuses intracrâniennes : crises convulsives généralisées ou localisées, troubles moteurs (hémiparésies, monoparésies), troubles psychiques (confusion, délire). L'évolution est souvent fatale. La

guérison est entachée de séquelles : hémiplégie ; syndrome Parkinsonien, troubles psychiques.

2.9. Les séquelles psychologiques :

L'avortement provoqué clandestin peut laisser des séquelles psychologiques à type :

- des névroses dépressives, complexes de culpabilité, et d'indignité.
- des algies pelviennes chroniques sans cause organique (psychosomatiques) ;
- de la crainte d'une nouvelle grossesse pouvant entraîner une dyspareunie, une frigidité, un vaginisme.

2.10. L'iso immunisation fœto-maternelle :

Le passage du sang embryonnaire dans la circulation maternelle a été prouvé dès le deuxième mois de la gestation. Ceux-ci augmentent avec l'âge de la grossesse et sont plus élevés après curetage que lors d'une aspiration. Pendant le premier trimestre de la grossesse, la fréquence de l'iso immunisation est entre 3 et 10% en absence de prévention. Cette prévention doit être faite chez toute femme rhésus négatif qui vient d'avorter [21].

La dose proposée par L'OMS est de 50ug d'immunoglobuline anti-D lors des avortements du premier trimestre [21]. De toute façon l'injection doit être faite dans les 72 heures qui suivent l'avortement [22]. En France les 80 microgrammes d'immunoglobulines anti-D utilisés sont considérés comme largement suffisants dans la quasi-totalité des interruptions de grossesse pratiquées avant 13 semaines d'aménorrhée.

Il faut par ailleurs signaler la nécessité d'une contraception après chaque avortement provoqué clandestin.

La gravité des risques immédiats tant hémorragiques qu'infectieux. La sévérité des séquelles tubaires fait de l'avortement provoqué clandestin une plaie sanitaire normalement peu défendable, légalement insoutenable et économiquement coûteuse.

2.1.1. Les intoxications médicamenteuses :

Il s'agit généralement d'injection intra utérine d'eau savonneuse, mais tous les produits peuvent se rencontrer, en particulier les produits dits antiseptiques. Leur action est généralement locale (infarctus utérin), mais leur passage dans la circulation générale peut créer un syndrome général dont les composants sont faits d'hémolyse et d'anurie.

Le toxique peut être ingéré également par voie orale, soit isolément soit en complément de manœuvres locales et la dose administrée est voisine de la dose létale.

Parmi les nombreuses substances utilisées il faut citer :

a. L'apiol :

Elle est grave de part ses complications à type d'hépatonéphrite avec ictère, anurie, troubles digestifs (vomissements avec déshydratation), ou de complications nerveuses avec une polynévrite sensitivomotrice des membres inférieurs :

b. Intoxication à la quinine :

Elle donne des troubles divers selon la dose ingérée : vomissements, contractures, surdité, amaurose et cécité définitive parfois. La dose létale serait de 15 à 20g et la mort survient dans un tableau de coma avec collapsus cardio-vasculaire.

Dans ce cas il faut dans l'urgence faire un lavage gastrique pour évacuer le toxique et transférer le malade dans un service de réanimation.

c. Intoxication au mercure :

Elle conduit à un tableau d'hépatonéphrite.

d. Intoxication à l'ergot de seigle et à ses dérivés :

(Dihydroergotamine et tartrate d'ergotamine)

Ces produits à fortes doses provoquent des accidents nerveux (convulsion, coma) et vasculaires (modification brutal de tension artérielle et gangrène des extrémités).

e. Intoxication au plomb :

Administrés sous forme de sous acétate entraînant l'apparition d'un syndrome abdominal aigu avec vomissements, liséré gingival et anurie. La preuve est faite sur le plan biologique par dosage de la plombémie, de la plomberie et la recherche d'hématies ponctuées.

**G. PROTOCOLE A LA CHARTE AFRICAINE DES DROITS DE L'HOMME
ET DES PEUPLES RELATIF AUX DROITS DES FEMMES :**

Article 14 : Droit à la santé et au contrôle des fonctions de reproduction.

1. Les Etats assurent le respect et la promotion des droits de la femme à la santé, y compris la santé sexuelle et reproductive. Ces droits comprennent :
 - a) Le droit d'exercer un contrôle sur leur fécondité ;
 - b) Le droit de décider de leur maternité, du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances ;
 - c) Le libre choix des méthodes de contraception ;
 - d) Le droit de se protéger et d'être protégées contre les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA ;
 - e) Le droit d'être informées de leur état de santé et de l'état de santé de leur partenaire en particulier en cas d'infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA ?conformément aux normes et aux pratiques internationalement reconnues ;
 - f) Le droit à l'éducation sur la planification familiale
2. Les Etats prennent toutes les mesures appropriées pour :
 - a) Assurer l'accès des femmes aux services de santé adéquats , à des coûts abordable et à des distances raisonnables, y compris les programmes d'information, d'éducation et de communication pour les femmes, en particulier celles vivant en milieu rural ;
 - b) Fournir aux femmes des services pré et postnatals et nutritionnels pendant la grossesse et la période d'allaitement et améliorer les services existants ;
 - c) Protéger les droits reproductifs des femmes, particulièrement en autorisant l'avortement médicalisé, en cas d'agression sexuelle de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou du fœtus [20].

H. Loi n°02-044 / DU 24 JUIN 2002

Relative à la santé de la reproduction :

L'Assemblée nationale a délibéré et adopté en sa séance du 07 juin 2002 ;

Le président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Titre 1 : Des définitions

Article 1^{er} : au sens de la présente loi on entend par :

- Santé de la reproduction : le bien-être général, tant physique mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non seulement l'absence des maladies ou d'infirmités.

Elle prend en compte l'ensemble des mesures préventives, curatives et promotionnelles visant à améliorer la prise en charge des groupes vulnérable que constituent les femmes, les enfants, les jeunes adultes afin de réduire la mortalité et la morbidité maternelles, infantile juvéniles et promouvoir ainsi le bien-être de tous les individus.

- Services de santé en matière de production : l'ensemble des méthodes, technique et services qui contribuent à la santé et au bien être en matière de procréation en prévenant et en résolvant les problèmes qui se posent en ce domaine.

- Contraception : l'ensemble des méthodes ou moyens employés pour prévenir les grossesses non désirées et espacer les naissances.

Titre 2 : De la santé de la reproduction

Section 1 : Des principes et des droits en matière de santé de la reproduction

Article 2 : Les hommes et les femmes sont égaux en droit et en dignité en matière de santé de la reproduction.

La santé de la reproduction, objet de la présente loi, suppose que personne ne peut mener une vie sexuelle responsable, satisfaisante et sans risque.

Article 3 : Les hommes et les femmes ont le droit égal de liberté, de responsabilité, d'être informés et d'utiliser la méthode de planification ou de régulation des naissances de leur choix, qui ne sont pas contraintes à la loi.

Article 4 : Tout individu, tout couple a le droit d'accéder librement à des services de santé de reproduction et de bénéficier des soins de la meilleure qualité possible. Les populations ont le droit d'accéder à de services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien la grossesse et l'accouchement, afin de préserver l'état de santé de la mère et d'un nouveau-né.

Article 5 : les membres du couple et les individus ont le droit de discuter librement et avec discernement des questions ayant trait à la reproduction dans le respect des lois en vigueur, de l'ordre public et des bonnes mœurs. Ils ont le droit de décider librement avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire.

Article 6 : Tout individu qui acquiert la connaissance de son état de malade du SIDA ou vivant avec le VIH, a l'obligation d'informer son partenaire et de prendre toutes dispositions pour éviter de contaminer autrui.

Section 2 : Des soins et services de santé de reproduction

Article 7 : Par soins et services de santé de la reproduction, la présente loi vise principalement les activités suivantes :

- L'orientation, l'information, l'éducation, la communication, la recherche, les moyens, les méthodes et manière générale tous les services en matière de planification familiale et de santé de la reproduction ;
- L'information et le counseling sur la sexualité, la parenté responsable et la santé de la reproduction ;
- Les soins prénatals, périnatals postnatals y compris la promotion de l'allaitement au sein ;
- La survie de l'enfant comprenant d'une part les consultations des enfants sains et d'autre part les consultations curatives notamment la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) ;
- La prévention et le traitement de la stérilité, de l'infertilité et de l'impuissance ;
- La prévention de l'avortement et les moyens de faire face aux conséquences de cette pratique ;
- Les soins de post-abortum y compris les counseling en planification familiale ;
- La prévention et le traitement des infections des organes de reproduction ;
- Le traitement des affections de l'appareil génital ;
- Le traitement des conséquences de l'excision ;
- La prise en charge des besoins de santé de la reproduction des personnes âgées et des jeunes adultes ;
- Le traitement et la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH/SIDA.

Article 8 : Toute personne physique ou morale intervenant dans le domaine de la santé de la reproduction a l'obligation de porter à la connaissance des individus et des couples les avantages, les risques et l'efficacité de toutes les méthodes de régulation de naissances qu'elle leur propose.

En cas de non-respect des dispositions de l'alinéa précédent par la personne physique ou morale, les individus et les couples victimes seront fondés à la poursuivre à la réparation civile même en dehors de toute faute.

Article 9 : Les personnes malades du SIDA ou vivantes avec le VIH qui le déclarent bénéficient d'une assistance particulière, des soins de base et d'une garantie de confidentialité. Un décret pris en conseil des ministres fixe les conditions et modalités précises du bénéfice de cette assistance particulière et de la garantie de confidentialité.

Section 3 : De la contraception

Article 10 : La pratique de la contraception, par des moyens ou méthodes approuvées par l'autorité publique est autorisée sur l'ensemble du territoire national.

Article 11 : La fabrication, l'importation et la vente des produits contraceptifs de même que la publicité de méthodes contraceptives sont autorisés.

Un décret pris en conseil des ministres détermine les conditions et modalités de fabrication des produits contraceptifs au Mali.

Un arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé du commerce fixe les conditions d'importation des produits contraceptifs.

Un arrêté du ministre chargé de la santé publique fixe la liste des produits, moyens et méthodes de contraception légalement approuvés.

Article 12 : sont également autorisées, l'information et l'éducation concernant la contraception dans le respect de l'ordre public sanitaire et de la morale familiale.

Article 13 : l'interruption volontaire de la grossesse ne saurait en aucun cas être considérée comme une méthode contraceptive.

Il est interdit tout avortement qui consiste dans l'emploi de moyens ou de substances en vue de provoquer l'expulsion prématurée du fœtus , quelque

soit le moment de la grossesse ou cette expulsion est pratiquée par tout motif autre que :

- La sauvegarde de la vie de la femme enceinte ;
- Lorsque la grossesse est la conséquence établie d'un viol ou d'une autre relation.

Article 14 : Toute personne majeure peut, sur son consentement écrit, bénéficier d'une méthode de contraception irréversible. Toute fois, concernant une personne mariée, l'accord de son conjoint est obligatoire.

Sur avis médical confirmé par un contre expertise, toute femme mariée dont la vie pourrait être menacée par la survivance d'une grossesse peut, sur son seul consentement écrit, bénéficier d'une méthode de contraception irréversible.

Titre 3 : Des dispositions pénales

Article 15 : La transmission volontaire du VIH/SIDA est assimilée à une tentative de meurtre et punie des peines prévues par le Code Pénal pour la répression de cette infraction.

Article 16 : Quiconque aura vendu, distribué, offert ou fait la publicité d'un moyen de contraception non approuvée par l'autorité publique sera punie d'un emprisonnement de six mois à trois ans et d'une amende de 200.000 à 1.200.000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement.

Sera puni des mêmes peines quiconque aura conseillé ou incité à l'usage d'une méthode ou d'un moyen de contraception non approuvé par l'autorité publique.

Les produits contraceptifs et les instruments ayant servi à la commission de l'infraction seront saisis. Le jugement de condamnation prononcera leur confiscation et leur destruction par l'autorité sanitaire qu'il désignera.

Article 17 : Toute personne qui, en dehors des cas limitativement prévus à l'article 13 de la présente loi, procède, incite à un avortement ou fournit

conseil ou un moyen quelconque en vue de procéder à un avortement est punie des peines prévues par le Code Pénal.

Article 18 : Les peines prévues à l'article 16 pourront être portées au double en cas de publicité mensongère concernant les produits et les moyens de contraception.

Article 19 : quiconque aura pratiqué sur une personne une méthode ou un moyen de contraception irréversible sans s'assurer au préalable des consentements requis sera puni de un à cinq ans d'emprisonnement sans préjudice des dommages intérêts que la victime pourra réclamer.

En outre, si le coupable est un agent de la santé ou des services socio sanitaires, il pourra être prononcé contre lui une incapacité absolue d'exercer sa profession pendant un délai allant de six mois à cinq ans.

Titre 4 : Des dispositions transitoires et finales

Article 20 : A compter de la promulgation de la présente loi, un délai de six mois est donné à toutes les personnes physiques ou morales opérant dans le domaine de la santé de la reproduction pour se conformer aux nouvelles dispositions.

