

**La médecine traditionnelle au Mali dans
la région de Gao: Thérapie par
les plantes.**

THESE

**Présentée et soutenue publiquement le 1982
devant l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali**

**par Abdoulaye YEHIYA
pour obtenir le grade de Docteur en Pharmacie
(Diplôme d'Etat)**

Examineurs:

PRESIDENT : Professeur Oumar SYLLA

Docteur Hubert BALIQUE

MEMBRES Professeur N'Golo DIARRA

Professeur Mamadou KOUMARE

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE ACADEMIQUE 1980-1981

Directeur Général	: Professeur Aliou BA
Directeur Général Adjoint	: Professeur Bocar SALL
Secrétaire Général	: Monsieur Sory COULIBALY
Econome	: Monsieur Dioncounda SISSOKO
Conseiller Technique	: Professeur Agr. Philippe RANQUE

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur Sadio SYLLA	: Anatomie
- Francis MIRANDA	: Biochimie
- Michel QUILICI	: Immunologie
- Humbert GIONO-BARBER	: Pharmacodynamie
- Jacques JOSSELINE	: Biochimie
- Jean-Paul MARTINEAUD	: Physiologie
- Michel POUSSET	: Matière médicale
Docteur Bernard LANDRIEU	: Biochimie
- Gérard TOURAME	: Psychiatrie
- Jean DELMONT	: Santé publique
- Boubacar CISSE	: Toxicologie-Hydrologie
Madame Paula GIONO-BARBER	: Anatomie-Physiologie Humaines
- Thérèse FARES	: Anatomie-Physiologie Humaines
Docteur Jean Pierre BISSET	: Biophysique

ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Abderhamane Sidèye MAIGA	: Parasitologie
-- Sory KEITA	: Microbiologie
-- Yaya FOFANA	: Microbiologie-Hématologie
-- Sory Ibrahima KABA	: Santé publique
-- Moctar DIOP	: Séniologie chirurgicale
-- Balla COULIBALY	: Pédiatrie-Médecine du Travail
-- Bénétiéni FOFANA	: Obstétrique
-- Boubacar CISSE	: Dermatologie
-- Souleymane DIA	: Pharmacie chimique
-- Yacouba COULIBALY	: Stomatologie
-- Sanoussi KONATE	: Santé publique
-- Issa TRAORE	: Radiologie
-- Mme SY (Assitan) SOW	: Gynécologie

CHARGES DE COURS

Docteur Gérard GAUCHOT	: Microbiologie
-- Gérard TRUSCHEL	: Anatomie-Séniologie chirurgicale
-- Boulkassoum HAIDARA	: Galénique-Diététique
-- Philippe JONCHERES	: Urologie
-- Hamadi Mody DIALL	: Chimie analytique
-- Aliou KEITA	: Galénique
-- Saïbou MAIGA	: Galénique
-- Abdoulaye DIALLO	: Gestion-Législation
Monsieur Cheick Tidiani TANDIA	: Hygiène du Milieu
Professeur N'Golo DIARRA	: Botanique-Cryptogamie-Bio.végétale
-- Souleymane TRAORE	: Physiologie générale

PROFESSEURS TITULAIRES RESIDANT A BAMAKO

Professeur Aliou BA	: Ophtalmologie
- Bocar SALL	: Anatomie-Orthopédie-Traumat. Secour.
- Mamadou DEMBELE	: Chirurgie générale
- Mohamed TOURE	: Pédiatrie
- Souleymane SANGARE	: Pneumo-Phtisiologie
- Mamadou KOUMARE	: Pharmacologie-Matière médicale
- Mamadou-Lamine TRAORE	: Obstétrique-Médecine légale
- Aly GUINDO	: Gastro-Entérologie
- Abdoulaye ag RHALY	: Médecine interne
- Sidi Yaya SIMAGA	: Santé publique
- Siné BAYO	: Histo-Embryo-Anatomie pathologique
- Abdel Karim KOUMARE	: Anatomie-Chirurgie générale
- Bréhima KOUMARE	: Bactériologie
- Mamadou-Koréïssi TOURE	: Cardiologie
- Philippe RANQUE	: Parasitologie
- Bernard DUFLO	: Patho.médicale-Thérapeut.Physio.Hémat.
- Robert COLOMAR	: Gynécologie-Obstétrique
- Oumar COULIBALY	: Chimie organique
- Adama SISSOKO	: Zoologie
- Bouba DIARRA	: Microbiologie
- Salikou SANOGO	: Physique
- Niamanto DIARRA	: Mathématiques

*

*

*

JE DEDIE CE MODESTE TRAVAIL :

A LA FEMME MALIENNE

En témoignage de notre modeste contribution, à l'amélioration de la Santé de la femme et de l'enfant.

A tous ceux qui luttent contre la faim, la soif, l'injustice
et l'ignorance dans le monde.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Puisse toute l'admiration et le souvenir
que je garde de lui me permettre de rester tou-
jours digne d'être son fils.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

Femme merveilleuse, dont toute la vie
hélas trop breve fut un don d'amour et de
tendresse pour ses enfants.

Tous mes regrets de n'avoir pas pu à mon
tour de rendre ce que je te dois.

A LA MEMOIRE DE MA SOEUR HADDI

In memoriam.

A LA MEMOIRE DE MESSIEURS :

BOUSSOURA MAHAMANE

YEHIYA MOURZOU TOURE

AMADOU HAMA MAIGA

Vous avez participé tour à tour à
faire de moi un homme, malheureusement vous
avez été vite arrachés à mon affection.

Que la terre vous soit légère.

A MES FRERES

A MES SOEURS

A TOUS LES SIENS

A MES AMIS :

ABDOULKARIM MAIGA

SALEHOUN MAIGA

AMADOU MAIGA

SIDI AHAMAR TOURE

HASSIMI TOURE

Vos encouragements, votre soutien moral
et matériel ne m'ont jamais fait défaut.

Ce travail est également le vôtre.

A MES CAMARADES D'ENFANCE :

HARBER	BOURAIMA
HAROUNA	ABDOULAYE
HAMADA	MAHAMANE
OUMAR	ABDOURAHAMANE

En souvenir de notre tendre jeunesse.

A LA FAMILLE : ALISSINA MAHAMANE
MAHAMANE SALAMANE
YEHIYA TOURE
AMADOU HAMA MAIGA
MALLE MAIGA
SOUMAILA TOURE
DAHA BABY

Toute ma reconnaissance.

AUX DOCTEURS : MOHAMED CISSE
MAHAMANE TRAORE
SIDI LAMINE TOGORA

Tous mes remerciements.

AU DOCTEUR ABDOULAYE SOUMARE

Vos qualités humaines, votre sens aigu du devoir et du travail bien fait, oblige l'admiration.

Vous resterez pour nous un exemple.

Soyez assuré de notre profonde gratitude.

A MADAME FATOUMATA COULIBALY

Votre apport matériel a permis la réalisation de ce travail.

Soyez assurée de notre profonde reconnaissance.

A MADAME TRAORE DIANKA DIALLO

C'est l'occasion pour nous de vous adresser tous les remerciements pour l'accueil chaleureux dans votre famille.

Toute notre reconnaissance.

A MONSIEUR HAMADI KONATE, DIRECTEUR DES AFFAIRES
SOCIALES

Vos conseils ont permis la réalisation
de ce travail.

Soyez assuré de notre profonde gratitude.

AU LIEUTENANT OUMAR BA, COMMANDANT LA
BRIGADE CHARGÉE DE LA PROTECTION DES MOEURS
ET DE L'ENFANCE

Par vos qualités professionnelles et
humaines, vous nous avez conquis. Nous avons
compris que la Police, loin d'être un service
de repression, est un centre d'éducation et de
rééducation.

Profonde gratitude.

A LA DIRECTION NATIONALE DE LA PLANIFICATION
DE LA FORMATION SANITAIRE ET SOCIALE
EN PARTICULIER Mme DEMBELE SIRA DIARRA

Tous nos remerciements.

AU PROFESSEUR ALIOU BA, DIRECTEUR GENERAL DE L'ECOLE
NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

Votre disponibilité permanente, votre
soutien moral et matériel ont permis la réa-
lisation de ce travail.

Trouvez ici l'expression de notre profonde
reconnaissance.

AU DOCTEUR NANCY BINKIE.

Vos conseils ont été très bénéfiques pour
la réalisation de ce travail. Je me souviendrai
des pistes parcourues ensemble.

Toute ma reconnaissance.

A LA DIRECTION DE L'I.F.R.P. ET AU C.D.C.

Pour l'aide matérielle.

A TOUS LES CAMARADES DE PROMOTION.

A TOUS LES ENSEIGNANTS DE L'ECOLE
NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE.

A MONSIEUR VATHINE DIALLO, SECRETAIRE DE DIRECTION A
L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Vous resterez pour nous un exemple.
Soyez assuré de notre profonde gratitude.

A TOUT LE PERSONNEL DE L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE.

A TOUT LE PERSONNEL DU SERVICE DE CHIRURGIE "C" DE
L'HOPITAL DU POINT-"G"

A TOUTES LES SAGES-FEMMES QUI ONT PARTICIPE ACTIVE-
MENT A L'ENQUETE

Tous nos remerciements.

A MA FEMME.

Tout vient à point à qui sait attendre.

A NOTRE PRESIDENT DE JURY

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOCAR SALL -- PROFESSEUR D'ORTHOPEDIE ET
DE TRAUMATOLOGIE
DIRECTEUR GENERAL ADJOINT DE L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET
DE PHARMACIE DU MALI
CHIRURGIEN CHEF HOPITAL DE KATI

Très tôt, nous avons été conquis par
la qualité de votre enseignement et surtout de
l'attention que vous accordez aux étudiants en
Médecine dans vos services.

C'est un grand honneur et un agréable
plaisir que vous nous faites en acceptant d'assu-
rer la présidence de ce jury.

Soyez assuré de notre profonde
reconnaissance.

AU DOCTEUR SANOUSSI KONATE

DIRECTEUR GENERAL ADJOINT A LA DIRECTION NATIONALE DE LA PLANIFICATION
DE LA FORMATION SANITAIRE ET SOCIALE

J'ai garde en souvenir la rigueur avec
laquelle vous dispensez les cours de santé publi-
que.

Nous avons bénéficié de votre soutien
pour la réalisation de ce travail dont vous êtes
d'ailleurs le promoteur.

Nous sommes très heureux de vous
compter parmi nos juges.

A MONSIEUR AMADOU MOUSTAPHA SECK

CONSEILLER A LA COUR D'APPEL DU MALI - BAMAKO

Vous avez accepté avec plaisir de

juger ce travail.

Nous avons été ému de votre disponi-

bilité.

Trouvez ici l'expression de votre

profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE

LE PROFESSEUR MAMADOU LAMINE TRAORE -- PROFESSEUR DE
CHIRURGIE GENERALE
CHIRURGIEN CHEF DE SERVICE A L'HOPITAL DU POINT-"G".

Vous avez pris la lourde responsabilité
de me confier ce sujet.

Malgré les multiples difficultés et vos
occupations, vous avez accordé une attention
particulière à la réalisation de ce travail.

Votre concours ne nous a jamais fait
défaut en tout lieu et en toute circonstance à
tel point que votre domicile est devenu ma
famille.

Je souhaite vivement ne pas vous décevoir.

Trouvez ici l'expression de ma profonde
reconnaissance.

S O M M A I R E

	Pages
1. Introduction	1
2. Historique	3
3. Notre travail	6
3.1. Objectifs	
3.2. Matériels	
3.3. Méthodes	
3.4. Résultats :	
3.4.1. Caractéristiques démographiques des patientes	
3.4.2. Caractéristiques médicales des patientes	
3.4.3. Etude comparative des avortements à Bamako avec les autres	
3.4.4. Etude comparative des avortements dans les milieux urbains avec les milieux ruraux	
3.4.5. Coût estimé des avortements	
3.4.6. Discussion des résultats	
4. Les aspects sociaux des avortements	58
5. Les aspects juridiques des avortements	61
6. Les aspects religieux des avortements	63
7. Attitude du personnel socio-sanitaire face à l'avortement	72
8. La prévention de l'avortement	75
8.1. Les mesures traditionnelles	
8.2. Les mesures sociales	
8.3. Les mesures juridiques	
8.4. Les mesures médicales	
9. Conclusion	80
10. Bibliographie	83

1 - INTRODUCTION

Au moment où une attention particulière est accordée aux problèmes de Santé de la femme, l'avortement, ^{constitue} de nos jours un fléau socio-médical chez les femmes en âge de procréation.

Il y a plusieurs types d'avortements :

- l'avortement spontané ou fausse couche qui survient en dehors de toute intervention volontaire,
- l'avortement provoqué est une intervention délibérée de la femme enceinte elle-même, ou d'une autre personne afin de mettre un terme à une grossesse, L'avortement provoqué peut-être légal ou illégal selon la loi du pays.
- légal : l'autorisation de la loi à interrompre la grossesse de façon volontaire étant accordée pour des raisons plus ou moins nombreuses et variées : raisons sociales, psychologiques, médicales. Dans ce cadre, l'avortement thérapeutique est l'avortement provoqué pour des raisons d'ordre plus strictement médical dans le but de soustraire la mère au danger que la grossesse est sensée lui faire courir,
- illégal : l'avortement restant interdit dans toutes les circonstances même si la vie de la femme est en danger : c'est le cas du Mali.

Cependant les avortements provoqués clandestins continuent à se pratiquer avec comme conséquences les complications qui sont parfois immédiates : la septicémie, l'hémorragie et parfois à terme telles que la stérilité, les synéchies, les grossesses ectopiques, etc... Dans les mauvais cas c'est la mort.

Si l'on sait que les avortements clandestins existent au Mali, l'on ne connaît pas la fréquence, le nombre, les caractéristiques des femmes qui se font avorter et, les problèmes médicaux et sociaux qu'elles rencontrent.

En dehors de certaines estimations, il n'existe pas au Mali un document qui fait le point sur ce problème. Face aux difficultés d'information, nous avons fait une enquête épidémiologique dans 15 centres sur les avortements hospitalisés.

Le but est de connaître le nombre, les caractéristiques médicales, démographiques des femmes hospitalisées pour avortement ; faire une estimation du coût moyen des avortements ; et effectuer une étude sur les méthodes des avortements illégaux et l'analyse d'un cas type.

Après un bref historique, nous allons analyser les résultats de notre enquête, puis présenter les aspects sociaux, juridiques et religieux des avortements provoqués.

A la lumière de nos analyses et des résultats d'un questionnaire adressé au personnel socio-sanitaire pour connaître leur attitude face à l'avortement provoqué, se basant sur l'expérience d'autres pays d'Afrique et du monde, tenant compte de nos réalités : nous proposerons des approches de solutions aux problèmes des avortements provoqués au Mali, puis les conclusions.

2 - HISTORIQUE

L'avortement est l'une des vieilles méthodes pour empêcher des naissances non souhaitées ; jusqu'à une date récente, c'était également l'une des plus dangereuses parmi les populations qui vivaient avant l'invention de l'alphabet.

L'avortement et l'infanticide étaient souvent ^{plus} utilisés que les mesures visant à empêcher la conception,

L'avortement était monnaie courante dans la Grèce, la Rome Antique il paraît assez rare chez les Egyptiens et est sévèrement puni chez les Perses.

Dans la Rome antique, l'avortement comportait des agents pris par voie orale (d'ordinaire des forts purgatifs), des injections (souvent produits caustiques) et le curetage. Hypocrate aurait conseillé à une femme de sauter en l'air en se frappant les hanches de ses talons pour provoquer l'avortement.

En Afrique, selon les anthropologues, l'avortement se pratiquait déjà chez les peuples primitifs pour des raisons sociales, religieuses et personnelles. Ces peuples primitifs utilisaient des méthodes d'avortement grossières traumatisantes et souvent inefficaces. Les victimes ne survivaient pas toujours à ce traitement et en cas d'échec, les bébés naissaient parfois avec des malformations.

Selon les états, les lois sont basées sur plusieurs facteurs incluant les moeurs, la religion et l'attitude du gouvernement envers les naissances. Actuellement, l'avortement est la méthode la plus utilisée pour la régulation de la fécondité dans le monde. On estime qu'il y a chaque année de 30 à 35 millions d'avortements dans le monde. La moitié environ de ces cas sont illégaux ; plus de la moitié ont lieu dans les pays en développement.

Il y a une tendance pendant les dernières 30 années à libéraliser l'avortement et 60 % des femmes du monde vivent dans les pays où l'avortement est légal.

Malgré la loi contre l'avortement, celui-ci a continué à être pratiqué ; ces avortements illégaux sont dangereux parce que pratiqués par des gens non qualifiés, dans des lieux insalubres et mal équipés entraînant des complications. Ils constituent la principale cause de mort maternelle associée à la grossesse.

Au Nigeria par exemple, l'avortement illégal reste dans les villes la cause principale de mortalité et de morbidité maternelles.

L'avortement provoqué est illégal en République du Mali dans toutes les circonstances même si la vie de la femme est en danger. C'est un délit qui est prévu défini et puni par les articles 170, 171, 172 du Code Pénal du Mali. Ces articles sont inspirés de l'article 317 du Code Pénal français régi par la loi de 1920 complétée en 1923 et en 1939. Ce texte est caduc depuis Janvier 1975 en France tandis que les textes maliens en vigueur sont restés inchangés.

Depuis l'indépendance, le problème de l'avortement n'a fait l'objet d'aucune étude scientifique sérieuse dans notre pays. Les rares documents qui existent sont des ébauches du problème au cours des séminaires, des journées de réflexion et une seule publication médicale : nous pouvons citer

- "l'avortement" du Docteur Faran Samaké au cours du séminaire intersyndical de la planification familiale 17-25 Mai 1975.
- "l'avortement" par le Professeur Mamadou Dembélé au cours du séminaire inter-africain sur le planning familial à Bamako 16-21 Février 1976 (Hôtel de l'Amitié).
- "les avortements criminels à Bamako, quelques aspects médico-légaux" du Docteur Mamadou-Lamine Traoré, Professeur Bocar Sall, Docteur Adama Dombia (Mali-Médical n°2, 1976).
- contribution à l'étude de l'avortement au Mali du Centre Djoliba (série de journées d'étude 9-11 Mars 1978).

