

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

BURKINA FASO

Unité de Formation et de Recherche
des Sciences de la Santé
(UFR/SDS)

Unité- Progrès-Justice



ANNEE UNIVERSITAIRE 2002-2003

*MEMOIRE
Pour l'obtention du*

CERTIFICAT D' ETUDES SPECIALES (C.E.S)
DE GYNECOLOGIE- OBSTETRIQUE

**PRISE EN CHARGE DES AVORTEMENTS A RISQUE.
QU'EN EST- IL CINQ ANS APRES INTRODUCTION DES SAA DANS LE
SERVICE DE GYNECOLOGIE- OBSTETRIQUE DU CHU
YALGADO OUEDRAOGO ?**

*Présenté par
Docteur OUATTARA Souleymane*

Responsable du CES
Professeur Ag. LANKOANDE Jean

Directeur du Mémoire
Professeur Ag. AKOTIONGA Michel
Co- directeur
Docteur THIEBA Blandine

DEDICACES

A mon regretté père,
Pour le chemin que tu as su me montrer,
Que ton âme repose en paix.

A ma mère,
En témoignage de toute l'affection que j'ai pour toi.

A mon épouse,
Pour tous les sacrifices consentis et le soutien moral,
Tu es et resteras toujours ma meilleure amie.

A mes enfants,
Ramata, Abdoul- Karim, Cheick- Ahmed, Sehnia- kahdyatou,
Non pas pour vous servir d'exemple mais pour vous pousser à aller plus
loin.

REMERCIEMENTS

A tous les médecins du service de gynéco-obstétrique du CHU-YO,
Dr TRAORE Fatoumata
Dr NACOULMA Marius
Dr OUEDRAOGO Ali
Dr OUATTARA Tiémoko
Dr ZAN Souleymane
Dr ZANRE Yacouba

Merci pour votre encadrement.

A tous les collègues, collaboratrices et collaborateurs,
Merci pour votre soutien.

Nos remerciements vont à nos Eminents Maîtres des CHU de Cocody, Yopougon et de Treichville :

Professeur BOHOUSSOU K.M.
Professeur WELFFENS EKRA C.
Professeur KONE N.
Professeur TOURE COULIBALY K.
Professeur KONE M.
Professeur ANONGBA S.
Professeur BONI E.S.
Docteur ADJOBI R.
Docteur KOUAKOU F.
Docteur QUENUM
Docteur KONAN BLE R.
Docteur SENI K.
Docteur TOURE ECRA A.
Docteur KOUAYATÉ S.
Docteur NGUESSAN K.
Docteur GONDEAU.
Docteur GUIE P.
Docteur HORO A.
Docteur TEGNAN J. A.

Votre école jouit d'une notoriété incontestable parmi les écoles de formation en Afrique. Nous nous souviendrons toujours de l'excellence de l'enseignement et de l'encadrement reçus durant nos stages.

A nos maîtres de l'Université de Ouagadougou,
Professeur KONE B.
Professeur Ag. LANKOANDE J.
Professeur Ag. AKOTIONGA M.
Professeur Ag. DAO B.
Docteur TOURE B.
Docteur THIEBA B.

Nous espérons pouvoir nous montrer digne de vous.

A nos directeurs de mémoire ,
Professeur A g. AKOTIONGA M.,
Docteur THIEBA B.,
Merci d'avoir accepté de nous guider dans ce travail.

SIGLES ET ABREVIATIONS

AMIU: Aspiration Manuelle Intra- Utérine

CES: Certificat d'Etudes Spéciales

CHU- YO: Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO

CM: Centre Médical

CMA: Centre Médical avec Antenne chirurgicale

DIU : Dispositif Intra Utérin

GEU: Grossesse Extra- Utérine

IPAS: International Projects Assistance Services

IPPF: International Planned Parenthood Federation

IST: Infection Sexuellement Transmissible

IVG: Interruption Volontaire de Grossesse

JHPIEGO: Programme de John Hopkins pour l'éducation et la formation
internationales en matière de santé de la reproduction

mn: minute

PF: Planification Familiale

SA: Semaine d'Aménorrhée

SAA: Soins Après Avortement

SR: Santé de la Reproduction

USAID: agence des Etats Unis pour le développement international

SOMMAIRE

Introduction-----	1
I- Généralités-----	4
1-1- Définitions-----	5
1-2 - Rappel clinique -----	6
1-2-1- <i>Signes cliniques</i> -----	6
1-2-1-1- <i>L'avortement spontané</i> -----	6
1-2-1-2- <i>L'avortement provoqué</i> -----	7
1-2-2- <i>Complications des avortements</i> -----	7
1-2-2-1- Complications immédiates ou précoces:	7
1-2-2-2- Complications secondaires -----	8
1-2-2-3- Complications tardives-----	8
1-3- Les motivations des avortements à risque -----	8
1-4- Les principales méthodes "abortives"-----	9
1-4-1- <i>Les substances dites "abortives"</i> -----	9
1-4-2- <i>Les manœuvres dites "abortives"</i> -----	9
1-5- <i>Prise en charge des avortements</i> -----	10
1-5-1- La prise en charge classique-----	10
1-5-1-1- Le traitement médical -----	10
1-5-1-2- L'évacuation utérine -----	11
1-5-1-3- Traitement des complications secondaires -----	11
1-5-1-4- Traitement des complications tardives -----	11
1-5-2- La prise en charge intégrée selon le concept de Soins Après Avortement-----	12
1-5-2-1- Historique du concept de soins après avortement-----	12
1-5-2-2- La Prise en charge intégrée-----	12
1-6- <i>L'avortement et la loi</i> -----	13
II- OBJECTIFS-----	15
III- METHODOLOGIE-----	17
3-1- CADRE DE L'ETUDE -----	18
3-2- TYPE D'ETUDE-----	18
3-3- ECHANTILLONNAGE -----	19
3-4- DEFINITIONS OPERATIONNELLES-----	19
3-5- COLLECTE DES DONNEES-----	20
3-6- LIMITES ET CONTRAINTES-----	21
3-7- SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES:-----	21
IV- RESULTATS-----	22
4-1- FREQUENCE:-----	23

4- 2- CARACTERISTIQUES SOCIO- DEMOGRAPHIQUES-----	23
4- 3- ASPECTS CLINIQUES-----	27
4- 4- PRISE EN CHARGE-----	28
4- 4 -1-Délai de prise en charge-----	29
4- 4-2- Procédure de contrôle de la douleur-----	30
4- 4- 3 - Anatomopathologie du produit de conception---	30
4- 5- EVOLUTION ET PRONOSTIC-----	30
4- 6- VECU DES PATIENTES-----	33
4-7- AVIS DES PATIENTES-----	37
V- COMMENTAIRES – DISCUSSIONS-----	38
VI- CONCLUSION-----	49
VII- RECOMMANDATIONS-----	51
VIII- BIBLIOGRAPHIE-----	53

INTRODUCTION

L'avortement est l'une des complications les plus fréquentes en pathologie obstétricale. L'avortement provoqué a été et demeure un problème d'actualité. Si dans la plupart des pays développés la loi autorise l'interruption volontaire de grossesse (IVG) sous certaines conditions [14,18,20] dans la grande majorité des pays en développement, l'avortement est encore illégal et condamné par le code pénal [10]. Il se pratique alors dans la clandestinité et dans des conditions le plus souvent précaires.

Les avortements et leurs complications sont l'une des principales causes de décès maternels [31]. En effet, chaque année 20 millions d'avortements à risque ont lieu à travers le monde entraînant 80 000 décès maternels et des centaines de milliers d'incapacités chez des femmes ayant présenté des complications d'avortement. La grande majorité de ces incidents survient dans les pays en développement.

Selon l'OMS, les avortements provoqués clandestins sont responsables de 15% de décès maternels à travers le monde [37].

En Afrique, presque 5 millions d'avortements à risque sont effectués chaque année, soit environ 30 avortements à risque pour 1000 femmes en âge de procréer. Au moins 34 000 femmes, qui ont eu un avortement, meurent de complications, soit une sur 150. Beaucoup de ces données sont sous estimées. Ainsi donc 29% de l'ensemble des décès maternels seraient liés aux avortements à risque [41].

Le taux de mortalité maternelle par avortement à risque au Burkina Faso atteint 28% [21]. Beaucoup de femmes n'ont pas accès aux services de planification familiale (PF) et aux autres services de santé reproductive (SR), et se trouvent donc dans un cercle vicieux de grossesses non désirées et d'avortements provoqués à répétition. Chaque fois qu'une femme choisit d'interrompre une grossesse, elle court le risque de mourir.

Depuis la conférence de Nairobi sur la maternité sans risque en 1987, un regain d'intérêt a été accordé à la réduction de la mortalité maternelle au niveau mondial. Devant l'importance du problème, les conférences internationales du Caire (Conférence Internationale sur la Population et le Développement en 1994) et de Pékin (Quatrième Conférence Mondiale de la Femme en 1995) ont mis l'accent sur la nécessité d'appuyer les soins après avortement (SAA) améliorés en tant qu'intervention essentielle pour réduire la mortalité maternelle et pour soutenir les efforts entrepris en matière de maternité sans risque.

Au Burkina Faso depuis 5 ans, la prise en charge intégrée du traitement des complications des avortements est effective dans les Hôpitaux Nationaux et les centres hospitaliers régionaux. Cette démarche, vise à améliorer les soins d'urgence d'une part et d'autre part à prévenir les grossesses non désirées et donc les avortements à risque.

Notre étude a pour but d'évaluer la prise en charge intégrée des avortements à risque dans le service de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO (CHU-YO), 5 ans après l'introduction des SAA.

Les résultats obtenus nous permettrons de faire des propositions en vue d'améliorer les services de Soins Après Avortement offerts aux patientes victimes d'avortements.

I- GENERALITES

1-1- Définitions

1-1-1- *L'Avortement*

Le terme avortement vient du mot latin « abortin » qui signifie expulsion du produit de conception avant la période de viabilité .

C'est l'expulsion du fœtus avant le cent quatre vingtième jour de la grossesse date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé pouvoir se développer et vivre jusqu'à un âge avancé [31] ; cette définition est encore en cours au Burkina Faso.

Selon l'OMS, compte tenu des progrès de la néonatalogie, l'avortement est l'expulsion d'un produit de conception de moins de 22 semaines d'aménorrhée à compter du 1^{er} jour des dernières règles. Lorsque l'âge gestationnel est inconnu l'avortement est défini comme étant l'expulsion d'un produit de conception de poids inférieur à 500 g [2].

1-1-2- *L'Avortement spontané*

L'avortement spontané est l'expulsion sans raison apparente, ou au décours d'une pathologie associée, d'un fœtus vivant ou mort avant le 180^e jour de la grossesse. En d'autres termes, il survient de lui-même en dehors de toute entreprise locale ou générale volontaire [31].

1-1-3- *L'Avortement provoqué*

L'avortement provoqué est celui qui survient à la suite de manœuvres ou d'entreprises quelconques destinées à interrompre la grossesse. Classiquement on distingue :

1-1-3-1- *L'Avortement provoqué clandestin illégal ou criminel ou "avortement à risque" [30]*

Désigne toutes les interruptions de grossesse par agressions extérieures et ceci en dehors de toute couverture légale. Ces avortements sont réputés pour leur morbidité et leur mortalité élevées.

1-1-3-2- L'Avortement légal, volontaire ou IVG [30]

L'avortement légal désigne toutes les interruptions de grossesse pratiquées dans les limites des règles dictées par la loi.

1-1-3-3- L'interruption médicale de grossesse

C'est un avortement provoqué dans le but de soustraire la mère au danger que la grossesse est censée lui faire courir.

De cette catégorie se rapproche l'avortement eugénique, destiné à expulser un fœtus reconnu porteur d'une tare génétique, héréditaire ou congénitale, ou suspect de l'être.

