

**Ministère des Enseignements  
Secondaire, Supérieur et de la  
Recherche Scientifique**

**RÉPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple – Un But – Une Foi**



**ANNEE UNIVERSITAIRE : 2008-2009**



**N°...../**

## **LES AVORTEMENTS A RISQUE DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE DU CHU DU POINT « G »**

### **THÈSE**

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 06/01/2009

**Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et  
d'Odontostomatologie**

Par

**Mademoiselle Fatoumata H. MAÏGA**

Pour obtenir le Grade de **Docteur en Médecine**

(DIPLOME D'ETAT)

#### **Jury**

**Président : Professeur SY Assitan SOW**

**Membre : Docteur Binta KEITA**

**Co-directeur : Docteur Samba TOURE**

**Directeur : Docteur Bouraïma Maïga**

1

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**  
**ANNEE UNIVERSITAIRE 2008 - 2009**

**ADMINISTRATION:**

DOYEN: **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR

1<sup>er</sup> ASSESSEUR: **DRISSA DIALLO** – MAÎTRE DE CONFERENCES

2<sup>ème</sup> ASSESSEUR: **SEKOU SIDIBE** – MAÎTRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL**- CONTROLEUR DES FINANCES

**PROFESSEURS HONORAIRES:**

Mr. Alou BA	Ophthalmologie
Mr. Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr. Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr. Yaya FOFANA	Hématologie
Mr. Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr. Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr. Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Sinè BAYO	Anatomie-Pathologie- Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki Cissé	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE**  
**D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES :**

**1. PROFESSEURS**

Mr. Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr. Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr. Abdou Alassane TOURE	Orthopédie -Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gyneco- Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gyneco- Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale, <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

**2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie	
		Ophtalmologie
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco- Obstétrique	
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale	
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie -Traumatologie	
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation	
Mr Tièman COULIBALY	Orthopédie -Traumatologie	
Mme TRAORE J THOMAS	Ophtalmologie	
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie	
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco- Obstétrique	

Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie- Réanimation
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale

### 3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco- Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie / Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie/ Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	Oto-Rhino-Laryngologie
Mr Bouraïma MAIGA	Gynécologie/Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie/Réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Boubacar GUINDO	Oto-Rhino-Laryngologie
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale

Mr Adama Konoba KOÏTA	Chirurgie Générale
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	Oto-Rhino-Laryngologie
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie/Réanimation
Mr Aladji Séydou DEMBELE	Anesthésie/Réanimation
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie

## **D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**

### **1. PROFESSEURS**

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie

### **2. MAÎTRES DE CONFERENCES**

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie, <b>Chef de D.E.R</b>

Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie – Mycologie

### 3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou Baby	Hématologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie -Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie - Pathologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie - Mycologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mahamadou DIAKITE	Immunologie – Génétique
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie – Pathologie
Mr Bakary MAÏGA	Immunologie

### 4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Mamadou BA	Biologie,Parasitologie,EntomologieMédicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
Mr Blaise DACKOOU	Chimie Analytique

## **D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

### **1. PROFESSEURS**

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie- <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro- entérologie- Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato- Léprologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

### **2. MAÎTRES DE CONFERENCES**

Mr Bah KEITA	Pneumo- Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Daouda K Minta	Maladies Infectieuses

### **3. MAITRES ASSISTANTS**

Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
-----------------------	--------------

Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou B. TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépto-gastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépto-gastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr Ilo Bella DIALLO	Cardiologie
Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie

## **D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

### **1. PROFESSEURS**

Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique <b>Chef de D.E.R</b>
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique



Mr Benoît Yaranga KOUMARE

Chimie Analytique

Mr Ababacar I. MAIGA

Toxicologie

Mme Rokia SANOGO

Pharmacognosie

### **3. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Yaya KANE

Galénique

Mr Saibou MAIGA

Législation

Mr Ousmane KOITA

Parasitologie Moléculaire

Mr Yaya COULIBALY

Législation

Mr Abdoulaye DJIMDE

Microbiologie/Immunologie

Mr Sékou BAH

Pharmacologie

Mr Loséni BENGALY

Pharmacie Hospitalière

### **D.E.R. SANTE PUBLIQUE**

#### **1. PROFESSEUR**

Mr Sanoussi KONATE

Santé- Publique- **Chef de D.E.R**

#### **2. MAÎTRE DE CONFERENCES**

Mr Moussa A. MAÏGA

Santé Publique

Mr Jean TESTA

Santé Publique

Mr Mamadou Sounalo TRAORE

Santé Publique

#### **3. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Adama DIAWARA

Santé Publique

Mr Hamadoun SANGHO

Santé Publique

Mr Massambou SACKO

Santé Publique

Mr Alassane A DICKO

Santé Publique

Mr Hammadoun Aly SANGO

Santé Publique

Mr Séydou DOUMBIA

Epidémiologie

Mr Samba DIOP

Anthropologie Médicale

Mr Akory Ag IKNANE

Santé Publique

Mr Ousmane Ly

Santé Publique

#### **4. ASSISTANTS :**

Mr Oumar THIERO

Bio statistique

**CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

**ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISS	Hydrologie
Pr Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr Lamine GAYE	Physiologie

**DÉDICACES**  
**ET**  
**REMERCIEMENTS**

## **Dédicaces**

*A Allah le tout puissant, le clément et le miséricordieux. Par ta bonté et ta grâce, tu m'as permis de mener à terme ce travail si long et pénible. Fasses que je me souviene toujours de toi en toute circonstance, à chaque instant du restant de ma vie.*

- **A ma mère, Mme Maïga Salimata Fomba :**

Tu es non seulement ma mère, mais tu demeures également ma meilleure amie, ma complice et ma confidente.

Tu as tant souffert pour tes enfants. Tes sacrifices en notre faveur sont inestimables, et ont fait de nous ce que tu as souhaité.

Tu incarnes en toi, l'affection pure, naturelle de mère dévouée, courageuse et tolérante.

Nous ne saurons jamais payer le prix de l'affection que tu nous portes. Tu es le pilier de notre réussite. Saches en effet que l'honneur de ce travail te revient. Puisse le tout puissant te garder longtemps auprès de nous ! Que l'avenir soit pour toi soulagement et satisfaction ! Je t'aime maman !

- **A mon père Hamidou Maïga :**

Nous rendons grâce à toi pour nous avoir donné la vie et guidé nos

premiers pas.

Nous ne trouverons jamais assez de mots pour t'exprimer notre affection.

• **A mon fils Oumar Natio Traoré :**

Ta venue au monde m'a donné courage et détermination pour parvenir à bout de ce travail. Tu es un trésor ; un porte bonheur. Puisse Dieu te donner, une longue vie dans la santé et la prospérité ! Que Dieu te bénisse. Amen !

**Remerciements :**

**A mon frère et à mes sœurs :** Yacouba, Nana kadidia, et Zeïnabou Maïga. Merci pour l'assistance, le soutien affectif tellement inestimable qui nous unit.

**A mes tontons :** Youssouf Fomba, Salifou Fomba , Bréhima Fomba, Emile Keïta. Je ne saurais oublier vos soutiens affectifs et financiers.

**A mes tantes :** Maïmouna Fomba, Djélika fomba, Adama Fomba, Madina Fomba, Assetou Fomba, Fatoumata Bagayoko, Lountanding Keïta, Sira Coulibaly, Chata Ballo. Toute ma reconnaissance.

**A mes cousines et cousins :** Mariam Camara, Mariam Fomba, Aboubacar Tiécoura Fomba. Toute ma sympathie.

**A mes amies :** Mariam Diancoumba , Mariam Soumaré , Coumba Soumano, Djénébou I Traoré, Kadiatou Ewe Traoré, Aminata T. Traoré, Aïssé Sidibé. Merci pour votre soutien inestimable.

**A Dr Diabaté Idrissa :** Merci pour ton soutien.

**A Dr Koïta Adama :** Merci pour le choix éclairé.

**A Dr Traoré Mamadou dit Dou :** Vous m'avez donné le courage et la force d'affronter ce travail Ardu, il est le fruit de vos efforts intenses, de votre disponibilité permanente. Il est l'un des vôtres. Toute ma reconnaissance.

**A Dr Loséni BENGALY :** Votre contribution est inestimable. Merci infiniment.

**A tout le personnel du CHU du Point « G » et surtout du service de Gynécologie obstétrique.**

Vous m'avez rendu le séjour agréable.

**Aux Docteurs :** Sima Mamadou, Ibrahim Ongoiba, Brahima Dicko, Kelly, Ibrahim Kanté, Sakoba Konaté, Sidy Konaté, Harouna Traoré, Fatoumata Maïga dite Fifi, Fatou Atji, Assan Diarra, Etienne Togo. J'ai beaucoup appris à vos côtés sur le plan professionnel et le savoir faire.

**Aux internes :** Abdel Karim Coulibaly, Abdoulaye Keïta, Diakaridia Fomba, Korotoumou Bagayoko, Djibril Magassouba. Toute ma sympathie.

Aux sages femmes : je ne pourrai vous citer tellement, je suis comblée par le fait que j'ai beaucoup appris à vos côtés. Merci pour tout.

**Aux infirmiers et infirmières, aux anesthésistes, et aux manœuvres :**  
Merci pour votre soutien dans la réalisation de ce travail.

# HOMMAGES

## AUX

# MEMBRES

## DU

# JURY

## A NOTRE MAITRE ET PRESIDENTE DU JURY

### **Professeur Sy Assitan Sow**

- Professeur titulaire de Gynécologie Obstétrique à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.
- Chef de service de Gynécologie Obstétrique du centre de santé de référence de la commune II.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury. Votre modestie fait de vous un maître d'abord facile, nous avons été très impressionné par votre simplicité, et votre humanisme. C'est le moment pour nous de vous rendre un hommage mérité.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profond respect.

Que le tout puissant vous accorde longue vie (AMEN).

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

### **Docteur Binta Keïta**

- Gynécologue Obstétricienne
- Chef de la division santé de la reproduction à la Direction nationale de la santé (DNS)

Cher maître

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Nous avons été très touchés par votre accueil, votre modestie et votre simplicité qui font de vous une personnalité remarquable. Permettez nous, cher maître de vous exprimer nos vifs remerciements et notre profond respect.

Que le tout puissant vous accorde longue vie (*AMEN*).



## **A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR**

### **Docteur Samba Touré**

Gynécologue Obstétricien

Chef Adjoint du service de gynécologie obstétrique du CHU du Point-G

Cher Maître

Ce travail est le votre. Le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la faculté d'écoute sont des vertus que vous nous incarné et qui font de vous un grand Médecin.

Votre courtoisie, votre disponibilité, et votre exigence pour le travail bien fait font de vous un exemple à suivre.

C'est le moment pour nous de vous rendre un hommage mérité. Trouvez ici cher maître l'expression de notre profond respect.

Que le tout puissant vous accorde longue vie (AMEN).

## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

### **Docteur Bouraïma Maïga**

Gynécologue Obstétricien

Maître assistant

Détenteur du diplôme de reconnaissance décerné par le Ministère de la femme, de l'enfant et de la famille

Détenteur d'un ciwara d'excellence en 1997

Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali

Responsable de la filière Sage femme de l'institut national de formation en science de la santé (INFSS)

Chef de service de Gynécologie Obstétrique de CHU du Point-G

Cher Maître

Nous sommes très honorés d'avoir bénéficié de votre apport pour la réalisation de ce travail. Votre dévouement, votre combativité, votre dynamisme, votre simplicité, votre sens élevé du dialogue font de vous un homme exemplaire.

Vos qualités humaines, sociales et professionnelles font de vous un maître de référence. Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, d'humilité et du travail bien fait.

Nous sommes fiers et très heureux d'être comptés parmi vos disciples.

Puisse le seigneur vous accorder santé et longévité (AMEN).

# LISTE DES SIGLES ET

# ABBREVIATIONS

## Liste des abréviations

AMIU : Aspiration Manuelle Intra Utérine

CI : Commune I

CI : Commune II

CI : Commune III

CI : Commune IV

CI : Commune V

CI : Commune VI

CC : centimètre cube

CCC : Communication pour le changement de comportement

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

cm : centimètre

EDS – M II : Enquête Démographique de Santé Mali, deuxième édition

F CFA : Franc de la Communauté Francophone d’Afrique

IEC : Information Education Communication  
IM : Intra Musculaire  
IMSO : Incision Médiane Sous Ombilicale  
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse  
mg : milligramme  
mg/h : milligramme par heure  
ml : millilitre  
mmHg : millimètre de mercure  
Na Cl : chlorure de sodium  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
ONG : Organisation non gouvernementale  
P: Probabilité  
PF: Planification Familiale  
USA: United States of America  
X2: Khi 2  
°C: degré Celsius  
%: pourcentage

## **SOMMAIRE**

	<b>Page</b>
INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	2
GENERALITES	3
1-Définitions	3
2-Historique	4
3-Raisons	7
4-Conséquences	9
5-Les méthodes utilisées	11
6-Les complications	16
METHODOLOGIE	26
Cadre d'étude	26
Méthode et Matériel	29

RESULTATS	30
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	49
CONCLUSION	61
RECOMMANDATIONS	62
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	64
ANNEXES	68

# INTRODUCTION

## I – INTRODUCTION

L'avortement provoqué est la plus ancienne méthode de contrôle de la fécondité, probablement encore la plus utilisée. Cependant, les avortements provoqués clandestins ou avortements à risque devenus rares dans les pays développés sont encore fréquemment pratiqués en Afrique. Ils sont source de morbidité et de mortalité maternelles. [1]

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 50 à 100.000 décès par an. [2].

Par ailleurs, la plupart des informations recueillies proviennent d'études menées en milieu hospitalier; or, les admissions pour complications d'avortement, ne représentent que la partie visible de l'iceberg; car dans de nombreux pays africains, une forte proportion de la population ne fréquente pas les services de santé modernes. [3]

Au Mali, comme dans la plupart des pays africains; l'avortement provoqué clandestin ou avortement à risque bien qu'interdit est une pratique courante, et les complications consécutives peuvent être préjudiciables pour la santé, voire fatale pour la vie des femmes.

En plus de la mort subite, ces avortements entraînent aussi d'autres complications immédiates ou tardives telles que les hémorragies, les infections, les troubles névrotiques, et les risques de stérilité. [3]

Cette dernière complication entraîne des conséquences sociales réelles, compte tenu de l'importance de la fonction reproductive chez la femme au Mali. Les avortements à risques posent donc un problème majeur de santé publique doublé d'un drame humain et social dans notre pays.

L'ampleur et la gravité des avortements à risque, nous ont sérieusement marqué tout au long de nos études médicales. C'est pour cette raison que très motivés nous avons initié ce travail au service de Gynécologie et d'obstétrique du CHU du point « G » dans le but d'apporter notre modeste contribution dans la lutte contre ce fléau.

Les objectifs que nous nous sommes fixés pour mener à bien ce travail sont les suivants :

### **A- Objectif général**

Etudier les avortements à risque dans le service de Gynécologie - obstétrique du CHU du Point « G ».

### **B- Objectifs spécifiques**

- Déterminer la fréquence des avortements à risque.



- Déterminer le profil socioéconomique des femmes qui ont recours à l'avortement à risque.
- Décrire le tableau clinique
- Identifier les raisons ayant motivé l'avortement
- Déterminer le pronostic des avortements provoqués
- Evaluer le coût des avortements provoqués

# GENERALITES

## II- 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. [4]  
C'est théoriquement l'expulsion du fœtus avant le 180<sup>ème</sup> jour de grossesse, date à partir de laquelle l'enfant né est présumé pouvoir continuer à vivre et à se développer.[5]

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. On ne parlera donc plus d'avortement dès que le pédiatre parvient à réanimer le nouveau-né.

L'avortement peut-être spontané ou provoqué.

## **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 28 semaines d'aménorrhée ou de tout fœtus dont le poids est inférieur à 500grammes. [5]

## **3- Définition de l'avortement à répétition :**

L'avortement à répétition selon l'OMS est la survenue de deux avortements spontanés ou plus, consécutifs chez une même patiente. [6]

## **4- Définition de l'avortement provoqué :**

L'avortement provoqué est l'interruption volontaire de la grossesse sans nécessité médicale. [5]

## **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 ». [7]

## **6- Définition de l'avortement thérapeutique :**

C'est l'interruption de grossesse décidée par le médecin pour une raison médicale.

1 Il peut être :

- **eugénique** : c'est lorsqu'il existe une malformation fœtale reconnue ou suspectée;
- il peut se faire pour **sauvetage maternel** : si l'évolution de la grossesse engendre un risque majeur pour la santé ou la vie de la mère. [5]

## **B- Historique :**

Tout au long de l'histoire, les femmes ont eu recours à l'avortement pour mettre fin aux grossesses non désirées **[8]**.

« La première référence semble être celle découverte dans les archives royales de Chine, elle remonte à 3000 ans avant Jésus Christ. Les sommités anciennes autorisent l'avortement ou ne le sanctionnent que légèrement ».