3 - NOTRE TRAVAIL

3.1. Objectifs. Nous avons choisi l'enquête épidémiologique à partir des dossiers hospitaliers pour déterminer le nombre, les caractéristiques médicales et démographiques des femmes hospitalisées pour avortement ; estimer le coût de ces avortements, proposer des approches de solutions aux problèmes des avortements provoqués au Mali à la lumière des résultats de notre enquête et après une analyse des aspects sociaux, juridiques et religieux des avortements.

3.2. Le matériel. Tenant compte de l'importance de la population, de la diversité de certains groupes ethniques dans certaines villes, de l'accessibilité de certaines formations, nous avons choisi 15 maternités et tous les services sanitaires qui sont en collaboration avec ces maternités pour ce qui est des avortements.

La maternité est chargée de centraliser tous les dossiers des avortements : chaque maternité est un centre, ainsi nous avons retenu à Bamako :

la maternité de l'hôpital du Point-"G" située à l'intérieur du centre hospitalier national du Point-"G" ; cette maternité a 26 lits avec 13 sages-femmes, 1 Médecin gynéco-obstétricien et 4 infirmières, Elle est surtout chirurgicale. 1011 admissions en 1980.

la maternité de l'hôpital Gabriel Touré située à l'intérieur de l'hôpital qui lui même est au centre de la ville de Bamako, c'est le centre hospitalier d'accès facile. Avec 25 sages-femmes, 2 Médecins gynéco-obstétriciens, 17 infirmières et 60 lits, c'est la maternité la plus sollicitée à Bamako. 14 000 femmes ont été admises en 1980. Depuis une année, cette maternité a été un peu décongestionnée par la création de maternités dans les quartiers périphériques comme :

la maternité de Hamdallaye

la maternité de Djicoroni

la maternité de Korofina

la maternité de Sogoninko.

Ces maternités ont ensemble 123 lits, utilisent au moins une quarantaine de sages-femmes. Elles n'ont pas de service de chirurgie, si bien que tous les cas nécessitant un acte chirurgical sont évacués sur l'hôpital Gabriel Touré ou l'hôpital du Point-"G".

En dehors de Bamako :

- la maternité de l'hôpital de Sikasso située à l'intérieur de cette formation, est supervisée par un Médecin gynécologue, utilise 5 sages-femmes, 3 infirmières avec une capacité de 56 lits. 3 354 femmes ont été admises en 1980.
- la maternité de l'hôpital de Ségou située à l'intérieur de cette formation, est supervisée par un Médecin gynécologue, utilise 5 sages-femmes, 5 infirmières avec une capacité de 55 lits. 4 385 femmes ont été admises en 1980.
- la maternité du centre de santé de Tombouctou située à l'intérieur de ce centre, est supervisée par le Médecin Chef, utilise 2 sages-femmes avec une capacité de 12 lits. 334 femmes ont été admises en 1980.
- la maternité de Bougouni située à l'intérieur du centre de santé, est supervisée par le Médecin-Chef, utilise 1 sage-femme, 2 infirmières avec une capacité de 20 lits. 1026 femmes ont été admises en 1980.
- la maternité de Kangaba située à proximité du centre de santé, est supervisée par le Médecin-Chef, utilise 1 sage-femme, 1 infirmière avec une capacité de 8 lits. 223 femmes ont été admises en 1980.
- la maternité de Nioro située à l'intérieur de l'hôpital secondaire, supervisée par le Médecin-Chef de cette formation, elle est sous le contrôle administratif du Médecin-Chef de l'Assistance Médicale (A.M.).
- la maternité de Mopti située loin de l'hôpital régional si bien que tous les cas qui nécessitent un acte chirurgical sont évacués à l'hôpital. Cette maternité est sous le contrôle du Médecin-Chef de l'A.M. ; elle utilise 4 sages-femmes, 5 infirmières avec une capacité de 20 lits, 1 911 femmes ont été admises en 1980.
- la maternité de Kayes située loin de l'hôpital régional si bien que tous les cas qui nécessitent un acte chirurgical sont évacués à l'hôpital. Cette maternité est sous le contrôle du Médecin-Chef de l'A.M., utilise 5 sages-femmes, 2 infirmières avec une capacité de 52 lits, 1 957 femmes sont admises en 1980.
- la maternité de Gao, distante de l'hôpital régional ; tous les cas qui nécessitent un acte chirurgical, sont évacués à l'hôpital. Cette maternité est sous le contrôle du Médecin-Chef de l'A.M., utilise 5 sages-femmes, 1 infirmière avec une capacité de 36 lits, 1 086 femmes ont été admises en 1980.

Une fiche déjà utilisée ailleurs pour faire des enquêtes similaires est adaptée pour le Mali. Cette fiche comporte 42 questions.

Ces fiches sont confiées à tous ceux qui sont susceptibles de recevoir les avortements en particulier les sages-femmes.

FICHE D'AVORTEMENT HOSPITALIER

Entourez les numéros appropriés et remplissez les blancs et les cases indiquées.

No. _____

IDENTIFICATION DE LA PATIENTE: 1. No. du dossier de l'hôpital/clinique _____ 2. Date d'admission _____
jour mois année

3. Nom de la patiente _____ 4. Nom du mari _____
de famille prénom de jeune fille

5. Adresse _____

IDENTIFICATION DE L'ETUDE

6. Numéro du centre:

 1-3

7. Numéro de l'étude:

1	4	8

 4-6

8. No. (rang) de la patiente dans l'étude:

 7-10

CARACTERISTIQUES DE LA PATIENTE

9. Résidence: 1) urbaine 2) rurale 3) bidonville 11

10. Age: (années révolues)

 10-19

11. Groupe ethnique: 1) Bambara 2) Peul 3) Senufo
 4) Sarakollé 5) Songhay 6) Malinké 7) Dogon
 8) autre, spécifier _____ 14

12. Etat civil: 1) célibataire 2) mariée 3) union de fait
 4) veuve 5) divorcée 6) autre _____ 15

13. Niveau scolaire: (années complètes)

 18-17

14. Nombre total de naissances vivantes:

 18-10

15. Enfants actuellement vivants: nombre de garçons _____ 20
 (8 ou plus = 8) nombre de filles _____ 21

16. Avortements provoqués antérieurs: (8 ou plus = 8) _____ 23

17. Nombre d'avortements spontanés: (8 ou plus = 8) _____ 24

18. Nombre de mort-nés: (8 ou plus = 8) _____ 25

19. Principale méthode contraceptive utilisée au cours du mois de cette conception: 0) aucune 1) DIU 2) pilule
 3) condom 4) stérilisation 5) retrait/rythme 6) injection
 7) mousse/diaphragme/gaïle 8) autre _____ 26

INFORMATIONS MEDICALES ET TECHNIQUES

21. Durée estimée de la grossesse: (en semaines révolues depuis le premier jour des dernières règles)

 27-28

22. Nombre de jours écoulés entre le début du saignement et l'admission: 00) pas de saignement

 29-30

23. Médicaments pris avant l'admission: 0) aucun
 1) analgésiques seulement 2) antibiotiques seulement
 3) analgésiques et antibiotiques 8) autres, spécifier _____ 31

24. Stade de l'avortement: 0) à provoquer 1) manqué
 2) inévitable 3) incomplet 4) complet 5) manqué

 34

25. Avortement septique lors de l'admission: 0) pas d'infection
 1) oui, infection utérine 2) oui, infection de l'utérus et des annexes
 3) oui, infection de l'utérus, des annexes et des tissus voisins
 4) oui, septicémie et/ou choc septique

 38

26. Genre d'avortement: 1) provoqué hors de l'hôpital
 2) provoqué probablement hors de l'hôpital
 3) probablement spontané
 4) spontané } *— Passez à la rubrique 30*
 5) à provoquer

 35

27. Moyens abortifs employés avant l'admission: 1) injection de produits chimiques
 2) introduction d'objets solides
 3) abortifs oraux 4) dilatation et/ou curetage 8) autre, spécifier _____ 37

28. Personne qui a déclenché l'avortement: 1) patiente
 2) avorteur 3) infirmière/sage-femme 4) médecin
 8) autre, spécifier _____ 38

29. Température à l'admission

 39-41

30. Complications à l'admission: (sauf avortement septique)
 0) aucune 1) perforation utérine 2) lésation cervicale
 3) 1 et 2 4) perte de sang importante/anémie 5) 1 et 4
 6) 2 et 4 7) 1, 2 et 4 8) autre, spécifier _____ 47

31. Diamètre du plus large dilateur utilisé: 00) pas utilisé

 43-44

32. Première technique d'avortement utilisée à l'hôpital: 0) aucune
 1) extraction digitale sans curetage 2) curetage 3) aspiration
 4) extraction par forceps 5) goutte-à-goutte ocytocique
 6) hystérotomie 7) hystérectomie 8) autre, spécifier

 45

33. Anesthésie: 0) aucune 1) analgésie seulement 2) locale
 3) régionale 4) générale 5) 1 et 2 6) 2 et 4 8) autre, spécifier

 46

34. Transfusion du sang: 0) aucune 1) oui, avant la première intervention
 2) oui, pendant la (les) intervention(s) 3) oui, après la dernière intervention 4) 1 et 2
 5) 1 et 3 6) 2 et 3 7) 1, 2 et 3

 53

35. Quantité totale de sang donné (en ml) pendant le séjour hospitalier: 000) aucune (998 ou plus = 998)

 54-52

36. Autres interventions chirurgicales: 0) aucune 1) insertion d'un DIU 2) stérilisation 8) autre, spécifier _____ 57

37. Antibiotiques au cours de cette admission: 0) non
 1) prophylactique 2) thérapeutique 3) 1 et 2

 54

38. Emploi d'ocytociques au cours de cette admission: 0) non
 1) prophylactique 2) thérapeutique 3) 1 et 2

 55

39. Autres complications: (à coder selon leur sévérité; voir les codes au verso de cette fiche)
 Spécifier

 58-59

40. Décès: 0) non 1) oui, avant toute intervention 2) oui, au cours de l'intervention 3) oui, après l'intervention (veuillez remplir le Rapport de Mortalité pour tous les décès)

 71

41a. Nombre de jours du traitement antibiotique:

 72-73

41b. Nombre d'enfants ultérieurs désirés:

 74

42. Date d'admission:

 jour

 mois

 année

 11-17

43. Temps écoulé entre l'admission et la première intervention: (moins d'une heure = 00 01)

 jours

 heures

 17-20

44. Temps écoulé entre la première intervention et la sortie: (24 heures = 01 00)

 jours

 heures

 21-28

45. Méthode contraceptive fournie ou prescrite avant la sortie: (employez les codes de la rubrique 20)

 29

46. Occupation: 1) ménagère 2) étudiante
 3) fonctionnaire 4) commerçante, artisan
 5) agricultrice 6) ouvrière 7) domestique 8) autre, spécifier _____ 36

47. Nombre de procédures chirurgicales fait pendant le séjour à l'hôpital:

 48-51

Numéro de la Fiche _____ 71-7

Signature lisible _____

 52

CODES POUR LES COMPLICATIONS
(Rubriques 49 et 62)

00 Aucune

RETENTION DE PRODUITS DE CONCEPTION

- 01 Exigeant un traitement médical
- 02 Exigeant un traitement chirurgical
- 03 Evacuation spontanée, pas de traitement

DIFFICULTES TECHNIQUES

- 07 Résultant d'un équipement défectueux
- 08 Résultant de complications opératoires
- 09 Résultant d'une anomalie congénitale du système reproducteur
- 10 Résultant d'une affection médicale pré-existante
- 11 Autre

INFECTIONS

- 12 Vaginite ou pertes vaginales traitées médicalement
- 13 Infection utérine (ex. endométrite)
- 14 Infection des annexes (ex. paramétrite, pyomètre, salpingite, annexite)
- 15 Infection des organes pelviens autres que l'utérus et les annexes (ex. péritonite localisée, hématome pelvien infecté, abcès pelvien)
- 16 Péritonite généralisée
- 17 Septicémie
- 18 Choc septique
- 19 Infection des voies urinaires
- 20 Autres infections (non-pelviennes)

PATHOLOGIE CERVICALE

- 25 Cervicite
- 26 Lésion diagnostiquée après la sortie
- 27 Fistule cervicale
- 28 PAP anormal suspect
- 29 Autre

PATHOLOGIE PELVIENNE

- 30 Douleur pelvienne/abdominale d'origine non précisée exigeant un traitement médical
- 31 Masses pelviennes, ovariennes ou utérines
- 32 Traumatisme intestinal
- 33 Traumatisme vésical
- 34 Hématome pelvien non infecté
- 35 Autre

PATHOLOGIE UTERINE AU COURS

DES VISITES DE CONTROLE

- 45 Perforation après la sortie de l'hôpital
- 46 Saignement d'origine autre que les produits de rétention, exigeant un traitement médical

COMPLICATIONS DES INCISIONS

- 50 Infection, abcès de la suture, déhiscence mineure
- 51 Déhiscence majeure
- 52 Autre

EFFETS SECONDAIRES GASTROINTESTINAUX

- 56 Nausée, vomissements et/ou diarrhées exigeant un traitement médical
- 59 Autre (exigeant un traitement médical)

COMPLICATIONS MEDICALES DIVERSES

- 62 Complication cardiaque (ex. arrêt cardiaque, thrombose coronarienne, arythmie grave)
- 63 Hypertension ou hypotension sévère
- 64 Complications vasculaires et/ou hématologiques (ex. thrombose, thrombophlébite, phlébite)
- 65 Troubles de la coagulation (ex. coagulation intravasculaire disséminée, hypofibrinémie)
- 66 Complications respiratoires (ex. embolie, pneumonie, œdème)
- 67 Troubles électrolytiques (ex. hypokaliémie, hyponatrémie, hyperkaliémie, hypernatrémie, acidose, alcalose)
- 68 Réaction anaphylactique
- 69 Autres réactions allergiques à une transfusion sanguine ou aux médicaments (y compris les anesthésiques locaux et les antibiotiques)
- 70 Anémie
- 71 Affections des voies urinaires (autres que les infections)
- 72 Réaction vaso-vagale, évanouissements
- 73 Convulsions
- 78 Autres affections du système nerveux central
- 80 Affections du système nerveux périphérique
- 83 Grossesse ectopique non diagnostiquée à l'admission
- 89 Autres affections médicales

AUTRES AFFECTIONS

- 90 Complications ou affections non apparentées à l'avortement diagnostiquées au cours de l'intervention ou lors des visites de contrôle ultérieures

INCONNUS

- 99 Patiente perdue de vue

Parallèlement à cette enquête, nous avons adressé un questionnaire au personnel socio-sanitaire pour connaître leur attitude face à l'avortement.

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DU MALI

FICHE D'ENQUETE SUR LES AVORTEMENTS AUPRES
DU PERSONNEL SOCIO-SANITAIRE

I - IDENTITE

AGE : SEXE : ETAT-CIVIL : RESIDENCE :

II - PROFESSION

. Professeur Pharmacien
. Médecin Assistante sociale
. Infirmier T.D.C.*
. Etudiant Aide sociale
. Sage-femme Educateur
Autres (spécifier)	

III - CROYEZ-VOUS QUE LES AVORTEMENTS PROVOQUES AU MALI SONT PLUS FREQUENTS ?

a). que les fausses couches spontanées	oui	non	pas d'opinion
b). que les infanticides	***	***	*****
c). en ville que dans la campagne	***	***	*****
d). chez les filles célibataires que chez les femmes mariées	***	***	*****
e). chez les filles scolarisées que celles non scolarisées	***	***	*****

IV - D'APRES VOUS LA PLUPART DES AVORTEMENTS AU MALI SONT FAITS PAR DES :

- . Médecins
- . Guérisseurs
- . Sages-femmes
- . Infirmiers
- . Pharmaciens
- . Membre de la famille
- . La femme elle-même
- . Autres (spécifier)

* T.D.C. = Technicien de Développement Communautaire.

V - PENSEZ-VOUS QUE L'AVORTEMENT DOIT SE FAIRE DANS UN DES CAS SUIVANTS OU DANS UN AUTRE ?

	oui	non	pas d'opinion
• Cas d'une fille qui contracte une grossesse en dehors du mariage	***	***	*****
• Cas d'une fille scolaire qui contracte une grossesse pendant les études	***	***	*****
• Cas d'une femme seule que son mari a abandonné soit pour des études ou pour un très long voyage (exode, émigration)	***	***	*****
• Fille du milieu rural venue chercher du travail en ville	***	***	*****

VI - QUELLE EST VOTRE OPINION CONCERNANT LES ASPECTS SUIVANTS DU PROBLEME DES AVORTEMENTS ?

	oui	non	pas d'opinion
a) • C'est une décision de la femme toute seule.	***	***	*****
b) • C'est une décision de la femme et son Médecin	***	***	*****

VII - QUE PENSEZ-VOUS DES DISPOSITIONS SUIVANTES : QUE L'AVORTEMENT DOIT SE FAIRE :

	oui	non	pas d'opinion
a) • Au moins 2 Médecins doivent donner leur avis	***	***	*****
b) • Il faut le consentement des parents pour une fille mineure	***	***	*****
c) • Il faut le consentement du mari pour une femme mariée	***	***	*****
d) • On doit interdire les avortements au delà du 3ème mois de la grossesse	***	***	*****
e) • Il faut des avortements gratuits pour des femmes pauvres	***	***	*****
f) • Les avortements doivent être permis en cas d'échec des moyens de contraception.	***	***	*****
g) • Il serait bon de permettre aux filles mères de continuer leur éducation à l'école	***	***	*****
h) • Il est important d'améliorer les services de planning familial	***	***	*****
i) • Il serait bon d'introduire l'éducation sexuelle dans les écoles primaires	***	***	*****

VIII - LE CODE PENAL DU MALI PUNIT LES AVORTEMENTS PROVOQUES, PENSEZ-VOUS QUE CETTE LOI :

- doit-être maintenue ?
- doit-être renforcée ?
- doit-être changée ?
- pas d'opinion

IX - SI LA LOI ETAIT CHANGEE, CROYEZ-VOUS QUE :

	oui	non	pas d'opinion
a) La demande pour les services de planning familial serait réduite.	***	****	*****
b) Cela encouragerait les mauvaises moeurs	***	***	****
c) LE nombre d'avortement augmenterait	***	***	****
d) Les services médicaux seraient débordés par la demande	***	***	****
e) Le nombre de complications et de décès post-opératoires serait réduit	***	***	****
f) Cela diminuerait le taux d'accroissement de la population du Mali	***	***	****

X - EST-CE QUE VOTRE OPINION EN CE QUI CONCERNE LES AVORTEMENTS PROVOQUES A CHANGE DANS LES DERNIERES TROIS-QUATRE ANNEES ?

