



ROYAUME DU MAROC  
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE  
FES



Année 2017

Thèse N° 097/17

# L'AVORTEMENT NON MEDICALISÉ ( a propos de 451 cas )

THESE  
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 17/05/2017

PAR  
Mlle. ZENNOUHI Hind  
Née le 09 Avril 1991 à Oulmes

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Avortement - Non médicalisé - Complications - Contraception

JURY

M. MELHOUF MOULAY ABDELILAH .....	PRESIDENT
Professeur de Gynécologie Obstétrique	
M. BOUKAIDI LAGHZAOUI OMAR .....	RAPPORTEUR
Professeur agrégé de Gynécologie Obstétrique	
M. LABIB SMAEL.....	} JUGES
Professeur agrégé d'Anesthésie réanimation	
Mme. FDILI ALAOUI FATIMA ZOHRA.....	
Professeur agrégé de Gynécologie Obstétrique	

# SOMMAIRE

---

SOMMAIRE.....	1
LISTE DES FIGURES .....	5
LISTE DES TABLEAUX .....	6
LISTE DES ABREVIATIONS.....	7
INTRODUCTION .....	8
OBJECTIFS DE L'ETUDE .....	11
A. Objectif général .....	12
B. Objectifs Spécifiques .....	12
GENERALITES.....	13
1) Embryologie de la grossesse.....	14
2) Rappel historique .....	17
3) Définitions .....	20
4) L'avortement et l'Islam .....	22
MATERIELS ET METHODES.....	25
RESULTATS .....	30
I) Etude épidémiologique .....	31
1. Fréquence .....	31
2. L'âge .....	31
3. Le niveau socio-économique .....	32
4. Répartition géographique des patientes .....	32
5. Niveau d'instruction .....	33
6. Profession des patientes .....	33
7. Situation matrimoniale.....	34
II) Antécédents gynéco-obstétriques.....	34
III) Les lieux et la qualification des prestataires de l'avortement .....	37
IV) Les moyens abortifs utilisés .....	38

V) Etude clinique .....	39
1. Mode d'admission .....	39
2. Motif de consultation.....	40
3. Statut de vaccination .....	40
4. Examen physique .....	41
5. Examens complémentaires .....	42
6. Les complications.....	44
7. Prise en charge thérapeutique.....	45
DISCUSSION ET COMMENTAIRES .....	46
I) L'avortement et la loi marocaine .....	47
II) Les lois sur l'avortement dans le monde .....	49
III) Incidence mondiale.....	51
IV) La raison profonde de l'avortement non médicalisé.....	55
V) Etude épidémiologique .....	58
1. L'âge .....	58
2. Niveau de scolarisation.....	60
3. Situation matrimoniale.....	61
VI) les antécédents gynéco-Obstétricaux des patientes avortées .....	62
1. La gestité .....	62
2. La parité.....	63
3. L'âge gestationnel au moment de l'avortement .....	63
4. Le nombre d'avortement non médicalisé dans les antécédents .....	64
5. L'utilisation des méthodes contraceptives .....	64
VII) Etude clinique.....	65
1. Circonstances de découverte .....	65
2. Motif de consultation.....	65

---

3. Examen physique .....	66
4. Les examens complémentaires .....	66
5. Diagnostic différentiel .....	67
6. Les complications .....	68
A. Les complications immédiates.....	69
a. L'hémorragie .....	69
b. La perforation .....	70
B. Les complications à moyen terme .....	72
1. Les infections.....	72
a. les complications infectieuses générales .....	72
b. les complications infectieuses locorégionales .....	75
c. les complications infectieuses locales.....	78
C. les complications tardives .....	79
D. les intoxications .....	81
7. Prise en charge thérapeutique .....	85
VIII) les prestataires de l'avortement non médicalisé .....	91
IX) les lieux de l'avortement non médicalisé.....	92
X) les moyens abortifs utilisés .....	92
XI) Quelles solutions ? .....	94
CONCLUSION.....	96
RECOMMANDATIONS .....	99
RESUMES .....	101
BIBLIOGRAPHIE .....	105

## LISTES DES FIGURES

- Figure n°1 : Répartition des patientes par tranche d'âge
- Figure n°2 : Répartition des patientes selon le niveau socio-économique
- Figure n°3 : Répartition géographique des patientes
- Figure n°4 : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction
- Figure n°5 : Répartition des patientes selon la profession
- Figure n°6 : Répartition des patientes selon la situation matrimoniale
- Figure n°7 : Répartition des patientes selon l'utilisation de méthodes de contraception
- Figure n°8 : Répartition des patientes selon la gestité
- Figure n°9 : Répartition des patientes selon la parité
- Figure n°10 : Répartitions des patientes selon l'âge gestationnel au moment de l'avortement
- Figure n°11 : Les lieux et la qualification des prestataires de l'avortement non médicalisé
- Figure n°12 : Répartition des patientes selon le mode d'admission
- Figure n°13 : Les motifs à la consultation dans notre formation hospitalière
- Figure n°14 : Répartition des patientes selon l'état général
- Figure n°15 : Les traitements alloués aux patientes avortées

## LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1 : Les différents moyens qui ont servis à l'avortement non médicalisé
- Tableau 2 : Résultats de l'examen au spéculum
- Tableau 3 : les complications secondaires à l'avortement non médicalisé
- Tableau 4 : Légalité de l'avortement en 2015
- Tableau 5 : La fréquence de l'AVNM selon les auteurs
- Tableau 6 : Comparaison de l'âge moyen des patientes selon les différentes séries
- Tableau 7 : La gésité selon les auteurs
- Tableau 8 : La parité selon les séries
- Tableau 9 : Les motifs de consultations selon les auteurs
- Tableau 10 : Les complications immédiates selon les séries
- Tableau 11 : Les complications à moyens terme selon les auteurs
- Tableau 12 : Les traitements alloués aux patientes avortées selon les auteurs
- Tableau 13 : Les prestataires de l'avortement non médicalisé selon les séries

## LISTE DES ABREVIATIONS

AEU	: Aspiration endo-utérine
ATCD	: Antécédent
AVNM	: Avortement non médicalisé
AVS	: Avortement spontané
DDR	: Date des Dernières Règles
GEU	: Grossesse extra-utérine
HCG	: Hormone chorionique gonadotrophique
IEC	: Information Education Communication
IPPF	: Fédération internationale pour le planning familial
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles.
IVG	: Interruption volontaire de la grossesse
IVG	: Interruption Volontaire de Grossesse
NFS	: Numération de la formule sanguine
NSE	: Niveau socio-économique
OMS	: Organisation mondiale de la santé
PF	: Planification familiale
SA	: Semaine d'aménorrhée
SAT	: Sérum antitétanique
SR	: Santé reproductive
TV	: Toucher vaginal
VIH	: Le virus de l'immunodéficience humaine



# INTRODUCTION

L'avortement non médicalisé ou illégal est défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme une procédure peu sûre d'interruption de grossesse non désirée, réalisée par des individus sans qualifications nécessaires et/ou dans un environnement en dehors des normes médicales minimales exigibles [1]. À cette notion médicale, s'ajoute la dimension juridique liée à la réalisation d'un acte en dehors du cadre légal prévu par la loi. L'avortement illégal met donc en danger principalement des femmes dans les pays en voie de développement où l'avortement est quelquefois fortement limité par la loi et dans les pays où, bien que légalement autorisée, l'interruption volontaire de grossesse n'est pas facilement accessible. Dans ces conditions, les femmes confrontées à de telles contraintes procèdent à des avortements par des circuits illégaux, peu sûrs et dangereux médicalement avec, quelquefois, un risque de décès dont les taux sont variables selon les régions du monde. Au niveau mondial, on estime le nombre d'avortements illégaux à 21—22 millions par année, avec une tendance à l'augmentation [1]. Même si la situation tend à s'améliorer avec une baisse constante, environ 47 000 femmes meurent encore chaque année de ces pratiques. Cela représente près de 13 % des morts maternelles [1].

Les causes principales de décès sont : l'hémorragie, l'infection, les complications iatrogènes liées aux intoxications graves dues aux différentes substances employées pour induire l'avortement dans ces conditions [1,2]. Dans plus de 97 % des cas, ces avortements illégaux ont lieu dans les pays en voie de développement [1,2]. Malgré ces chiffres alarmants, l'avortement non médicalisé demeure un problème de santé publique négligé dans beaucoup de pays. La disparité existant dans la plupart des domaines de la santé entre pays pauvres et pays industrialisés se retrouve aussi dans celui des avortements illégaux.

En effet, l'avortement légal dans les pays industrialisés est un acte sûr, réalisé dans des conditions maximales de sécurité médicale avec une morbidité faible et une mortalité quasi nulle.

Notre étude rétrospective étalée sur une période de cinq ans du premier janvier 2009 au 30 décembre 2014, à travers 451 dossiers, au service de gynécologie obstétrique à l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès consiste à réaliser un inventaire épidémiologique et clinique de ces pratiques pour relever les sites d'interventions afin d'atténuer au mieux les complications qui en résulte.

# OBJECTIFS

# DE L'ETUDE

## A. Objectif principal :

Etudier l'avortement non médicalisé au service de gynécologie obstétrique à l'hôpital Militaire de Meknès et comparer nos résultats à la littérature

## B. Objectifs spécifiques

- Etudier le profil épidémiologique des patientes avortées
- Déterminer la fréquence des complications de l'avortement non médicalisé
- Dévoiler les lieux et les prestataires de l'AVNM
- Déterminer les moyens abortifs utilisés
- Déterminer le mode d'admission et le motif de consultation
- Identifier les raisons profondes de l'AVNM
- Insister sur la nécessité de la mise en place d'une éducation sexuelle de qualité, des services de PF et de SR, et l'accès à des moyens contraceptifs de qualité afin de prévenir et réduire les AVNM ; la morbidité et la mortalité maternelles associées chez les jeunes.

# GENERALITES

## 1) Embryologie de la grossesse

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

- L'ovule est une cellule haploïde qui a terminé sa première division juste avant l'ovulation avec expulsion du premier globule polaire. Le spermatozoïde est une cellule haploïde munie d'un flagelle qui lui permet de se déplacer.

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

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

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

### 1.2. Le développement de l'œuf :

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

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

Cette migration est sous l'influence :

- Des hormones ovariennes.
- Des mouvements péristaltiques de la trompe.
- Des mouvements des cils vibratiles de l'épithélium tubaire.

On observe alors des petites cellules : les micromères qui entourent les grosses cellules appelées macro mères : c'est le stade de morula constitué de

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

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

b. La deuxième semaine :

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

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

Constituant un disque didermique au sein du quel apparaît le cœlome embryonnaire qui est constitué d'un tissu mésenchymateux. Ensuite il y a formation du lecitocèle ou cavité vitelline à la partie profonde de l'endoblaste ; alors qu'entre le cytotrophoblaste et l'ectoblaste s'est déjà creusée la cavité amniotique.

c. La troisième semaine :

Le disque embryonnaire didermique se transforme en un disque tri dermique avec la mise en place du mésoblaste. Le système nerveux commence à se différencier à partir de l'ectoblaste. Les premiers îlots sanguins primitifs apparaissent dans le mésenchyme extra embryonnaire. Le diverticule allantoidien de nature endoblastique se forme à l'union de la partie caudale du disque et du lecitocèle secondaire. Les gonocytes font leur apparition dans le mésenchyme extra embryonnaire.



d. La quatrième semaine :

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

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

e. Entre la quatrième et la huitième semaine :

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

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

f. Le deuxième mois :

La morphologie de l'embryon se transforme par développement des membranes, des oreilles des yeux, du nez, de toutes les membranes. La fin de cette période est marquée par la disparition du cœlome externe, effacé par le développement de la cavité amniotique. Seul persistera les vaisseaux sanguins appelés désormais vaisseaux ombilicaux. A la fin du deuxième mois l'embryon

prend le non de fœtus et on passe de la phase embryonnaire à la phase fœtale. Le fœtus mesure 3 centimètres et a déjà une apparence humaine.

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

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

## 2) Rappel historique

Tout au long de l'histoire, les femmes ont eu recours à l'avortement pour mettre fin aux grossesses non désirées [3].

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

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

En Rome antique, l'avortement se faisait avec des produits pris par voie orale (d'ordinaire des purgatifs forts), des injections (souvent des produits caustiques) et le curetage. Hippocrate aurait conseillé à une femme de sauter en l'air en se frappant les hanches de ses talons pour provoquer l'avortement. [4] [5]

Les lois relatives à l'avortement ont pour but de combattre le fléau qu'est l'avortement. Pour ce faire, certains pays ont libéralisé cette pratique afin de médicaliser sa pratique dans le but d'en minimiser les effets délétères. [6]

Par exemple [7]:

En Allemagne : en 1995, afin d'harmoniser les lois relatives à l'avortement qui étaient en vigueur dans les anciennes Républiques d'Allemagne de l'Est et de

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

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

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

Au Burkina-Faso : en 1996, le Burkina-Faso a amendé son code pénal pour permettre l'avortement à tous les stades de la grossesse quand la vie ou la santé de la femme est en danger et en cas de malformation fœtale grave. L'avortement est également autorisé pendant les 10 premières semaines de la grossesse en cas de viol ou d'inceste.

D'autres pays trouvent par contre la libéralisation de l'avortement moins avantageuse que sa restriction, c'est le cas du Salvador et de la Pologne qui ont durci leur loi relative à l'avortement depuis 1994. [7]

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

Le Salvador : le Salvador a amendé son code pénal en 1997, pour éliminer toutes les exceptions à l'interdiction de l'avortement. En vertu de la loi antérieure, l'avortement était autorisé pour protéger la vie de la femme quand la grossesse résultait d'un viol ou en cas de risque substantiel de malformation fœtale [7].

La Pologne : une loi libéralisant l'avortement a été invalidée en 1997 par la cour constitutionnelle polonaise, qui a décrété que cette loi contrevenait à la protection du droit à la vie de « l'enfant conçu », garanti par la constitution.

L'avortement en Pologne est autorisé pour trois motifs : quand la grossesse met en danger la vie et la santé de la femme en cas de présomption justifiée que la grossesse résulte d'un acte criminel et en cas de malformation fœtale. [7]

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

### 3) Définitions

#### 3.1. L'avortement :

L'avortement est l'interruption de la grossesse avant que le fœtus ne soit viable, c'est-à-dire capable de mener une vie extra utérine indépendante [8]. C'est théoriquement l'expulsion du fœtus avant le 180ème jour de grossesse (soit 28 semaines d'aménorrhée) [9]. Les progrès de la réanimation et de la prise en charge néonatale ont fait en sorte que la limite fut abaissée ;

#### 3.2. L'avortement Spontané :

C'est l'avortement qui survient de lui-même en dehors de toute entreprise locale ou générale volontaire. C'est également l'interruption involontaire de la grossesse avant la viabilité fœtale. Soit 22 semaines d'aménorrhée ou de tout fœtus dont le poids est inférieur à 500 grammes [9].

#### 3.3. L'avortement provoqué :

C'est l'IVG sans nécessité médicale ; suite à des manœuvres instrumentales, d'actions médicamenteuses ou traumatisantes. [9].

#### 3.4 L'avortement thérapeutique :

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

##### 3.4.1. Eugénique :

C'est lorsqu'il existe une malformation fœtale reconnue ou suspectée.

### 3.4.2. Il peut se faire pour sauvetage maternel :

si l'évolution de la grossesse engendrera un risque majeur pour la santé ou la vie de la mère [9].

### 3.5. L'avortement non médicalisé :

Selon L'OMS : Il est défini comme : « une intervention visant à interrompre une grossesse non désirée soit par des personnes qui ne possèdent pas les compétences nécessaires soit dans un contexte où les conditions sanitaires minimales n'existent pas ou les deux à la fois » [10].

### 3.6. L'avortement à répétition :

Selon L'OMS c'est la survenue de deux AVS ou plus ; consécutifs chez la même patiente [11-12]

#### 4) L'avortement et l'Islam :

Dans l'Islam, l'embryon est considéré comme un être humain quand il a reçu le souffle divin. Dans le Coran, il est précisé que la femme divorcée doit attendre 90 jours avant de se remarier [13]. La femme devenue veuve devra attendre 130 jours, avant de se remarier, afin d'éviter la confusion de paternité [14].

Donc implicitement, le Coran accorde une marge de 90 à 130 jours soit trois mois à quatre mois et dix jours, période pendant laquelle le fœtus prend forme humaine. Au travers de ces versets du Coran et se basant sur un Hadith du prophète Mohamed et dans lequel il est dit que Dieu a insufflé « el rouh » c'est-à-dire la vie, à trois mois et une semaine, on peut conclure que la réalité de la personne humaine se situe dans l'embryon dans la première semaine du quatrième mois soit au centième jour de la grossesse.

Il est donc possible de distinguer deux attitudes, selon que le fœtus est âgé de plus ou de moins de 120 jours.

##### *Chez le fœtus âgé de plus de 120 jours*

Les oulémas (savants) des quatre rites connus de l'Islam sont unanimes pour dire qu'il est absolument interdit de pratiquer l'avortement, qu'il soit provoqué par la mère ou une tierce personne. Il s'agit en effet d'une atteinte à la vie sacrée d'un être humain. Le Coran stipule : « N'attendez pas à la vie de votre prochain, que Dieu a déclaré sacrée, sauf pour juste raison » [15].

Deux cas sont possibles : ce cas l'avortement est passible de la ghorra (amende équivaut à 8986 euros) en plus des peines corporelles ; soit que le fœtus est né vivant mais meurt par la suite, l'avortement est alors passible de la dya (amende équivaut à 179712 euros) avec aggravation des peines corporelles [16].

*Chez le fœtus âgé de moins de 120 jours*

Il existe une divergence d'avis juridiques dans le cas où la vie n'aurait pas encore été insufflée à l'embryon. Certains oulémas tolèrent l'avortement volontaire à ce stade, d'autres non. En tout état de cause, l'avortement est interdit au-delà du quarantième jour de grossesse, date du début de la formation des parties du corps et des organes comme indiqué dans la Sunna (seconde source législative de l'islam après le Coran. Elle englobe tout l'enseignement du prophète Mohammed, en particulier, ses dires, ses actes, ses approbations explicites ou implicites, ses désapprobations et ses délaissements de certains actes). En effet, le prophète Mohammed a dit : « passés 40 jours de grossesse, un ange envoyé de Dieu vient modeler la goutte séminale ; il pourvoit de l'ouïe et de la vue, la munit d'une peau, de la chair et des os, puis demande au Seigneur de quel sexe sera ce nouvel être. Alors Dieu décrète sa sentence » [17].

Au-delà de cette période, toute atteinte à l'embryon est donc un attentat contre une vie humaine, c'est-à-dire, un crime au regard de la loi Islamique. Il s'ensuit que ni les parents ni les médecins n'ont le droit de pratiquer un avortement après 40 jours de grossesse, car cela constituerait à la fois un péché et un crime qui impose le paiement du prix du sang. Si la grossesse ne remonte pas à plus de 40 jours, des divergences existent en matière d'avortement préventif entre les oulémas des quatre rites connus. On peut résumer leur point de vue à ce sujet en deux attitudes juridiques :

La première interdit l'avortement dès la conception, c'est ce que soutiennent les malikites, l'imam Ghazali et quelques hanafites ; la seconde le permet tout au long des 40 premiers jours, c'est ce qu'avancent les chafiites, la majorité des hanafites et les hanbalites. Seulement cette permission revêt chez la majorité un caractère de répugnance et elle doit être soumise à certaines conditions,



dont notamment l'accord des deux conjoints, l'accomplissement de l'avortement par deux médecins compétents, justes, pieux et dignes de foi qui certifient le caractère non préjudiciable à la santé de la femme enceinte. Ainsi, on ne doit recourir à l'avortement que pour des raisons valables en étudiant chaque cas. La foi de la patiente et du médecin, ainsi que leur piété, doivent rester en vigilance lors de la prise de décision. En revanche, quand il n'y a aucune excuse sérieuse, la première attitude doit être mise en application [16].

# MATERIEL

# ET METHODES

## I) Matériel :

Nous avons enregistré 451 cas de patientes ayant été victimes d'avortement non médicalisé sur 12040 grossesses prises en charge au service gynéco-obstétrique à hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès.

Cette étude est rétrospective basée sur :

- Les registres de transfusion
- Les comptes rendu opératoires
- Les dossiers d'hospitalisation

## II) Période de l'enquête :

L'étude a porté sur la période du premier janvier 2009 au 30 décembre 2014 soit une période de cinq ans.

## III) Critères d'inclusion :

Toute patiente admise dans le service pour les complications d'avortement chez qui le caractère non médicalisé a été retenu et dont la prise en charge a eu lieu dans le service.