1-2 - Rappel clinique :

1-2-1- Signes cliniques :

1-2-1-1- L'avortement spontané[31] :

L'avortement spontané est généralement précédé d'une phase de menace d'avortement caractérisée par des métrorragies minimales, des douleurs pelviennes à type de crampes ; parfois il n'existe pas de douleur.

Au toucher vaginal le col utérin est long, fermé à son orifice interne et la région isthmique reste normale. Cet examen est souvent suffisant et devra être parfois complété par une échographie.

L'avortement proprement dit est annoncé par l'augmentation des pertes sanguines, par l'apparition de douleurs ou leur augmentation en fréquence, en intensité, et leur régularité.

A l'examen le col est ouvert, long ou effacé. La partie basse de l'utérus évasée est distendue par l'œuf.

L'évolution se fait vers l'expulsion de l'œuf soit en bloc (embryon et placenta) soit en deux temps (embryon puis placenta).

L'avortement spontané est donc généralement complet, peu hémorragique et rarement compliqué d'infection.

1-2-1-2- L'avortement provoqué « clandestin »:

L'avortement provoqué clandestin survient dans un contexte de grossesse non désirée ou d'une situation conflictuelle au sujet de la grossesse. Il s'agit souvent de femmes jeunes, célibataires et de niveau socio-économique modeste.

L'avortement provoqué peut revêtir les mêmes aspects cliniques que l'avortement spontané; mais il s'agit souvent d'un avortement incomplet et hémorragique.

Il peut s'y associer des lésions génitales ou extra-génitales en cas de manœuvres endo-utérines; et les complications toxiques et infectieuses ne sont pas rares.

1-2-2- Complications des avortements [31,32,46, 55]:

Certaines sont communes aux avortements spontanés et provoqués, d'autres telles que le réflexe cervico-bulbaire sont spécifiques aux avortements provoqués. Ces complications se distinguent en:

1-2-2-1- Complications immédiates ou précoces:

Très fréquentes au cours des avortements à risque, elles mettent en jeu le pronostic vital de la patiente et constituent parfois un processus morbide auto-entretenu, une complication engendrant ou entraînant une autre. Ces complications sont dominées par:

- La mort qui peut être secondaire à:
 - . un réflexe cervico-bulbaire: accident paroxystique imprévisible qui peut survenir en cas d'avortement provoqué par manœuvres endo-cervicales.
 - . une embolie gazeuse ou amniotique.
 - . un choc hémorragique, infectieux ou toxique
 - . Thrombophlébite intracrânienne.
- L'hémorragie, d'abondance variable pouvant entraîner une anémie ou un choc hypovolémique.
- La rétention ovulaire
- La perforation utérine, parfois associée à d'autres lésions viscérales (vessie, rectum, grêle, uretères).

1-2-2-2- Complications secondaires :

Elles sont surtout infectieuses:

- endométrite ou pyométrie, salpingite, abcès du cul de sac de Douglas, phlegmon des ligaments larges, de la gaine hypogastrique, pelvipéritonite, voire péritonite.
- Le tétanos, complication redoutable mais devenue rare.
- Septicémie, presque toujours mortelle en raison de la responsabilité quasi-constante du *clostridium perfringens*.
- l'insuffisance rénale aiguë ou l'hépatonéphrite toxique et/ou infectieuse.
- Phlébite, thrombophlébite.
- Les risques de transmission de l'hépatite virale et du SIDA par des instruments souillés.

1-2-2-3- Complications tardives :

Elles sont souvent la conséquence des deux premières et sont dominées par les séquelles. Elles sont à type de:

* *séquelles obstétricales:*

- avortements ou accouchements prématurés à répétition par synéchies utérines ou béance cervico-isthmique.
- grossesses extra-utérines par obstructions tubaires.
- placenta praevia ou accreta.
- Ruptures utérines au cours du travail.

* *séquelles neuropsychiques:* névrose dépressive, complexe de culpabilité et d'indignité. Ces séquelles sont d'autant plus ressenties que l'avenir obstétrical est incertain.

* *Séquelles gynécologiques :*

- anomalies du cycle menstruel.
- Synéchies utérines ou cervicales.
- Hypofertilité ou stérilité
- Douleurs pelviennes chroniques

1-3- Les motivations des avortements à risque [46,55]

1-3-1- Les motivations d'ordre socio-économique:

- Problèmes socio-économiques, pauvreté.
- Problème familial: chômage, scolarité, fille jeune ou célibataire, refus de paternité, grossesse illégitime, grandes multipares.

1-3-2- Les motivations d'ordre moral:

- Individualisme par relâchement du lien familial;
- Relâchement du lien conjugal: adultère, absence temporaire ou définitive du conjoint.
- Séduction.
- Discrédit des familles nombreuses.
- Pression du partenaire ou de la famille.
- Sélection du sexe des enfants.

1-4- Les principales méthodes "abortives" [46,55]:

Plus souvent dictées par l'ignorance et les croyances, les pratiques abortives utilisées sont souvent plus nuisibles à la gestante qu'au fœtus dont elles sont supposées entraîner la mort et l'expulsion. Elles sont variées et on peut citer:

1- 4-1- Les substances dites "abortives"

- Substances minérales et végétales: décoctions ou tisanes ingérées, en usage local ou en lavement.
- Les hormones progestatives, les oestrogènes et les prostaglandines.
- Le RU 486* (Mifépristone) seul ou en association avec les prostaglandines.
- Le misoprostol (cytotec).
- Les médicaments: ingestion de sels de quinine, de chloroquine, d'anti-inflammatoires, d'antalgiques, de sulfamides.
- Certains produits sont utilisés à tort comme substances abortives, à la tête de ceux-là vient le permanganate de potassium en usage intravaginal.

Hormis les hormones, toutes ces substances, à doses élevées, ont pour caractéristique commune d'être toxique pour la gestante.

1- 4-2- Les manœuvres dites "abortives"

1-4-2-1- Les manœuvres directes:

- La dilatation cervicale par l'introduction de sondes végétales ou plastiques en vue de décoller l'œuf,
- La ponction de l'œuf,
- Le curetage,
- L'aspiration par la sonde de Karman,
- La formolisation de l'œuf par la formaline,
- La pose d'un dispositif intra-utérin (DIU).

1-4-2-2- Les manœuvres indirectes:

- Les microtraumatismes répétés: les exercices physiques violents, brutaux et répétés.
- La recherche intempestive du signe de Heggar.

1-5- Prise en charge des avortements :

L'avortement provoqué pose essentiellement un problème de prise en charge des complications, alors que l'avortement spontané lui pose un problème de diagnostic étiologique que nous n'aborderons pas dans ce chapitre.

1-5-1- La prise en charge classique:

Plusieurs gestes sont à poser, parfois concomitamment:

1-5-1-1-Le traitement médical :

Il fait appel à la *réanimation* qui dépend essentiellement de l'état clinique de la patiente et est dominée par la prise en charge du choc hypovolémique et de l'infection.

Classiquement on procède d'abord par une *stabilisation* de la patiente par oxygénation, perfusion de macromolécules, transfusions sanguines et utilisation d'antibiotiques à fortes doses.

La grande réanimation s'effectue toujours lorsque les constantes vitales sont menacées ou lorsqu'une indication chirurgicale existe. Elle nécessite l'assistance d'un anesthésiste réanimateur et consiste entre autre à la prise d'une voie veineuse centrale, avec parfois l'utilisation d'autres molécules telles que l'adrénaline et les corticoïdes.

Lorsqu'elle est nécessaire, la réanimation est toujours instituée avant le traitement d'évacuation utérine et est poursuivie pendant et après celui-ci sous stricte surveillance médicale.

En complément à cette réanimation l'antibiothérapie administrée dès l'admission de la patiente est maintenue au minimum pendant une semaine après l'évacuation utérine. Des utérotoniques sont prescrits sitôt la vacuité utérine assurée. De même, des traitements adjuvants tels que les cures martiales, la sérovaccination antitétanique, les antalgiques et/ ou les anti-inflammatoires sont prescrits en fonction de l'état clinique de la patiente.

Une contraception oestroprogestative normodosée est prescrite afin de permettre une régénération muqueuse en l'absence de contre indication.

1-5-1-2- L'évacuation utérine :

Il existe plusieurs méthodes :

* *Le curage digital* : lorsque la dilatation du col le permet . (de plus en plus abandonné dans notre contexte)

* *La dilatation-curetage* : en principe, ce traitement s'applique lorsque l'orifice cervical n'est pas assez perméable pour permettre le curetage.

. La dilatation se fait soit par la mise en place de lamineaires (durée 6 heures environ) avant le curetage, elles sont retirées au moment du curetage. La dilatation peut également s'effectuer à l'aide de bougie de HEGGAR ou de sondes souples en gomme de DALSACE au bloc opératoire juste avant le curetage; soit à l'aide de prostaglandines (misoprostol) dans le cul-de-sac vaginal postérieur.

. Au bloc opératoire, sous anesthésie générale, le curetage a lieu à l'aide d'une curette mousse ou fenêtrée.

* *L'aspiration manuelle intra utérine (AMIU)* :

La technique d'aspiration manuelle utilise la succion pour retirer les produits de conception à l'aide d'une seringue à travers une canule avec exploration des parois utérines. Elle ne demande pas une anesthésie générale et peut être réalisée dans une salle de procédure ou d'examen clinique.

* *L'aspiration électrique* :

Cette méthode utilise, au lieu d'une seringue, un aspirateur électrique provoquant une dépression d'environ 600 mmHg permettant l'aspiration.

1-5-1-3- Traitement des complications secondaires :

Leur prise en charge est fonction de la nature même des complications; il s'agira de laparotomie pour toilette abdominale, de colpotomie en cas d'abcès du Douglas , de réadaptation ou d'intensification d'une cure antibiotique ou anti-inflammatoire.

1-5-1-4- Traitement des complications tardives :

Certaines complications tardives sont sans recours thérapeutique, source de séquelles psychologiques. La prise en charge de ces complications est parfois longue, décevante et coûteuse : bilans et essais thérapeutiques d'une hypo-fertilité,

d'une stérilité, d'avortements à répétition, cure d'une grossesse extra-utérine (GEU).

1-5-2- La prise en charge intégrée selon le concept de Soins Après Avortement (SAA) [3, 33, 38, 53].

1-5-2-1- Historique du concept de soins après avortement [3, 33, 38, 53]

C'est au cours des années 1980, que les décideurs ont commencé à reconnaître l'ampleur du problème des avortements à risque. Dans les années 1990, les conférences internationales commencèrent à énoncer des mandats pour soutenir les droits des femmes, la maternité sans risque et les initiatives pour la santé des femmes. Le concept de soins après avortement (SAA) a été utilisé pour la première fois en 1991.

Afin d'éduquer les communautés et de promouvoir les soins après avortement, des réflexions ont été menées aboutissant en 1993 à la formation d'un consortium SAA par:

- AVSC International (actuel Engender Health),
- IPPF,
- Ipas,
- JHPIEGO et,
- Pathfinder International,

L'USAID / Washington assure le financement des programmes SAA.

En Afrique de l'Ouest francophone, le problème n'était jusque là pas perçu comme une question prioritaire de santé et les efforts se limitaient à de petits programmes pilotes.

Récemment, les ministères de la santé dans plusieurs pays se sont penchés sur la question à travers l'introduction de service de soins après avortement.

Au Burkina Faso, les activités de soins après avortement ont démarré en 1998 par la mise en œuvre d'une recherche opérationnelle sur les soins après avortement , conduite par une ONG locale la CRESAR.

1-5-2-2- La Prise en charge intégrée

Le modèle original de soins après avortement a été publié pour la première fois en 1994 et comportait trois éléments:

- Le traitement d'urgence des complications liées à l'avortement clandestin ou spontané,
- Les services de planification familiale,
- Les liens avec les autres soins de santé reproductive.