Dans quel sens ?

.....

XI - PENSEZ-VOUS QUE LES AVORTEMENTS CONSTITUENT UN PROBLEME SOCIO-SANITAIRE AUJOURD'HUI ET QU'IL FAUT TROUVER UNE SOLUTION A L'ECHELLE NATIONALE ?

Oui Non Pourquoi ?

.....

XII - ESSAYER DE RANGER LES PROBLEMES SANITAIRES DU MALI INDICUES CI-DESSOUS PAR ORDRE D'IMPORTANCE SUR LE PLAN NATIONAL DE :

1 = Plus important à 10 moins important

- maladies transmissibles
- maladies métaboliques
- maladies professionnelles
- eau et assainissement
- accidents
- avortements
- santé maternelle et infantile
- infrastructure socio-sanitaire
- cadres qualifiés
- transports et communications.

3.3. Les méthodes.

Pour mener l'enquête, nous avons tenu une séance de travail par centre, pour discuter et préciser certaines définitions avec toutes les personnes qui participent à l'enquête.

Nous avons expliqué longuement la technique pour remplir la fiche,

Ainsi, l'avortement provoqué est une intervention délibérée de la femme enceinte elle-même ou d'une autre personne afin de mettre un terme à une grossesse,

Tandis que tout avortement qui n'est pas provoqué est spontané, même s'il y a une intervention d'une cause externe telle que traumatisme ou maladie,

L'avortement septique est un avortement suivi d'une infection.

L'avortement est incomplet quand il y a présence des produits de la conception retenus dans l'utérus après un avortement provoqué ou spontané.

Nous avons discuté et arrêté avec les sages-femmes un certain nombre de caractéristiques propres à chaque type d'avortement. Dans chaque centre, la sage-femme maîtresse est responsable de la collecte des fiches, du suivi de la qualité et la régularité dans le remplissage des fiches. L'ensemble des sages-femmes d'une formation est supervisé par le Médecin responsable de la maternité. Il y a une participation active des Médecins responsables des services de chirurgie.

Les fiches sont collectées par mois et par centre, adressées à un coordinateur qui est chargé de vérifier la qualité des informations par fiche et de contrôler si les avortements sont régulièrement enregistrés.

Les fiches corrigées sont adressées à l'I.F.R.P. et au C.D.C. où elles sont analysées sous ordinateur. Ainsi, nous pouvons obtenir toutes les combinaisons dont l'information intéresse notre étude.

Pour simplifier l'analyse, nous avons groupé les avortements provoqués avec les avortements probablement provoqués et les avortements spontanés avec les avortements probablement spontanés.

La fiche est annulée pour la question dont la case est restée vide ; les résultats sont présentés en tableaux.

Nous donnerons les commentaires spécifiques à chaque tableau, nous présenterons :

- un tableau général pour tous les centres
- une étude comparative en deux tableaux entre Bamako et les autres centres
- une étude comparative en deux tableaux entre les femmes des milieux urbains et celles des milieux ruraux.

3.4. Résultats.

En raison du temps qui nous est imparti, des difficultés de collecte des fiches, malgré tous les efforts déployés, nous n'avons pu réunir que les fiches de cinq mois des centres de Bamako et les fiches de 1 à 3 mois des autres centres.

A la distribution du nombre de fiches par type d'avortement et par centre, nous allons ajouter le nombre d'admission par mois dans les centres.

Tableau I.

Noms des centres	!Avortements!		!Nombre des admissions par mois
	! provoqués !	! spontanés !	
Maternité de Handallaye	1	8	212
" Hôpital du Point-"G"	11	28	148
" Hôp. Gabriel Touré	18	82	960
" de Korofina	1	8	212
" de Sogoninko	0	16	276
" de Djikoroni	3	11	402
" de Sikasso	2	20	280
" de Bougouni	0	13	80
" de Gao	1	9	90
" de Kangaba	0	5	19
" de Nioro	0	3	
" de Kayes	6	19	163
" de Mopti	2	8	230
" de Tombouctou	1	5	32
" de Ségou	0	0	365
Total	46	234	

Au moment de l'analyse des premières fiches, Ségou n'a fourni aucune fiche, de ce fait, cette étude ne comporte pas Ségou.

Nous n'avons pas obtenu les admissions en moyenne par mois de la maternité de Nioro.

3.4.1. Les caractéristiques démographiques des patientes.3.4.1.1. Résidence, Tableau II.

Résidence	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
Urbaines	233	81,8	41	89,1	188	80,7
Rurales	33	11,6	3	6,5	29	12,4
Sub-urbaines	19	6,7	2	4,4	16	6,9
Total	285		46		233	

Plus de 80 % des femmes de notre étude vivent dans les zones urbaines ; 89 % des femmes ont des avortements provoqués et 81 % des femmes avec avortements spontanés sont urbaines.

11 % des femmes hospitalisées pour avortement sont du milieu rural dont les avortements provoqués ne représentent que 7 %.

7 % des femmes hospitalisées pour avortement vivent dans les quartiers sub-urbains les avortements provoqués représentent 4 %.

3.4.1.2. Agés, Tableau III.

Age	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
15 - 24	144	53,5	39	84,8	103	47,7
25 - 34	95	37,3	7	15,2	83	38,4
35 - 44	29	10,8	0	0	29	13,4
45	1	0,4	0	0	1	0,5
Total	269		46		216	

Plus de 53 % des femmes hospitalisées pour avortement ont un âge compris entre 15-24 ans ; 84 % des avortements provoqués ont le même âge pour 47 % des avortements spontanés.

35 % des femmes hospitalisées pour avortement ont un âge compris entre 25-34 ans ; seulement 15 % ont des avortements provoqués pour 38 % des avortements spontanés.

10 % des femmes avec avortement ont une tranche d'âge entre 35-44 ans ; toutes sont des avortements spontanés, une seule femme hospitalisée pour avortement spontané à 45 ans.

3.4.1.3. Groupes ethniques, Tableau IV.

Groupes ethniques	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
Bambara	91	31,9	10	23,8	79	32,9
Peulh	58	20,4	13	30,9	43	17,9
Malinké	38	13,3	7	16,7	29	12,1
Sarakolé	30	10,5	5	11,9	23	9,6
Sénoufo	16	5,6	2	4,8	14	5,8
Sonrhai	14	4,9	2	4,8	11	4,6
Dogon	5	1,8	0	0	5	2
Autres	33	11,6	3	7	36	15
Total	285		42		240	

N.B. Autres : ce sont tous les groupes ethniques qui existent au Mali mais qui ne sont pas cités ci-dessus.

32 % des femmes hospitalisées pour avortement sont Bambara, 20 % sont Peulhs, 13 % sont Malinké, 10 % sont des Sarakolés, 5 % sont des Sénoufo, 5 % sont des Sonrhai et 2 % sont des Dogon.

Les femmes qui font le plus d'avortement provoqué sont les Peulhs (31 %) puis les Bambara (24 %) et les Malinkés (17 %).

3.4.1.4. Etat-civil, Tableau V.

Etat - civil	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
Célibataires	86	30	39	84,8	46	19,8
Mariées	184	64	5	10,9	172	74,1
Veuves-divorcées	4	1,4	2	4,3	1	0,4
Autres	13	4,3	0	0	13	5,6
Total	287		46		232	

N.B. : Autres : il s'agit des formes d'union non citées ci-dessus tel que le concubinage.

64 % des femmes hospitalisées sont mariées, 30 % sont célibataires, 1 % des femmes veuves ou divorcées et 5 % des autres formes d'union. Cependant 83 % des

femmes avec avortement provoqué sont célibataires pour 20 % des femmes avec avortement spontané ; 74 % des femmes avec avortement spontané sont mariées, seulement 11 % des avortements provoqués sont des femmes mariées ; 6 % des avortements provoqués sont des femmes veuves ou divorcées pour 0,4 % des avortements spontanés.

3.4.1.5. Education : Tableau VI.

Education	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	167	60,2	7	15,8	157	69,1
1 - 6	31	11,2	5	11,4	25	11
7 - 9	56	20,2	21	47,7	34	15
10 - 12	15	5,4	7	15,9	7	3
13 >	8	2,9	4	9	4	1,8
Total	277		44		227	

N.B. : 0 = femmes non scolarisées

1- 6 = femmes du niveau du premier cycle de l'enseignement fondamental

7- 9 = femmes du niveau du second cycle de l'enseignement fondamental

10-12 = femmes du niveau de l'enseignement secondaire

13 = femmes du niveau de l'enseignement supérieur

Il s'agit des femmes qui sont ou qui ont déjà fréquenté ces différents ordres d'enseignement. Cette classification correspond au système d'éducation au Mali. 60 % des femmes hospitalisées n'ont pas été à l'école, 11 % ont fréquenté le premier cycle de l'enseignement fondamental, 20 % ont fréquenté le second cycle de l'enseignement fondamental, 5 % ont fréquenté l'enseignement secondaire et 3 % ont fréquenté l'enseignement supérieur.

84 % des femmes avec avortement provoqué ont été à l'école alors que 69 % des femmes avec avortement spontané n'ont pas été à l'école.

3.4.1.6. Occupation des femmes. Tableau VII.

Occupation	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
Ménagères	212	75,9	11	28,2	191	83,7
Ecolières	25	8,9	14	35,8	11	4,8
Fonctionnaires	19	6,8	3	7,6	15	6,5
Étudiantes	23	8,2	11	28,2	11	4,8
Total	279		39		228	

76 % des femmes hospitalisées sont ménagères ; 9 % sont écolières ; 7 % sont fonctionnaires ; 8 % sont étudiantes. Cependant 64 % des avortements provoqués sont des écolières ou des étudiantes pour 28 % de femmes ménagères. 84 % des femmes avec avortement spontané sont des ménagères pour 10 % des écolières et des étudiantes.

3.4.2. Caractéristiques médicales des patientes :3.4.2.1. Les naissances vivantes : Tableau VIII.

Naissances	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	107	38,1	31	67,4	73	31,9
1 - 3	105	37,4	12	26,1	91	39,7
4 >	69	24,5	3	6,5	65	28,4
Total	281		46		229	

N.B. : 0 = pas d'accouchement

1-3 = accouchements

4 = ou plus de 4 accouchements.

Ce chapitre indique le nombre d'accouchements avec enfant vivant que la femme a fait avant d'être hospitalisée pour cet avortement.

38 % des femmes hospitalisées n'ont jamais accouché ; 37 % ont fait de 1-3 accouchements ; 27 % ont fait de 4 à plus de 4 accouchements.

67 % des femmes avec avortement provoqué n'ont jamais accouché pour 32 % des femmes avec avortement spontané ; 7 % des femmes avec avortement provoqué ont fait 4 ou plus de 4 accouchements pour 28 % des femmes avec avortement spontané.

3.4.2.2. Nombre d'enfants vivants : Tableau IX.

Nombre d'enfants vivants	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	109	39,9	32	72,7	74	33
1-3	98	35,9	9	20,4	87	38,8
4 >	66	24,2	3	6,8	63	28,1
Total	273		44		224	

40 % des femmes hospitalisées n'ont pas d'enfant vivant ; 36 % ont de 1-3 enfants vivants ; 24 % ont 4 ou plus de 4 enfants vivants.

73 % des femmes avec avortement provoqué n'ont pas d'enfant vivant pour 33 % des femmes avec avortement spontané. 20 % des femmes avec avortement provoqué ont de 1-3 enfants vivants pour 39 % des femmes avec avortement spontané. 7 % des femmes avec avortement provoqué ont 4 ou plus de 4 enfants vivants pour 28 % des femmes avec avortement spontané.

3.4.2.3. Nombre d'enfants désirés : Tableau X.

Nombre d'enfants désirés	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	23	10,6	2	7,4	21	11,6
1 - 2	40	18,5	3	11,1	37	20,5
3 - 4	77	35,6	12	44,4	60	33,3
5 >	76	35,1	10	37	62	34,4
Total	216		27		180	

Il s'agit du nombre d'enfants que la femme désire avoir dans l'avenir après l'avortement pour lequel elle est hospitalisée.

89 % des femmes hospitalisées désirent avoir des enfants ; 45 % des avortements provoqués désirent avoir de 3-4 enfants et 37 % 5 ou plus de 5 enfants.

33 % des avortements spontanés désirent avoir de 3-4 enfants et 34 % de 5 à plus de 5 enfants.

7 % des avortements provoqués ne veulent plus d'enfants pour 12 % des avortements spontanés.

3.4.2.4. Durée estimée de la grossesse : Tableau XI.

Nous avons établi une classification de la durée de la grossesse en semaines, ainsi on a retenu une durée inférieure ou égale à 12 semaines ; une durée comprise entre 13 à 23 semaines ; une durée supérieure ou égale à 24 semaines.

Durée estimée de la grossesse en semaines	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
12	180	64	33	71,7	142	62,5
13-23	87	30,9	12	26	72	31,7
24 ≥	14	4,9	1	2,1	13	5,7
Total	281		46		227	

64 % des femmes hospitalisées avaient une grossesse dont la durée est inférieure ou égale à 12 semaines ; 31 % des femmes avaient une grossesse dont la durée est comprise entre 13 et 23 semaines ; 72 % des avortements provoqués avaient une durée inférieure ou égale à 12 semaines pour 63, % des avortements spontanés.

3.4.2.5. Durée du saignement avant l'admission : Tableau XII.

Durée du saignement avant l'admission	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	66	23	11	23,9	53	22,8
1 - 3	153	53,4	25	54,3	127	54,7
4 - 7	41	14,3	6	13	31	13,3
8 ≥	26	9	4	8,6	21	9
Total	286		46		232	

53 % des femmes hospitalisées ont saigné de 1 à 3 jours avant l'admission ; 54 % des avortements provoqués ont saigné de 1 à 3 jours avant l'admission pour 55 % des avortements spontanés. 13 % des avortements provoqués ont saigné de 4 à 7 jours. 9 % des avortements provoqués ont saigné de 8 à plus de 8 jours.

3.4.2.6. Avortements provoqués antérieurs : Tableau XIII.

Nombre d'avortements provoqués antérieurs	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	230	87,8	24	53,3	201	95,2
1	28	10,7	18	40	9	4,3
2 >	4	1,5	3	6,7	1	0,5
Total	262		45		211	

40 % des femmes avec avortement provoqué ont déjà fait un avortement provoqué pour 4 % des femmes avec avortement spontané, 7 % des femmes avec avortement provoqué ont déjà fait 2 ou plus de 2 avortements provoqués, Près de 88% des femmes hospitalisées pour avortement n'ont jamais fait d'avortement provoqué.

3.4.2.7. Avortements spontanés antérieurs : Tableau XIV.

Nombre d'avortements spontanés antérieurs	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	134	47,5	39	90,7	89	38,5
1	99	35,1	2	4,6	25	41,1
2 >	49	17,4	2	4,6	47	20,3
Total	282		43		231	

Plus de 41 % des femmes avec avortement spontané ont déjà subi un avortement spontané ; 5 % des femmes avec avortement provoqué ont déjà subi un avortement spontané, 91 % des femmes avec avortement provoqué n'ont jamais subi un avortement spontané.

3.4.2.8. Le stade de l'avortement : Tableau XV.

Stade de l'avortement	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
Incomplet	97	36,4	19	63,3	77	33,4
Complet	48	18	4	13,3	44	19,1
Inévitable	83	31,2	3	10	78	33,9
Menaces	38	14,2	4	13,3	31	13,4
Total	266		30		230	

Il s'agit du stade de l'avortement à l'admission, toutes les femmes de cette étude ont effectivement avorté. Presque les 2/3 des avortements provoqués sont incomplets, seulement 1/3 des avortements spontanés est incomplet et 1/3 est inévitable.

3.4.2.9. Médicaments pris avant l'admission : Tableau XVI.

Antibiotiques analgésiques avant l'admission	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	185	65,6	25	55,5	156	67,3
Antibiotiques	18	6,3	8	17,7	9	3,9
Analgésiques	33	11,7	3	6,6	29	12,6
Antibiotique + analgésiques	22	7,8	1	2,2	21	9,1
Autres	24	8,5	8	17,7	15	6,5
Total	285		45		230	

N.B. : Autres indiquent les médicaments qui ne sont ni les antibiotiques, ni les analgésiques pris avant l'admission.

Près de 66 % des femmes hospitalisées pour avortement n'ont pris aucun médicament avant l'admission. Seulement 20 % des avortements provoqués ont pris des antibiotiques et 7 % des analgésiques.

3.4.2.10. Température à l'admission : Tableau XVII.

Température à l'admission	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
37°C	228	80,2	19	47,5	198	84,9
38°C	56	19,7	21	52,5	35	15
Total	284		40		233	

Nous avons établi une classification en considérant les températures inférieures ou égales à 37°C et les températures supérieures ou égales à 38°C.

80 % des femmes hospitalisées pour avortement avaient une température inférieure ou égale à 37°C. Plus de la moitié des avortements provoqués avait une température supérieure ou égale à 38°C pour 15 % seulement des avortements spontanés.

3.4.2.11. La septicie à l'admission : Tableau XVIII.

Septic à l'admission	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
Aseptique	230	80,9	23	50	201	86,6
Septique	54	19	23	50	31	13,3
Total	284		46		232	

81 % des femmes hospitalisées pour avortement étaient aseptiques à l'admission, 50 % des avortements provoqués sont septiques pour 13 % des avortements spontanés.

