

Profil Épidémiologique Des Avortements Provoqués Au Maroc (1992/2014)

Latifa Amiar

Faculté des sciences et technique,
Université Abdelmalek Essaadi, Tanger, Maroc

Sara Boukhorb

Soumaia Hmimou

Abdelmajid Soulaymani

Abdelrhani Mokhtari

PPR-B-Mokhtari-FS-UIT-Kenitra, Laboratoire de Génétique et Biométrie,
Faculté des Sciences, Université Ibn Tofail, Kénitra, Maroc

Rachida Soulaymani-Bencheikh

Centre Anti Poison et de Pharmacovigilance du Maroc, Rabat, Maroc
Faculté de Médecine et de Pharmacie,
Université Mohammed V, Rabat, Maroc

Doi: 10.19044/esj.2018.v14n15p406 [URL:http://dx.doi.org/10.19044/esj.2018.v14n15p406](http://dx.doi.org/10.19044/esj.2018.v14n15p406)

Abstract

On the set of the poisonings brought together in the the Moroccan Anti Poison Control Center (MPCC) for a period spread on 22ans (1992/2014), 169 cases of abortion caused by poisoning were recorded. The objective of this work is to describe the epidemiological characteristics and to determine the specific lethality of abortions caused in Morocco between 1992 and 2014 by basing itself on a retrospective study of the cases of abortions. During this period 169 cases of abortion caused by poisoning were declared to the MPCC by means of telephone and mail, the region which knew the maximum of the cases is Rabat Salé Zemmour Zair, the environment rural prevail the risks of abortion with 90 %, the average age was $28,09 \pm 11,81$, the evolution is generally positive.

Keywords: Abortion caused, epidemiological profile, specific lethality, Morocco, MPCC

Résumé

Au Maroc, sur l'ensemble des intoxications colligés au Centre d'Antipoison et de Pharmacovigilance pour une période étalés sur 22ans

(1992/2014), 169 cas d'avortement provoqué par intoxication ont été enregistré. L'objectif de ce travail est de décrire les caractéristiques épidémiologiques et de déterminer la létalité spécifique des avortements provoqués au Maroc entre 1992 et 2014 en se basant sur une étude rétrospective des cas d'avortements. Durant cette période 169 cas d'avortement provoqués par intoxication ont été déclarée au CAPM par le moyen de téléphone et courrier, la région qui a connu le maximum des cas est Rabat Salé Zemmour Zair, le milieu rurale prédomine les risques d'avortement avec 90%, l'âge moyen était de $28,09 \pm 11,81$, l'évolution est généralement favorable.

Mots clés : avortement provoqué, profile épidémiologique, létalité spécifique, Maroc, CAPM

Introduction

Les femmes et surtout les adolescentes, face à une grossesse non prévue, peuvent choisir de l'interrompre plutôt que de la poursuivre, un avortement provoqué est défini par une interruption volontaire de grossesse qui peut se faire par plusieurs méthodes, mais ce type d'avortement engendre des grandes conséquences autant que sur le plan individuel que collectif.

L'organisation mondiale de la santé a estimé que 25 millions d'avortements non sécurisés ont été pratiqués chaque année à l'échelle mondiale pour la plupart dans les pays en développement (Ganatra B et al . ,2017), en France 2 181 00 avortement provoqué ont été enregistrés en 2015 (Vilain A, Mouquet M-C . ,2016), et au Maroc, en 2014 selon l'étude de l'association Marocaine de Planification Familiale (AMPF), on estime 50.000 à 80.000 cas d'avortement enregistrées annuellement.(Grimes DA, Creinin MD., 2004)

Matériel et méthodes

Une étude rétrospective a été réalisée sur tous les cas colligés au Centre Antipoison et de Pharmacovigilance du Maroc (CAPM) entre 1992 et 2014.

Résultat

De 1992 à 2014 le CAPM a enregistré 169 cas d'avortement provoqué au Maroc. Une déclaration maximale avec 9,46% d'intoxications a été enregistrée en 2004, la région qui a enregistré un maximum de cas est Rabat Salé Zemmour Zair avec 33,72%cas, suivie par la région de Grande Casablanca avec 10,65% cas. Les femmes du milieu urbain sont les plus exposée aux avortements avec 72,8%, la tranche d'âge Adulte représente 50% des intoxications suivie par les adolescentes 20%. Les produits les plus

utilisées sont les plantes et les médicaments avec respectivement 33,7% et 22,9%.