Article 21 : La présente loi abroge toutes dispositions antérieures contraires, notamment celle de la loi du 31 juillet 1920 réprimant la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle [17].

IV. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

A. Description du centre de santé de référence de la commune V :

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de Bamako : communes I, II, III, IV, V, VI. C'est ainsi qu'en 1982 fut crée le centre de santé de référence de la commune V (service socio sanitaire de la commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités minimales. Dans le cadre de la politique sectorielle de santé et de la population et conformément au plan de développement socio sanitaire de la commune (P.D.S.C), la carte sanitaire de la commune V a été élaborée pour 10 aires de santé (10 CSCOM). Sur les 10 aires, 9 centres de santé communautaires sont fonctionnels et le centre de santé de la commune V a été restructuré.

A la faveur de l'essor du centre, par ses bonnes prestations il fut choisi en 1993 pour rester le système de référence décentralisé. Toujours dans le cadre de la politique sectorielle de santé, le mode de fonctionnement interne du centre qui fut un succès a fait de lui un centre de santé de référence de la commune V et partant de ce succès le système de référence a été instauré dans les autres communes du district.

En 1997 Le centre de santé de référence de la commune V a reçu le prix de « CIWARA D'EXCELLENCE » décerné par L'IMCM pour ses bonnes performances dans les activités gynécologiques et obstétricales. En 1999 le médecin chef du centre de santé de référence de la commune V a reçu un diplôme honorifique du ministère de la promotion féminine, de la famille et de l'enfant pour son engagement en faveur de la promotion de la santé de la femme et de l'enfant. Il a reçu la même année la médaille de chevalier de l'ordre national du Mali.

Le centre comporte plusieurs services et bâtiments dont :

- Un bureau des entrées.
- un service de médecine générale.
- La chirurgie générale.
- Une unité de Pédiatrie.
- L'odontostomatologie.
- Une unité d'ophtalmologie.
- L'ORL.
- L'USAC pour le suivi des personnes vivantes avec le VIH/SIDA.
- Une unité d'imagerie.
- Un cabinet dentaire.
- L'unité antituberculeuse.
- Un laboratoire d'analyse.
- Une pharmacie.
- Une cantine.
- Un service d'hygiène.
- Une salle d'informatique.
- Deux box de consultation externe.
- Une salle de staff.
- Un service de Gynécologie obstétrique.
- Trois blocs opératoires fonctionnels.
- Une morgue.
- Une mosquée.
- Des toilettes externes pour les malades.
- Un bureau de comptabilité.

B. Description du service de gynécologie obstétrique :

Le service est situé à l'aile sud du centre de santé de référence de la commune V ; il est constitué de :

- Une salle d'accouchement avec 4 tables.
- Une salle d'attente avec 2 lits.

- Une salle de surveillance du post-partum avec 4 lits.
- Une unité de grossesses à risque et de suites de couches constituée de 4 salles d'une capacité de 18 lits.
- Une unité de néonatalogie et mère kangourou.
- Une unité de planification familiale (PF).
- Une unité de PEV.
- Un bureau pour la sage femme maîtresse.
- Une unité de soins après avortement (SAA).
- Une unité de consultation prénatale (CPN) et de prévention de la transmission mère enfant (PTME) du VIH-SIDA.
- Une salle de consultation externe pour les urgences gynécologiques et obstétricales.
- Une salle des internes.
- Une salle de garde pour les infirmiers.
- Une salle de consultation externe pour les médecins gynécologues obstétriciens. et pour le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin.
- Une salle de garde pour les médecins du service.
- Une salle de consultation pour les anesthésistes réanimateurs.
- Deux blocs opératoires fonctionnels (un bloc pour les urgences et le second pour les interventions chirurgicales programmées).
- Une salle de réveil comprenant deux lits avec source d'oxygène.
- Une salle de stérilisation.
- 5 salles d'hospitalisation pour la chirurgie gynécologique et obstétricale d'une capacité de 25 lits.
- Un bureau pour le médecin chef du service.
- Un secrétariat pour le chef de service.

Ce service est dirigé par un professeur agrégé en gynécologie obstétrique, assurant par ailleurs la fonction de directeur du centre. Le chef de service assure la formation des D.E.S en gynécologie obstétrique et des étudiants des différents ordres sanitaires (FMPOS, IFSS et des secteurs privés).

C. Le Personnel : Il comporte :

- deux médecins spécialisés en gynécologie obstétrique.
- Des résidents en gynécologie obstétrique pour le diplôme d'étude spéciale (DES).
- Des étudiants en année de thèse.
- Des sages femmes.
- Des infirmières obstétriciennes.
- Des Aides Soignantes.
- Des médecins généralistes.
- Un pédiatre.
- Des techniciens supérieurs en anesthésie réanimation.
- Des instrumentistes.
- Des manoeuvres.
- Des chauffeurs d'ambulance.
- Des majors.
- La secrétaire du professeur.

D. Fonctionnement :

Les consultations prénatales sont effectuées par les sages femmes tous les jours ouvrables.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les vendredis par des sages femmes ayant reçu une formation dans le domaine.

Les consultations prénatales des personnes vivantes avec le VIH sida ; tous les mardis dans l'après midi par le professeur TRAORE Mamadou.

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au jeudi par les gynécologues obstétriciens.

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynéco obstétricales

Le bloc opératoire à froid fonctionne tous les jours ouvrables et est réservé aux interventions programmées. Le bloc opératoire pour les urgences

chirurgicales et gynéco obstétricales est fonctionnel vingt quatre heures sur vingt quatre.

Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de huit heures et quinze minutes pour discuter des évènements qui se sont déroulés pendant la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par le chef de service ou par un médecin gynécologue obstétricien.

Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les SCOM, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS.

Au moins une séance d'audit de décès maternel à lieu une fois par mois.

2. Matériel et méthodes :

2.1. Type d'étude :

Nous avons mené une étude des cas avec collecte rétrospective (62) et prospective (70) portant sur les cas de complications d'avortements provoqués clandestins pris en charge dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako.

2.2. Période de l'enquête :

L'étude à porté sur la période s'étendant du 1^{er} Janvier 2008 au 31 Décembre 2009 soit une période de deux ans (24 mois).

2.3. Echantillonnage :

- **Population d'étude :** Elle à porté sur tous les complications d'avortements pris en charge dans le service durant la période d'étude.

- **Technique d'échantillonnage :** Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif portant sur tous les complications d'avortements provoqués clandestins pris en charge dans le service durant la période d'étude.

- **Taille de l'échantillon :** Sur un total de 13.897 consultations gynécologiques 678 cas d'avortements ont été enregistrés dont 132 complications d'avortements provoqués clandestins.

Figure 15..0.□.□.□.□□ 緋儿怀□□예万□□□ Critères d'inclusion :

Toutes patientes admises dans le service pour complication d'avortement chez qui le caractère provoqué clandestin a été retenu et dont la prise en charge a lieu dans le service.

2.3.2. Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans cette étude tous les cas de complications d'avortements spontanés.

2.3.3. Supports de données :

Nous avons utilisé comme supports =

- Une fiche individuelle d'enquête adressée à nos patientes.
- Les registres d'enregistrement des patientes.
- les registres d'anesthésie.
- les registres de compte rendu opératoire.
- les registres de transfusion.
- les registres de décès maternels.
- les Dossiers médicaux.
- Les ordonnances et reçus des patientes.
- les fiches de transferts.

2.3.4. Analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées sur les logiciels Word, Excel, épi info version 6.

- **Définitions opératoires :**

Gestité :

Primigeste : une grossesse

Paucigeste : 2-3 grossesses

Multigeste : 4-5 grossesses

Grande multigeste : supérieur ou égal à 6 grossesses.

Parité :

Nullipare : Zéro accouchement.

Primipare : Un accouchement.

Paucipare : 2-3 accouchements.

Multipare : 4-5 accouchements.

Grande multipare : supérieur ou égal à 6 accouchements.

Éléments définissant un avortement provoqué : Si la personne avoue, lésions traumatiques des voies génitales, corps étrangers retrouvés dans les voies génitales ou dans la cavité abdominale (tubulure etc.).

Éléments définissant une complication d'avortement provoqué :

L'hémorragie, les perforations, les infections (septicémie, pelvipéritonite, péritonite, endométrite, lésion traumatique du col et du vagin etc.), stérilité tubaire, synéchie utérine, placenta prævia et placenta accreta, avortement spontané à répétition et les accouchements prématurés, béance cervico isthmique, trouble neurologique et psychiatrique, séquelles psychologiques etc.

V. RESULTATS

A Etude Descriptive :

Du premier janvier 2008 au 31 Décembre 2009 nous avons enregistré 13897 admissions ; 678 cas d'avortements soit 4,88% des admissions dont 132 cas de complications d'avortements provoqués clandestins, soit 19,47% des avortements et 0,95% des consultations.

Age :

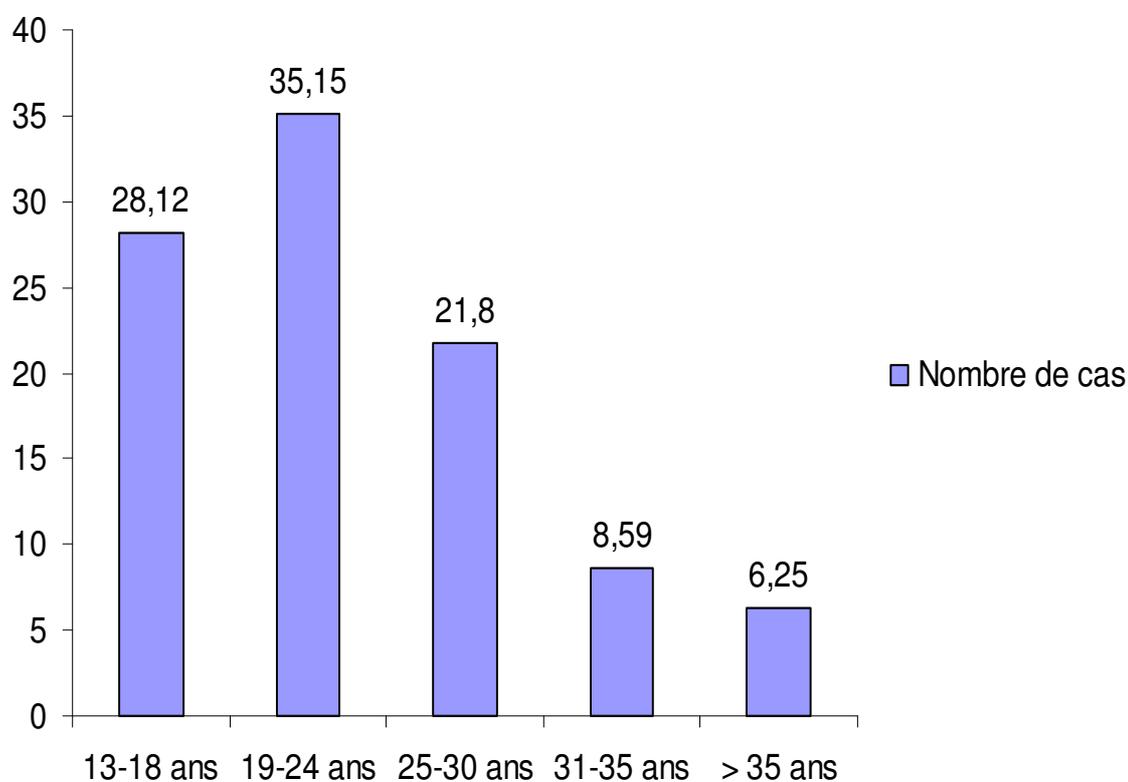


Figure 1 : Répartition des patientes selon l'âge.

Tableau I : Répartition des patientes selon l'ethnie.

Ethnie	Effectif absolu	Pourcentage
Bambara	44	33,33
Malinké	22	16,16
Peulh	21	15,90
Sarakolé	13	9,84
Dogon	12	9,09
Sonrhaï	05	3,78
Khassoké	05	3,78
Sénoufo	04	3,03
Minianka	03	2,27
Autres	03	2,27
Total	132	100

Autres : Tamashek=1 ; Touareg=1 ; Dafi=1.

Provenance :

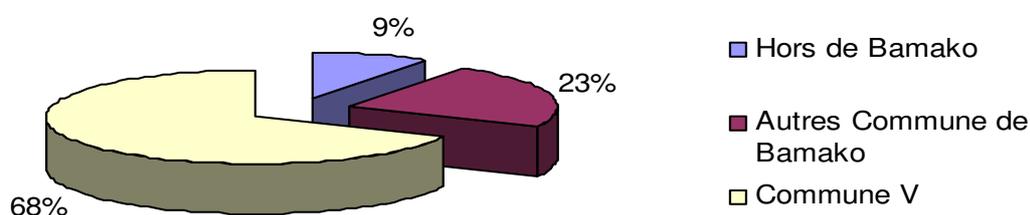


Figure 2 : Répartition des patientes selon la provenance.