3.4.2.12. Complications à l'admission : Tableau XIX.

Complications à l'admission	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	224	79,7	16	34,8	195	85,1
Lacération cervicale	1	0,3	1	2,1	0	0
Perte de sang importante	48	17	20	43,5	31	13,5
Perforation utérine	1	0,3	1	2,1	0	0
Autres	7	2,4	8	17,4	3	1,3
Total	281		46		229	

La complication la plus fréquente est la perte de sang importante : 44 % des avortements provoqués et 14 % des avortements spontanés. Seulement une perforation utérine et une lacération cervicale après avortement provoqué.

3.4.2.13. Transfusion de sang : Tableau XX.

Transfusion	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	231	98,9	44	95,6	231	99,5
Avant intervention	1	0,3	1	2,1	0	0
Après intervention	2	0,7	1	2,1	1	0,4
Total	234		46		232	

Malgré que la complication la plus importante est la perte de sang importante, il n'y a eu que 3 transfusions de sang et cela pour 2 avortements provoqués et 1 avortement spontané. Un avortement provoqué a été transfusé avant toute intervention, l'autre après intervention. L'avortement spontané a été transfusé après intervention.

3.4.2.14. Technique de l'avortement à l'hôpital : Tableau XXI.

Technique de l'avortement à l'hôpital	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	127	44,5	10	21,7	114	48,9
Curetage	127	44,5	27	58,6	97	41,6
Extraction digitale	29	10,1	8	17,3	21	9
Autres	2	0,7	1	2,1	1	0,4
Total	285		46		233	

N.B. : 0 = il n'y a pas eu d'intervention.

Autres = indique les méthodes d'avortement qui peuvent être utilisées et qui ne sont pas citées ci-dessus.

L'avortement étant interdit, il s'agit des moyens utilisés pour interrompre la grossesse afin d'éviter les complications devant un avortement incomplet ou inévitable.

Dans l'ensemble 78 % des femmes avec avortement provoqué avaient besoin d'une intervention pour 50 % des avortements spontanés.

La technique de révision^{utérine} la plus utilisée est le curetage. Près de 45 % de toutes les autres interventions.

3.4.2.15. Anesthésie : Tableau XXII.

Anesthésie	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	234	82,6	30	65,2	198	85,7
Analgésie	30	10,6	7	15,2	23	9,9
Anesthésie générale	18	6,3	9	19,5	9	3,8
Autres	1	0,3	0	0	1	0,4
Total	283		46		231	

83 % des femmes hospitalisées pour avortement n'ont pas^{reçu} d'anesthésie, 20 % des avortements provoqués ont reçu l'anesthésie générale pour 4 % des avortements spontanés, 15 % des avortements provoqués ont reçu un analgésique pour 10 % des avortements spontanés.

3.4.2.16. Antibiotiques au cours de cette admission : Tableaux XXIII et XXIV

Antibiotiques	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	17	6	0	0	15	6,5
Prophylactique	142	50,3	16	34,7	125	54,8
Thérapeutique	87	30,8	21	45,6	64	28
Prophylactique + thérapeutique	36	12,7	9	19,5	24	10,5
Total	282		46		228	

Nombre de jours de traitement antibiotiques			Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	9	3,1	0	0	8	3,4
1 - 6	209	74,1	22	47,8	181	79
7	64	22,6	24	52,1	40	17,4
Total	282		46		229	

Il s'agit de la quantité d'antibiotiques et non de la qualité, le but dans lequel le traitement est donné et le nombre de jours de traitement que la patiente a reçu.

Toutes les femmes admises pour avortement provoqué ont reçu un traitement antibiotique, au moins 65 % l'ont reçu dans un but thérapeutique, la moitié de ces femmes ont suivi ce traitement pour une période supérieure ou égale à 7 jours.

La moitié des femmes avec avortement spontané ont fait un traitement antibiotique dans un but prophylactique.

Les 2/3 de toutes les femmes hospitalisées pour avortement spontané ont suivi ce traitement pour une période 1 à 6 jours.

3.4.2.17. Ocytociques au cours de cette admission : Tableau XXV.

Ocytociques	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	200	70,9	22	48,8	171	74,3
Prophylactique	31	10,9	3	17,7	23	10,
Thérapeutique	43	19,2	13	28,8	30	13
Prophylactique et thérapeutique	8	2,8	2	4,4	6	2,6
Total	282		45		230	

L'usage d'ocytocique est deux fois plus fréquent chez les femmes avec avortement provoqué que les femmes avec avortement spontané. Dans l'ensemble, les ocytociques sont très peu utilisés ; 71 % des femmes admises pour avortement n'en ont pas reçu.

3.4.2.18. Nombre de jours à l'hôpital : Tableau XXVI.

Nombre de jours à l'hôpital	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	5	1,8	0	0	5	2,3
1 - 23 h.	21	7,7	3	6,5	18	8,2
24 - 72 h.	153	56,6	24	52,1	126	58
4 - 13 jrs	82	30,3	16	34,7	62	28,5
14 jours	9	3,3	3	6,5	6	2,7
Total	270		46		217	

Il s'agit du séjour à l'hôpital surtout du temps d'occupation du lit.

93 % des avortements provoqués ont séjourné de 1 à 14 jours ou plus à l'hôpital. Les 2/3 des avortements spontanés ont séjourné de 1 à 4 jours à l'hôpital.

3.4.2.19. Moyens abortifs employés avant l'admission : Tableau XXVII.

Moyens abortifs employés avant admission	Injection de produits chimiques		Introduction d'objets solides		Abortifs oraux		Dilatation et curetage		Autres	Total
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%		
Avortements provoqués	5	13,2	8	21,1	11	28,9	9	23,6	5	13,2

3.4.2.19.1. Injection de produits chimiques : (13 %). Il semblerait que les femmes ne connaissent pas les noms et la nature de ces produits. Deux produits chimiques sont souvent cités : le "cumorit qui est un progestatif et le "syntocinum") = oxytocine. La propriété abortive de ces deux produits est très peu probable.

3.4.2.19.2. Introduction d'objets solides. (21 %). La nature de ces objets est souvent très délicate à trouver car les femmes n'indiquent pas souvent ces objets. Certains praticiens signalent la présence de tubulure en caoutchouc appelée encore "sonde" ; parfois ce sont des brindilles.

3.4.2.19.3. Abortifs oraux : Beaucoup de produits absorbés par voie orale sont utilisés dans un but abortif. Le nom et la nature sont souvent très difficiles à préciser. C'est la nivaquine qui est généralement indiquée dont on sait que la dose abortive est égale à la dose létale.

3.4.2.19.4. Dilatation et curetage (23,6 %) : c'est l'une des méthodes modernes utilisée par certains infirmiers pour interrompre la grossesse. En fait cette méthode est dangereuse car souvent pratiquée par du matériel dont la stérilité est douteuse, et dans des lieux non appropriés. Il faut dire que les praticiens sont souvent démunis devant les complications.

3.4.2.19.5. Autres méthodes (13 %) : nous voulons indiquer surtout les méthodes traditionnelles. Ces méthodes varient suivant les régions et les traditions. Certaines potions reviennent régulièrement : le jirini, le samakada, le koroninfin, le bula (bleu), une décoction de feuilles de bambou ou une association de miel, piment et tamarin détaillés dans de l'eau. Tous ces produits ont pour effets d'entraîner des vomissements violents ou une diarrhée violente. Certaines filles indiquent des liquides fournis par des marabouts.

3.4.2.20. Personne qui a déclenché l'avortement : Tableau XXVIII

Personne qui a déclenché l'avortement	Patiente		Avorteur		Infirmier Sage-femme		Médecin		Autres		Total
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
Avortements provoqués	8	21,1	18	47,4	6	15,8	2	5,2	4	10,5	38

Ce chapitre indique les personnes auxquelles les femmes se confient quand elles décident d'interrompre leur grossesse. Le terme avorteur désigne les personnes qui n'ont pas une compétence particulière mais qui sont réputés pratiquer des avortements ; autres indique ici les marabouts, les guérisseurs et les charlatans.

On remarque que ce sont surtout les avorteurs qui font le plus les interruptions provoquées de grossesse : (47 %).

Il n'en demeure pas moins que certains agents du corps médical pratiquent des avortements clandestins : infirmiers et sages-femmes : 16 % ; Médecins : 5 %.

3.4.2.21. L'avortement et la contraception : Tableaux XXIX et XXX

Méthodes contraceptives prescrites à la sortie	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	242	188,6	34	173,9	208	191,2
Contraceptif oral	12	6,7	8	17,3	11	4,8
D.I.U.	8	2,8	2	4,3	6	2,6
Autres	5	1,7	2	4,3	3	1,3
Total	281		46		228	

Contraception avant l'admission	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	267	93,6	40	86,9	224	94,9
Contraceptif oral	13	4,5	3	6,5	10	4,2
D.I.U.	3	1	1	2,1	2	0,8
Autres	2	0,7	2	4,3	0	0
Total	285		46		236	

0 = les femmes qui n'ont pas utilisé de moyens contraceptifs.

Autres = indique les moyens contraceptifs qui sont utilisés chez nous mais qui ne sont pas indiqués dans ce tableau : moyens contraceptifs traditionnels.

Il n'est pas aisé dans le cadre de notre étude de faire la relation qui existe entre l'avortement et la contraception. Nous savons que les deux ont pour but d'éviter la naissance d'un enfant indésiré ; pour cela, on a établi deux tableaux sur la contraception dont un concerne les femmes à l'admission et l'autre la fourniture des méthodes contraceptives à la sortie.

On a remarqué que la contraception est très peu utilisée. 94 % des femmes hospitalisées n'ont pas utilisé de méthodes contraceptives avant l'admission ; de même 87 % des femmes avec des avortements sont sorties sans recevoir de prescription de moyens contraceptifs.

3.4.2.22. Décès : nous avons enregistré deux décès par suite d'avortement provoqué. Les dossiers de ces femmes ne donnent pas d'informations suffisantes. Il nous a été très difficile d'avoir des informations auprès des familles, néanmoins, nous avons analysé un avortement illégal qui s'est terminé par un décès :

T.H. 17 ans, célibataire sans enfant n'a jamais fréquenté l'école vit avec son père et sa mère dans un quartier^{sub}-urbain de Banako. Son père était un homme très âgé qui exerçait la profession de marabout. Sa mère également âgée s'occupe seulement de son ménage.

Les conditions matérielles de la famille sont modestes. La jeune fille contracte une grossesse qu'elle ne désire pas. Son partenaire, un infirmier était son fiancé ; le couple décide d'interrompre la grossesse âgée de 8 semaines sans avertir les parents de la fille. La maman étonnée et indignée affirme ne pas voir d'inconvénient à la naissance de cet enfant ; elle dit être opposée à l'avortement.

La principale raison évoquée par la fille est que son père ne veut pas qu'elle accouche avant son mariage. Le 29 juin 1981, le financé pratique un curetage à son domicile. Le matériel utilisé n'a pas été précisé, le 7 juillet 1981, la jeune fille est admise à l'hôpital Gabriel Touré dans un état grave. Le diagnostic établi était: péritonite, septicémie par suite d'avortement criminel. Un traitement d'urgence est institué comportant :

du serum glucosé
 du solumédrol à forte dose
 du baralgin en I.M.,
 du bactrim en I.M.,
 de l'ampicilline en I.V.,

L'état de la patiente ne s'améliore pas de beaucoup. Le 14 juillet 1981, le traitement est changé. Il comportait :

du thiophénicol en I.M.,
 de la sisoline en I.V. dans un serum
 glucosé
 du baralgin en I.M.,
 du solumédrol à forte dose.

Le 18 juillet 1981, on pratique une laparatomie dans le but de nettoyer le péritoine et d'explorer l'abdomen. Le chirurgien constate une perforation utérine, une nécrose des reins, un pelvis rempli de pus. Malgré tous les efforts entrepris, la patiente décède le même jour à 0 h. 10 minutes.

3.4.3. Etude comparative des avortements à Bamako avec les autres centres.

Tenant compte de certaines caractéristiques propres au comportement des populations à Bamako, du nombre de la population et des formations sanitaires, nous avons pensé qu'il était intéressant de présenter en tableaux les différences et les ressemblances des femmes admises pour avortements à Bamako et dans les autres centres.

Tableau XXXI.

Résidence	Bamako						Autres Centres					
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
Urbaines	156	83	30	88,2	124	81,6	77	79,4	11	91,7	64	79
Rurales	16	8,5	2	5,9	14	9,2	17	47,5	1	8,3	15	18,5
Sub-urbaines	16	8,5	2	5,9	14	9,2	3	3,1	0	0	2	2,2
Total	188		34		152		87		12		81	

Tableau XXXII.

Age	Bamako						Autres Centres					
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
15 - 24	111	63,1	28	82,3	82	59	33	35,5	11	91,6	21	27,3
25 - 34	49	27,8	6	17,6	41	29,5	76	49,4	1	8,3	42	54,6
35 - 44	15	8,5	0	0	15	10,8	14	15,1	0	0	14	18,2
45 >	1	0,6	0	0	1	0,7	0	0	0	0	0	0
Total	176		34		139		93		12		77	

Tableau XXXIII.

Groupes ethniques	Bamako						Autres Centres					
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
Bambara	60	31,7	9	27,2	50	32,9	31	32	2	16,7	29	35,8
Peulhs	39	20,6	10	30,3	28	18,4	19	16,6	3	25	15	18,5
Malinké	31	16,4	6	18,2	24	15,8	7	7,2	1	8,3	6	7,4
Sarakolé	22	11,6	3	9,1	19	12,5	8	8,2	2	16,7	4	4,9
Sonrhaf	4	2,1	2	6,1	2	1,3	10	10,3	1	8,3	9	11,1
Sénoufo	5	2,6	1	3	4	2,6	11	11,3	1	8,3	10	12,3
Dogon	3	1,6	0	0	3	2	2	2,1	0	0	2	2,5
Autres	24	12,7	2	6,1	22	14,5	9	9,3	2	16,7	6	7,4
Total	188		33		152		97		12		81	

Tableau XXXIV.

Occupation	Bamako						Autres Centres					
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
Ménagères	136	74,3	12	37,5	122	183	76	19,1	3	27,3	69	185,2
Fonctionnaires	13	7,1	3	9,4	9	6,1	6	6,3	0	0	6	7,4
Etudiantes	15	8,2	7	21,9	8	5,4	6	6,3	3	27,3	3	4,7
Ecolières	19	10,4	11	34,4	8	5,4	8	8,3	5	45,4	3	3,7
Total	183		32		147		96		11		81	

Tableau XXXV.

Etat - Civil	Bamako						Autres Centres					
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
Célibataires	64	33,9	29	85,3	34	22,4	22	22,7	10	83,3	12	14,8
Mariées	116	61,4	3	8,8	111	73	68	70,1	2	16,7	62	16,5
Veuves-Divorcées	3	1,5	2	5,9	1	0,6	0	0	0	0	0	0
Autres	6	3,2	0	0	6	3,9	7	7,2	0	0	7	8,6
Total	189		34		152		97		12		81	

Tableau XXXVI.

Education	Bamako						Autres Centres					
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	102	55,7	5	15,6	96	64,9	67	69,8	2	16,7	62	77,5
1 - 6	22	12	5	15,6	17	11,5	9	9,4	0	0	8	10
7 - 9	39	21,3	13	40,6	25	16,9	17	17,7	8	66,6	9	41,2
10 - 12	12	6,6	5	15,6	6	4	3	3,1	2	16,7	1	1,2
13 >	8	4,4	4	12,5	4	2,7	0	0	0	0	0	0
Total	183		32		148		96		12		80	

Tableau XXXVII.

Naissances	Bamako						Autres Centres					
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	80	42,8	22	64,7	56	37,3	28	29,2	9	75	18	22,5
1 - 3	70	37,4	10	29,4	59	39,3	36	37,5	2	16,7	32	40
4 >	37	19,8	2	5,9	35	23	32	33,3	1	8,3	30	37,5
Total	187		34		150		96		12		80	

Tableau XXXVIII.

Nombre d'enfants vivants	Bamako						Autres Centres					
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	82	44,8	23	69,7	57	38,8	28	30,4	10	90,8	18	23,4
1 - 3	63	34,4	8	24,2	54	36,7	36	39,2	1	9,1	33	42,9
4 >	38	20,8	2	6,1	36	24,5	28	30,4	1	9,1	26	33,7
Total	183		33		147		92		12		77	

Tableau XXXIX.

Avortements provo- qués antérieurs	Banako						Autres Centres					
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	160	88,4	19	57,5	139	95,9	72	86,7	5	41,7	63	94
1	18	9,9	12	36,4	5	3,4	10	12	6	50	4	6
2 >>	3	1,7	2	6,1	1	0,7	1	1,2	1	8,3	0	0
Total	181		33		145		83		12		67	

Tableau XL.

Avortements sponta- nés antérieurs	Banako						Autres Centres					
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	100	53,5	33	100	64	42,4	36	37,1	8	66,7	26	32,1
1	62	33,2	0	0	62	41,1	37	38,1	2	16,6	33	40,7
2 >>	25	13,3	0	0	25	16,5	24	24,8	2	16,6	22	27,2
Total	187		33		151		97		12		81	

Tableau XLII.

Nombre d'enfants désirés	Banako						Autres Centres					
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	2	1,5	0	0	2	1,9	0	0	0	0	0	0
1 - 2	5	3,7	1	4,5	4	3,8	2	2,6	0	0	2	3
3 - 4	48	35,5	12	54,5	29	27,3	15	19,2	3	42,9	12	17,5
5 >	80	59,3	9	40,9	71	67	61	78,2	4	57,1	53	79,1
Total	135		22		106		78		7		67	

Tableau XLIII.

Contraception avant l'admission	Banako						Autres Centres					
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	177	93,2	31	91,2	143	93,5	92	94,8	9	75	79	97,5
Contraceptif oral	10	5,3	2	5,9	8	5,2	3	3,1	1	8,3	2	2,5
D.I.U.	2	1,1	0	0	2	1,3	1	1	1	8,3	0	0
Autres	1	0,5	1	2,9	0	0	1	1	1	8,3	0	0
Total	190		34		153		96		12		81	

Tableau XLIII.