Nombre de cas

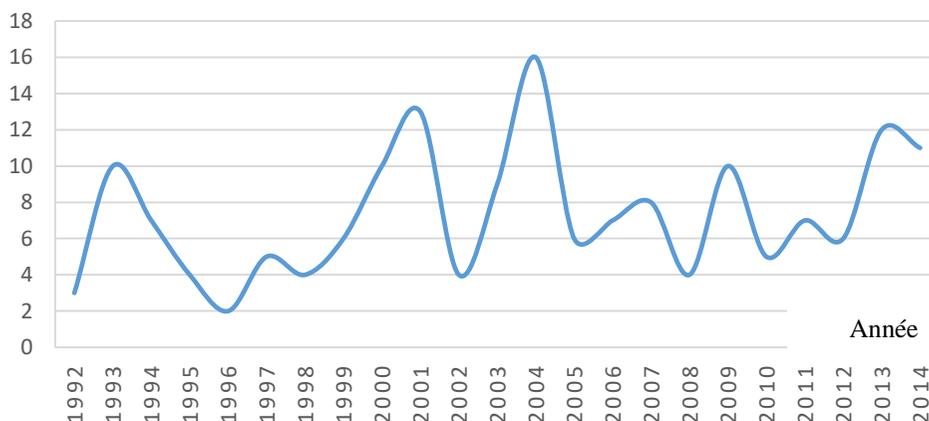
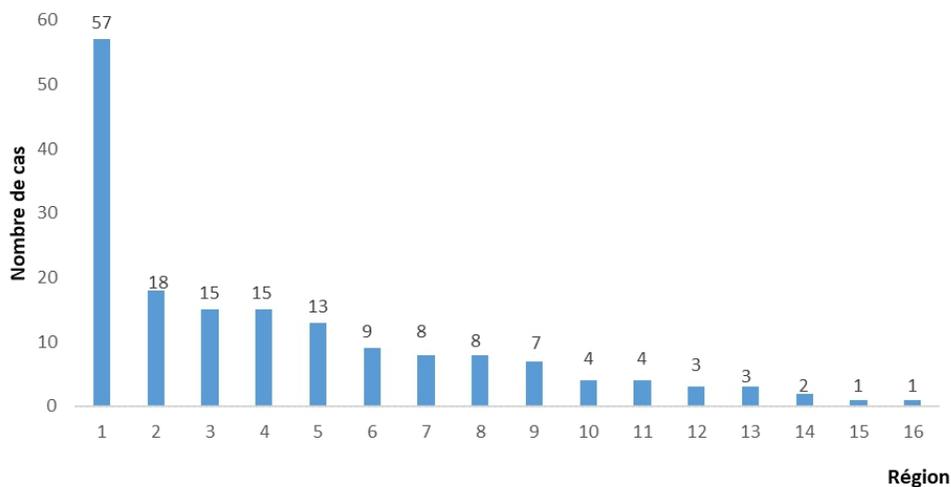


Figure 1 : Répartition annuelle des cas d’avortements provoqués, CAPM, 1992 à 2014



1 :Rabat-Sale-Zemmour-Zaer,2 : Grand Casablanca,3 : Marrakech-Tensift-Al Haouz,4 : Meknes-Tafilalt,5 :,6 : Souss-Massa-Daraa,7 : Chaouia-Ouardigha,8 : Gharb-Chrarda-Beni Hssen,9 : DouKkala-Abda,10 : Tadra-Azilal ,11 : Fes-Boulemane,12 : Guelmim-Es Semara,13 : Oriental,14 : Taza-Al Hoceima-Taounate,15 : Laayoune-Boujdour-Sakia El Hamra,16 : Oued ed Dahab-Laguira

Figure 2 : Répartition des cas d’avortements provoqués selon les régions, Maroc, CAPM, 1992 - 2014