En 2002, le concept des SAA a été élargi et comprend désormais cinq éléments essentiels:

1- *Traitement d'urgence* pour prendre en charge les complications des avortements.

2- *Counseling* afin d'identifier et de répondre aux besoins de santé psychologiques et émotionnels de la femme.

3- *Contraception et services PF* pour aider les femmes à éviter une grossesse non désirée et à pratiquer l'espacement des naissances si elles le souhaitent.

4- *Santé reproductive et autres services de santé* pour offrir des soins intégrés. De préférence les fournir sur place ou faire la référence.

5- *Partenariat entre la communauté et les prestataires de services* :

- . prévenir les grossesses non désirées et l'avortement insécurisé.
- . mobiliser les ressources pour aider les femmes à recevoir des soins appropriés.
- . s'assurer que les services de santé rencontrent les attentes et les besoins de la communauté.

1-6- L'avortement et la loi

L'avortement est l'une des questions les plus controversées dans le monde, tant au plan moral que juridique, créant des points de vue opposés.

Si beaucoup de pays occidentaux ont légalisé et codifié l'interruption volontaire de grossesse, rares sont les états africains, notamment en Afrique subsaharienne, qui ont franchi le pas.

Pour la religion Chrétienne, l'avortement provoqué, quelles que soient les raisons (même thérapeutiques) est considéré comme criminel. Les méthodes contraceptives, en dehors de l'abstinence sexuelle sont proscrites par la religion catholique [40].

Pour la religion musulmane, l'avortement est permis dans deux cas :

- quand la vie de la mère est en danger ;
- quand il y a de fortes chances de malformations fœtales ou de tares indélébiles .

Par contre, dans les autres cas qui relèvent de causes d'ordre humanitaire (inceste, viol, honneur de la famille) ou d'ordre social (incapacité de nourrir un grand nombre d'enfants, explosion démographique etc...), l'avortement est interdit [55].

Dès 1810, le code Napoléon en France prévoyait des peines de 5 à 10 ans pour les femmes qui se faisaient avorter et les avorteurs.

Au 20^{ème} siècle, dans les pays développés, les mentalités sur l'avortement ont évolué vers une tendance à la libéralisation.

Ainsi en 1920, pour la première fois dans l'histoire du monde, l'URSS a promulgué une loi libéralisant l'avortement [43].

Cependant, la légalisation de l'avortement n'est pas toujours une solution. En Chine, elle a conduit à un nombre de plus en plus croissant d'interruptions volontaires de grossesses dans des conditions de technicité et de compétence, mais cela n'a pas contribué à diminuer l'incidence des avortements à risque effectués dans des conditions de clandestinité. Le résultat est que l'objectif visé par la légalisation, la réduction de la morbi-mortalité des avortements à risque, n'a pas été atteint [42].

La quasi totalité des pays de l'Afrique Francophone au sud du Sahara a conservé comme héritage de la colonisation la loi répressive du 31 juillet 1920.

La Zambie en 1972, devient le 1^{er} pays africain à libéraliser l'avortement.

Au Burkina Faso, les lois prévues par le code pénal en matière d'avortement provoqué clandestin sont répressives (articles 383, 384, 385, 386, 388, 389, 390 du chapitre II, section 3) [10]. Elles prévoient "des peines d'emprisonnement allant de deux mois à cinq ans et / ou d'amende de 50 000 à 100 000 francs en cas de publicité incitant à l'avortement provoqué ou en cas d'avortement provoqué effectué. La tentative et la complicité d'avortement provoqué sont également punies".

Cependant l'article 387 stipule que l'interruption de grossesse peut être décidée et pratiquée s'il est attesté par deux médecins qualifiés à cet effet que le maintien de la grossesse "met en péril la santé de la femme" ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une "affection d'une particulière gravité" reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

En cas de viol ou d'inceste établi, un avortement peut être provoqué avant 10 semaines de grossesse (12 semaines d'aménorrhée) à la condition que le ministère public établisse la matérialité de la détresse de la femme.

L'exemple de la Roumanie mérite d'être cité puisqu'il illustre deux ordres de fait: La répression de l'avortement aboutit non à sa disparition, mais à sa poursuite et dans des conditions dangereuses. L'interdiction quasi absolue de l'interruption volontaire de grossesse ou IVG à partir de 1966, dans un but nataliste, multiplie par plus de cinq le taux de mortalité liée à l'avortement provoqué clandestin [20].

II- OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL

Améliorer la prise en charge des avortements à risque .

OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Décrire les caractéristiques socio-démographiques des patientes admises pour avortements à risque dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU-YO.
2. Décrire les aspects cliniques des avortements à risque dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU-YO.
3. Décrire la prise en charge et le pronostic des avortements à risque dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU-YO.
4. Analyser les avis des patientes ayant bénéficié de l'aspiration manuelle intra-utérine pour complications d'avortement à risque dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU-YO.
5. Décrire les liens avec les autres services de santé de la reproduction (SR).

III- METHODOLOGIE

3-1- CADRE DE L'ETUDE :

L'étude s'est déroulée dans le service de gynéco-obstétrique du CHU-YO.

3-1-1- Le Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo

Le CHU-YO est le centre de référence pour la province du Kadiogo et pour les provinces environnantes. Il dispose de la plupart des services spécialisés.

3-1-2- Le service de gynéco-obstétrique du CHU-YO

C'est le site de notre étude et il compte à ce jour:

- dix (10) gynécologues obstétriciens dont deux (2) professeurs agrégés,
- un (1) médecin anesthésiste réanimateur,
- dix-huit (18) médecins en cours de spécialisation (CES)
- un (1) médecin généraliste
- vingt un (21) attachés de santé (aides anesthésistes et aides opérateurs)
- trente quatre (34)sages-femmes et maïeuticiens d'Etat
- quatorze (14) infirmiers et infirmières
- vingt trois (23) garçons et filles de salle
- un (1) gardien

Le plateau technique du service comprend:

- une salle d'accouchement
- une unité d'hospitalisation des pathologies gynécologiques et des suites de couches
- une unité de post-opéré
- une unité de réanimation
- une unité de soins intensifs
- une unité de grossesses pathologiques
- un bloc opératoire avec trois salles
- une unité de puériculture
- une unité de planification familiale
- une unité d'AMIU

3-2- TYPE D'ETUDE

Il s'est agi d'une étude prospective, transversale, à visée descriptive, réalisée sur une période allant du 1^{er} novembre 2002 au 30 juin 2003, soit une durée de 8 mois. Le recrutement des patientes s'est effectué de novembre à avril et le suivi jusqu'en juin.

3-3-ECHANTILLONNAGE

3-3-1-Critères d'inclusion :

Nous avons retenu pour cette étude les cas d'avortements à risque avoués ou suspectés.

Lorsque la date des dernières règles (DDR) était incertaine, ont été incluses dans l'étude :

- Les patientes admises au stade de menace d'avortement, d'avortement en cours, ou de grossesse involutive (arrêtée), qui avaient une hauteur utérine inférieure à 24cm.
- les patientes se présentant avec une échographie situant l'âge gestationnel à moins de 28 semaines d'aménorrhée, ou porteuses d'un œuf non embryonné (œuf clair).

3-3-3- Critères d'exclusion :

Ont été exclues de l'étude :

- Les patientes admises pour menace d'avortement et qui, à l'issue de la prise en charge hospitalière, sont sorties porteuses d'une grossesse évolutive.
- Les patientes sorties avant la prise en charge hospitalière (sans avis médical).
- Les avortements spontanés.

3-4-DEFINITIONS OPERATIONNELLES[12]

* *L'avortement à risque*: l'avortement a été caractérisé comme à risque lorsqu'il a été confirmé par la patiente elle-même par un aveu.

* *L'avortement à risque suspect*: devant des signes cliniques de lésions génitales ou d'intoxication / infection pouvant faire évoquer une manœuvre abortive.

* *L'avortement* est considéré comme *spontané* lorsqu'aucune des conditions précédentes n'est retrouvée.

**L'avortement en cours* (inévitable) est évoqué lorsque le produit de conception est perçu à travers le col au toucher vaginal.

**L'avortement* est dit *incomplet* lorsque l'expulsion de l'œuf n'est pas faite en totalité.

* *L'intention d'utilisation future de la planification familiale*: décision de commencer à utiliser une méthode contraceptive.

* *Le délai de prise en charge* : temps écoulé entre l'admission de la patiente dans le service et les soins fournis.

* *Les procédures d'évacuation*: Les techniques utilisées pour l'évacuation utérine.

* *Les procédures de contrôle de la douleur:* les méthodes utilisées pour apaiser ou supprimer la douleur.

* *Perception de la douleur par les patientes:* Elle a été estimée suivant quatre degrés:

- Aucune douleur: correspondait à l'absence d'une perception de douleur, de gêne, sinon d'une sensation évoquant un examen gynécologique courant.

- Douleur minime: correspond à la perception de picotement .

- Douleur modérée: lorsqu'elle est tolérable, à la limite entre douleur minime et douleur extrême.

- Douleur extrême: correspond à un seuil selon lequel la patiente perçoit une douleur au point d'exiger l'arrêt de la procédure ou l'administration d'un antalgique.

* *Les informations fournies aux patientes:* l'ensemble des renseignements apportés aux patientes au cours de leur séjour hospitalier.

* *Les liens avec les autres services SR:* lorsqu'une patiente est référée pour l'obtention d'autres services tels que la prise en charge des IST, le dépistage des cancers etc. . .

3-5- COLLECTE DES DONNEES:

3-5-1- INSTRUMENTS DE COLLECTE:

Les données sont recueillies sur une fiche de collecte individuelle pour chaque patiente.

3-5-2- RECUEIL DES DONNEES:

* Recueil passif à partir du dossier clinique pour

- L'identification de la patiente à l'admission
- Certains antécédents gynécologiques et obstétricaux
- Les signes cliniques d'examen à l'admission
- Le diagnostic d'admission, la prise en charge et les aspects évolutifs immédiats.

*Recueil actif par interview de la patiente et l'examen clinique

- par le médecin ou la sage-femme afin de:
 - compléter l'identification
 - les antécédents de la patiente (gynécologiques et obstétricaux)
 - faire le bilan des complications secondaires
 - apprécier la douleur
 - analyser les liens avec les autres services SR

- par un personnel paramédical sans blouse et non connu de la patiente pour évaluer:
 - l' accueil
 - les conseils fournis et explication de la procédure à la patiente
 - l'appréciation globale des prestations
 - les commentaires et suggestions .

3-6- LIMITES ET CONTRAINTES :

Certaines patientes n'ont été vues qu'une seule fois, et parfois des variables n'ont pas été relevées.

3-7- SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES:

Les données ont été saisies par le logiciel EPI INFO VERSION 6. L'analyse a été effectuée avec les logiciels EPI INFO et EXCEL .Le test statistique utilisé est le Chi2 avec un seuil de signification pour $p < 0,05$.

IV - RESULTATS

4-1- FREQUENCE:

Durant la période d'étude, nous avons enregistré 2770 urgences gynécologiques et obstétricales.

Nous avons traité 638 patientes, soit 23,0% des urgences, pour avortements qui se répartissent comme suit:

- avortements spontanés =513 cas soit 80,4%
- avortement à risque =124 cas soit 19,4% et 4,5% des urgences
- avortement thérapeutique =1 cas soit 0,2%

Au cours de cette même période nous avons effectué 1893 accouchements soit un avortement spontané pour 3,7 accouchements et un avortement à risque pour 15,3 accouchements

4-2- CARACTERISTIQUES SOCIO- DEMOGRAPHIQUES

4-2-1-Age

L'âge moyen des patientes est de 22,5 ans avec des extrêmes de 14 et 35 ans.