Durée estimée de la grossesse	Bamako						Autres Centres					
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
12	112	59,9	23	67,6	87	58	69	71,9	10	83,3	55	68,8
13 - 23	66	35,3	10	29,4	55	36,7	22	22,9	2	16,7	20	25
24 >	9	4,8	1	3	8	5,3	5	5,2	0	0	5	6,2
Total	187		34		150		96		12		80	

Tableau XLIV.

Durée du saignement avant l'admission	Bamako						Autres Centres					
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	43	22,8	6	17,6	35	23,1	24	24,7	5	41,7	19	23,5
1 - 3	101	53,4	19	55,9	81	53,6	53	54,6	6	50	46	56,8
4 - 7	30	15,9	6	17,6	24	15,9	9	9,3	0	0	7	8,6
8 >	15	7,9	3	8,8	11	7,3	11	11,4	1	8,3	9	11,1
Total	189		34		151		97		12		81	

Tableau XLV

Antibiotiques plus analgésiques avant l'admission	Bamako						Autres Centres					
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	114	61	18	54,5	95	62,9	73	76	7	58,3	62	77,5
Antibiotiques	11	5,9	7	21,2	4	2,6	6	6,3	1	8,3	5	6,3
Analgésiques	25	13,4	2	6,1	22	14,6	8	8,3	1	8,3	7	8,8
Antibiotiques plus analgésiques	21	11,2	1	3	20	13,2	1	1	0	0	1	1,3
Autres	16	8,6	5	15,2	10	6,6	8	8,3	3	25	5	6,3
Total	187		33		151		96		12		80	

Tableau XLVI

Ocytocique	Bamako						Autres Centres					
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
0	142	75,9	18	54,5	121	80,1	58	61,1	4	33,3	50	63,3
Prophylactique	16	8,6	5	15,1	11	7,3	15	15,8	3	25	12	15,2
Thérapeutique	27	14,4	9	27,3	18	11,9	16	16,8	4	33,3	12	15,2
Prophylactique plus thérapeutique	2	1,1	1	3	1	0,7	6	6,3	1	8,3	5	6,3
Total	187		33		151		95		12		79	

Tableau XLVII.

Antibiotiques	Banako						Autres Centres					
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	7	3,7	0	0	5	3,3	10	10,4	0	0	10	12,5
Prophylactique	101	53,7	11	32,3	89	58,9	43	44,8	5	41,7	37	46,3
Thérapeutique	60	31,9	15	44,1	45	29,8	27	28,1	6	50	19	23,8
Prophylactique plus thérapeutique	20	10,6	8	23,5	12	7,9	16	16,7	1	8,3	14	17,5
Total	188		34		151		96		12		80	

Tableau XLVIII.

Nombre de jours de traitement antibiotique	Banako						Autres Centres					
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	3	1,6	0	0	2	1,3	6	6,3	0	0	6	7,6
1 - 6	143	76,5	18	52,9	123	82	66	69,5	4	33,3	58	73,4
7 >	41	21,9	16	47,1	25	16,7	23	24,2	8	66,7	15	19
Total	187		34		150		95		12		79	

Tableau XLIX.

Stade de l'avortement	Banako						Autres Centres					
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
Incomplet	71	44,4	18	72	53	34,9	27	30,7	1	20	25	31,6
Complet	35	21,9	2	8	33	21,7	13	14,8	2	40	11	13,9
Inévitable	30	18,7	3	12	46	30,3	33	37,5	0	0	32	40,5
Menace	24	15	2	8	20	13,1	15	17	2	40	11	13,9
Total	160		25		152		88		5		79	

Tableau I.

La septie avant l'admission	Banako						Autres Centres					
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
Aseptique	158	83,2	18	52,9	137	89,5	74	77,1	5	41,7	65	81,3
Septique	32	16,8	16	47,1	16	10,5	22	22,9	7	58,3	15	18,8
Total	190		34		153		96		12		80	

Tableau LI.

Température à l'admission	Bamako						Autres Centres					
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
37°C	153	80,5	16	47,1	134	87,6	77	80,2	8	72,7	65	80,2
38°C	37	19,5	18	52,9	19	12,4	19	19,8	3	27,3	16	19,7
Total	190		34		153		96		11		81	

Tableau LII.

Complications à l'admission	Bamako						Autres Centres					
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	156	82,5	17	50	136	89,5	70	74,5	6	50	60	96,9
Lacération cervicale	1	0,5	1	2,9	0	0	0	0	0	0	0	0
Perte de sang	27	14,3	12	35,3	15	9,9	21	22,3	5	41,7	16	20,5
Perforation utérine	1	0,5	1	2,9	0	0	0	0	0	0	0	0
Autres	4	2,1	3	8,8	1	0,7	3	3,2	1	8,3	2	2,6
Total	189		34		29		94		12		78	

Tableau LIII.

	Banako				Autres Centres			
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%
0	160	34,7	23	67,6	134	82,8	76	79,2
Anesthésie générale	17	9	8	23,5	9	5,9	1	1
Analgésie	11	5,8	3	8,8	8	5,3	19	19,8
Autres	1	0,5	0	0	1	0,7	0	0
Total	189		34		152		96	

Tableau LIV.

Technique de l'avortement à l'hôpital	Banako				Autres Centres			
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%
0	83	43,7	5	14,7	75	49	45	46,4
Curetage	83	43,7	20	58,8	63	41,2	45	46,4
Extraction digitale	23	12,1	8	23,5	15	9,9	7	7,2
Autres	1	0,5	1	2,9	0	0	0	0
Total	190		34		153		97	

Tableau LV.

Méthodes contraceptives prescrites à la sortie	Bamako						Autres Centres					
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	166	88,3	26	76,4	137	90,7	83	89,2	8	66,7	71	92,2
Contraceptif oral	14	7,4	5	14,7	9	6	5	5,4	3	25	2	2,6
D.I.U.	5	2,7	2	5,9	3	2	3	3,2	0	0	3	3,9
Autres	3	1,6	1	2,9	2	1,4	2	2,2	1	8,3	1	1,3
Total	188		34		151		93		12		77	

Tableau LVI.

Transfusion	Bamako						Autres Centres					
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	186	98,4	32	94,1	151	99,3	97	100	12	100	81	100
Avant intervention	1	0,5	1	2,9	0	0	0	0	0	0	0	0
Après intervention	2	1,1	1	2,9	1	0,7	0	0	0	0	0	0
Total	189		34		152		97		12		81	

3.4.4. Etude comparative des avortements dans les milieux urbains avec les milieux ruraux.

La mauvaise répartition des infrastructures sanitaires et du personnel entre les milieux urbains et ruraux ; la différence du comportement entre les populations des milieux urbains et des milieux ruraux sont autant de facteurs qui peuvent influencer sur les caractéristiques des femmes avec avortements. Aussi, avons-nous pensé qu'il était intéressant de présenter cette étude en deux tableaux.

Tableau LVIII.

A g e	Urbanes		Rurales	
	Femmes	Avortements provoqués	Avortements	Avortements spontanés
15 - 24	115	52,8	80	146,2
25-34	80	36,7	70	40,5
35-44	22	10,1	22	12,7
45 >	1	0,4	1	0,6
Total	218	41	173	3
	Total	Nombre	Total	Nombre
	%	%	%	%

Tableau LIX.

Etat - CIVIL	Urbanes		Rurales	
	Femmes	Avortements provoqués	Avortements	Avortements spontanés
Célibataires	75	32,2	2	66,7
Mariées	145	62,2	1	33,3
Veuves - Divorcées	3	1,3	0	0
Autres	10	4,3	0	0
Total	233	41	3	29
	Total	Nombre	Total	Nombre
	%	%	%	%

Tableau LX.

Groupes ethniques	Urbaines						Rurales					
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
Bambara	75	32,3	9	22	65	34,6	.	.	1	50	9	31
Peulhs	50	21,6	12	29,3	37	19,7	.	.	0	0	4	13,8
Sénpufo	11	4,7	2	4,9	9	4,8	.	.	0	0	5	17,2
Sarakolé	21	9,1	5	12,2	15	8	.	.	0	0	4	13,8
Sonrhaf	11	4,7	2	4,9	9	4,8	.	.	1	50	1	3,4
Malinké	29	12,5	7	17	22	11,7	.	.	0	0	4	13,8
Dogon	5	2,2	0	0	5	2,7	.	.	0	0	0	0
Autres	30	12,9	4	9,7	25	13,3	.	.	0	0	2	6,9
Total	232		41		187		.	.	2		29	

Tableau LXI.

Enfants vivants	Urbaines						Rurales					
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	87	39	28	71,8	57	31,7	.	.	2	66,7	8	29,6
1-3	81	36,3	9	23,1	71	39,4	.	.	0	0	12	44,4
4	55	24,7	2	5,1	52	28,9	.	.	1	33,3	7	25,9
Total	223		39		180		.	.	3		27	

Tableau LXII.

Occupation	Urbaines				Rurales				
	Femmes Total	Avortements provoqués Nombre	Avortements spontanés Nombre	Femmes Total	Avortements provoqués Nombre	Avortements spontanés Nombre	Femmes Total	Avortements provoqués Nombre	Avortements spontanés Nombre
Ménagères	167	12	152	167	2	26	167	0	26
Fonctionnaires	13	3	14	13	0	0	13	0	0
Étudiantes	21	12	9	21	1	0	21	0	0
Écolières	21	11	9	21	0	1	21	1	1
Total	227	38	184	227	3	27	227	1	27

Tableau LXIII.

Education	Urbaines				Rurales				
	Femmes Total	Avortements provoqués Nombre	Avortements spontanés Nombre	Femmes Total	Avortements provoqués Nombre	Avortements spontanés Nombre	Femmes Total	Avortements provoqués Nombre	Avortements spontanés Nombre
0	130	5	124	130	1	22	130	1	22
1-6	27	5	21	27	0	2	27	0	2
7-9	48	20	27	48	0	4	48	0	4
10-12	13	5	7	13	2	0	13	0	0
13-17	8	4	4	8	0	0	8	0	0
Total	226	39	183	226	3	29	226	1	29

Tableau LXIV.

Avortements provoqués antérieurs	Urbaines						Rurales					
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontané		Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	184	86	20	50	161	94,7	27	93,1	2	66,7	24	96
1	26	12,1	17	42,5	8	4,7	2	6,9	1	33,3	1	4
2 >>	4	1,9	3	7,5	1	0,6	0	0	0	0	0	0
Total	214		40		170		29		3		25	

Tableau LXV.

Avortements spontanés antérieurs	Urbaines						Rurales					
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	108	47	37	92,5	68	36,6	11	33,3	2	66,7	9	31
1	81	35,2	2	5	78	41,9	15	45,5	0	0	14	48,3
2 >>	41	17,8	1	2,5	40	21,5	7	21,2	1	33,3	6	20,7
Total	230		40		186		33		3		29	

Tableau LXVI.

Septie avant l'admission	Urbaines						Rurales					
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
Aseptique	193	82,8	22	53,7	167	88,8	24	75	1	33,3	22	78,6
Septique	40	17,2	19	46,3	21	11,2	8	25	2	66,7	6	21,4
Total	233		41		188		32		3		28	

Tableau LXVII.

Durée du saignement avant l'admission	Urbaines						Rurales					
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	58	25	11	26,8	45	24,1	7	21,2	0	0	7	24,1
1 - 3	127	54,7	23	56,1	105	55,1	19	57,6	2	66,7	17	58,6
4 - 7	30	12,9	3	7,3	26	13,9	3	9,1	1	33,3	1	3,4
8 >	17	7,4	4	9,8	13	6,9	4	12,1	0	0	4	13,8
Total	232		141		187		33		3		29	

Tableau LXVIII.

Nombre d'enfants désirés	Urbaines						Rurales					
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	17	9,3	2	7,1	15	10,1	.	.	0	0	4	19
1 - 2	36	19,8	3	10,7	33	22,3	.	.	0	0	3	14,3
3 - 4	67	36,8	14	50	49	33,1	.	.	1	50	6	28,5
5 >	62	34,1	9	32,1	51	44,5	.	.	1	50	8	38,1
Total	182		28		148		.	.	2		21	

Tableau LXIX.-

Nombre de jours de traitement antibioti- que	Urbaines						Rurales					
	Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés		Femmes		Avortements provoqués		Avortements spontanés	
	Total	%	Nombre	%	Nombre	%	Total	%	Nombre	%	Nombre	%
0	8	3,5	0	0	7	3,8	.	.	0	0	1	3,4
1 - 6	169	73,8	20	48,8	146	79,3	.	.	1	33,3	22	75,9
7 >	52	22,7	21	51,2	31	16,8	.	.	2	66,7	6	26,7
Total	229		41		184		.	.	3		29	

3.4.6. Le coût moyen de l'avortement au Mali.

Déterminer le coût de l'avortement provoqué au Mali n'est pas aisé car le droit aux soins est garanti par l'Etat à tous les citoyens. En réalité quels que soient les moyens d'un Etat, il ne peut supporter entièrement tout ce qu'exige la Santé de la population. Ainsi, un tarif forfaitaire qui sous estime les conditions hospitalières, les soins et services que le malade a reçus n'est perçu chez certaines personnes. Dans le cas des avortements provoqués, ces dépenses sont beaucoup plus importantes car la victime est obligée de payer une somme variable à celui qui pratique l'avortement clandestin ; ensuite elle paie les médicaments et les soins.

Beaucoup de dépenses échappent à notre contrôle, mais nous avons essayé de présenter un coût moyen des avortements à partir du nombre des avortements que nous avons enregistrés. Pour cela, on a tenu compte de certaines considérations :

- toutes les femmes hospitalisées pour avortement étaient en 3ème catégorie.
- l'antibiotique utilisé pour le traitement de ces femmes était la penicilline-G; c'est le moins cher au Mali. La quantité varie selon que le traitement est prophylactique ou thérapeutique.
- l'ocytocique utilisé est le méthergin ; la quantité varie selon que le traitement est prophylactique ou thérapeutique.
- les soins et services que reçoivent les femmes sont sous estimés.
- chaque période de 15 jours passée à l'hôpital coûte 8 500 francs maliens.

3.4.6.1. Le coût des avortements provoqués : toutes les femmes hospitalisées pour avortement provoqué ont séjourné en moyenne 3 015 jours à l'hôpital.

- les frais d'hospitalisation des avortements provoqués = $\frac{3015 \times 8500}{15} = 1\ 708\ 500\text{F}$
- les frais de traitement antibiotique dans un but prophylactique :
16 femmes ont reçu pendant 6 jours un traitement antibiotique à raison de 1 000 000 par jour et chaque flacon coûte 210 FM : $16 \times 6 \times 210 = 20\ 160\text{ FM}$.
- les frais de traitement antibiotique dans un but thérapeutique :
30 femmes ont reçu pendant 14 jours un traitement antibiotique à raison de 1 000 000 U.I. par jour et chaque flacon coûte 210 FM : $30 \times 14 \times 210 = 88\ 200\text{ FM}$
Total traitement antibiotique : 108 360 Francs Maliens.
- frais traitement ocytocique dans un but prophylactique :
8 femmes ont reçu au moins 3 ampoules méthergin à 1000 FM la boîte de 3 ampoules soit : $8 \times 1000 = 8000\text{ FM}$.
- frais traitement ocytocique dans un but thérapeutique :
15 femmes ont reçu au moins 6 ampoules de méthergin :
soit $15 \times 2000 = 30\ 000\text{ FM}$.
Total traitement ocytocique : 38 000 FM.

Coût total des avortements provoqués = 1 854 860 Francs Maliens.

En réalité, c'est le coût de 40 avortements provoqués.

Coût moyen d'un avortement provoqué : $\frac{1\ 854\ 860}{40} = 46\ 370$ Francs Maliens.

Si l'on sait que 50 % des avortements provoqués se sont passés à Bamako et que ce sont souvent des écolières et des étudiantes qui sont admises au moins en 2ème catégorie.

Que devant le nombre important d'antibiotiques, que la penicilline-G est très peu employée en faveur de l'ampicilline. L'avortement provoqué coûte beaucoup plus cher à Bamako que ce chiffre de 46 370 FM.

On peut l'estimer au moins à	:	
Frais d'hospitalisation	:	1 819 883 FM
Frais antibiotiques	:	182 000 FM
Frais ocytocique	:	<u>40 000 FM</u>
Total	!	2 041 883 FM

Coût moyen du traitement d'un avortement provoqué à Bamako = 102 095 FM.

3.4.6.2. Le coût des avortements spontanés.

Toutes les femmes hospitalisées pour avortement spontané ont séjourné en moyenne 10 395 jours.

- frais d'hospitalisation des avortements spontanés : $\frac{10\ 395 \times 8\ 500}{15} = 5\ 890\ 500$ FM

- frais de traitement antibiotique dans un but prophylactique :
 $125 \times 6 \times 210 = 157\ 500$ FM.

- frais traitement antibiotique dans un but thérapeutique :
 $88 \times 14 \times 210 = 258\ 720$ FM.

Total traitement antibiotique : 416 220 FM.

- frais traitement ocytocique dans un but prophylactique :
 $23 \times 1000 = 23\ 000$ FM.

- frais traitement ocytocique dans un but thérapeutique :
 $36 \times 200 = 72\ 000$ FM.

Total traitement ocytocique = 95 000 FM.

Coût total des avortements spontanés = 6 401 720 FM.

Ceci concerne 233 avortements spontanés.

Le coût moyen d'un avortement spontané : $\frac{6\ 401\ 720}{233} = 27\ 475$ FM.

Rapport coût-avortement provoqué sur coût-Avortement spontané = $\frac{46\ 310}{27\ 475} = 1,69.$

On remarque / qu'un avortement provoqué coûte presque deux fois plus cher qu'un avortement spontané.

Un seul avortement provoqué coûte plus cher qu'un accouchement normal ou une bonne contraception en une année.

Le coût d'un avortement provoqué est d'autant plus alarmant qu'il est supérieur au P.N.B. du Malien qui est de 34 165 Francs Maliens ; il est également presque le triple du SMIG au Mali qui est de 15 500 Francs Maliens.

3.4.7. Discussion des résultats.

Pour faire l'étude sur les avortements, il existe quatre méthodes.

3.4.7.1. Une enquête portant sur les femmes : il s'agit de demander aux femmes leurs antécédants, leurs expériences de l'avortement. C'est une méthode qui permet de demander beaucoup de femmes, mais elle sous estime l'étendue de l'avortement. Méthode difficile à pratiquer car les femmes refusent de dire la vérité.