Il était fréquent dans la Grèce, en Rome antique. Il était rare chez les égyptiens et était sévèrement puni chez les Perses.

En Rome antique, l'avortement se faisait avec des produits 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. La condamnation de l'avortement apparaît avec semble t-il la religion chrétienne. **[9] [10]**

Près de 2/3 des femmes dans le monde ont la possibilité d'avorter légalement; environ 1/12 des femmes vivent dans des pays où l'avortement est prohibé. Aux USA, l'avortement est autorisé à la demande pendant le 1<sup>er</sup> trimestre; après ce terme, il est réglementé par chaque état. **[8]**

## 2 Actuellement :

- 41% de la population mondiale environ vit dans des pays où la loi autorise l'IVG à la femme dans un certain délai ou sans restriction dans le temps. Dans les pays industrialisés, 71% des femmes ont le droit de décider elles mêmes d'interrompre une grossesse non désirée. **[11]**
- 20% de la population mondiale vit dans des pays qui autorisent l'IVG pour des motifs sociaux. **[11]**

- 14% vit dans des pays où l'interruption de grossesse n'est autorisée que si la santé de la femme se trouve menacée.
- 25%, principalement dans le tiers monde vit dans des pays où l'interruption de la grossesse n'est autorisée que si la vie de la femme se trouve menacée. [11]

Les lois relatives à l'avortement ont pour but de combattre le fléau qu'est l'avortement. Pour ce faire, certains pays ont libéralisé cette pratique afin de médicaliser sa pratique dans le but d'en minimiser les effets délétères.

Par exemple [12]:

**En Allemagne :** en 1995, afin d'harmoniser les lois relatives à l'avortement qui étaient en vigueur dans les anciennes Républiques d'Allemagne de l'Est et de l'Ouest, l'Etat Allemand a adopté une loi qui assouplit les conditions sous lesquelles l'avortement était autorisé en ex-Allemagne de l'Ouest, tout en imposant des restrictions dans celles de l'ex-Allemagne de l'Est. Selon la nouvelle loi, l'avortement ne peut faire l'objet de poursuite durant les 14 premières semaines de grossesse et est possible sans aucune restriction sur les raisons. Cependant les femmes qui veulent avorter doivent se soumettre à un certain nombre de procédures et la plupart des avortements ne sont plus couverts par l'assurance maladie nationale.

**En Albanie :** en 1996, l'Albanie a libéralisé sa législation nationale de façon significative. La nouvelle loi tout comme la directive énoncée par le ministère de la santé albanais en 1991, permet l'avortement sans restriction sur les raisons durant les 12 premières semaines de la grossesse.

**Au Cambodge :** en novembre 1997, le Cambodge a modifié sa législation nationale relative à l'avortement, qui était très restrictive. L'avortement est maintenant possible durant les 14 premières semaines de la grossesse sans restriction sur les raisons.

**Au Burkina-Faso :** en 1996, le Burkina-Faso a amendé son code pénal pour permettre l'avortement à tous les stades de la grossesse quand la vie ou la santé de la femme est en danger et en cas de malformation fœtale grave.

L'avortement est également autorisé pendant les 10 premières semaines de la grossesse en cas de viol ou d'inceste.

D'autres pays trouvent par contre la libéralisation de l'avortement moins avantageuse que sa restriction, c'est le cas du Salvador et de la Pologne qui ont durci leur loi relative à l'avortement depuis 1994. [12]

Etant donné la corrélation entre l'avortement à risque et les taux élevés de mortalité et de morbidité maternelles, ces lois reflètent le peu d'intérêt porté aux efforts globaux visant à promouvoir la santé de la reproduction des femmes.

**Le Salvador :** le Salvador a amendé son code pénal en 1997, pour éliminer toutes les exceptions à l'interdiction de l'avortement. En vertu de la loi antérieure, l'avortement était autorisé pour protéger la vie de la femme quand la grossesse résultait d'un viol ou en cas de risque substantiel de malformation fœtale [12].

**La Pologne :** une loi libéralisant l'avortement a été invalidée en 1997 par la cour constitutionnelle polonaise, qui a décrété que cette loi contrevenait à la protection du droit à la vie de « l'enfant conçu », garanti par la constitution. L'avortement en Pologne est autorisé pour trois motifs : quand la grossesse met en danger la vie et la santé de la femme en cas de présomption justifiée que la grossesse résulte d'un acte criminel et en cas de malformation fœtale. [12]

**En Afrique :** en 1994 parmi 54 pays africains, 26 n'autorisaient l'avortement que pour sauver la vie de la mère. Un pays (Zimbabwe) a ajouté à cette position un petit recours si la santé physique de la mère est menacée et 24 pays adjoignent aux conditions précédentes la possibilité d'avorter si la santé mentale de la mère est en cause. Un autre pays (Zambie) admet également l'avortement pour des raisons socio – économiques. Seuls la Tunisie, le Cap vert et l'Afrique du sud se distinguent par leur position libérale, en ne posant aucune condition restrictive à la pratique de l'interruption de grossesse, mais bien souvent, même en se confortant au cadre légal, l'accès à l'avortement est rendu difficile par le manque d'infrastructures disponibles

ou de personnel qualifié, ce qui contribue au maintien d'une pratique clandestine importante.

**Au Mali :** la législation sur l'avortement est stricte, n'autorisant l'avortement que :

- pour la sauvegarde de la vie de la femme enceinte ;
- lorsque la grossesse est la conséquence établie d'un viol ou d'une relation incestueuse, à la demande expresse de la femme enceinte (Article 13 de la loi n°02-044/du 24 Juin 2002 Relative à la santé de la reproduction).

Toute autre action à but abortif sortant de ce cadre, étant punie par les articles 170, 171 et 172 du code pénal malien qui stipule que « quiconque par aliment, breuvage, médicament, manœuvre, violence ou par 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 1.500.000 FCFA ».

### **C- les Raisons de l'avortement provoqué [13] [14]**

**D-** Les femmes et plus particulièrement les adolescentes sont confrontées à des taux élevés de grossesse involontaire et d'avortement à haut risque avec des conséquences dévastatrices pour leur santé et pour leur vie. En désespoir de cause, de part le monde, environ 40 femmes par minute avortent dans des conditions à haut risque. ¼ au moins de celles – ci sont des filles âgées de 15 à 19 ans. Les enfants aussi sont affectés par les avortements à haut risque : lorsqu'une mère meurt toute sa famille souffre et le risque de mortalité pour ses enfants augmente. Le principal facteur favorisant des grossesses non désirées est la non utilisation de contraceptifs malgré l'existence de contraceptifs fiables et efficaces.

En effet dans nos pays en voie de développement, la proportion de femmes ayant recours à la contraception est encore très faible (moins d'une femme sur 20 ou 25).

Au Mali, les résultats de l'enquête démographique et de santé précédente, montre que la prévalence contraceptive moderne parmi les femmes en union n'a pas variée. La proportion d'utilisatrices étant passée de 6% en 2001 (EDSM III), à 7% en 2006 (EDSM IV). Un autre fait, lorsque cette contraception existe, est sa mauvaise utilisation due au manque d'information sur le sujet et de conseil sur l'utilisation des services de planning.

Des recherches dans les hôpitaux en Ouganda et en Zambie indiquent que parmi les femmes admises pour des complications dues à un avortement, 75% des ougandaises et plus de 55% des zambiennes n'ont reçu aucune information sur le planning familial. Ainsi dans la plupart des pays africains les femmes qui avortent ne pratiquent aucune méthode contraceptive.

Les littératures sur l'avortement semblent s'accorder sur la nécessité des services de planning familial, pour une diminution des grossesses non désirées et par conséquent une amélioration de la santé maternelle et infantile dans les pays en voie de développement.

Les raisons des avortements provoqués sont nombreuses et variées. Les principaux motifs sont :

- la peur de l'entourage ou des parents surtout pour les adolescentes; en effet confrontées à une grossesse dans les premières années de leur sexualité, les jeunes filles redoutant la réaction de la famille et plus fréquemment d'un père trop sévère n'hésite pas à avoir recours à des avortements à risque.
- La grossesse pouvant être non désirée du fait que la femme est célibataire et redoute le fait d'avoir un enfant hors mariage.
- Chez les femmes mariées, l'avortement constitue un mode de contrôle des naissances ou une alternative à une infidélité conjugale le mari étant absent ou dans l'incapacité de procréer.
- Chez les élèves et étudiantes l'avortement est justifié par des préoccupations scolaires et des ambitions professionnelles.
- Il faut signaler aussi le manque de moyen financier dans certains cas.



## **E- Les Conséquences :**

Le caractère restrictif de la législation relative à l'avortement fait que les avortements dans ces pays; sont pratiqués par des personnels non expérimentés et souvent avec des méthodes dangereuses. Ce qui contribue à maintenir élevé, le taux de mortalité liée aux avortements à risques et une grande fréquence des complications liées à ces avortements.

### **1. La mortalité : [13]**

Chaque année, on estime à 40-50 millions le nombre d'avortement dans le monde dont 20 millions sont considérés à haut risque.

95% des avortements à haut risque surviennent dans les pays en voie de développement; et chaque année 70.000 femmes meurent des suites des avortements à risque.

En Amérique latine ,21% des morts maternelles sont dues à des avortements à haut risque. Presque la moitié de toutes les morts des suites d'avortements à haut risque (38500 par an) surviennent en Asie. En Afrique 13% des morts maternelles sont dues à des avortements à risque. Les avortements peuvent être dangereux pour un certain nombre de raisons. Beaucoup de jeunes femmes n'ont pas accès à des services dispensés dans de bonnes conditions, ou alors ils peuvent être hors de la portée de leurs moyens. C'est ce qui peut les pousser à provoquer elles mêmes un avortement ou à contacter un prestataire non formé à cette procédure voire dépourvu de formation médicale. Pour des raisons de coût et d'autres encore, les jeunes filles ont d'avantage tendance à repousser l'échéance de l'avortement jusqu'après le premier trimestre, ce qui rend l'intervention plus risquée.

### **2. Morbidité : [13]**

La majorité des femmes qui subissent un avortement à risque ont besoin de soins médicaux en raison des complications dont les plus fréquentes sont : l'avortement incomplet, l'endométrite, l'hémorragie et les lésions traumatiques intra abdominales telles que la perforation ou la déchirure utérine. Un avortement à risque peut être à l'origine de problèmes de santé à

long terme, notamment les douleurs pelviennes chroniques, l'inflammation pelvienne, la dyspareunie, les dysménorrhées, l'irrégularité menstruelle, l'occlusion tubaire et la stérilité secondaire. Les avortements à risque peuvent avoir d'autres conséquences telles que la grossesse extra-utérine ainsi qu'un risque accru d'avortement spontané ou d'accouchement prématuré lors des grossesses ultérieures.

Ces problèmes peuvent limiter la productivité d'une femme au foyer comme à l'extérieur, l'empêchant de s'occuper de ses enfants et compromettre sa vie sexuelle. Ce dernier point constitue une préoccupation particulièrement redoutée, connaissant l'importance de la santé reproductive dans notre pays.

### **3. Les problèmes de la santé reproductive : [14] et [15]**

Au Mali la santé reproductive constitue une préoccupation majeure des décideurs et chercheurs du fait de l'acuité des problèmes posés par les niveaux élevés de mortalité et de morbidité maternelles. En effet, le taux de mortalité maternelle y est estimé à un taux variant entre 500 et 600 décès pour 100.000 naissances vivantes pour une période allant de 1990 à l'an 2000.

Cette forte mortalité est un véritable drame humain car elle touche souvent des jeunes femmes au moment où elles donnent la vie.

Tout programme visant à réduire le niveau de mortalité maternelle doit agir sur l'ensemble des déterminants médicaux de ce problème majeur de santé public qu'est l'avortement.

Au Mali, le plan national d'action de la femme identifie un certain nombre de facteurs responsables du niveau élevé de mortalité maternelle. Ces contraintes portent essentiellement sur certains comportements socioculturels et la qualité des services de santé de la reproduction.

3 Les principaux facteurs socioculturels incriminés sont :

- la survalorisation de la fonction reproductive chez la femme entraînant la multiplication des grossesses à risque (précoces, rapprochées et tardives)

- le faible recours des femmes aux consultations prénatales et post-natales du fait de certaines superstitions
- la persistance de certaines pratiques traditionnelles néfastes à la santé maternelle telles que, la proportion des femmes rurales à accoucher à domicile sans l'assistance d'un personnel qualifié ainsi que les mariages précoces et les mutilations sexuelles féminines (excisions)
- la faiblesse de la prévalence contraceptive lié notamment au statut social de la femme malienne qui ne lui permet pas souvent de prendre seule des décisions concernant sa santé sexuelle et reproductive
- l'insuffisant accès des femmes aux informations sur la santé de la reproduction et sur les facteurs de risque pendant les grossesses
- la persistance des grossesses non désirées, rejetées socialement (grossesse pré-nuptiale ou intervenant pendant l'absence du mari) qui se termine parfois par des avortements sont étroitement liés aux faibles niveaux de scolarisation des filles et d'alphabétisation des femmes.

### **E- Les méthodes utilisées pour avorter : [16] [17]**

Les méthodes et les matériels utilisés pour avorter sont nombreux et variés.

#### **1-les méthodes pharmacologiques :**

C'est l'utilisation de produits dans le but de provoquer des contractures utérines, l'ouverture du col et l'expulsion du produit de conception.

##### **❖ 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.

Le délai entre l'injection du liquide et l'expulsion du fœtus est en moyenne de 24 à 36 heures, mais ce délai est très variable, il est raccourci par l'utilisation préalable de laminaires ou d'ocytocique.

Le risque est l'hypernatrémie pouvant aggraver une pathologie cardiaque ou rénale préexistantes.

❖ **l'urée : on remplace la solution de Na Cl 20% par l'urée.**

❖ les prostaglandines : Elles sont actuellement les plus utilisées pour l'interruption volontaire de grossesse. Il existe plusieurs voies d'administration :

- **La voie intra amniotique** : l'injection de prostaglandines se fait après une 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. L'association concomitante d'Ocytocique a cette méthode peut provoquer les ruptures utérines post abortum.
- **La voie extra amniotique** : après avoir désinfecter le col de l'utérus, on introduit une sonde jusqu'à l'espace extra amniotique, on injecte 40mg de prostaglandine. L'injection peut se faire de façon discontinue, intermittente à des doses de 0,75mg/h ou 5mg/h, de façon continue en perfusion de 0,5mg/h.
- **La voie intra cervicale** :

Après désinfection du col, un micro perfuseur est piqué dans la lèvre antérieure du col, il est fixé avec un point de fil de suture. On branche une perfusion de prostaglandine à 20mg dans 250 ml de sérum physiologique, le produit diffuse dans la paroi utérine à 15 à 20 ml/ heure. Cette perfusion est réglée par une pompe automatique. L'avortement est obtenu dans 48 heures avec une durée moyenne de 15 à 20 heures.

#### **La voie vaginale :**

C'est l'utilisation du Nalador par voie vaginale et des ovules de Cervagème en une ou deux applications. L'expulsion se fait dans un délai de 48 heures.

La voie veineuse : elle est abandonnée à cause des effets secondaires.

La Mifépristone (antiprogestérone = RU486) interrompt la grossesse sous réserve d'une évacuation utérine.

L'association RU486 + Misoprostol ou cytotec, ou RU486 + ovules de Cervagème 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 péritonite. Elle est pratiquée par le personnel subalterne et paramédical sous l'ignorance des complications pouvant en résulter.

### **3- L'hystérotomie :**

On fait une laparotomie en IMSO ou en Pfannenstiel; une incision de 5 cm au niveau du fond utérin, une extraction du produit de conception et on réalise un curage digital. Le risque de cette méthode vient du fait que la présence de la cicatrice utérine assombrit le pronostic obstétrical ultérieur de la femme.

### **4- L'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 prouvées, des taux minimales de complication, de la réduction des ressources hospitalières et de l'interruption des activités quotidiennes de préférence en cas d'avortement dans le premier trimestre. Elle utilise l'aspirateur de Karman.

Après un examen minutieux, l'opérateur prépare la seringue ainsi que la canule appropriée (prendre plusieurs canules de diamètres voisins).

Placer un spéculum et saisir la lèvre antérieure du col avec un ténaculum. Tirer doucement sur le col pour aligner la cavité de l'endomètre avec le canal endocervical, ceci facilite l'introduction de la canule. La dilatation du col n'est indispensable que si la canule ne passe pas.

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 (hystérométrie par canule).

Après avoir repéré le fond de l'utérus, retirer la canule mais pas complètement hors de la cavité utérine. Attacher 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 que 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 et en la déplaçant doucement et lentement par un mouvement de va et vient dans la cavité utérine. Ne jamais sortir le bout de la canule pour ne pas perdre le vide créé. Ne jamais saisir par le bras du piston pendant que la canule est dans l'utérus. Vérifier que tout est bien terminé.