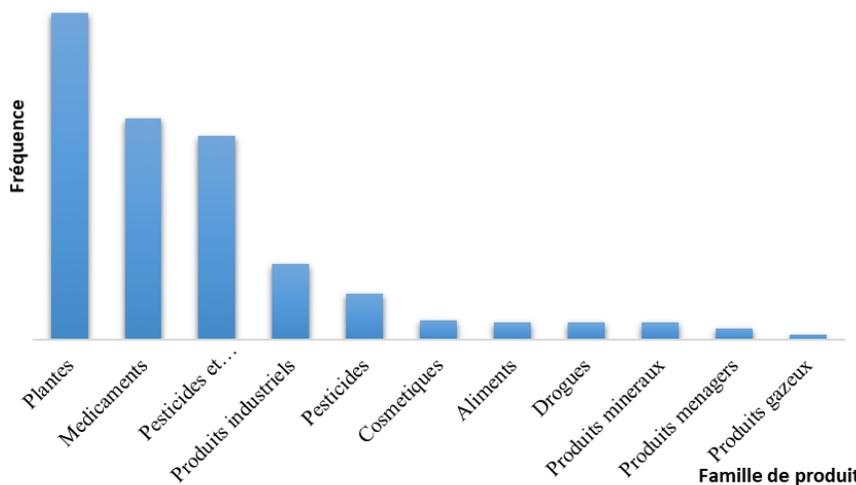


Figure 3 : Répartition des cas d’avortements provoqués selon les produits au Maroc, CAPM, 1992 à 2014

Tableau 1 : Létalité spécifique en relation avec l’évolution des patientes, CAPM, 1992 à 2014

Variables	Modalités	Nombre Total d’intoxication	Fréquence %	Guérison	Décès	Létalité spécifique %
Age	≤15 ans	25	14,72	15	2	8
	> 15 ans	123	72,82	69	1	0,8
Milieu	Urbain	123	72,82	76	2	1,62
	Rural	13	7,7	9	0	0
Famille de produits	aliments	3	1,8	1	0	0
	P. cosmétiques	4	2,4	2	1	25
	Drogues	3	1,8	0	0	0
	Médicaments	38	22,5	26	0	0
	Pesticides	8	4,7	5	0	0
	P. agricoles	35	20,7	23	1	0
	Plantes	56	33,13	26	2	3,6
	P. gazeux	1	0,6	0	1	100
	P. industriels	13	7,7	9	0	0
	P. ménagers	2	1,2	1	0	0
	P. minéraux	3	1,8	3	0	0

Discussion

L’exposition des femmes aux avortements provoqués est devenue de plus en plus une problématique qui préoccupe les autorités de santé publique. Se débarrasser d’un fœtus non désiré à l’aide des moyens non sécurisés

engendre de graves conséquences non seulement sur le fœtus mais sur la femme elle-même qui peut engendrer des complications voir le décès.

Un avortement provoqué est défini comme étant une interruption volontaire de grossesse (IVG), décidé par la femme elle-même pour des raisons non médicales selon la loi 74-1026 du 4 décembre 1974. En France ce type d'avortement est autorisé jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée sous un contrôle médical par voie médicamenteuse ou instrumentale. (Vilain A., 2005)

Une étude réalisée par de l'organisation mondiale de la santé (OMS), a estimé que 25 millions d'avortements non sécurisés (45% de l'ensemble des avortements) ont été pratiqués chaque année à l'échelle mondiale pour la plupart dans les pays en développement. (Ganatra B et al., 2017)

Dans les régions développées, on estime que pour 100 000 avortements à risque, 30 femmes meurent, ce chiffre atteint 220 décès pour 100 000 avortements à risque dans les pays en développement et 520 décès en Afrique subsaharienne (Singh S, Maddow-Zimet I., 2016). La situation observée est similaire dans plusieurs pays industrialisés ou le recours à un avortement provoqué augmente aussi au fil du temps (Rowlands S., 2007- Millar W et al ; 1997-Das S et al. 2009), on trouve en Finlande 32% des IVG et 37% en Suède (2004), en Angleterre 32% (2005) et au Canada 29% (1993).

En France, cette procédure est très fréquente avec environ 220 000 actes par an. (Vilain A, Mouquet M-C., 2015)

Uniquement en 2015, 218 100 IVG ont été réalisés en France, dont 203 500 en métropole (Vilain A, Mouquet M-C., 2015)

D'après les taux de 2011, un tiers des femmes ont recours à l'IVG au cours de leur vie, et celles qui y ont recours le font en moyenne 1,5 fois. (Leridon H., 2008).