Tableau II : Répartition des patientes selon la profession.

Profession	Effectif absolu	Pourcentage
Elève/Étudiante	47	35,60
Vendeuse/Commerçante	34	25,75
Sans Profession	28	21,21
Aide Ménagère	13	9,84
Autres	10	7,57
Total	132	100

Autres : Secrétaires = 3 ; couturières= 2 ; teinturières = 2 ; coiffeuse = 1 ; enseignante= 1 ; serveuse restaurant = 1.

Statut matrimonial :

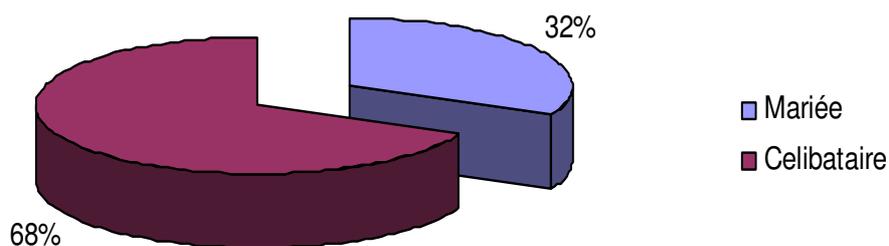


Figure 3 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.

Niveau d'instruction :

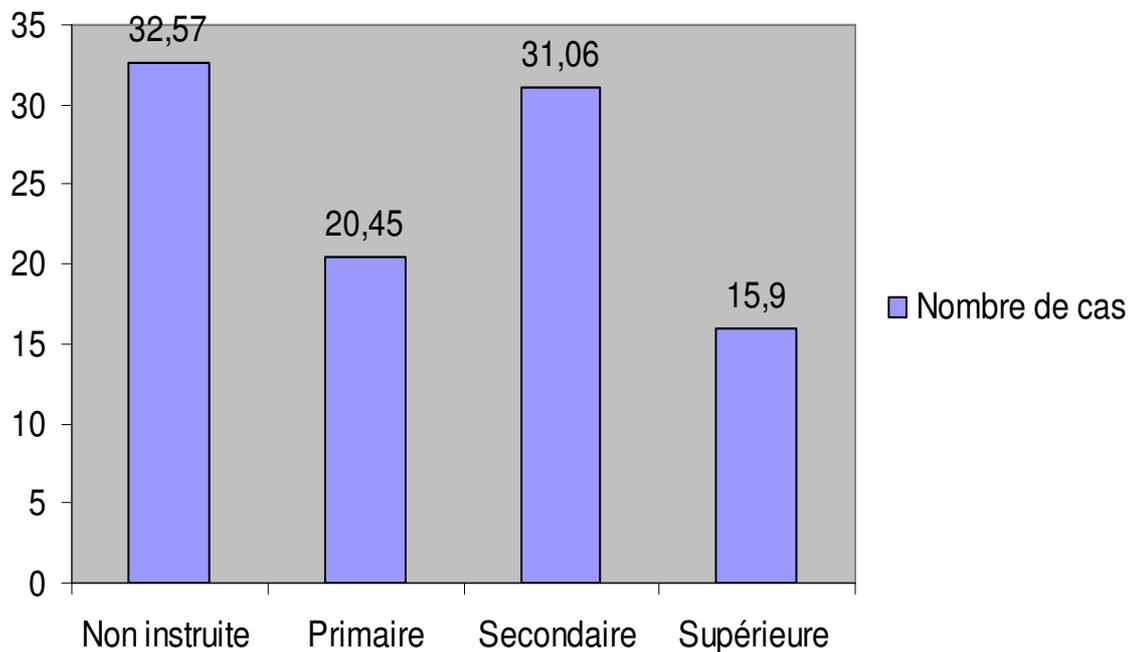


Figure 4 : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction.

Nationalité :

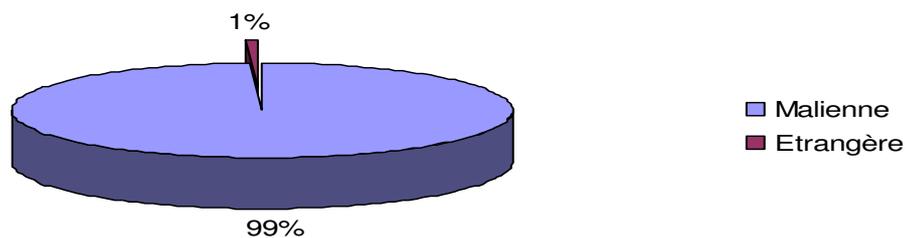


Figure 5 : Répartition des patientes selon la nationalité.

NB : Etrangère : Burkinabè = 1

Religion :

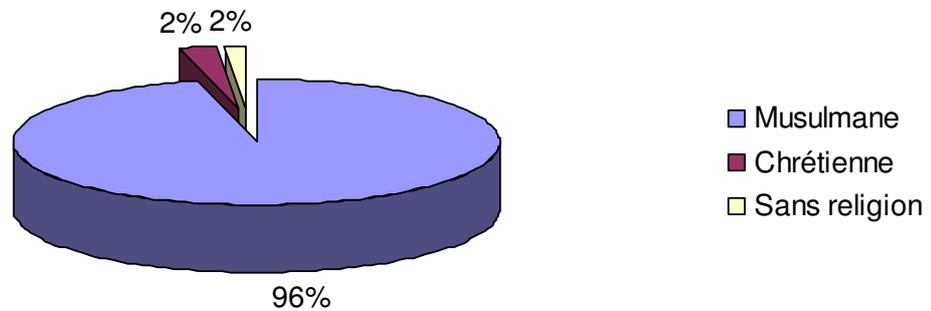


Figure 6 : Répartition des patientes selon la religion.

Age gestationnel au moment de l'avortement :

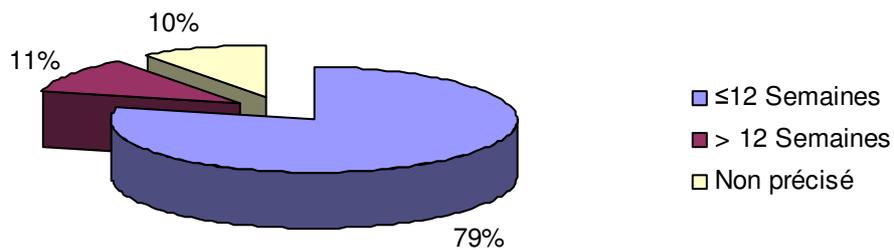


Figure 7 : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel au moment de l'avortement.

Caractère désiré ou non de la grossesse.

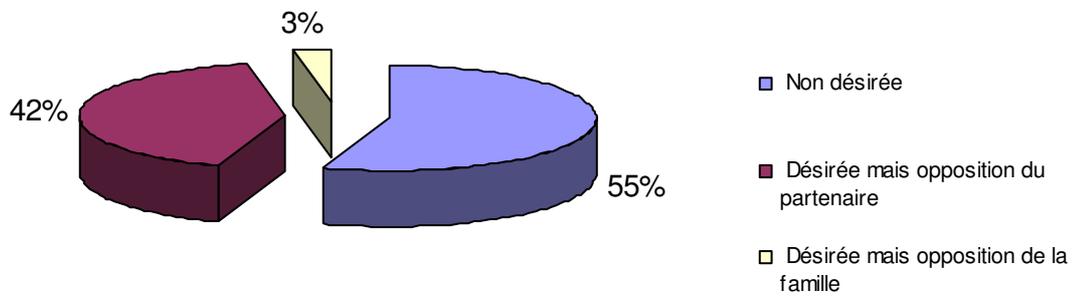


Figure 8 : Répartition des patientes selon le caractère désiré ou non de la grossesse.

Gestité :

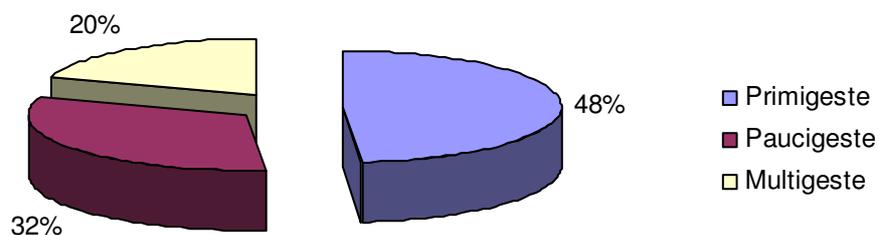


Figure 9 : Répartition des patientes selon la gestité.

Parité :

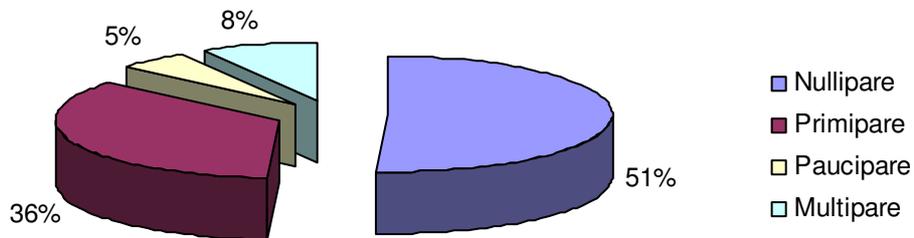


Figure 10 : Répartition des patientes selon la parité.

Nombre d'avortements provoqués clandestins dans les antécédents :

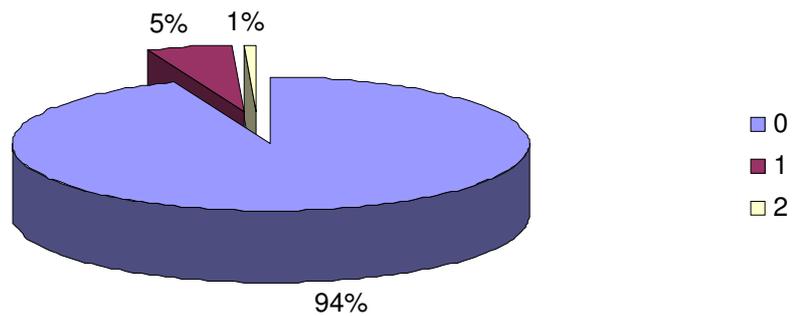


Figure 11 : Répartition des patientes selon le nombre d'avortements provoqués clandestins dans les antécédents.

Lieu :

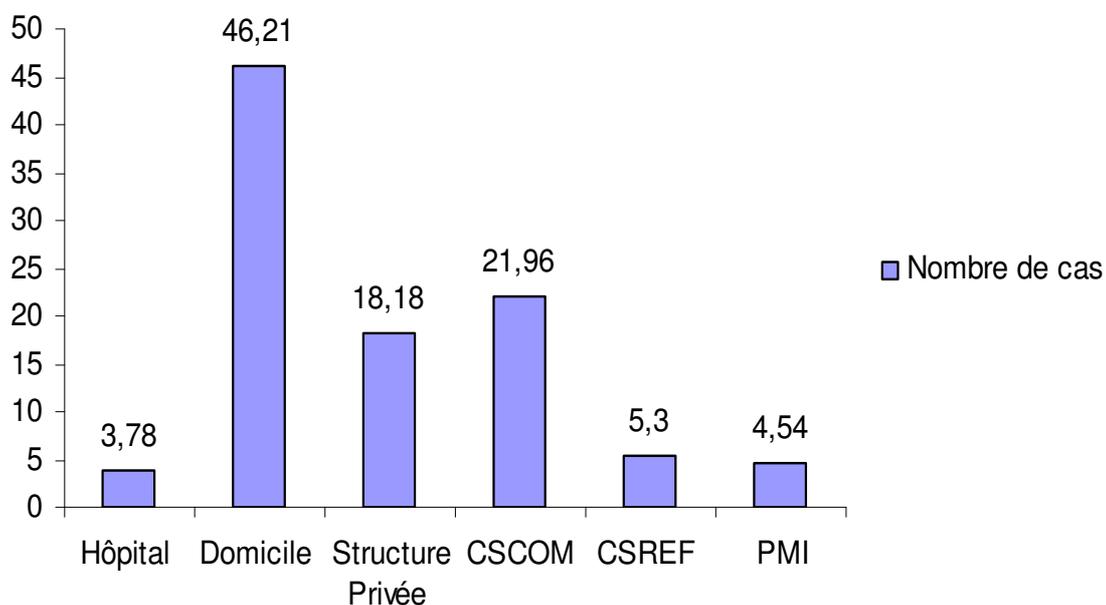


Figure 12 : Répartition des patientes selon le lieu de l'avortement provoqué clandestin.

Tableau III : Répartition des patientes selon le lieu et l'auteur de l'avortement provoqué clandestin.