4 La vacuité utérine est obtenue quand :

une mousse rouge ou rose apparaît et qu'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. Envoyer si besoin le produit de conception pour examen anatomopathologique.

### **5- Le curetage :**

C'est la méthode d'évacuation utérine la plus complète. C'est le dernier recours après l'échec de toutes les autres. Il utilise une curette mousse et à défaut une curette tranchante. Il est très efficace et aboutit à une évacuation

38

utérine complète. Mais il présente certains risques majeurs dont la perforation utérine et les synéchies utérines.

5 Il se pratique comme suit :

Faire vider la vessie par une miction ou par 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 local ou de préférence général. La patiente se met en position gynécologique. L'opérateur nettoie la vulve et place un spéculum. Il tient la lèvre antérieure du col avec un 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 les débris avec les pinces à cœur et curettes avec douceur chaque paroi et angle de l'utérus. S'assurer qu'il n'y a plus de débris dans la cavité : la vacuité est obtenue si :

- le col se rétracte sur la curette
- il n'y a plus de débris
- le sang mousse
- une sensation de granulés est perçue.
- S'assurer qu'il n'y a pas de saignement vaginal excessif. Enlever le matériel. La régularité menstruelle fait également partie des méthodes abortives : elle consiste en une aspiration ou un curetage très précieux avant même la confirmation de la grossesse.

## **F- Les complications**

Les avortements clandestins ou avortements à risque sont source de plusieurs complications, qui sont en général connues par les patientes.

Une étude intitulée « contraception et avortement en milieu africain » montre que 81,82% des patients reçues à la suite d'une tentative d'IVG ou d'avortement compliqué savaient qu'un avortement provoqué pouvait donner lieu à des complications.

La mortalité et morbidité dues aux avortements provoqués illégaux sont très élevées.

Dans l'étude menée sur les avortements provoqués illégaux à Bamako de Décembre 1997 à Novembre 1998, le taux de mortalité était de l'ordre de 10% due à plusieurs facteurs dont l'hémorragie, 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 42%.

Les facteurs conditionnant le risque de mortalité maternelle ou de complications médicales de l'avortement sont les suivants :

- la méthode d'avortement utilisée et les conditions dans lesquelles a été pratiqué l'avortement.
- La compétence du praticien
- L'âge gestationnel
- L'accessibilité et la qualité des services médicaux qui traitent les complications si elles se produisent.

Le gynécologue CHARESDOTOU du Sénégal affirme que les avortements clandestins créent beaucoup de dégâts dans la mesure où ils sont l'œuvre de garçons ou de filles de salle.

Les auteurs de ces avortements ne savent pas les risques qu'ils encourent en décidant d'interrompre une grossesse dont ils ne maîtrisent ni les tenants, ni les aboutissants « ils 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 »

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

6 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;
- saignement abondant ou prolongé;



- retour tardif des règles;
- nausées ou vomissements.

Pour décrire les complications, nous allons les classer en fonction de leur extension. Ainsi, nous avons :

- les complications locales,
- les complications régionales,
- les complications générales,
- les séquelles.

### **1°) Les complications locales :**

**1-1 Les hémorragies :** c'est le symptôme le plus constant. 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.

**1-2 Les complications infectieuses :** l'avortement provoqué présente toujours un risque infectieux. Cette infection découle de la rétention placentaire qui l'entretient et la développe comme un véritable bouillon de culture. A l'origine l'œuf est ensemencé par la septicité du geste abortif. Cependant l'infection endo – utérine peut être ascendante par un col déhiscent, à partir de cette cavité septique qu'est le vagin.

**1-2-1 L'infection ovulaire :** elle est constante et réalise souvent le tableau d'une menace d'avortement fébrile avec souvent le col fermé et l'utérus correspondant à l'aménorrhée, l'œuf en place, souvent encore vivant. Il faut mettre d'emblée la malade sous antibiothérapie polyvalente.

Après prélèvement bactériologique cervical, l'évacuation utérine par curage digital ou aspiration ne se discute que 24 à 48 heures après, une fois la température normalisée.

**1-2-2 L'endométrite** : elle fait suite à l'infection ovulaire, l'œuf ayant été spontanément expulsé, en totalité ou en partie, laisse derrière lui une cavité utérine infectée et souvent du placenta en rétention.

Le température est aux alentours de 38° C et l'état général conservé; il n'y a ni frissons ni clochers thermiques, en l'absence de thrombophlébite pelvienne. Le corps utérin est resté gros, mou, douloureux au palper et le col ouvert laisse s'écouler des pertes sanglantes, fétides, d'abondance modérée.

Un prélèvement cervical permet l'identification du germe en cause. Par la suite, il faut assurer la vacuité utérine par aspiration surtout.

### **1-3 Les perforations :**

Du point de vue étiologique, nous distinguons :

**1-3-1 La perforation chirurgicale** : provoquée au cours des manœuvres abortives.

**1-3-2 La perforation septique** : due à l'état d'extrême fragilité de la paroi utérine infectée et souvent rétro versée.

Du point de vue anatomique on a :

**1-3-3 La perforation corporelle** : elle présente deux points d'élection :

la face antérieure de la jonction corps – isthme (utérus retroversé).

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.

**1-3-4 La 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 droitier.

**1-3-5 L'éclatement incomplet de l'isthme** : Il se produit lors de la dilatation aux bougies d'Hégar. La rupture est généralement de siège antérieur, passé inaperçu et ne se manifestera que tardivement par ses conséquences obstétricales (béance du col).

### **Clinique :**

**1-3-6 Perforation asymptomatique :** Découverte en cours de curetage devant la curette qui s'enfoncé démesurément. L'abstention opératoire doit être la règle à condition que le curetage de la cavité puisse être complet. Une surveillance étroite s'impose et l'apparition de signes d'hémorragie ou de réaction péritonéale doit imposer la laparotomie.

**1-3-7 La perforation à symptomatologie frustrée :** ces cas correspondent généralement aux perforations isthmiques. On peut noter un empatement sus inguinal ou un tableau de pelvipéritonite peu franc à cause d'une antibiothérapie souvent insuffisante.

### **1-3-8 La perforation dramatique :**

7 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.

### **1-4 La collection, la constitution d'un abcès :**

Elle peut siéger au niveau du Douglas, du ligament large ou de la trompe. Exceptionnellement, elle est due à l'inoculation septique du myomètre par l'agent abortif. Cliniquement, elle évolue comme une suppuration profonde avec fièvre oscillante et douleurs/ sur le plan évolutif, les antibiotiques n'ont que peu d'action, aussi la chirurgie radicale est le dernier recours.

### **1-5 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. Son mécanisme d'apparition est discuté. 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 chimique, 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 intense.

### **1-6 Les lésions vaginales :**

Assez fréquentes, elles consistent en :

- perforation d'un cul de sac, généralement le postérieur
- désinsertion du vagin
- ulcération du col provoquée par l'introduction dans le vagin de comprimés de permanganate de potassium qui entraîne une hémorragie de sang rouge, généralement abondante.

### **2°) Les complications générales :**

Elles ont considérablement diminuées depuis l'avènement des antibiotiques. Les complications sont toujours infectieuses, l'infection dépasse les limites de l'endomètre et gagne les annexes et les espaces anatomiques du petit bassin, voire l'abdomen.

#### **2-1 La pelvipéritonite :**

Elle est la première manifestation de la diffusion de l'infection. Le syndrome général s'est brusquement aggravé, en quelques heures, la température atteint ou dépasse 39°C, sans frissons ni clochers thermiques, en l'absence d'atteinte des veines pelviennes, l'état général est altéré avec douleurs pelviennes vives. A l'examen le palper découvre une défense hypogastrique sans contracture vraie. Les touchers pelviens très douloureux retrouvent des culs de sac comblés fixés par l'infection péri utérine, l'arrêt du transit ainsi que le météorisme abdominal peuvent en imposer pour une occlusion authentique. L'hésitation diagnostique entre pelvipéritonite, péritonite généralisée et occlusion intestinale aiguë justifie la pratique d'une

coelioscopie qui a, en outre l'intérêt de faire un bilan de départ des lésions salpingiennes et de réaliser des prélèvements localement pour le diagnostic bactériologique. L'abstention chirurgicale est la règle, le traitement est le même que celui d'une salpingite aiguë + methylergotamine en injection IM puis en gouttes (methergin 2 à 3 fois par jour : 20 gouttes x 3/jour). En cas de guérison clinique, une coelioscopie faite 6 mois plus tard fera le bilan des éventuelles séquelles. Dans certains cas rares, le traitement ayant été insuffisant, mal adapté, trop tardif, l'évolution se fait vers :

## **2-2 Le phlegmon du ligament large :**

Il y a :

- Le phlegmon vrai du ligament large à développement supérieur;
- Le phlegmon de la gaine hypogastrique ou cellulite pelvienne à développement inférieur qui apparaît au toucher vaginal sous forme d'une tuméfaction latérale refoulant l'utérus du côté opposé. Il peut rapidement se collecter ou évoluer vers la chronicité : phlegmon ligneux qui évolue pendant des mois avant de se résorber. Le traitement est essentiellement médical (antibiothérapie à forte dose) et la chirurgie doit être d'évacuation ou de drainage.

## **2-3 Les péritonites généralisées :**

Il existe deux formes cliniques :

### **2-3-1 La péritonite aiguë de la grande cavité péritonéale à forme**

**stérique :** peut être secondaire à une perforation utérine avec ou sans lésion d'un organe digestif ou à la rupture en péritoine libre d'un abcès pelvien. Le tableau clinique réalisé est de diagnostic évident : contracture abdominale généralisée avec arrêt du transit et syndrome infectieux sévère. Le traitement chirurgical fera le bilan des lésions **intra abdominales.**

### **2-3-2 La péritonite torpide à forme sthénique :**

Réalise un tableau de diagnostic beaucoup plus difficile. Elle est secondaire à la diffusion progressive d'une infection pelvienne. Le traitement repose sur la réanimation médicale avec antibiothérapie polyvalente + acte chirurgical

45

qui réalise le traitement de la lésion causale et le drainage du péritoine infecté.

### **3- Les complications générales :**

Leur intérêt réside dans leur gravité. Certaines sont en effet mortelles malgré les mesures de réanimation actuelles.

#### **3-1 Les bactériémies :**

Elles se confondent en fait avec le tableau habituel de l'avortement fébrile. Cet état se révèle passager.

Les antibiotiques rendent plus sûre la guérison, mais il est nécessaire de prolonger leur administration pendant quelques jours. Elles correspondent à une diffusion sanguine des germes apportés au cours des manœuvres abortives.

#### **3-2 Thrombophlébites des membres inférieurs ou pelviennes :**

Sont redoutées malgré le traitement anticoagulant et antibiotique car constituent le point de départ de redoutables complications septicémiques.

#### **3-3 Les septicémies :**

la réanimation et les méthodes d'épuration extra rénales permettent la survie des malades pendant le temps nécessaire à la récupération de la fonction rénale. Certaines septicémies, en particulier à germes gram négatif posent encore des problèmes de très haute gravité en raison de la survenue, en période septicémique, d'un état de choc sévère, souvent mortel. Leur traitement moderne doit donc tenter « la correction des désordres circulatoires, respiratoires, acido-basiques et électrolytiques de la période initiale ».

Sur le plan bactériologique; il faut distinguer :

- **La septicémie à gram (+) :**
  - streptocoque : début brutal marqué par une température à 40° C, avec peu de signes à l'examen. L'évolution est dominée par l'apparition de localisations secondaires méningées, articulaires et endocardiennes.

- Staphylocoque : beaucoup plus fréquent, dominé par les localisations métastatiques secondaires et la résistance au traitement antibiotique.

8 En fait, les germes peuvent se voir :

- les septicémies à *perfringens*
- les septicémies à germes gram (-)

Sur le plan clinique, on distingue

- les formes avec choc initial gravissime : caractérisées par la sévérité de la défaillance circulatoire, la polypnée superficielle, l'intensité de la cyanose des extrémités, en particulier au niveau du nez qui est noir. Elles sont le plus souvent le fait des septicémies à gram (-).
- Les formes septicopyohémiques : d'évolution plus favorable, marquée cependant par la fréquence des foyers métastatiques, souvent pulmonaires. Il s'agit généralement de septicémie à germes gram (+)

### **3-4 Le tétanos post abortum :**

Il représente 1 à 3 % des tétanos [18]. 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 dysphagie 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 10 mg dans 500 cc de sérum glucosé 5% en 12 heures à raison de 15 gouttes par minute.
- L'isolement des stimuli sonores et lumineux.
- L'action sur le foyer infectieux par un curetage prudent et une antibiothérapie.
- La sérothérapie et l'anatoxinothérapie antitétanique.

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%.

#### **4- Les intoxications médicamenteuses :**

##### **4-1 L'intoxication à la quinine :**

Les troubles engendrés par la quinine sont variables selon la dose. Les signes cliniques sont digestifs et nerveux et se traduisent par des vomissements, des contracture musculaires, une surdité, une amaurose voire une cécité définitive.

Elle peut entraîner la mort dans un tableau de collapsus cardiovasculaire lorsque la dose dépasse 15 à 20 grammes. Dans ce cas, il faut dans l'urgence faire un lavage gastrique pour évacuer le toxique et transférer la malade dans un service de réanimation.

**4-2 Intoxication à l'ergot de seigle et dérivés (dihydroergotamine et tartrate d'ergotamine) :** on observe des accidents nerveux et vasculaires à type de modification brutale de la tension artérielle, de convulsion ou de coma.

**4-3 Intoxication à l'apiol :** elle est grave de part ces complications à type :

- d'hépatonéphrite avec ictère, anurie, troubles digestifs avec déshydratation.
- Secondairement, elle peut entraîner des complications nerveuses avec une polynévrite sensitivomotrice des membres inférieurs.



## **G- Les Séquelles :**

Elles sont très nombreuses :

### **1- Les séquelles Gynéco-obstétricales :**

#### **8-1 La stérilité tubaire:**

elle constitue une conséquence de l'infection post abortum.

#### **8-2 Les synéchies utérines :**

Elles sont dues à un curetage trop appuyé rasant le chorion en partie ou en totalité voire le myomètre. 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.

#### **8-3 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 de la gêne à la mobilité des trompes.

#### **8-4 Les brides vaginales**

#### **8-5 Le placenta prævia et le placenta acréta**

#### **8-6 Les avortements et les accouchements prématurés**

**8-7 La béance cervico-isthmique :** elle est consécutive aux dilatations excessives et traumatiques du col. Ces béances imposent un cerclage du col lors des grossesses ultérieures.

### **2- Les Séquelles psychiques :** il s'agit essentiellement :

- des névroses dépressives, complexes de culpabilité et d'indignation.
- Les algies pelviennes chroniques sans cause organique.
- De la crainte d'une nouvelle grossesse pouvant entraîner une dyspareunie, une frigidité, un vaginisme.

# MÉTHODOLOGIE

## **VI- METHODE ET MATERIELS :**

### **1) CADRE D'ETUDE :**

Notre étude a été effectuée dans le service de Gynécologie - obstétrique du CHU du Point « G »

#### **a- Description du CHU du Point « G » :**

**L'hôpital du Point « G » du Point a été construit en 1906. IL est situé sur une colline à laquelle il emprunte son nom.**

**Il a été fonctionnel en 1912 sous l'administration de médecins militaires relevant de la section mixte des médecins et infirmiers coloniaux basés à Dakar (Sénégal).**

**Erigé en hôpital national en 1952, l'hôpital du point « G » a eu le statut d'établissement public à caractère administratif (EPA) en 1992 doté de personnalité morale et de l'autonomie financière suivant la loi 92. 025/A.N.R.M du 05/10/92. En 2002 il est devenu un établissement public hospitalier (EPH) suivant la loi 02-048 du 22 Juillet 2002.**

**Géographiquement l'hôpital est bâti sur une colline située au nord de la ville de Bamako à 8 kilomètres du centre ville, face à la colline de Koulouba, et il reçoit beaucoup de patients référés.**

Il couvre une superficie de 25 hectares.

L'hôpital a un bloc opératoire comprenant cinq salles d'opération dont une salle pour le service de gynécologie et d'obstétrique.

Le bloc opératoire comprend également une unité de stérilisation centrale.

#### **b- Description du service de gynécologie et d'obstétrique :**

Le service de gynécologie obstétrique a été créé en 1912. Il était dirigé d'abord par les chirurgiens expatriés français puis par des chirurgiens maliens.