Au Maroc, en 2014 et selon une étude réalisée par l'association Marocaine de Planification Familiale (AMPF), on trouve entre 5 et 8 cas d'avortement non sécurisé pour mille femmes âgées de 15 à 44 ans ont lieu annuellement, soit 50.000 à 80.000 cas d'avortement. (Grimes DA, Creinin MD., 2004).

L'analyse de la base des données de centre antipoison et pharmacovigilance au Maroc a enregistré 169 cas d'avortement provoqué par intoxication du 1992 à 2014 dont 3 cas de décès. Quant en France, et en 1963, 332 cas de décès pour avortement provoqué ont été enregistrés, selon ANAES : Service des recommandations et références professionnelles. Aux États-Unis, en 1972 le taux de décès était à 4,1 pour 100 000, (Koonin LM et al. 1997- Bartlett LA et al ., 2004). En Grande-Bretagne, les statistiques entre 1985 et 1996 retrouvent 9 décès après IVG (selon les Rapports sur des enquêtes confidentielles sur les décès maternels au Royaume-Uni : 1985-1987) et zéro décès sur 83 469 IVG Au Canada entre 1992 et 1993. (Ferris LE, et al., 1996).

En France, les complications et les décès suite aux IVG ont considérablement chuté depuis la légalisation de l'avortement, l'avortement médicalisé est une procédure extrêmement sûre. (Grimes DA, Creinin MD., 2004).

Il faut noter aussi que face à une grossesse non prévue (GNP), la femme peut choisir de l'interrompre plutôt que la poursuivre, donc la majorité de ces grossesses aboutissent à un avortement provoqué, soit près de 6 femme sur 10. (Mazuy M et al., 20015).

En 2008, les chercheurs ont pu fournir des estimations à partir des échantillons nationaux représentatifs sur l'ensemble des grossesses, pour les grandes régions du monde. Pour l'Europe de l'Ouest il a été estimé que sur l'ensemble des grossesses 34 % sont des GNP dont 36 % se terminent en accouchement, 52 % en IVG, et 11 % en fausses couches spontanées. (Sedgh G et al., 2016).

Au Maroc 90% des femmes sont sujet des IVG sont d'origine rurale, la tranche d'âge des adolescents présente 16% des cas d'avortement provoqué. Ce nombre des cas ne s'explique pas principalement par un défaut de couverture contraceptive, mais de la situation précaire et les conditions de vie pénible qu'elles subissent, en France, les femmes qui ont recours à l'IVG ne disposent de moindres ressources économiques et sociales, notamment les femmes qui n'ont pas de mutuelles. (Moreau C et al., 2014)

En 2013, selon l'enquête FECOND (c.-à-d. : Fécondité-Contraception-Dysfonctions sexuelles), seulement 3% des femmes n'ayant pas de projet parental, ni enceintes et ni stériles, ayant des rapports hétérosexuels n'utilisent aucune méthode de contraception. (Moreau C et al., 2014).

L'OMS a indiqué que les avortements dites «les moins sûrs», sont des avortements pratiqués par des personnes non qualifiées à l'aide de méthodes dangereuses comme l'introduction d'objets et l'utilisation de préparations à base de plantes. (Rossier C., 2014) Les plantes sont les produits les plus utilisés pour ce type d'avortement au Maroc, car elles sont commercialisées et en vente libre, ensuite on trouve les médicaments avec 22,9% des cas.

Les plantes et les mixtures des herbes peuvent causer de graves conséquences sur la santé de la femme, et on note l'utilisation fréquente de HARMEL (*Peganum harmala*) qui est connues par ces vertus variés. L'utilisation de cette plante par les femmes du Maroc, est pour des fins abortives ou pour activer l'accouchement. (Massoud M et al., 2002) Les médicaments, aussi sont les plus utilisés pour provoquer un avortement chez les femmes marocaines, sont surtout des médicaments qui ne nécessitent pas une ordonnance médicale, pour divers douleurs, d'autres aussi pour soulager les maux, ces médicaments sont prises en excès pour aboutir à un avortement.