3.4.7.2. Une enquête portant sur les avorteurs : au Mali, l'avortement est interdit dans toutes les circonstances ; les avorteurs sont clandestins, même en leur rassurant l'anonymat, leur collaboration est très difficile voire impossible.

3.4.7.3. Les certificats de décès : ils portent généralement les causes immédiates du décès. Les autopsies se font très rarement ; beaucoup de personnes meurent à la maison sans passer à l'hôpital. Les investigations devant un décès même suspect sont très peu poussées si bien qu'il est difficile de mener une étude sur les avortements par cette méthode. Il faut dire que la religion est un facteur entravant.

3.4.7.4. Les dossiers d'admission à l'hôpital : par cette méthode, on peut faire une enquête prospective et rétrospective.

L'enquête rétrospective pose un certain nombre de difficultés telles que :

- les registres sont mal tenus,
- les informations médicales et démographiques sont incomplètes pour faire une analyse scientifique,
- le type d'avortement n'est pas généralement spécifié.

Aussi, avons-nous décidé de faire une enquête prospective parce qu'elle offre les avantages suivants :

- les fluctuations peuvent suggérer des tendances de l'incidence de l'avortement,
- si la proportion d'avortements qui exigent l'hospitalisation est connue, on peut alors estimer l'incidence de l'avortement,
- les dossiers suggèrent un minimum d'incidence et de mortalité ; ils indiquent le coût public direct de l'avortement illégal.

Malgré tous les efforts déployés, les difficultés étaient nombreuses : elles sont de plusieurs ordres :

- un nombre important d'avortements admis à l'hôpital ne sont pas enregistrés, de même les femmes hospitalisées ne représentent qu'une certaine proportion de toutes les femmes qui obtiennent des avortements et cette proportion est difficile à exprimer.

- l'indifférence et parfois le refus de certains agents à remplir la fiche d'enquête. Ils ont été chargés pourtant de s'occuper de ces fiches en raison de leur spécialité ou de leur poste. Même quand la fiche était remplie, la qualité ne permet pas parfois d'avoir toutes les informations souhaitées. Les avortements provoqués ne sont pas tous dénombrés, ils sont souvent qualifiés de spontanés.

En dépit de tous ces problèmes, il était intéressant d'analyser les 289 fiches qui ont été enregistrées dans nos différents centres.

On remarquera que ce chiffre n'apparaît pas exactement dans les différents tableaux, ceci est dû au fait que chaque fois qu'une case n'est pas remplie, la fiche est annulée pour cette question.

L'enquête a porté seulement sur les femmes qui sont effectivement arrivées dans nos différents centres pour des soins ou des services.

En résumé pratiquent l'avortement :

des femmes: jeunes (85 %)

célibataires (85 %)

urbaines (89 %)

scolaires (64 %)

qui n'ont pas d'enfant (73 %)

qui désirent avoir des enfants dans l'avenir (93 %)

qui n'emploient pas de méthode contraceptive (94 %).

Ce profil de l'avortée au Mali est conforme aux résultats des enquêtes menées dans certains ^{pays} africains tels que le Ghana, le Zaïre, le Nigeria et le Togo.

Des résultats similaires ont été constatés en Amérique latine. Dans tous ces cas, les avortements provoqués sont plus fréquents en ville que dans la campagne.

Nos résultats sont différents des caractéristiques des femmes ayant des avortements dans les pays asiatiques. En effet, dans ces pays ce sont les femmes âgées qui sont mariées ayant des enfants vivants qui ne veulent plus avoir des enfants qui se font avorter. Ces femmes utilisent l'avortement pour limiter les naissances.

Au Moyen-Orient, les femmes qui obtiennent l'avortement le font pour limiter la dimension de leur famille; les femmes qui sont les plus susceptibles de se faire avorter sont mariées, ont plus de 25 ans et ont 3 enfants vivants ou plus. La prévalence de l'avortement augmente avec l'âge.

Les résultats obtenus sont influencés par un certain nombre de réalités propres à notre pays :

ainsi l'importance des femmes urbaines qui pratiquent l'avortement s'explique par le fait que notre enquête porte sur des formations sanitaires qui se trouvent en milieu urbain. Au Mali, 80 % des femmes vivent dans le milieu rural, seulement 20 % vivent en milieu urbain. D'autres facteurs influent sur le comportement de la femme en ville, en particulier :

- l'inadaptation à la vie urbaine parmi les femmes récemment arrivées de la campagne.
- l'urbanisation avec toutes ses conséquences.
- l'éducation.
- le rôle de la femme dans la famille et la société.
- le coût de la vie en ville et la mauvaise répartition des services de Santé dont ceux qui offrent les moyens contraceptifs.
- l'inexistence des prestations sociales pour femmes enceintes et singulièrement les élèves et les étudiantes.
- la démission des parents et la perte progressive de l'emprise de ceux-ci sur leurs enfants, se refusant à aborder avec eux les questions touchant la sexualité.
- le manque d'information concernant les moyens contraceptifs.
- l'inadéquation de l'éducation sexuelle dans les écoles.

Ainsi la femme confrontée à tous ces problèmes doit-elle être mère et épouse, elle ne souhaite pas être mère avant d'être épouse.

Certaines femmes mariées se font avorter pour des raisons très variées :

- malentendu avec le mari
- grossesse contractée pendant l'absence prolongée du mari
- femme en grossesse pendant qu'elle allaite un enfant très jeune
- femmes très préoccupées
- la taille désirée de la famille dans la société.

Ces femmes en général ne se sentent pas liées aux règles et pratiques anciennes de nos sociétés, car de plus en plus, elles sont isolées face à leurs problèmes; beaucoup d'autres se font avorter pour sauvegarder un honneur ou ne pas perturber des études ou des activités professionnelles.

Les femmes Peulhs semblent faire beaucoup plus d'avortement provoqué que les autres (31 %) des avortements provoqués. Ceci semble paradoxal car les Peulhs ne représentent que 11 % de la population Malienne contre 34,5 % des Bambara chez lesquelles on n'a trouvé que 24 % des avortements provoqués.

Ceci semble être expliqué par un certain nombre de caractéristiques propres aux Peulhs : c'est le groupe ethnique le plus dispersé au Mali, on les rencontre dans toutes les régions et beaucoup d'entre elles se sont installées dans les villes. Ces peulhs ne sont pas restées fermées à l'infiltration de la civilisation extérieure. C'est ainsi qu'en ville, sans vouloir perdre leurs valeurs propres que la dignité, l'honneur et le respect de soi-même ; elles essayent de s'adapter aux trains de vie de la ville.

La grossesse hors mariage étant considérée comme une honte, ces femmes préfèrent la mort à la honte ; c'est pourquoi elles se décident à interrompre leur grossesse. D'après D. N'DIAYE.

"Les Peulhs sont convaincus d'appartenir à une race d'élite, à un peuple supérieur aux autres peuples environnants ; ils se complaisent dans une telle attitude hautaine que même vêtus en gueux, le Peulh se présente toujours avec prestence et dignité. A cela s'ajoute une certaine pudibonderie déroutante pour celui qui ne les connaît pas mais basée sur les principes fondamentaux, suivant le respect de soi-même, le respect d'autrui, modération dans les paroles et dans les actes, contrôle des émotions, impavidité devant n'importe quel événement..."

La septième n'est pas très explicite ; 50 % des avortements provoqués étaient aseptiques. Ceci est dû au fait que les moyens d'investigation ne sont pas souvent très poussés et, surtout à l'utilisation intempestive des antibiotiques. Les femmes utilisent généralement des moyens abortifs oraux.

L'hémorragie est souvent la principale cause de la consultation.

Il n'est pas facile de connaître l'incidence de l'avortement provoqué au Mali, à cause de la rigueur de la législation en la matière qui le renvoie dans la clandestinité. Seulement les cas compliqués arrivent à l'hôpital et dans les formations sanitaires qui peuvent leur porter secours.

Notre enquête ne peut déterminer le nombre d'avortements provoqués pratiqués durant une période donnée.

Christopher TIETZE a proposé une formule pour calculer l'incidence des avortements provoqués dans les pays où il est illégal : Aussi TIETZE estime qu'il y a 50 à 100 morts par 100 000 avortements provoqués illégaux dans les pays en cours de développement.

En 4 mois, nous avons enregistré 2 décès par suite d'avortement provoqué ; peut être que nous pouvons avoir 6 morts en une année d'où la formule :

$$\frac{6 \times 100\ 000}{50} = 12\ 000$$

D'après cette estimation, nous pouvons avoir au moins douze mille avortements provoqués par an au Mali. Ces avortements provoqués sont dangereux et posent des problèmes socio-médicaux ; surtout si l'on sait que ces avortements sont pratiqués par des personnes sans qualification particulière et dans des lieux insalubres.

Ces avortements coûtent très cher pour l'Etat, mais les victimes paient une lourde part ; car même si les complications immédiates telles que l'infection, l'hémorragie ont pu être jugulées, les complications à terme sont imprévisibles.

Comme le faisait remarquer Gisèle LIGAN

"Quelque soit le jugement que l'on peut porter sur la pratique de l'avortement, on est obligé de reconnaître que le prix que paient les femmes est excessif, que ce soit en terme d'angoisse, de peine morale et physique ou en terme d'argent, les conséquences de l'avortement clandestin sur la Santé sont souvent dramatiques allant jusqu'à la stérilité définitive, voire la mort".

4 -- LES ASPECTS SOCIAUX DES AVORTEMENTS

Le Malien est héritier de cette société à bien des égards. Les diverses influences extérieures qui se sont infiltrées à la suite des grands courants d'échanges créés par les relations de dépendance qui nous lient à certains pays développés, ont contribué à créer une forme de société. Les esprits, les comportements des groupes restent marqués par les enseignements de certaines valeurs traditionnelles.

Devant ce nouveau type de société, le Malien sans perdre entièrement les valeurs traditionnelles, est en train de subir et d'accepter tant bien que mal la nouvelle forme de changement.

Dans le milieu traditionnel, l'enfant est une réincarnation d'un parent défunt. Dès la conception, la femme est entourée de plusieurs égards ; la grossesse est un événement très important dans la vie de la femme. La naissance d'un enfant donne lieu à plusieurs rejoissances et festivités. Les familles nombreuses sont honorées et respectées. La femme stérile est blâmée par les autres. L'enfant est considéré comme un bien matériel ; il est l'héritier de tous les biens matériels, moraux et spirituels de la famille. Mais pour cet héritage on distingue :

- l'enfant légitime c'est-à-dire celui issu de foyer reconnu marié, c'est celui-là qui a droit à l'héritage, au respect et à tous les égards.
- l'enfant illégitime : c'est l'enfant issu de relation entre une femme et un homme qui ne sont pas mariés. C'est dans ce cadre que se situe les enfants dits naturels, les enfants adulterins, les enfants issus de rapport incestueux.

Cet enfant est considéré comme appartenant à sa mère et à elle seule, il n'a pas droit au privilège de la naissance. Dans plusieurs milieux, il est presque persécuté et c'est lui qui est souvent victime d'infanticide.

Ainsi cette société qui est hostile à la naissance des enfants de ce genre obligera les femmes qui sont victimes des grossesses dans les conditions citées ci-dessus à recourir à l'avortement. Le milieu traditionnel condamne énergiquement l'avortement sauf certaines exceptions, ce milieu ne s'est pas contenté de condamner, il a pris des mesures éducatives pour prévenir l'avortement ; mais si les avortements provoqués sont rares, ils existent ; pour preuve l'existence des nombreuses potions abortives.

Actuellement, si les avortements provoqués sont fréquents chez les jeunes femmes scolaires, célibataires et vivant en ville, ceci est en rapport avec :

- l'attitude rigoureuse de certains parents qui ne veulent pas que leur fille accouche d'un enfant hors mariage parce que ceci est de nature à ternir l'honneur de la famille, la victime est généralement persécutée et expulsée de sa famille.

- le refus de certains partenaires de reconnaître l'enfant pour des raisons variées : voir le nombre de reconnaissance d'enfant devant la brigade chargée de la protection des moeurs et de l'enfance,
- la crainte de sanction scolaire dont l'expulsion est la règle,
- les raisons économiques et financières : la naissance et l'entretien d'un enfant occasionne toujours des dépenses dont ses parents n'ont pas toujours les moyens,
- le risque pour la fille-mère célibataire de ne pouvoir se marier avec facilité.

Certaines situations sociales difficiles poussent des femmes mariées à se faire avorter ; c'est le cas :

- des malentendus dans les foyers
- de l'absence prolongé du mari
- de grossesse avec enfant trop jeune au sein
- de l'écart d'âge entre les conjoints : c'est-à-dire une jeune femme mariée à un vieillard.

A côté de toutes ces raisons, très peu de femmes utilisent les services de Planification Familiale. D'après une récente étude sur l'évaluation des services de Planning familial au Mali, seulement 0,2 % des femmes Maliennes utilisent des contraceptifs.

Les raisons de ce très petit nombre sont variées :

- le manque d'information : beaucoup de femmes ignorent l'existence des services de planification familiale.
- la gamme très réduite de moyens contraceptifs disponibles au Mali.
- la mauvaise répartition des services de planification familiale : en effet, c'est seulement certains centres qui offrent les services qui sont souvent distants des utilisatrices.

A cela on peut ajouter que parfois c'est le partenaire qui refuse les moyens de contraception.

Tous ces facteurs sont aggravés par l'inexistence de structure pouvant porter secours aux femmes enceintes, la faiblesse du pouvoir d'achat, la taille de certaines familles due au mariage polygame, la dégradation croissante de nos moeurs.

5 - ASPECTS JURIDIQUES DES AVORTEMENTS

D'une manière schématique, on peut discerner deux orientations fondamentales dans le conflit médical actuel à propos de l'avortement provoqué. Certains Médecins sont particulièrement sensibles au drame que représente pour un grand nombre de femmes la survenue d'une grossesse indésirée qui entraîne toujours un recours à l'avortement clandestin ; ces Médecins estiment en conscience ne pas pouvoir se réfugier derrière l'alibi d'une loi qui leur interdit en fait de venir en aide d'une façon efficace à celles qu'ils considèrent comme des personnes en danger.

A l'opposé, un autre courant de pensée médicale sans ignorer le côté dramatique du problème s'attache surtout au respect de la vie humaine dont l'interruption de grossesse est une violation.

Le législateur Malien a compris l'avortement dans la deuxième section du titre II du Code pénal consacré aux coups et blessures et violences.

L'article 170 du Code pénal qui prévoit et punit l'avortement le définit comme suit :

" l'avortement consiste dans l'emploi des moyens ou des substances en vue de provoquer l'expulsion prématurée du fœtus quelque soit le moment de la grossesse où cette expulsion est pratiquée ; il se distingue de l'infanticide en ce sens qu'il concerne un enfant qui n'a pas encore vu le jour et est caractérisé même si le fœtus naît vivant ou survit aux manoeuvres abortives, tandis que l'infanticide consiste dans le meurtre où l'assassinat d'un enfant nouveau né.

L'avortement volontaire tenté ou obtenu de quelque manière que ce soit, soit par la femme ; soit même avec son consentement par un tiers, sera puni d'un à cinq ans d'emprisonnement et facultativement de 20 000 francs à 1.000 000 de francs et de 1 à 10 ans d'interdiction de séjour".

De cette définition, il ressort que la loi ignore l'expulsion spontanée du fœtus pour ne retenir que l'acte volontaire d'interrompre la grossesse. Pour le législateur, le terme avortement est synonyme d'avortement provoqué : ceci semble être conforme à la croyance populaire. Il faut reconnaître que cette définition fait abstraction de certaines circonstances où le Médecin face à un malade et à sa propre conscience est obligé d'interrompre la grossesse (ainsi le chirurgien qui pratique une césarienne est-il accusé du délit d'avortement car la définition ne prévoit pas la date d'interruption de grossesse et précise "même si le fœtus naît vivant ou survit aux manoeuvres abortives").

Dans l'article 171 du Code pénal :

"quiconque sans intention de donner la mort aura administré volontairement à une personne des substances, ou se sera livré sur elle-même avec son consentement, à des pratiques ou manoeuvres qui auront déterminé ou auraient pu déterminer une maladie ou une incapacité de travail sera puni de 6 mois à 3 ans d'emprisonnement et facultativement de 20 000 francs à 200 000 francs d'amende et de 1 à 10 ans d'interdiction de séjour.

S'il en résulte une maladie ou une incapacité permanente, la peine sera de 5 à 10 ans de travaux forcés, l'interdiction de séjour de 5 à 10 ans pourra être prononcée.

Si la mort s'en est suivie, la peine sera de 5 à 20 ans de travaux forcés et facultativement de 1 à 20 ans d'interdiction de séjour."

Rappelons que la qualification en délit ou en crime d'une infraction est déterminée uniquement par la classification de la peine prévue par le Code pénal.

L'avortement, sous certaines conditions, sanctionné par la peine criminelle de la réclusion est considéré comme un crime et ses auteurs ou complices sont justiciables de la Cour d'assise. La tentative d'avortement est assimilable à l'acte réussi.

D'une façon générale, on ne paraît accorder à ce crime toute la répulsion qui est indiquée : si quelque fois les lois sont sévères, la clémence de ceux qui les appliquent est toujours extrême. Il semble comprendre que nos éternels préjugés et nos habitudes d'inhumanité envers la fille mère sont une excuse suffisante au crime qu'elle n'a connu bien souvent que pour échapper à l'injuste reprobation de ses semblables.

L'article 172 dit :

"Les Médecins, Officiers de Santé, Sages-femmes, Chirurgiens-dentistes, Pharmaciens ainsi que les étudiants ou employés en pharmacie, les herboristes, bandagistes, marchands de chirurgie, Infirmiers, Infirmières, Masseurs, Masseuses qui auront indiqué, favorisé ou pratiqué les moyens de procurer l'avortement seront condamnés aux peines prévues par l'article 171, la suspension pendant 5 ans au moins et l'incapacité absolue de l'exercice de leur profession sera en outre prononcée contre les coupables.