## IV) Critères de non inclusions :

Les cas de complications d'AVS et Les femmes admises pour autre motif de consultation n'ont pas été inclus

## V) Méthodes :

Le recueil des informations a été réalisé au moyen d'une fiche d'exploitation standardisée anonyme, les données recueillies ont été ensuite codées, saisies à l'aide du logiciel Excel Microsoft Office, puis validées pour être analysées par le logiciel Epi info version

## FICHE D'EXPLOITATION

### I-Identité

Nom et prénom :

Adresse :

### II-situation matrimoniale

Mariée

Célibataire

### IV- Niveau d'instruction

Non instruites

Niveau primaire

Niveau secondaire

### V-Histoire de l'avortement

1-Age gestationnel à partir de DDR :  (1=connue ,2= inconnue)

2- ATCD d'avortement non médicalisé : oui  non

3- Lieu où l'avortement a été effectué : Domicile  Cabinet privé

4- Auteurs de l'avortement : accoucheuses traditionnelles

Infirmiers, médecins généralistes

Eux-mêmes

5- Méthodes abortives utilisés :

7- Mode d'admission : Urgences  Référées

## VI Motif de consultation :

## VII Antécédents :

•Antécédents personnels :

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux

Antécédents gynéco-obstétricaux :

parité :

Gestité

Contraception : oui

Non

•Antécédents familiaux :

## VIII-Examen clinique :

1. Examen général :

Etat général :

Conjonctives :

Tension artérielle :

Pouls :

Abdomen : (1- souple, 2 - tendu, 3 -contracture ,4 - défense)

2. Examen gynécologique :

Toucher vaginal : col fermé  col ouvert

Examen au spéculum :

(, 1- leucorrhée, 2-métrorragie, ,3-Autre)

3. Examens complémentaires :

NFS

Groupage sanguin

Echographie abdominopelvienne

4. Complication :

(1- rétention trophoblastique,2-anémie aigue, 3-hémorragie,4-plaie cervico-vaginale,  
5-brulure chimique,6-plaie intestinale,7-endométrite,8-péritonite,9-Abcés  
pelvien,10-Autres)

### IX- Prise en charge

Remplissage vasculaire éventuel

Evacuation utérine curetage /aspiration

Traitement médical reçu :

§ Antibiothérapie

§ Syntocinon

§ SAT

§ Anti-D

Traitement chirurgical :

# RESULTATS

## I) Etude épidémiologique :

### 1. Fréquence :

Du premier janvier 2009 au 30 Décembre 2014 nous avons enregistré 451 cas de patientes ayant été victimes d'un AVNM sur 12040 grossesses prise en charge au service de gynécologie-obstétrique à l'hôpital militaire Moulay Ismail Meknès soit une fréquence de 3,74%

### 2. L'âge :

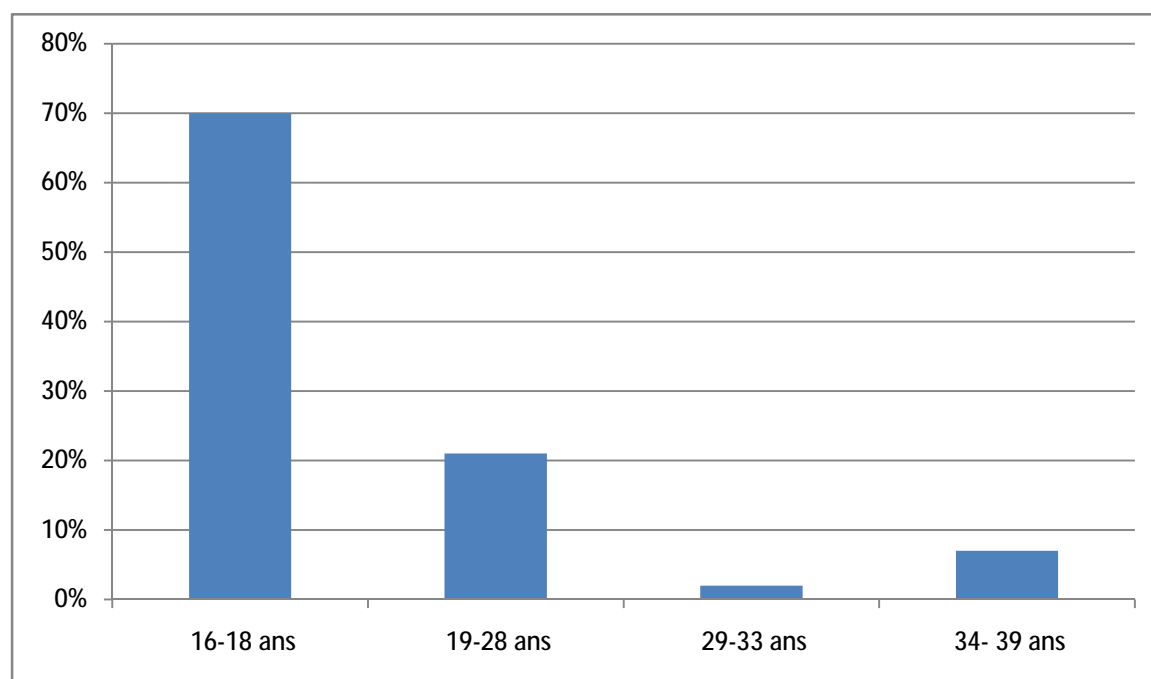


FIGURE 1 : Répartition des patientes avortées selon l'âge Age moyen : 17 ans.



### 3. Le niveau socio-économique

Les couches sociales défavorisées formaient le premier groupe victime de l'avortement non médicalisé.

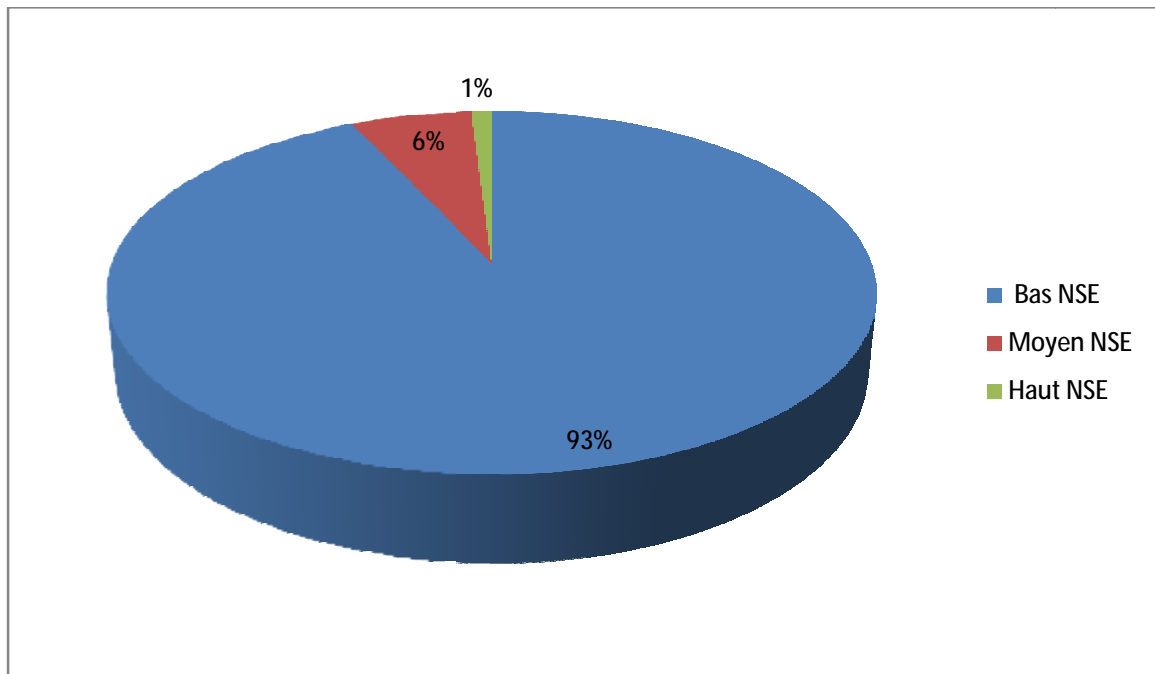


FIGURE 2 : Répartition des patientes selon le niveau socio-économique

### 4. Répartition géographique des patientes :

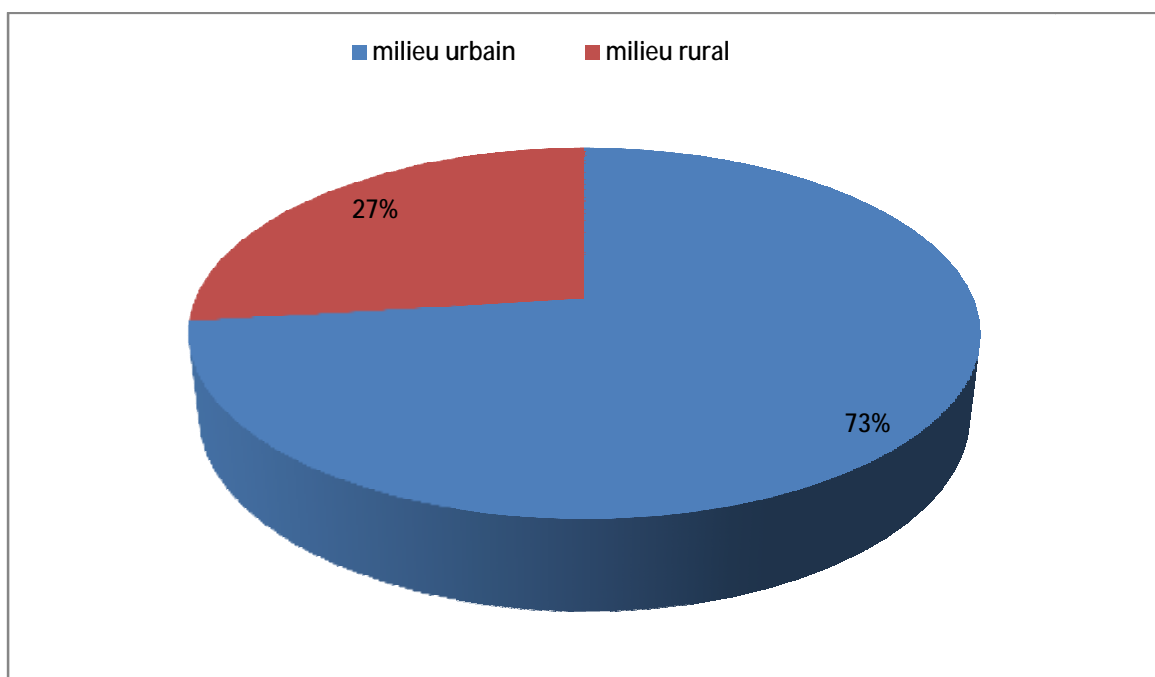


FIGURE 3 : Répartition géographique des patientes

5. Niveau d’instruction :

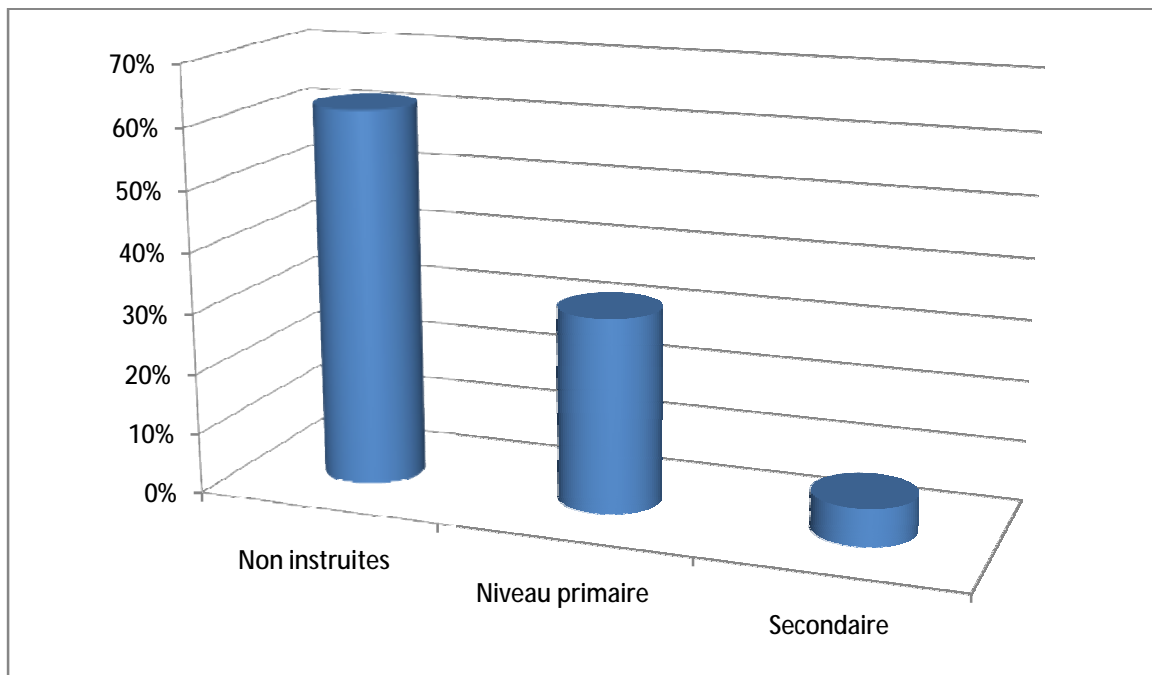


FIGURE 4: Répartition des patientes selon le niveau d’instruction

6. Profession des patientes :

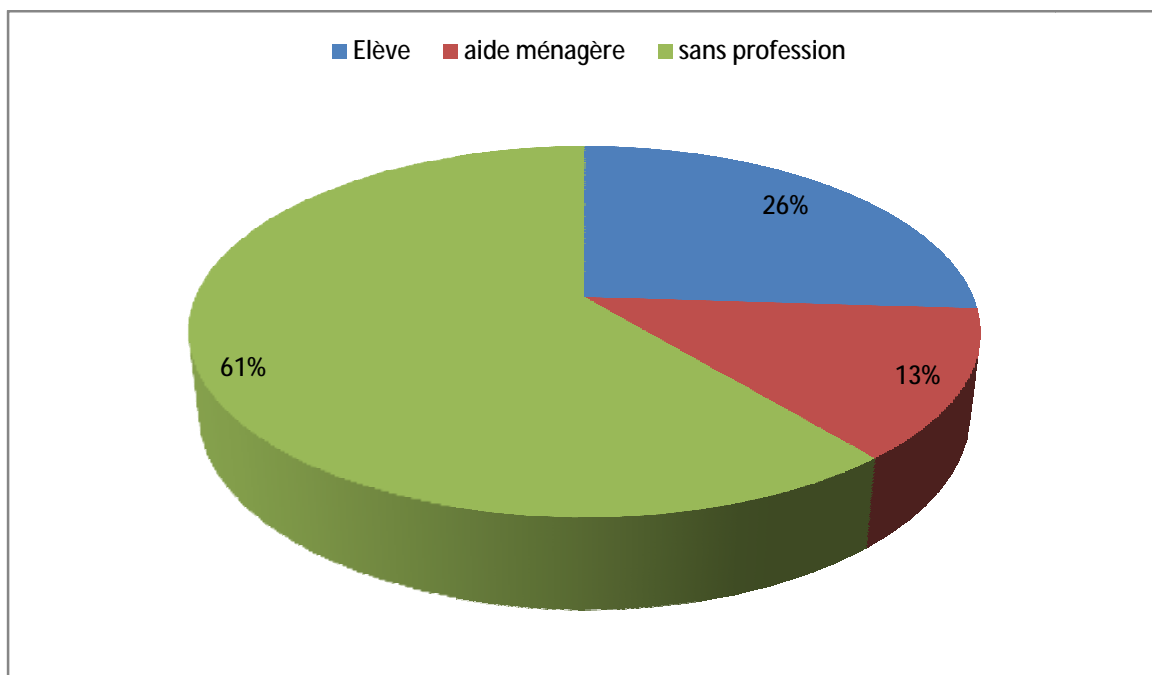


FIGURE 5: Répartition des patientes selon la profession

## 7. Situation matrimoniale:

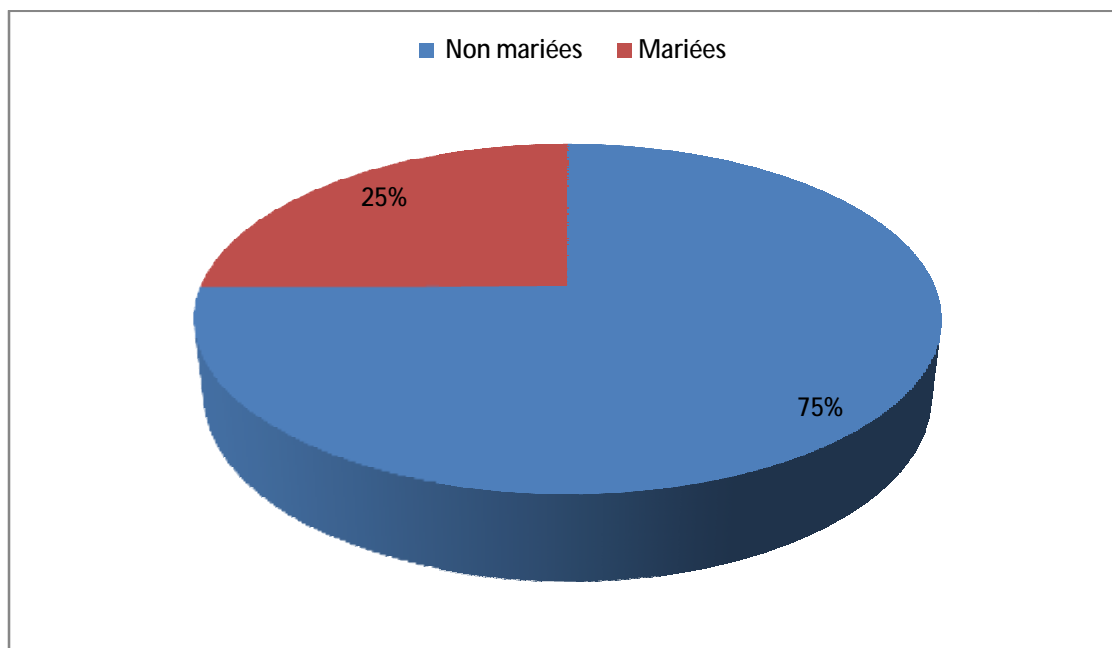


FIGURE 6 : Répartition des patientes selon la situation matrimoniale

## II) Antécédents gynéco-obstétrique

### 1. L'utilisation de méthodes contraceptives :

Dans notre série seulement 11% des patientes étaient sous contraception orale sans pouvoir préciser le type de contraception.