Tableau - I: Répartition des patientes selon l'âge

Age	n	%
<15 ans	02	1,6
15-19 ans	35	28,2
20-24 ans	40	32,3
25-29 ans	30	24,2
30-34 ans	13	10,5
35 - 39	04	3,2
TOTAL	124	100

Valeurs manquantes=0

Les moins de 20 ans, 37 cas soit 29,8%, sont plus exposées aux avortements à risque que les 20 ans et plus (Ch2=1, p < 0,0001).

4-2-2-Statut matrimonial

Les femmes non mariées représentent 81,5% (101 cas) des patientes traitées pour avortement à risque. Elles sont célibataires dans 65,3% (81 cas), les autres, 16,2% soit 20 cas , sont concubines, divorcées ou veuves.

Les femmes non mariées effectuent plus d'avortements à risque avec une différence statistiquement significative (Chi2 = 1,6 , p = 0,00004).

4-2-3- Profession (valeurs manquantes: 4)

Les patientes sans emploi rémunéré, 72 cas soit 60% ont plus souvent recours aux avortements à risque (P= 0,0004). 22,5% (27 cas) sont des élèves et étudiantes; viennent ensuite les salariées avec 14 cas (11,7%) et les commerçantes (7cas soit 5,8%) .

4-2-4- Niveau d'instruction (Valeurs manquantes =10)

Les patientes du niveau secondaire représentent 49,1% soit 56 cas . Les non scolarisées sont 29 (25,4%), le niveau primaire 21,9 (25 cas) et le niveau supérieur 4 cas soit 3,5.

Le niveau d'instruction n'a pas été précisé chez 10 patientes.

4-2-5- Religion (Valeurs manquantes =2)

Les musulmanes représentent 54,9% des patientes soit 67 cas, et les chrétiennes 45,1% soit 55 cas.

La religion n'a pas d'influence sur les avortements à risque.

4-2-6-Geste

Le nombre de grossesses variait de 1 à 8. Les patientes ont été classées selon le nombre de grossesses en:

Primigeste: 1 grossesse

Paucigeste: 2 à 4 grossesses

Multigeste: 5 grossesses et plus

Les patientes étaient à leur 1^{ère} grossesse dans 68 cas soit 54,8% . Il y avait 19,4% de paucigestes (24 cas) et 25,8% (32 cas) de multigestes.

4-2-7- Parité:

Le nombre d'accouchements variait de 0 à 6 et les patientes ont été réparties en:

Nullipares: 0 accouchement

Primipares: 1 accouchement

Paucipares : 2 à 4 accouchements

Multipares : 5 accouchements

Les nullipares représentent 58,5% (72 cas) des femmes hospitalisées pour avortement à risque. 19,5% (24cas) sont primipares; les paucipares et les multipares représentent respectivement 10,6% et 11,4%.

4-2-8- Nombre d'enfants vivants

Les femmes hospitalisées pour avortement à risque n'ont pas d'enfant vivant dans 73 cas soit 59,8%. Elles sont 36 (29,5%) à avoir 1ou 2 enfants et 13 (10,7%) 3 enfants ou plus.

4-2-9- Antécédents d'avortement à risque

10 femmes (8,2%) hospitalisées pour avortement à risque avaient déjà eu recours au moins une fois à l'avortement à risque.

4-2-10- Motivations d'interruption de la grossesse

Tableau –II: Répartition des avortements à risque selon les motivations évoquées.

Motivations	N	% relatif
Eviter déshonneur	19	12,0
Refus d'enfant	36	22,8
Economique	10	6,3
Etude	14	8,9
Pression du partenaire	16	10,1
Peur des parents	42	26,6
Enfant en bas âge	14	8,9
Autres*	07	4,4

*Autres: - perte d'emploi =2
- abandon par le partenaire =2
- conflit conjugal =3

La peur des parents, 42 cas soit 26,6%, est la principale motivation évoquée pour les avortements à risque.

4-2-11- Méthodes abortives

Tableau –III: Répartition des patientes selon les méthodes abortives

Méthodes	N	%
Agents physiques		
- curetage	21	21,9
- sondage	17	17,7
- tige métallique	02	2,1
- laminaire	01	1,0
- autres*	11	11,5
Agents chimiques		
- modernes (comprimé, injectable)	13	13,5
- traditionnel (per os, rectal, vaginal)	18	18,8
- cocktail (nescafé, bière, miel, autres)	13	13,5
TOTAL	96	100

Valeurs manquantes: = 28

* Autres: ne sait pas

Le curetage est la méthode la plus utilisée dans les avortements à risque (21 cas soit 21,9%).

4-2-12- Qualification de la personne ayant provoqué l'avortement.

Tableau –IV: Répartition des patientes selon la qualification de l'avorteur.

Qualification	N	%
Tradipraticien	13	11,6
Agent de santé	60	53,5
Auto-avortement	31	27,7
Partenaire	04	3,6
Camarade / copine	02	1,8
Frère/ parents	02	1,8
TOTAL	108	100

Valeurs manquantes: =16

L'avorteur est un agent de santé dans 60 cas soit 53,5%.

4-3- ASPECTS CLINIQUES

4-3-1-Diagnostic à l'admission

L'avortement était incomplet dans 96 cas soit 77,4% , ou en cours dans 24 cas soit 19,3% ; Il n'a été complet que dans 4 cas soit 3,2%.

4-3-2- Age gestationnel (valeurs manquantes= 8)

Il s'agissait de grossesse au 1^{er} trimestre (7-12 SA) Dans 99 cas soit 85,3%.

Et, dans 17 cas soit 14,7%, de grossesse au 2ème trimestre .

L'âge gestationnel moyen était de 10,9 SA avec des extrêmes de 7et 22 SA.

4-3-3- complications

Tableau- V: Répartition des complications selon les méthodes abortives.

Complications		Méthodes Mécaniques (N = 52) (RR= 1,06 ; p=0,01)		Méthodes chimiques (N =44)	
		n	%	n	%
Hémorragie	Oui	15	28,8	12	27,3
	Non	37	71,2	32	72,7
Infection	Oui	14	26,9	07	15,9
	Non	38	73,1	37	84,1
Insuffisance rénale	Oui	02	3,8	08	18,2
	Non	50	96,2	36	81,8
Lésions vaginales/ Cervicales	Oui	02	3,8	01	2,3
	Non	50	96,2	43	97,7
Perforation Utérine	Oui	02	3,8	0	0,0
	Non	50	96,2	44	100

L'hémorragie (27 cas soit 21,8%) et l'infection (21 cas soit 16,9%) sont les complications les plus fréquentes des avortements à risque.

Les méthodes physiques provoquent de façon significative plus de complications que les méthodes chimiques (RR= 1,06; p=0,01).

4-4- PRISE EN CHARGE

l'AMIU a permis d'assurer la vacuité utérine chez 76,6% (95 cas) des femmes hospitalisées pour avortement à risque.

La vacuité utérine a pu être assurée par le curage digital dans 15 cas soit 12,1% et le curetage dans un cas (0,8%).

25 patientes ont bénéficié du curage soit 26,3% et dans 10 cas (40%) il a du être complété par l'AMIU.

L'avortement était complet dans 9 cas.

Dans la prise en charge des complications, il a été pratiqué une hystérorraphie (0,8%), et deux hystérectomies (1,6%) ; et 2 patientes sont décédées avant l'évacuation utérine.

4-4-1- Délai de prise en charge des patientes

Tableau -VI a: Répartition selon le délai des premiers soins

Délai	n	%
0 -30 mn	106	88,3
31 mn -1 heure	05	5,0
> 1 heure	08	6,7
TOTAL	120	100

Valeurs manquantes= 4

Les premiers soins ont été administrés dans les 30mn suivant l'admission dans 106 cas soit 88,3%. Délai moyen = 45mn.

Tableau - VI- b: Répartition selon le délai d'évacuation utérine

Délai d'évacuation.	n	%
< 1heure	31	28,2
1-2 heures	31	28,2
>2-6 heures	19	17,3
>6-24 heures	24	21,8
>24 heures	05	4,5
TOTAL	110	100

L'évacuation utérine a été assurée dans l'heure qui suit l'admission chez 28,2% (31 cas) des femmes hospitalisées pour avortement à risque. Le délai moyen était de 2h46mn. 14 patientes n'ont pas bénéficié d'évacuation utérine : il s'agissait de 2 hystérectomies ; 1 hystérorraphie; 2 patientes décédées avant stabilisation; 9 avortements complets).

4-4-2- Procédure de contrôle de la douleur

La répartition des patientes selon la procédure de contrôle de la douleur est représentée dans le tableau VII.

Tableau -VII: Répartition selon la procédure de contrôle de la douleur

Procédure	n	%
Anesthésie verbale	72	65,5
Anesthésie Locale	38	34,5
TOTAL	110	100

L'évacuation utérine a été pratiquée sous anesthésie verbale dans 72 cas soit 65,5%.

4-4-3- Anatomopathologie du produit de conception

L'examen anatomo- pathologique du produit de conception a été réalisé, dans un seul cas d'avortement à risque (0,8%) et il était normal.

4-5- EVOLUTION ET PRONOSTIC

4-5-1- Evolution

Les patientes ont été revues pour le suivi post-abortum :

- au 7^{ème} jour, 89 patientes soit 80,2% se sont présentées ;
- au 45^{ème} jour 79 patientes soit 71,2% ont été revues.

Elle a été favorable à 68,5% soit 76 cas. Une Infection Sexuellement Transmissible (IST) a été retrouvée dans 31 cas soit 28 %. Nous avons relevé 2 cas de pyométrie (1,8%), et une aspiration incomplète (1,1% des cas d'AMIU).

4-5-2- Pronostic

Durant la période d'étude nous avons déploré 65 décès dont 14 suite à un avortement. Les tableaux XIV- a, XIV- b et XIV-c donnent la répartition des patientes selon le pronostic.

Tableau -VIII - a: Evolution de l'état des patientes selon le type d'avortement

Evolution	Avortement spontané		Avortement à risque.		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Décès	01	0,2	13	11,8	14	2,2
Vivantes	512	99,8	111	88,2	623	97,8
TOTAL	513	100	124	100	637	100

Le seul cas d'avortement thérapeutique a été exclu du tableau.

Nous avons noté 13 décès par avortement à risque soit un taux de létalité de 10,5%. Un décès par avortement spontané sur terrain immunodéprimé.

Le taux de létalité pour les avortements spontanés est de 0,2%.

Les avortements à risque sont plus pourvoyeurs de décès que les avortements spontanés (RR =48,86; p< 0,005).

Tableau -VIII- b: Evolution selon l'âge gestationnel dans les avortements à risque

Evolution	7-12 S A		13-22 S A		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Décès	08	8,1	03	17,6	11	9,5
Vivantes	91	91,9	14	82,4	105	90,5
TOTAL	99	100	17	100	116	100

Valeurs manquantes = 2 (pour raison de coma).

8 décès sur 11 (72,7%) par avortements à risque sont survenus au 1^{er} trimestre de la grossesse.

Tableau -VIII- c: Cause des décès par avortements à risque

Causes de décès	n	%
Choc septique ou toxi- infectieux	11	84,7
Choc hypovolémique	02	15,3
TOTAL	13	100

Le décès survient par choc septique ou toxi-infectieux dans 84,7% des cas.

Tableau -VIII- d: répartition des décès selon les méthodes abortives

Méthodes	n	%	RR	p
Physiques	04	30,8		
Chimiques	09	69,2	5,59	<0,004
TOTAL	13	100		

Les méthodes chimiques provoquent plus de décès que les méthodes mécaniques (RR = 5,59 avec p <0,004).

Le décès après auto avortement est plus fréquent (RR = 7,74 avec p < 0,003).

4-6 VECU DES PATIENTES

4-6-1- Perception de la douleur pendant l'évacuation utérine

Quinze patientes n'ont pas bénéficié d'évacuation utérine (avortement complet, et décès), 2 sont restées dans un état comateux jusqu'au décès, et 10 ne se sont pas prêtées à l'interview.