L'avortement par voie médicamenteuse, et sous le control d'une équipe de santé spécifique, est très utilisé en France. Cette méthode a enregistré 38 % des cas d'IVG en 2006 (Vilain A., 2005).

Conclusion

Les femmes, y compris les adolescentes dont la grossesse n'est pas désirée, ont fréquemment recours à l'avortement à risque lorsqu'elles ne peuvent avoir accès à un avortement médicalisé.

Les estimations de 2010 à 2014, a montré que, 25 millions par an, dont un tiers, soit 8 millions approximativement, sont pratiqués dans les pires conditions de sécurité par des personnes incompétentes ayant recours à des méthodes dangereuses et invasives. Les avortements non sécurisés entraînent plus de 7 millions de complications.

References:

1. Bartlett LA, Berg CJ, Schulman HB, Zane SB, Green CA, Whitehead S *et al.* Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 729-37
2. Das S, Adegbenro A, Ray S, Amu O. Repeat abortion: facts and issues. *J FAM Plann Reprod Health Care* 2009; 35:93-5.
3. Department of Health. Reports on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom: 1985-87. London: HMSO; 1991/1988-1990. London: HMSO; 1994/1991-1993. London: HMSO; 1996/1994-1996. London: HMSO; 1998.
4. Ferris LE, McMMain-Klein M, Colodny N, Fellows GF, and Lamont J. Factors associated with immediate abortion complications. *Can Med Assoc J* 1996; 154: 1677-85.
5. Ganatra B, Gerds C, Rossier C, Johnson Jr B R, Tuncalp Ö, Assifi A, Sedgh G, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Bearak J, Kang Z, Alkema L. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14 : estimates from a Bayesian hierarchical model
6. Grimes DA, Creinin MD. Induced abortion: an overview for internists. *Ann Intern Med* 2004 ; 140: 620-6.
7. Koonin LM, Smith JC, Ramick M, Strauss LT, Hopkins FW. Abortion surveillance: United States, 1993 and 1994. *MMWR CDC Surveill Summ* 1997; 46: 37-98
8. Leridon H. Le nombre de partenaires : un certain rapprochement entre les femmes et les hommes mais des comportements encore très différents. In : Bajos N, Bozon M, editors. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Paris : Éditions la Découverte ; 2008. p. 215-42.

9. Lydie N. Les femmes africaines face au VIH/sida : perception et gestion du risque. *Med Sci* 2008 ; 24:1–89.
10. Massoud M, Jalilpour H, Salehian P. Toxicity of *Peganum harmala*: Review and a Case Report. *Iran J Pharmacol Ther* 2002 ; 1 : 1-4.
11. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Un recours moindre à l’IVG, mais plus souvent répété. *INED* 2015; 29:31.
12. Moreau C, Bohet A, Le Guen M, Loilier AR, Bajos N, FECOND Group. Unplanned or unwanted? A randomized study of national estimates of pregnancy intentions. *Fertil Steril* 2014; 102:1663—70
13. Millar W, Wadhera S, Henshaw S. Repeat Abortions in Canada, 1975–1993. *Fam Plann Perspect* 1997; 29:20–4.
14. Rossier C. L’avortement non sécurisé reste fréquent dans le monde, mais il est moins souvent fatal. *Popul Soc* 2014; 513 [ISSN: 0184 77 83].
15. Rowlands S. More than one abortion. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2007; 33:155–8
16. Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Stud Fam Plann* 2014 ; 45:301—14.
17. Singh S, Maddow-Zimet I. Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. *BJOG* 2015; published online Aug 19. DOI:10.1111/1471-0528.13552.
18. Vilain A. Les IVG en 2003. *Études et résultats*. DREES, 2005, p. 431.
19. Vilain A, Mouquet M-C. Les interruptions volontaires de grossesse en 2010. *Etudes Result* 2012; 804:549.
20. Vilain A, Mouquet M-C. Les interruptions volontaires de grossesse en 2013. *Etudes Result* 2015 ; 924 [ISSN papier : 1292- 6876 ; ISSN électronique : 1146-9129 ; AIP : 0001384].
21. Vilain A, Mouquet M-C. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. *Etudes Result* 2016 ; 968 [ISSN papier : 1292- 6876 ; ISSN électronique : 1146-9129 ; AIP : 0001384].