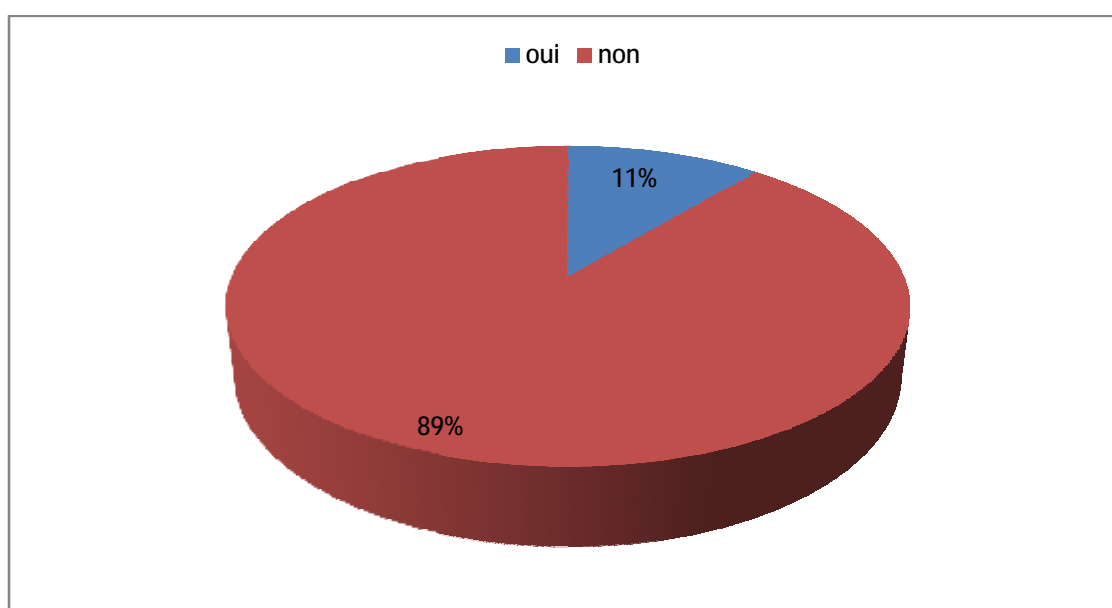


Figure7 : Répartition des patientes selon l'utilisation de méthodes contraceptives

## 2. Géstité :

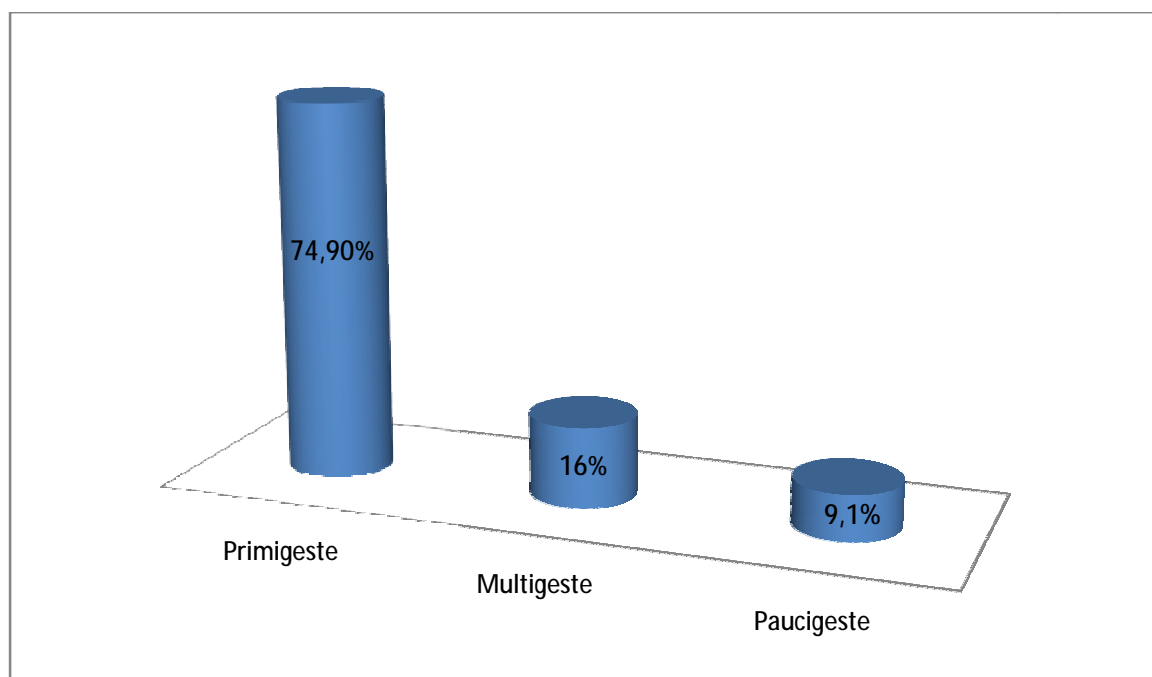


FIGURE 8 : Répartition des patientes selon la géstité

## 3. La parité :

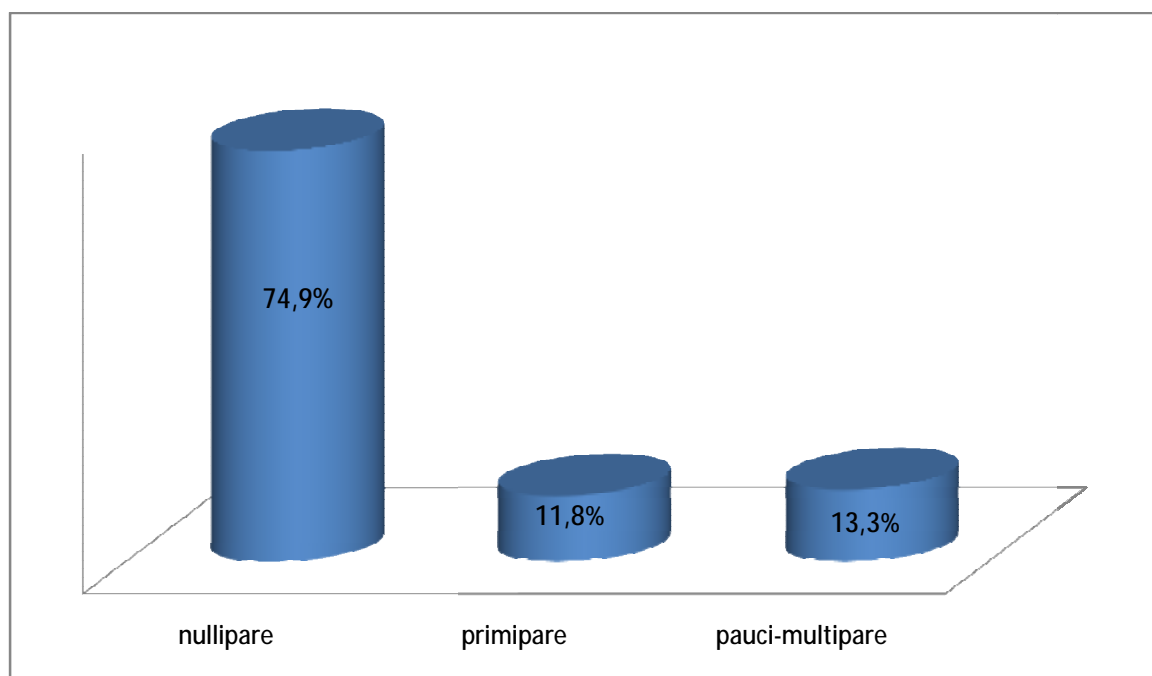


FIGURE 9 : Répartition des patientes selon la parité

#### 4 .Age gestationnel au moment de l'avortement :

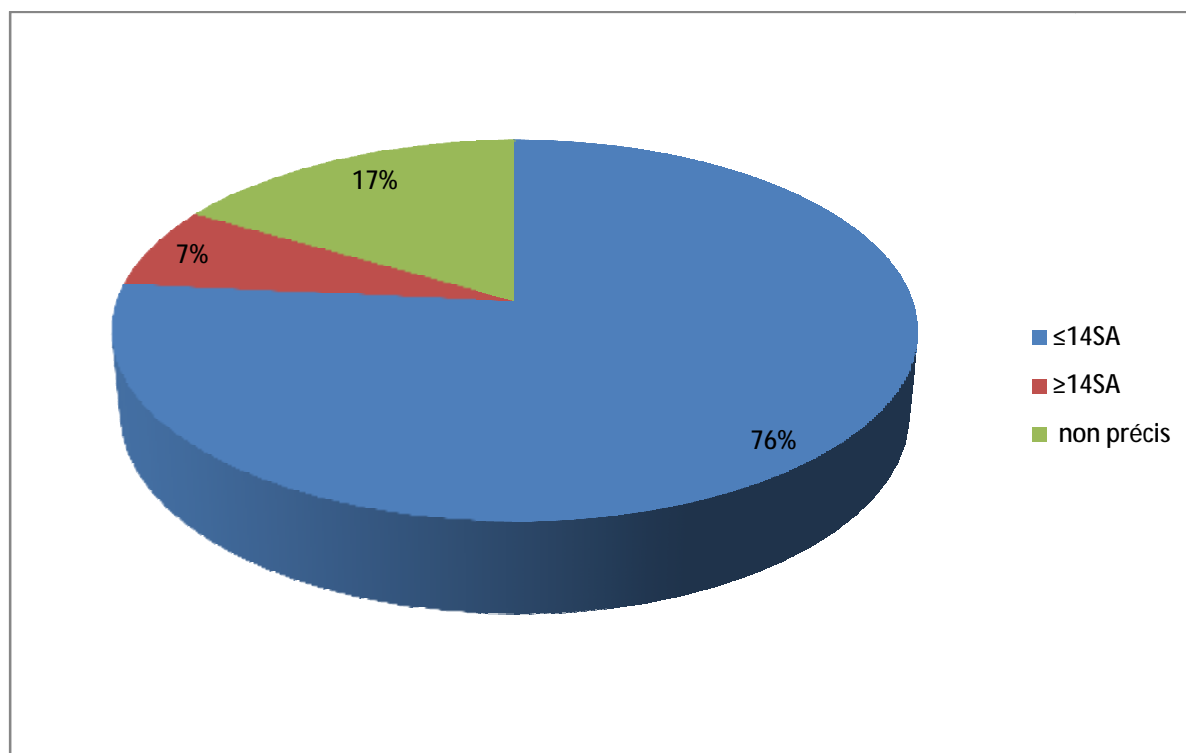


FIGURE 10 : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel au moment de l'avortement

### III) les lieux et la qualification des prestataires de l'avortement :

La majeure partie des avortements se sont passés à domicile (295 patientes soit 65,41%), pratiqués par des accoucheuses traditionnelles dans des conditions déplorable. 106 patientes (23,51%) ont avortées dans des infirmeries de quartier ou des cabinets privés par du personnel non qualifié (infirmiers, médecins généralistes) .50 patientes (11,08%) ont eux-mêmes utilisé des procédés pour l'avortement.

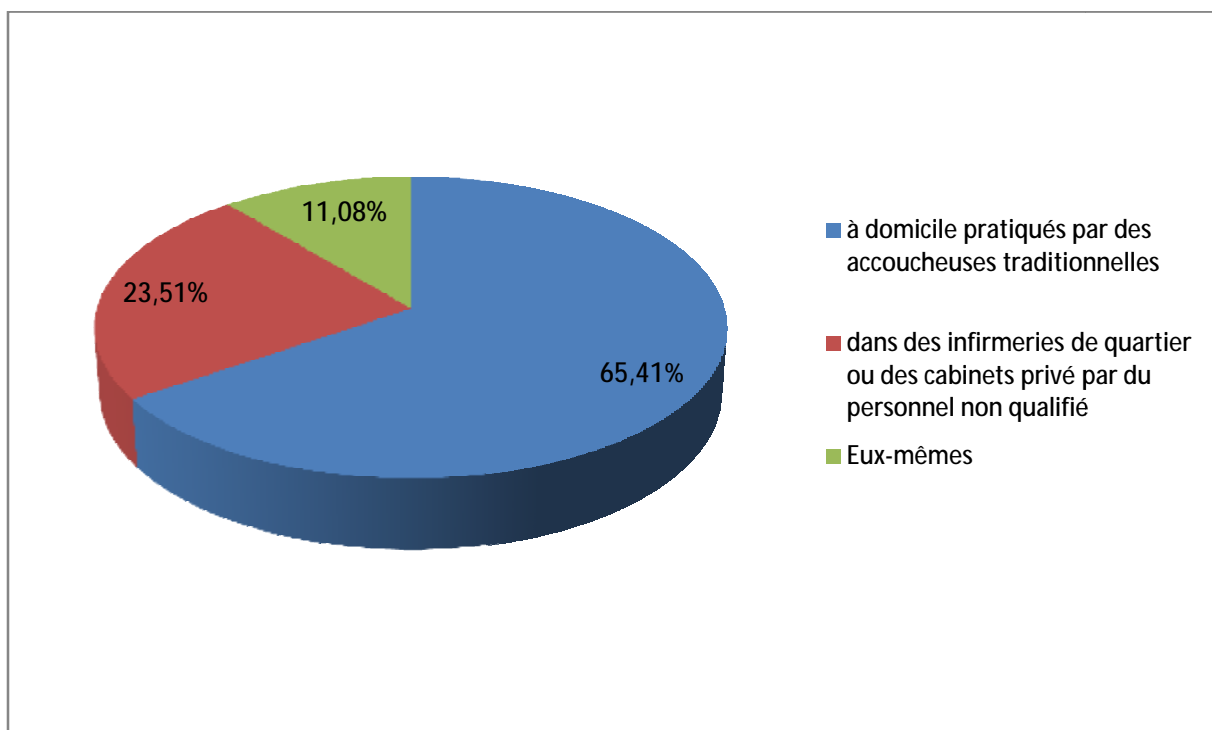


Figure 11 : Les lieux et la qualification des prestataires de l'avortement

#### IV) les moyens abortifs utilisés :

Plusieurs moyens sont utilisés pour l'avortement avec des fois l'association de plusieurs substances.

Le tableau englobe les différents moyens qui ont servis pour l'avortement.

Tableau 1 : englobe les différents moyens qui ont servi à l'avortement

Voie d'utilisation	Les moyens abortifs
Orale	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Infusions : la canelle, le crocus, le persil, et l'absinthe</li> <li>-produits pharmaceutiques :</li> <li>Artotec (association diclofenac et misoprostol)</li> <li>Aspirine(Acide acetyl salycilé)</li> <li>Cytotec( Misoprostol)</li> <li>Sintrom(ANTI-VITAMINEK)</li> <li>Depakine( ANTI-EPILEPTIQUE)</li> </ul>
Intramusculaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>-méthergin (ergometrine)</li> <li>-syntocinon (ocytocine)</li> <li>-depoprovera (Medroxyprogesterone acetate)</li> </ul>
Trans-vaginale	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Préparations liquides ou tampon à base d'herbes : absinthe, persil, momordique</li> <li>-Produits chimiques : eau de javel, détergent, permanganate de potassium Injection intra-utérine du sérum salé hypertonique</li> <li>-objets perçants : tiges métalliques, tiges de plantes, sonde urinaire, rigide, canule d'aspiration, curette fenêtrée.</li> </ul>

## V) Etude clinique :

### 1. Mode d'admission :

85,1% des patientes sont recrutées par le biais des urgences. 14,9% ont consulté dans des formations privées puis référées directement au service.

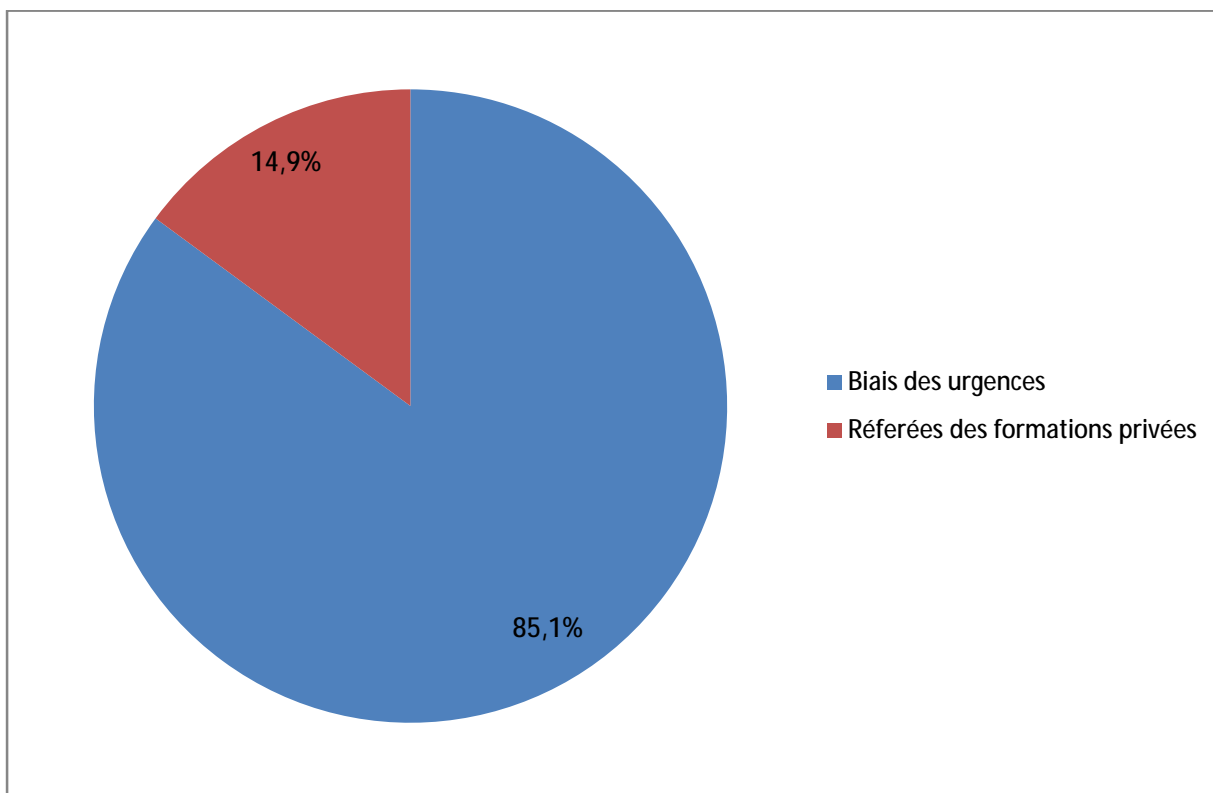


FIGURE 12 : Répartition des patientes selon le mode d'admission



## 2. Motif de consultation :

Le motif de consultation principal dans notre série était l'hémorragie génitale :

- L'hémorragie génitale : elle a été observée chez 252 patientes sur 451 soit 55,87%.
- L'hyperthermie : 171 patientes sur 451 soit 37,8%
- Algie pelvienne : elle a été retrouvée chez 156 patientes sur 451 soit 34,5%
- Leucorrhées : elle a été observée chez 150 patientes sur 451 soit 33,2%
- Syncope : 11 patientes sur 451 soit 2,4%

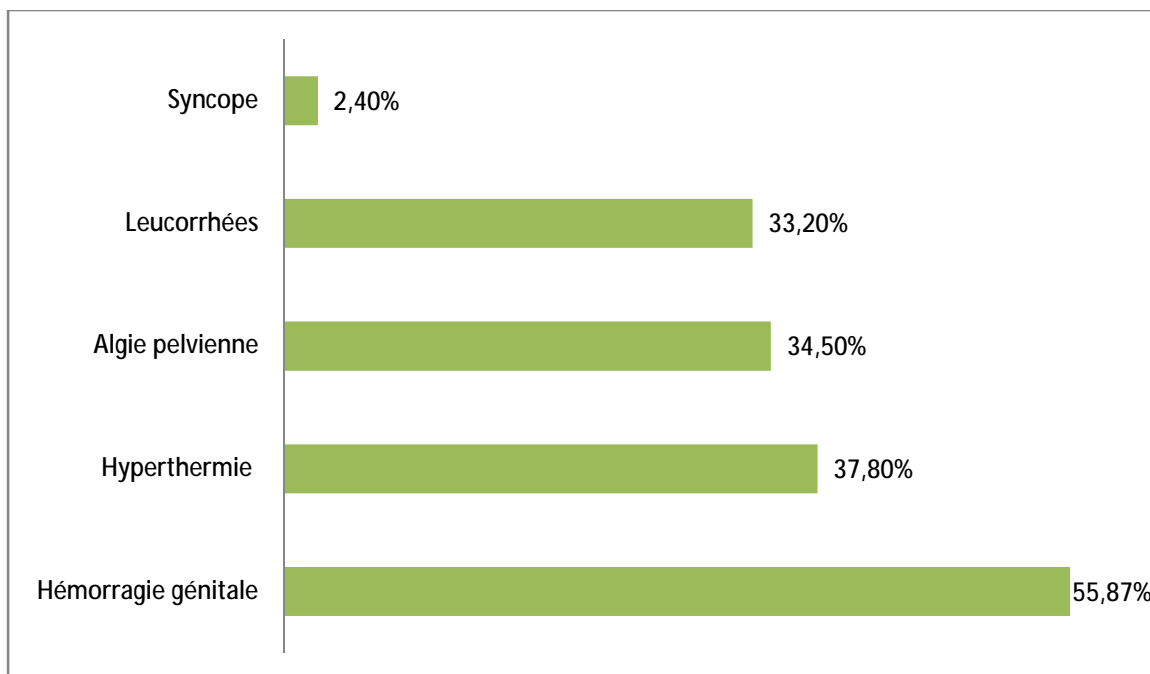


FIGURE 13 : Les motifs conduisant à la consultation dans notre formation hospitalière

## 3 .Le Statut de vaccination :

93,4% des patientes sont vaccinées : BCG, diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, la rougeole, les oreillons et la rubéole, 20% sont à jour pour le rappel du vaccin antitétanique

#### 4. Examen physique :

##### a. conjonctives

- 338 patientes avaient des conjonctives décolorées.
- 113 patientes avaient des conjonctives normo colorées.

La pâleur conjonctivale peut être en rapport avec une anémie aigue

##### b. Etat général :

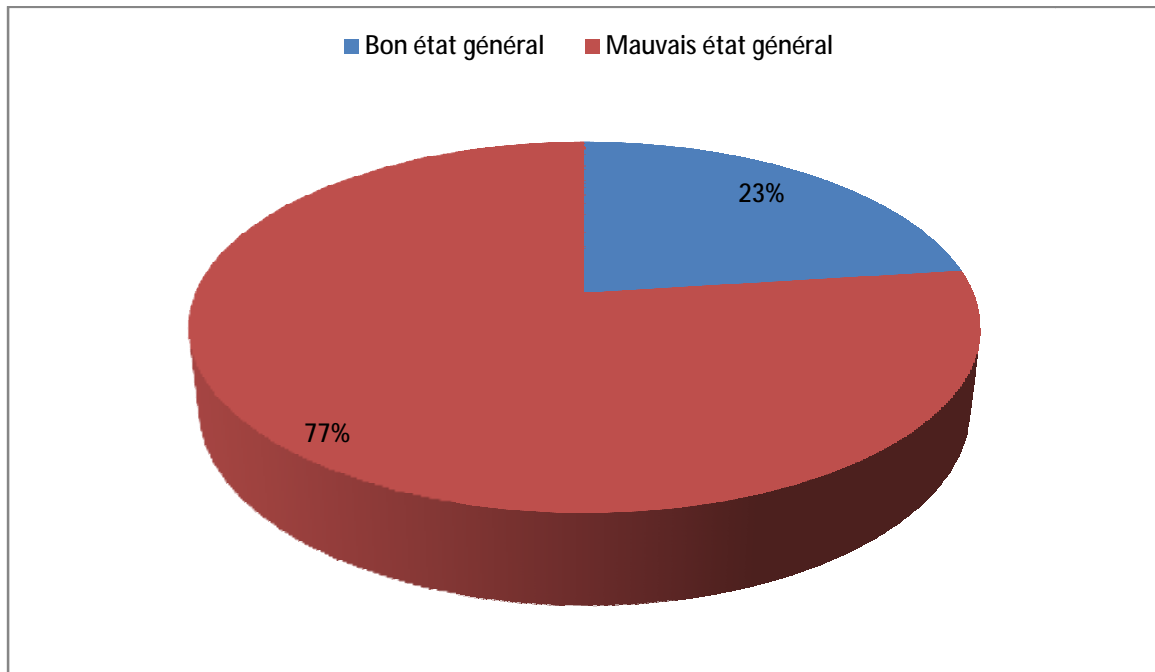


FIGURE 14 : Répartition des patientes selon l'état général.