La succession des différents chefs de service :

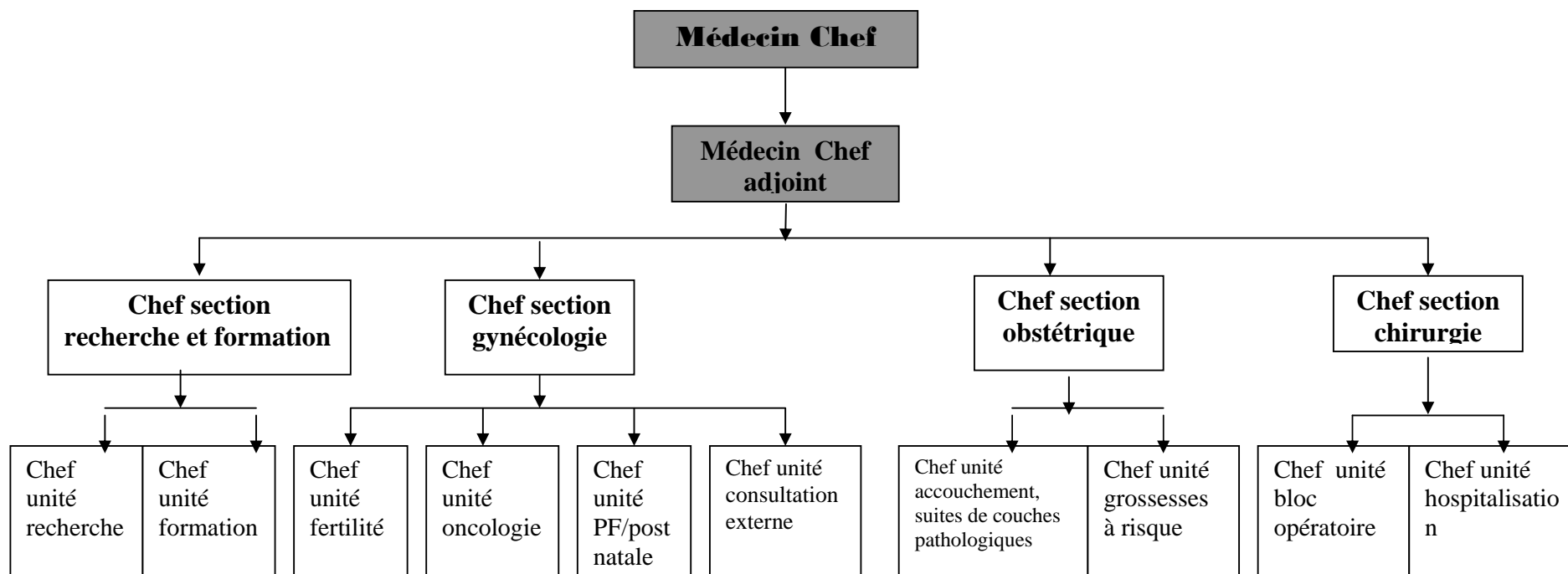
- 1970 Professeur Rougerie (chirurgien français);
- 1970-1972 Professeur Foucher (chirurgien français);
- 1972-1975 Professeur Bocar Sall (traumatologue malien);
- 1975-1978 Professeur Mamadou Lamine Traoré (chirurgien généraliste malien);
- 1978-1983 Docteur Colomard (chirurgien français);
- 1984-1985 Marc Jarraud (chirurgien français);
- 1985-1986 Docteur Henri Jean Philippe (chirurgien français);
- 1987 Docteur Etienne Steiner (chirurgien français);
- 1987-2001 (Professeur Amadou Ingré Dolo (gynécologue obstétricien malien);
- 2001-2003 Docteur Niani Mounkoro;
- 2003 à nos jours Docteur Bouraïma Maïga (gynécologue obstétricien malien), qui a été en 1980 chef de service adjoint.

Il faut noter que ces données ne sont pas exhaustives car notre enquête n'a pu remonter jusqu'à la date de création du service.

Actuellement, le service est en reconstruction. Le transfert fait dans le bâtiment du service d'anatomie pathologie est provisoire. La direction de l'hôpital a mis à la disposition de la gynécologie obstétrique des salles d'hospitalisation se trouvant dans les services d'hématologie, de chirurgie A et B.

Il existe un organigramme de fonction du nouveau service se présentant comme suit :

**ORGANIGRAMME DE FONCTION  
DU SERVICE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE  
DU CHU DU POINT G**



## **METHODE ET MATERIEL**

### **a -Type d'étude :**

Pour atteindre nos objectifs, nous avons procédé à une collecte prospective des cas d'avortements provoqués.

**b - Période d'étude :** du 1<sup>er</sup> Octobre 2005 au 1<sup>er</sup> Mars 2008

### **c - Population cible :**

Toutes les femmes ayant subi un avortement provoqué

### **d -Critère d'inclusion :**

Toute femme reçue dans le service de Gynécologie - obstétrique du Point « G » pour avortement provoqué ayant entraîné des complications.

### **e – Critères de non inclusion :**

- Les femmes admises pour avortement spontané
- Les femmes admises pour autre motif de consultation
- Les femmes décédées avant interrogatoire
- Les femmes ayant refusé de répondre à nos questions

### **f - Support des données :**

Nous avons utilisé comme support :

- une fiche individuelle d'enquête adressée à nos patientes
- les registres d'enregistrement des malades
- les ordonnances et reçus des malades
- les dossiers cliniques.

### **g - Analyse des données :**

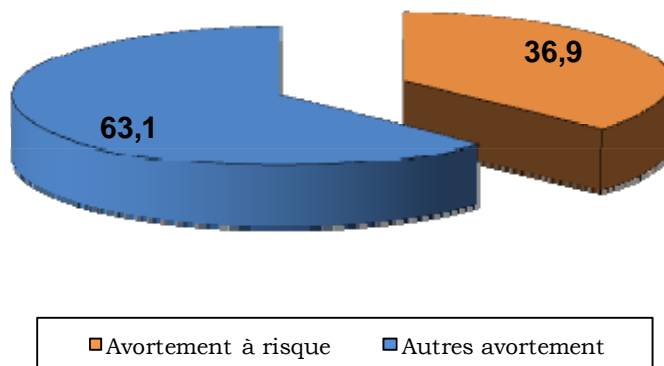
**Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi-info 6.04 version française.**

**Le traitement de texte a été réalisé sur le logiciel Microsoft Word 2003.**

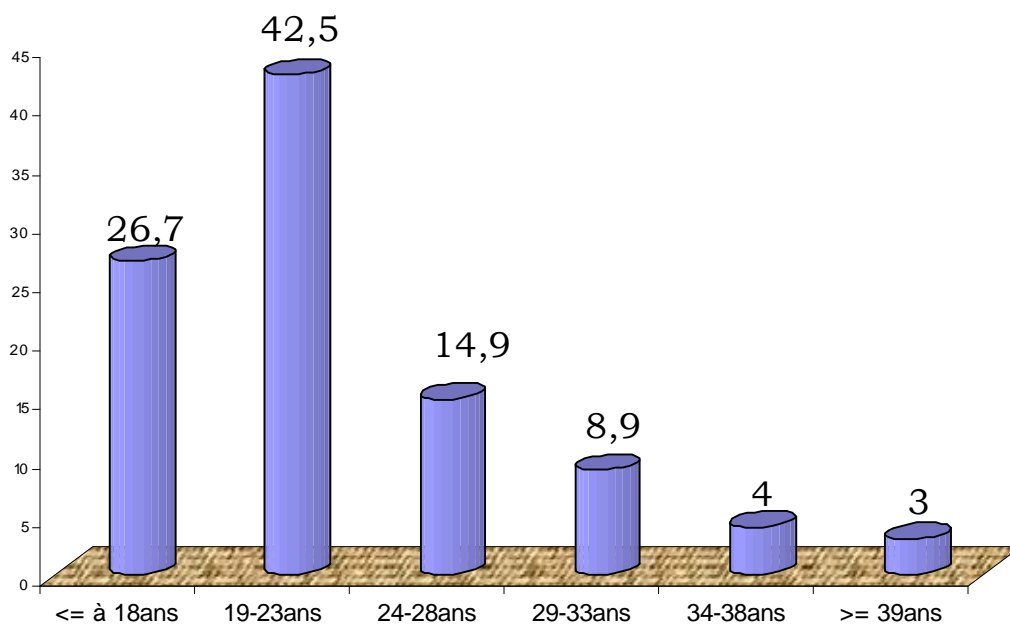
**Les tests statistiques utilisés ont été : le Chi<sup>2</sup> de Pearson avec comme seuil de différence statistiquement significative, les valeurs de P<0,05).**

# RÉSULTATS

## V- RESULTATS

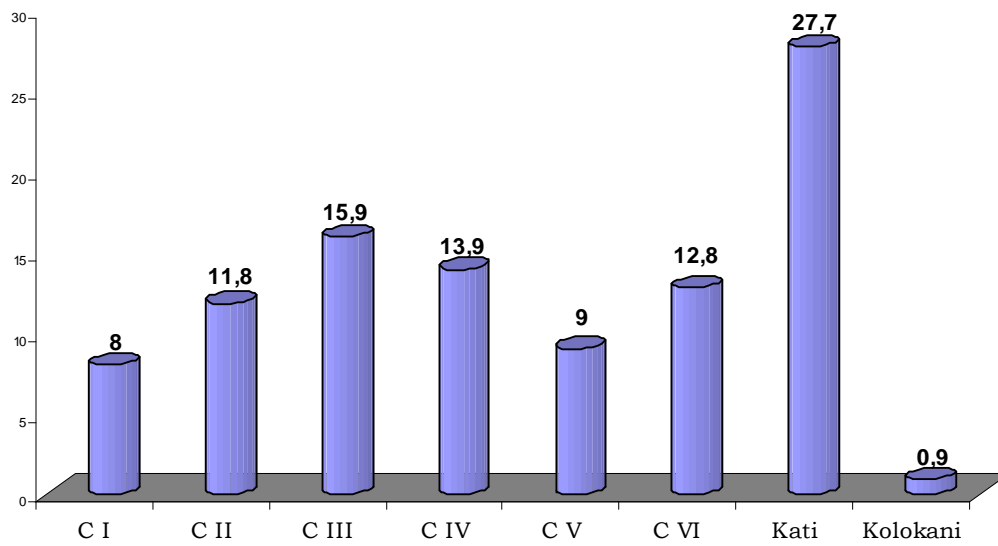


**Figure 1:** Fréquence des avortements à risque sur l'ensemble des avortements reçus dans le service.

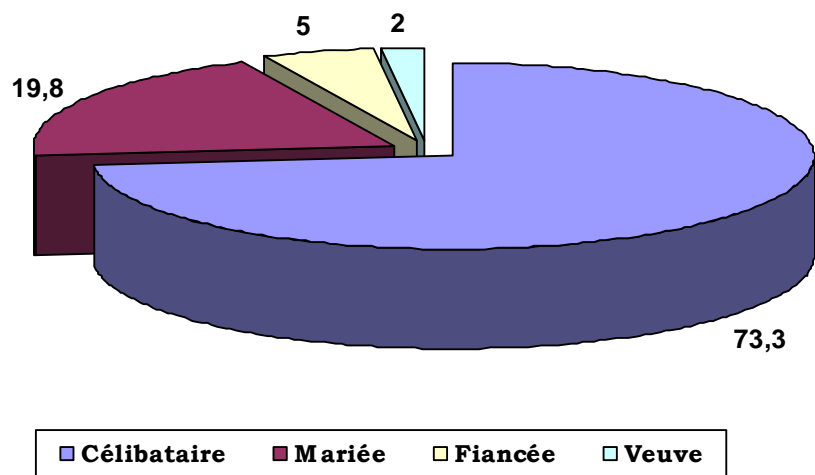


**Figure 2 :** Répartition des patientes selon l'âge  
Age moyen : 27ans, âges extrêmes : 13-41 ans

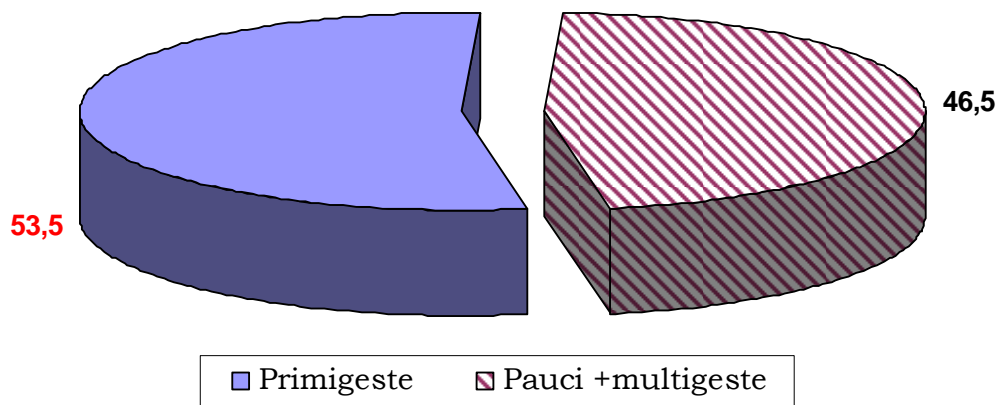




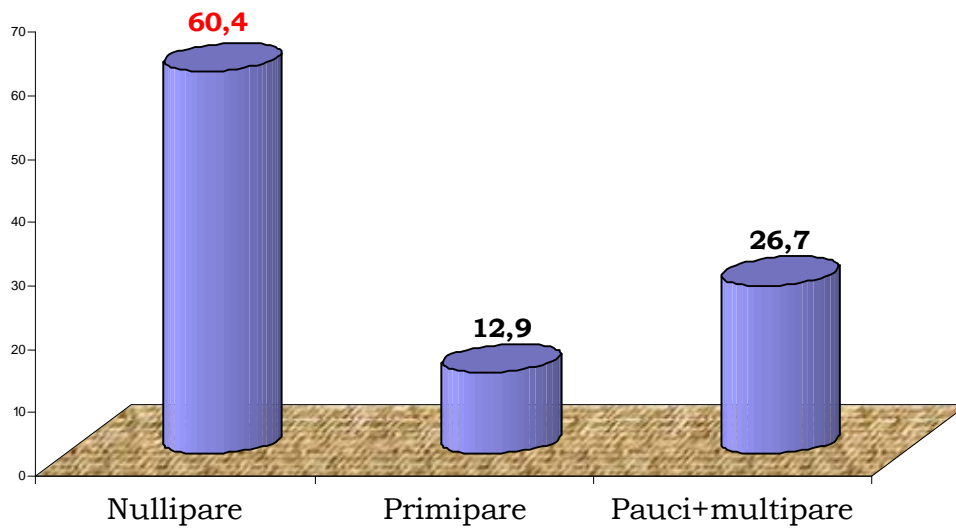
**Figure 3** : Répartition des patientes selon la résidence



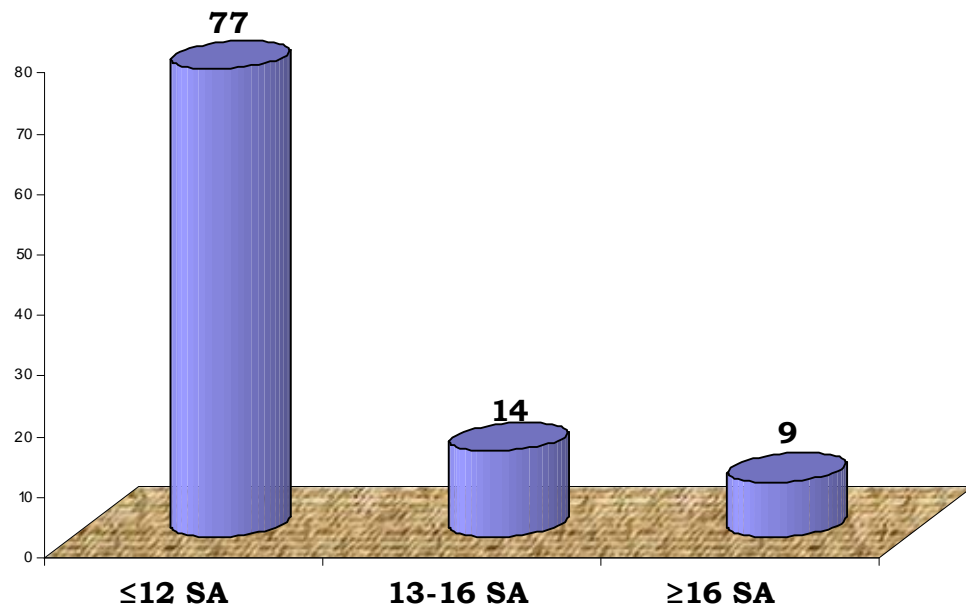
**Figure 4** : Répartition des patientes selon le statut matrimonial