La répartition des patientes selon la perception de la douleur ressentie pendant la procédure d'évacuation utérine est représentée sur les tableaux VIII-a et VIII-b.

Tableau -IX- a: Répartition selon la douleur

Douleur	n	%
Pas de douleur	04	4,1
Minimes	36	37,1
Modérées	32	33,0
Extrêmes	25	25,8
TOTAL	97	100

La douleur était au plus modérée chez 74,2% (72 cas) des femmes pendant l'AMIU.

Tableau -IX-b: Répartition selon la perception de la douleur par type d'anesthésie

Douleur	Anesthésie verbale		Anesthésie locale		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Pas de douleur	03	4,3	04	14,8	07	7,2
Minimes	21	30,0	11	40,8	32	33,0
Modérées	26	37,1	09	33,3	35	36,1
Extrêmes	20	28,6	03	11,1	23	23,7
TOTAL	70	100	27	100	97	100

Sous anesthésie verbale la douleur était tolérable chez 50 femmes soit 71,4%.

4-6-2- Informations fournies aux patientes

Durant leur séjour hospitalier les femmes reçoivent des informations sur la procédure d'évacuation utérine, la période de fécondité de la femme, le retour de fécondité après avortement et la planification familiale ; 81 patientes ont répondu à notre interview.

La figure 1 donne la répartition des patientes selon les informations fournies.

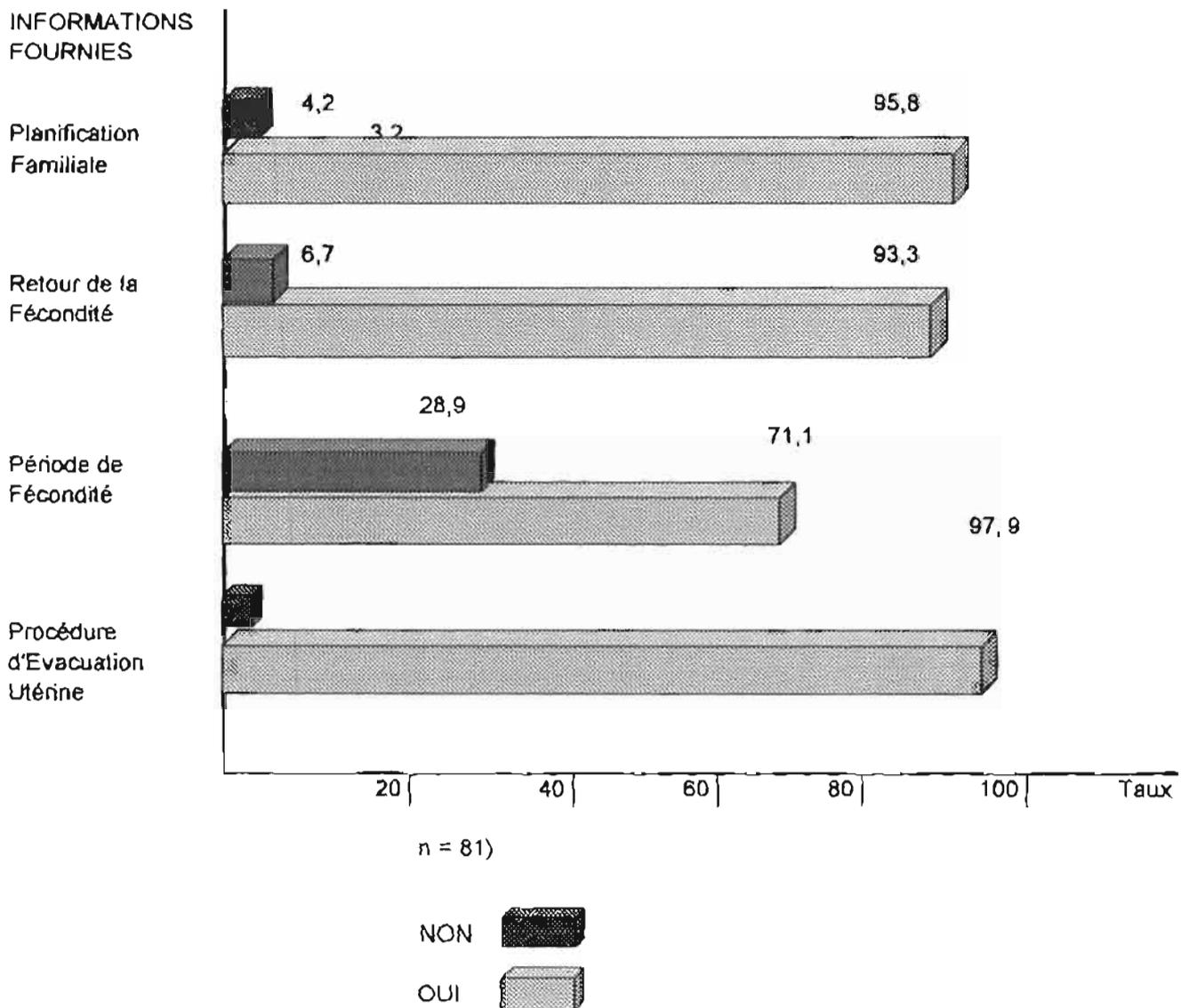


Figure 1: Répartition selon les informations fournies

Les femmes hospitalisées pour avortement à risque ont reçu des informations sur
, La procédure d'évacuation utérine à 97,9% soit 95 cas,
, la période de fécondité de la femme à 71,1% soit 69 cas,
, le retour de fécondité après avortement à 93,3% soit 91 cas,
, Et la planification familiale à 95,8% soit 93 cas.

4-6-3-Liens avec les autres services de S R

Tableau -X : Répartition des patientes selon les liens avec les autres services

Services	n	% Relatif
Planification Familiale	92	82,9
Consultation gynécologique		
- I S T	31	28,0
- Tumeurs	04	3,6
Autres services		
- Médecine	11	9,9

La planification familiale avec 92 cas soit 82,8% constitue le principal lien avec l'unité de SAA; viennent ensuite les prestations en IST 14 cas soit 13,5%. 19 patientes n'ont pas bénéficié de méthode contraceptive.

Tableau -XI : Répartition selon les méthodes contraceptives reçues

Méthodes	n	%
Naturelle	0	0,0
Condom/ Spermicide	01	1,1
DIU	04	4,3
Norplant	02	2,2
Injectable	13	14,1
Pilule	72	78,3
TOTAL	92	100

La pilule est la méthode contraceptive la plus utilisée, 72 cas soit 78,3% .

Tableau -XII :Méthodes contraceptives reçues selon l'âge

Âge	n	%
< 15	01	1,1
15-19 ans	26	28,3
20-24 ans	32	34,8
25-29 ans	20	21,7
30-34 ans	06	6,5
35-39 ans	03	3,3
Autres	04	4,3
TOTAL	92	100

Autres : âge non précisé

La tranche d'âge des 15 à 29 ans représentent 85,9% des patientes ayant reçu une méthode contraceptive ; et les moins de vingt ans 29,4%.

Tableau -XIII :Choix de la contraception selon le statut matrimonial

Statut Matrimonial	n	%
Marié	19	20,6
Célibataire	60	65,2
Concubinage	11	10,0
Divorcé	01	1,1
Veuve	01	1,1
TOTAL	92	100

Les femmes non mariées représentent 79,4% (73 cas) des patientes qui ont opté pour une méthode contraceptive.

Tableau -XIV: Choix de la contraception selon le nombre d'enfants vivants

Nombre d'enfants vivants	n	%
0	58	63,0
1	17	18,5
2	09	9,8
3 et plus	08	8,7
TOTAL	92	100

Dans la population des femmes traitées pour avortement à risque, 58 cas soit 63,0% des patientes sans enfant vivant choisissent une méthode contraceptive; et 75,9% (44 cas) parmi celles-ci ont moins de 25 ans.

4-7- AVIS DES PATIENTES SUR LES PRESTATIONS

Certaines patientes (81) ont accepté de nous donner leur avis sur les prestations.

Les femmes traitées pour avortement à risque sont satisfaites de l'accueil dans 79 cas (97,5 %).

Elles sont 67 soit 84,2 % à être satisfaites de l'ensemble des prestations reçues durant leur séjour hospitalier.

Des commentaires et suggestions ont été faits par 18 patientes (18,9%) et portaient sur :

- le manque de place et de matériel entraînant une longue attente (9cas)
- La mauvaise aération de la salle d'attente (6 cas)
- Les états d'âme du personnel (3 cas).

V- COMMENTAIRES – DISCUSSIONS

5-1- Epidémiologie

5-1-1- Fréquence

La fréquence des avortements à risque est 19,4% de l'ensemble des avortements hospitalisés.

Au Burkina Faso, RAMDE en 1989, KY en 1998 et TAPSOBA en 1999 ont rapporté respectivement des fréquences de 35,4 %,32,3% et 30,1 % [46, 25, 49].

On note donc une diminution de la fréquence des avortements à risque dans la ville de Ouagadougou, probablement en rapport avec les campagnes de promotion de la planification familiale et l'introduction de la prise en charge intégrée des soins après avortement. La prévalence contraceptive au niveau de la région de Ouagadougou est de 19% supérieure à la moyenne nationale qui est de 13%[11].

Au Sénégal, en 1993, DIADHIOU a trouvé une fréquence de 19 % et NGUESSAN en 2002 à Abidjan a trouvé 23,47 % [15,34], ce qui témoigne de l'ampleur du phénomène malgré les campagnes de sensibilisation et l'avènement du VIH/SIDA.

Il faut cependant rappeler que l'avortement n'est toujours pas libéralisé dans la plupart de nos pays, et l'avortement à risque faisant toujours l'objet de réprobation morale, les taux observés dans les études constituent une sous estimation de l'ampleur réelle du phénomène. En effet, seules consultent celles qui ont des complications suite à leur avortement à risque.

5-1-2- Profil des patientes

5-1-2-1- Age

L'âge moyen de nos patientes ayant effectué un avortement à risque est de 22,5 ans, avec des extrêmes de 14 et 35 ans. La tranche d'âge la plus touchée est celle des 20-24 ans (32,3%). Les moins de 20 ans, 37 cas soit 29,8% sont plus exposées aux avortements à risque ($p < 0,0001$).

Lors de l'introduction des soins après avortement, l'âge moyen était de 26 ans avec des extrêmes de 15 et 50 ans. Il y a donc un rajeunissement de la population des femmes ayant effectué des avortements à risque.

Nos chiffres sont comparables à ceux de BINKIN, DIADHIOU et LEKE [7,15,28] qui ont trouvé des moyennes respectives de 22,1 ; 21,4 et 20,7 ans.

Dans notre étude, les adolescentes (14-19 ans) représentent 29,8% des femmes ayant subi un avortement à risque.

Ce taux est nettement inférieur à celui de NGUESSAN qui a trouvé 43,17% d'adolescentes.

Les adolescentes constituent une population cible des avortements à risque.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces âges correspondent à une période d'activité sexuelle importante par simple curiosité ou désir d'indépendance d'une part, et d'autre part l'ignorance du cycle menstruel, l'absence d'autonomie financière et la faible fréquentation des services de planification familiale [15].

5-1-2-2- Statut matrimonial.

Les femmes non mariées, 101 cas soit 82,5%, effectuent plus d'avortements à risque ($p < 0,00004$). Il s'agit d'adolescentes dans 32 cas soit 31,7%.

Au Burkina Faso, BAZIE et RAMDE avaient trouvé des taux inférieurs respectifs de 52,7 % et 62 %, tandis que KY a rapporté un taux relativement similaire de 72% de femmes non mariées [5,46,25].

BINKIN et DIADHIOU ont trouvé des taux comparables avec 81,6% et 76% [7,15].