##### c. le toucher vaginal :

Il est souvent difficile à analyser du fait de la douleur, il permet d'apprécier l'état du col, la taille utérine et l'état des annexes :

Col ouvert : chez 412 patientes présentant aussi des douleurs pelviennes

Col fermé : chez 17 patientes consultant pour les signes fonctionnels de l'anémie.

Patientes non examinées : 22 patientes ont été transfusées en urgence.

d. le résultat de l'examen au Spéculum :

Tableau 2 : Résultats de l'examen au spéculum

Spéculum	Nombres de patientes	Pourcentage %
Métrorragie	252	55,87%
Lésion traumatique au niveau (col /vagin) + écoulements purulents	177	39,26%
Non examinées	22	4,87%

5. Examens complémentaires :

De nombreuses affections gynécologiques, peuvent donner le tableau clinique d'avortement non médicalisé, d'où la nécessité d'un certain nombre d'examens pour faire le diagnostic, mais aussi pour décider la prise en charge thérapeutique adaptée à chaque patiente.

A) Biologie :

## a.NFS :

Son intérêt est d'apprécier le degré de l'anémie, et de guider les indications pour la transfusion sanguine.

Dans notre série, toutes les patientes avaient bénéficié de cet examen biologique qui a révélé une anémie aigue chez 338 patientes dont 22 cas ont été transfusées en urgence avec un taux d'hémoglobine inférieure à 6g/dl.

b. Dosage du taux de  $\beta$ -HCG plasmatique :

Ce test immunologique de la grossesse a été pratiqué chez 287 patientes, 22 cas admis dans le cadre de l'extrême urgence et 142 cas n'ont pas bénéficié de ce dosage par manque de moyens.

c. Le groupe sanguin Rhésus :

Il a été systématiquement demandé pour toutes les patientes pour une éventuelle transfusion mais aussi pour prévenir l'allo immunisation rhésus chez les patientes rhésus négatif.

d. Echographie :

L'échographie sus- pubienne a été pratiquée chez toutes les patientes.

L'examen échographique peut montrer des débris ovulaires selon l'âge de la grossesse [18].

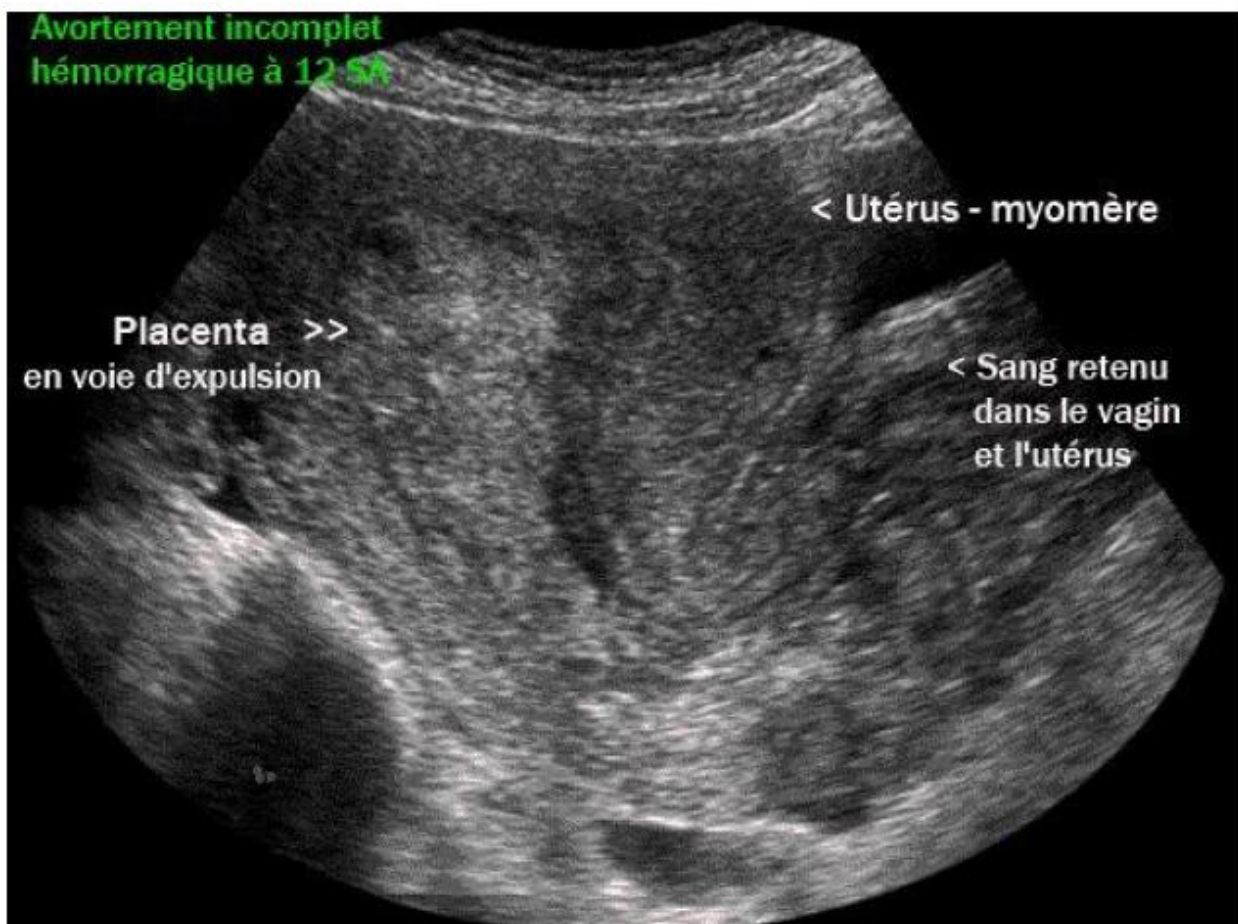


Image échographique d'un avortement incomplet [18]

## 6. Les complications

Les complications recensées représentent un grand éventail allant d'une simple anémie au décès de la patiente, le tableau 4 regroupe les complications au fil du temps et leurs pourcentages

Tableau 3 : les complications secondaires à l'avortement non médicalisé

Complications	Nombre de cas	Pourcentage
Complications immédiates		
Rétention trophoblastique	412	91,3%
Anémie aigue	338	74,9%
Hémorragie	252	55,8%
Plaie cervico-vaginale	70	15,5%
Brulure chimique	32	7%
Perforation utérine	11	2,4%
Plaie intestinales	1	0,2%
Complications à moyen terme		
Endométrite	120	26,6%
Péritonite	45	9,9%
Abcès de Douglas	6	1,3%
Septicémie	4	0,8%
Décès par septicémie	1	0,2%
Complications à long terme		
Algies pelviennes	120	26,6%
Dyspareunies	82	18,1%
Synéchies utérines	45	9,91%
Imperméabilité tubaire	32	7%
Dépression	24	5,3%
Perdus de vue	158	35%

## 7) Prise en charge thérapeutique :

La moyenne d'hospitalisation pour les patientes était de trois jours avec des extrêmes allant de un à quinze jours. L'Aspiration et/ou curetage ont été réalisés chez 412 patientes (91,3%). La réparation des lésions physiques et chimiques vulvo-vaginales et cervicales a été effectuée chez 102 patientes (22,5%). 18 cas (3,9%) ont été traités chirurgicalement (laparotomie) pour perforations utérines, plaie intestinale et Abscès du Douglas. 22 cas (4,8%) de transfusions en urgence pour hémorragies et anémies aiguës inférieures à 6g/dl d'hémoglobine.

Toutes les patientes ont été mises sous antibiothérapie et sérum anti-tétanique, 124 (27,5%) ont adhéré à la reprise de la vaccination antitétanique. 24 femmes (5,3%) ont bénéficié d'un suivi psychiatrique pour dépression de post-abortum.

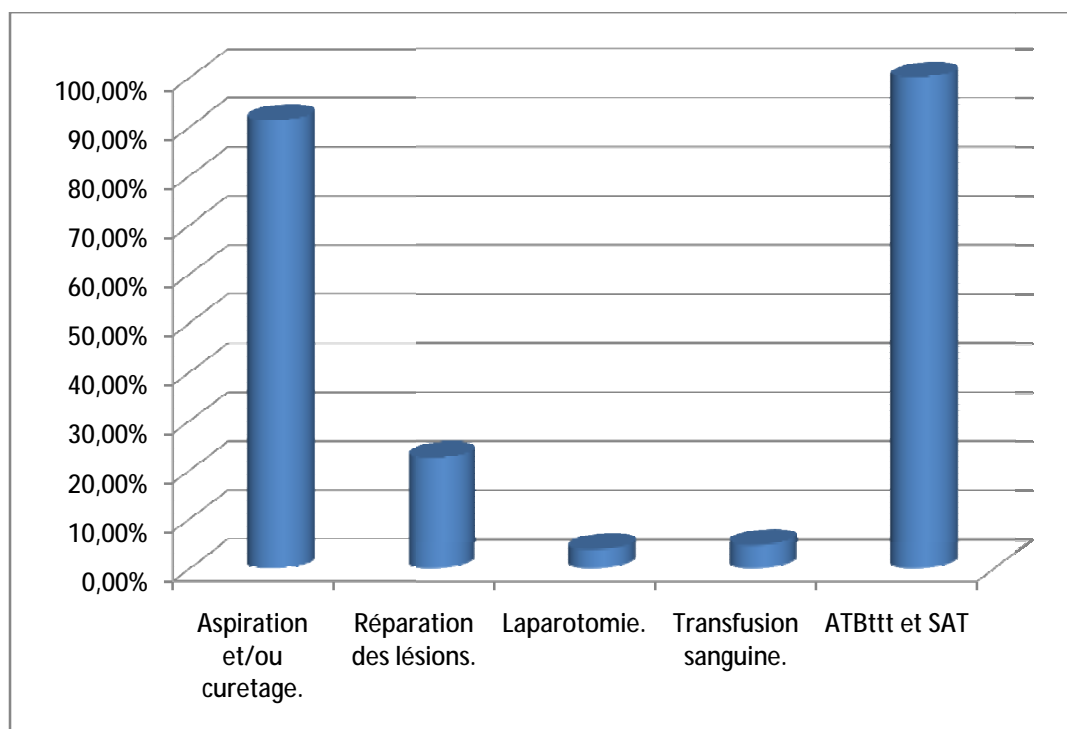


Figure 15 : les traitements alloués aux patientes avortées

**DISCUSSION**

**ET**

**COMMENTAIRES**

## I) L'avortement et la loi marocaine :

### L'avortement criminel

L'avortement est interdit par la loi marocaine. Le Code pénal marocain (CPM) [19] consacre dix articles relatifs à l'interruption de la grossesse (article 449 à 458).

L'article 449 du CPM incrimine l'avortement illégal et stipule que : « Quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, manœuvres, violences, ou par tout autre moyen, a procuré ou tenté de procurer l'avortement d'une femme enceinte ou supposée enceinte, qu'elle y ait consenti ou non, est puni de l'emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 120 à 500 dirhams (11 à 46 euros). Si la mort en est résultée, la peine est la réclusion de dix à 20 ans ». L'article 450 érige le délit d'habitude en circonstances aggravantes et prévoit le double de la peine d'emprisonnement dans le premier alinéa de l'article 449 et porte la réclusion de 20 à 30 ans dans le cas du deuxième alinéa de l'article 449. L'article 451 incrimine spécialement le corps médical et paramédical en renforçant les inculpations puisqu'il incrimine non seulement les opérateurs mais aussi ceux qui ont indiqué ou favorisé les moyens de procurer l'avortement, qu'il constitue non comme complices, mais comme coauteurs ou auteurs principaux.

Cet article prévoit aussi à l'encontre de cette catégorie de personnes l'interdiction d'exercer la profession soit à titre temporaire pour une durée n'excédant pas dix ans, soit à titre définitif. En plus des sanctions pénales, le médecin peut être poursuivi devant les instances disciplinaires de l'ordre et encourt les peines disciplinaires suivantes [20] :

Morales : il peut s'agir d'un avertissement ou un blâme avec inscription au dossier administratif et professionnel ; matérielles : consistent en la suspension pour une durée d'un an au maximum ou la radiation du tableau de l'ordre.



L'article 454 prévoit une sanction moindre pour la femme qui se fait ou tente de se faire avorter intentionnellement. La peine est l'emprisonnement de six mois à deux ans avec une amende de 120 à 500 dirhams (11 à 46 euros).

Les éléments constitutifs de l'infraction : Pour que la responsabilité pénale soit appliquée, la loi exige la présence des trois éléments : l'élément légal, l'élément matériel et l'intention criminelle.

§ *L'élément légal* : C'est le comportement répréhensible prévu par la loi.

§ *L'élément matériel de l'infraction* : L'avortement suppose l'existence d'une grossesse. Peu importe que la grossesse résulte d'une relation légitime ou non, avec ou sans consentement de la victime. L'infraction est réalisée à n'importe quel moment de la grossesse [21]. Pour qu'il y ait avortement, il est nécessaire qu'il y ait une action matérielle qui peut être définie comme toute action effectuée par le praticien pour expulser le fœtus de l'utérus de sa mère. À l'instar des autres législateurs, le législateur marocain n'a pas délimité les moyens abortifs. L'article 449 du CPM incrimine l'avortement dans toutes ses techniques et ses moyens [21]. La cour d'appel de Béni-Mellal a déclaré dans un arrêt du 12 mars 1991 qu'« il est certain que le législateur marocain ne distingue pas entre un comportement et un autre, entre un fait et un autre, car les moyens ne présentent aucune importance aux yeux de la loi. L'action est consommée par le simple fait que le but recherché est réalisé et consiste à tuer le fœtus» [22]. L'infraction est constituée même si le coupable a tenté vainement l'avortement. Il faut signaler aussi que le consentement de l'avortée est indifférent. L'infraction est consommée avec ou sans l'accord de la concernée.

§ *L'élément moral de l'infraction* pour que l'avortement constitue une infraction punissable, il faut que son auteur ait eu l'intention coupable, autrement dit, qu'il ait procédé à l'opération délictueuse volontairement et en connaissance de cause.

## II) Lois sur l'avortement dans le monde

- § 60 % des femmes en âge de procréer (de 15 à 44ans) vivent dans un pays où l'avortement est en général légal. [23]
- § Les 40 % de femmes restantes vivent dans un endroit où l'avortement est très restreint, en quasi- totalité dans des pays en développement. [23]
- § Chez les femmes en âge de procréer, 92 % en Afrique et 97 % en Amérique latine vivent sous des lois très restrictives en matière d'avortement. [23]
- § Dans 32 pays, l'avortement n'est pas légalement autorisé quel qu'en soit le motif. [24]
- § Dans 36 pays, l'avortement est autorisé lorsque la vie de la femme est en danger.
- § Dans 59 autres pays, l'avortement est autorisé pour sauver la vie de la femme, préserver sa santé physique et protéger sa santé mentale. [24]
- § Quatorze pays, dont l'Inde, autorisent l'avortement pour tous les motifs mentionnés ci-dessus, ainsi que les motifs socioéconomiques. [24]
- § Enfin, 56 pays et territoires riers autorisent l'avortement sans restriction en matière de motif. [24]
- § En Afrique, La législation joue un rôle indirect mais important dans l'augmentation de la fréquence de l'avortement non médicalisé à travers l'interdiction ou la restriction de l'interruption volontaire de la grossesse. L'avortement n'est autorisé pour aucune raison dans 14 pays d'Afrique: (Angola, République centrafricaine, Gabon, Congo Brazzaville, République Démocratique du Congo, Guinée-Bissau, Lesotho, Madagascar, Mauritanie, Somalie, Égypte, Sénégal, Sao Tomé-et-Principe, les iles Maurice). [24]

Au Maroc à partir de 2015 la loi autorise l'avortement en cas de malformation fœtale, de viol ou d'inceste, venant s'ajouter à celle déjà permise en cas de danger

pour la santé de la mère, mais les avortements en cas de grossesses non désirées de mineures ou grossesse illégitimes sont toujours interdits.

Depuis quelques années, certains pays musulmans ont travaillé sur la question comme Ethiopie, Niger, Somalie, Iran, Arabie saoudite et ont libéralisé l'avortement dans certaines situations comme le viol ; l'inceste ou les malformations fœtales.

Tableau 4 : légalité de l'avortement en 2015[25]

<b>Légalité de l'avortement en 2015</b>	
<b>Les pays d'Afrique se répartissent en six catégories, selon les motifs d'avortement légalement admis.</b>	
<b>Motif</b>	<b>Pays</b>
Interdiction totale ou absence d'exception légale explicite pour sauver la vie de la femme	Angola, Congo (Brazzaville), Égypte, Gabon, Guinée-Bissau, Madagascar, Mauritanie, République centrafricaine, République Démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal
Pour sauver la vie de la femme	Côte d'Ivoire, Libye (e), Malawi (f), Mali (a,b), Nigeria, Ouganda, Somalie, Soudan (a), Tanzanie
Pour protéger la santé physique (et pour sauver la vie de la femme)*	Bénin (a,b,c), Burkina Faso (a,b,c), Burundi, Cameroun (a), Comores, Djibouti, Érythrée (a,b), Éthiopie (a,b,c,d), Guinée (a,b,c), Guinée équatoriale (e,f), Kenya (e), Lesotho (a,b,c), Maroc (f), Mozambique, Niger (c), Rwanda (a,b,c), Tchad (c), Togo (a,b,c), Zimbabwe (a,b,c)
Pour protéger la santé mentale (outre tous les autres motifs ci-dessus)	Algérie, Botswana (a,b,c), Gambie, Ghana (a,b,c), Libéria (a,b,c), Maurice (a,c,e) Namibie (a,b,c), Seychelles (a,b,c), Sierra Leone, Swaziland (a,b,c)
Motifs socioéconomiques (outre tous les autres motifs ci-dessus)	Zambie (c)
Aucune restriction de motivation	Afrique du Sud, Cap-Vert, Tunisie

\*Cette catégorie comprend les pays dotés de lois faisant simplement référence à des indications « de santé » ou « thérapeutiques », qui peuvent être interprétées plus largement que la santé physique. *N.B.* : Certains pays autorisent aussi l'avortement en cas de (a) viol, (b) inceste, (c) malformation fœtale ou (d) autres motifs. Certains limitent l'accès à l'avortement en exigeant le consentement d'une (e) autorité parentale ou du (f) conjoint. Les pays qui admettent l'avortement pour motifs de nature socioéconomique ou sans restriction de motivation le soumettent cependant à des limites de gestation (premier trimestre généralement) ; l'avortement peut être admis au-delà de cette période, mais dans certaines conditions prescrites seulement. *Source*: Center for Reproductive Rights (CRR), *The World's Abortion Laws 2015*, New York: CRR, 2015.

En France La loi (article L.2212-1 du Code de la santé publique) permet à toute femme enceinte, majeure ou mineure, qui ne veut pas poursuivre une grossesse de demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Seule la femme concernée peut en faire la demande.

En Amérique du nord (USA) certains états essaient même de rendre l'avortement illégal par le biais de référendums, (l'Etat du Dakota a essayée à deux

reprises en 2006 et 2008) [26]. La majorité des écrits soulève la nécessité de légaliser l'avortement et d'informer l'opinion publique à travers les médias et les programmes scolaires (l'éducation sexuelle) du bénéfice de la contraception, ce qui pourrait éviter le recours aux avortements non médicalisés. [27]

### III) INCIDENCE MONDIALE

Les jeunes de 10 à 24 ans représentent 27 % de la population mondiale, soit 1,7 milliard. Environ 16 millions de femmes et de filles âgées de 15 à 19 ans accouchent chaque année dans le monde, soit près de 11 % de l'ensemble des naissances dans le monde.[43] Pour ces jeunes femmes, les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la cause principale de décès, et l'avortement non médicalisé est un facteur majeur de cette mortalité.[28].

Entre 1995 et 2008, le taux d'avortement non médicalisé dans le monde est resté

essentiellement inchangé, à 14 pour mille femmes âgées de 15 à 44 ans. Durant cette même période, la proportion représentée par l'ensemble des procédures non médicalisées est passée de 44% à 49%. [29]

Dans notre étude étalée sur une période de 5 ans du 1<sup>er</sup> Janvier 2009 au 30 Décembre 2014 nous avons enregistré 451 cas d'avortements non médicalisés soit 3,74% des 12040 grossesses prises en charge au service de gynécologie-obstétrique à l'hôpital militaire de Meknès.