Quiconque contrevient à l'interdiction d'exercer sa profession en vertu du paragraphe précédent, sera puni d'un emprisonnement de 6 mois au moins et de 2 ans au plus et d'une amende de 20 000 francs au moins et 1 200 000 francs au plus ou de l'une des deux peines seulement."

Le plus frappant de cet article c'est l'aggravation de la peine du fait de la qualité professionnelle de l'auteur ou incitateur, car il va s'en dire que la peine des travaux forcés est d'un degré plus élevé que celle de la réclusion; ceci dans les cas où il en est résulté une maladie ou une incapacité permanente.

Pourquoi cette sévérité particulière à l'égard des membres corps médical ou paramédical ?

Serait-ce que le fait d'être en principe voués à la sauvegarde de la Santé et de la vie rendrait moralement plus odieuse leur participation à un avortement ?

Il ne semble pas que l'optique du législateur ait été uniquement celle-là. Les débats relatifs à l'élaboration de l'article 172 du Code pénal Malien font apparaître que l'on attendait de cette disposition spéciale un effet indirect de dissuasion sur les femmes qui auraient pu penser recourir à l'avortement.

Par leur science et leur savoir faire, les Médecins et les professionnels assimilés pouvaient être aux yeux des auteurs du texte les personnes les mieux placées pour détourner les moins résolus de l'exécution de leur projet si jamais elles le concevaient.

Une punition plus rigoureuse dit l'exposé des motifs celle des travaux forcés à temps aura lieu contre les Médecins, Chirurgiens-dentistes et autres Officiers de Santé qui auront procuré à la femme les moyens de se faire avorter. Ils sont en effet plus coupables que la femme elle-même ; lorsqu'ils font usage pour détruire d'un art qu'ils ne doivent employer que pour conserver. Si la femme ne trouvait pas tant de facilité à se procurer les moyens de l'avortement, la crainte d'exposer sa propre vie en faisant usage de médicaments qu'elle ne connaît pas, l'obligerait souvent à différer son crime et elle pourrait ensuite être arrêtée par ses remords.

En fait, au Mali, nous vivons dans une société qui n'a pas rejeté totalement les croyances à certaines valeurs traditionnelles ; aussi le législateur n'a pas fait état des guérisseurs, des sorciers, des marabouts, des charlatans et des vieilles femmes qui sont souvent plus écoutés que le plus grand Médecin.

Les lois d'un Etat sont régies par la coutume, la religion, les moeurs et l'évolution de la société. On ne saurait en particulier comprendre le maintien à tout prix d'une loi purement répressive qui a d'ailleurs fait la preuve de son peu d'efficacité.

Depuis 1961, un seul cas d'avortement a été jugé par les tribunaux Maliens.

De par cette seule constatation, la loi actuelle mériterait d'être qualifiée d'inefficace et d'archaïque et de ce fait source d'injustice, car elle donne lieu à une discrimination entre les femmes qui ont les moyens et celles qui sont démunies.

En effet, les femmes qui ont les moyens peuvent sans trop de difficultés et en ne prenant qu'un minimum de risque ^{peuvent} recourir à l'avortement en bénéficiant de certaines facilités.

Les autres, lorsqu'elles sont déterminées à interrompre leur grossesse, ne peuvent le plus souvent que s'adresser à des individus incompetents, peu qualifiés avec un risque important de complications immédiates ou à terme physique et psychique pour elle-même ou les enfants à venir et parfois même au risque de leur vie. Or s'il est une injustice qui est plus insupportable que toutes les autres c'est bien celle qui a pour effet d'exposer la vie d'un être humain par le seul motif qu'il n'a pas assez d'argent pour échapper à ce risque.

Dans l'état actuel de la société Malienne démocratique, il est impossible d'imposer à l'ensemble de la nation une attitude unilatérale de l'avortement. Nous espérons que ceux qui ont la charge de veiller spécialement au bien commun, trouveront dans un bref délai les moyens d'une solution à cette catastrophe nationale, solution conforme à nos réalités économiques et sociales, respectant nos valeurs traditionnelles et nos moeurs.

On ne peut se contenter d'une législation qui aboutit concrètement à renvoyer l'avortement à la clandestinité et laisser se développer une pratique clandestine, probablement très répandue avec tous ses dangers. Cela constitue la solution la plus dégradante tant pour les personnes concernées que pour l'ordre social.

5.1. La législation hors du Mali.

Précisons que la loi Malienne est inspirée de l'article 317 du Code pénal français sur l'avortement provoqué régi par la loi de 1920 modifiée et complétée en 1923 et 1939. Depuis janvier 1975, l'avortement est libéralisé en France et se pratique sur demande. Au Mali, l'avortement est interdit dans toutes les circonstances.

Selon leur législation, les Etats peuvent être rangés dans la classification suivante :

5.1.1. Pays où ni les lois, ni les Codes pénaux ne font mention de l'avortement :

C'est le cas de l'Afghanistan et de l'Arabie saoudite ; dans ces pays l'avortement est présumé illégal.

5.1.2. Pays où l'avortement est illégal :

L'avortement est interdit sans aucune exception (même pas l'avortement thérapeutique). C'est le cas des Philippines en Asie, de la Belgique en Europe, de la Colombie en Amérique latine.

Rappelons que le Mali se situe dans ce groupe.

5.1.3. Pays où la loi a un caractère très restrictif :

L'avortement n'est permis que pour sauvegarder la vie de la femme enceinte. (Possibilité d'avortement thérapeutique). C'est dans ce cadre que se situent de nombreux pays africains, des pays asiatiques comme le Pakistan, des pays de l'Amérique latine comme le Vénézuéla.

5.1.4. Pays où la loi est assortie de réserves :

L'avortement est permis pour plusieurs raisons : pour sauvegarder la santé de la femme, dans les cas de viol, ou lorsqu'il est possible que le foetus n'est pas intact. Dans d'autres cas, l'avortement est permis pour des raisons humanitaires si la grossesse est le résultat d'un viol, d'inceste ou pour des raisons eugéniques : si l'on croit que le foetus n'est pas intact ou que l'enfant naîtra avec des graves tares physiques ou mentales. Dans ces pays où les lois sont assorties de réserves, il est généralement exigé d'obtenir l'accord écrit de deux Médecins au moins ou d'un Conseil de l'avortement avant qu'on puisse entreprendre une procédure quelconque. La définition des raisons évoquées ci-dessus varient suivant les Etats.

En Ethiopie, la loi indique uniquement la santé physique de la femme. Au Nigeria la loi vise la santé physique et mentale de la femme. Au Liban, l'avortement est permis seulement en cas de viol. Certains pays comme la Corée autorisent l'avortement pour toutes les raisons précitées. Des pays comme la Turquie acceptent l'avortement pour des raisons médicales ou eugéniques ; mais non pour des raisons humanitaires.

5.1.5. Pays à régime libéral :

Cette catégorie comprend deux subdivisions :

- avortement sur "demande" sans aucune restriction.
- avortement pour des "raisons sociales".

L'avortement sur demande peut être pratiqué dans des délais bien définis, généralement pendant le premier trimestre. C'est le cas de la Tunisie, de la Chine Populaire, des Etats-Unis d'Amérique, et de la France. D'ordinaire la décision incombe à la femme et son Médecin. La femme n'a pas besoin d'indiquer les raisons pour lesquelles elle souhaite un avortement. Il faut ajouter que dans ces pays, en règle générale, même des avortements réalisés au-delà de la période de gestation prescrite par la loi sont permis, Lorsque des indications médicales le recommandent.

Lorsqu'on invoque des raisons sociales pour demander l'avortement, les Médecins tiennent compte de l'influence des facteurs sociaux : tels que l'état matrimonial, la situation et la santé de la famille pour évaluer la menace contre la santé de la femme. C'est le cas de la Grande-Bretagne, de la Zambie, de l'Inde et du Japon qui permettent l'avortement lorsqu'il existe des indications socio-médicales. Dans plusieurs autres pays comme la Hongrie et la Tchécoslovaquie, des conditions sociales défavorables qui n'ont pas de rapport avec la santé de la femme sont également considérées comme suffisantes pour interrompre la grossesse.

6 -- LES ASPECTS RELIGIEUX DES AVORTEMENTS

Le Mali est un Etat démocratique, laïc et social : chaque individu est libre de pratiquer la religion de son choix. A côté de la religion musulmane qui est majoritaire, on pratique la religion chrétienne et les religions traditionnelles. L'attitude face à l'avortement varie d'une religion à l'autre.

6.1. La religion musulmane.

L'Islam "soumission à Dieu" propose aux hommes une forme de société bien structurée basée sur la justice et l'entraide entre les hommes. L'adoration de Dieu unique seul et sans associé est la croyance sincère à la mission du Prophète Mohamed. La société musulmane est régie par la loi islamique (charia) qui réglemente minutieusement le vie du croyant.

Le Coran est un livre complet qui contient tout ce dont le croyant peut avoir besoin pour sa vie sur terre et pour l'au-delà. Cependant tous les problèmes ne sont pas traités d'une façon explicite. C'est pourquoi on a recours aux Hadiths (traduction du Prophète et aux commentaires des grands Docteurs de la foi). Néanmoins, qu'elles qu'elles soient leurs opinions pour être acceptées, elles doivent toujours s'appuyer sur les versets coraniques. L'Iman GHALTOUTE du Caire a consacré plusieurs pages d'un de ses ouvrages (Alfatawi) à la position, ou plutôt aux positions acceptables par l'Islam.

De tout ce qu'il a créé Dieu préfère les hommes, mais le Coran dit aussi "Allah n'impose à toute âme que sa capacité, à chaque âme ce qu'elle se sera acquies et contre elle ce qu'elle sera acquies" (Coran II 286).

Il y a deux cas généraux et un cas exceptionnel :

quand le foetus n'a pas encore 4 mois, Dieu a dit dans le Coran "nous avons certes créé l'homme d'une masse d'argile, puis nous l'avons éjaculé dans un réceptacle solide ; puis nous avons fait de l'éjaculation adhérence, nous avons fait de l'adhérence masse flasque, nous avons fait de la masse flasque ossature et nous avons revêtu de chair l'ossature, ensuite nous instituâmes une seconde création, bénit soit Allah le meilleur des créateurs". (Coran XXIII, 12, 13, 14).

Le commentaire de ce passage du Coran sur l'évolution du foetus nous apprend que l'âme ne descend dans le corps qu'au 121ème jour c'est-à-dire au 4ème mois. Sur la base de cette citation, les Théologiens musulmans ont adapté trois positions différentes :

- l'avortement est légal car une adhérence ou masse flasque ou un amas de chair sans âme ne représente pas encore une personne humaine.

- l'avortement est illégal car bien que sans âme le processus est déjà déclenché et le perturber serait "Haram" (formellement interdit).

- l'avortement même s'il n'est pas interdit est blâmable, car il constitue un gaspillage et Dieu n'aime pas les gaspillages.

quand le foetus a 4 mois ou plus, tous les esprits compétents sont unanimement d'accord sur l'interdiction formelle de provoquer l'avortement, car éliminer en ce moment le foetus qui a une âme constitue un crime.

Les cas exceptionnels : quelque soit le nombre de mois, si l'évolution de la grossesse menace la vie de la femme, les spécialistes compétents disent :

"Il est plus acceptable de penser d'abord à la vie de la /^{mère} pour sauver celle de l'enfant. Si par négligence, égoïsme ou intransigence on compromet la vie de la mère pour sauver celle du foetus, on commet un crime." "Dieu n'impose à une âme que sa capacité". Il ressort de ce qui précède que l'islam a un respect absolu de la vie humaine. Il vise une responsabilisation consciente des humains qui doivent toujours s'informer avant d'agir. "Il ne doit se hasarder à accomplir une action que s'il connaît les prescriptions qui s'y attachent." (Al Akhdari de l'Iman Malick). Ainsi l'islam blâme l'avortement d'une grossesse de moins de 4 mois pour ne pas donner une licence aux personnes de moeurs légères, mais accepte l'interruption d'une grossesse qui représente une menace certaine pour la vie de la femme; ou quand il y a de fortes chances que le futur enfant soit atteint de malformations monstrueuses ou souffre de tares indélébiles.

6.2. La religion chrétienne.

6.2.1. Le point de vue du catholique : la préoccupation majeure de la morale chrétienne est de viser la perfection de la morale humaine tout court; promouvoir la vraie et pleine dignité de l'homme et de l'humanité.

La conception actuelle de l'église catholique se résume à cette phrase du Concile Vatican II.

Gaudium et Spes "Dieu" seigneur de la vie, a confié aux hommes le noble ministère de la vie et l'homme doit s'en acquitter d'une manière digne de lui. La vie doit être respectée avec un soin extrême dès la conception : l'avortement et l'infanticide sont des crimes abominables".

6.2.2. Le point de vue du Protestant : le Protestantisme est basé avant tout sur l'interprétation du livre "La Bible" d'où une diversité dans l'interprétation de ce dernier.

- la qualité de la vie est plus importante que sa simple existence matérielle ; nul n'a le droit d'imposer à une mère du milieu très pauvre, abandonnée par son mari, pendant sa 11ème grossesse de mener cette dernière à terme ; si elle ne peut en assurer l'existence.
- la vraie moralité ne s'impose pas, elle doit être acceptée librement, pour être vraiment morale ; elle doit découler non pas de la peur du châtement, mais de l'amour des lois instituées par Dieu pour les biens de ses créatures. Ainsi dans le cas réel d'une fille de 12 ans, violée le jour de sa première communion par son père, déficient mental, en état d'ivresse ; presque aucun théologien protestant ne soutiendrait que cette grossesse devrait malgré tout être menée à terme contre le désir de la fillette.
- la grande majorité des théologiens protestants soutiendraient que l'avortement provoqué constitue toujours un moindre mal et que la contraception lui est infiniment préférable.

7.3. Les religions traditionnelles.

Dans nos sociétés traditionnelles, la culture et la religion, étaient inextricablement liées à tel point qu'il est artificiel de les dissocier. La grande diversité et la multiplicité des religions traditionnelles, sans parler du fait qu'elles ne semblent pas avoir une position "théorique" sur le problème de l'avortement rend une comparaison avec les religions dites révélées difficiles.

Si la primauté absolue est accordée à la vie, il semble que les avortements existent bel et bien. La preuve, l'existence de nombreuses méthodes et potions abortives traditionnelles. L'infanticide n'est pas rare.

Toutes ces religions condamnent l'avortement pour freiner un laisser aller et renforcer un respect de la vie. Mais l'avortement provoqué est accepté quand la vie de la femme est en danger ou même devant une situation sociale dramatique telle que l'inceste.

7 - ATTITUDE DU PERSONNEL SOCIO-SANITAIRE FACE A L'AVORTEMENT

L'avortement s'il est provoqué est abordé avec beaucoup de réserves, même par les agents du corps médical. Considéré comme étant un problème social, religieux et surtout juridique, l'avortement ayant des rapports avec le sexe de la femme est un tabou. Aussi, avons-nous pensé que parallèlement à notre enquête, il était utile de connaître ce que pense le personnel socio-sanitaire de ce problème.

Un questionnaire anonyme comportant douze questions est adressé à ce personnel ; malgré le nombre important de fiches distribuées, (environ 500), nous n'avons obtenu que 123 réponses dont certaines sont très ambiguës.

Les infirmiers travaillant dans les blocs opératoires (anesthésistes, aides chirurgiens) ont refusé sans explication aucune de remplir ce questionnaire. Peut être qu'ils se sentent un peu visés.

De l'analyse des fiches, nous avons retenu, que : la plupart de ceux qui ont répondu estiment que les avortements provoqués sont plus fréquents que les infanticides ; mais ceci est plus important en ville que dans la campagne (74 %).

L'avortement provoqué est plus fréquent chez les filles célibataires (73 %) que chez les femmes mariées ; chez les filles scolaires (63 %) que chez les non scolarisées.

Ce sont les infirmiers qui pratiquent le plus l'avortement clandestin (65 %).

Un nombre important estime que l'avortement doit être autorisé dans certaines circonstances, que la loi actuelle doit être changée (50 %). 21 % pensent qu'il faut maintenir la loi, 21 % pensent qu'il faut la renforcer, 8 % n'ont pas d'opinion.

Ils estiment que la loi actuelle est inefficace et non conforme aux réalités maliennes actuelles, mais que la libéralisation est dangereuse, surtout pour les services de santé qui seront trop sollicités.

Ils préconisent l'amélioration des services de Planification familiale et une éducation sexuelle adaptée.

Ils pensent qu'il faut trouver une solution malienne au problème des avortements provoqués et, estiment que l'avortement provoqué commence à devenir un problème de Santé au Mali ; sur dix priorités sanitaires classées par ordre d'importance, l'avortement revient presque régulièrement en sixième position. Voir tableau LXX.

Tableau LXX.

L o i	Etudiant	Médecin	Infir- mier	Sage-femme	Service Social	Total	%
Changée	8	18	8	16	10	60	50
renforcée	2	1	5	12	7	27	21
maintenue	6	3	2	10	6	27	21
ps d'opinion	1	1	2	3	2	9	8
Total	17	23	17	41	25	123	100

8 - PREVENTION DE L'AVORTEMENT

Il serait prétentieux de vouloir proposer des mesures visant à supprimer les avortements provoqués ; notre but est de proposer des mesures visant à diminuer le nombre croissant d'avortements provoqués, éviter les conséquences dramatiques devant/lesquelles nos moyens sont souvent limités ; et éviter autant que possible les avortements clandestins.

Pour nous, il faudrait sensibiliser tous les groupes sociaux dont le souci est d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant. Il est hors de doute que l'application de ces mesures doit être l'oeuvre d'une équipe multidisciplinaire.

8.1. Les mesures traditionnelles : il s'agit de trouver les moyens de maintenir et d'améliorer les structures déjà existantes ; en barrant le chemin à l'infiltration extérieure qui est souvent trop dangereuse. Notre étude a montré que l'avortement provoqué est plus fréquent en ville que dans la campagne ; ces campagnes sont restées conservatrices de nos traditions. Nous proposerons les mesures suivantes :

- l'éducation : elle doit viser au respect strict des traditions ; montrer les avantages. Elle doit garantir à l'enfant le respect de certaines valeurs propres à ses milieux.
- encourager les associations villageoises de jeunes en respectant les normes et les idées.
- étudier, adapter, encourager autant que possible les moyens contraceptifs traditionnels qui sont moins chers et plus acceptables par les femmes.
- éviter autant que possible l'exode rurale, en créant des structures dans les milieux ruraux ; car ces jeunes qui quittent le milieu rural pour la ville, constituent toujours un mauvais modèle à leur retour au village.