Nos données sont par contre très différentes de celles du Bénin [23] où il n'a été noté que 29,5% de femmes non mariées.

La prédominance des avortements à risque chez les femmes non mariées s'explique par le fait que dans nos sociétés, la chasteté avant le mariage est exigée, et une grossesse chez une fille non mariée est souvent considérée par le chef de famille comme un déshonneur qui, selon les coutumes ancestrales en pays Mossi, conduit au bannissement de la fille [39] ; ces raisons ont été invoquées chez 38% de nos patientes.

5-1-2-3- Profession

Les patientes sans emploi rémunéré constituent 60,0% de notre échantillon d'avortement à risque et les élèves et étudiantes 22,5%.

KY en 1998, avait trouvé 87% des patientes sans activité rémunératrice [25] ; cette baisse pourrait être en rapport avec l'évolution du statut de la femme.

DIADHIOU et NGUESSAN respectivement ont trouvé 71,4% et 50,11% de patientes sans emploi parmi les victimes d'avortement à risque [15,34].

Toutes les études montrent une exposition particulière des femmes sans emploi rémunérateur aux avortements à risque.

Cette prédominance pourrait s'expliquer par:

- L'ignorance et le mode de vie précaire exposant les femmes à des comportements sexuels à risque pour acquérir un mieux être économique.
- Les difficultés financières pour le suivi de la grossesse et l'éducation de l'enfant à naître.
- L'accessibilité aux moyens contraceptifs pas toujours financièrement évidente [48].
- La dépendance à l'endroit des parents qui acceptent difficilement de nouvelles charges.

Selon NAPON <<... l'ignorance et la pauvreté portent une grande entrave à la santé reproductive des mères ménagères et accroissent de ce fait, le danger de la procréation >> [32].

- Le faible revenu fait qu'elles ont recours à l'avortement dans de mauvaises conditions, les exposant aux complications.

5-1- 2- 4- Niveau d'instruction

Les élèves du primaire et du secondaire représentent 71% des patientes traitées pour avortement à risque, un taux semblable à celui de KY qui était de 66%. Les analphabètes représentent 25,4% contre 30% dans l'étude de KY [25].

Des données similaires sont retrouvées au Ghana, au Mali et au Sénégal [1,7,15]. NGOUMA [35] a trouvé 45% d'élèves et étudiantes.

Il s'agit généralement de victimes de la déperdition scolaire selon DIADHIOU [15].

5-1-2- 5- Histoire reproductive

Les patientes traitées pour avortement à risque sont à leur première grossesse dans 54,8% des cas et 58,5 n'ont jamais accouché. Certaines, 8,2%, ont déjà eu recours à l'avortement à risque et 59,8 % n'ont pas d'enfant vivant.

BINKIN a trouvé 61,1% de primigestes [7]. Mais AMPOFO au Ghana rapporte un taux nettement supérieur soit 75-80 % de nullipares ou Primigestes [1].

En Afrique de l'Est et en Asie, les femmes traitées pour avortement à risque ont une parité plus élevée car ayant atteint la taille de la famille désirée [13].

Dans son étude KY avait trouvé un taux de récurrence des avortements à risque de 8,8% pratiquement égal au nôtre (8,2%) [25].

Malgré les campagnes de promotion de la planification familiale et l'introduction des soins après avortement les femmes ont toujours recours aux avortements à risque. La récurrence est un signe d'« échec » des programmes de planification familiale et du counseling et une bonne

formation des prestataires en counseling sur la PF et la référence devrait permettre de diminuer le taux des récives.

5-1-2-6- Motivations d'interruption de la grossesse.

Les raisons d'ordre social prédominent dans l'interruption de la grossesse. 42 patientes (26,6%) ont interrompu leur grossesse principalement par peur des parents, viennent ensuite le refus d'enfants et le déshonneur.

Ces données sont comparables à celles de DIADHIOU et KOLY au Sénégal [15,26]. Nous n'avons cependant pas noté de cas d'échec de la contraception.

Au Cameroun également les raisons sociales sont invoquées dans l'étude de TICHA [51].

5-1-2-7- Méthodes abortives et qualification de l'avorteur

Les méthodes physiques (mécaniques) ont été les plus utilisées (52 cas soit 54,2%) dans notre étude.

Le curetage a été utilisé dans 21 cas soit 21,9 %.

KY et RAMDE au Burkina avaient trouvé des taux inférieurs respectifs de 39 % et 39,9 % de méthodes mécaniques [25,46].

NGUESSAN en Côte d'Ivoire trouve 35,5% des méthodes mécaniques et 30,22% de curetage [34].

LEKE au Cameroun et BROWNER en Bolivie [28,9] rapportent respectivement des taux de 21,7 et de 25,2 % de dilatation curetage.

KOLY au Sénégal en 1989 a apporté près de 73% d'introduction de sonde et DIADHIOU en 1993, 77,3% de méthodes mécaniques [26,15].

5-2- Aspects cliniques

L'avortement était incomplet ou en cours chez 96,8% des patientes (120 cas) traitées pour avortement à risque.

L'âge gestationnel moyen était de 10,9 semaines d'aménorrhée.

KY au Burkina et YUSUF en Ethiopie [25,55] ont trouvé un âge moyen de 12 et 15,2 semaines d'aménorrhée respectivement.

L'infection a été retrouvée dans 21 cas soit 16,9%, et les lésions traumatiques vaginales ou cervicales, 5 cas soit 4,0% .

Les complications infectieuses sont retrouvées dans les même proportions par DIADHIOU [15]. Nos taux restent cependant en deçà de ceux retrouvés dans d'autres études; ainsi:

- KY rapporte 22,6% de complications infectieuses [25].
- DJAHAN et NGUESSAN ont trouvé respectivement 31,7% et 35,17% [19,33].

- DIALLO au Mali a noté 33,7% des complications infectieuses [16].

La persistance des infections témoigne des conditions précaires dans lesquelles s'exercent les avortements à risque.

La morbidité est plus élevée avec les méthodes physiques. En effet on trouve un RR=1,06 avec $p < 0,01$. Ces complications sont en rapports avec les lésions (3,8%) et les infections (26,9%).

Il faut signaler que nous n'avons pas noté de cas de tétanos durant la période d'étude, alors qu'aucune sérovaccination anti-tétanique n'a été administrée. Comme l'a dit KY <<...l'amélioration effective de la couverture vaccinale anti-tétanique chez les femmes en âge de procréer...>> pourrait être une des explications de cette situation [25].

5-3- Prise en charge des patientes

5-3-1- Technique d'évacuation utérine

L'AMIU a été la technique d'évacuation utérine chez 76,6% des femmes traitées pour complications d'avortement à risque soit 95 cas, le curage 12,1% soit 15 cas et le curetage 0,8% soit 1cas. Dans 40% des cas, le curage a du être complété par une AMIU.

Lors de l'introduction de la prise en charge intégrée dans le service en 1998, l'AMIU était à 97,1% soit 443 cas, la technique la plus utilisée au détriment du curage 1,8% (8cas) et du curetage1,1% (5 cas) [50].

On note donc une légère baisse de la pratique de l'AMIU qui pourrait s'expliquer par:

- l'insuffisance de disponibilité du matériel d'aspiration notamment les seringues qui doivent être réutilisées après désinfection.
- L'insuffisance du personnel, notamment les équipes de garde très sollicitées et souvent très débordées, qui préfèrent parfois se contenter d'un curage digital souvent incomplet parce que ne trouvant pas le temps de désinfecter le matériel déjà utilisé.
- Le problème de formation des prestataires, car le personnel est constamment renouvelé surtout les sages- femmes, internes et médecins CES.

Le seul cas de dilatation curetage a été pratiqué sous anesthésie générale chez une adolescente de 15 ans qui refusait tout examen gynécologique.

L'AMIU reste cependant la technique idéale d'évacuation utérine en soins après avortement parce ce que:

- Il s'agit d'une technique simple, d'apprentissage facile;

- Elle ne provoque qu'une douleur modérée et est facilement acceptée par la cliente dans 72,9% des cas.
- Elle ne mobilise que peu de personnes;
- Les aspirations incomplètes (1cas soit 1,1% contre 40% avec le curage) et les complications sont rares (aucune dans notre série);
- Elle ne nécessite pas d'anesthésie générale et son coût reste relativement abordable [25].

Deux hystérectomies ont été pratiquées durant la période d'étude (0,7 %). Ce même taux a été retrouvé par KY, alors que NGUESSAN a noté une fréquence nettement supérieure de 3,21% [25,34].

C'est une situation pénible lorsqu'il s'agit de femmes jeunes, célibataires et sans enfant, dans le contexte socioculturel africain où la stérilité est un véritable drame.

5-3-2- Qualité des soins

5-3-2-1- Temps d'attente

Les patientes ont été examinées dans les 30 minutes suivant leur admission dans 106 cas soit 88 ,3%.

L'évacuation utérine a été assurée dans les 3 heures chez plus de 55,6% (59 cas) des patientes traitées pour avortement à risque. Cependant 29 patientes, soit 27,3%, ont attendu plus de 6 heures avant l'évacuation utérine.

Dans l'étude de TAPSOBA seulement 48,2% des patientes avaient été examinées dans les 30 minutes, et l'évacuation utérine dans les 3 heures avait été assurée dans 45,2% des cas[50]. On note donc une réduction du temps d'attente pour l'examen de près de 40%, mais avec une réduction moindre (10%) du délai d'évacuation utérine dépassant parfois 6 heures. Ceci peut s'expliquer d'une part par le fait que les patientes sont examinées systématiquement à l'admission mais l'insuffisance du personnel formé en SAA et la non disponibilité du matériel par rapport à l'affluence des patientes conduisent à une faible réduction du délai d'évacuation utérine. D'autre part, certaines patientes ont besoin d'être stabilisées avant l'évacuation utérine.

5-3-2-2- Procédure de contrôle

Nos patientes ont bénéficié du soutien verbal pendant l'évacuation utérine dans 72,2% des cas. L'anesthésie locale a été utilisée dans 27 cas soit 27,8%.

Dans l'étude de 1998 [50] l'"anesthésie verbale" avait été plus largement utilisée avec 98% de cas.

On note donc une baisse de la pratique du soutien verbal de 16%.

5-3-2-3- Perception de la douleur

Lors de l'introduction des SAA, la douleur était tolérable dans 69,1% des cas, toute anesthésie confondue .

Dans notre échantillon, la douleur était tolérable chez 74 patientes (76,3%) toute anesthésie confondue, et sous « anesthésie verbale » chez 50 femmes soit 71,4%. La douleur était extrême dans 28,6% des cas sous « anesthésie verbale ».

Ces chiffres nous invitent à d'avantage tenir compte de l'avis de la patiente qui seule peut dire si la douleur est tolérable ou pas, et à revoir au besoin notre technique de contrôle de la douleur. Il faut cependant encourager les prestataires à pratiquer le soutien verbal car dénué de risque d'effets secondaires, et comme dit KIZZA <<... un soutien verbal bien conduit permet ainsi aux patientes de bien se mettre en confiance et de supporter la douleur lors de la procédure d'AMIU>> [24].

5-3-2-4- Informations fournies aux patientes

Depuis l'introduction de la prise en charge intégrée des complications d'avortement, les patientes reçoivent durant leur séjour hospitalier des informations /conseils par le biais du counseling sur la procédure d'évacuation utérine et sur leur état morbide.

Les informations sur la technique d'évacuation utérine ont été fournies à 97,9% de nos patientes (95 cas).

Elles étaient 69 patientes (71,1%) à avoir reçu des informations sur la période de fécondité de la femme; et 91 soit 93,3% a avoir reçu des informations sur le retour de fécondité après avortement.

Quant aux informations sur la planification familiale, elles ont été fournies à 93 patientes soit 95,8%.

Dans le même service, l'étude réalisée en 1998 avait trouvé des taux respectifs de 86,4%, 90,4% et 94,3% pour les informations sur la procédure, le retour de fécondité et la planification familiale [50].