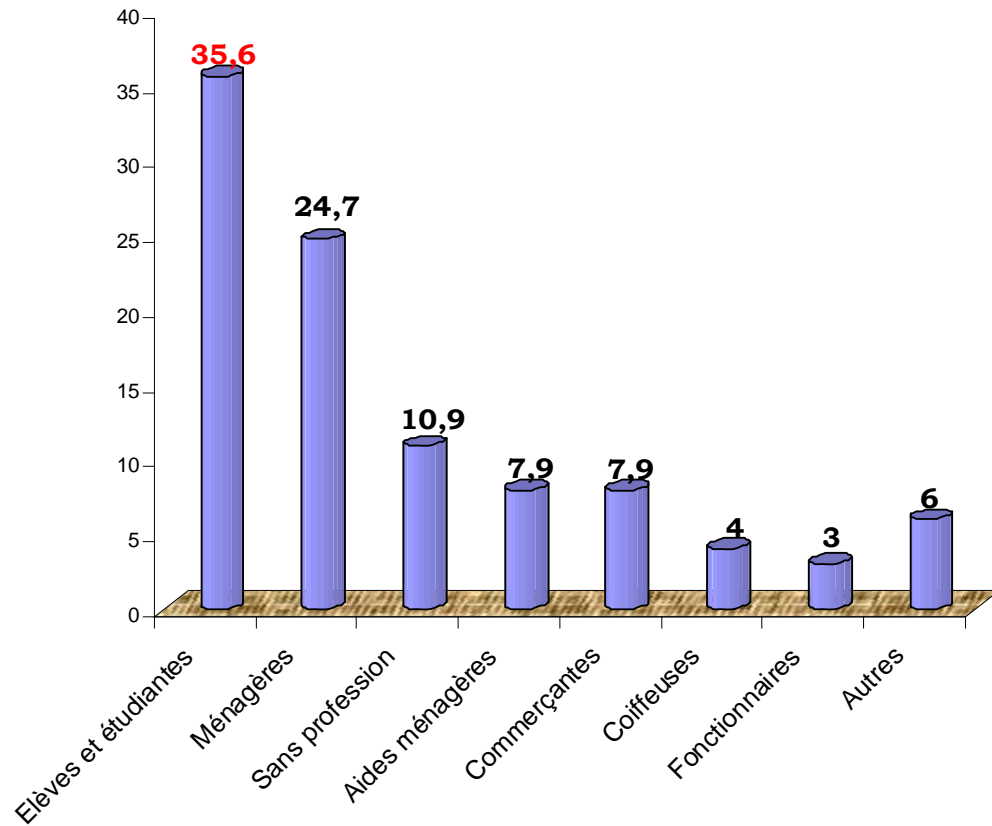
**Figure 5 :** Répartition des patientes selon la gestité



**Figure 6 :** Répartition des patientes selon la parité

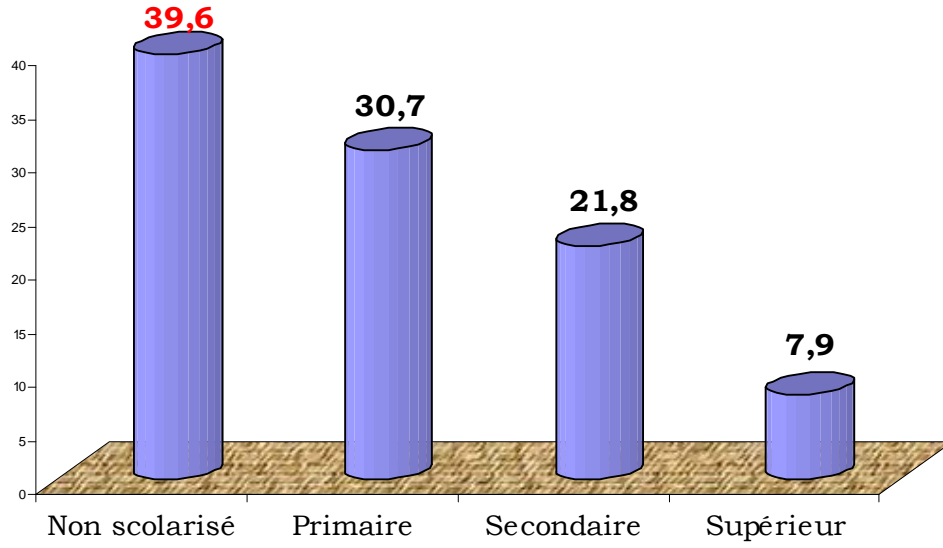


**Figure 7** : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel au moment de l'avortement

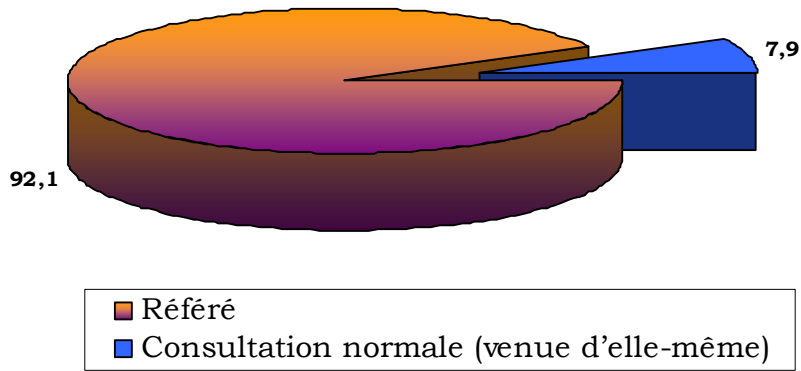


Autres : Tanière, vendeuses ambulantes, chanteuses, potières.

**Figure 8** : Répartition des patientes selon la profession



**Figure 9:** Répartition des patientes selon le niveau d'alphabétisation



**Figure 10:** Répartition des patientes selon le mode d'admission

**Tableau I** : Répartition des patientes selon le motif de l'avortement

<b>Motif de l'avortement</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Grossesse non désirée	29	28,6
Craintes des parents	9	8,9
Peur des critiques de l'entourage	6	6,0
Abandon du conjoint	3	3,0
Peur des conséquences négatives sur la poursuite des études	2	2,0
Infidélité conjugale	2	2,0
Conflit conjugal	1	1,0
Conflit avec le partenaire	1	1,0
Deux ou plus des raisons sus citées	48	47,5
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

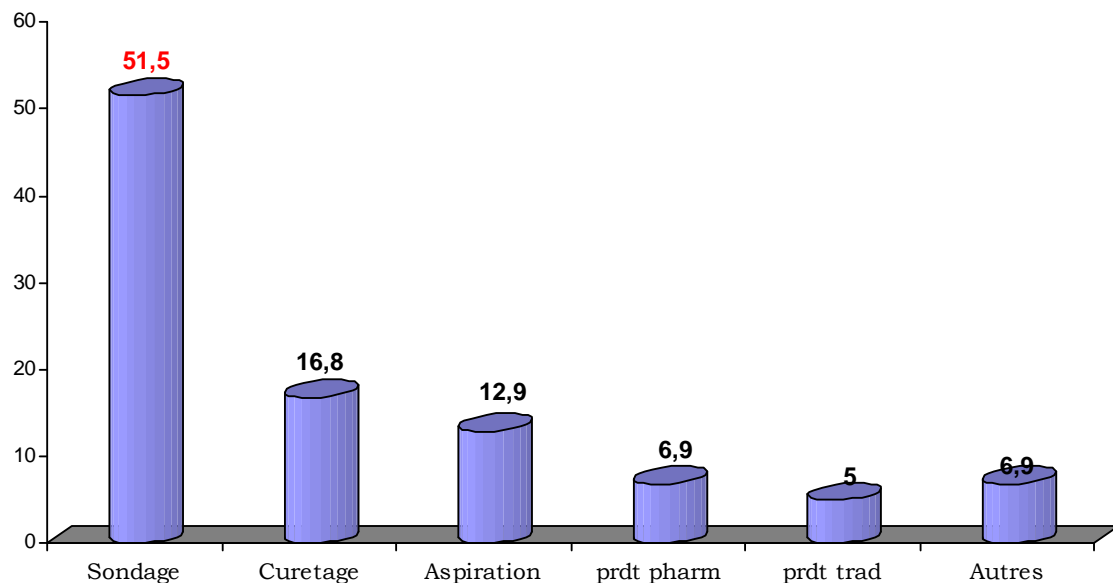
**Tableau II** : Répartition des patientes selon le lieu de l'avortement

<b>Lieu de l'avortement</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Domicile de l'avorteur	53	52,5
Cabinet médical/ clinique	14	13,9
Hôpital	7	6,9
Autres	27	26,7
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

Autres : Ecole, chez un(e) ami, chez la patiente elle-même.

**Tableau III:** Répartition des patientes selon la qualification de l'agent avorteur

Qualification de l'agent avorteur	Effectif absolu	Pourcentage
Indéterminé	31	30,7
Personnel para médical	45	44,5
Elles mêmes (patientes)	8	7,9
Médecin	7	6,9
Sage – femmes	6	6,0
Etudiant en medecine	4	4,0
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>



**Figure 11:** Répartition des patientes selon la méthode d'avortement utilisée.

**Autres :** Introduction d'un flacon de parfum dans le col, association de deux ou plusieurs des méthodes citées.

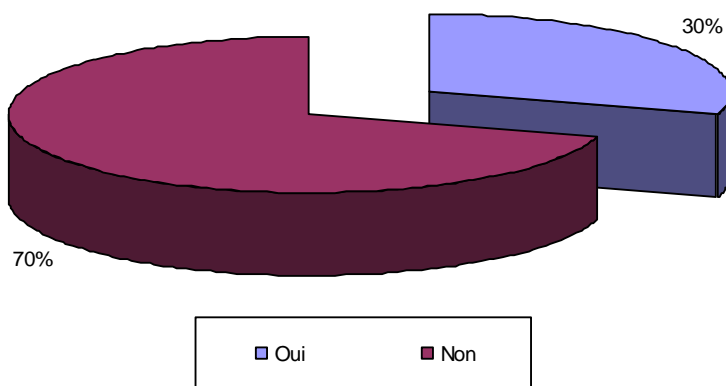
**Tableau IV :** Répartition des patientes selon les antécédents d'avortement

<b>Antécédents d'avortement</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Non	90	89,1
Un avortement	8	7,9
Plus d'un avortement	3	3
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

**Tableau V:** Répartition des patientes selon le prix de l'acte

<b>Prix de la pratique abortive (en CFA)</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
< 25 000	78	77
25 000–50 000	11	11
Gratuit	7	7
50 000–100 000	4	4
Plus de 100 000	1	1
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>





**Figure 12:** Répartition des patientes selon l'utilisation de méthodes contraceptives.

**Tableau VI:** Répartition des patientes selon la raison de non utilisation de la contraception

<b>Raison de non utilisation de la contraception</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Refus volontaire d'un ou des deux partenaire (s)	51	71,9
Manque d'information sur le sujet	11	15,4
Existence d'effets secondaires	9	12,7
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100</b>

**Tableau VII** : Répartition des patientes selon le motif de consultation ou de référence

<b>Motif de consultation ou référence</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Hémorragie + algies pelviennes	50	49,6
Hémorragie + ou – anémie	21	20,8
Algies pelviennes	10	9,9
Hémorragie+ algies pelviennes + Fièvre	02	1,9
Autres	18	17,8
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

Autres : Syncope sur grossesse (0,9%), leucorrhées purulentes + fièvre (10%), altération de l'état général + algies pelviennes (6,9%).

### **Examen de la patiente**

**Tableau VIII** : Répartition des patientes selon l'état général

<b>Etat général</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Bon	45	44.6
Passable	46	45.5
Mauvais	10	9.9
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

**Tableau IX** : Répartition des patientes selon l'état des conjonctives

<b>Conjonctives</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Colorées	40	39.6
Peu colorées	36	35.6
Pâles	25	24.8
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

**Tableau X** : Répartition des patientes selon la sensibilité de l'abdomen

<b>Sensibilité de l'abdomen</b>	<b>Effectif absolu (N=101)</b>	<b>Pourcentage</b>
Douleur à la palpation	35	34.7
Abdomen souple et indolore	35	34.7
Abdomen souple et sensible	39	38.6
Défense abdominale	12	11.9
Contracture abdominale	3	3.0

**Tableau XI** : Répartition des patientes selon l'appréciation de la taille de l'utérus

<b>Taille de l'utérus</b>	<b>Effectif absolu (N=101)</b>	<b>Pourcentage</b>
Augmentée	85	84.2
Normale	16	15.8
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

**Tableau XII** : Répartition des patientes selon le résultat de l'examen au spéculum

<b>Examen au speculum</b>	<b>Effectif absolu (N=101)</b>	<b>Pourcentage</b>
Hémorragie provenant de l'utérus	80	79.2
Lésion traumatique cervicale	12	11.9
Lésion cervico-vaginale	3	3.0
Lésion vaginale	1	1.0

**Tableau XIII** : Répartition des patientes selon le résultat du toucher vaginal

<b>Toucher vaginal</b>	<b>Effectif absolu (N=101)</b>	<b>Pourcentage</b>
Col ouvert	83	82.2
Douleur des culs de sac	20	19.8
Comblement du Douglass	7	6.9

**Tableau XIV** : Répartition des patientes selon le diagnostic retenu

<b>Diagnostic retenu</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Avortement incomplet hémorragique	62	61,4
Endométrite aiguë	9	8,9
Pelvi péritonite	7	6,9
Lésions cervico vaginales	4	4
Hématométrie du post abortum	4	4
Perforation utérine	3	3
Septicémie	3	3
Péritonite généralisée	1	0,9
Autres	8	7,9
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

Autres : Tentative d'IVG sur GEU (2,9%), tentative d'IVG sur grossesse molaire (1,9%), coma post abortum (0,9%), anémie sévère du post abortum (1,9%).

**Tableau XV** : Répartition des patientes selon le traitement instauré

<b>Prise en charge</b>	<b>Effectif absolu (N=101)</b>	<b>Pourcentage</b>
Antibiothérapie	98	97
Utérotoniques	80	79,2
Remplissage vasculaire	67	66,3
AMIU	50	49,5
Transfusion	42	41,6
Dilatation / curetage	16	15,8
Hystérectomie	6	5,9
Sutures de lésions cervico-vaginales	4	4
Laparotomie avec suture de la brèche	4	4
Antiseptique (bétadine gynécologique)	3	3

**Tableau XVI**: Répartition des patientes selon le coût estimatif de la prise en charge

<b>Coût de la prise en charge</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
≤ 50 000	37	36,6
50 000 – 100 000	46	45,5
> 100 000	18	17,9
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

**Tableau XVII** : Répartition des patientes selon l'issue de la pratique abortive à l'issue de la prise en charge

<b>Issue de la prise en charge</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Guérison avec suites immédiates simples	87	86,1
Guérison avec handicap (hystérectomie, cicatrice utérine)	10	9,9
Décès (par intoxication, par septicémie)	4	4
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

**Tableau XVIII** : Répartition des patientes selon leur connaissance par rapport à la prévention des avortements à risque

<b>Prévention des avortements à risque</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
PF	49	48,5
Ne sait pas	43	42,6
CCC	9	8,9
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

57,4% des patientes reconnaissent que la PF et la communication pour un changement de comportement permettent de prévenir les avortements à risque.

**Tableau XIX** : Répartition des patientes selon leur connaissance sur les complications des avortements provoqués

<b>Connaissance des complications</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	88	87,1
Non	13	12,9
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

87,1% des patientes savent que les avortements provoqués entraînent des complications.

**Tableau XX** : Répartition des patientes selon les complications citées

<b>Complications citées</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Plusieurs complications*	67	76,1

Stérilités	11	12,5
Mort subite	10	11,4
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>

\*avortements spontanés à répétition, douleurs pelviennes chroniques, stérilité, mort subite

**Tableau XXI:** Relation entre niveau d'instruction et l'utilisation des contraceptifs

<b>Contraception</b>	<b>Niveau d'alphabétisation</b>				<b>Total</b>
	Non scolarisée	Primaire	Secondaire	Supérieur	
Oui	8	13	5	3	29
Non	32	18	17	5	72
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>31</b>	<b>22</b>	<b>8</b>	<b>101</b>

$\chi^2 = 5,16$

$P = 0,27$



**Tableau XXII:** Relation entre complications et la qualification de l'agent ayant pratiqué l'avortement

<b>Complications</b>	<b>Qualification de l'agent</b>						<b>Total</b>
	Médecin ou étudiant		Paramédical et sage-femme		Autre*		
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Infectieuses	<b>2</b>	18.2	<b>10</b>	19.6	<b>8</b>	20.5	20
Traumatiques	1	9.1	2	3.9	4	10.3	7
Hémorragiques	6	54.5	36	70.6	20	51.3	62
Autres**	2	18.2	3	5.9	7	17.9	12
<b>Total</b>	<b>11</b>	100	<b>51</b>	100	<b>39</b>	100	<b>101</b>

$\chi^2 = 6.131$        $P = 0,4$

Autre\* (elle-même, ami, guérisseur, indéterminé)

Autres\*\* = Anémie sévère, association de deux ou plus des complications sus citées ou intoxication.

**Tableau XXIII :** Relation entre méthode d'avortement utilisée et l'issue de la prise en charge.

<b>Issue</b>	<b>Méthode</b>						<b>Total</b>
	Curetage	Aspiration	Sondage	Produits trad	Produits pharm	Autres	
Décès	1	1	1	1	0	0	4
Guérison avec suites simples	12	12	50	3	6	4	87
Guérison avec handicap (hystérectomie, cicatrice utérine)	4	0	1	1	1	3	10
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>13</b>	<b>52</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>101</b>

$\chi^2 = 23,33$        $P = 0,009$

Autres : Introduction d'un flacon de parfum dans le col (1cas), association de deux ou plusieurs des méthodes citées.