Notre résultat est proche de celui retrouvé par MAIGA H.F [30] et TRAORE A.K [31] qui ont trouvé respectivement 3,3% et 3,12%.

Notre fréquence est supérieure à celle retrouvée par MANOUANA et al [32] et TRAORE.C [33] qui sont respectivement 2,4% et 0,95%.

Tableau 5 : la fréquence de l'AVNM selon les auteurs

Auteurs	Lieu et date	Fréquence
TRAORE A.K [31]	BAMAKO 2004	3,12%
MAIGA H.F [30]	BAMAKO 2005-2008	3,3%
MANOUANA et al [32]	Guadeloupe 2007-2008	2,4%
TRAORE. C [33]	BAMAKO 2007-2009	0,95%
Notre série	MEKNES 2009-2014	3,74%

§ En 2008, on estime à 5,5 millions le nombre d'avortements non médicalisés en Afrique subsaharienne. [34]

§ Il y a eu au total 2,4 millions d'avortements non médicalisés en Afrique de l'Est, 1,8 million en Afrique de l'Ouest, 930 000 en Afrique centrale et 120 000 en Afrique australe. [34]

§ Le taux de procédures est de 18 pour mille en Afrique du Nord, toutes non médicalisées, sauf pour un petit nombre en Tunisie. Plus de 97% des avortements pratiqués en Afrique n'étaient pas médicalisés.

#### Ø En Amérique latine et Caraïbes

§ En Amérique latine, 95% des avortements ne sont pas médicalisés, soit une proportion inchangée entre 1995 et 2008. Presque toutes les procédures médicalisées se pratiquent aux Caraïbes, principalement à Cuba et dans les autres pays où la loi est libérale et l'avortement médicalisé, accessible.

§ Sur les 4,1 millions d'avortements pratiqués en 2003, la quasi-totalité étaient non médicalisés. [35]

§ En 2008, on estime à 4,2 millions le nombre d'avortements non médicalisés en Amérique latine et dans les Caraïbes. [34]

§ Il y a eu au total 2,9 millions d'avortements non médicalisés en Amérique du Sud, 1 million en Amérique centrale et 170 000 dans les Caraïbes. [34]

Ø En Asie

§ En 2008, on estime à 10,8 millions le nombre d'avortements non médicalisés en Asie. [49]

§ Il y a eu au total 6,8 millions d'avortements non médicalisés en Asie centrale du Sud, 3,1 millions en Asie du Sud-est, et 830 000 en Asie occidentale en 2008. [34]

§ Compte tenu de la taille de la population asiatique, cette région représente 45,7 % de l'ensemble des avortements non médicalisés chez les femmes âgées de 15 à 24 ans enregistrés dans les pays en développement. [36]

Ø En Moyen- Orient

§ Dans les pays arabes, 1 grossesse sur 6 se termine par un avortement, presque toujours non médicalisé. [37]

Ø Europe de l'est :

§ Les taux d'avortement en Europe de l'Est ont chuté de plus de 50 % entre 1995 et 2003, principalement en raison de l'accès accru à une contraception moderne de qualité dans la région. [38]

§ On estime à 360 000 le nombre d'avortements non médicalisés en Europe de l'Est en 2008. [34]

§ L'avortement non médicalisé reste un problème : on compte 5 avortements non médicalisés pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans. [39]

§ Bien que l'avortement soit en général légal en Europe de l'Est depuis les années 1950, les avortements non médicalisés sont encore pratiqués, en raison du besoin non satisfait en matière de planning familial et du coût de l'avortement. [39]

Ø En Europe de l'ouest

§ L'Europe de l'Ouest affiche les taux d'avortement les plus bas au monde, avec 12 avortements pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans. [40]

§ L'incidence de l'avortement non médicalisé en Europe de l'Ouest est négligeable. [39]

§ Les faibles taux d'avortement en Europe de l'Ouest sont attribuables en majeure partie au niveau élevé d'accès aux méthodes contraceptives

Ø En Amérique du nord :

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, l'incidence de l'avortement non médicalisé en Amérique du Nord est négligeable. [41]

§ Au Canada, les services d'avortement sont légaux sans restriction. [38]

§ Aux États-Unis, les services d'avortement sont légaux, mais avec de plus en plus d'obstacles au niveau des États sous la forme, notamment, de lois relatives à l'accord parental, de périodes d'attente obligatoires, de limites gestationnelles, de lois sur les ultrasons et de règlements cliniques limitant l'accès aux praticiens proposant des services d'avortement. [42]

Ø Zones de conflit et situations de guerres :

§ Les adolescentes victimes de violence sexuelle sont exposées au risque de blessures physiques, d'IST (y compris le VIH), de grossesse non désirée et d'avortement non médicalisé. [43]

§ les violences sexuelles viols en temps de guerre entraînent souvent des grossesses coercitives, des maternités forcées et des avortements non médicalisés. [44]

§ Pour de nombreuses femmes vivant en situation de conflit qui souhaitent mettre fin à une grossesse, l'avortement non médicalisé est la seule option. [44]

#### IV) La raison profonde de l'avortement non médicalisé :

La grossesse non désirée constitue pour la femme un drame que vivent actuellement de nombreuses sociétés.

##### Ø En Asie :

Les grossesses non désirées représentent 48 % de l'ensemble des grossesses en Asie du

Sud-est, 44 % en Asie occidentale et 33-38 % en Asie centrale. [45]

§ Chaque année, on estime à 2,7 millions le nombre de grossesses non désirées chez les adolescentes vivant en Asie centrale du Sud et Asie du Sud-est. [46]

§ 93 % des grossesses non désirées en Asie centrale du Sud et Asie du Sud-est concernant les adolescentes se produisent chez celles qui utilisent des méthodes traditionnelles ou aucune méthode contraceptive. [46]

##### Ø En Afrique sub-saharienne :

§ Chaque année, on estime à 2,2 millions le nombre de grossesses non désirées chez les adolescentes en Afrique subsaharienne. [46]

§ Près de 54 % de ces grossesses non désirées concernent les femmes mariées. [46]

§ 92 % de ces grossesses non désirées se produisent parmi les adolescentes qui utilisent des méthodes traditionnelles ou aucune méthode contraceptive. [46]

##### Ø En Amérique latine et caraïbes :

§ Chaque année, on estime à 1,2 million le nombre de grossesses non désirées chez les adolescentes vivant en Amérique latine et dans les Caraïbes. [46]

§ Environ 51 % de ces grossesses non désirées se produisent chez les femmes mariées. [46]



§ La majorité de ces grossesses non désirées, 83 %, se produisent parmi les adolescentes qui utilisent des méthodes traditionnelles ou aucune méthode contraceptive. [46]

Ø En Moyen Orient et l'Afrique du nord :

§ Dans la région, 41 % des grossesses ne sont pas désirées. [37]

§ Dans la région, 36 % des femmes ayant fait part de leur souhait d'éviter une grossesse

§ n'utilisaient pas de méthode contraceptive moderne ; ces femmes représentaient 82 % des grossesses non désirées. [37]

§ En général, les jeunes femmes mariées n'utilisent pas de contraception avant d'avoir leur premier enfant. [47]

§ Les femmes mariées de 15 à 19 ans sont moins susceptibles d'utiliser une méthode contraceptive moderne que les femmes mariées âgées de 20 à 24 ans. [47]

Ø En Amérique du nord :

Aux États-Unis, 82 % des près de 750 000 grossesses d'adolescentes qui se produisent chaque année ne sont pas désirées, et plus d'un quart de ces grossesses se terminent par un avortement. [48]

Ø Au Maroc :

Plusieurs circonstances peuvent mener à une grossesse non désirée telles que les échecs ou absence de contraception (couples en mariage ou hors mariage), le viol, l'inceste, la jeune fille arriérée mentale ; la mineure, la femme en péri-ménopause se croyant à l'abri d'une grossesse, les malformations fœtales graves et enfin, certaines situations sociales dramatique. [49]

La conséquence directe de ces grossesses est essentiellement l'avortement clandestin, secret de polichinelle qui se pratique quotidiennement sous nos yeux aux vues et aux sus de tout le monde à raison de 600 à 800 par jour au mépris de toutes règles sanitaires, ce qui engendre des complications graves parfois mortelles

contribuant à aboutir le taux de mortalité maternelle dans notre pays et grever le budget de la santé.

Les mieux loties s'offrent un avortement, qui se fait par des gynécologues, mais aussi des généralistes, des chirurgiens ou mêmes d'autres spécialistes car il est très lucratif (200 à 1000euros), il se pratique essentiellement dans des cabinets médicaux sans réelle asepsie, ni bonne anesthésie, ni bloc opératoire à proximité.

Celles qui ne peuvent pas se permettre ce coût vont vers des infirmières, sages femmes, faiseuse d'anges, herboristes ou d'autres. Le prix est moins élevé certes, mais engendre des complications gravissimes dont voici quelques situations que nous vivons quotidiennement :

- § K.T 19 ans, est admise à la maternité, le col de l'utérus déchiré par l'introduction d'un objet contendant dans le vagin .quasi exsangue, ravagée de surcroit par l'infection elle décédera 48 heures plus tard de choc septique.
- § F.M est admise aux urgences de la maternité pour hémorragies génitales incoercibles ; l'examen du vagin retrouve des sphacèles vaginales ; à l'emporte pièce dues à la mise en place de CP de permanganate de potassium, son TTT nécessite une réanimation intensive et une intervention de plusieurs heures : elle s'en sort avec une synéchie vaginale totale.
- § B.S 19 ans est admise aux urgences d'Avicenne pour tétanos l'examen révèle des plaies vaginales en rapport avec l'utilisation d'instruments souillés ; elle en meurt 48h plus tard.
- § R.T admise aux urgences d'Avicenne pour syndrome d'intoxication aigue, elle est en détresse respiratoire et insuffisance hépatique aigue .l'interrogatoire retrouve la consommation de produits abortifs conseillés par la voisine. Elle en meurt le jour même. Dans le monde, 70% des pays, majoritairement développés ont complètement libéralisé, seul le terme de l'interruption de grossesse diffère, il varie entre 14 et 24 SA selon les pays. Deux pays musulmans, la Tunisie et la Turquie, ont totalement libéralisé l'avortement avant même la France.

## V) Etude épidémiologique :

Plusieurs motifs peuvent pousser les femmes à avorter clandestinement, nous pouvons citer :

### 1. L'âge :

Les jeunes femmes représentent une proportion importante des avortements non médicalisés :

- D'après les dernières données disponibles datant de 2003, près de 14 % de l'ensemble des avortements non médicalisés dans les pays en développement concernaient les femmes de moins de 20 ans. [39]
- Dans les pays en développement, deux avortements non médicalisés sur cinq concernent les femmes de moins de 25 ans, et une femme sur sept ayant un avortement non médicalisé à moins de 20 ans. [50]
- La proportion des femmes âgées de 15 à 19 en Afrique ayant eu un avortement non médicalisé est plus élevée que dans les autres régions. [39]
- Près de 60 % des avortements non médicalisés en Afrique concernent les femmes âgées de moins de 25 ans et près de 80 % les femmes de moins de 30 ans. [39]

Selon la littérature, la tranche d'âge qui a le plus recours à l'avortement non médicalisés est généralement moins de 20ans poussée par la peur des parents et de la société. La non-reconnaissance de la grossesse par le progéniteur et la législation poussée par les grands courants religieux qui interdisent l'avortement. [51-52-53]

Cela rejoint notre étude qui révèle que 70% des cas avaient entre 16 et 18ans. les patientes sont conduites vers l'avortement clandestin pour les mêmes raisons décrites dans la littérature en plus du risque d'exclusion du système éducatif qui interdit à toute fille enceinte l'accès aux établissements scolaires . Au-delà de 20 ans la majeure partie des avortements non médicalisés est consécutive aux

problèmes socio-économique associés aux problèmes majeurs, l'interdiction de l'avortement par la loi et le manque de la pratique contraceptive surtout dans les pays africains. [54-55-56]

Nos résultats concordent avec ceux des autres études faites sur l'AVNM qui convergent à ce que la tranche d'âge moins de 25 ans est la plus concernée.

Cela s'explique par une sous information en matière de sexualité et de contraception

La moyenne d'âge de nos patientes est proche à celles retrouvées par TALL.S [57] et TRAORE.C.

Tableau 6 : comparaison de l'âge moyen des patientes selon les différentes séries

Auteurs	Lieu d'étude	Age moyen
TRAORE .C [33]	Bamako MALI	18 ,5
DEMBELE.F	Bamako MALI	15
MAIGA H.F [30]	Bamako MALI	21
TALL.S [57]	Bamako MALI	16,5
MANOUANA et al [32]	GUADELOPPE	28
Notre série	Meknès MAROC	17

## 2. Niveau de scolarisation :

Dans notre étude nous avons retrouvé 62% des patientes non instruites, 31,9% niveau primaire, 6,1% niveau secondaire. Les femmes non scolarisées constituent alors la majorité de nos patientes, chose qui peut être expliquée par le fait qu'elles sont les plus nombreuses dans la population d'une part et les plus exposées à cette pratique d'autre part.

Ces résultats confortent ceux de :

§ L'étude de KONATE.M [58] qui a enregistré 75,4% de patientes non instruites et 49% de patientes avaient un niveau primaire.

§ TRAORE .C [33] a révélé 32,57% des patientes non instruites, 30,06% de niveau primaire et 20,45% de niveau secondaire.

§ MAIGA H.F [30] a retrouvé 39,9% non scolarisées, 30,7% des patientes avaient un niveau primaire, 21,8% de patientes niveau secondaire.

§ TRAORE A.K [31] a rapporté 48,3% de femmes non instruites 27,6% des femmes de niveau primaire.

Contrairement à l'étude réalisée en Guadeloupe par MANOUANA et al [33] qui a montré 50% de patientes avaient un niveau primaire, 40,3% de niveau secondaire, 7,6% de niveau supérieure alors que seulement 1,9% des patientes n'ont eu aucun niveau de scolarisation.

Il ressort de notre étude que le faible niveau d'alphabétisation constitue un facteur favorisant l'AVNM.

En effet, l'absence d'instruction responsable d'une faible culture médicale a contribué à augmenter le taux d'AVNM chez les femmes.

### 3. La situation matrimoniale :

La plupart des études convergent à ce que les femmes célibataires sont les plus concernées.

Notre série a permis de mettre en évidence 74,9% des femmes célibataires.

Nos résultats sont comparables à ceux de :

- TRAORE .C [33] qui a enregistré 68% en 2008-2009
- MANOUANA. M et al [32] qui a rapporté 96,1% des célibataires en 2007-2008 et seulement 3,8 % des patientes mariées.
- TALL S [57] qui a retrouvé 80% des femmes célibataires en 2004 – 2005 au CHU Gabriel TOURE
- TRAORE A. K [31] a retrouvé 77,6% en 2003 – 2004 au Centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.
- KONATE .M [73] en 2001 – 2003 a retrouvé 77% des femmes célibataires.
- SAMAKE. A [59] en 1997 – 1998 a retrouvé 82,87% des femmes célibataires.
- Au Kenya, AGGAR W. V. P. AND MATI, J.K.G. [60] en 1982 ont trouvé 74% des célibataires.

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

Notre étude a également mis en évidence une proportion non négligeable des femmes mariées ayant pratiqué un avortement provoqué clandestin soit 25,1% , ce résultat comparable à ceux de TALL S [57] 20%, TRAORE AK [31] 18,46%, IPPF au Nigeria [61] 34,8% , MAIGA H.F[30] 19,8% ,TRAORE .C[33] 32% . Les raisons

évoquées ont été le plus souvent : grossesses rapprochées, infidélité conjugale, manque de soutien financier par le mari, l'âge avancé de la patiente, l'instabilité de la vie en couple (les maris sont souvent en déplacement pour mission militaire de longue durée).

## VI) Les antécédents gynéco-obstétriques des femmes avortées:

### 1. La gestité :

Dans notre série, il ressort que 74,9% des patientes étaient des primigestes. Ce taux est supérieur à celui de TRAORE.C[33], SAMAKE.A[59], DEMBELE.F[62], TALL .S[57], et MAIGAH.F [30] qui sont respectivement 48%, 34,26%, 60,02% , 63,2% , et 53,5% .

Et inférieure à ceux rapportés par KONATE.M [58] et TRAORE.AK [31] qui sont respectivement 79,24% et 76,6%.

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

Les paucigestes ont représenté 9,1% dans notre série et 16% étaient des multigestes, un résultat proche de celui de TRAORE.C [33] qui a enregistré un taux de 20,3% Contrairement à l'étude de MAOUANA.M et al [32] qui a retrouvé 92,2% des multigestes. La survenue de l'AVNM dans ces cas pourrait s'expliquer par les grossesses rapprochées et le manque de moyen financier.

Tableau 7 : La gestité selon les auteurs

Auteurs	Primigestes	Paucigestes	Multigestes
DEMBELE .F [62]	60,02%	19,04%	20,94%
SAMAKE.A [59]	34,26%	23,15%	42,59%
TALL.S [57]	63,2%	22,8%	14%
TRAORE.C [33]	48%	32,8%	20,3%
MANOUANA.M et al[32]	3,8%	3,8%	92,2%
Notre série	74,9%	9,1%	16%

## 2. La parité :

Dans notre série le taux d'avortement illégal semble être inversement proportionnel à la parité. Notre étude révèle qu'il est plus fréquent chez les nullipares soit 74,9%. La crainte de l'entourage et les conditions socio-économiques pourraient expliquer ce phénomène.

Tableau 8 : la parité selon les séries

Auteurs	Nullipares	Primipares	Pauci-multipare
TRAORE.C [33]	51%	36%	13%
DEMBELE .F [62]	66,2%	29,69%	4,11%
SAMAKE.A [59]	66,2%	11,1%	22,7%
TRAORE.AK [31]	78,8%	10,1%	11,1%
MAIGA .H.F [30]	60,4%	12,9%	26,7%
MANOUANA.M et al [32]	3,3%	7,7%	88,5%
Notre série	74,9%	11,8%	13,3%

## 3. Age gestationnel au moment de l'avortement :

Il ressort dans notre étude que plus 2/3 des avortements non médicalisés ont été pratiqués sur des grossesses inférieures ou égales à 14SA soit 76% des cas, 7% des grossesses ont été interrompues à un âge gestationnel supérieure 14 SA. L'âge gestationnel n'a pas été précis pour 17% des cas.

Les résultats de notre étude sont relativement proches de ceux d'autres auteurs, qui ont également retrouvé des taux élevés d'avortements non médicalisés à un âge gestationnel  $\leq 14SA$  Il s'agit de :

- MAIGA.H.F [30] : 91%
- MANOUANA.M et al [32] : 98,1%
- TSHIBANGU K et Coll [63] 63,1%



#### 4. Le nombre d'avortements provoqués clandestins dans les antécédents :

Dans notre série aucune patiente n'avait aucun ATCD d'avortement non médicalisé contrairement aux résultats des autres auteurs suivants :

§ TRAORE.C [33] et DEMEBELE.F [62] et SAMAKE.A [59] ont retrouvé respectivement 5%, 7,93% et 29,17% des patientes avaient déjà fait une fois un avortement non médicalisé. 1%, 4,23%, 4,63% avaient avorté 2 fois clandestinement.

#### 5. L'utilisation des méthodes contraceptives :

Dans notre étude, on a enregistré 89% des cas qui n'utilisaient aucune méthode de contraception. Ce résultat est proche de celui de MAIGA.H.F [30] qui a enregistré un taux de 70,3%.

La faible prévalence contraceptive chez les jeunes filles s'explique par le fait que la société marocaine reçoit mal l'orientation de l'information contraceptive et de l'éducation sexuelle. Cette orientation est considérée comme la délivrance d'une licence de la pratique des activités sexuelles.

Certaines pratiques culturelles et coutumières ainsi que certaines caractéristiques socio démographique des femmes peuvent constituer un obstacle à leur recours aux méthodes contraceptives et par conséquent, augmenter chez ces femmes le risque de porter une grossesse non désirée se terminant en général par des avortements non médicalisés.

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

## VII) Etude clinique

### 1. Les circonstances de découverte :

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

L'Interrogatoire retrouve très souvent :

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

### 2.Le motif de consultation :

Dans notre série les motifs de consultations les plus fréquents sont les métrorragies suivies de l'hyperthermie suivie des algies pelviennes.

La plupart des études convergent à ce que ces 3 symptômes sont les plus enregistrés :

Tableau9 : les motifs de consultations selon les auteurs

Auteurs	métrorragies	Algies pelviennes	L'hyperthermie
TRAORE.C [33]	10,21%	60,21%	56,66%
SAMAKE.A [59]	20,37%	23,61%	31,9%
TALL.S [57]	62,7%	11,7%	-
MAIGA .H.F [30]	49,6%	9,9%	1,9%
Notre série	55,7%	34,5%	37,8

Un certain nombre de patients garde le mutisme sur les conditions de l'avortement, dans notre étude toutes les femmes dévoilent les circonstances de l'avortement mais généralement après l'acte médicale de sauvetage (rôle assuré par les assistantes militaires exerçant à l'hôpital).