Auteur	Lieu					
	Structure sanitaire publique	Structure sanitaire communautaire	Structure sanitaire privée	Domicile	PMI	Total
Médecin	5 (3,78)	10 (7,57)	2 (1,51)	1 (0,75)	-	18 (13,63)
Sage-femme	-	17 (12,87)	20 (15,15)	11 (8,33)	-	48 (36,36)
Infirmière	-	3 (2,27)	1 (0,75)	10 (7,57)	-	14 (10,60)
Tradithérapeute	-	-	-	14 (10,60)	-	14 (10,60)
Elle-même	-	-	-	14 (10,60)	-	14 (10,60)
FFI	-	-	1 (0,75)	2 (1,51)	-	3 (2,27)
Copain	-	-	-	2 (1,51)	-	2 (1,51)
Matrone	-	6 (4,54)	-	7 (5,30)	6 (4,54)	19 (14,39)
Total	5 (3,78)	36 (27,27)	24 (18,18)	61 (46,21)	6 (4,54)	132 (100)

Auteur :

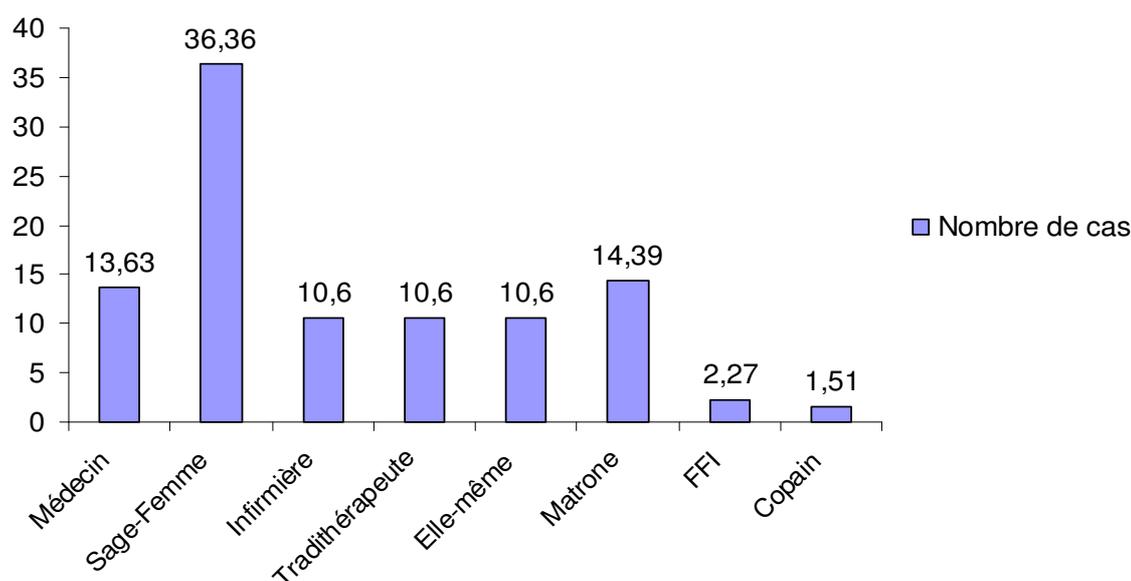


Figure 13 : Répartition des patientes selon l'auteur de l'avortement provoqué clandestin.

NB : certaines jeunes filles se font avorter elles mêmes par l'introduction de comprimés de misoprostol (cytotec®) dans le vagin.

Tableau IV : Répartition des patientes selon la méthode d'avortement provoqué.

Méthode	Effectif absolu	Pourcentage
médicaments modernes	44	39,84
Sondage utérin	42	25
Curetage	28	21,87
médicaments traditionnels	14	10,93
AMIU	02	1,56
Sondage plus AMIU	01	0,75
Substance chimique bleu non spécifiée	01	0,75
Total	132	100

Tableau V : Répartition des patientes selon le motif évoqué de l'avortement.

Motif évoqué	Effectif absolu	Pourcentage
Célibataire	47	35,60
Etude	30	22,72
Grossesse non désirée	15	11,36
Nourrice	09	6,81
Honte	09	6,81
N'aime pas le partenaire	07	5,30
Manque de moyen financier	06	4,54
Refus de paternité	03	2,27
Adultère	03	2,27
Pression familiale	02	1,51
Mes parents n'aiment pas mon partenaire	01	0,75
Total	132	100

Tableau VI : Répartition des patientes selon le motif de la consultation.

Motif de consultation	Effectif absolu	Pourcentage
Hémorragie + Algie pelvienne aigue	94	71,21
Hémorragie	14	10,60
Algie pelvienne aigue	09	6,81
Hémorragie+algie pelvienne	06	4,54
aiguë+hyperthermie+vertige.		
Perte de connaissance	03	2,27
Hémorragie + algie pelvienne aiguë	02	1,51
+ vertige		
Hyperthermie + Vertige	02	1,51
Hémorragie + hyperthermie + vertige	01	0,75
Algie pelvienne + Perte liquidienne	01	0,75
Total	132	100

Mode d'admission :

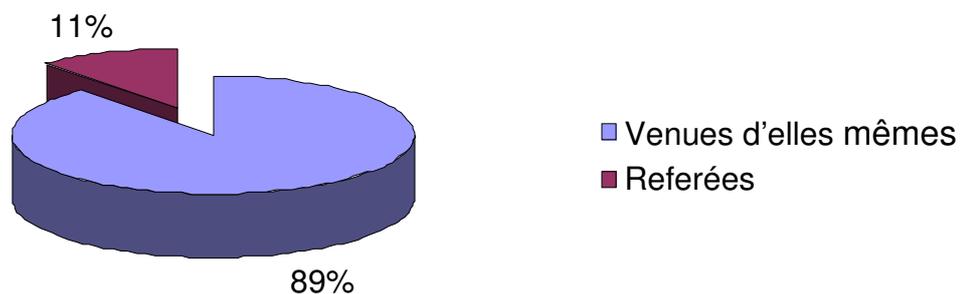


Figure 14 : Répartition des patientes selon le mode d'admission.

Tableau VII : Répartition des patientes selon l'auteur de la décision d'avorter.

L'auteur de la décision d'avorter	Effectif absolu	Pourcentage
Elle seule	86	65,15
Elle plus partenaire	33	25
Partenaire	10	7,57
Autres	03	2,34
Total	132	100

Autres : Père=1 ; Grande sœur=1 ; Grand frère=1.

Tableau VIII : Répartition des cas prospectifs en fonction du montant payé pour l'acte.

Montant	Effectif absolu	Pourcentage
20.000	25	35,71
15.000	09	12,85
25.000	08	11,42
30.000	07	10
35.000	05	7,14
10.000	04	5,71
40.000	04	5,71
5.000	02	2,85
1.000	01	1,42
95.000	01	1,42
80.000	01	1,42
60.000	02	2,85
Gratuit	01	1,42
Total	70	100

Tableau IX : Répartition des patientes en fonction de la personne ayant payé les frais d'avortement.

Personne ayant payé les frais	Effectif absolu	Pourcentage
Elle seule	86	65,15
Partenaire	40	30,30
Parents	04	3,03
Les deux partenaires	02	1,51
Total	132	100

Tableau X : Répartition des patientes en fonction des structures d'évacuations.

Structures d'évacuations	Effectif absolu	Pourcentage
Venues d'elles mêmes	117	88,63
Structures sanitaires privées	07	5,30
Structures sanitaires communautaires	05	3,78
Structures sanitaires publiques	03	2,27
Total	132	100

Tableau XI : Répartition des patientes selon l'intervalle intergénésiqne.

Intervalle inter gènesique	Effectif absolu	Pourcentage
Primigeste	60	45,45
II G Supérieur ou égale à 2 ans	41	31,06
II G Inférieur à 2 ans	25	18,93
Non précisé	06	4,54
Total	132	100

Tableau XII : Répartition des patientes en fonction du délai de consultation.

Délai de consultation	Effectif absolu	Pourcentage
0-1 jour	63	47,72
2-4 jours	56	42,42
5-7 jours	12	9,09
Plus 7jours	01	0,75
Total	132	100

Etat général :

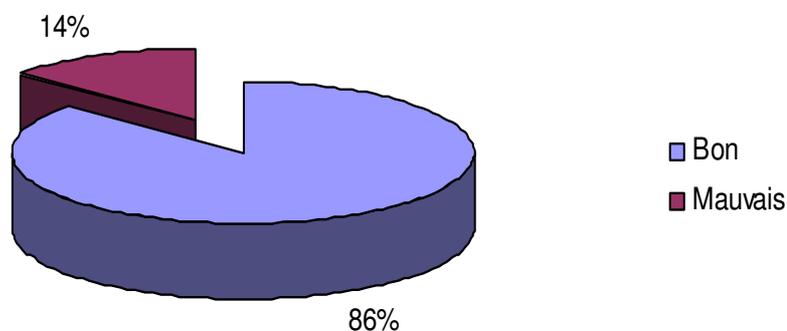


Figure 15 : Répartition des patientes selon l'état général.

NB : l'état général est fonction du score de Glasgow.

Tableau XIII : Répartition des patientes selon le résultat de l'examen au spéculum.

Spéculum	Effectif absolu	Pourcentage
Métrorragie	99	75
Lésion traumatique (col, vagin)	16	12,12
Ecoulement purulent endo-utérine	14	10,60
Non examinée	03	2,27
Total	132	100

Tableau XIV : Répartition des patientes selon le résultat du toucher vaginal + palpé abdominal.

Toucher vaginal + palpé abdominal	Effectif absolu	Pourcentage
Col ouvert abdomen souple	104	78,78
Col fermé abdomen souple	17	13,17
Col fermé contracture abdominale	05	3,78
Col ouvert défense abdominale	03	2,27
Non examinée	03	2,27
Total	132	100

Tableau XV : Répartition des patientes en fonction des examens complémentaires effectués.

Natures de l'examen	Effectif absolu	Pourcentage
Echographie	81	61,36
Echographie +Taux d'hémoglobine +	20	15,15
Groupage rhésus		
Taux d'hémoglobine	11	8,33
Groupage rhésus	07	5,30
Aucun bilan	06	4,54
Taux d'hémoglobine + groupage rhésus	05	3,78
ASP	02	1,51
Total	132	100

Les types de complications :

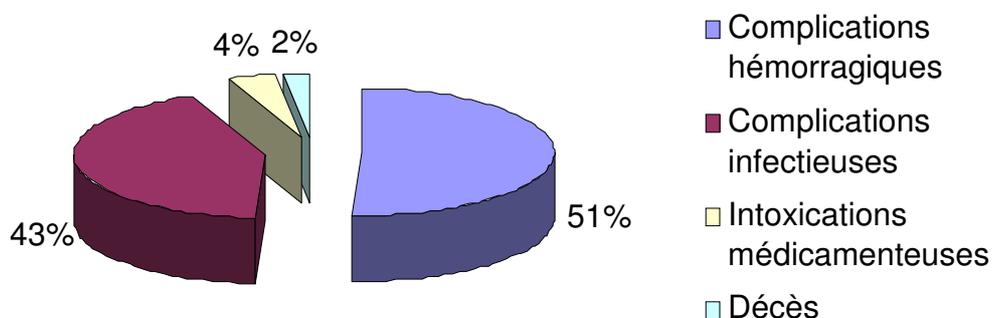


Figure 16 : Répartition des patientes selon les types de complications.

Tableau XVI : Répartition des patientes en fonction des complications hémorragiques.

Complications hémorragiques	Effectif absolu	Pourcentage
Rétention de débris ovulaires	43	32,57
Déchirure cervicale/vaginale	18	16,63
Perforation utérine	06	4,54
Autres complications	65	49,24
Total	132	100

Tableau XVII : Répartition des patientes en fonction des complications infectieuses.

Complications infectieuses	Effectif absolu	Pourcentage
Endométrite	50	37,87
Pyosalpinx	03	2,27
Péritonite	02	1,51
Pelvipéritonite	01	0,75
Septicémie	01	0,75
Autres complications	75	56,81
Total	132	100

Tableau XVIII : Répartition des patientes en fonction des complications d'intoxications.

Complications d'intoxications	Effectif absolu	Pourcentage
Chloroquine	03	2,27
Substance chimique bleue	01	0,75
Substance non spécifiée	01	0,75
Autres complications	127	96,21
Total	132	100

Tableau XIX : Répartition des patientes en fonction de l'issue des complications.

Issue des complications	Effectif absolu	Pourcentage
Vivante	128	96,96
Décès constaté à l'arrivée	03	2,27
Décédé sous traitement	01	0,75
Total	132	100

Tableau XX : Répartition des patientes en fonction des moyens thérapeutiques utilisés.

Moyens thérapeutiques	Effectif absolu	Pourcentage
Moyens médicaux/obstétricaux	116	87,87
Moyens médicaux/chirurgicaux	13	9,84
Aucun	03	2,27
Total	132	100

Tableau XXI : Répartition des patientes selon la méthode de traitement.

Méthode de traitement	Effectif absolu	Pourcentage
AMIU	71	53,78
Curage digital	12	9,09
Comprimé de misoprostol 200mg + AMIU	11	8,33
Curage digital + AMIU	09	6,81
Comprimé de misoprostol 200mg (cytotec) + curage digital	08	6,06
Trachélorraphie + colporraphie	07	5,30
Aucun traitement	03	2,27
Perfusion de syntocinum + curage digital	03	2,27
Hystérorraphie pour perforation utérine	02	1,51
Hystérorraphie + salpingectomie + lavage péritonéal sans drainage	02	1,51
Extraction par pince à cœur	02	1,51
Hystérorraphie + salpingectomie + lavage péritonéal + drainage	01	0,75
Hystérorraphie + lavage+drainage	01	0,75
Total	132	100

NB : les utérotoniques (ocytocine methergin) ont été utilisés chez toutes les patientes après évacuations utérines.