**Tableau XXIV** : Répartition des patientes en fonction du lieu de l'avortement et de la qualité de l'agent avorteur

<b>Lieu</b>	<b>Qualification</b>					<b>Total</b>
	Médecin	Etudiant	Infirmier	Personnel paramédical	Autre*	
Hôpital	2	2	2	0	1	7
Cabinet Médical/ Clinique	4	1	5	2	2	14
Domicile de l'avorteur	1	0	4	11	26	52
Autre**	0	1	7	4	16	20
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>28</b>	<b>17</b>	<b>45</b>	<b>101</b>

Autre\* (ami, elle-même, guérisseur, indéterminé)

Autre\*\* : Ecole, chez un(e) ami(e), chez elle même

$\chi^2 = 39,13$                        $P = 0,00009$

**Tableau XXV** : Relation entre complications et la méthode d'avortement utilisée.

<b>Méthodes utilisées</b>	<b>Complications</b>							
	<b>Infectieuse</b>		<b>Traumatique</b>		<b>Hémorragique</b>		<b>Autres*</b>	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Curetage	7	35	2	28.6	6	9.7	2	16.7
Aspiration	1	5	0	0.0	10	16.1	2	16.7
Sondage utérin	9	45	2	28.6	39	62.9	2	16.7
P. traditionnel	1	5	0	0.0	3	4.8	1	8.3
P.pharmaceutique	0	0	3	42.9	3	4.8	1	8.3
Autres**	2	10	0	0	1	1.6	4	33.3
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>62</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

$\chi^2 = 38,8$                        $P = 0,001$

Autres\* = Anémie sévère, association de deux ou plus des complications sus citées ou intoxication.

L'AMIU est la méthode la moins dangereuse.

COMMENTAIRES  
ET  
DISCUSSION

## **VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### **Fréquence :**

Du 1<sup>er</sup> Octobre 2005 au 1<sup>er</sup> Mars 2008, nous avons recensé 101 avortements à risque sur : 2797 accouchements, 274 avortements au total, 3071 grossesses dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU du point « G ». Les résultats de notre étude ont révélé que la prévalence des avortements à risque était de :

- 3,61% rapportée aux accouchements;
- 36,86% rapportée à l'ensemble des avortements;
- 3,3% rapportée au total des grossesses.

Cette dernière fréquence est proche de celle de TRAORE A.K [19] qui a retrouvé 3,12% comme fréquence des avortements à risque sur le nombre total de grossesses. Mais, la fréquence rapportée à l'ensemble des avortements (36,86%), est nettement supérieure à celle de TRAORE A.K qui, dans son étude a eu 11,55%.

Le taux élevé des avortements à risque (36,86%), rapporté à l'ensemble des avortements s'explique : par le fait que nous recevons peu de cas d'avortements spontanés à cause de la situation du CHU du point « G », et par le fait que nous recevons surtout les références et évacuations.

### **1- Les tranches d'âge :**

Dans notre étude, la tranche d'âge la plus représentée est de 19-23 ans, avec 42,5% des patientes.

Plus d'un quart de nos patientes (26,7%) étaient des adolescentes. Ces taux élevés d'adolescentes, comme le prouvent les études de TRAORE A.K [19] 53,7% et de KONATE M [20] 52,38%, ont un lien avec les grossesses précoces, et non désirées, dans un contexte de conditions socio-économiques défavorables, d'absence d'éducation sexuelle et de non utilisation des contraceptifs et surtout de précocité sexuelle.

Il ressort dans notre étude que l'avortement à risque a été pratiqué dans une moyenne d'âge de 27 ans, avec comme âges extrêmes 13 et 41 ans.

### **2- La résidence :**

Au cours de notre étude, nous avons reçu les patientes provenant de toutes les communes du district de Bamako, et aussi celles résidant hors de Bamako (plus précisément Kati).

Les résultats de notre enquête ont trouvé 27,7% des patientes provenant de Kati.

TALL S. [21] a retrouvé dans son étude 11,7% des patientes provenant hors du District de Bamako.

Cette différence s'explique par la situation géographique du CHU du Point « G », plus proche de Kati et recevant directement les urgences gynéco-obstétricales en provenance de cette localité.

### **3- Le statut matrimonial :**

Notre étude a permis de mettre en évidence 73,3% des femmes célibataires. Nos résultats sont comparables à ceux de :

- TALL S [21] qui a retrouvé 80% en 2004 – 2005 au CHU Gabriel TOURE
- TRAORE A K [19] a retrouvé 77,6% en 2003 – 2004 au Centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.
- KONATE M [20] en 2001 – 2003 a retrouvé 77%
- SAMAKE A [22] en 1997 – 1998 a retrouvé 82,87%
- Au Kenya, AGGAR W. V. P. AND MATI, J.K.G.[29] en 1982 ont trouvé 74% de célibataires

Ces résultats montrent une incidence élevée du phénomène chez les célibataires. Cette attitude pourrait s'expliquer par le statut économique faible de ces célibataires, la crainte des représailles des parents, la mauvaise réputation socio – culturelle d'une fille mère, les coutumes et traditions concernant le mariage, la honte et la crainte d'avoir un enfant hors mariage.

Notre étude a également mis en évidence une proportion non négligeable de femmes mariées ayant pratiqué un avortement provoqué soit 19,8% comparable à ceux de TALL S [21] 20%, TRAORE AK [19] 18,46%, IPPF au Nigeria [3] 34,8%. Les raisons évoquées ont été le plus souvent : grossesses rapprochées, infidélité conjugale, manque de soutien financier par le mari, l'âge avancé de la patiente.

#### **4- La gestité :**

Dans notre étude, 53,5% des patientes étaient enceintes pour la première fois au moment de l'avortement. Nos résultats sont proches de ceux de TAAL S [21], TRAORE A K [19], KONATE M [20], HY JAZI Y et COLL [23] mais différents à ceux de SAMAKE A [22] qui ont respectueusement retrouvé : 63,2%, 74,3%, 79,24%, 76,6% et 34,26%.

La prédominance des primigestes semble se justifier, par le stress lié à une première grossesse dans un contexte social non formel.

#### **5- La parité :**

Dans notre étude 60,4% des avortements provoqués sont retrouvés chez les nullipares. Nos résultats sont aussi élevés que ceux de :

- TALL S [21] avec 63,2%
- TRAORE A K [19] avec 78,8%
- SAMAKE A [22] avec 66,02%
- TSHIBANGU K et Coll [24] avec 62,9%

Ces résultats s'expliquent aisément par la prédominance dans notre étude de primigestes (53,5%) et de célibataires (73,3%) ayant des grossesses non désirées.

#### **6- L'âge gestationnel au moment de l'avortement :**

Pour des raisons de commodité, nous avons pris 1 mois égal à 4 semaines d'aménorrhées, pour des patientes qui ignorent la date des dernières règles.

L'âge gestationnel auquel l'avortement a été effectué, a varié entre 4 et 28 SA.

Il ressort dans notre étude que plus de 2/3 des avortements à risque ont été pratiqués sur des grossesses inférieures ou égales à 12 SA soit 77% des cas. 14% des grossesses ont été interrompues entre 13 et 16SA et 9% l'ont été à plus 16 SA. Les résultats de notre étude sont aussi élevés que ceux d'autres auteurs, qui ont également retrouvé des taux élevés d'avortements pratiqués à un âge gestationnel inférieur ou égal à 12 SA. Il s'agit de :

- TALL S [21] 62,4%;
- TRAORE A K [19] 83,6%
- KONATE M [20] 56,6%

- SAMAKE A [22] : 61,11%
- TSHIBANGU K et Coll [24] 63,1%

Nos résultats s'expliquent par le fait que le retard des règles amène précocement à consulter pour une confirmation de diagnostic de grossesse surtout si la grossesse n'est pas désirée et à pratiquer l'interruption avant que cela ne soit connu par l'entourage.

Les patientes ont été reçues en urgence dans 92,1% des cas, contre 7,75% dans l'étude de TRAORE A K [19]. Cette différence est liée au cadre d'étude différent et surtout à la situation géographique du Point « G » et à son statut de structure de 3<sup>ème</sup> référence.

### **7- La profession :**

Les élèves et étudiantes ont été la couche la plus touchée par les avortements à risque avec 35,6%. Ce taux est proche de ceux retrouvés dans les études de TRAORE A K [19] 37,3%, de TOURE A M [10] 35,8% et de TALL S 30,6%. Il est en de ça de ceux de KONATE M [20] 58,5% et de SAMAKE A 48,6%.

Dans l'ensemble, toutes ces études montrent que le taux de l'avortement à risque reste élevé dans le milieu étudiant.

La grossesse en milieu scolaire faisant l'objet de renvoi scolaire au Mali n'est plus d'actualité depuis la circulaire n° 0034 de la direction nationale de l'enseignement fondamental du 1<sup>er</sup> Février 1993. Ces élèves et étudiantes pratiquent l'avortement à risque dans le souci d'éviter des perturbations scolaires et aussi pour retarder les naissances jusqu'au mariage.

### **8- Le niveau d'alphabétisation :**

Dans notre étude, le taux d'avortement à risque décroît en fonction du niveau d'alphabétisation. Ainsi, nous avons retrouvé 39,6% de non scolarisées, 30,7% de niveau primaire, 21,8% de niveau secondaire, et 7,9% de niveau supérieur.

Ces résultats confortent ceux de TALL S [21], qui a enregistré : 48,3% de non scolarisées, 24,5% de niveau primaire, 20% de niveau secondaire, 7,5% de niveau supérieur.

Il ressort de notre étude que le faible niveau d'alphabétisation constitue un facteur favorisant des avortements à risque.

En effet, l'absence de scolarisation, responsable d'une faible culture médicale peut contribuer à augmenter le taux d'avortement à risque.

#### **9- Le mode d'admission :**

Les patientes ont été référées dans 92,1% des cas, contre 7,75% dans l'étude de TRAORE A.K [19]. Cette différence est liée au cadre d'étude différent, à la situation géographique du Point G et à son statut de structure de 3<sup>ème</sup> référence.

#### **10- Le motif de l'avortement :**

Les raisons qui poussent les femmes à interrompre la grossesse sont multiples et interdépendantes. 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 pratiquer un avortement dans les sociétés africaines [30].

Dans notre étude, 47,5% des patientes ont reconnu avoir pratiqué l'avortement clandestin pour plusieurs motifs (grossesse non désirée + crainte des parents + la peur des critiques de l'entourage); pour les mêmes raisons TRAORE A K [19] a retrouvé une prédominance de 26,1% des cas dans son étude. Dans notre étude, la grossesse non désirée a été évoquée dans 28,6% des cas contre 10,4% pour TRAORE A.K [19], la crainte des parents 8,9% contre 15,7% pour TAORE A.K.

#### **11- Le lieu de l'avortement :**

Dans notre étude, plus de la moitié des patientes soit 52,5% ont pratiqué l'avortement dans le domicile de l'agent avorteur.

Nos résultats sont comparables à ceux de



- TRAORE A K [19] 56,5% en 2003 - 2004
- DEMBELE F [26] 71,95%
- KONATE M [20] 56,6%

Ces résultats confirment le caractère clandestin des avortements au Mali effectués le plus souvent dans des conditions déplorables.

Ils sont inférieurs à ceux de TALL. S [21] qui donnent une prédominance de l'avortement au sein de l'hôpital avec 21,7% des cas.

### **12-La qualification de l'agent avorteur :**

Notre étude a révélé que dans 30,7% des cas, la qualification précise de l'avorteur était méconnue de la patiente.

Nos résultats sont comparables à ceux de KONATE M [20] et TALL [21] avec respectivement 21,93% et 22,2%. Ceci permet de comprendre le caractère dangereux de l'acte eu égard la qualification des prestataires.

A noter que pour ces agents avorteurs, ce sont les considérations pécuniaires qui priment au détriment de la santé de leurs clientes.

Les avortements à risque ont été pratiqués, dans 44,5% par le personnel paramédical (infirmiers, aides soignants), 6,9% de médecin et 6% de sages femmes. 8% de ces avortements ont été réalisés par les patientes elles mêmes soit : par ingestion de produits traditionnels (décoctions de plantes), ou de produits pharmaceutiques (comprimés de chloroquine); ou par introduction de comprimés de permanganate en intra vaginal. Ceci nous permet de déduire que la quasi-totalité des avortements à risque est réalisée par le personnel médical et paramédical pour des fins pécuniaires. Ce qui semble pérenniser cette situation est que malgré la législation restrictive, les agents ayant pratiqué un avortement à risque restent impunis ou du moins pas suffisamment pour les dissuader de recommencer.

Nous avons pu constater que même en cas de complications sévères, les patientes cherchent à dissimuler l'identité des agents avorteurs.

### **13-La méthode d'avortement utilisée :**

Le sondage utérin a été la méthode la plus utilisée dans notre étude avec 51,5% des cas, suivi du curetage 17% des cas et l'AMIU 13% des cas.

9 Ces résultats sont proches de ceux de :

- KONATE M [20] 56,6% de sondage utérin, suivi de 16,9% de curetage et 13,22% d'AMIU
- SAMAKE A [22] 43,3% de sondage utérin et 39,35% de curetage.

Par contre, nos résultats sont différents de ceux de :

- TALL S [21] qui rapporte 29,4% de curetage suivi de l'utilisation de méthodes pharmacologiques (27,8%) et du sondage utérin (26,7%).
- TRAORE A K [19] qui rapporte 45,5% de curetage suivi du sondage utérin dans 26,4%.

La méthode utilisée est fonction de la technicité de l'agent; le curetage et l'AMIU sont surtout utilisés par les médecins, les étudiants en médecine, et les infirmiers. Le sondage est généralement pratiqué par le personnel paramédical (les infirmiers, les aides soignants, les matrones), les sages femmes, et par les agents dont la qualification n'a pas été précisée.

Toutes 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.

Tout ceci montre à quel point, le désespoir peut aveugler les patientes au point de n'envisager qu'en second plan le risque d'y laisser la vie.

#### **14-L'existence d'antécédents d'avortement :**

Dans notre étude, 10,9% des patientes avaient déjà eu recours à un avortement dont (7,9% une fois et 3% plus d'une fois) et 89,1% des patientes étaient à leur premier avortement.

Ces résultats sont proches de ceux de BALAHIRA M [27] et DEMBELE F [26] qui ont respectivement retrouvé 6,67% et 7,93% de patientes ayant pratiqué

l'avortement à risque au moins une fois; 4,66% et 4,23% l'ayant pratiqué au moins deux fois.

Cette fréquence pourrait s'expliquer par l'inexpérience en matière de sexualité de ces adolescentes chez qui les grossesses non désirées sont nombreuses.

### **15-Le coût de la pratique abortive :**

Le coût de la pratique abortive dans notre étude a varié de 0Fcfa à 150 000Fcfa avec un coût moyen de 75 000Fcfa.

Dans 77% des cas, le coût était inférieur à 25 000Fcfa, dans 11% compris entre 25000Fcfa et 50.000Fcfa, dans 4% entre 50.000Fcfa et 100.000Fcfa. Un cas de 150.000Fcfa a été enregistré. Dans 7% des cas, la tentative était faite par l'intéressée elle-même.

- TALL S [21] a retrouvé un coût moyen de 13.770 Fcfa contre 17.671 Fcfa pour SAMAKE A [22]

Ces résultats s'expliquent par le fait que le coût de l'avortement augmente avec l'âge de la grossesse, la qualification de l'avorteur et le lieu. En effet, l'avortement réalisé dans un cabinet ou clinique, et pratiqué par un médecin coûte plus cher que celui effectué par un personnel paramédical et à domicile. En somme nous disons que le personnel non qualifié s'adonne à des pratiques abortives dangereuses exposant les femmes à des complications parfois irréversibles et même mortelles.

### **16-La pratique de la contraception :**

Plus de la moitié de nos patientes soit 70,3% n'utilisaient aucune méthode contraceptive.

Les travaux de nos prédécesseurs n'ont pas traité cet aspect de la question.

Dans notre étude parmi celles qui n'étaient pas sous contraception 63,5% l'ont fait volontairement à cause du célibat, et des préjugés ; 8,4% des patientes étaient sous la pression de leur mari pour des raisons religieuses; 15,4 % par manque d'information sur le sujet; et enfin, 12,7% ont évoqué les effets secondaires des contraceptifs.

La non utilisation de méthode contraceptive couplée à une vie sexuellement active expose à des risques de grossesse non désirée; d'où la fréquence élevée des avortements à risques.

### **17 – Le motif de consultation ou de référence :**

Près de la moitié de nos patientes soit 49,6% ont consulté pour hémorragie plus algie pelvienne. Nos résultats sont proches de ceux de KONATE M [20] qui a retrouvé 47,18% d'hémorragie + algie pelvienne et TRAORE A K [19] qui a retrouvé 68% d'hémorragie associées ou non aux algies pelviennes.