### 3. Examen physique :

- La pâleur conjonctivale dont le degré varie avec l'abondance de l'hémorragie.

- L'examen des seins objective une tension mammaire avec souvent une hyperpigmentation aréolaire (aspect gravidique des seins).

- L'abdomen peut être sensible, tendu, ballonné, contracturé ; mais un examen abdominal normal est aussi fréquent.

- La vulve peut être propre ou souillée de sang.

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

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

### 4. Les examens complémentaires :

- Groupage rhésus : En cas d'éventuelle transfusion et à la recherche d'un rhésus négatif.

- Taux d'hémoglobine : Pour voir s'il y a une anémie ou pas.

- Le dosage répété de bêta HCG : Renseigne sur l'évolution de la grossesse.

- L'échographie pelvienne : C'est surtout pour poser le diagnostic positif ou différentiel de l'avortement.

## 5. Diagnostic différentiel :

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

### § AVS :

C'est une interruption involontaire de la grossesse avec peu ou pas de complication, Les anomalies chromosomiques en sont les causes principales ( $\geq 50-60\%$ ) [64]

### § Grossesse molaire :

Une dégénérescence kystique des villosités du trophoblastes. il n'y a pas d'embryon, mais un développement tumoral du trophoblaste. Le risque est l'évolution possible vers une tumeur maligne de mauvais pronostic, le choriocarcinome[64] . L'échographie note une image en grappe de raisin ou en tempête de neige.

### § Grossesse extra-utérine :

C'est l'implantation et le développement d'une grossesse en dehors de la cavité utérine. Une GEU peut mettre en jeu le pronostic vital, par le biais d'une rupture tubaire entraînant un hémopéritoine, voire le décès par choc hypovolémique. A ce titre, une GEU constitue une urgence thérapeutique.

### § Grossesse intra-utérine évolutive :

Toucher vaginal, utérus augmenté de volume, dont la taille correspond au terme au terme théorique. Le col est fermé.

Echographie : Sac intra-utérin contenant un embryon ayant une activité cardiaque dont la longueur cranio-caudale correspond au terme. Il existe souvent une image de décollement trophoblastique . le seul traitement préconisé est le repos avec surveillance

## 6-Les complications :

Les avortements non médicalisés sont la source de plusieurs complications, qui sont en général connues par les patientes. Une étude intitulée « contraception et avortement en milieu africain » montre que 81,82% des patientes reçues à la suite d'une tentative d'IVG ou d'avortement compliqué savaient qu'un avortement provoqué pouvait donner lieu à des complications[33]. La mortalité et morbidité dues aux avortements provoqués illégaux sont très élevées.

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

- le moyen d'avortement utilisé et les conditions dans lesquelles a été pratiqué.
- L'âge gestationnel (Les avortements du deuxième trimestre sont sources de véritables difficultés opératoires car l'évacuation se fait à travers un col insuffisamment ouvert).
- L'accessibilité et la qualité des services médicaux qui traitent les complications si elles se produisent.

Les complications les plus fréquentes sont un avortement incomplet, une septicémie, une hémorragie et des lésions intra abdominales. Par ailleurs, les femmes qui survivent aux complications d'un avortement restent souvent atteintes d'une incapacité permanente de procréer ou courent un risque accru de complications durant leurs futures grossesses. Les complications peuvent être classées en complications immédiates, complications à moyen terme et complications tardives.

## A) Les complications immédiates :

### a. L'hémorragie :

L'hémorragie est une complication constante dans l'avortement provoqué clandestin. En effet au cours des manœuvres abortives, le décollement trophoblastique est rarement total.

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

Le traitement consiste en un curetage selon le degré d'ouverture du col et ceci après l'obtention d'une apyrexie. L'évolution est fonction de la précocité du diagnostic. Sa gravité est évaluée par l'état de choc, l'abondance de la perte sanguine et sa persistance. Elle expose à l'anémie et prédispose à l'infection.

Parmi les autres causes d'une hémorragie : la nécrose de la paroi utérine, une déchirure instrumentale, les troubles de l'hémostase. La thérapeutique comporte plusieurs étapes :

- L'hospitalisation
- La prise de deux voies veineuses de bon calibre
- Le remplissage vasculaire par solutés macromoléculaires
- Le groupage ABO rhésus et taux d'hémoglobine
- Une transfusion de sang iso groupe iso rhésus si nécessaire
- Une prophylaxie antitétanique
- L'antibiothérapie
- La suture des déchirures si elles existent
- Prévention de l'iso immunisation rhésus par injection de gammaglobuline anti-D si la femme est rhésus négatif.

Le risque de coagulopathie de consommation est accru si l'hémorragie est abondante, nécessitant ainsi un monitoring adéquat, son pronostic est redoutable.

b. Les perforations :

Nécessitent un contrôle coelioscopique complétée au moindre doute d'une laparotomie, seule capable de permettre la visualisation correcte de l'intégrité ou non des organes abdomino-pelviens et d'en assurer la réparation complète des lésions.

§ Du point de vue étiologique :

Deux tableaux doivent être opposés :

- La perforation septique provoquée au cours des manœuvres abortives.
- La perforation chirurgicale due à l'état d'extrême fragilité de la paroi utérine infectée et souvent rétro versée.

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

- La perforation corporelle : Elle présente deux points d'élections

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

Le fond utérin au voisinage d'une corne utérine.

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

- Perforation latérale de l'isthme :

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

- L'éclatement incomplet de l'isthme :

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

### § Du point de vue clinique :

#### - Perforation asymptomatique :

Découverte en cours de curetage devant la curette qui s'enfonce démesurément. L'abstention opératoire est la règle, à condition que le curetage doive être complet. La surveillance est primordiale pour déceler une éventuelle complication.

#### - Perforation à symptomatologie frustrée :

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

#### - Perforation utérine grave :

Le tableau clinique est flagrant :

- Syndrome d'hémorragie interne avec collapsus.
- Réaction péritonéale généralisée
- Issue par le vagin des intestins et de l'épiploon.

Le traitement est une laparotomie dans l'extrême urgence.

Les complications immédiates de notre série concordent alors avec ceux de la littérature, elles sont dominées par la rétention trophoblastique qui a été retrouvée chez 412 patientes soit 91,3%, 338 patientes soit 74,9% ont présenté une anémie aiguë. On a enregistré aussi :

- Chez 252 patientes soit 55,87% des complications hémorragiques.
- Chez 70 patientes soit 15,5% des plaies cervico-vaginales.
- Chez 32 patientes soit 7% des brûlures chimiques.
- Chez 1 patiente soit 0,2% des plaies intestinales.
- Nos résultats sont relativement proches à ceux retrouvés par TRAORE.C [33] et MAIGA .H.F [30] :



Tableau 10 : les complications immédiates selon les séries

Auteurs	Rétention trophoblastique	Hémorragies	Plaie cervico-vaginale	Perforation utérine
MAIGA.H.F [30]	-	61,4%	4%	3%
TRAORE.C [33]	32,57%	46,28%	16,63%	4,54%
Notre série	91,3%	55,87%	15,5%	2,4%

## B) les complications à moyen terme :

### 1. Les infections :

Ces complications infectieuses peuvent être classées en infections générales, locorégionales et régionales.

#### a. Les complications infectieuses générales :

Elles mettent rapidement en jeu le pronostic vital et obstétrical de la patiente ; leurs fréquences ont diminué depuis l'avènement des antibiotiques. Certaines sont en effet mortelles malgré la réanimation actuelle.

##### a.1. Les septicémies :

Les septicémies et les septico-pyohémies réalisent deux formes variées qui ont en commun l'importance des manifestations générales et l'hémoculture positive. Le streptocoque, le staphylocoque et le colibacille sont les germes les plus incriminés.

##### a.1.1 Le choc infectieux post-abortum :

Le choc doit faire discuter :

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

- Une rétention trophoblastique.
- Une perforation utérine.

Le choc peut survenir aussi :

Au décours immédiat d'un curetage sur un utérus infecté sans antibiothérapie préalable. Elle peut être due à des bacilles à gram positif pouvant entraîner des toxico-infections dont une des manifestations clinique est le Tétanos post-abortum : qui s'observe rarement en raison de la généralisation de la prévention.

C'est l'une des complications les plus graves.

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

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

Le traitement comporte alors :

- L'arrêt de l'alimentation orale.
- La mise en place d'une sonde nasogastrique
- Le Valium\* (Diazépam) 5 ampoules de 10mg dans 500cc de sérum glucose 5% en douze heures à raison de 15 gouttes par minute.
- L'isolement des stimuli sonores et lumineux.
- L'action sur le foyer infectieux par un curetage prudent et une antibiothérapie.
- La sérothérapie antitétanique.
- Le pronostic dépend de :
  - La durée de l'incubation.
  - L'existence de dyspnée ou de spasme laryngé. La mortalité est de l'ordre de 20%.

### a.1.2 La septicémie à clostridium perfringens :

Est très grave et évolue en trois phases.

#### § Première phase initiale : (3 jours)

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

#### § 2ème Phase : (2-3 semaines)

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

#### § 3ème Phase :

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

### a.1.3 Les septico-pyohemies :

C'est l'association de la septicémie à une phlébite utéro-pelvienne suppurée. La complication redoutable est l'endocardite droite.

On distingue des signes pulmonaires et des signes pelviens :

- Les signes pulmonaires sont :

- La dyspnée.
- La toux hémoptoïque par migration de l'embolie.
- Des fins râles crépitant et un frottement pleural.
- Une fièvre avec frissons et cyanose.
- Des signes d'insuffisance tricuspidiennne.

- Les signes pelviens :

Orientent vers le foyer infectieux responsable. Ils peuvent se résumer en :

- Douleur pelvienne, leucorrhée purulente, dysurie.
- Défense abdominale.

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

b. Les complications infectieuses locorégionales :

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

b.1. Les salpingites :

Elles demeurent malgré l'usage des antibiotiques une complication fréquente de l'avortement provoqué clandestin. Très souvent il s'agit d'une salpingite chronique unilatérale mais il peut y avoir une forme aiguë. L'évolution se fait vers la guérison sous traitement antibiotique et anti inflammatoire.

Quand l'antibiothérapie est mal suivie l'évolution se fait vers un pyosalpinx qui peut entraîner une pelvipéritonite.

b.2. La pelvipéritonite :

C'est une complication infectieuse fréquente et peut être à l'origine des autres complications régionales. Sa symptomatologie est dominée par la fièvre et une contracture qui peut être localisée à l'étage sous ombilical. Les touchers pelviens très douloureux peuvent retrouver une masse annexielle. Si l'état clinique le permet un traitement médical associant de la glace sur le ventre et un traitement antibiotique peut être tenté après les prélèvements bactériologiques. Ceux-ci seront effectués à la recherche non seulement des germes banaux, sur des hémocultures et des prélèvements endocervicaux et per opératoires, mais aussi de la Chlamydia trachomatis sur milieux spéciaux.

La patiente sera maintenue à jeun et sous surveillance stricte en milieu spécialisé. L'échec de ce traitement sera jugé sur l'absence d'amélioration au bout de

48 heures, ou sur l'aggravation des signes cliniques, qui doit toujours conduire à l'intervention.

L'exploration chirurgicale sera conduite, en fonction du contexte et de la clinique, par coelioscopie ou laparotomie. Le pelvis est en général très inflammatoire, siège de remaniements adhérentiels multiples et d'un épanchement purulent peu abondant. Après vérification de l'appendice et du sigmoïde, on effectuera un effondrement des logettes et une adhésiolyse suffisante pour la réalisation du lavage. Le drainage ne doit pas être systématique. Si toutefois celui-ci paraît indispensable, la voie vaginale par culdotomie postérieure devra être préférée. Une annexectomie de propreté ne se justifie pas systématiquement.

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

### b.3 .Abcès du douglas :

Collection purulente du Douglas, il se forme à proximité d'une trompe infectée. Il est favorisé par la présence d'adhérences séquellaires d'épisodes infectieux antérieurs. La clinique déjà décrite s'enrichit d'une douleur et d'un bombement du Douglas. Le traitement est médico chirurgical. L'abord par culdotomie postérieure élective peut être proposée en cas de collection isolée des autres organes pelviens et confinée au Douglas.

### b.4.Pyo-annexe :

Il peut s'agir d'un pyosalpinx ou pyo-ovaire

Un pyosalpinx peut survenir au décours d'un épisode infectieux non pris en charge ou sur une trompe obstruée par un épisode infectieux antérieur.

La fièvre associée à la douleur pelvienne plus ou moins latéralisée est quasi constante. L'examen clinique souvent difficile est peu performant. L'échographie qui montre une collection liquidienne hétérogène juxta utérine ou le scanner abdomino-

pelvien permet de préciser le diagnostic. Le bilan biologique confirme un syndrome inflammatoire non spécifique et une recherche bactériologique identique à celle décrite précédemment sera effectuée.

Une antibiothérapie sera débutée le plus tôt possible.

Pour la part chirurgicale, la coelioscopie a le double intérêt de pouvoir être à la fois diagnostique et thérapeutique. En l'absence d'un blocage adhérentiel, elle représente le meilleur moyen d'exploration et de traitement de l'utérus et de ces annexes .

#### b.5.Le phlegmon du ligament large :

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

##### ü Le phlegmon de la base du ligament large :

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

##### ü Le phlegmon haut situé du ligament large :

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

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

#### b.6-La péritonite généralisée :

Elle peut survenir après une perforation utérine ou une rupture d'un pyoannexe entraînant un abdomen chirurgical avec contracture généralisée, douloureuse et altération de l'état général. Le traitement est chirurgical après réanimation, antibiothérapie massive, complétée par un drainage de la cavité péritonéale.

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

c. Les complications infectieuses locales :

c.1. L'endométrite post-abortum :

Caractérisée par :

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

L'antibiothérapie sera en fonction du germe retrouvé aux hémocultures.

c.2 L'infarctus utérin :

Il peut s'observer à la suite d'injection de n'importe quel liquide, et même à la suite de toute agression chimique ou mécanique. Il s'agit d'une nécrose hémorragique de l'utérus qui peut gagner les annexes et les organes voisins. Sa mécanique d'apparition est discutée. Sur le plan clinique, le choc infectieux domine le tableau contrastant parfois avec une température qui peut être normale. A l'examen l'utérus est volumineux, douloureux, empâté. Le traitement ne peut être que chirurgical et se pratique après une réanimation.

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

Le traitement repose sur l'antibiothérapie, une sérothérapie antitétanique et une réanimation intensive. L'évacuation utérine peut être compliquée par la grande abondance de l'hémorragie.

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

c.2. Les lésions vaginales :

Assez fréquentes, on cite :

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

Dans notre série on a retrouvé 26,6% soit 120 patientes qui ont présenté une endométrite. Ce résultat est proche de celui de TRAORE.C [33] qui a enregistré 37,87%.

Tableau11 : les complications à moyen terme selon les auteurs

Auteurs	Endométrite	Péritonite	Septicémie
TRAORE.C [33]	37,87%	2,26%	2,75%
MAIGA.H.F[30]	8,9%	0,9%	3%
Notre série	26,6%	9,9%	0,8%

C. Les complications tardives :

Leur fréquence est inappréciable dans les avortements illégaux, leur réalité indiscutable et leur risque incontestablement supérieur aux avortements légaux.

1. L'imperméabilité tubaire :

Elle constitue une conséquence de l'infection post-abortum.

Dans notre série on a enregistré 7% soit 32 patientes ayant eu une imperméabilité tubaire.

2. Les synéchies utérines :

Il s'agit d'accolements des deux parois internes de l'utérus avec une extension plus ou moins prononcée, depuis l'orifice externe du col utérin jusqu'au fond de la



cavité utérine. Les manifestations cliniques peuvent être de type des anomalies du cycle menstruel de type d'hypoménorrhée et d'aménorrhée secondaire, suite à une aspiration ou un curetage.

Le risque des synéchies utérines augmentent si l'âge gestationnel est avancé du fait de la progression de l'insertion du placenta.

Dans notre série on a retrouvé 45 patientes soit 9,91% qui ont présenté une synéchie utérine.

### 3. Algies pelviennes :

Les complications traumatiques précoces méconnues ou initialement traitées peuvent continuer à évoluer silencieusement. Elles aboutissent à un syndrome douloureux pelvien.

Dans notre étude on a rapporté 120 patientes qui souffraient des algies pelviennes soit 26,6%.

Les complications traumatiques peuvent entraîner une stérilité tubaire, et expose au risque de la GEU du fait de l'altération de la mobilité ciliaire des trompes.

### 4. Les brides vaginales :

Facteur de risque dyspareunie et parfois même de stérilité.

Dans notre série on a retrouvé 45 patientes soit 18,1% qui souffrent des dyspareunies.

### 5. Placenta prævia et le placenta accreta :

Séquelles liées à des lésions de l'endomètre.

### 6. Les avortements spontanés à répétition et les accouchements prématurés

### 7. La béance cervico-isthmique :

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

### 8. Les séquelles psychologiques :

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

- des névroses dépressives, complexes de culpabilité, et d'indignité.

Dans notre étude 24 patientes chez qui on a observé une dépression de post-abortum pour laquelle elles ont bénéficié d'un suivi psychiatrique, soit 5,3%.

De nombreuses études scientifiques certifient la nécessité d'une aide psychologique des patientes avortées pour éviter le sentiment de culpabilité, la perte de l'estime de soi, l'insomnie et les troubles sexuels [52-65].

### 9. L'iso-immunisation fœto-maternelle :

Synthèse par la mère d'allo-anticorps dirigés contre les hématies fœtales. Une prévention systématique s'impose et doit être faite chez toute femme rhésus négatif qui vient d'avorter [66]. L'injection doit être faite dans les 72 heures qui suivent l'avortement [67].

### D. Les intoxications :

Parmi les nombreuses substances utilisées il faut citer :

#### a. L'apiol :

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

#### b. Intoxication à la quinine :

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

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

c. Intoxication au mercure :

Elle conduit à un tableau d'hépatonéphrite.

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

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

e. Intoxication au plomb :

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

Les complications des avortements non médicalisés sont alors nombreuses souvent très graves que ce soit dans l'immédiat ou au stade séquellaire. les complications et les séquelles sont les mêmes retrouvées dans la littérature que dans notre étude, à cours et à moyen terme les hémorragies, les déchirures du vagin ou du col de l'utérus, la perforation de l'utérus, l'infection voir le décès de la patiente, à long terme les dyspareunies, les douleurs pelviennes chroniques, l'iso-immunisation Rhésus, troubles de fertilité et les séquelles psychologiques.

Ces résultats permettent d'affirmer que cette pratique n'est jamais anodine. Il est souvent mal exécuté mettant le pronostic vital en jeu. Elle expose les a un grand risque de morbi-mortalité.

Dans notre série on a enregistré 1 décès par septicémie soit 0,2% contre 4% enregistré par TRAORE.C [33] et MAIGA .H.F [30]

§ Selon l'Organisation mondiale de la Santé, le nombre de décès liés à l'avortement non médicalisé a baissé de 69 000 en 1990 à 47 000 en 2008.

[34]

§ Parallèlement, la mortalité maternelle a baissé d'un tiers, de 546 000 décès en 1990 à 358 000 en 2008. [34]

§ En dépit de la baisse du nombre de décès liés à l'avortement non médicalisé, la proportion de femmes mortes à la suite d'un avortement non médicalisé reste inchangée, à environ 13 % de l'ensemble des décès maternels. [34]

§ Environ 25 à 50 % des décès maternels enregistrés en situation de réfugié sont liés à un avortement non médicalisé.

En Asie :

§ Selon l'Organisation mondiale de la Santé, 12 % des décès maternels dans la région sont liés à un avortement non médicalisé. [34]

§ Dans la région, 2,3 millions de femmes sont hospitalisées chaque année en raison de complications d'avortement non médicalisé. [45]

En Afrique :

§ Selon l'Organisation mondiale de la Santé, 14 % des décès maternels en Afrique (y compris l'Afrique du Nord) sont liés à un avortement non médicalisé. [34]

§ On estime que dans plusieurs pays africains, jusqu'à 70 % des femmes qui reçoivent un traitement pour des complications d'avortement ont moins de 20 ans. [68]

En Moyen Orient :

§ environ 1,6 million d'avortements non médicalisés dans les pays arabes, et près de 680 000 femmes nécessitent des soins médicaux pour des complications d'avortement non médicalisé. [37]

En Amérique latine et Caraïbe :

§ Selon l'Organisation mondiale de la Santé, 12 % des décès maternels dans la région sont liés à un avortement non médicalisé. [34]

§ En Amérique latine, entre 10 et 21 % des hospitalisations pour des complications d'avortement non médicalisé se sont produites chez les adolescentes, et un tiers des adolescentes hospitalisées pour des complications d'avortement ont souffert de septicémie. [69]

§ Au Pérou, un tiers des femmes hospitalisées pour des complications d'avortement avaient entre 15 et 24 ans. [70]

§ Au Chili et en Argentine, les avortements non médicalisés ont causé plus d'un tiers des décès maternels chez les adolescentes. [70]

## 7. La prise en charge :

### a. Le traitement médical

Le traitement médical vient en complément de l'évacuation utérine et de la maîtrise des urgences qui peuvent constituer les complications [71].