Plusieurs études ont montré une nette augmentation des informations fournies aux patientes avec l'avènement de la prise en charge intégrée des complications d'avortement [6,8,25,50].

On note donc une augmentation du pourcentage des femmes ayant reçu les informations.

Il faut cependant relever que dans notre étude, les patientes reçues pendant la garde ne bénéficient pas souvent du counseling du fait de la charge de travail et sont parfois malheureusement perdues de vue (18 sur 43 soit 41,9 %). Il est donc souhaitable qu'une garde soit instituée spécifiquement pour l'unité de soins après avortement et que

les prestataires puissent bénéficier de formation sur le counseling et la référence.

5- 3- 2- 5- Liens des SAA avec les autres services SR

La planification familiale a été le principal lien avec 82,9% de patientes (92 cas) qui ont reçu une méthode contraceptive. Certaines patientes n'ont donc pas adopté de méthode contraceptive. Il s'agit pour la plupart, hormis les cas d'hystérectomies et de décès, de patientes qui n'ont pas bénéficié de counseling durant leur séjour hospitalier et qui n'ont pas été revues pour le suivi. La pilule a été la méthode la plus utilisée, 78,3% soit 72 cas, et la tranche d'âge de 15-29 ans représente 85,9% des patientes(79 cas).

Les conseils en planification familiale fournis aux patientes lors des soins après avortement, leur permettent d'acquérir des connaissances sur les méthodes modernes de régulation des naissances afin d'éviter les grossesses non désirées et les naissances trop rapprochées. Ainsi elles peuvent choisir librement d'utiliser une méthode contraceptive et de la recevoir si elles le souhaitent.

Toutes les études ont montré une augmentation de l'intention d'utilisation future de la planification familiale avec l'introduction de la prise en charge intégrée[27,49,50].

Une étude Péruvienne [6], fait exception à cette règle car il y a été plutôt noté une régression de l'intention d'utilisation future des méthodes contraceptives après l'introduction du counseling en planification familiale dans la prise en charge des complications après avortement, sans que les raisons n'aient été précisées.

Certaines de nos patientes, 40 cas soit 41,5% , ont été référées vers la consultation gynécologique principalement pour IST (31 cas soit 28%), et les autres services SR, ce qui permet de développer et de renforcer les liens entre l'unité de SAA et les autres services SR.

L'intérêt de ces soins intégrés est de permettre l'offre d'autres services de SR étant donnée la faible fréquentation des services de santé.

Le CHU-YO étant un centre de référence, il nous a été difficile d'identifier une communauté. Cependant il serait souhaitable que des mécanismes soient mis en œuvre afin d'impliquer la communauté en amont dans la prévention des grossesses non désirées et en aval dans la prise en charge des avortement à risque.

5-3-3- EVOLUTION ET PRONOSTIC

Durant la période d'étude, nous avons déploré 65 cas de décès maternels dans le service dont 13, soit 20%, suite à un avortement à risque (RR = 48,86 par rapport aux avortements spontanés).

Si les méthodes physiques provoquent plus de complication, les méthodes chimiques sont par contre plus pourvoyeuses de décès avec un risque relatif de 5,59 et $p < 0,004$.

Le décès après auto-avortement est plus fréquent (RR =7,74 ; $p < 0,003$).

Les patientes ont été suivies jusqu'au 45^{ème} jour dans 79 cas soit 71,2% des cas. 22 patientes soit 19,8% n'ont été vues qu'une seule fois.

Le faible taux de suivi est certainement en rapport avec la pratique insuffisante du counseling par les prestataires surtout pendant les périodes de garde.

La pratique systématique du counseling et de la référence quelle que soit la procédure d'évacuation utérine, notamment au cours de la garde où l'unité d'AMIU est fermée, devrait permettre un meilleur suivi et améliorer la prise en charge des avortements à risque.

Notre taux de décès est très élevé par rapport à celui rapporté par KY en 1998 qui trouvait 3,2% de décès maternel par avortement à risque, mais égal à celui de BAZIE qui était de 20% [5,25].

Des taux très variables sont rapportés dans la littérature, ainsi DIALLO en Guinée, DIADHIOU au Sénégal, NGUESSAN en Côte d'Ivoire et BATUPE au Cameroun ont trouvé des taux respectifs de 7%, 7,4%, 26,21% et 37,5% [17,15,34,4]. LEKE [28] n'avait trouvé que 5,6% en 1991.

En Inde les décès par avortement à risque représentent 20 à 30% des décès maternels [13].

Dans notre échantillon, le taux de létalité par avortement à risque est de 10,5% et le taux de létalité globale par avortement est de 2,2%.

KY, BINKIN, NLOME-NZE, DIADHIOU, ILOKI, BAZIE et RAMDE ont respectivement rapporté des taux de létalité par avortement à risque inférieurs au nôtre de 0,7%, 1,8%, 2,3%, 3,7%, 4,98%, 5,06% et 5,9% [25,7,36,15,22,5,46].

Notre taux élevé de létalité par avortement à risque pourrait s'expliquer:

- en partie par le recours tardif aux soins de certaines patientes admises en état de choc septique ou toxi-infectieux avec hépatonéphrite sévère et irréversible (84,7%), conduisant au décès dans les 24 - 48 heures ; les méthodes chimiques provoquant plus de décès que les méthodes physiques ($p < 0,003$).
- par ailleurs, il faut reconnaître l'insuffisance du plateau technique de notre unité de soins intensifs et l'existence de difficultés de coordination avec le service de grande réanimation du CHU-YO.
- enfin la pauvreté endémique fait que beaucoup de décès surviennent avant la mise en route effective d'un réel traitement.

5-7- Satisfaction des patientes

Elles étaient 84,8% à être satisfaites des soins reçus durant leurs séjours hospitaliers. 22 patientes soit 19,8% n'ont pas été revues pour le suivi post-abortum. Les patientes reçues pendant les périodes de garde sont perdues de vue dans 41,9% des cas.

Lors de l'introduction de la prise en charge intégrée, 93,6% des patientes étaient satisfaites des prestations[50] et cela traduit une baisse de la qualité des soins. Des efforts restent donc à faire pour offrir des prestations de meilleure qualité aux femmes.

Les commentaires et suggestions des patientes en vue d'améliorer la qualité des services font ressortir essentiellement:

- Le manque de place et le temps d'attente trop long (50,0%);
- La mauvaise aération de la salle post- AMIU (33,7%);
- Le besoin de plus de compréhension de la part des prestataires (16,7% soit 3 cas).

VI- CONCLUSION

Dans la plupart de nos pays, face aux grossesses non désirées, beaucoup de femmes ont recours aux avortements à risque pratiqués dans des conditions le plus souvent précaires exposant les femmes aux complications et au décès.

Les différentes études menées dans la ville de Ouagadougou depuis 1989, bien que ne reflétant que la partie visible de "l'iceberg" montrent une diminution de la prévalence des avortements à risque de 35,4% à 19,4%.

Les femmes sans emploi rémunéré ($p < 0,0004$), les femmes non mariées ($p = 0,00004$) et les adolescentes constituent la population cible.

L'avortement à risque était incomplet ou en cours dans 96,8%, l'infection et l'hémorragie sont les principales complications. La mortalité liée aux avortements à risque (20%) reste encore élevée (RR = 48,86), et l'auto avortement (27,7%) par agent chimique est plus fréquemment à l'origine des décès.

L'AMIU a été la technique d'évacuation utérine dans 76,6% des cas. La planification familiale est le principal lien de l'unité de SAA avec les autres services de santé de la reproduction.

Notre étude montre une baisse de la qualité des soins avec 19,8% de patientes perdues de vue, la baisse de la pratique du counseling, l'insuffisance du nombre de prestataires formés, l'insuffisance de disponibilité du matériel et des délais d'évacuation utérine dépassant parfois 24 heures. Tout cela entraîne une baisse du taux de satisfaction des patientes de 93,6% en 1998 à 84,2% dans notre étude.

L'augmentation du nombre de prestataires formés en counseling et en référence, une meilleure disponibilité du matériel d'aspiration ainsi que le développement d'un partenariat avec la communauté, permettront d'améliorer la qualité des SAA offerts aux patientes.

VII- RECOMMENDATIONS

Pour améliorer la prise en charge, diminuer la morbidité et la mortalité liées aux avortements à risque au Burkina Faso, nous proposons les recommandations suivantes:

1- Aux prestataires:

- ▶ Pratiquer le counseling systématique lors des soins après avortement, quelque soit la procédure d'évacuation utérine,
- ▶ Améliorer la prise en charge de la douleur pendant la procédure d'AMIU,
- ▶ Référer les patientes vers l'unité de SAA et les autres services de SR

2- A la communauté

- ▶ Abolir les pratiques rétrogrades telles le bannissement des mères célibataires.

3- Aux décideurs:

- ▶ Assurer la formation en accueil, counseling et référence de tous les prestataires de soins.
- ▶ Assurer la disponibilité du matériel d'aspiration pour la prise en charge des avortements.
- ▶ Etoffer le plateau technique de l'unité de soins intensifs et développer une meilleure coordination avec le service de grande réanimation.
- ▶ promouvoir des campagnes sur la planification familiale et les soins après avortement
- ▶ introduire les SAA dans le curriculum de formation de tout agent de santé.
- ▶ Rendre accessibles les SAA au niveau des CMA et des CM.
- ▶ Mener des réflexions sur la légalisation de l'interruption volontaire de grossesse

VIII- BIBLIOGRAPHIE

- 1- AMPOFO D. A.**
The dynamics of induced abortion and the social implication for Ghana.
Ghana Med J, 1970.
- 2- AUPELF- URELEF**
Obstétrique
Paris: Ellipses, 1995:983p.
- 3- BADARA S.**
Les soins après avortements. Etudes de cas mises en œuvres.
Conférence Régionale sur les SAA en Afrique sub- Saharienne et Haïti;
Mars 2002, Dakar, Sénégal, 38 p.
- 4- BATUPE C.**
La mortalité maternelle à l'hôpital de Bamenda, Cameroun- Septembre
1989- Septembre 1993.
Les actes du 3^{ème} congrès de la SAGO, 1994.
- 5- BAZIE A. J., DAO B., KOALGA P. A., BAMBARA M., YARO S.**
Les avortements provoqués clandestins à la maternité du Centre
Hospitalier National Souro Sanou (à propos de 158 cas).
Symposium sur l'avortement en Afrique.
Bobo- Dioulasso, Burkina Faso, Mars 1996.
- 6- BENSON J.**
Providers practices and patients perspectives in an integrated post
abortion care model in Peru. New York: Population Council, January, 19-
21, 1997: 20.
- 7- BINKIN J., BURTON N., TOURE N.**
Women hospitalised for abortion complications in Mali.
International Family Planning perspectives. 1981,10:8-12
- 8- BRAMBILA C., GARCIA C., HEINBURGER A.**
Estimating cost of post abortion services at Aurelio Valdivieso general
hospital, Oaxaca, Mexico. New York: Population Council, January 19-21,
1997: 23.
- 9- BROWNER. C.**
Abortion decision, making some findings from Columbia.
Stud in Fam Plann,1981,12 : 257- 262

10- BURKINA FASO, MINISTERE DE LA JUSTICE

Code pénal du Burkina Faso. Ouagadougou: secrétariat du gouvernement, 1997: 123- 125

11- BURKINA FASO, Ministère de la santé, Direction des études et de la planification.

Annuaire statistique 2001.Ouagadougou, novembre 2002.

12- BURKINA FASO, Ministère de la santé, Direction de la Santé de la Famille.

Introduction du traitement médical d'urgence ainsi que les services et conseils ultérieurs en planification familiale pour les femmes qui souffrent de complications suite à un avortement au Burkina Faso. Ouagadougou décembre 1998.