### **18 - Les complications:**

Les complications, qu'elles soient immédiates ou tardives, sont graves et nombreuses. Dans notre étude nous n'avons considéré que des complications immédiates et précoces. Les complications hémorragiques ont été de loin les plus fréquentes, avec 61,4% des cas, suivies des complications infectieuses 18,8% des cas; 6% de lésions traumatiques, et enfin les 13,8% constitués par les intoxications, et ou l'association de deux ou plusieurs des complications déjà citées.

Ces résultats permettent d'affirmer que l'avortement à risque n'est jamais anodin. Il est souvent mal exécuté mettant le pronostic vital en jeu.

### **19– La prise en charge :**

Dans notre étude :

- L'antibiothérapie a été utilisée chez 97% des patientes;
- Les utérotoniques ont été administrés à 79,2% des patientes; 66,3% ont reçu un remplissage vasculaire;
- Nous avons eu recours à l'AMIU dans 49,5% des cas;
- La transfusion a été effectuée chez 41,6% dans patientes;
- La dilatation avec curetage a été réalisée 15,8% des cas;

- L'hystérectomie a été réalisée dans les délabrements importants de l'utérus chez 5,9% des patientes; alors que la laparotomie avec suture de la brèche utérine a été pratiquée chez 4% des patientes;
- nous avons suturé les lésions cervico-vaginales dans 4% des cas.
- Nous avons pris soin de sensibiliser toutes nos patientes sur les dangers liés aux avortements à risque et de les orienter vers un service de planification familiale.

### **20-Le coût estimatif de la prise en charge :**

Dans notre étude, 36,6% des patientes ont payé moins de 50 000 Fcfa pour leur prise en charge; 45,5% ont payé entre 50 000 et 100 000 Fcfa; 17,8% ont payé plus de 100 000 Fcfa.

Ces chiffres sont supérieurs à ceux de TRAORE A K [19] qui a retrouvé 55,2% des cas qui avaient payé entre 10 000 Fcfa et 20 000 Fcfa, 35,8% des cas avaient payé entre 20 000 Fcfa et 30 000 Fcfa.

Cette différence s'explique par le fait que dans notre étude, pour l'estimation du coût de la prise en charge ont été pris en compte les frais d'examen complémentaires, de médicaments, d'acte, d'hospitalisation et parfois même de kit d'anesthésie.

### **21 – Le pronostic:**

Nous avons enregistré dans notre étude; 87,1% de cas de guérison avec suites simples, 9,9% de guérison avec handicap (hystérectomie, cicatrices utérines), et 4% de décès.

Nos résultats sont proches de ceux de TRAORE A K [19] et de KONATE M [20] qui ont trouvé respectivement 2,2% et 3,88% de décès maternel.

Ils sont inférieurs à ceux de TALL S [21] et SAMAKE A [22] qui ont respectivement retrouvé 6,7% et 6% de décès maternel; de même que l'étude de L'OMS en 2003 avec 14% de décès maternel.

L'écart constaté entre nos résultats et ceux de TALL et SAMAKE est à mettre au compte de l'échantillonnage.

### **22 – Enquête CAP (connaissance aptitude pratique) :**

- Par rapport à la connaissance des moyens de prévention des avortements provoqués ;

nous avons retrouvé dans notre étude 48,5% des patientes ayant cité la PF ou l'abstinence, 8,9% la communication pour un changement de comportement, 42,6% des patientes n'ont pas émis d'avis.

- Par rapport aux complications des avortements provoqués ;

87,1% de nos patientes ont affirmé que les avortements provoqués ont des effets néfastes sur la santé tels que: stérilité, mort subite et même des algies pelviennes chroniques contre 12,9% qui estiment le contraire.

### **23 – Le niveau d'instruction et l'utilisation de contraceptifs :**

La non utilisation des méthodes contraceptives a été retrouvée quelque soit le niveau d'éducation sans différence statistiquement significative ( $P=0,27$ ).

### **24 – Les complications et la qualification de l'agent ayant pratiqué l'avortement :**

La survenue des complications ne semble pas dépendre de la qualification de l'agent responsable de l'interruption de la grossesse ( $P=0.4$ ).

### **25 – La méthode d'avortement utilisé et l'issue de la prise en charge :**

Le pronostic des grossesses interrompues serait dépendant de la méthode utilisée ( $P=0.009$ ).

### **26 - Le lieu de l'avortement et la qualification de l'agent avorteur :**

Le lieu de la pratique de l'avortement semble en rapport avec la qualification de l'auteur ( $p=0,000009$ ).

### **27- La méthode d'avortement utilisée et les complications :**

Les complications observées semblent dépendre de la méthode utilisée pour interrompre la grossesse ( $P=0,001$ ).

**CONCLUSION**  
**&**  
**RECOMMENDATIONS**

## **VII- CONCLUSION**

Les avortements provoqués constituent un véritable problème de santé publique dans le monde et surtout dans les pays en voie de développement. Ils sont graves, compte tenu des complications qu'ils entraînent notamment l'infertilité et surtout la mort. Pourtant ces complications sont bien connues de celles qui en sont victimes et aussi de ceux qui sont les auteurs.

Notre étude sur les avortements à risque dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU du Point « G » s'est déroulée du 1<sup>er</sup> Octobre 2005 au 1<sup>er</sup> Mars 2008. Il s'agissait d'une étude prospective ayant porté sur 101 cas d'avortements à risque.

La fréquence de l'avortement a été de 3,61% de l'ensemble des accouchements, et de 36,86% rapportée à l'ensemble des avortements pendant la période d'étude. Les patientes ayant un âge compris entre 19 et 23 ans ont représenté la tranche d'âge la plus élevée avec 42,5%. Les adolescentes ont représenté 26,7% des cas.

Les célibataires ont représenté 73,5% des cas dans notre étude. La pratique abortive a eu lieu au 1<sup>er</sup> trimestre dans 77% des cas. Les analphabètes ont représenté 35,6% des patientes dans notre série.

Dans 52,5% des cas, la pratique abortive a eu lieu dans un domicile privé.

La méthode d'avortement à risque la plus utilisée a été le sondage dans 51,5% des cas.

Aucune méthode contraceptive n'était utilisée par 70,3% de nos patientes.

Dans notre série, 86,1% de nos patientes prises en charge sont guéries avec suites simples; par contre, 4% de nos patientes sont décédées des suites de complications (septicémie, intoxication par ingestion de produits traditionnels).

La planification familiale a été affirmée par 48,5% des patientes comme moyens de prévention des avortements à risque.

## **VIII- RECOMMANDATIONS :**

A la fin de notre étude, les recommandations sont faites :



### **1- Aux autorités juridiques :**

Veillez à l'application correcte et stricte de la loi en vigueur contre l'avortement clandestin.

### **2 – Aux autorités (Ministère de la santé et de l'éducation) :**

Promouvoir l'éducation à la vie familiale (EVF) en milieu scolaire en vue d'éviter les grossesses non désirées

Intensifier la sensibilisation en faveur de la planification familiale.

Appuyer les ONG dans les campagnes de sensibilisation contre les méfaits de l'avortement clandestin à travers les mass médias, les pairs éducateurs et les relais communautaires.

Accroître l'accessibilité aux soins après avortement.

Renforcer le plateau technique des services publics, du secteur privé et des ONG en matière de soins après avortement (SAA).

### **3 – Aux communautés :**

Eviter le rejet des filles mères, et leur permettre de mener leur grossesse à terme.

Adopter des attitudes favorables pour la planification familiale et l'éducation sexuelle.

### **4 – Au personnel socio-sanitaire :**

Faire de l'IEC (CCC) en mettant l'accent sur les dangers des avortements à risque;

Eviter la pratique des avortements à risque.

### **5 – Aux Patientes :**

Respecter les mœurs et coutumes qui interdisent certains comportements sexuels à risque

Fréquenter les services de planification familiale et utiliser à bon escient les méthodes contraceptives.

Ne pas recourir aux pratiques dangereuses d'interruption volontaire de grossesse sans avis médical.

# REFERENCES

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

**[1]- H. ILOKI, M.V. GBALA-SAPOULOU, F. KPEKPEDE.**

Mortalité maternelle à Brazzaville.

**3è Congrès de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO);**

Yaoundé, 12 /16 décembre 1994.

2.M. MASSOSSA-TELO.

**[2]- OMS.**

Méthodes médicales d'interruption de grossesse.

OMS, Genève, 1997,100p

**[3] IPPF, 1994.**

Les avortements à risque et la planification post-abortum en Afrique, la conférence de Maurice, île Maurice, Grand Baie, 24-28 mars 1994 page 36.

**[4]- OMS :**

Complications des avortements : directives techniques et questionnaires pour la prévention et le traitement.

OMS; Genève, 1997,68, 99p.

**[5]- Merger R, Levy J, Melchior J.**

Avortement provoqué clandestin.

Précis d'obstétrique 6è édition.

Masson, Paris, 2003; 583p : 222-225

**[6]- OMS**

Eléments essentiels des soins obstétricaux au premier niveau de recours.

OMS, Genève, 1992, 24; 80p.

**[7]- Ipas, FCI, PPPF, Population council.**

Prévention et prise en charge des avortements à risque.

Guide d'action 1999.

**[8]- Manuel Merck, 3è édition.**

Avortement provoqué; page : 1976.

**[9]- TRAORE ML, SALL B; DOUMBIA. A**

Les avortements criminels à Bamako, quelques aspects médico-légaux. Mali médical 1976 (2) pages 14-18.

**[10]- TOURE A. M.**

Contribution à l'étude des avortements au Mali (Résultats précoces d'une enquête dans 15 centres.

Thèse de médecine Bamako, 1982 n°81 M 23.

**[11]- A. RAHMAN ET AL « A GLOBAL REVIEW OF LAWS ON INDUCED ABORTION, 1985-1997 ».**

Int. Fam. Perspect. 1998; Page 24, 56-64; "Sharing responsibility Women, Society and abortion Worldwide", Alan Guttmacher inst. 1999.

**[12]- ANIKA. RAHMANE AL.**

A global review of laws on induced abortion, 1985 – 1997, 24 international family planning perspectives, pages 54 – 64 (1998).

**[13]- Enfants, jeunesse et avortements à hauts risques via internet: [www.google.fr](http://www.google.fr) puis taper les mots clés : avortements à risque.**

**[14]- ETAT DE LA POPULATION MONDIALE 1997.**

Le droit de choisir : droit et santé en matière de reproduction, 1997, FNUAP, New York. Page 19.

**[15]- Enquête Démographique et de Santé 2001.**

Rapport de synthèse. Page 7

**[16] J. LANSAC/P. LE COMTE/H. MARRET Interruption volontaire de grossesse Paris 2002.**

**Gynécologie pour le praticien 6<sup>e</sup> édition pages 456-472.**

**[17]- HENRY G. ET COLL.**

L'avortement volontaire, précis de gynécologie 2<sup>ème</sup> édition MASSON Paris, Barcelone, Milan 1979, pages 299 – 309.

**[18]- Emile H, Cheynier J M.**

Les avortements préventifs

EMC, Paris, Obstet, 1973, 5106; A 4- 12.

**[19]- TRAORE A K**

Les avortements à risque au centre 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.

**[20]- KONATE M.**

Interruption volontaire de grossesses (IVG) au centre de santé de la commune IV à propos de 106 cas.

Thèse, Med, Bamako, 2003, n 94; 82p.

**[21]- TALL S.**

Facteurs de risque de l'avortement provoqué à l'Hôpital Gabriel TOURE

Thèse, Med, Bamako,

**[22]- SAMAKE. A.**

Les avortements à risque au service de gynécologie obstétrique CHU Gabriel Touré à propos de 216 cas.

Thèse de médecine, 1998. n° 49, 107p.

**[23]- HY JAZI Y. ET COLL.**

Les avortements provoqués chez les adolescentes au service de gynécologie obstétrique du CHU de Donka Conakry : communication aux premières journées scientifiques de la SOMAGO, 17-19 février 1994 Bamako.

**[24]- TSHIBANGU K. ET COLL.**

Avortements clandestins, problèmes de santé publique à Kinshasa (Zaïre).

Journal de gynécologie obstétrique et biologie reproductive. Edition Masson Paris 1984, Volume 13, pages 759-763.

**[25]- OMS.**

L'avortement provoqué.

Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS, 1987, 11p.

**[26]- DEMBELE F.**

Les avortements provoqués à l'HGT à propos de 149 cas.

Thèse Méd, Bamako, 2000, n°47; 124p.

**[27]- BALAYIRA M.**

Les avortements spontanés : étude descriptive à propos de 150 cas colligés à l'HGT.

Thèse, Med, Bamako, 1997 n° 9; 49p.

**[28]- AGGAR W. V. P. AND MATI; J. K. G.**

Epidemiology of induced abortion in Nairobi, Kenya.

Journal of obstetrics and gynecology of eastern and central Africa 1: 54-57.  
1982.

**[29]- COFFEY. P.**

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

ANNEXES  
ET  
RÉSUMÉ



## **ANNEXES :**

### Cas cliniques

Il s'agit de trois cas cliniques, montrant les graves conséquences des avortements à risque.

#### **Cas 1 :**

Primigeste, nullipare, aide-ménagère, célibataire, âgée de 15 ans, référée au CHU point G, le 16/06/2006, en provenance du centre de santé de référence de Kati.

A l'admission, l'interrogatoire révèle :

- une tentative d'IVG depuis 15 jours, par curetage sur une grossesse de deux mois environ au domicile d'un agent de santé à la retraite, au prix de 11.000 FCFA, associé à un traitement non spécifié ;
- un second curetage 2 jours après le premier, à la maternité de Kati, motivé par la persistance des métrorragies et douleurs pelviennes.

A l'examen physique : état général altéré, tension artérielle = 100/50mmhg, pouls = 120 pulsations /mn, température = 38°5c, abdomen distendu, météorisé, sensible au niveau de la fosse iliaque droite.

Au toucher vaginal : col fermé, douglas bombé et douloureux, faisant évoquer le diagnostic de pelvipéritonite, confirmé à l'échographie pelvienne.

La conduite à tenir a été :

- groupage Rhésus en urgence, Hématocrite, Goutte épaisse ;
- une double antibiothérapie (céftriaxone 2g /j métronidazole en perfusion) ;
- le remplissage vasculaire avec le Ringer lactate et le sérum salé ;
- laparotomie ayant permis d'aspirer 300 CC de pus, suivie d'une hystérectomie subtotale avec annexectomie droite.
- L'issue a été la guérison après 21 jours d'hospitalisation.

## Cas n°2 :

Patiente de 26 ans, 2<sup>ème</sup> geste, nullipare, étudiante, célibataire, antécédent d'IVG en 2005. Admise au service de Gynécologie Obstétrique du CHU du Point G, le 06/02/2007. Motif : douleurs pelviennes du post abortum.

L'interrogatoire révèle :

- un avortement fait le 26/01/2007, à 6 SA ;
- dans une clinique privée, par un médecin au prix de 17.000FCFA ;
- moyen utilisé, tubulure de perfuseur retirée le lendemain.

L'aggravation des symptômes : douleurs pelviennes persistantes, vomissements, météorisme, l'amène à consulter dans une autre clinique où les investigations aboutissent au diagnostic d'endométrite et de colopathie.

Le traitement mis en route n'apporte aucune amélioration.

Dans la foulée un ASP réalisé montre la présence de tubulure dans le colon.

Référence le 06/02/2007 au CHU du Point G.

A l'examen : l'état général est altéré, tension artérielle = 110/70mmhg, température = 37°8C. Abdomen fluctuant et douloureux à la palpation.

Au toucher vaginal : col postérieur, long et fermé, taille de l'utérus difficile à apprécier.

Au terme de l'examen le diagnostic de péritonite par perforation intestinale est évoqué.

Les préparatifs ont permis la réalisation d'une laparotomie au cours de laquelle fut aspiré 500CC de pus franc, avec extraction de deux tubulures de 80cm chacune transperçant par endroit les anses grêles.

Quinze jours après l'intervention chirurgicale la patiente décède dans un tableau de septicémie.

NB : Les deux tubulures retirées provenaient de l'IVG effectuée en 2005.

### **Cas n°3 :**

Patiente de 28ans, 4<sup>ème</sup> geste, 3<sup>ème</sup> pare, 3vivants, 1avortement, ménagère, mariée (le mari étant en aventure depuis 5 ans).

Référée au CHU du point G, le 01/03/2008, par le centre de santé de référence de la commune II, avec le motif « d'avortement septique ».

L'interrogatoire révèle que l'acte a été effectué à 4 mois de grossesse, au domicile privé d'une sage femme, à l'aide d'un sondage utérin (tubulure de perfuseur), au prix de 25.000FCFA. A noter l'absence d'un quelconque traitement après la manœuvre.

Après expulsion du fœtus, l'évolution a été marquée par des vomissements, diarrhées, métrorragies abondantes de sang noirâtre, algies pelviennes, fièvre.