Nature de l'antibiotique prescrit :

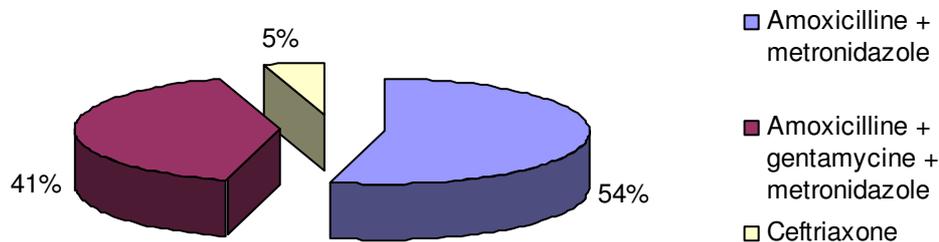


Figure 17 : Répartition des patientes selon la nature de l'antibiotique prescrit.

Transfusion sanguine :

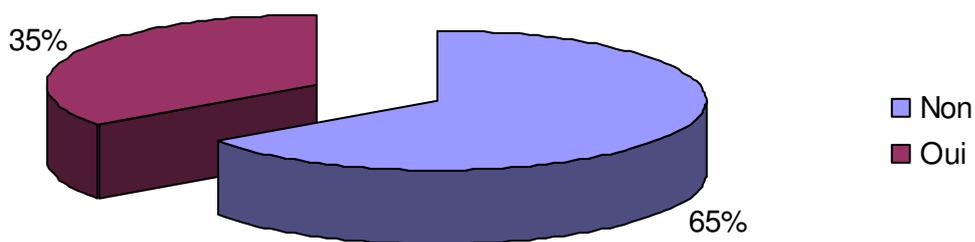


Figure 18 : Répartition des patientes selon la transfusion sanguine.

Sentiment après prise en charge :

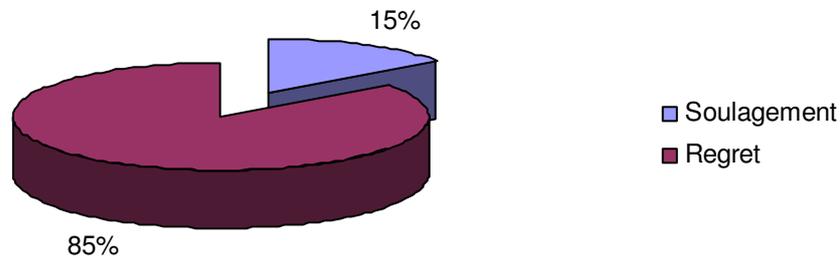


Figure 19 : Répartition des patientes selon le sentiment après prise en charge.

NB : toutes les patientes vivantes ont reçu du fer et/ou acide folique soit en traitement curatif et/ou en supplémentassions.

Complications et incidents des avortements provoqués clandestins :

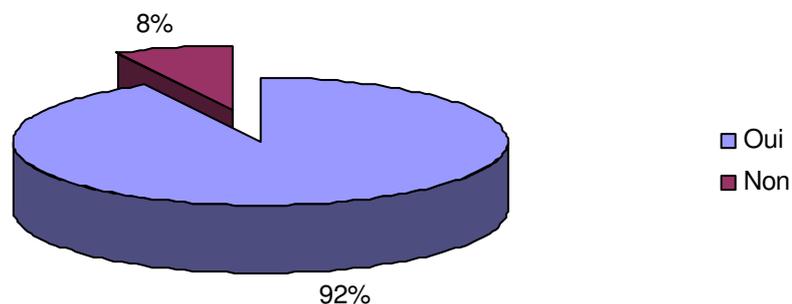


Figure 20 : Répartition des patientes selon les Complications et incidents des avortements provoqués clandestins.

Tableau XXII : Répartition des patientes selon la connaissance des incidents et complications des avortements provoqués clandestins.

Connaissances incidents et complications	Effectif absolu	Pourcentage
2 = Mort subite	71	53,78
1 +2	36	27,27
3 = Ne sais pas	10	07,57
1 + 2 + 3 + 4	04	03,03
Non interrogée	03	02,27
1+ 2 + 4	03	02,27
1 = Stérilité	02	01,56
1 +2 + 3	02	01,56
Total	132	100

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon leur durée de séjour d'hospitalisation.

Durée de séjour d'hospitalisation	Effectif absolu	Pourcentage
0 – 7 jours	96	72,72
7 – 14 jours	29	21,96
Plus de 14 jours	04	03,03
Sans séjour	03	02,27
Total	132	100

Devenir des patientes :

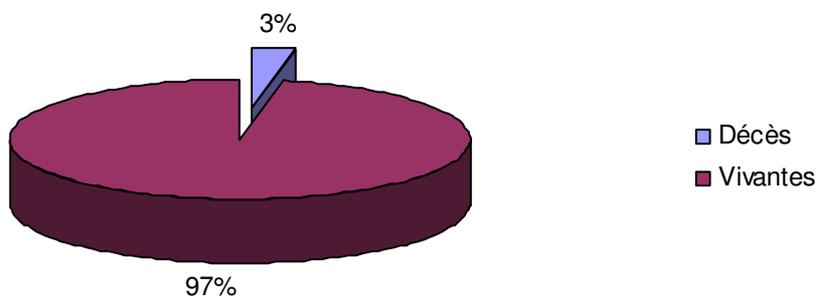


Figure 21 : Répartition des patientes selon le devenir des patientes.

Devenir des patientes vivantes :

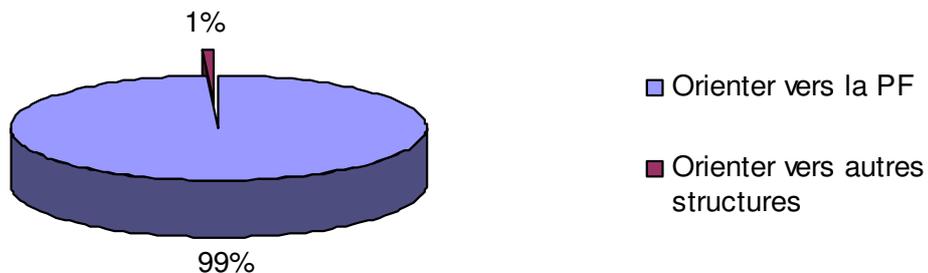


Figure 22 : Répartition des patientes selon le devenir des patientes vivantes.

NB : une patiente a été orientée en service de réanimation du C.H.U point G pour anémie sévère plus septicémie.

Connaissance ou non du P F :

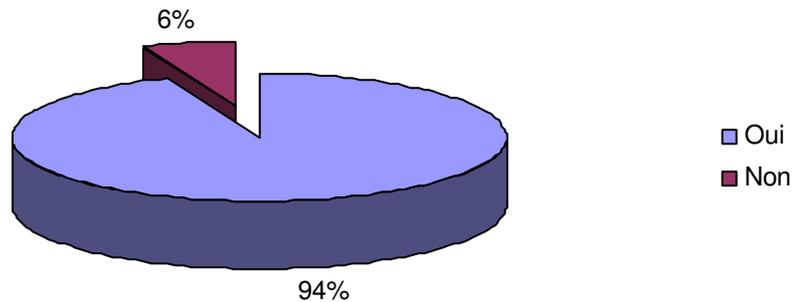


Figure 23 : Répartition des patientes selon la connaissance ou non du PF.

Utilisation du P F chez nos patientes :

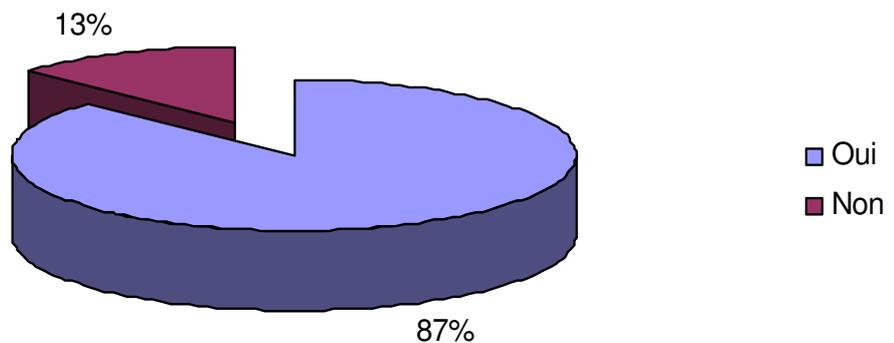


Figure 24 : Répartition des patientes selon le pourcentage d'utilisation du PF chez les patientes.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Fréquence :

Du premier janvier 2008 au 31 décembre 2009 nous avons enregistré 132 cas d'avortements provoqués clandestins soit une fréquence de 0,95% des consultations gynécologiques et 19,47% des avortements.

Des résultats comparables aux nôtres ont été rapportés par Dembélé F [5] 18,51% d'avortements provoqués ; Samaké A [24] 19,73% d'avortements à risques et Tall S [27] 19,80% d'avortements provoqués.

Certains auteurs rapportent des taux nettement différents du notre. En effet Konaté M [14] 52,73% largement supérieur au notre et Traoré A K [29] 11,55% largement inférieur au notre.

2. Age :

La majorité de nos patientes avaient un âge compris entre 13-24ans soit 63,27% dont 28,12% d'adolescentes. Cette fréquence s'explique par une sous information en matière de sexualité et de contraception car pour les jeunes filles, la contraception est l'apanage des femmes mariées [24].

- Au Mali, Dembélé F [5] avance 52,38% entre 13-17 ans ; Samake A [24] note une fréquence de 38,89% dans la tranche d'âge 14-18ans ; Tall S [27] avance 58,70% entre 13-20 ans. Pour preuve, une enquête réalisée à Bamako a montré que 74,7% des adolescentes au Banconi étaient sexuellement actives et l'âge au premier rapport variait de 10-18 ans [25]. Dans notre étude 94% des patientes connaissaient la contraception mais la majorité n'en faisaient pas bon usage.

3. Ethnie :

L'enquête nous révèle que les ethnies bambara, malinké et peulh sont les plus représentées, soient respectivement 33,33%, 16,16% et 15,40%. La forte densité de ces ethnies à Bamako pourrait justifier ce phénomène qui n'a d'ailleurs pas une grande valeur scientifique.

4. Résidence :

91% des patientes étaient de Bamako, inégalement réparties à travers le district. Avec une fréquentation plus élevée de la commune V. la situation géographique du lieu d'enquête (CS Réf CV) pourrait être à l'origine de cette fréquence élevée.

5. Profession :

Dans notre étude le taux était plus élevé chez les élèves/étudiants et les vendeuses/commerçantes soit respectivement : 35,60% et 25,75%.

Des fréquences variables d'avortements chez les élèves/étudiantes et les vendeuses/commerçantes sont rapportées par différents auteurs. Ainsi notre taux chez cette catégorie sociale est inférieur à ceux de Dembélé F [5] (élèves/étudiantes 38,62%). Samaké A [24] (élèves/étudiantes : 48,61%). Didier B [2] (élèves/étudiantes : 37,3%) et supérieur à celui de Tall S [27] (élèves/étudiantes 28,4%) La large pratique de l'avortement provoqué clandestin par cette couche peut s'expliquer par le désir de retarder les naissances jusqu'au mariage ou après les études; un manque de moyen ; l'infidélité ou un intervalle intergénéral court ; grossesse non désirée.

6. Niveau d'instruction :

Certaines études mettent en évidence l'incidence d'un taux d'instruction élevé sur le risque de subir un avortement provoqué clandestin [29], contrairement à notre étude où nous avons enregistré 15,90% de femmes de niveau supérieur et 32,57% non instruites.

Notre étude prouve alors que le faible niveau d'alphabétisation constitue un facteur de risque d'avortement provoqué clandestin. En effet l'absence d'instruction responsable d'une faible culture médicale a contribué à augmenter le taux d'avortement provoqué clandestin chez les femmes non instruites.

Konaté M [14] a enregistré 75,41% de patientes ayant un faible niveau d'instruction avec 49% de niveau primaire ; cette même tendance est observée chez Traoré A K [29] qui a rapporté 27,6% de femmes de niveau

primaire et 4,8% de niveau supérieur également chez Tall S [27] 7,2% de niveau supérieur et 48,3% non instruites.