- Les antibiotiques et les utero-toniques: ils sont prescrits dès que la vacuité utérine est assurée pour la prévention des infections et la maîtrise de l'hémorragie.
- Les antalgiques et les anti-inflammatoires sont prescrits pour soulager la douleur.
- De même les traitements adjuvants tels que les cures martiales, la sérovaccination antitétanique, injection de gammaglobuline anti-D seront prescrits au besoin.

### b. L'évacuation utérine

#### ü *Le curage digital :*

C'est une méthode d'évacuation qui n'est faisable que lorsque le canal cervical est perméable pour permettre le passage d'un ou plusieurs doigts. Elle est réalisée sans besoin d'anesthésie en salle d'accouchement.

- La patiente en position gynécologique, après lui avoir vidée la vessie et pris les mesures d'asepsie;
- la main gauche de l'opérateur fixe et maintient solidement le fond utérin;
- un ou deux doigts de la main droite sont introduits dans la cavité utérine à travers l'orifice cervical;
- on détache alors les débris ovulaires qui adhèrent au fond utérin.

Cette technique a pour inconvénient d'être extrêmement douloureuse et l'évacuation souvent incomplète ainsi que le risque infectieux est important.

### ü Le curetage

- Le matériel :

Le matériel nécessaire pour réaliser un curetage comprend:

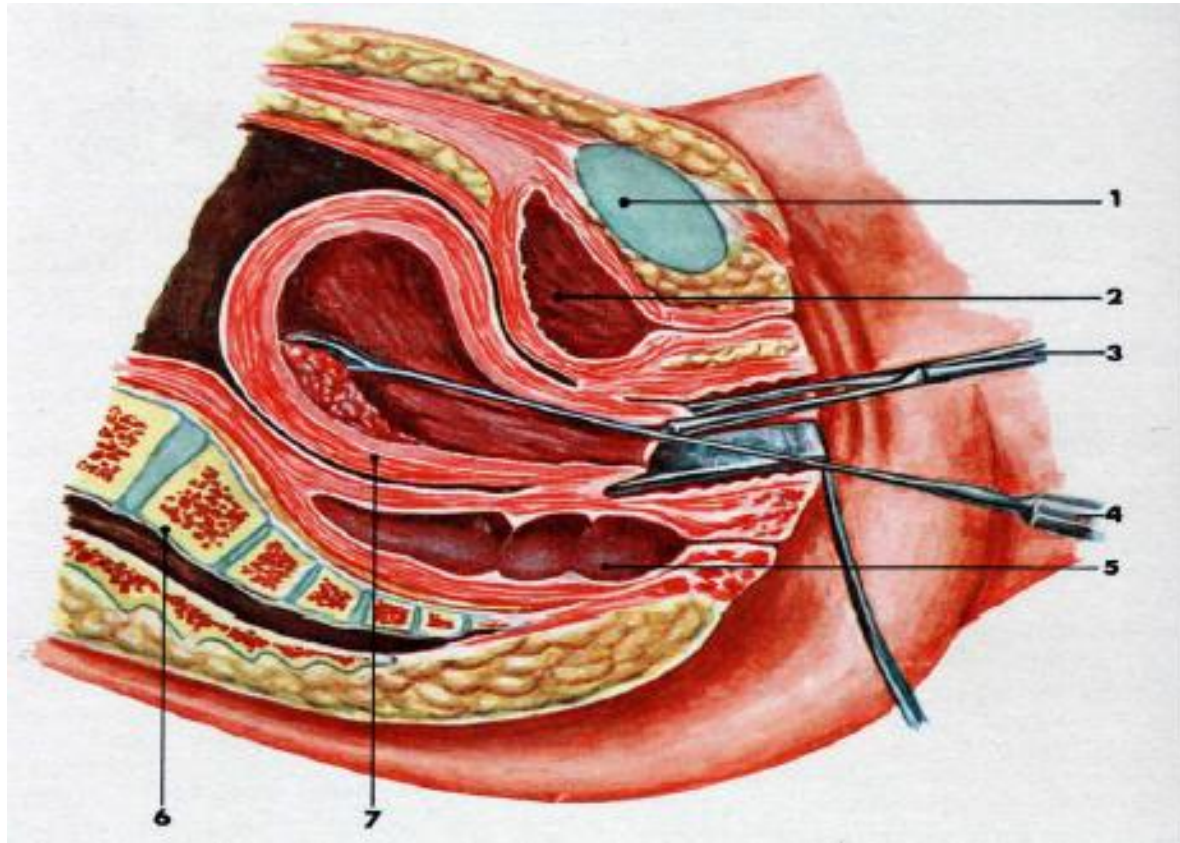
- un plateau à instruments;
- une valve à poids ou un spéculum;
- une pince à badigeonner ;
- une cuvette pour recevoir la solution antiseptique;
- une pince de Pozzi ou de Museux ;
- un jeu de dilateurs de calibre 5 à 12 mm ;
- un jeu de curettes ;
- une pince à faux germes ; un hystéromètre.

- Description de la méthode

- La dilatation cervicale se fait par la mise en place de laminaires 6 à 8 heures avant le moment du curetage. Elle peut être également effectuée à l'aide de bougies de Heggar ou de sondes souples en gomme de Delsace.

- Au bloc opératoire, sous anesthésie générale, le curetage est effectué à l'aide de curette mousse pleine ou fenêtrée.

- La vacuité utérine est obtenue lorsque la curette ramène une mousse rouge. L'utérus se contracte autour de la curette [72].



SCHEMA [73] : LE CURETAGE

1. La symphyse pubienne
2. La vessie
3. une pince placée sur la lèvre supérieure du col pour attirer l'utérus en avant
4. La curette
5. Le rectum
6. Le sacrum
7. L'utérus



### ü L'aspiration manuelle

- Le matériel

Le matériel nécessaire pour réaliser une aspiration manuelle intra-utérine comprend :

Un plateau à instrument avec couvercle; un hystéromètre ;

- un spéculum;
- une pince à badigeonner;
- une cuvette pour recevoir la solution antiseptique; une pince de Pozzi ou de Museux ;
- un jeu de canules de 6 à 12 mm
- un jeu de dilateurs de 4 à 12 mm ;
- une seringue à faire le vide;
- un haricot pour recevoir les débris aspirés; la xylocaïne à 1%.

### ü Description de la technique

La technique d'aspiration manuelle est indiquée pour les avortements survenant avant 14 semaines d'aménorrhée [71]. La patiente en position gynécologique on fait une asepsie vulvo-vaginal.

En fonction de l'état de la patiente une anesthésie para-cervicale à la xylocaïne à 1% dont 2 ml respectivement à 3 heures, 5 heures, 7 heures et 9 heures [40]. Elle peut être réalisée sans prémédication et elle est effectuée exceptionnellement sous anesthésie générale.

Prise du col à l'aide d'une pince de Pozzi. L'évacuation du contenu de l'utérus à l'aide de la canule se fait en imprimant des mouvements de va-et-vient parallèles au grand axe de l'utérus, associés à une rotation sur l'axe de la seringue. Du fait de la pression négative dans la seringue, le contenu de l'utérus se détache et est aspiré [74]. L'évacuation est complète lorsqu'on ramène plus de débris tissulaires mais

plutôt une mousse rouge ou rosée. L'opérateur a alors une sensation de granulation dans l'utérus qui se contracte autour de la canule [74].

#### ü L'aspiration électrique

Contrairement à la technique d'aspiration manuelle, cette méthode au lieu de la seringue manuelle, utilise un appareil électrique muni d'un tuyau pour provoquer une dépression d'environ 600 mmHg permettant ainsi l'aspiration [75].

La technique et les complications de l'aspiration électrique sont les mêmes que celles de l'aspiration manuelle.

- o Les objectifs de notre prise en charge sont :
  - Préserver le pronostic vital
  - Traiter les complications
  - Limiter le risque d'échec du traitement
  - un suivi psychiatrique chez les patientes qui souffrent d'une dépression de post-abortum

Les moyens thérapeutiques sont en fonction de l'état hémodynamique de la femme, de critères biologiques et échographiques.

La moyenne d'hospitalisation pour nos patientes était de trois jours avec des extrêmes allant de 1 à 15 jours.

- L'antibiothérapie et le sérum antitétanique ont été administrés chez toutes les patientes. 124(27,5%) ont adhéré à la reprise de la vaccination anti-tétanique

- La réanimation hydro-électrolytique et la transfusion sanguine ont été indiquées chez les patientes en état de choc, 4,8% des cas soit 22 cas ont bénéficié de transfusions en urgence pour hémorragie et anémie aiguës inférieures à 6g/dl d'hémoglobine.

- Nous avons eu recours à l'aspiration et/ou curetage chez 412 patientes soit 91,3%

- 18 cas soit 3,9% ont été traités chirurgicalement par laparotomie pour des perforations utérines, plaies intestinales et Abscesses de Douglas.

- La réparation des lésions physiques et chimiques a été réalisée chez 102 patientes soit 22,5%

- 24 femmes (5,3%) ont bénéficié d'un suivi psychiatrique pour dépression post-abortum.

Tableau 12: traitements alloués aux patientes avortées selon les différentes séries.

Auteurs	ATB	SAT	AEU Et/ou Curetage	TTT chirurgical	Transfusion sanguine	Suture Vulvo-vaginale cervicale
TRAORE .C[33]	100%	32,03%	55,03%	11,61%	65%	16,63%
MAIGA.H.F [30]	97%	-	49,5%	9,9%	41,6%	4%
MANOUANA M,et a[32]l	-	-	26,9%	5,8%	3,8%	-
Notre série	100%	100%	91,3%	3,9%	4,8%	22%

### VIII) les prestataires de l'avortement non médicalisé :

Les prestataires ont été variables dans notre série ainsi, l'avortement a été attribué dans plus de la moitié des cas (65,41%) aux accoucheuses traditionnelles contre 10,6% retrouvé par TRAORE.C.[33] Dans 23,51% des avortements non médicalisés ont été réalisés par le personnel médical (sages femmes, médecins), ce résultat est inférieur à celui enregistré par TRAORE.C[33] qui a trouvé 60,59% et supérieur à celui de MAIGA.F[30] 7,9%.

11,8% des patientes ont eux-mêmes utilisés des procédés pour avorter. Ce taux est relativement proche à ceux révélés par TRAORE.C et MAIGA.H.F qui sont respectivement 10,6% et 7,9%.

Tableau 13 : les prestataires de l'AVNM selon les séries

Auteurs	Accoucheuses traditionnelles	Personnel médical	Patientes elles-mêmes
TRAORE.C [33]	10,6%	60,59%	10,6%
MAIGA .H .F [30]	-	13%	7,9%
Notre série	65,41%	23,51%	11,8%

## IX) les Lieux de l'avortement non médicalisé :

Il ressort de notre étude que la grande majorité des AVNM ont été effectués à domicile avec 64,41%, s'exerçant dans de très mauvaises conditions de travail exposant à des complications graves.

Ce résultat est supérieur à ceux rapportés par TRAORE.C [33] et DEDIER.B [76] et SAMAKE.A [59] et TALL.S [57] qui sont respectivement 46,21%, 56,50%, 47,2% et 16,10%, alors qu'il est inférieur à celui trouvé par DEMEBELE.F [62] 71,95%.

Ces résultats confirment le caractère clandestin des avortements aux pays africains. En effet, l'avortement réalisé dans un cabinet privé ou dans les infirmeries de quartier, pratiqué par un médecin généraliste ou par une infirmière coûte plus cher que celui effectué par des accoucheuses traditionnelles à domicile le plus souvent dans des conditions déplorables. Le personnel non qualifié s'adonne à des pratiques abortives dangereuses exposant les femmes à des complications redoutables voire même mortelles.

## X) Quels sont Les moyens abortifs utilisés :

Nous constatons que les méthodes utilisées varient d'une étude à l'autre et selon la technicité de l'auteur. Ils sont toutes basés sur la genèse des contractions utérine et la rupture de l'œuf : les plantes emménagogues (provoquant le flux menstruel) sous formes d'infusion à boire ou des lavements et des tampons en intra vaginal, dans chaque pays on utilise les herbes qui s'y trouvent. Certaines plantes exposent à des intoxications graves pouvant aboutir au décès; les produits manufacturés: l'eau de Javel, le permanganate de potassium qui donnent des brûlures vaginales, les pesticides ou les détergents en liquide qui donnent des intoxications aux organophosphorés; les objets perçants : tige métallique, aiguille à

tricoter, tige végétale (branche d'olivier flexible dans notre étude) ou sonde vésicale siliconée. Les produits pharmaceutiques: cytotec® en Europe, artotec® au Maroc, les antipaludéens en Afrique, une étude en Éthiopie montre que les avortements clandestins sont provoqués dans un tiers des cas par des antibiotiques à doses élevés. Les traumatismes volontaires: coup sur le bas ventre ou saut d'une hauteur élevée [53-56].

Dans notre étude, les moyens abortifs sont utilisés par voie orale, les herbes et les produits pharmaceutiques.

Par voie intramusculaire à savoir ergoméline/ocytocine/medroxyprogesterone, et par voie trans-vaginale notamment les préparations liquides ou tampon à bases des herbes, les produits chimiques, l'injection intra-utérine du sérum salé hypertonique et les objets perçants.

L'ocytocine et le Misoprostol, les herbes, le sondage utérin et le curetage sont les moyens qui ont été mis en évidence dans l'étude de TRAORE.C [33] et MAIGA.H.F [30].

Les procédés utilisés par les tradipraticiens sont multiples et changent d'un pays à un autre. Toutes ces méthodes sont dangereuses, elles pratiquées par du personnel non qualifié, avec du matériel non stérile, dans un climat hostile, dans des conditions et lieux inappropriés.

## XI) Quelles solutions ? :

Certes, il faut de la prévention : par l'éducation sexuelle (école-associations-parents) et la promotion des méthodes de contraceptions efficaces

### § La contraception chez les jeunes femmes : des besoins non satisfaits

- Dans le monde, 215 millions de femmes en âge de procréer ont des besoins de contraception non satisfaits : elles ne veulent pas avoir d'enfants, mais n'utilisent pas de moyen de contraception. [77]

- Dans certaines régions du monde, les femmes âgées de 15 à 19 ans sont deux fois plus susceptibles d'avoir un besoin de contraception non satisfait par rapport aux femmes de 20 à 30 ans. [46]

- Les jeunes femmes de 15 à 24 ans présentent le besoin de contraception non satisfait le plus élevé en Afrique subsaharienne, suivi de l'Amérique latine et des Caraïbes, et de l'Asie du Sud et du Sud-est. [76]

- Les taux d'utilisation de méthodes contraceptives chez les adolescentes mariées et non mariées restent faibles. L'utilisation de méthodes contraceptives chez les femmes de 15 à 19 ans va de 20 à 28 % en Afrique subsaharienne, en Amérique latine et dans les Caraïbes, et en ex-Asie soviétique.[76]

- En Afrique, 20 à 35 % des femmes sexuellement actives mariées et non mariées âgées de 15 à 19 ans ont signalé l'utilisation de méthodes contraceptives dans neuf pays. En Namibie, la prévalence de l'utilisation de méthodes contraceptives s'élève à 40 %.[77]

- Les plus bas niveaux d'utilisation de méthodes contraceptives en Afrique ont été enregistrés dans les cinq pays suivants : Tchad, Érythrée, Mali, Niger et Sénégal.[77]

- L'utilisation de méthodes contraceptives est plus élevée chez les adolescentes sexuellement actives non mariées que chez celles qui sont mariées (par exemple, 38 % contre 60 % au Kazakhstan, et 4 % contre 45 % au Nigeria). [77]

- Dans presque chaque pays, une plus grande proportion de femmes de 15 à 19 ans par rapport aux femmes de 20 à 49 ans ont signalé l'échec d'une méthode contraceptive dans l'année suivant le début de l'utilisation de la méthode. [78]

- En moyenne, les taux d'échec d'une méthode contraceptive chez les adolescentes étaient environ 25 % supérieurs à ceux enregistrés chez les femmes plus âgées. [77]

- Cette différence s'explique probablement par plusieurs facteurs, notamment le fait que les adolescentes ont tendance à utiliser des méthodes moins efficaces que les femmes plus âgées. [79] Dans notre série seulement 11% des patientes étaient sous CO.

Indépendamment des conditions juridiques, les femmes du monde entier, y compris les jeunes femmes, sont fortement susceptibles d'avoir un avortement face à une grossesse non planifiée. La prévalence de l'avortement est plus élevée lorsque le besoin non satisfait de planning familial est élevé, la prévalence contraceptive est faible et les méthodes contraceptives moins efficaces.

Il est urgent alors de mettre en place une éducation sexuelle de qualité, des services de planning familial et de santé reproductive, et l'accès sans contrainte à la contraception apparaît être une étape nécessaire, sans être suffisante, pour combattre le recours à l'avortement illégal. [80 ,81]



# CONCLUSION

L'avortement non médicalisé constitue un véritable problème de santé publique dans le monde entier et surtout dans les pays en voie de développement. Ils sont graves, compte tenu des complications qu'ils entraînent notamment l'infertilité et surtout le décès. Pourtant ces complications sont bien connues de celles qui en sont victimes et aussi de ceux qui sont les auteurs.

Notre travail consiste à réaliser une étude épidémiologique, clinique rétrospective à travers 451 cas d'avortement non médicalisé au service de gynéco-obstétrique à l'hôpital militaire Moulay Ismail Meknès pour relever les sites d'interventions afin d'atténuer au mieux les complications qui en résulte.

Plusieurs motifs peuvent pousser les femmes à cette pratique clandestine. Parmi les causes nous pouvons citer :

- Le jeune âge des patientes, La tranche d'âge la plus concernée est entre 16 à 18 ans avec 70%.
- L'analphabétisme, le taux des femmes non instruites a représenté 62% des cas
- Le célibat a représenté 74,9% des cas d'avortement.
- le jugement social et la perte de scolarité.

La fréquence de l'avortement clandestin était de 3,74% dans notre série.

Les motifs d'admission varient avec une prédominance de métrorragies avec un taux de 55,87% des cas. Dans 65,41% des cas, la pratique abortive a eu lieu à domicile par des accoucheuses traditionnelles. La plus fréquente complication est la rétention trophoblastique avec 91,3% suivie des complications hémorragiques.

Cependant notre étude, limitée au cas consultant à l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès, ne représente pas toute la population de la région Fès-Meknès et par conséquent ne met probablement en évidence que partiellement l'ampleur de ce problème. Il serait certainement informatif d'étudier ce phénomène dans d'autres

régions marocaines. La lutte contre ce fléau devrait être plus efficace, au plan régional comme national.

La restriction de la loi de l'avortement et le manque de conseil contraceptif chez les femmes marocaines en âge de procréer ouvrent largement la voie aux avortements non médicalisés dont les conséquences sont parfois dramatiques comme en témoigne notre étude. Il est urgent de faire appel à des politiques éducationnelles, préventives, en matière d'avortement, de contraception, et de planning familial plus adaptées à cette population.

# RECOMMANDATIONS

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

### 1 – Aux communautés :

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

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

### 2 – Au personnel socio-sanitaire :

Faire de l'IEC (CCC) en mettant l'accent sur les dangers de L'AVNM

Eviter la pratique des avortements à risque.

### 3- Aux Populations:

- Réduire le taux des grossesses non désirées par l'acceptation et l'utilisation correcte et appropriée des méthodes contraceptives par les femmes sexuellement actives.
- Lever le tabou par la promotion de l'éducation sexuelle.
- Fréquenter les services de santé de la reproduction.
- Sensibiliser les populations sur les inconvénients liés aux avortements clandestins
- Etablir un dialogue ouvert entre les jeunes femmes et les services socio-sanitaires et éducatifs devrait donc être envisagé.

# RESUMES

## Résumé

L'avortement non médicalisé est un fléau dans le monde entier mais notamment en Afrique où il constitue un marché lucratif pour les tradipraticiens qui exposent les patientes à des complications graves voir mortelles.

Notre expérience porte sur 451 cas d'avortement non médicalisé colligés au service de gynéco-obstétrique de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès étalée sur une période de cinq ans (janvier 2009- décembre 2014).

Notre travail consiste à réaliser un inventaire épidémiologique et clinique pour relever les sites d'intervention afin de pouvoir réduire au mieux ce phénomène. Nous avons conclu que :

- la fréquence de cette affection est de 3,74%.
- le profil sociodémographique type de la patiente concernée par l'avortement non médicalisé était celui d'une femme de moins de 18 ans, sans profession, célibataire, sans couverture sociale n'ayant été pas ou peu scolarisée, son profil obstétrical est celui d'une femme primigeste, nullipare, utilise aucun moyen de contraception consultait pour des métrorragies et douleurs pelviennes souvent au cours de premier trimestre de la grossesse.
- La rétention trophoblastique est la complication la plus fréquente, elle représente 91,3%.
- Diversité des moyens utilisés pour avorter : orale, intramusculaire, trans-vaginale.
- La majeure partie de l'avortement non médicalisé s'est passée à domicile par des accoucheuses traditionnelles avec 65,41% dans des conditions déplorables.