13- CHATURACHINDA. K., TANGTRAKUL. S., SONGTHAI.S, PLAPRADIT. W., PHANUSOPONE.A. ,BENCHAKHAN. V., CLINTON.J.J.

Abortion an epidemiologic study at Ramathilbooli hospital, Bangkok. Stud in Fam Plann,1981 ; 12: 257-252.

14- CHEVRAN-BRETON O., TOQUET-MACE M., TEKAM S.

Contraception un an après une interruption volontaire de grossesse. Rev FrancGynécol Obstét, 1986, 81, 67-69.

15- DIADHIOU F., FAYE E. O., SANGARE M., DIOUF A., MOREIRA P.

Morbidité et mortalité liées aux avortements provoqués clandestins dans quatre sites de référence Dakarois au Sénégal. UCAD, CGO, CHU Le Dantec et OMS/ HRP; 1995:50p.

16- DIALLO D. F. S., TRAORE M., DIAKITE S., PEROTIN F., DEMBELE F., DIARRA I., DOLO A.

Complications des avortements provoqués illégaux à Bamako (Mali) de Décembre 1997 à Novembre 1998. Cahiers Santé 2000; 10: 243- 247.

17- DIALLO F. B., CAMARA Y., DIALLO A. B., DIALLO T. S. et coll.

Evolution de la mortalité maternelle à Conakry d 1982 à1993. Les actes du 3^{ème} congrès de la SAGO 1994, Yaoundé, Cameroun.

18- DINECHIN O.

Le don de la vie.

Concours Méd, 1987,109, 3799-3805.

19- DJAHAN Y., KOUAKOU P., KOUASSI N.

Les complications immédiates des avortements provoqués clandestins au CHU de bouaké.

6^{ème} congrès de la SAGO, 2000, Ouagadougou, Burkina Faso.

20- DUBAELE M. M.

La responsabilité médico-légale de l'interruption volontaire de grossesse par le R.U. 486.

Journ Méd Lég Droit méd, 1990, 33 : 313- 316.

21- GOSH A., KONE B., LANKOANDE J., TAPSOBA P.

Introducing post abortion care into maternity services in Burkina Faso. New York: Population Council, January 19-21, 1997:31.

22- ILOKI L.H., ZAKOULOLOU- MASSALA A., GBALA- SAPOULOU M. V.

Complications des avortements clandestins: A propos de 221 cas observés au CHU de Brazzaville.

Méd. Afr. Noire 1997: 262-264.

23- I. P.P. F.

Les avortements à risque et la planification familiale post abortum en Afrique, Ile Maurice, 1994.

24- KIZZA A. P. M. , ROGGO K. O.

Assessment of the manual vacuum aspiration in the management of incomplete abortion.

E. Afr. Med. J., 1990; 67:812-822.

25- KY A. Y.

Les avortements dans les maternités de la ville de Ouagadougou. Aspects épidémiologiques et cliniques.

Th de méd, Ouagadougou; FSS, 1998, n°544, 108p.

26- KOLY F.

L'avortement provoqué clandestin: aspects actuels et perspectives à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar.

Th de Méd Université de Dakar, 1991: 117p.

27- LANGER A. and Coll.

Improving post abortion care in public hospital in Oaxaca , Mexico. New York: Population Council, January 19-21, 1997:23.

28- LEKE R., TIKUM N.

Etude prospective de cas d'avortements provoqués clandestins.

Vie et Santé, 1991,7.

29- LOKOSSOU A.

Les soins post abortum facteurs de réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles (à propos de 485 cas d'avortements recensés à la maternité Lagune de Cotonou).

VIème congrès de la SAGO, Ouagadougou, décembre 2000.

30- MARTIN – BLANCHAIS M.P.

Enquête prospective relative aux I.V.G. et aux grossesses chez les jeunes femmes mineures dans le département d' Eure et Loire.

Rev Pédiatr, 1990, 26, 299-305.

31- MERGER R.

Précis d'obstétrique par Lévy, Melchior.

5è édition Paris : Masson, 1993 : 191 – 192.

32- NAPON A.M.

Mortalité maternelle dans l'agglomération de la ville de Ouagadougou de 1990 à 1994.

Th de Méd Ouagadougou : FSS, 1996, 82p.

33- NDOYE K.

Eléments essentiels des soins après avortements. Un modèle élargi et actualisé.

Communication 7ème congrès SAGO 2003 Bamako, Mali.

34- NGUESSAN K.

Les avortements provoqués : Aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique au CHU de Cocody à Abidjan.

Mém CES Gynéco-Obst, Abidjan 2002, 47 p.

35- NGUMA M.A.

Etude multicentrique des déterminants des complications des avortements provoqués à Kinshasa.

6è congrès de la SAGO 2000, Ouagadougou, Burkina Faso.

**36- NLOME – NZE A. R., PICAUD A., MBADINGA A., OGOWET N.,
ENGONGAH – BEKA T.**

Les avortements clandestins à Libreville, véritable problème de santé publique.

Méd. Afr. Noire 1991 ; 38: 223 – 227.

37- OMS.

Complications des avortements. Directives techniques et gestionnaires pour la prévention et le traitement.

Genève : OMS, 1994 : 161.

38- OMS

Prise en charge clinique des complications de l'avortement. Guide pratique.

Genève : OMS, 1997 : 81 p.

39- PACERE T.F.

In L'avortement et la loi, Ouagadougou, Imprimerie Nouvelle du Centre, 1983, p.65

40- PAUL VI.

In : Gaudium et Spes, 51 : Vatican II. Rome. Décembre 1972.

41-Planification Familiale (PF) Santé Maternelle et Infantile (SMI) et problématique démographique en Afrique Subsaharienne.

Quatrième journée du réseau de recherche en santé de la reproduction : Ouagadougou, Mai 1992.

42- PING T., SMITH L.H.

Determinants of induced abortion and their policy implications in four counties in North China.

Studies in Family Planning. 1995 ; 26 : 278-286.

43- POTTS M.

L'avortement dans le monde d'aujourd'hui.

Méd. et Hyg. (Genève), 1988, 33 : 132-133.

44- Population Information Program

Law and policy.

Population Reports, series E, 1976.

45- Population Information Program

Complication of abortion in developing countries
Population Reports, series F, 1980, 7.

46- RAMDE F.

Les avortements clandestins provoqués à propos de cas observés à l'Hôpital Yalgado Ouédraogo.

Th. Méd. Ouagadougou : ESSA, 1989, n°8 : 65 p.

47- ROYSTONE E., ARMSTRONG S.

La prévention des décès maternels.

Genève : OMS : 1990 : 230.

48- SHEARS K. H.

Recul des IVG quand la contraception progresse.

Network en français, 2002; 21: 28-33.

49- SOLO J., OMINDE A.

Creating linkage between incomplete abortion treatment and family planning services in Kenya: What Works Best? New York: Population Council, January 19-21, 1998:22.

50- TAPSOBA A.S.

Les avortements dans les centres hospitaliers nationaux du Burkina Faso: évaluation de l'impact d'une prise en charge intégrée pour le traitement des complications.

Th de Méd Ouagadougou 1999, 83p.

51- THIEBA B., AKOTIONGA M., OUATTARA T., OUEDRAOGO A., LANKOANDE J., KONE B.

Adolescentes et urgences gynéco- obstétricales à ouagadougou.

Journal de la SAGO 2002, 1 : 7-11.

52- TICHA J. M.

Trends and patterns of induced abortion in semi-urban areas in Cameroun; a case study of Tiko and Limbe in Fako Division, South West Province, a clinical and epidemiological appraisal.

Th de méd Yaoundé, 1990-1992.

53- WINKLER J., OLIVERAS E., McINTOSH N.

Soins après avortement. Guide pratique pour améliorer la qualité des soins.

The Post abortion care Consortium, 1995.

54- WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO)

Spontaneous and induced abortion.

Report Services, 1970:461p.

55- YAO D.

Aspects cliniques et thérapeutiques des avortements clandestins compliqués.

Th de Méd, Faculté de médecine Abidjan , 1984, n°601.

56- YUSUF L. ZEIN Z. A.

Abortion at Gondar College hospital, Ethiopia.

E. Afr. Med. J., 2001, 78: 265-268.

ANNEXE

Maternité CHU-YO : Avortement
Fiche d'enquête n°

I- IDENTITE

Nom : Prénoms : Niveau d'études : Non scolarisé
Age : Profession : Elève/Etudiante Primaire
Salariée Secondaire
Commerçante Supérieur
Ménagère et autre Religion : Musulmane
Chrétienne
Animiste
Statut matrimonial : Mariée Célibataire
Monogamie Concubinage Autre
Polygamie

II- ANTECEDENTS

Médicaux : Diabète HTA
Gestion : Parité : Nombre enfants vivants :
Avortements : spontané Provoqué : C A répétition
T
Autres :

III- ASPECTS CLINIQUES

- Age gestationnel :
- Avortement spontané : Oui Non Etiologies :
- Avortement thérapeutique : Oui Non Indications :
- Avortement clandestin : Oui Non
si Oui : Moyens utilisés : Agent physique
Agent chimique
- Complications : Hémorragie
Perforation
Infection Autres :
- Qui a provoqué l'avortement ? Tradipraticien
Agent de santé
Auto avortement
Autre
- Raison(s) évoquée(s) : - Eviter déshonneur
- Refus de l'enfant
- Economique
- Etudes
- Pression du partenaire
- Autres

IV- ASPECTS THERAPEUTIQUES

- Diagnostic pré-thérapeutique :
 - avortement en cours
 - avortement incomplet
 - Perforation
 - Hémopéritoine
 - Infection
 - Toxique
 - Autres :
- Délai 1^{ers} soins :
- Délai évacuation utérine :
- Traitement :
 - médicamenteux :
 - ATB
 - martial
 - Transfusion sanguine quantité :
- Procédure d'évacuation :
 - curage
 - curetage
 - AMIU
- Autres :
- Procédure de contrôle de la douleur :
 - soutien verbal
 - anesthésie locale
 - anesthésie générale
- Résultat anatomo-pathologique :
 - Normal
 - Môle hydatiforme
 - Môle disséquante
 - Choriocarcinome
 - Autre :

V- EVOLUTION

- En cours d'hospitalisation : Favorable Oui Non
- Complication :
 - Hémorragies
 - Infections
 - Anémie
 - Autres :
- Méthode contraception : Oui Non
- A J 15 : Favorable Oui Non
- Complications :
- A J 45 : Favorable Oui Non
- Complications :
- Décès Cause :

Vécu des patientes ayant bénéficié de l'AMIU

1- Etes-vous satisfaite de l'accueil ? oui non

Pourquoi ?

2- Vous a-t-on expliqué la procédure avant ? oui non

3- Douleur ressentie pendant la procédure : anesthésie locale anesthésie
verbale

- Pas de douleur
- Douleur minimale
- Douleur modérée
- Douleur extrême

4- Conseils fournis à la patiente :

- période de fécondité
- retour de fécondité
- Planification familiale

5- Liens avec les autres services de SR

- consultation PF
- Consultation gynéco
 - * Stérilité
 - * I.S.T.
 - * Grossesse molaire
 - * Tumeur
 - * Autre service

6- Appréciation globale des prestations

- Très satisfaite
- Peu satisfaite
- Pas satisfaite

Commentaires/suggestions :

Vu et permis de publier

Président du jury

Dr. JEAN LANKOANDE
Professeur Agrégé de Gynécologie-Obstétrique
Ancien Attaché des Hôpitaux de Tours
C.E.S. de Médecine de Sport
Echographie de la Reproduction
Tél: (226) 33 70 70

Directeur du mémoire


Dr. Michel AKOUIONGA
Professeur Agrégé
Gynécologue-Obstétricien
Chevalier de l'Ordre National
Hopital Yalgado JEDRAJGO
Tél: 01 38 38 Burkina Faso