7. Statut matrimonial :

De nombreuses études ont prouvé que ce sont les femmes célibataires qui ont surtout recours à l'avortement provoqué clandestin il est ressorti aussi de notre étude que 68% des patientes étaient célibataires et 32% de femmes mariées. Ce taux est supérieur à celui de Traoré A K [29] qui à été de 18,5% ; Tall S [27] 20% mais trois fois supérieur à celui de Samaké A [24] 9,2%. L'absence de situation sociale stable, grossesse non désirée chez les célibataires et les Motifs d'adultères, de grossesse rapprochées et de malformation foetale chez les femmes mariées ont été les principales motifs d'avortement provoqué clandestin chez ces deux catégories de femmes qui diffèrent par le statut matrimonial. Ce phénomène peut s'expliquer par la sexualité précoce et le recul de l'âge de mariage ; la honte ou la crainte d'avoir un enfant hors mariage et le souci majeur de palier aux perturbations scolaires.

8. Age gestationnel :

L'âge gestationnel a varié entre 4 et 22 SA. Plus de la moitié de ces avortements sont effectués à un âge gestationnel < 12 SA (79%). Il en a été de même pour Konaté M [14] 56,60% ; Traoré A K [29] 83,6% ; Samaké A [24] 61,11% et Tall S [27] 62,4%.

Les risques liés à l'avortement provoqué clandestin sont fonction de l'âge gestationnel. Dans les pays où l'avortement est autorisé, l'âge gestationnel de 12 SA est rarement dépassé.

9. Gestité :

Dans notre étude il ressort que 48% des patientes étaient des primigestes ce taux est supérieur à celui de Samaké A [25] 34,26% et inférieur à ceux rapportés par Dembélé F [5] ; Konaté M [14] ; Traoré A K [29] ; Tall S [27] avec respectivement : 60,02%, 79,24%, 76,6% et 63,2% de primigestes.

L'inexpérience et le statut de célibataire semble expliquer ce phénomène.

Les paucigestes ont représentés 32,81% dans notre étude ce taux est supérieur à ceux rapporté par Dembélé F [5] ; Samaké A [24] ; Tall S [27] avec respectivement : 19,04%, 23,15% et 22,8%. Dans 20,3% des cas les patientes étaient des multigestes. La survenue d'avortement provoqué clandestin dans ces cas pourrait s'expliquer soit par les grossesses rapprochées, un manque de moyen financier, la honte.

10. Parité :

Au Mali le taux d'avortement provoqué clandestin semble être inversement proportionnel à la parité. Notre enquête révèle qu'il est plus fréquent chez les nullipares soit 51%. Ce taux est inférieur à ceux de Dembélé F [5] 66,20% ; Samaké A [24] 66,2% ; Traoré A K [29] 78,8%.

Les primipares ont représentés dans notre étude 36% ce taux est inférieur à celui de Dembélé F [5] 22,69% et supérieur à ceux de Samaké A [24] 11,1% ; Traoré A K [29] 10,1% et Tall S [27] 11,1%. La crainte de l'entourage, d'avoir des enfants hors mariage qui seront refusés par notre société et les mauvaises conditions socio-économiques pourront expliquer ce phénomène.

11. Nombre d'avortements provoqués clandestins dans les antécédents :

Nous retrouvons que 5% (9 cas) des patientes avaient déjà fait un avortement provoqué clandestin et 1% (1 cas) l'a fait 2 fois. Ces taux sont à prendre avec réserve compte tenu du nombre croissant d'avortement provoqué clandestin en milieu urbain, et de plus les réponses fournies à cette question ne reflètent généralement pas toujours la réalité. Dembélé F [5] et Samaké A [24] dans leurs études ont trouvés respectivement 7,93% et 29,17% des patientes ayant fait une fois l'avortement provoqué clandestin 4,23% et 4,63% ayant fait deux fois.

68,75% soit plus de la moitié des patientes enquêtées avaient fait leur premier avortement provoqué clandestin entre 13-18 ans, nous permettant

d'affirmer que l'interruption volontaire de grossesses est surtout l'apanage des adolescentes sans grande expérience sexuelle.

12. Lieux d'avortements :

Il ressort de notre étude que la grande majorité des avortements provoqués clandestins ont été effectués à domicile avec 46,21%, dans ces conditions 50,75% des avortements sont pratiqués par des paramédicaux (sages femmes et matrones) s'exerçant dans de très mauvaises conditions de travail exposant à des complications dramatiques. ce taux est inférieur à celui de Dembélé F [5] 71,95% ; Didier B [2] 56,50% ; proche de celui de Samaké A [24] 47,2% et supérieur à celui de Tall S [27] 16,10%. Ce taux croissant d'avortement à domicile s'explique par l'interdiction d'avortement provoqué par la législation.

13. Décision d'avorter :

L'interprétation de cette variable révèle que dans plus de la moitié des cas soit 65,15%, la décision d'avorter est venue de la femme seule, seulement dans 25% des cas cette décision est venue du couple. Ceci montre le caractère clandestin de l'avortement, la jeune fille prenant seule la décision à l'insu de son conjoint et de ses parents.

14. L'auteur de l'avortement provoqué clandestin :

Les auteurs ont été variables dans notre série ainsi, l'avortement à été attribué dans 1/3 des cas (36,36%) aux sages femmes ; 14,39% aux matrones et 13,63% aux médecins la majorité exerçants dans les CSCOM ; 10,60% successivement : aux infirmières ; guérisseurs traditionnels et la femme elle même. De nombreuses études notent des taux élevés d'avortements provoqués clandestins effectués par des paramédicaux.

- Traoré A K [29] a noté 60,6% de personnels paramédicaux, 14% de médecins et étudiants ; 8% de tradithérapeutes. Dans 16% des cas les femmes ont été elle même responsables de l'avortement provoqué clandestin.

- Konaté M [14] a enregistré 41,97% d'infirmiers, 11,99% de sages femmes, 2% de guérisseurs et dans 10% la patiente était elle même responsable de l'avortement provoqué clandestin. Mais dans 21,93% la patiente ignorait la qualification de l'avorteur.
- Tall S [27] a enregistré 30,6% d'infirmiers, 17,2% de sages femmes, 10% de médecins, 5% la patiente elle même. Mais dans 22,2% des cas la patiente ignorait la qualification de l'avorteur. Ce taux s'explique par le faible taux d'alphabétisation responsable du fait que les patientes ne cherchent pas à savoir la qualification de l'avorteur, le seul but étant de se débarrasser de la grossesse les conduisant à des complications dramatiques ; souvent incurables.

15. Méthodes utilisées :

Les médicaments modernes ont été les plus utilisées dans notre étude avec 39,84% suivis du sondage utérin 25% et du curetage 21,87% nous constatons que les méthodes utilisées varient d'une étude à l'autre et selon la technicité de l'auteur. Classiquement le curetage et L'AMIU sont réalisés par les médecins et les internes, le sondage utérin par des sages femmes infirmiers et les matrones.

- Traoré A K [29] a enregistré 45,4% de curetage et 26,4% de sondage utérin.
- Konaté M [14] a enregistré 56,6% de sondage utérin et 16,9% de curetage.
- Samaké A [24] a enregistré 43,37% de sondage utérin et 39,3% de curetage. Ces différences avec notre étude peuvent s'expliquer par l'expansion de l'utilisation de L'AMIU et du Misoprostol. Ces méthodes sont dangereuses car pratiquées par du personnel non qualifié avec du matériel non stérile dans un climat hostile ; dans des conditions et lieux inappropriés. Dans notre étude 14 patientes soit 10,60% ont utilisé des méthodes traditionnelles. Les autres (AMIU, sondage plus AMIU, substance chimique bleu non spécifiée) : ont été notée chez 4 patientes soit 3,06%.

16. Somme payé pour l'acte ; Personne ayant pris en charge l'avortement et le Coût de la prise en charge après avortement :

Notre étude montre que le coût de l'avortement provoqué clandestin varie entre la gratuité et 95000Fcfa avec une moyenne à 20000Fcfa. Cette somme a été payée dans 65,15% des cas par la patiente elle même. Le coût de la prise en charge après avortement a varié entre 30000Fcfa et 180000Fcfa avec une moyenne à 60000Fcfa.

- Traoré A K [29] a enregistré un coût variant entre 10000Fcfa et 15000Fcfa.
- Samaké A [24] a enregistré un coût moyen de 17670Fcfa.
- Tall S [27] a enregistré un coût moyen de 53075Fcfa.

Malgré la législation, les responsables sont connus mais restent impunis dans la majorité des cas. Ce phénomène s'explique par des complicités parentales ou lucratives du personnel sanitaire. Un fait important est que les patientes même en cas de complications dramatiques, refusent catégoriquement de dénoncer l'auteur du fait du secret qui les lie.

17. Motif évoqué :

Les motifs qui poussent les femmes à avorter peuvent être liées les une aux autres. En effet la mauvaise réputation sociale liée à une naissance illégitime et à la naissance d'un enfant de père inconnu et le statut social de la femme jouent un rôle majeur dans la décision de faire un avortement provoqué clandestin dans la société Africaine [24].

Au cours de notre étude, les principales motifs évoqués ont été le célibat avec 35,60% les contraintes scolaires 22,72% ; 11,36% pour les grossesses non désirées et 6,81% pour la honte et l'IIG court.

- Dembélé F [5] avance 20,63% pour raisons scolaires, la pression familiale occupe 13,22%.
- Samaké A [24] a enregistré 21,30% pour raisons scolaires et 18,52% pour les célibataires.
- Tall S [29] avance 12,2% pour raisons scolaires et 27,7% pour les célibataires.

18. Motif de consultation :

Dans notre étude le motif de consultation le plus fréquemment rencontré à été l'hémorragie associée aux algies pelviennes aiguës soit 71,21% des patientes. L'hémorragie seule a représenté 10,60%.

- Traoré A K [29] a enregistré 68% d'hémorragie associés ou non aux algies pelviennes.

- Samaké A [24] a enregistré : l'hyperthermie, l'hémorragie plus algie pelvienne, algie pelvienne aiguë sans hémorragie et l'hémorragie sans algie pelvienne avec respectivement 31,94% ; 23,61% ; 22,22% et 20,37%.

- Tall S [27] a enregistré 60,6% d'hémorragie par rétention de débris ovulaires, par perforation utérine ou par brûlure chimique. Elle est suivie des algies pelviennes isolées 11,7% ou associées à un syndrome infectieux.

19. Etat général :

114 patientes soit 86% ont été reçues dans un bon état général par contre 14% soit 18 patientes étaient dans un mauvais état général

NB : L'état général étant caractérisé par la conscience, l'hémodynamique et le faciès de la patiente (score de Glasgow).

20. Complications :

Les complications des avortements provoqués clandestins sont nombreuses souvent très graves que ce soit dans l'immédiat ou au stade séquentaire, seules les complications immédiates et précoces ont été prises en compte dans notre étude, les patientes n'étant pas revues après leur sortie de l'hôpital. Ces complications sont variables selon l'âge gestationnel, l'agent et la méthode utilisée.

A- Types de complications :

Dans notre étude les complications hémorragiques ont été les plus fréquentes avec 51% ensuite les complications infectieuses 43% ; les intoxications médicamenteuses ont représentées 4% et les cas de décès

2%. La clandestinité les mauvaises conditions de pratiques abortives semblent être les causes de ces complications.

21- Méthode de traitement :

Nous avons eu recours à L'AMIU dans 71 cas soit 55,03%. Il s'agit d'un instrument de manipulation facile et entraînant très peu de complications. Le curage digital à été fait chaque fois ou le col utérin était ouvert à au moins 3 cm dans 12 cas soit 9,3% ; nous avons effectué une maturation cervicale plus AMIU dans 11 cas soit 8,53%; curage digital plus AMIU 9 cas soit 6,98%. Une maturation cervicale au misoprostol (cytotec) + curage digital à été effectuée dans 8 cas soit 6,2% ; la colporraphie plus Trachélorraphie a été réaliser dans 7 cas soit 5,42% ; perfusion de syntocinum plus curage digital 3 cas soit 2,32%; 2 cas d'Hystérorraphie indiquée pour perforation utérine peu étendues et récentes; 2 cas d'hystérorraphie plus salpingectomie plus lavage péritonéale sans drainage (1,55%); extraction par pince à coeur 2 cas soit 1,55% ; Hystérorraphie plus salpingectomie plus lavage péritonéale plus drainage 1 cas soit 0,77% ; Hystérorraphie plus lavage péritonéal plus drainage 1 cas soit 0,77%.

Toutes nos patientes ont bénéficié d'une antibiothérapie d'au moins une semaine. 8 patientes rhésus négatif ont reçus une injection de gammaglobuline anti-D augmentant le coût de la prise en charge. 32,03% de nos patientes ont reçus au moins une dose de Sérum antitétanique. Nous n'avons pas de renseignement sur la vaccination antitétanique ; la majorité des patientes n'étant plus revues après leur sortie d'hôpital. Nous avons pris soins de sensibiliser toutes nos patientes sur les dangers liés aux complications d'un avortement provoqué clandestin et de les orienter vers un service de planification familiale. Toutes nos patientes ont bénéficié d'une hospitalisation avec une durée variant de 24 heures à 3 semaines.

22- Aspect psychologique du post abortum :

Deux grands types de sentiments dominant chez les femmes en post abortum.