L'avortement illégal expose les jeunes femmes à la morbidité et la mortalité, d'où la nécessité d'un accès sans contrainte à la contraception, à l'éducation sexuelle de qualité, des services de planning familial et de santé reproductive.

Mots clés : avortement, non médicalisé, complications, contraception.

## ABSTRACT

Unsafe abortion is a plague spreading around the world but especially in Africa where it is a lucrative market for traditional practitioners which exposes patients to serious complications including death.

We report our experience for 451 cases of unsafe abortion in the gynecology department at the military hospital moulay ismail meknes during a period spanning five,( January 2009- December 2014).

Our work consists in carrying out an epidemiological and clinical inventory of these practices in order to identify the sites of intervention in order to reduce this phenomenon. We concluded that:

- The frequency of this affection is 3,47%
- the typical socio-demographic profile of the patient concerned by unsafe abortion was that of a woman under 18 years of age, without a profession, single, without social coverage having had little or no education, her obstetrical profile is that of 'A primepenste, nullipare woman, used no contraceptive method consulted for metrorrhagia and pelvic pain often during the first trimester of pregnancy.
- Trophoblastic retention is the most frequent complication, accounting for 91.3%.
- Diversity of means used for abortion: oral, intramuscular, trans-vaginal.
- The majority of unsafe abortions occurred at home by traditional birth attendants with 65.41% in deplorable conditions.
- Illegal abortion exposes young women to morbidity and mortality, hence the need for unimpeded access to contraception, quality sex education, family planning and reproductive health services.

Key words: Abortion, unsafe, complication, contraception



## مطى

يعتبر الإجهاض غير الآمن آفة متفشية أفلي المأسوه ، إنا نهأصبسحوقا موبلحةلمزاوالتق لبيدي الذي يعجز إة الوليضة اعفات قنأأبي انإلى لموت.

من خلال هذه التيسية لنا 451 إة لإجه طس غير آنى فيصا للحقنسا واءلتو لبينا لوكلاستشفائى العس كرىمولاييم اعيلهم كنسللمدة 5 ذوات بينأر 2009 إلى ذنو 2014. خلال هذه الواسة اليعية تمطلى لنا في جرد جموعة لمنمطيا لنبأا ئيقوالسوليلقء الاكلس ابق ذكوه اوذلك بؤن موفة نقتلنذخ من لجال لتقصى منحدة هذالظ اهاستبخ لصنم إىلى:

- ونددهه لإصا اببق لغ 3.74%

- ببا لبدي نأ الشخلىلسوسديووئى ل لويضة المتعوضة لإجه طرفأة ايقل عوره ا عن 18 سانة عازبة، دن تظ يقصد يقستواها الالراسي ضعفا لهم نعدمستواها المعيشي متدمني.فه الطليق و لبيوضح أنها ألجهاأنا اعفحةمة له الأول، فحست من لجل نزيوالم في الحوض وصد اخلال الأشهر لثلاثةأولى للحمل.

الاحتف اظ الأولمعة اذية هئا لصا اعفات الأكتويوع اب نسبة 91.3%.

سب لنا لأضتناو لولمدا نأل لإجه طس غير الآمن: عن طو لولقم ،ضمض لي ، عولم هيل

- معطالإجه طس اعفات لغو لآمنة تمت في ظروف سويقة نعفيها أبسط شوطا لسلامة من طوفا ابالات

تق لبيديات.

إنى لإجه طس الغو لآمن يعولفتدي لصا اعفات خطو قمما يستدعي تقديم واهج توعى التوبية

الجنسية تنظ يم لأسوة، الصلإا نج اب يوة و فوا يصولا نأل منع لحمل.

الكلم الأأساسية: لإجه طس، غير الأض، اعفات منع لحمل

# BIBLIOGRAPHIE

- [1] World Health Organization (WHO). Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th ed. Geneva: World Health Organization; 2011.
- [2] Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE, et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet* 2006;368:1908—19.
- [3] Manuel Merck, 3è édition.  
Avortement provoqué; page : 1976.
- [4] TRAORE ML, SALL B; DOUMBIA. A  
Les avortements criminels à Bamako, quelques aspects médico-légaux. *Mali médical* 1976 (2) pages 14-18.
- [5] TOURE A. M.  
Contribution à l'étude des avortements au Mali (Résultats précoces d'une enquête dans 15 centres. Thèse de médecine Bamako, 1982 n°81 M 23.
- [6] A. RAHMAN ET AL « A GLOBAL REVIEW OF LAWS ON INDUCED ABORTION, 1985-1997 ».  
*Int. Fam. Perspect.* 1998; Page 24, 56-64; "Sharing responsibility Women, Society and abortion Worldwide", Alan Guttmacher inst. 1999.
- [7] ANIKA. RAHMANE AL.  
A global review of laws on induced abortion, 1985 – 1997, 24 international family planning perspectives, pages 54 – 64 (1998).
- [8] OMS :  
Complications des avortements : directives techniques et questionnaires pour la prévention et le traitement. OMS; Genève, 1997, 68, 99p.
- [9] Merger R, Levy J, Melchior J.  
Avortement provoqué clandestin.  
Précis d'obstétrique 6è édition.  
Masson, Paris, 2003; 583p : 222-225

[10] Ipas, FCI, PPPF, Population council

Prévention et prise en charge des avortements à risque

[11] OMS

Eléments essentiels des soins obstétricaux au premier niveau de recours.

OMS, Genève, 1992, 24; 80p.

[12] J. LANSAC/P. LE COMTE/H. MARRET Interruption volontaire de

grossesse Paris 2002. Gynécologie pour le praticien 6<sup>e</sup> édition pages 456-472

[13] Sourate 1 du Coran, verset 228.

[14] Sourate 1 du Coran, verset 234.

[15] Sourate 6 du Coran, verset 151.

[16] Laraqui CH. Guide pratique du droit médical au Maroc. Casablanca:

Éditions Dar Cortoba; 1999.

[17] Sourate 6 du Coran, verset 151.

[18]. [www.aly-abbara.com](http://www.aly-abbara.com): Site personnel du Dr Aly ABBARA, Gynécologue

Obstétricien Site médical

[19] Dahir no 1.59.415 du 26 novembre 1962 portant approbation du texte du

Code pénal, tel qu'il a été complété et modifié

[20] Article 40 du Dahir du 21 mars 1984.

[21] Ben Sedrine Ech Cherif Elkettani L. La responsabilité civile pénale et disciplinaire

du médecin au Maroc, Première édition, Rabat: El Maârif El Jadida; 2006.

[22] Jugement no 53/91, dossier no 90266 du 12/3/1991.

[23] Cohen, Susan A. « Facts and Consequences: Legality, Incidence and Safety of

Abortion Worldwide. » Guttmacher Policy Review 12, no. 4, Fall 2009.

<http://www.guttmacher.org/pubs/gpr/12/4/gpr120402.htm>

[24] Singh, S, et al., Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress. NY:

Guttmacher Institute, 2009.

- [25] Vlassoff M, Musange SF, Kalisa IR et al. The health system cost of post-abortion care in Rwanda. *Health Policy Plan.* 2015; 30(2): 223-33. PubMed | Google Scholar
- [26] Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet.* 2006; 368(9550): 1887-92. PubMed | Google Scholar
- [27] Vlassoff M, Sundaram A, Bankole A et al. Benefits of meeting women's contraceptive needs in Burkina Faso. *Issues Brief (Alan Guttmacher Inst).* 2011; (1): 1-33. PubMed | Google Scholar
- [28] Dialmy A. Sexuality and Islam. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2010; 15(3): 160-8. PubMed | Google Scholar
- [29] Organisation mondiale de la Santé. « Why is giving special attention to adolescents important for achieving Millennium Development Goal 5, Fact Sheet. » Genève: OMS, 2008, consulté le 8 juin 2011 à l'adresse [http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/events/2008/mdg5/adolescent\\_preg.pdf](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/events/2008/mdg5/adolescent_preg.pdf)
- [30] MAIGA .H.F :
- Les avortements à risque dans le service de gynéco-obstétrique de CHU point G Bamako Thèse de médecine 2009
- [31] Traoré A.K :
- Les avortements à risques au centre de santé de référence de la commune V de Bamako de mai 2001 à Mai 2003 à propos de 134 cas. Thèse, Med, Bamako, 2004, n° 8; 77P.
- [32] Manouana M, et al :
- Avortements illégaux par le misoprostol en Guadeloupe. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* (2012),

[33]TRAORE.C :

Avortements provoqués clandestins : complications colligées au centre de santé de référence De la commune V du district de Bamako. Thèse de médecine de Bamako, 2009-2010

[34] Guttmacher Institute, « Facts on Abortion and Unintended Pregnancy in Latin America and the Caribbean. »

[35] Organisation mondiale de la Santé. « Why is giving special attention to adolescents important for achieving Millennium Development Goal 5, Fact Sheet. » Genève: OMS, 2008, consulté le 8 juin 2011 à l'adresse [http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/events/2008/mdg5/adolescent\\_preg.pdf](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/events/2008/mdg5/adolescent_preg.pdf)

[36] Ganatra B. Young and Vulnerable: The reality of unsafe abortion among adolescent and young women. ARROWS for Change, Vol. 12, No. 3, 2006. Asian Pacific Resource and Research Centre for Women.

[37] Guttmacher Institute and UNFPA, « Arab Countries: Facts on Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health. » NY: Guttmacher, 2009. Consulté le 3 octobre 2011 sur [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/additup/factsheet\\_aiu\\_arab\\_en.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/additup/factsheet_aiu_arab_en.pdf)

[38] Sedgh G et al., Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008, The Lancet, 2012,.

[39] Organisation mondiale de la Santé. Unsafe Abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2005.

[40]. The Guttmacher Institute. Facts on Induced Abortion Worldwide. The Guttmacher Institute: Washington, DC, 2011.

- [41] OMS, « Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates for the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003 », 13.
- [42] Guttmacher Institute. « State Policies in Brief: An Overview of Abortion Laws. As of October 1, 2011. » NY: Guttmacher Institute, 2011. Consulté le 4 octobre 2011 sur [http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib\\_OAL.pdf](http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_OAL.pdf)
- [43] UNFPA ET Save the Children. Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings: A Companion to the Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings. UNFPA: New York, 2010.
- [44] IPAS, « A Global Day of Action Against Gender-Based Violence. » le 3 octobre 2011
- [45] Guttmacher Institute and UNFPA, « Facts on Abortion and Unintended Pregnancy in Asia. » NY: Guttmacher Institute, 2009. Consulté le 4 octobre 2011 sur [http://www.guttmacher.org/pubs/IB\\_AWW-Asia.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/IB_AWW-Asia.pdf)
- [46] The Guttmacher Institute. Facts on the Sexual and Reproductive Health Of Adolescent Women in the Developing World. New York: The Guttmacher Institute, 2010.
- [47] DeJong, J, et al. Young People's Sexual and Reproductive Health in the Middle East and North Africa. Population Reference Bureau: Washington, DC, 2007.
- [48] Kost, K., S. Henshaw, and L. Carlin. 2010. U.S. Teenage Pregnancies, Births and Abortions: National and State Trends and Trends by Race and Ethnicity. Washington, D.C.: Guttmacher Institute.
- [49] Professeur C.Chraïbi. Président de l'association marocaine de lutte contre l'avortement clandestin AMLAK 2014 [www.amlac.or](http://www.amlac.or) .Service de gynécologie-obstétrique, maternité des Organgers. CHU de Rabat.
- [50] Population Reference Bureau. Unsafe Abortion: Facts and Figures. Population Reference Bureau: Washington, DC, 2005.

- [51] Osur J, Orago A, Mwanzo I. Social networks and decision making for clandestine unsafe abortions: Evidence from Kenya. *J Reprod Health*. 2015; 19(1): 34-43. PubMed | Google Scholar
- [52] Pistani ML, Ceccato MB. Voluntary practice and subjective impact of abortion on women representations, meanings and social imaginary in clandestine scenario. *Vertex*. 2014; 25(117): 363-9. PubMed | Google Scholar
- [53] Payne CM, Debbink MP, Steele EA. Why women are dying from unsafe abortion: narratives of Ghanaian abortion providers. *Afr J Reprod Health*. 2013; 17(2): 118-28. PubMed | Google Scholar
- [54] Smith SS. Reproductive health and the question of abortion in Botswana: a review. *Afr J Reprod Health*. 2013; 17(4): 26-34. PubMed | Google Scholar
- [55] Ordinioha B, Brisibe S. Clandestine abortion in Port Harcourt: providers' motivations and experiences. *Niger J Med*. 2008;17(3): 291-5. PubMed | Google Scholar
- [56] Sathar Z, Singh S, Rashida G et al. Induced abortions and unintended pregnancies in pakistan. *Stud Fam Plann*. 2014; 45(4): 471-91. PubMed | Google Scholar
- [57] Tall S :  
Les facteurs de risque de l'avortement provoqué au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré à propos de 180 cas. Thèse, Med, Bamako, 2005
- [58] Konaté K.M et collaborateurs :  
Les conséquences sociales de l'avortement provoqué à Bamako. CILSS : INSAH, CERPROD septembre 1998.



[59] Samaké A :

Les avortements à risques au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré à propos de 216 cas. Thèse, Med, Bamako, 2000, n 49 ; 107P

[60] AGGAR W. V. P. AND MATI; J. K. G. Epidemiology of induced abortion in Nairobi, Kenya. Journal of obstetrics and gynecology of eastern and central Africa 1: 54-57.

[61] UNFPA. State of World Population, 2004. Consulté le 3 octobre 2011 sur <http://www.unfpa.org/swp/2004/english/ch9/page5.htm>

[62] Dembélé F :

Les avortements provoqués à L'HGT à propos de 149 cas. Thèse, Med, Bamako, 1997, n 41; 60P.

[63] HY JAZI Y. ET COLL :

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

[64] ECN GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

BLANDINE COURBIERE-XAVIER CARCOPINO EDITION 2011

[65] Lapple M. Induced abortion, Descriptive and quantitative study of the psychological and psychosocial aspects. Contracept Fertil Sex (Paris). 1994; 22(2): 117-22. PubMed | Google Scholar

[66] Powell, Bill. « Saving Women's Lives in Refugee and Other Crisis Situations. » NC: IPAS, 2008. Consulté le 3 octobre 2011

[67] Population Reference Bureau. Unsafe Abortion: Facts and Figures. Population Reference Bureau: Washington, DC, 2005.

- [68] Braeken, Doortje, Upeka de Silva, and Ebrima Saidy. « 5th Youth Working Group Meeting Report. » International Planned Parenthood Federation. <http://www.ippf.org/en/>
- [69] Braeken, Doortje, Upeka de Silva, and Ebrima Saidy. « 5th Youth Working Group Meeting Report. » International Planned Parenthood Federation.
- [70] Berstein S., The State of World Population 2000: Lives Together, Worlds Apart: Men and Women in a Time of Change. New York, NY: Fonds des Nations Unies pour la population, 2000.
- [71] BOUMEAU A. Interruption volontaire de grossesse  
Encyl Med Chir (Elvesier ;Paris), Gynécologie, 738-a-40, 1991 ; 15 pages.
- [72] OMS Maternité sans risque: prise en charge clinique des complications de l'avortement. Guide pratique. Genève: OMS, 1994:81.
- [73] AKOKA A ET G. Le médical du XXème siècle, E.D.I.L.E.C
- [74] OMS PUBLICATION OFFSET N°49 L'avortement provoqué: Guide des soins et services requis. Genève: OMS, 1980:77
- [75] LOPES P., BOUMEAU A .Interruption volontaire de grossesse: législation, épidémiologie, complications. Revue du Praticien (Paris) ~ 1992 ; 42(17):2235-2238
- [76] Singh S et al., Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health, New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund, 2009.
- [78] Rosen, J. Position paper on mainstreaming adolescent pregnancy in efforts to make pregnancy safer. Banque mondiale: Washington, DC, 2010

- [79] Ann, K et al. Patterns and Trends in Adolescents' Contraceptive Use and Discontinuation in Developing Countries and Comparisons With Adult Women. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. Volume 35, Number 2, June 2009. Washington DC: The Guttmacher Institute, 2009.
- [80] Rosing MA, Archbald CD. The knowledge, acceptability, and use of misoprostol for self-induced medical abortion in an urban US population. *J Am Med Womens Assoc* 2000;55:183—5.
- [81] Pheterson G, Azize Y. Abortion Practice in the Northeast Caribbean: just write down stomach pain. *Reprod Health Matters* 2005;13:44—53.

# ICONOGRAPHIE



Photo 1a : Extériorisation des anses nécrosées après  
Curetage réalisé lors d'un AVNM [30]



Photo 1b : Intestins nécrosés résequés après un AVNM [30]



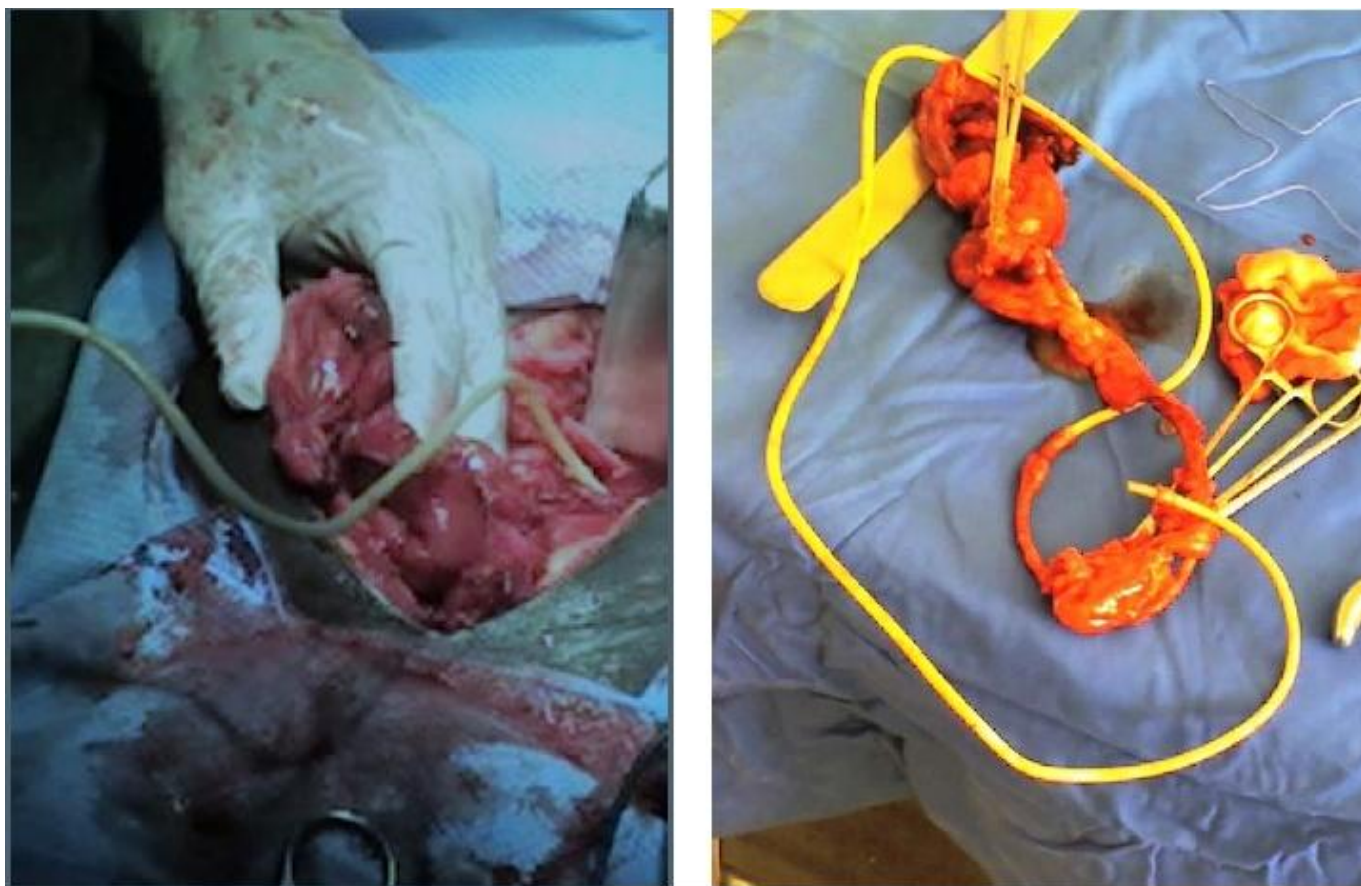


Photo 2a : Retrait de tubulure de perfuseur retrouvée en intra-abdominal

Introduite en intra-cervicale dans le but abortif [30]

Photo 2b : tubulure après retrait (elle était en place depuis environ 10ans) [30]



Photo c1 : montrant la perforation utérine, complication grave de l'avortement non médicalisé

Service gynéco-obstétrique .Hôpital militaire Moulay Ismail, Meknès





Photo c2 : la perforation utérine après l'intervention chirurgicale  
Service gynécologie obstétrique à l'hôpital militaire de Meknès