Devant ce tableau, consultation au centre de santé de référence de Missira où le traitement prescrit n'a pas été exécuté faute de moyen financier.

Réadmise dans le même centre quelques jours plus tard, elle fut référée au CHU du Point G pour « avortement septique ».

A l'admission, très mauvais état général, tension artérielle = 100/50mmhg, température = 38°1C, subictère pouls : 122 pulsations/mn.

Abdomen sensible, hépatomégalie douloureuse, utérus mal involué de 8SA, douloureux, gants souillés de lochies sanguinolentes, très fétides.

L'hypothèse d'endométrite du post abortum est émise.

Malgré le traitement instauré : céftriaxone, métronidazole en perfusion, novalgin, syntocinon, transfusion, on assiste à une aggravation du tableau clinique. Le décès survient le 12<sup>ème</sup> de l'hospitalisation.

NB : La patiente était séropositive.

Ces trois cas d'hospitalisation nous montre des cas graves de complications d'avortement à risque.

Le dossier 1 est un cas d'hystérectomie chez une adolescente de 15 ans, compromettant à jamais son avenir obstétrical.

Le dossier 2 est un cas de décès maternel d'une étudiante de 26 ans, à la suite d'un avortement clandestin; brisant ainsi l'espoir de toute sa famille.

Le dossier 3 reflète les conséquences néfastes des avortements à risque sur les enfants.

Il s'agit d'une femme de 28 ans décédée à la suite d'avortement clandestin, laissant derrière elle trois enfants dont le plus jeune à 6 ans.

## Iconographies



Photo 1a : Extériorisation des anses nécrosées après curetage



Photo 1b : Intestins sphacéliques et nécrosés réséqués  
après un avortement à risque



Photo 2a : Retrait de tubulure de perfuseur retrouvée en intra-abdominal, introduite en intra-cervical dans un but abortif

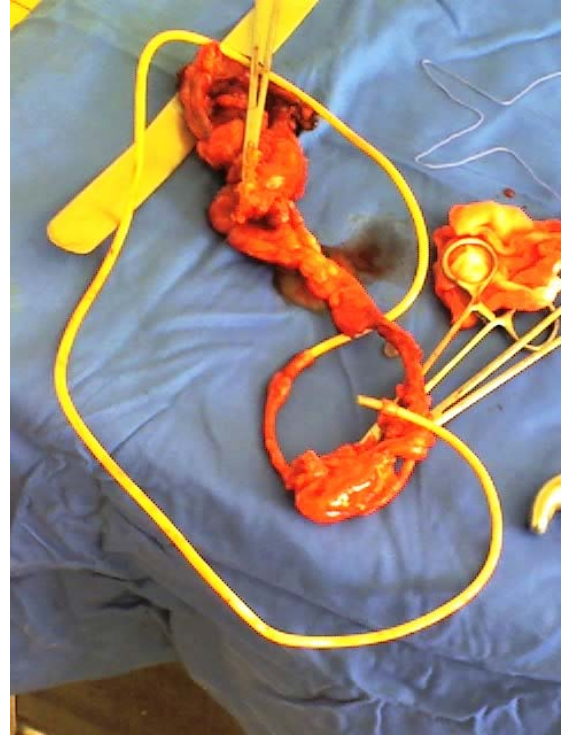


Photo 2b : Tubulure après retrait (elle était en place depuis 10 ans environ)

## Fiche d'enquête

**Thème :** Les avortements à risque dans le service de Gynéco-obstétrique du CHU du Point-G

Données Administratives :

1- Date-----/-----/-----Heure-----

2- Nom et prénom : -----

3- Age : -----

4- Ethnie : -----

- |             |                          |             |                          |                        |                          |
|-------------|--------------------------|-------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| a) Bambara  | <input type="checkbox"/> | e) Sonrhäi  | <input type="checkbox"/> | i) Minianka            | <input type="checkbox"/> |
| b) Sarakolé | <input type="checkbox"/> | f) Dogon    | <input type="checkbox"/> | j) Bozo                | <input type="checkbox"/> |
| c) Malinké  | <input type="checkbox"/> | g) Tamashek | <input type="checkbox"/> | k) Touareg             | <input type="checkbox"/> |
| d) Peulh    | <input type="checkbox"/> | h) Sénoufo  | <input type="checkbox"/> | l) Autres (à préciser) | <input type="checkbox"/> |

5- Adresse : -----

6- Profession : -----

- |                    |                          |                  |                          |                       |                          |
|--------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| a) Elève           | <input type="checkbox"/> | d) Commerçante   | <input type="checkbox"/> | g) Autre (à préciser) | <input type="checkbox"/> |
| b) Etudiante       | <input type="checkbox"/> | e) Fonctionnaire | <input type="checkbox"/> |                       |                          |
| c) Sans profession | <input type="checkbox"/> | f) Ménagère      | <input type="checkbox"/> |                       |                          |

7-Niveau de scolarisation : -----

- |                |                          |               |                          |                       |                          |
|----------------|--------------------------|---------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| a) Analphabète | <input type="checkbox"/> | c) Secondaire | <input type="checkbox"/> | e) Professionnelle    | <input type="checkbox"/> |
| b) Primaire    | <input type="checkbox"/> | d) Supérieur  | <input type="checkbox"/> | f) Autre (à préciser) | <input type="checkbox"/> |

8- Nationalité : -----

- |             |                          |                       |                          |
|-------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| a) Malienne | <input type="checkbox"/> | b) Autre (à préciser) | <input type="checkbox"/> |
|-------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|

9- Situation matrimoniale : -----

- |                |                          |             |                          |                |                          |
|----------------|--------------------------|-------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| a) mariée      | <input type="checkbox"/> | c) Veuve    | <input type="checkbox"/> | e) Union libre | <input type="checkbox"/> |
| b) Célibataire | <input type="checkbox"/> | d) Divorcée | <input type="checkbox"/> | f) Fiancée     | <input type="checkbox"/> |

9.1- Si mariée : -----

Vivant en couple dans le même domicile

vivant seule le mari étant absent

9.2- Si non mariée vivez-vous : -----

- |                   |                          |                       |                          |
|-------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| a) Seule          | <input type="checkbox"/> | c) Chez vos parents   | <input type="checkbox"/> |
| b) En concubinage | <input type="checkbox"/> | d) Autre (à préciser) | <input type="checkbox"/> |

10- Mode de référence : -----

- |            |                          |                         |                          |
|------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| a) Urgence | <input type="checkbox"/> | b) Consultation normale | <input type="checkbox"/> |
|------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|

11- Adressée par : -----

- |                      |                          |                       |                          |
|----------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| a) Venue d'elle-même | <input type="checkbox"/> | d) Tierce personne    | <input type="checkbox"/> |
| b) Médecin           | <input type="checkbox"/> | e) Autre (à préciser) | <input type="checkbox"/> |
| c) Infirmier         | <input type="checkbox"/> |                       |                          |

12- Antécédents : -----

1) Chirurgicaux : -----

- |        |                          |        |                          |
|--------|--------------------------|--------|--------------------------|
| a) Oui | <input type="checkbox"/> | b) Non | <input type="checkbox"/> |
|--------|--------------------------|--------|--------------------------|

si oui à préciser : -----

2) Médicaux : -----

Gynécologiques : -----

Obstétricaux : -----

### Interrogatoire

1) Motif de l'avortement : -----

- |                                      |                          |
|--------------------------------------|--------------------------|
| a) Grossesse non désirée             | <input type="checkbox"/> |
| b) Crainte des parents               | <input type="checkbox"/> |
| c) Peur des critiques de l'entourage | <input type="checkbox"/> |

Peur des conséquences négatives sur la poursuite des études



Infidélité conjugale   
 Abandon du conjoint   
 Conflit conjugal   
 Conflit partenaire   
 Oubli de la pilule   
 Autre (à préciser)

2- Personne ayant indiqué le lieu pour la pratique de l'avortement : -----

a) Un (e) ami (e)                       b) Un parent   
 c) Un agent de santé                       d) Autre (à préciser)

3- Qui a décidé de l'avortement : -----

a) Toi seul                                       b) Ton ami (e)   
 c) Décision concertée                       d) Ton mari   
 e) Ta mère                                       f) Ton père   
 g) Ton père et ta mère                       h) Autre (à préciser)

4- Lieu de la pratique de l'avortement : -----

a) Hôpital                                       b) Cabinet médical   
 c) Dans un domicile privé                       d) Autre (à préciser)

5- Qualité de l'agent ayant pratiqué l'avortement : -----

a) Médecin                                       b) Etudiant   
 c) Infirmier                                       d) Personnel paramédical   
 e) Autre (à préciser)

6- Quelle a été la méthode utilisée : -----

a) Curetage                                       b) Aspiration   
 c) Sondage                                       d) Utilisation de produits traditionnels   
 e) Utilisation de produit pharmaceutique (à préciser)  f) Autre (à préciser)

7- Les médicaments ayant été prescrit après l'acte : -----

a) Indéterminé                                       b) utero-toniques   
 c) Antibiotiques                                       d) Antitétaniques   
 e) Analgésiques                                       f) Antipaludéens   
 g) Autre (à préciser)

8- Quel a été le coût de la pratique de l'avortement : -----

9- Qui a payé : -----

a) Toi-même                                       b) Un parent   
 c) Un (e) ami (e)                                       d) Ton patron   
 e) Le partenaire                                       f) Autre (à préciser)

10- Avez-vous eu recours à d'autres avortements : -----

a) Oui                                       b) Non   
 a.1. Si oui combien de fois                       a.2. A quel stade de la grossesse

11- l'âge de la grossesse actuelle avortée : -----

12- Utilisez vous un moyen de contraception : -----

a) Oui                                       b) Non   
 a.1. Si oui lequel : -----

a.1.1. Préservatif masculin                       a.1.2. Préservatif féminin   
 a.1.3. Pilule                                       a.1.4. Dispositif intra - utérin   
 a.1.5. Injection de produit contraceptif                       a.1.6. Autre (à préciser)   
 b.1. Si non pourquoi : -----

b.1.1. Réfus volontaire                       b.1.2. Réfus du partenaire   
 b.1.3. Manque d'information sur le sujet  
 b.1.4. A cause des effets secondaires de ces  contraceptifs

b.1.5. Autre (à préciser)

13- Motif de consultation ou de référence : -----

- |                           |                          |                      |                          |
|---------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| a) Hémorragie             | <input type="checkbox"/> | b) Algies pelviennes | <input type="checkbox"/> |
| c) Leucorrhées purulentes | <input type="checkbox"/> | d) Fièvre            | <input type="checkbox"/> |
| e) Autre (à préciser)     | <input type="checkbox"/> |                      |                          |

### III- Examen de la patiente

#### A- Examen général :

1) Etat général : -----

- a) Bon  b) Passable  c) Mauvais

2) Etat de conscience : -----

- a) Bon  b) Obnubilé  c) Coma  d) Autre (à préciser)

3) Conjonctives : -----

- a) Colorées  b) Peu colorées  c) Pâles  d) Ictère

4) Tension artérielle (mm hg) : -----

5) Température : -----

6) Pouls : -----

7) Fréquence respiratoire (cycles/mn) : -----

#### Examen gynécologique :

Inspection : -----

- |                          |                          |                           |                          |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| a) Vulve propre          | <input type="checkbox"/> | b) Vulve souillée de sang | <input type="checkbox"/> |
| c) Vulve souillée de pus | <input type="checkbox"/> | d) lésions de grattage    | <input type="checkbox"/> |
| e) Autre (à préciser)    | <input type="checkbox"/> |                           |                          |

2- Palpation : -----

- a) Douleur à la palpation abdominale  b) Utérus augmenté de taille

- c) Utérus de taille normale  d) Abdomen souple indolore

- e) Abdomen souple sensible  f) Défense abdominale

- g) Contracture abdominale  h) Autre(à préciser)

3- Examen au spéculum : -----

- a) lésions traumatiques cervicales

- b) lésions traumatiques vaginales

- c) lésions cervico-vaginales

- d) Hémorragie provenant de l'utérus avec ou sans débris ovulaire

- e) Autre (à préciser)

4- Touchée vaginale : -----

- a) Col ouvert  b) Col fermé

- c) Douleur des culs de sac  d) Comblement du douglas

- e) Autre (à préciser)

5- Les examens complémentaires effectués : -----

- a) Echographie abdomino-pelvienne  b) Groupage rhésus

- c) Taux d'hématocrite  d) Numération formule sanguine

- e) Rien  f) Autre (à préciser)

6- Diagnostique retenue : -----

- a) Perforation utérine  b) Gangrène utérine

- c) Lésions cervico-vaginales  d) Endométrite aigue

- e) Septicémie  f) Tétanos post-abortum

- g) Thrombophlébite  h) Avortement incomplet hémorragique plus anémie

- i) Hématométrie du post abortum  j) Pelvi-péritonite

- k) Péritonite généralisée  l) Autre (à préciser)

7- Prise en charge : -----

- |                          |                          |   |                          |
|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| a) Dilatation / Curetage | <input type="checkbox"/> | b) Suture des lésions cervico-vaginales         | <input type="checkbox"/> |
| c) Transfusion           | <input type="checkbox"/> | d) Antibiothérapie                              | <input type="checkbox"/> |
| e) Antitétanique         | <input type="checkbox"/> | f) Laparotomie avec suture de la brèche utérine | <input type="checkbox"/> |
| g) Hystérectomie         | <input type="checkbox"/> | h) Aspiration à la pompe électronique           | <input type="checkbox"/> |
| i) Aspiration manuelle   | <input type="checkbox"/> | j) Remplissage vasculaire                       | <input type="checkbox"/> |
| k) Utérotonique          | <input type="checkbox"/> | l) Autre (à préciser)                           | <input type="checkbox"/> |

8- Durée d'hospitalisation : -----

- |                      |                          |                      |                          |
|----------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| a) < 1 semaine       | <input type="checkbox"/> | b) 2 semaines        | <input type="checkbox"/> |
| c) 3 semaines        | <input type="checkbox"/> | d) 1 mois            | <input type="checkbox"/> |
| e) entre 1 et 2 mois | <input type="checkbox"/> | f) entre 2 et 3 mois | <input type="checkbox"/> |
| g) plus de 3 mois    | <input type="checkbox"/> | h) Ambulatoire       | <input type="checkbox"/> |

9- Coût de la prise en charge : -----

- 10- Issue de la pratique abortive à l'issue de la prise en charge : -----
- a) Décès       b) Guérison sans séquelles       c) Guérison avec séquelles
- Si séquelles lesquelles

11- Connaissez vous des incidents et complications des avortements provoqués : -----

- a) oui       b) non
- si oui lesquels : -----
- a-1 Stérilité       a-2 Mort subite       a-3 Algies pelviennes chroniques
- a-4 Avortements spontanés à répétition       a-5 Ne sait pas

12- Avez-vous déjà conseillé quelqu'un concernant les avortements provoqués : -----

- a) Oui       b) Non

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

13- Selon vous que doit on faire pour réduire ce fléau : -----

## Fiche signalétique

**Nom : MAIGA**

**Prénom :** Fatoumata Hamidou

**Année universitaire :** 2008 – 2009

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** MALI

**Titre de la thèse :** « Les avortements à risque dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU du Point G »

Lieu de dépôt de la thèse : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie

**Secteurs d'intérêts :** Gynécologie et Obstétrique / Santé publique

**Résumé :** notre étude sur les avortements à risque dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU du Point « G » s'est déroulé du 1<sup>er</sup> Octobre 2005 au 1<sup>er</sup> Mars 2008. Il s'agissait d'une étude prospective ayant porté sur 101 cas d'avortements à risque. La fréquence de l'avortement a été de 3,61% de l'ensemble des accouchements et de 36,86% rapporté à l'ensemble des avortements pendant la période d'étude. Les patientes ayant un âge compris entre 19 et 23 ans ont représenté la tranche d'âge la plus atteinte avec 42,5%. Les célibataires ont représenté 73,5% des cas de notre étude. La pratique abortive a eu lieu au 1<sup>er</sup> trimestre dans 77% des cas en ce qui concerne l'âge gestationnel. Les analphabètes ont représenté 35,6% des patientes dans notre série. Dans 52,5% des cas, la pratique abortive a eu lieu dans un domicile privé. La méthode d'avortement à risque la plus utilisée a été le sondage dans 51,5% des cas. Aucune méthode contraceptive n'était utilisée par 70,3% de nos patientes. Dans notre série, 86,1% de nos patientes prises en charge sont guéries avec suites simples ; par contre, 4% de nos patientes sont décédées des suites de complications (septicémie, intoxication par ingestion de produits traditionnels). La planification familiale ou l'abstinence a été affirmée par 48,5% des patientes comme moyens de prévention des avortements à risque. Notre étude a également permis de mettre en évidence que les complications dépendaient de la méthode d'avortement utilisé ( $p=0,000009$ ).

**Mots – clés :** Avortements à risque, planification familiale.

# 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 à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce que s'y passe ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre 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.

Respectueux et reconnaissant 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 couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

**Je le jure !**