- Un sentiment de regret dans 85%.
- Un sentiment de soulagement dans 15%.
- Samaké A [24] dans son étude parle de 62,96% de soulagement contre 37,04% de regret.
- Tall S [27] dans son étude a enregistré 88,3% de soulagement contre 11,7% de regret.

23- Planifications :

94% des patientes connaissaient au moins une méthode contraceptive moderne mais ; seulement 87% des patientes utilisaient une méthode contraceptive. La faible prévalence contraceptive chez les jeunes filles s'explique par le fait que la société malienne à l'instar des autres sociétés reçoit mal l'orientation de l'information contraceptive et de l'éducation sexuelle vers les jeunes filles. cette orientation est considérée comme la délivrance d'une licence de la pratique des activités sexuelles.

Cependant la disponibilité et l'accessibilité des contraceptifs modernes ne sont pas toujours de conditions suffisantes pour induire une large demande. Certaines pratiques culturelles et coutumières ainsi que certaines caractéristiques socio démographique des femmes peuvent constituer un obstacle à leur recours aux méthodes contraceptives et par conséquent, augmenter chez ces femmes le risque de porter une grossesse non désirée se terminant en général par des avortements provoqués. Les principales raisons de cette faible utilisation des méthodes contraceptives ont été : le manque d'information dans 50% ; provoque la stérilité dans 20% ; ne supporte pas, incompatible avec la religion, et la honte.

100% des patientes sont inanimées que l'utilisation correcte des contraceptifs peut réduire le taux des avortements provoqués clandestins.

La majorité des patientes étaient conscientes des dangers d'un avortement provoqué clandestin.

24- Issue de la prise en charge :

128 patientes soit 97% sont guéries dans le centre mais ; compte tenu du manque de recul nous n'avons pas pu évaluer le taux de complications tardives.

Nous avons enregistré 1 cas d'évacuation soit 0,75% qui est décédé au service de réanimation au C.H.U point G où elle a été reçue 2 jours après ; il y a eu 3 cas de décès constatés à l'arrivée soit 2,27%.

- Traoré A K [29] a enregistré 2,2% de décès maternel.
- Samaké A [24] a enregistré 6% de décès maternel.
- Tall S [27] a enregistré 6,7% de décès maternel.
- L'OMS a estimé en 2003 à 13% la mortalité maternelle liée à l'avortement provoqué clandestin.

Dans les pays où l'avortement est légal, il n'y a presque pas de décès causé par un avortement (moins d'un décès par million de femmes âgés de 15-44 ans [27]).

25- Les facteurs de risques :

Le célibat est un facteur de risque majeur de l'avortement provoqué clandestin. Toutes ces grossesses étaient non désirées soit au moment de la conception soit au cours de l'évolution. Les études ont représenté 22,72% des motifs évoqués. La paternité inconnue, la pression familiale associée ou non aux célibats ou aux études ; la grossesse non désirée, l'âge avancé ; l'infidélité ; la non maîtrise de la contraception, le viol, la peur de la société, le jeune âge, le milieu urbain, le faible niveau d'instruction, la grossesse précoce sont autant de facteurs de risque.

VII. CONCLUSION

Il s'agit d'une étude des cas qui a été effectuée dans le service de gynécologie Obstétrique du CSREF CV du premier janvier 2008 au 31 décembre 2009 soit une période de 2 ans. Elle a pour objectif d'étudier les complications des avortements provoqués clandestins colligées dans le service de gynécologie obstétrique du CSREF CV.

L'étude a porté sur un échantillon de 132 cas d'avortements provoqués clandestins. Les avortements provoqués clandestins représentent 0,95% des consultations et 19,47% des avortements. La recherche de facteurs de risque nous a permis d'affirmer ou d'infirmer certains de ces facteurs retrouvés dans la littérature. Plusieurs motifs peuvent amener les femmes à avorter. Cette volonté peut être si puissante que la femme est prête à risquer sa vie et à assumer toutes les conséquences qui peuvent résulter de la pratique d'un avortement provoqué clandestin. Parmi ces motifs évoqués nous pouvons citer :

- Le célibat a représenté 35,60% des motifs évoqués d'avortement.
- La tranche d'âge la plus concernée a été de 19 à 24 ans avec 35,15%.
- 48% de primigestes, 32% de paucigestes et 20% de multigestes.
- Les médicaments modernes le sondage utérin et le curetage ont été les méthodes d'avortements les plus fréquemment utilisées avec respectivement 39,84% ; 25% et 21,87%.
- Les complications hémorragiques ont été les plus fréquentes avec 51%.
- Dans notre étude l'information semble être bien passée 87% des patientes ont utilisées le PF.

Tout en sachant que le risque de survenue des complications dépend du terme de la grossesse de la qualification insuffisante de l'auteur du lieu de l'avortement provoqué clandestin et des relations entre le lieu et l'avorteur. L'IVG est et restera sans doute un acte toujours effectivement important sinon grave.

VIII. RECOMMANDATIONS

Au vu de ces résultats, il s'avère nécessaire de proposer certaines recommandations en vue de réduire au maximum le taux des avortements provoqués clandestins. Ces recommandations se situent à 3 niveaux :

1- Aux autorités politiques et sanitaires :

- Faire une large diffusion des lois de la SR (Santé de la reproduction) en relation aux droits génésiques plus précisément celle relatives à l'avortement provoqué.
- Elaborer un cadre juridique du processus d'accès à l'avortement provoqué dit médical ou autorisé.

2- Aux praticiens de santé (Agent de santé) :

Respecter l'âme de la loi du 24 juin 2002 relative à la santé de la reproduction.

Exiger la mise à rédaction et l'adoption d'un document cadre servant de base juridique en vue de protéger les agents de la santé.

3- Aux Populations:

- Réduire le taux des grossesses non désirées par l'acceptation et l'utilisation correcte et appropriée des méthodes contraceptives par les femmes sexuellement actives.
- Lever le tabou par la promotion de l'éducation sur la sexualité.
- Fréquenter les services de santé de la reproduction.
- Sensibiliser les populations sur les inconvénients liés aux avortements provoqués clandestins.

IX. REFERENCES

1. **Alihonou et coll:** Morbidity and Mortality related to induced abortions Afr. Journal of Fertility, sexuality, and Reproductive Health, 1998,1(1)
2. **BELEK NGWANZA Raymond Didier** : Soins après avortement au CS Réf CV à propos de 242 cas. Thèse, Med, Bamako, 2006 ; n°458.
3. **Berthé BB** : Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents(e) au Lycée Askia Mohamed en matière de planification familiale, de MST et du Sida. These, Med, Bamako, 2000, n 47; 124P.
4. **Camara M** : La contraception chez l'adolescente. Thèse, Med, Bamako, 1997, n 44; 68.
5. **Dembélé F** : Les avortements provoqués à L'HGT à propos de 149 cas. Thèse, Med, Bamako, 1997, n 41; 60P.
6. **E D S III Mali (2000-2001).**
7. **Eléonore A Sow EB** : Avortement risque au Sénégal : presque ignoré avant pris en charge après. Dossier publié le 26 Mars 2003, 1,7.
8. **Fadel A, Adjhoto EO, Kossi AS, Hodonou KA, Koffi A, Sename B:** Contraception et avortement provoqué en milieu Africain. Med. Af. Noire, 1999,46 : 416-420.
9. **Fomba O** : Etude du développement sexuel et du comportement des filles en milieu scolaire bamakois. Thèse, Med, Bamako, 1998, n° 26; 140P.
10. **Ipas:** « Abortion laws into action implementy legal from ». Initiative in reproductive health polity. Ipas janvier 1997 vol2, n 1 ; 8P.
11. **Ipas, FCI, PPPF, POPULATION Council** : Prévention et prise en charge des avortements à risque. Guide d'action 1999.

- 12. Khama O, Gogo M D, ph D, Valentino M, Lema M D, George O, Rae M D, MPH:** Soins après avortement : Guide et normes pour offrir des services en Afrique sub saharienne. Ipas, Chapel, Hill, ISBN, 1.88220.18.8P
- 13. Kinoti S :** Le problème de l'avortement provoqué clandestin en Afrique au sud du Sahara (ASS). J. Gynécol. Obstet. Reprod. Masson, Paris, 1997, 26, n 8.
- 14. Konaté M :** Interruption volontaire de grossesse (IVG) au Centre de sante de référence de la commune IV à propos de 106 cas. Thèse, Médecine, Bamako, 2003,82P, n94.
- 15. Konaté K.M et collaborateurs :** Les conséquences sociales de l'avortement provoqué à Bamako. CILSS : INSAH, CERPROD septembre 1998.
- 16. Koné B :** Enquête MOMA à Ouagadougou : première analyse des facteurs de risque de la morbidité maternelle grave. J. Gynécol. Obstet. Reprod. Masson, Paris, 1997, 26, n 8.
- 17. Loi n° 02-0441 Du 24 juin 2002 relative à la santé de la reproduction au Mali.**
- 18. Moreira PM :** Morbidité et mortalité liées aux avortements provoqués J. Gynécol. Obstet. Reprod. Masson, Paris, 1998, 32, n° 2.
- 19. Merger R, Levy J, Melchior J :** Avortement provoqué clandestin. Précis d'obstétrique 6^{ème} édition. Masson, Paris, 2003, 583P :222-225.
- 20. Protocole à la charte Africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes :** Article 14 (Droit à la santé et au contrôle des fonctions de reproduction.
- 21. OMS, FNUAP, UNICEF, Banque mondiale :** Réduire la mortalité maternelle. OMS et col, Genève, 1999, 21 cm, 45P

- 22. OMS** : Méthodes médicales d'interruptions de grossesse. OMS, Genève, 1997, 100 P.
- 23. OMS** : Complication des avortements : directives techniques et questionnaires pour la prévention et le traitement. OMS, Genève, 1997, 168, 99 P.
- 24. Samaké A** : Les avortements à risques au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré à propos de 216 cas. Thèse, Med, Bamako, 2000, n 49 ; 107P.
- 25. Samaké EHD** : Facteurs de risque des MST- sida liés à la morbidité de la population : une étude en commune IV du District de Bamako. Thèse, Med, Bamako, 1999, n° 82; 63 P.
- 26. Sontach ZFE** : Avortement et parturition provoqués. Société nationale pour l'étude de la stérilité et de la fécondité. Masson et CIE, 618, col.
- 27. Tall S** : Les facteurs de risque de l'avortement provoqué au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré à propos de 180 cas. Thèse, Med, Bamako, 2005.
- 28. Tolo D**: Etude de stérilité conjugale dans le service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital national du point G à propos de 208 cas. Thèse, Med, Bamako, n° 63; 97 P.
- 29. Traoré A.K** : Les avortements à risques au centre de santé de référence de la commune V de Bamako de mai 2001 à Mai 2003 à propos de 134 cas. Thèse, Med, Bamako, 2004, n° 8; 77P.
- 30. Touré Cheick A.S** : Amélioration des la qualité des soins après avortement par la technique d'AMIU au CS Réf C V. Thèse, Med, Bamako, 2008, n° 471; 73P.

X. ANNEXES

Score de Glasgow

Score	Ouverture des yeux	Réponse verbale	Réponse motrice
1	Aucune	Aucune	Aucune
2	A la douleur	Sons	Décérébration
3	A l'appel	Mots	Décortication
4	Spontanée	Confuse	Flexion non orientée
5	.	Normale	Orientée
6	.	.	Sur ordre

Coter chaque item puis faire la somme donne le score

La normale est 15, le minimum est 3.

De 8 à 13 on parle de somnolence, de confusion.

De 3 à 7 on parle de coma.

Décérébration: extension des bras, des poignets et des membres inférieurs.

Au maximum il existe un opisthotonos. Signe une souffrance du tronc cérébral.

Décortication: flexion lente de l'avant bras et du poignet, extension des membres inférieurs. Signe une souffrance hémisphérique profonde atteignant la région diencephalique.

FICHE D'ENQUETE

Complications des avortements provoques colliges au c.s.ref cv fiche d'enquête de la malade :

I. Identification de la malade :

1°) Nom de Enquêteur.....

2°) Date :.....

3°) Nom et Prénom :.....

4) Age :.....

5°) Ethnie : (1= Bambara ; 2= Malinké ; 3= Sarakolé ; 4= Peulh ;

5= Sonrhaï ; 6= Dogon ; 7= Tamashek ; 8= Senoufo ; 9= Minianka ;

10= Bozo ; 11= Touareg ; 12= Autres....)

6°) Résidence : (1= Bamako ; 2.= Kayes ; 3= Koulikoro ;

4= Sikasso ; 5= Ségou ; 6= Mopti ; 7= Gao ; 8= Tombouctou ; 9= Kidal ;

10= Autres.....).

7°) Profession : (1= Elève ; 2= Etudiante ; 3= Ménagère ;

5= Vendeuse ; 6= Commerçante ; 7= Secrétaire ; 8= Médecin ;

9= Magistrat ; 10= Infirmier d'état ; 11= Sage femme ; 12= Matrone ;

13= Autres

8°) Niveau d'instruction : (1= Non scolarisée ; 2= Primaire ;

3= Secondaire ; 4= Supérieur ; 5= Professionnelle).