8.2. Les mesures sociales : il serait peu utile de vouloir des solutions au problème des avortements provoqués, sans proposer des aménagements de la société dans laquelle vivent ces femmes. En fait, si la société condamne les avortements provoqués, c'est elle ^{qui} semble en être responsable, les raisons souvent évoquées le montrent largement. Comme le disait l'autre :

"Avant de réclamer plus des citoyens, il faudrait apprendre à les mieux faire, à les mieux élever, à les mieux conserver."

Notre société doit créer des structures pouvant recevoir à tout moment les femmes ou les enfants dans des situations difficiles.

Nous recommanderons les mesures suivantes :

- l'éducation : l'éducation d'un enfant incombe à ses parents, puis aux structures créées pour le recevoir ; or nous assistons à une démission des parents et à une diminution du pouvoir du maître. Aussi, l'enfant laissé à lui-même est susceptible de s'engager dans toutes les voies de la dégradation des mœurs dont l'avortement est une des conséquences. Il faut parvenir à une prise de conscience des parents afin de les rendre plus responsables ; par ailleurs, il serait souhaitable :

- d'abolir les textes supprimant les châtiments corporels à l'école.

- un renforcement des pouvoirs du maître.

- une abolition des textes prévoyant le renvoi des filles mères de l'école.

- une éducation sexuelle au niveau des écoles, mais cette éducation doit être étudiée et adaptée à nos conditions, confiée à des gens compétents, elle doit s'adresser à deux groupes de jeunes séparés suivant le sexe. On précisera aussi le rôle de l'organe sexuel et les conséquences de certaines pratiques sur cet organe en particulier l'avortement.

- les mesures visant à éviter les grossesses indésirées doivent être enseignées en précisant les avantages, les inconvénients et les risques.

- la création de centres de consultation et d'aide : ces centres apporteront une aide médicale, psychologique et sociale aux femmes, elles pourront assumer leurs responsabilités.

- le statut de la femme enceinte : toutes les femmes démunies, en particulier les écolières et les étudiantes, doivent avoir un service social à leur portée, pour les protéger contre les influences qui les poussent à se faire avorter. La femme enceinte doit être protégée dans sa sécurité d'emploi, de santé et des conditions sociales et économiques.

- créer des centres d'accueil pour les enfants délaissés dans toutes les Régions. Ceci permettra de remédier aux défaillances de certains parents et de créer un milieu familial acceptable à des innés qui ont le droit de vivre.

- lutter avec énergie contre l'influence néfaste des mass media et d'autres moyens d'information. Aussi ces moyens seront utilisés pour mettre en garde les jeunes contre l'influence néfaste de certaines pratiques.

- limiter autant que possible la prolifération de certains centres dont la contribution à la dégradation de nos mœurs est sans contexte, en particulier "les boîtes de nuit."

8.3. Les mesures juridiques : l'existence de la loi actuelle, au lieu de prévenir les avortements provoqués, crée une situation dramatique dont les femmes et les formations sanitaires font les frais. Il faut d'ores et déjà repenser cette loi pour l'adapter à nos coutumes, nos conditions socio-économiques et sauvegarder autant que possible nos valeurs traditionnelles et nos moeurs.

Nous pensons qu'il faut peut être éviter la libéralisation de l'avortement ; car l'avortement est un acte chirurgical qui nécessite :

- un personnel qualifié et suffisant.
- du matériel.
- des installations géographiquement acceptables.
- un barème d'honoraires qui n'exclut personne ;
- un vaste réseau de communication permettant de faire connaître à l'ensemble de la population y compris les habitants des régions rurales ou isolées que des services sont disponibles.

L'avortement provoqué, même bien fait, a toujours des conséquences :

- possibilité de déclin de la croissance de la population.

- en Zambie, malgré la libéralisation de l'avortement, les avortements clandestins continuent.

Aussi le Mali où il y a un médecin pour 23 700 habitants, 12 hôpitaux pour une population de 7 204 101 habitants, répartie sur une superficie de 1 239 710 km², ne peut en aucune manière adopter une telle attitude.

Mais il ne faudrait pas qu'une loi continue à gêner ceux qui sont résolus à faire en toute conscience la mission de sauvegarder la vie et conserver la santé. Qu'il soit permis aux Médecins de pouvoir décider en toute conscience, en respectant leur serment devant une grossesse qui comprend l'engagement de la femme. Nous proposons :

- l'institution de l'avortement thérapeutique au Mali : Les textes et les conditions seront étudiés par une Commission multidisciplinaire comprenant des Médecins, des Magistrats, des agents du service social et des organisations politiques et populaires.

- La diminution des peines : car les peines très élevées ne sont pas appliquées ; ainsi on pourra reprimier avec toute la rigueur nécessaire tout ceux qui pratiquent l'avortement en dehors des textes arrêtés. Cela permettra au Médecin de s'occuper en toute quiétude de sa malade et les femmes éviteront de se consacrer à des personnes incompétentes.

8.4. Les mesures médicales : tous avortements, même ceux dits bien faits, ont des conséquences dangereuses. Il s'agira d'éviter autant que possible les avortements provoqués. Nous recommanderons :

- l'organisation dans les formations sanitaires de services de consultation spécialisés et permanents ayant pour rôle de s'occuper des femmes en grossesse. Il sera dispensé à ces femmes une éducation sanitaire qui s'étendra sur toutes les mesures de protection de la grossesse ; en montrant les inconvénients de toutes les manœuvres abortives sur l'appareil génital féminin.
- un service de planification familiale avec une gamme variée et riche de moyens contraceptifs, sera mis à la disposition de tous les services sanitaires susceptibles de recevoir des femmes.

Le personnel sera suffisamment formé dans ce domaine. Les femmes doivent être informées de l'existence de ces services, des différentes gammes, des avantages des inconvénients et des risques.

- toutes les femmes admises pour avortement provoqué qui ne désirent pas avoir d'enfant, doivent être soumises systématiquement à une contraception.

Nous dirons avec VAN EDME BODS :

"Quoique ce soit une vérité de La Palisse, il faut toujours redire que tout avortement provoqué est le résultat d'une grossesse non désirée et que l'on pourrait éviter la grande majorité de ces avortements par de bons moyens contraceptifs."

COMMISSIONS - 6

Nul doute que les avortements provoqués sont fréquents au Mali, ils sont plus fréquents en ville que dans la campagne, ce sont des femmes jeunes, célibataires, scolaires qui pratiquent l'avortement ; elles n'ont pas d'enfant et désirent avoir des enfants dans l'avenir.

Ces femmes utilisent très peu les moyens contraceptifs et se confient généralement à des personnes incompetentes pour l'avortement.

Les femmes Peulhs semblent faire plus d'avortements provoqués que les autres.

Si ce travail ne présente pas un nombre important d'avortements provoqués, cela est dû simplement au fait que cette pratique est illégale dans toutes les circonstances au Mali.

La rigueur de la législation renvoie les avortements provoqués dans la clandestinité, si bien que seuls les cas compliqués se confient aux formations sanitaires.

Ces avortements provoqués coûtent très cher, non seulement pour la femme, mais aussi pour les formations sanitaires ; ils constituent toujours une urgence. Pour sauver les victimes, il faut du personnel qualifié, du matériel, des installations médicales adéquates et des médicaments.

Certaines dispositions pourraient diminuer le nombre des avortements provoqués et partant l'amélioration des conséquences. Il s'agit de :

- l'élaboration des textes prévoyant l'avortement thérapeutique en indiquant les conditions et les limites.
- la modification de la loi sur l'avortement sans la libéraliser.
- la diminution des peines qui sanctionnent ceux qui seront accusés du délit d'avortement. Les peines trop lourdes sont très peu appliquées ; si nul n'est sensé ignorer la loi, ce qu'on a tendance à ignorer, c'est que l'enfant est là pour satisfaire les besoins de maternité de la femme et sans doute encore pour assurer une descendance et peut être aussi pour combler le désir occulte de survie. Mais il ^{les} faut à temps, pas trop nombreux de nos jours en bonne santé pour ne pas gêner.

- l'amélioration des services de Planification Familiale, la diversification des contraceptifs.
- l'information et l'éducation des femmes en insistant sur l'existence des méthodes contraceptives ; leurs avantages, leurs inconvénients.

On ose espérer que tous ceux qui ont le souci d'améliorer constamment la santé de la mère et de l'enfant, mettront leurs efforts ensemble pour supprimer l'aspect dramatique des avortements provoqués.

Une solution énergique doit être prise avant que le mal ne débordé le vase. Cette solution doit être conforme à nos réalités socio-économiques, à notre morale et au respect de nos coutumes et nos moeurs.

Une humanité saine, une société saine supposent une éducation aussi poussée que possible à la responsabilité personnelle et sociale.

La vraie solution morale et juridique du problème de l'avortement doit être cherchée, dans une action courageuse et soutenue, tant par les instances morales et les pouvoirs publics, en faveur de la famille, et de l'éducation à l' amour responsable.

Il faut éviter que l'avortement devienne une solution paresseuse de facilité qui arrange provisoirement quelques individus avec un idéal souvent restreint de l'humanité, mais fait du tort à la santé morale de la société et de l'humanité entière.

L'avortement se conçoit cependant dans des cas exceptionnels ou dans un contexte de conflit entre valeurs humaines dont la priorité est des plus hautes valeurs humaines que la vie de l'enfant.

10 - BIBLIOGRAPHIE

1. AVORTEMENT ET REFORME DE LA LEGISLATION, 52 p.
Cahiers Laënnec, 1971, vol. 32, n° 1.
2. AVORTEMENT (L') SPONTANE ET PROVOQUE.
Rapport d'un groupe scientifique de l'O.M.S., 54 p.
O.M.S., Série de Rapports Techniques, 1970, n° 461.
3. DAUDET J.H., ZAGO J., PICHEREAU D., PETER et EYRAND J.P.
Les complications des avortements provoqués,
Encycl. Méd. Chir. Paris Gynécologie, 476 A¹⁰, 6, 1979.
4. BARRET (Henri).
Les complications nerveuses des avortements provoqués.
Thèse Méd. Bordeaux, 1956, n° 131.
5. BARRAT J. et Ch. ARNALSTEIN.
Complications et conséquences des avortements dits "bien faits".
Rev. Prat., 24 (9) : 703-719, Fév. 1974.
6. BENJAMIN (Jean).
La conscience médicale devant l'interruption volontaire de la grossesse.
Thèse Méd. Paris Pitié-Salpêtrière, 1973, n° 105.
7. BONNEAU (Pierre Victor Albert).
Avortements thérapeutiques, avortements légaux.
Thèse Méd. Paris, 1961, n° 1009.
8. CASANOVA (Achille).
Le diagnostic de l'avortement criminel.
Thèse Méd. Strasbourg, 1928, n° 34.
9. COHEN A.
Les avortements spontanés causes et traitement.
André Cohen Jean Belarsh, 55 p.
Monographie Méd. et Scientif., 1951, n° 126.
10. Contribution à l'étude de l'avortement au Mali - Série de Journées d'étude au Centre Djoliba, Bamako 9-11 Mars 1978.
11. COOK R.J.
La législation de l'avortement dans les pays du Commonwealth par R.J. Cook, B.M. Dickens, Genève.
O.M.S., 1979, 121 p., Tabl. 25 cm.
12. DALMAT (Michael E.), JAYS FREEDMAN, NADIN BURTON.
Rapport final évaluation des services de Planning familial préparé par le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales du Mali - Septembre 1981.
13. DEMBELE M.
Séminaire inter-africain sur le planning familial.
Bamako, 16-21 Fév. 1976 Hôtel de l'Amitié.
14. DOUBLET (Roger).
L'avortement thérapeutique en face de la morale.
Thèse Méd. Bordeaux, 1932-33, n° 133.

15. DOURLEN ROLLIER (Anne Marie).
L'avortement autorisé ou défendu.
Paris, Buchet Chartel, 1965, 19 cm, 192 p.
16. DOURLEN ROLLIER (Mme A.M.).
L'avortement en France. Colloque organisé sous l'égide du mouvement français pour le planning familial.
Paris, Maloine, 1967, 21 cm, 185 p.
17. FOURNIER (Marie Brigitte Cassagneni).
L'évolution des idées dans l'interruption thérapeutique de la grossesse au CHU de Toulouse de 1959 à 1973.
Thèse Méd. Toulouse, 1974, n°90.
18. FRIBOURG (Arlette).
Avortement et stérilité avantage du curetage précoce.
Thèse Méd. Etat, Paris, 1952, n°582.
19. GIRARDIN (Jean).
Fonctionnement d'une consultation spécialisée, prophylaxie des avortements et des accouchements prématurés à répétition, résultats obtenus.
Thèse Méd. Lyon, 1957, n°142.
20. GIVORD (Cathérine).
A propos de 140 demandes d'avortement thérapeutique à Lyon de 1968 à 1972. Essai d'approche socio-psychologique.
Lyon, Association corporative des étudiants en Médecine de Lyon.
Thèse Méd. Lyon, 1973, n°70.
21. GOEFFERT (Jean Louis).
Les indications médicales de l'avortement thérapeutique.
Thèse Méd. Strasbourg, 1967, n°92.
22. IZARD (Jacques).
Gravité actuelle de l'avortement provoqué.
Thèse Méd. Toulouse, 1969, n°37.
23. LAURIE S. LISKEN M.A.
Complications de l'avortement dans les pays en développement.
Population Reports série F, n°7 Baltimore Maryland Johns Hopkins University.
Population information program mars 1981, 50 p.
24. LEBECQ (Maurice).
Embolie gazeuse coronarienne post abortum (à propos de 10 observations françaises).
Thèse Méd. Paris, 1967, n°135.
25. LE CHAU (Guy).
A propos de quelques indications actuelles de l'avortement thérapeutique.
Thèse Méd. Paris, 1962, n°884.
26. LE CORRE (Hervé).
L'avortement thérapeutique chez les cardiaques. A propos de 27 cas pratiqués à la maternité de l'hôpital Laubrisière Verneuil sur Avre.
Thèse Méd. Paris, Broussai Hôtel-Dieu 1972, n°87.

27. LEGRAND (Jean Paul Charles Marie).
Etude statistique des décès par avortement observés à l'Institut Médico-Légal de Paris de 1939 à 1959.
Thèse Méd. Paris, 1960, n° 112.
28. MAÏGA (Mariam Djibrilla).
Contribution des activités de planification à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant en milieu rural au Mali.
Thèse Méd. Bamako, 1977, n° 7.
29. MAOUCHE (Mabrouck).
L'avortement provoqué : les aspects médico-sociaux à propos de 66 observations.
Thèse Méd. Algérie, 1971, n° 30.
30. MIELOT (Geneviève) née MEDARD.
Etude de 57 cas d'avortements spontanés ; proposition d'une conduite à tenir.
31. MONDOR (H.).
Les avortements mortels.
Paris, Masson, 1936 in 8, 445 p. fig.
32. MONPIN (Raymond André).
L'avortement provoqué dans l'antiquité.
Thèse Méd. Paris, 1910, n° 111.
33. MORVAN (Jean Claude).
Morts subites et accidents neurologiques des avortements criminels.
Thèse Méd. Paris, 1966, n° 11.
34. MINISTERE DE LA JUSTICE DU MALI.
Code Pénal (Loi n° 99/AN-RM du 3 août 1961).
Assistance judiciaire Loi n° 103/EN-RM du 18 août 1981.
Imprimerie Nationale du Mali, Koulouba, 93 p.
35. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES.
Expérience des soins de santé primaires (Comité mixte OMS-UNICEF, juin 1980, 83 p.
36. MERIC (Georges).
Les insuffisances rénales aiguës du post abortum (A propos de 27 observations d'avortements traumatiques).
Thèse Méd. Lyon, 1957, n° 129.
37. N'DIAYE (Bocar).
Groupes ethniques au Mali. "Collection Hier".
Edition Populaire Bamako, 1970, 457 p.
38. RUSHWAN (Hamid).
Epidémiological analysis and reproductive characteristic of incomplete abortion patients in Khartoum.
The Sudan.
J. biosoc. Sci. (1979), 11, 65-75.
39. SAMAKE (Faran).
Séminaire inter syndical sur la planification familiale 17-25 mai 1975. Bamako.

40. SAVELLI (François Jean).
Position actuelle de la législation française à l'égard de l'avortement provoqué.
Thèse Méd. Marseille, 1939, n° 111.
41. SEGUY (Bernard).
Les complications de l'avortement : étude de 1000 cas observés à la maternité de Port-Royal de 1958 à 1961.
Thèse Méd. Paris, 1963, n° 450.
42. LIGAN (Gisèle).
L'avortement clandestin.
Famille et développement 1979, (18) : 27-43.
43. VERDANT (A.).
Etude médico-légale de l'avortement.
Thèse Droit, Dijon, 1942, s/n°.
44. VIDAL (J.).
Le droit à l'avortement essai de critique médicale et sociale.
Préf. de Mr. le Prof. Audebert.
Paris, Maloine, 1908, 21 cm, 138 p.
45. TRAORE (M.L.), SALL (B.), DOUMBIA (A.).
Les avortements criminels à Bamako : quelques aspects médico-légaux.
Mali-Médical, 1976, (2) : 14-18.
46. ZIMMERMAN (M.).
Droit et pratique de l'avortement.
Population reports serie E n° 3 Washington DC, George Washington University Medical Center Population Information Program, juin 1977, 19 p.
47. BOYAVAL (Delcroix A.), M. DELCROIX, D. QUERLEU, J. DELCOQ, G. DELAHOUSSE ET G. CREPIN.
Les complications gynécologiques après interruption volontaire de grossesse : Etude de 88 dossiers.
Gynécologie 1980, 31, (3) : 206-212.

SERMENT D'HYPPOCRATE

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

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

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

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

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

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.