9°) Etat Civil : (1= Mariée ; 2=Célibataire)

10°) Régime : (1= Monogamie ; 2= Polygamie).

11°) Religion : (1= Musulman ; 2= Chrétien ; 3 = Autres.....)

II. L'histoire de l'avortement :

1°) Age gestationnel à partir des DDR et ou de l'échographie précoce :

(1= Connue, 2= Inconnue).

2°) Age gestationnel ≤ 12SA :

3°) Age gestationnel > 12SA :

4°) Avez-vous déjà été enceinte : Oui Non

Si Oui, le nombre de fois :

Nombre d'enfants vivants :

5°) A quel âge aviez-vous fait votre première grossesse :

Était- t'elle désirée Oui Non

Est – t'elle arrivée à terme Oui Non

Si non, pourquoi.....

6°) Avez-vous déjà fait un avortement provoqué : Oui Non

Si Oui, combien de fois :.....

7°) Quelle âge aviez- vous au moment de votre 1^{er} grossesse :

8°) L'âge en mois de la présente grossesse avortée :

9°) Lieu où l'avortement a été effectué :

(1= Hôpital ; 2= CSCOM ; 3= PMI ; 4= Maternité ; 5 structure privée (Clinique, Cabinet Médical) ; 6= Dispensaire ; 7= Domicile (praticien, patiente, copain) ; 8= Autres.....).

10°) Qui vous a montré ou indiqué ce lieu :

(1= amie, 2= ami, 3= Vous même, 4= Les parents, 5= Mari, 6= Autres.....)

11°) Qui a décidé de faire cet avortement :

(1=Vous seul, 2= Votre ami, 3= ensemble, 4= Votre mari, 5=mère, 6= père, 7= les deux, 8= Autres.....).

12°) Qualification de la personne qui a effectué l'avortement :

(1= Médecin ; 2= Sage femme ; 3= Infirmier (ère) ; 4= Interne ; 5= Pharmacien ; 6= Guérisseurs traditionnel ; 7= Matrone ; 8= Femme elle-même ; 9= Laborantin ; 10= Autres.....)

13°) Méthodes abortives utilisés

(1= Curetage ; 2= Sondage utérin ; 3= Aspiration ; 4= Comprimé de misoprostol 200mg (cytotec) ; 5= Permanganate 6= Utilisation de produit traditionnel ; 7= Comprimé de nivaquine ; 8= Autres.....).

14°) Combien avez- vous payé pour l'acte

- 15°) Qui a payé cet argent : (1= Vous seul, 2= Votre ami, 3= ensemble, 4= Votre mari, 5=mère, 6= père, 7= les deux, 8= autres.....).
- 16°) Motif de l'avortement Provoqué : (1= Grossesse non désirée, 2= n'aime pas d'enfant, 3= célibataire, 4= manque de moyen pour élever l'enfant, 5=pressions familiales, 6= la honte, 7= les études, 8= n'aime pas le partenaire ; 9= Mes parent n'aime pas mon partenaire ; 10 =j'allaité un bébé ; 11= Autres.....)
- 17°) Délai de Consultation : en jour (1= 0 à 1j ; 2= 2 à 4j ; 3= 5 à 7 j ; 4= plus de 7 jours)
- 18°) Motif de Consultation : (1= Hémorragie ; 2= Algie pelvienne aigue ; 3= Hémorragie + Algie pelvienne aigue ; 4= Hyperthermie ; 5= Leucorrhée purulente ; 6= Syndrome infectieux ; 7= Vertige ; 8= Autres.....)
- 19°) Mode d'admission : (1= Référée ; 2= Venue d'elle-même).
- Si Référée structure d'évacuation :
(1= Hôpital ; 2= CSCOM ; 3= PMI ; 4 =Maternité ; 5=structure privée (Clinique, Cabinet Médical); 6= Dispensaire ; 7= Domicile (praticien, patiente, copain) 8 = Autres.....)
 - Qualification de la personne ayant procédé à l'évacuation sanitaire :
(1= Médecin ; 2= Sage femme ; 3 = Infirmier ; 4= Interne ; 5= Matrone ; 6 = autres...)

III. Antécédents gynéco-obstétricaux de la malade :

- 1°) Gestité.....
- 2°) Parité.....
- 3°) Vivant.....
- 4°) Avortement spontané.....
- 5°) Décédé.....
- 6°) Intervalle inter génésique
(En mois)

7°) Antécédents d'avortements provoqués et leurs complications éventuelles.....

.....
.....

IV Antécédents médicaux :

.....

V Antécédents chirurgicaux :.....

.....

VI ANTECEDENTS FAMILIAUX :.....

.....

VII Examen clinique du malade :

A Examen Général :

1. Etat général :

(1= bon, 2= mauvais).

2. Conscience :

(1= bonne, 2=obnubilation, 3= coma)

3. Conjonctives : (1 = colorées, 2 = pales)

4. Tension Artérielle : (1= \leq 08/04Cm Hg : Etat de choc ;

2= $>$ 08/04Cm Hg ; $<$ 10/06cm Hg : Hypotension ; 3= $>$ 10/06Cm Hg ; \leq

14/09Cm Hg: Normal; 4= $>$ 14/09Cm Hg: Hypertension).

5. La température: (1= hypothermie $<$ à 36 °5c ; 2= Température

normal Entre 36 °5c et 37 °5c ; 3= hyperthermie $>$ à 37 °5c).

6. Pouls : (1= Bradycardie : $<$ à 70 ; 2= Normal : entre 70 et 100 ;

3= Tachycardie : $>$ à 100).

B. Examen Gynécologique :

1. Seins :

(1= gravidés, 2= non gravidés).

2. Abdomen : (1= Souple ; 2= Tendru ; 3= Contracture ;

4= Défense à La palpation, 5= Autres.....).

3. Vulve : (1= propre, 2= souillée de sang, 3= souillée de pus,

4= Lésion De grattage, 5= 2+3+4, 6= Produit de conceptions ; 7= Autres).

4. Examen au spéculum :

(1= vaginite, 2= leucorrhée blanche, 3= leucorrhée verdâtre,
4= leucorrhée purulente, 5= métrorragie, 6= Cervicite 7= 1+2+5,
8= 1+3+5, 9= 1+4+5, 10= 1+5, 10= autres)

5. Touche vaginal : (1= Col ouvert; 2=Col ferme).

C.Examen complémentaires éventuels :

1. Groupage rhésus :

2. Taux d'hémoglobine

3. Echographie Pelvienne :.....
.....

4. Echographie abdominopelvienne :.....
.....

5. ASP :.....

D.) Complications: (1= Lésion cervical ; 2= Perforation utérine ;

3= Pelvis péritonite ; 4= Péritonite ; 5= Avortement Septique;

6= Septicémie ; 7= Hémorragie abondante par rétention ovulaire ou
placentaire ; 8= Anémie ; 9= Endométrite ; 10= pi ovaire ;

11= Lésion vaginal ; 12 = Perforation du Douglas ; 13 = Pyosalpinx ;

14= Autre.....)

E. Diagnostic retenu :
.....

V Prise en charge de la malade :

A. Remplissage vasculaire éventuel.....

B. Mode d'évacuation utérine :

(1= curage digital, 2= curetage, 3= AMIU, 4= Comprimé de misoprostol
200mg (cytotec), 5= Autres.....).

C.) Traitement médical reçu :

(1= Syntocinon ; 2= Antibiotique ; 3= Fer Acide folique ; 4= Méthergin ;

5= Transfusion ; 6=SAT ; 7=1+2 ; 8=1+2+3 ; 9=1+2+3+4 ;

10=1+2+3+4+5 ; 11=1+5 ; 12=autres.....).

• Si Antibiothérapie : Nature de l'Antibiotique prescrit :

(1= Amoxicilline ; 2= Ciprofloxacine ; 3= Métronidazole ; 4= Gentamycine ;
5= 1 + 2 ; 6= 2 + 3 ; 7 = 1 + 3 +4 ; 8 = 2 + 3 + 4 ; 9 = Autres.....)

D. Traitement chirurgical :

- (1= Hystérectomie total avec conservation des annexes ;
- 2= Hystérectomie total sans conservation des annexes ;
- 3= Hystérectomie subtotal avec conservation des annexes ;
- 4= Hystérectomie subtotal sans conservation des annexes ;
- 5= Hystérorraphie ; 6= Ovariectomie plus lavage péritonéale avec drainage ; 7= Ovariectomie plus lavage péritonéale sans drainage ;
- 8= Salpingectomie plus lavage péritonéale avec drainage ;
- 9= Salpingectomie plus lavage péritonéale sans drainage ;
- 10= Annexectomie plus Lavage péritonéale avec drainage ;
- 11= Annexectomie plus lavage péritonéale sans Drainage ;
- 12 = Drainage d'un abcès du Douglas;
- 13= Autres.....).

E. Evolution : (1= Favorable ; 2= Décès).

F. Coût du traitement après avortement :.....

G. Qu'aviez-vous ressenti après cet avortement :

(1= sentiment de soulagement, 2= sentiment de regret).

H. Qu'est – ce qui vous a poussé (raisons) à faire cet avortement) :

- (1= Grossesse in désirée, 2= n'aime pas d'enfant, 3= célibataire,
- 4= manque de moyen pour élever l'enfant, 5=pressions familiales,
- 6=la honte, 7=les études, 8= N'aime pas le partenaire,
- 9= les parents n'aiment pas le partenaire ,10= j'allaité un bébé,
- 11= Autres.....).

I. Avez-vous orienté la patiente vers la planification familiale :

Oui Non

J. connaissez-vous des méthodes contraceptives: Oui Non

Si oui les quelles :

- (1= Pilules, 2= Injectables, 3= D I U, 4= Préservatifs, 5= spermicides,
- 6= Implant, 7= autres.....)

K. Avez-vous déjà utilisé une de ces méthodes : Oui Non

Si oui, la ou lesquelles :.....

.....
.....

Si non, pourquoi :

(1= n'aime pas, 2= manque d'information, 3= provoque la stérilité,
4= ne supporte pas, 5= incompatibilité avec la religion, 6= pas disponible,
7= autres.....)

L. Que pensez-vous de ces méthodes contraceptives si dessus citées :

(1= Bon, 2= pas bon, 3= ne sait pas)

M. Selon vous l'utilisation correcte de ces méthodes peut-elle réduire

le taux de grossesses in désirées : Oui Non

N. Connaissez-vous des incidents et complications des avortements

Provoqués :

(1= Stérilité, 2= mort subite, 3= algie pelvienne chronique, 4= avortement
spontané à répétition, 5= ne sait pas, 6= autres.....).

O. Avez-vous déjà conseillé quelqu'un concernant les avortements

provoqués: Oui Non

Si oui, qu'est ce que vous lui avez dit.....

.....
P. Selon vous, que doit –ont faire pour réduire ce fléau.....

.....
VI Issue de la maladie :

(1= Guérison, 2= Référée, 3= Décédé,).

- Si Décès causes (1= Hémorragie ; 2= Septicémie ; 3 Tétanos ;
4 = Intoxication médicamenteuse ; 5 = Pelvipéritonite ; 6= Péritonite ;
7= Autres.....)

RESUME

Non : TRAORE.

Prénom : Cheick Tidiane.

Date et lieu de naissance : 25 Août 1977 à Kayes.

Nationalité : Malienne

Année universitaire : 2008-2009.

Ville de soutenance : Bamako.

Pays d'origine : Mali.

Titre de la thèse : Les avortements provoqués clandestins : complications colligées au CSRéf- CV du District de Bamako.

Lieu de dépôt de la thèse : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et D'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Gynécologie obstétrique, Santé publique.

Il s'agit d'une étude des cas qui à été effectuée dans le service de Gynécologie Obstétrique du CSRéf- CV du premier janvier 2008 au 31 décembre 2009 soit une période de 2 ans avec pour objectif d'étudier les avortements provoqués clandestins : complications colligées dans le service. Cette étude à porté sur un échantillon de 132 cas d'avortement provoqués clandestins ; qui ont représenté 0,95 % des consultations et 19,47% des avortements.

La tranche d'âge la plus concernée est celle de 13-24 ans soit 63,27%.

Les élèves/étudiantes et les vendeuses/commerçantes plus les célibataires sont les plus exposées soit respectivement : 35,60%, 25,75% et 68% aucun statut matrimonial n'est épargné.

La majorité des avortements étaient pratiqués par des sages femmes (36,36%) et les matrones (14,39%) ne possédant pas les compétences nécessaires et dans des conditions de clandestinité exposant à des complications dramatiques.

Les médicaments modernes et le sondage utérin ont été les méthodes les plus utilisées avec 39,84% et 25%.

Les complications hémorragiques 51% sont les plus fréquentes et les plus redoutables.les décès 4cas soit 3%.

Les raisons sont nombreuses : Parmi elles nous pouvons citer le célibat, les contraintes scolaires et les GND ont été les plus fréquentes.

Mots clés : Avortement provoqué clandestin, complication, contraception.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !