

BURKINA FASO
Unité - Progrès – Justice
**MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**
UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU (UO)
**UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE
EN SCIENCE DE LA SANTE (UFR/SDS)**
Section Médecine



ANNEE UNIVERSITAIRE: 2010-2011

THESE N° : 243

**ETUDE DE L'EVOLUTION DU TAUX DE LETALITE DES
AVORTEMENTS DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
DU CHU-YO DU 1^{er} JANVIER 2001 AU 31 DECEMBRE 2010.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 29 décembre 2011
pour l'obtention du grade de **DOCTEUR EN MEDECINE** (Diplôme d'état)

Par

OUEDRAOGO Windékouni Abdoul Aziz
né le 16 Mai 1983 à Dédougou (Burkina Faso)

Jury

Directrice de thèse :

Pr. Blandine BONANE/THIEBA

Président du jury :

Pr. Jean LANKOANDE

Co-directeur:

Dr Ali OUEDRAOGO

Membres du jury :

Dr Boubakar TOURE

Dr Ali OUEDRAOGO

Dr Papougnézambo BONKOUNGOU

LISTE DU PERSONNEL
ADMINISTRATIF ET DES
ENSEIGNANTS DE
L'UFR/SDS

DEDICACES

Je dédie ce travail à DIEU le PERE TOUT PUISSANT, le Créateur et Miséricordieux, lui qui nous a permis de conduire à terme ce travail !

A la mémoire de mes grands-parents

OUEDRAOGO Kouka, yaaba SAWADOGO Minata, DJIBO Kalifa: Pour ceux que j'ai vus, mes souvenirs d'enfant restent peuplés de vos gestes de tendresse et d'affection.

Reposez en paix

A mon père

Aucune expression orale ou écrite ne saurait déterminer mon niveau de reconnaissance en votre endroit pour la bonne éducation, la rigueur au travail, l'amour et les soutiens multiformes dont j'ai bénéficié de votre part. Respectueux de votre nom: «MANAGBA», vous aidez toujours votre prochain dans la mesure de vos capacités. Sachez que je veux être digne de vous et transmettre à ma descendance les valeurs que j'ai reçues.

Vous avez toujours voulu voir votre fils embrasser la noble carrière médicale, et sachez que je mettrai tout en œuvre pour toujours respecter vos vœux et désirs pour ne pas vous décevoir. Que Dieu vous bénisse et vous garde.

A ma mère

Femme de cœur, infatigable, votre modestie, votre tendresse et votre amour du prochain sont inégalables.

Vous avez guidé mes pas depuis ma naissance.

Toujours là pour moi, vous m'avez donné un magnifique modèle de labeur et de persévérance; vous êtes une mère exemplaire.

Puisse DIEU vous garder plus longtemps, toujours auprès de nous afin que nous continuions de bénéficier de vos sages conseils, de votre tendresse maternelle et que vous puissiez profiter des fruits de l'arbre que vous aviez si bien arrosé !

A ma belle famille

Je ne saurai comment vous remercier pour tout le soutien, les conseils que j'ai reçu à vos côtés durant mes études. Que l'Eternel, en qui vous croyez vous les rende au centuple

A mes frères et sœurs

Mariam, Fati, Ismaël, Inoussa, Nadège continuons à nous donner la main comme nous l'ont toujours enseigné nos parents.

Ce travail résume ma reconnaissance pour votre soutien indéfectible tout au long de mes études.

Que l'Eternel, le Miséricordieux vous accorde une longue vie et renforce nos liens fraternels.

A ma fiancée : Dibloni Yéri Diane

Cher fiancée, permets moi de te dédier ce modeste travail. Seulement merci de m'avoir soutenu et surtout d'avoir cru en moi pendant ces années d'étude. Compréhensible, consolatrice, conseillère, aimable, tu m'as toujours encouragé dans la recherche du savoir. Nous avons toujours été complices, restons unis pour toujours par la grâce de Dieu.

Puisse le Seigneur bénir nos efforts d'accomplissements communs.

A mon fils : Daniel Israël

Tu as été la dernière sève nourricière qui m'a donnée la force pour achever ce travail.

Pour que tu donnes le meilleur de toi-même, pour faire mieux que moi demain et que tu réalises que je vis pour toi.

Que Jéhovah le TRES-HAUT, t'accorde une longue vie et sa Grace afin que tu sois meilleur que ton père.

Amour paternel!

A ma grand-mère CISSE Mariam

Grande croyante, vous l'êtes; éducatrice vous êtes incomparable.

Trésor inépuisable de sagesse et de bonté, sachez que nous nous référons tous encore à votre sagesse pour le présent et le futur.

Puisse le bon DIEU vous garder encore longtemps, pour vous permettre de rester plus longtemps auprès de nous vos petits fils et de vos arrières petits enfants.

A mes oncles et tantes

En particulier Tonton Diallo Boubacar et son épouse, Tante Paré Assita, pour vos encouragements et soutiens renouvelés pendant ces longues années d'étude, recevez ce travail comme le votre.

A mes cousins et cousines

En particulier Bourama, Fayçal, Mika, Ismael, Madou, Aicha et son mari Dominique, Fatou et Sali.

De près ou de loin, vous avez œuvré à ma réussite. Je vous remercie et souhaite très sincèrement que vous partagiez ma joie aujourd'hui.

A mes ami (es) et frères

Hamed, Abdoul, Harouna, Toré, Telesphore, Ousmane, Anta, Awa, Mical, Arnaud, Serge, Mika, Sami, Madeleine et son mari, Hussein.

Malgré les difficultés j'y suis arrive et cela en partie grâce à vous. Malgré nos occupations diverses on a toujours été là pour se serrer les coudes et cela m'a donné la force morale de réussir mes études car je savais qu'en vous j'ai une épaule sur laquelle m'adosser et je vous suis gré. Que la Grace de l'Eternel continue de vous animer et que ce travail soit aussi le votre.

A mes camarades et promotionnaires

En souvenir des moments difficiles passés ensemble et pour la collaboration fructueuse que nous avons eue pendant toutes ces années d'étude.

Profonde gratitude !

A mes neveux et nièces

Que ce travail soit une référence pour vous et vous amène à persévérer dans vos études respectives.

Je sais que vous pouvez faire mieux que moi.

Courage.

A toutes les femmes décédées suite à un avortement que ce travail puisse contribuer à une prise en charge ultérieure.

A tous ceux qui n'ont été cités :

Mon cœur déborde de reconnaissance pour vous.

REMERCIEMENTS

Au Pr. BONANE épouse THIEBA

Vous avez accepté de nous confier ce travail en mettant à notre disposition les moyens nécessaires pour sa réalisation. Plus qu'un maître, vous êtes une mère attentionnée pour nous. Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

Au Dr OUEDRAOGO Ali

Vous avez accepté avec plaisir et amabilité pour codiriger notre thèse. Vous vous êtes investi pour sa réalisation malgré vos multiples occupations. Veuillez accepter nos sincères remerciements. Que la bénédiction de Dieu vous accompagne!

Au Docteur GOUMBRI Patrice

Pour votre soutien multiforme, les conseils, la confiance dont j'ai bénéficié à vos cotés.

Au Docteur OUEDRAOGO Yaya

Pour ton aide pour la saisie et l'analyse des données

A Tonton GOH Gilbert et son épouse

Pour votre soutien et votre guide pour le choix de mon thème.

A mes amis de toujours

Hamed, Abdoul, Grégoire.

L'amitié est un joyau dont le cœur est l'éclat. Parfois une sincère amitié vaut mieux qu'une parenté.

A mes promotionnaires:

Pour tout le temps passé ensemble. Bonne continuation à ceux qui nourrissent d'autres ambitions et restons solidaires.

A tous ceux qui d'une manière ou d'une autre ont contribué à la réalisation de ce travail, mon cœur déborde de reconnaissance pour vous.

HOMMAGE A NOS
MAITRES ET JUGES

A notre Maître et Président du jury, le Pr Jean LANKOANDE,
Professeur titulaire en gynécologie et obstétrique à l'UFR/SDS
Chef de service du service de gynécologie et d'obstétrique au CHU-YO
Coordonnateur du DES de gynécologie obstétrique
Chef du département de gynécologie et obstétrique à l'UFR/SDS
Officier de l'ordre national.

Cher maître,

Nous vous sommes très reconnaissant d'avoir accepté et ce malgré vos innombrables tâches, de présider ce jury de thèse. Cela nous touche énormément et humblement nous vous disons merci.

Nous avons eu l'immense honneur de bénéficier de vos enseignements théoriques et pratiques au cours de notre formation. Vous nous avez toujours impressionné par la clarté et l'aisance avec laquelle vous savez transmettre votre savoir. Votre grande simplicité et votre modestie font de vous un homme admiré et respecté de tous.

Présider ce jury de thèse est un grand privilège que vous nous faites et nous vous en sommes reconnaissant.

Trouvez ici, cher maître, notre profond respect et toute notre gratitude.

Que Dieu vous comble de ses bénédictions au-delà de vos attentes.

*A notre Maître et Directrice de thèse, le Pr Blandine BONANE /
THIEBA,*

Professeur titulaire en gynécologie et obstétrique,

Gynécologue Obstétricienne au CHU-YO,

**Directrice Exécutive de la Société de Gynécologues et obstétriciens du
Burkina (SOGOB);**

Coordonatrice Nationale de l'Alliance du Ruban Blanc (ARB),

Chevalier de l'Ordre National,

Cher maître,

Nous sommes sensibles à l'honneur et au privilège que vous nous avez accordé en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Nous avons été émerveillés par votre grande simplicité, votre rigueur dans le travail et vos connaissances scientifiques. Grace à votre sens très aigu des relations humaines, le service de gynécologie-obstétrique était devenu notre seconde demeure.

Nous vous sommes redevable pour l'estime porté à notre modeste personne pour la réalisation de ce travail qui est pourtant digne d'un grand intérêt pour vous.

Nous demandons votre indulgence s'il est resté en deçà de vos attentes.

Puissiez-vous rester cette source immense de connaissances et de valeurs à laquelle nous nous abreuvons avec délectation.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

Que Dieu vous comble avec votre famille de multiples Grâces.

A notre Maître et Juge, le Docteur Boubakar TOURE,
Maître-assistant en gynécologie et obstétrique à l'UFR/SDS de
l'Université de Ouagadougou,
Ancien interne des hôpitaux d'Abidjan,
Gynécologue-obstétricien au CHU-YO.

Cher maître,

En dépit de vos multiples occupations vous avez accepté, sans hésiter de siéger dans ce jury et de juger ce travail.

Nous avons bénéficié de vos enseignements en quatrième année de médecine et de votre encadrement au cours de notre stage pratique au CHU-YO.

Votre simplicité et votre disponibilité, vos connaissances ainsi que votre ardeur au travail, ne cessent de nous émerveiller.

Permettez nous de vous témoigner ici notre gratitude et notre profond respect.

Qu'Allah le tout miséricordieux vous comble d'avantage de riches bénédictions et vous donne de relever tous vos défis.

A notre Maître et Juge, le Docteur Ali OUEDRAOGO

Maître assistant en gynécologie-obstétrique à l'UFR/SDS

Gynécologue obstétricien au CHU-YO

Ancien interne des hôpitaux de Ouagadougou

Cher maître,

C'est un immense honneur que vous nous faites en acceptant de codiriger notre travail.

Nous avons été émerveillés par vos qualités humaines, votre discrétion et votre rigueur scientifique nous exhortent à rechercher l'excellence.

Votre aimable simplicité, votre courtoisie et votre souci de transmettre aux autres vos connaissances font qu'il est agréable de travailler à vos côtés.

La rigueur, l'assiduité, l'ardeur au travail et la recherche permanente du bien-être de vos patientes sont autant de qualités humaines que vous cultivez chaque jour chez la jeune génération.

Permettez-nous de vous exprimer notre profonde gratitude et notre respectueux attachement.

Qu'Allah le tout Miséricordieux, vous surabonde de grâces et vous guide dans toutes vos activités

A notre Maitre et Juge, le Dr Papougnézambo BONKOUNGOU

Assistant en anesthésie-réanimation à l'UFR/SDS

Anesthésiste réanimateur au CHU-YO.

Participant à la formation des attachés de santé en anesthésie-réanimation de l'ENSP.

Cher Maitre,

Nous avons été surpris par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury pour juger ce travail, malgré vos multiples occupations.

L'amour et la rigueur au travail, votre simplicité et votre amabilité font de vous un grand maitre.

Permettez nous d'exprimer notre profonde gratitude et notre grande considération à votre égard.

Que le Seigneur, le Tout-puissant vous protège et vous garde vous et votre famille.

« Par délibération, l'Unité de Formation et de Recherche en sciences De la Santé a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation »

Liste des tableaux

Tableaux	Titres	Pages
I	Répartition des patientes selon l'âge.....	48
II	Répartition des patientes selon la résidence.....	51
III	Répartition des patientes selon le nombre de grossesse.....	52
IV	Répartition des patientes selon le nombre de pares.....	53
V	Répartition des patientes selon la contraception.....	54
VI	Répartition des patientes selon l'âge gestationnel.....	56
VII	Répartition des patientes selon la méthode abortive utilisée.....	57
VIII	Répartition des patientes selon les complications à l'admission.....	58
IX	Répartition des étiologies de décès par avortement.....	59
X	Répartition des facteurs contributifs.....	60
XI	Evolution du taux de létalité des admissions et des décès annuels par type d'avortement.....	62

Liste des figures

Figures	Titres	Pages
1	Répartition annuelle des avortements et accouchements de 2001 à 2010.....	47
2	Répartition des patientes selon la profession....	49
3	Répartition des patientes selon la situation matrimoniale.....	50
4	Evolution du taux de létalité de 2001 à 2010....	62

SIGLES ET ABREVIATIONS

AG:	Age Gestationnel
AMIU	Aspiration Manuel Intra-Utérine
APC	Avortement Provoqué Clandestin
BF	Burkina Faso
CHN/YO	Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHU-YO	Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo
CMA	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CSPS	Centre de Santé et Promotion Sociale
DEP	Direction des Etudes et de la Planification
DS	Différence Significative
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCI	Prise en Charge Intégrée
PF	Planification Familiale
PI	Prévention des Infections
PIB	Produit Intérieur Brut
PTME/VIH	Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH
RCI	République de Cote d'Ivoire
SA	Semaines d'Aménorrhée
SAA	Soins Après Avortement
SAT-VAT	Sérum Antitétanique et Vaccin Antitétanique
SR	Santé de Reproduction
TV	Toucher Vaginal
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WHO	World Health Organization

Table des matières

Première partie: Généralités.....	1
1. Introduction.....	2
2. Définition.....	5
3. Avortement à travers les âges.....	7
4. Epidémiologie.....	11
5. Etude clinique.....	15
6. Traitement.....	22
Deuxième partie : Notre étude.....	36
1. Objectif.....	37
1.1. Objectif général.....	38
1.2. Objectifs spécifiques.....	38
2. Méthodologie.....	39
2.1. Cadre de l'étude.....	40
2.2. Méthodes et matériels d'étude	43
2.2.1. Type et période d'étude.....	43
2.2.2. Echantillonnage.....	43
2.2.3. Collecte des données.....	44
2.2.4. Quelques définitions opérationnelles.....	44
2.2.5. Saisie et analyse des données.....	45
2.2.6. Considérations éthiques.....	45
3. Résultats.....	46
3.1. Fréquences.....	47
3.2. Place de l'avortement dans les décès maternels.....	48
3.3. Caractéristiques sociodémographiques.....	48
3.4. Aspects cliniques.....	55
3.5. Mortalité par avortement.....	59
4. Commentaires et discussions.....	64
4.1. Limites et contraintes.....	65
4.2. Fréquences.....	65
4.3. Caractéristiques sociodémographiques.....	67
4.4. Profil des femmes victimes de létalité.....	69
4.5. Décès maternels par avortement.....	75
5. Conclusion.....	81
6. Suggestions.....	83
7. Références bibliographiques.....	85
8. Annexes.....	94

PREMIERE PARTIE :
GENERALITE

1. Introduction et énoncé du problème

L'avortement constitue un problème de santé publique par sa fréquence et la gravité de ses complications. En effet selon l'OMS, 585.000 décès surviennent chaque année dans le monde dont 99 % dans les pays en développement [49]. Cette mortalité maternelle est estimée à 430 pour 100.000 naissances vivantes dans le monde [49].

L'avortement constitue une des principales causes de cette mortalité maternelle puisque 20 millions d'avortements à risque ont lieu chaque année dans le monde et sont responsables de 70.000 décès maternels annuels [63]. De plus, un décès sur 8 lié à la grossesse est dû à l'avortement provoqué clandestin [63].

En Afrique, 3,22 millions d'avortements ont lieu chaque année et seraient responsables de 21.000 décès maternels [30]. Effectivement le taux de mortalité liée aux avortements provoqués clandestins en Afrique serait de 83 pour 100.000 naissances vivantes [63]. De nombreuses études africaines ont montré que la mortalité par avortement persistait et avec comme corollaires de nombreuses pertes tragiques en vie humaines. Ainsi une étude réalisée dans les hôpitaux de Dakar au Sénégal, a montré que le taux de mortalité par avortement était de 7,4 % dont 3,5 % par avortement provoqué clandestin [56]. Au Mali, ce taux de mortalité par avortement était de 4 % [10]. A la clinique gynécologique de Cotonou, les avortements provoqués constituaient la deuxième cause de mortalité maternelle par hémorragie [2]. A l'hôpital provincial de Bamenda au Cameroun, les avortements en général provoqués constituaient la principale cause de décès maternels (37,3 %) [8] et en Guinée, il atteignait 54% des décès maternels [60]. Au Kenya, cette mortalité maternelle atteignait 22,2 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes [54]. Il a été démontré que la mortalité maternelle par avortement provoqué était 55 fois plus élevée que la proportion de 130 pour 100.000 cas à la maternité de l'hôpital central de Yaoundé [36].

Au Burkina Faso, 28 % de ces décès sont liés aux complications de l'avortement provoqué [24]. Une étude hospitalière avait montré qu'une femme était admise toutes les 48 heures pour avortement provoqué et que le taux de mortalité maternelle par avortement provoqué clandestin était de 5,9 % [52], chiffre qui était voisin de celui de Bazié [9] et ses collaborateurs à Bobo-Dioulasso.

Ceci ne constitue que la partie visible de l'iceberg, car le problème lié à l'avortement reste encore profond étant donné que beaucoup de femmes victimes de cette pratique ne se présentent pas toutes dans une formation sanitaire.

La létalité des avortements constitue le risque pour un avortement d'entraîner le décès maternel.

La proportion élevée de décès maternel lié à l'avortement clandestin, est due à des complications diverses qui sont dominées précocement par l'hémorragie grave, l'anémie, l'infection; à moyen terme par les thrombophlébites, les infections ovulaires; et à long terme par l'infertilité, les avortements à répétition, les complications neuropsychiques. Les raisons de l'avortement clandestin sont liées à de nombreux facteurs dont les conditions socio-économiques défavorables, ainsi que des croyances, raisons morales et certaines considérations de la société.

La nécessité de la prise en charge des avortements au Burkina Faso a conduit le Ministère de la Santé avec l'appui de Population Council, le JHPIEGO et IPAS à élaborer des stratégies telle la mise en place de services des soins après avortement (SAA).

Malgré la mise en œuvre des SAA, et l'amélioration de l'accès au service de planification familiale (PF), les décès liés à l'avortement sont encore fréquent dans les pays en développement.

Au Burkina Faso, des efforts ont été menés pour l'amélioration de l'accessibilité au SAA de qualité. Une étude antérieure effectuée en 2010, avait permis de faire un bilan de onze (11) années de service de SAA à la maternité du CHU-YO ;

cette étude avait pris en compte les aspects cliniques et la prise en charge. Notre étude se propose d'évaluer l'évolution du taux de létalité des avortements sur dix (10) ans afin de vérifier l'impact des soins sur le pronostic de l'avortement au CHU-YO.

2. Définitions

❖ Avortement

Le terme avortement provient de la racine latine *abortus* ou *abortio* qui signifie expulsion d'un produit de conception avant qu'il ne soit viable. C'est l'interruption de la grossesse avec expulsion du produit de conception avant 180 jours d'aménorrhée (soit 28 SA) date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé pouvoir se développer et vivre jusqu'à un âge avancé [50].

Selon l'OMS: l'avortement est l'expulsion d'un produit de conception de moins de 22 SA à compter du premier 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. [57]

Selon le mécanisme de survenu, on distingue deux types d'avortements:

➤ L'avortement spontané

L'avortement spontané survient de lui - même en dehors de toute entreprise locale ou générale volontaire, il constitue l'issue d'environ 10 % des grossesses.

En effet, la nature dispose de son propre mécanisme de régulation et beaucoup de fœtus et d'embryons porteurs d'anomalies incompatibles avec la vie sont spontanément avortés [26, 62, 64].

➤ L'avortement provoqué

Il survient après des manœuvres ou entreprises destinées à interrompre la grossesse. Il est classique de distinguer:

- L'avortement provoqué clandestin:

L'avortement provoqué est dit clandestin lorsque:

-Il est autorisé par la législation en vigueur dans le pays mais pratiqué par des personnes non qualifiées à cet effet ;

-Il est effectué alors qu'il n'est pas autorisé par la législation en vigueur dans le pays: dans ce cas il est aussi appelé avortement criminel ;

- L'avortement thérapeutique

Il s'agit d'un avortement provoqué réalisé dans le but de soustraire la vie de la mère à un danger potentiel que la grossesse est censée lui faire courir. Il est décidé lorsque l'évolution de la grossesse met en danger la vie de la mère ;

- L'avortement eugénique

C'est un avortement provoqué réalisé lorsque le fœtus est porteur d'une tare génétique ou héréditaire incompatible avec la vie, ou suspecté de l'être;

- Les avortements sociaux

Les avortements sociaux sont réalisés lorsqu'il existe une raison sociale grave: viol, inceste.

Selon l'âge gestationnel, les avortements se distinguent en:

➤ **Avortement précoce**

Il survient au cours du premier trimestre de grossesse avant la 12^{ème} semaine d'aménorrhée;

➤ **Avortement tardif**

Il survient au cours du deuxième trimestre de grossesse [4]. C'est l'expulsion du produit de conception entre la 12^{ème} et la 28^{ème} SA (entre 3 mois et 6 mois).

❖ **Létalité**

La létalité d'une affection constitue le risque pour cette maladie d'entraîner le décès maternel.

Le taux de létalité des avortements se définit comme le rapport des patientes décédées d'avortement sur l'ensemble des femmes ayant présenté un avortement.

3. L'avortement à travers les âges

3 – 1. L'avortement spontané

Délimiter l'âge à partir duquel est adoptée la terminologie avortement constitue un élément qui a longtemps été au centre des polémiques:

A Netter et H. Rozenbaum écrivaient que pour de nombreuses sociétés, la signification du mot avortement n'était pas la même que celle que nous lui attribuons actuellement [45].

Selon les mêmes auteurs, les Hittites (deuxième millénaire avant J - C), considéraient que seul l'embryon viable est considéré comme vivant, c'est - à - dire à partir du sixième mois.

Pour Aristote (384 - 322 avant J - C), «le fœtus prend qualité d'être humain lorsqu'il remue dans le ventre vers le quarantième jour pour un garçon, vers le quatre - vingt - dixième jour pour une fille».

Hippocrate (460 - 377 avant JC), considérait que le terme d'embryon ne convenait qu'au «fœtus animé». Plus tard, Souranos (98 - 138 avant JC) écrivait dans *Gynaecia*... «Il se produit tantôt un efflux, tantôt un accouchement prématuré». Selon cet auteur, un efflux serait une expulsion de semence (sperme) un, deux ou trois jours après les rapports; un avortement, la destruction de l'embryon au deuxième ou troisième mois et un accouchement prématuré, la mise au monde d'un embryon tout près du terme, mais avant le moment opportun. Il ajoute « dans les premiers temps, lorsque le produit est encore informe, il n'ya conception que de semence (ou susception)... ». «La susception est le voyage du sperme vers le fond de la matrice, tandis que la conception est, à l'issue de ce voyage, la rétention et la fixation... Conception se dit aussi de l'embryon » [45].

3 – 2. Avortement provoqué

L'avortement provoqué n'est pas l'apanage des sociétés modernes: à travers l'histoire, il a depuis des temps reculés été au centre des préoccupations des

hommes. Selon les considérations politiques, religieuses, scientifiques économiques ou sociologiques, les opinions accusaient divers points de divergences.

Les habitudes abortives à travers l'histoire étaient fortement corrélées à l'état de connaissances de la biologie humaine aux différentes époques.

Les médecins de l'antiquité considéraient comme contraceptif tout procédé applicable avant la conception du fœtus, "c'est - à - dire pratiquement avant le troisième mois de grossesse ". [45]

Les premiers textes sur l'avortement provoqué datent du troisième millénaire avant notre ère. Il s'agit des écrits de l'empereur chinois Shen Nung (2737 - 2696 avant J - C) dans lesquels il décrivait une recette abortive et prescrivait l'infanticide des nouveaux nés de sexe féminin, ceci, dans le but de contrôler les naissances au sein d'une société qui accusait une explosion démographique.

Selon le Docteur Meyer, l'avortement thérapeutique chez les Hébreux était tout à fait autorisé, voire, même recommandé jusqu'au 40^{ème} jour de conception. L'avortement provoqué n'était ni interdit, ni réprimé. [41]

Le Docteur Meyer poursuit en ces termes: «l'avortement était qualifié d'acte anodin et était monnaie courante dans la Grèce et la Rome antique».

«D'un point de vue moral, l'avortement provoqué n'est censuré ni par les médecins, ni par les jugements des philosophes, ni par la rigueur de la loi ».

«Au moyen âge, la médecine était l'apanage des gens d'Eglise. A cette époque, l'avortement provoqué était surtout pratiqué par les prostituées . L'avortement provoqué et l'infanticide étaient les seuls moyens de contrôle des naissances ».

Platon (400 avant J - C) avait recommandé l'avortement provoqué aux femmes dont l'âge était supérieur à 40 ans et Aristote proposait l'avortement provoqué pour limiter la taille de la famille [22].

Pour Socrate (382 - 322 avant J - C), «la mère est la maitresse de toutes les parties de son corps. Elle peut dans ce cas se faire amputer une jambe, comme se faire avorter ». [52]

Que pensait l'un des pères de la médecine moderne, Hippocrate ? Il écrit "Dans de la nature de l'enfant":

«Chez une femme de mes connaissances, était une baladine fort prisée qui avait un commerce avec les hommes et ne devait pas devenir enceinte pour ne pas perdre son prix. Un jour elle s'aperçut que la semence ne sortait pas... Ainsi informé, je lui ordonnai de sauter de manière à ce que les talons touchassent les fesses. Elle avait déjà sauté sept fois, lorsque la semence tomba à terre en faisant du bruit ».

Pour Hippocrate, ses préparations médicales ont pour but de «détruire et de chasser le fœtus qui ne bouge pas » ou «amener les règles et tirer le fœtus à demi - formé », car selon lui le terme embryon ne convient qu'au fœtus animé. Ainsi, lorsque dans son serment il écrit: je ne donnerai à personne, même sur sa demande un médicament mortel, ni ne donnerai de conseils en ce sens de la même façon je ne donnerai à aucune femme de pessaire abortif », il considérait qu'avant la date d'apparition des mouvements actifs du fœtus (embryon = fœtus animé), il n'y avait pas d'avortement mais plutôt une effluxion ou expulsion (*ekbolion* = expulsion par la femme de la semence retenue en elle). L'expulsion ne résulterait pas alors d'une médication mais au contraire une agitation violente du corps, comme sauter, par exemple [45].

Enfin, Souranos (98 - 138 avant J - C) d'abord, puis Saint Augustin et Saint - Jérôme (IVème siècle) pensaient que: « les semences prennent forme graduellement dans l'utérus et il n'ya pas d'homicide tant que les divers éléments n'ont pas reçu leurs apparences et leurs membres ».

Au XIXème siècle face à l'explosion démographique, naquit- le "Malthusianisme". Du nom de son auteur Malthus, cette doctrine encourageait

l'infanticide, l'avortement et la limitation des grossesses pour le contrôle des naissances.

Mais dès 1810 le Code Napoléon, en France prévoyait des peines de cinq à dix ans pour les femmes qui se faisaient avorter et pour les avorteurs.

Au XXème siècle, dans les pays développés les mentalités sur l'avortement provoqué ont évolué vers une tendance à la libéralisation de cette pratique, et ceci compte tenu de plusieurs facteurs:

- la morbi - mortalité sans cesse croissante des avortements provoqués clandestins ;
- l'évolution croissante des découvertes de la biologie et des sciences médicales (découverte du RU 486 par les laboratoires ROUSSEL, introduction de la technique d'aspiration intra - utérine avec la sonde de KARMAN) ;
- la naissance d'associations revendiquant le droit à l'avortement provoqué (Mouvement de libération de la femme en France en 1973) ;
- le nombre croissant "d'avorteurs criminels" recrutant leur clientèle par le biais de la publicité (cas du Docteur SEA et de Madame CARSON aux Etats Unis, et ce, malgré une politique pro nataliste des Etats Unis avec des lois répressives, même sur la planification familiale).

Ainsi l'URSS fut le premier pays à adopter la libéralisation de l'avortement provoqué et l'exemple fut suivi en Allemagne en 1968. Plus tard les pays de l'Europe du nord libéralisèrent l'avortement provoqué. L'ensemble des Etats Unis d'Amérique ne connaîtra cette libéralisation qu'en 1973.

Par contre, la quasi - totalité des pays de l'Afrique francophone subsaharienne a conservé comme héritage de la colonisation la loi répressive du 31/ 07/ 1920. Dès 1972, la Zambie adopta la libéralisation de l'avortement. Elle fut suivie par d'autres pays d'Afrique comme la Tunisie, le Ghana, le Nigeria et le Kenya.

Les principales religions révélées, en l'occurrence, l'islam et le christianisme prohibent l'avortement provoqué, avec cependant quelques exceptions pour la première qui l'autorise dans deux circonstances particulières:

- Lorsque la vie ou la santé de la mère est en danger ;
- En cas de malformation fœtale ou de tare indélébile [65].

4. Epidémiologie

Dans le monde en 2003 environ une grossesse sur 4 était interrompue volontairement. Cela représentait environ 40 millions d'avortements dans l'année. [29]

Dans une majorité des pays la loi n'autorise l'avortement que dans certaines conditions:

- ❖ Lorsque la vie de la mère est menacée 98 %.
- ❖ Lorsque il y' a un risque pour la santé physique et mentale de la mère ou de l'enfant.
- ❖ Seuls 56 pays soit 28 % permettent les interruptions non motivées.

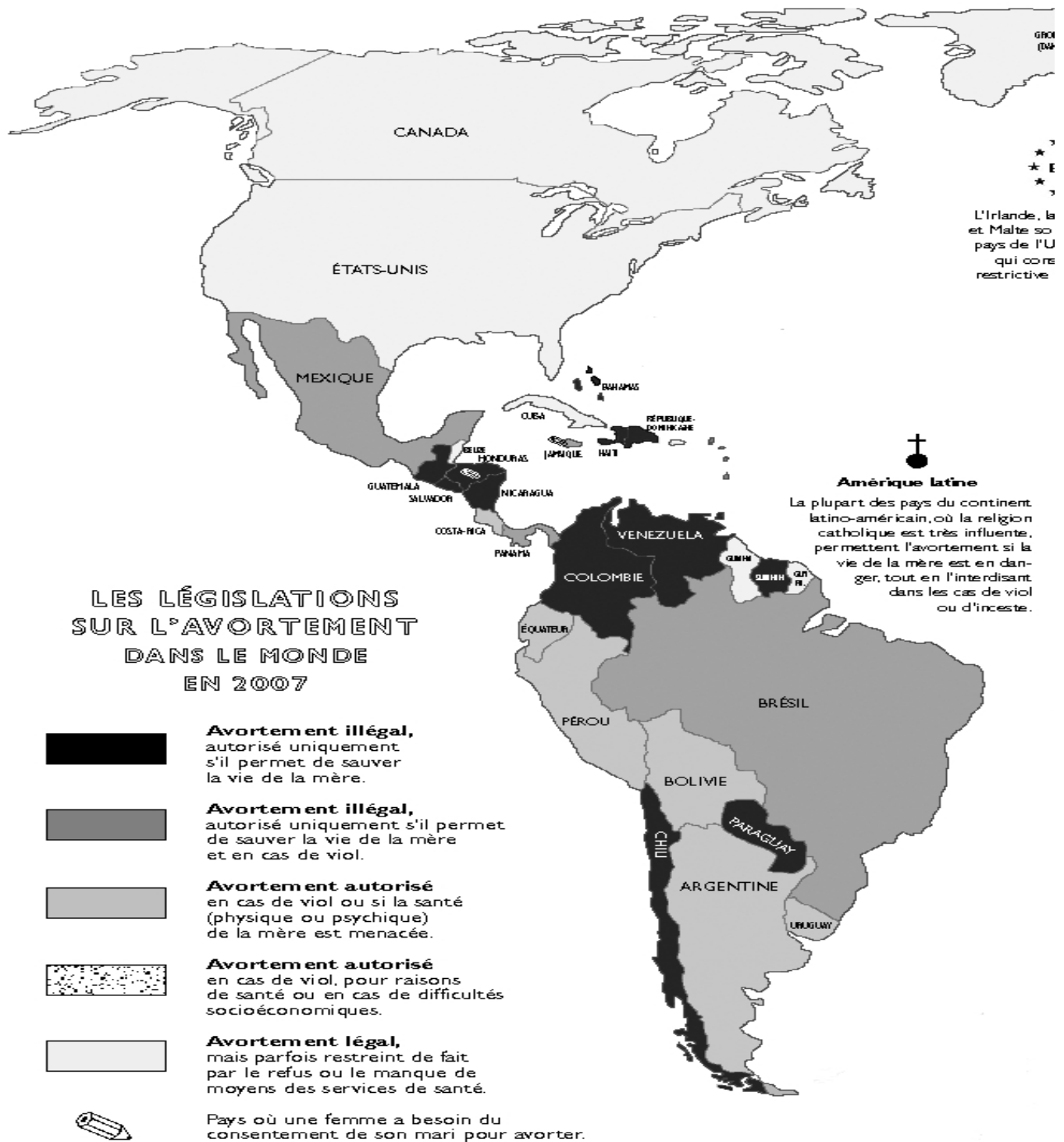
Le taux d'avortement est à peu près similaire d'un continent à l'autre: On estimait en 2003, que pour mille femmes d'âge fécond, il y'avait 31 en Amérique du sud, 29 en Afrique et en Asie, 28 en Europe, 21 en Amérique du nord, 17 en Océanie. [29]

Mais ce taux diffère d'un pays à l'autre, et ce dans un même continent. Ainsi en 2007, on notait dans certains pays d'Europe comme l'Italie et la Belgique respectivement 126562 et 18705 avortements. En Océanie on notait dans cette même période 18380 avortements en Nouvelle Zélande contre 90000 en Australie.







De tous les pays du monde, la Russie reste l'Etat où on avorte le plus avec un ratio estimé à 105 avortements pour 100 naissances. Elle est suivie de la Chine où le nombre d'avortement est estimé à 13 millions par an.

En 2005, l'OMS notait 20 millions d'avortements provoqués clandestins dans le monde avec 70000 femmes qui décédaient des suites de complications. [28]

Au Burkina Faso 20 à 28 % des décès maternels sont liés à des avortements provoqués. [23]

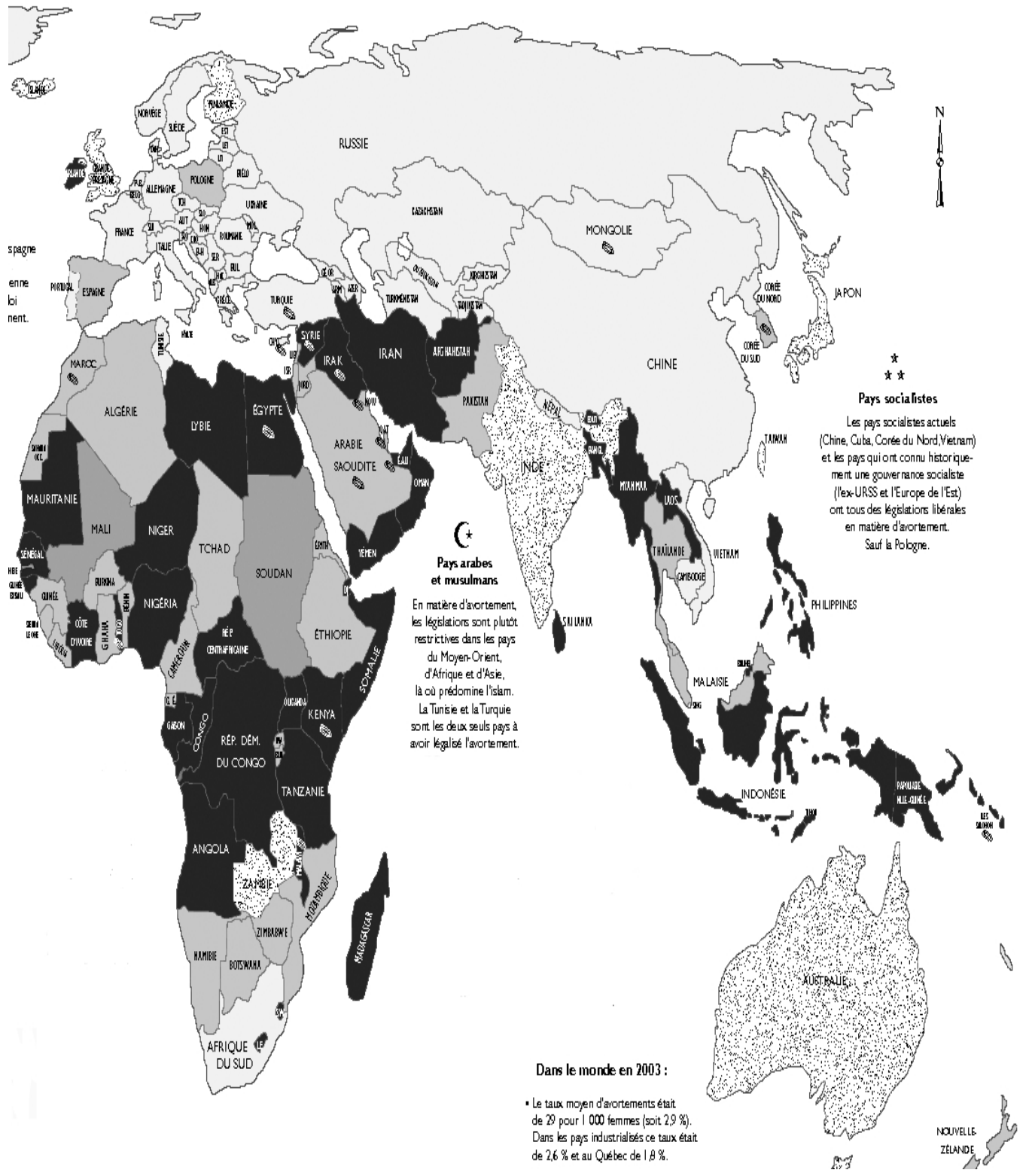


**LES LÉGISLATIONS
SUR L'AVORTEMENT
DANS LE MONDE
EN 2007**

-  **Avortement illégal,**
autorisé uniquement
s'il permet de sauver
la vie de la mère.
-  **Avortement illégal,**
autorisé uniquement s'il permet
de sauver la vie de la mère
et en cas de viol.
-  **Avortement autorisé**
en cas de viol ou si la santé
(physique ou psychique)
de la mère est menacée.
-  **Avortement autorisé**
en cas de viol, pour raisons
de santé ou en cas de difficultés
socioéconomiques.
-  **Avortement légal,**
mais parfois restreint de fait
par le refus ou le manque de
moyens des services de santé.
-  **Pays où une femme a besoin du**
consentement de son mari pour avorter.

CARTOGRAPHIE : LUCIANO BENVENUTO

Législation sur l'avortement dans le monde [29]



Législations sur l'avortement dans le monde en 2007 [29]

5. Etude clinique

5 – 1. Avortements spontanés

5 - 1 – 1. Menace d'avortement

❖ Signes fonctionnels

Ils sont caractérisés par de petites métrorragies, parfois minimes indolores, tantôt de sang rouge, tantôt de sang noir, tantôt rosé mêlées à de sérosité, toujours répétées.

La femme peut se plaindre de discrètes douleurs à type de contractions utérines.

❖ Signes physiques [39]

L'examen au spéculum montre un saignement d'origine endométriale.

Au toucher vaginal, le col reste long et fermé, la région isthmique est normale, l'utérus est globuleux, gravide, le volume en rapport avec l'âge théorique de la grossesse.

Il faut compléter cet examen par une échographie.

5 - 1 – 2. Avortement en cours

❖ Définition

C'est l'interruption de grossesse proprement dit; autrement dit il s'agit dans ce cas d'un avortement inéluctable.

❖ Signes fonctionnels

Ils sont annoncés par l'importance de pertes sanguines et par l'apparition de douleurs pelviennes ou par leur augmentation en fréquence, en intensité et en régularité.

❖ **Signes physiques [39]**

A l'examen, le col est ouvert, de longueur variable ; la partie basse de l'utérus évasée est distendue par l'œuf.

A ce stade, l'évolution se fait vers l'expulsion de l'œuf en un temps au cours des deux premiers mois de la grossesse ou en deux temps pour les grossesses de 3 - 4 mois expulsion du fœtus; puis du placenta.

5 – 2. Avortement provoqué

En cas d'avortement provoqué, essentiellement par manœuvres endoutérine et cervico - vaginale, il s'y associe des lésions vaginales et/ ou extra - vaginales: ceci pose le problème essentiel de la prise en charge des complications des avortements provoqués alors qu'au niveau des avortements spontanés le problème est surtout celui du diagnostic étiologique [4].

5 – 3. Autres formes d'avortements [39]

❖ **Avortement incomplet**

Cliniquement, l'utérus est plus petit que l'âge de la grossesse ne le laisserait penser, le canal cervical est entrouvert, avec un saignement mêlé de débris tissulaire. L'examen échographique montre des débris ovulaires (ou placentaires) selon l'âge de la grossesse.

❖ **Avortement complet**

L'utérus est encore légèrement agrandi, bien rétracté. Le saignement se réduit et le col en cours de fermeture ou fermé.

On ne peut souvent affirmer cliniquement le diagnostic que par des examens répétés.

En cas de doute, le recours à l'échographie permet de mettre en évidence un utérus vide ne contenant ni sac ni débris intra - utérins.

5 – 4. Complications des avortements

Certaines complications sont spécifiques aux avortements spontanés et d'autres aux avortements provoqués. On distingue les complications immédiates précoces, les complications secondaires et les complications tardives [64, 39, 40].

❖ Complications immédiates ou précoces

La mort par réflexe cervico-bulbaire : accident paroxystique, imprévisible souvent mortel et ne survenant qu'en cas d'avortement provoqué par manœuvre intra-cervicale.

L'hémorragie qui peut entraîner une anémie aiguë lorsqu'elle est abondante et peut alors entraîner un choc hypovolémique.

La rétention ovulaire partielle ou totale.

La perforation utérine qui est source d'hémorragies et d'infections locales pouvant se généraliser, avec ou sans perforation des organes de voisinage.

❖ Complications secondaires

Elles sont surtout infectieuses, on distingue :

Les complications locales : l'endométrite; la pyrométrie

Les complications locorégionales : la salpingite, la pelvipéritonite, l'abcès du douglas voire la péritonite, le phlegmon des ligaments larges et de la gaine hypogastrique ; la thrombophlébite intracrânienne.

Les complications générales : le tétanos et la septicémie sont presque toujours mortels en raison de la responsabilité quasi constante du *C. perfringens*. L'insuffisance rénale aiguë et l'hépatonéphrite (toxique et/ou infectieuse), la phlébite et la thrombophlébite sont également des complications générales.

❖ *Complications tardives*

Elles sont gynécologiques, obstétricales et neurologiques ;

Les complications gynéco-obstétricales mettent en jeu le pronostic obstétrical de la femme :

- L'hypofertilité
- La stérilité
- Les avortements ou les accouchements prématurés à répétition par synéchies utérines ou béance cervico-isthmique
- La grossesse extra utérine(GEU)
- Le placenta accreta ou le placenta prævia
- La rupture utérine pendant la grossesse et au cours du travail
- L'hémorragie de la délivrance
- Les algies pelviennes chroniques

Les séquelles neuropsychiques sont : la névrose dépressive, le complexe de culpabilité et d'indignité.

5 - 5 . Etiologies des avortements

5 - 5 – 1. Avortements spontanés

❖ **Causes maternelles:**

➤ Générales:

Elles sont essentiellement représentées par les maladies hypertensives, rénales, cardiaques, carencielles, endocriniennes et immunologiques (incompatibilité materno-fœtale dans le système rhésus...)

➤ Causes infectieuses

Au cours de l'infection l'avortement peut survenir selon deux mécanismes:

- ✓ L'hyperthermie qui déclenche les contractions utérines provoquant un décollement de l'œuf ;
- ✓ La traversée du placenta par les agents pathogènes.

Ces infections peuvent être:

- ✓ Bactériennes: syphilis, les infections urinaires surtout à E. Coli, la listériose, la rickettsiose, les infections à chlamydiae et à mycoplasme.
- ✓ Parasitaires: paludisme, toxoplasmose.
- ✓ Virales: toutes les viroses.
- Les causes toxiques
Le tabagisme, l'alcoolisme, les radiations ionisantes.
- Les causes utérines
 - ✓ Les malformations (utérus bicorne, utérus unicorne, utérus cloisonné, hypoplasies utérines) ;
 - ✓ Les tumeurs en particulier les myomes ;
 - ✓ Les malpositions utérines en particulier retro - déviation de l'utérus ;
 - ✓ Les synéchies utérines ;
 - ✓ Les béances cervico - isthmiques
- Les causes traumatiques

Les traumatismes abdomino-pelviens violents sont de causes rares d'avortement avant la dixième semaine en raison de la situation pelvienne de l'utérus.

- Les causes génétiques

Les causes génétiques sont rares et sont responsables d'avortements précoces (encore 2 % des avortements précoces) et essentiellement représentées par les translocations équilibrées et les versions épi centriques [12; 48].

❖ Les causes ovulaires [12; 48]

Les causes ovulaires sont essentiellement représentées par les aberrations chromosomiques:

- De nombre: monosomie, trisomie, triploïdie, tétraploïdie ;
- De structure: translocations, chromosome en anneau, mosaïque.

Ces causes comprennent également la mole hydatiforme, les anomalies de greffe de l'œuf, les grossesses multiples.

5 - 5 – 2. Avortements provoqués

Les APC constituent souvent une solution de dernier recours pour des patientes qui ne se sont pas préparées à l'attente d'un enfant. Plusieurs raisons peuvent conduire au choix difficile d'avorter:

❖ Motivations des avortements provoqués [52, 65]

➤ Motivations d'ordre socio - économique:

- Problèmes socio - économiques, pauvreté.
- Problème familial: chômage, scolarité, filles jeunes ou célibataires, refus de paternité, grossesse illégitime, grandes multipares.

➤ Motivations d'ordre moral:

- Individualisme part 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.

❖ **Méthodes dites abortives [52 ; 65]**

Elles sont le plus souvent dictées par l'ignorance et les croyances, les pratiques dites abortives sont souvent plus nuisibles à la gestante qu'au fœtus dont elles sont supposées entraîner la mort et l'expulsion. Elles sont variées et comprennent :

• **Substances dites abortives**

Plusieurs substances sont réputées avoir des propriétés abortives et sont d'usage courant sans que cela ne soit démontré. Parmi ces substances nous pouvons citer entre autre :

-les substances minérales et végétales, les décoctions, les tisanes à ingérer à usage locale ou général ;

-les hormones progestatives, les œstrogènes ;

-les médicaments : sels de quinine ; chloroquine, anti-inflammatoires, sulfamides ;

-le permanganate de potassium ;

-substances alimentaires : vitamines.

• **Manœuvres dites abortives**

Plusieurs méthodes sont utilisées :

-dilatation du col par introduction de sondes végétales, pastiques ou métalliques ;

-le curetage ;

-l'aspiration par sonde de KARMAN ;

-le Dispositif Intra-utérin (DIU)

6 - Traitement

6 - 1 - Traitement médical

Il fait appel à la réanimation qui est fonction de l'état clinique de la patiente et qui consiste le plus souvent à la prise en charge du choc hypovolémique et de l'infection.

On procède à une stabilisation de la patiente par l'oxygénation, perfusion de macromolécules, transfusion sanguine et administration d'antibiotiques à fortes doses avec l'assistance d'un anesthésiste réanimateur.

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

En complément à cette réanimation, l'antibiothérapie est administrée dès l'admission de la patiente et maintenue au minimum une semaine après l'évacuation utérine, en fonction du tableau clinique.

Des utéro toniques sont prescrits sitôt la vacuité utérine assurée, de même que des traitements adjuvants : traitement martial, sérovaccination antitétanique (SAT), antalgique et anti-inflammatoire, selon l'état clinique de la patiente.

La contraception est proposée aux patientes qui ne désirent pas de nouvelles grossesses dans l'immédiat.

6 – 2- L'évacuation utérine

6 - 2 – 1- Curage digital

C'est une méthode d'évacuation de l'utérus qui n'est réalisable que lorsque le canal cervical est perméable pour permettre l'entrée d'un ou de deux doigts. Il doit être effectué sous rachianesthésie. Cependant, il est le plus souvent effectué sans anesthésie dans nos hôpitaux et est alors extrêmement douloureux.

L'évacuation est souvent incomplète et le risque d'infection est grand du fait du non respect des règles de la prévention des infections.

6 - 2 – 2. Curetage

Cette technique consiste à évacuer le contenu utérin à l'aide d'une curette. Elle s'effectue sous anesthésie générale.

Les complications du curetage sont:

- ✓ La perforation utérine qui est favorisée par une mauvaise traction du col sur un utérus retro versé ou fortement antéversé.
- ✓ Les traumatismes de la vessie ou de l'intestin
- ✓ L'infection
- ✓ Les déchirures cervicales qui sont plus fréquentes que la perforation.

6 - 2 – 3. Aspiration électrique

Cette méthode utilise une canule reliée à un appareil muni d'un tuyau de raccord qui délivre une dépression d'environ 600 mm de mercure (hg) permettant ainsi l'aspiration. La technique d'aspiration est la même que l'aspiration manuelle avec la sonde de Karman.

6 - 2 – 4. Aspiration manuelle intra utérine (AMIU)

Cette technique utilise la succion pour retirer le produit de conception à travers une canule; elle peut être réalisée dans une salle de procédure ou d'examen clinique et ne nécessite pas toujours une anesthésie générale. Une anesthésie locale peut être proposée. Elle nécessite la mobilisation de deux personnes au maximum [31].

❖ Matériel nécessaire pour l'AMIU

- Un plateau à instruments avec couvercle
- Un spéculum
- Une pince à badigeonner
- Une cuvette pour recevoir la solution antiseptique

- Une pince de Pozzi ou de Museux
- Un jeu de dilateurs d'un calibre de 4 à 12mm
- Un jeu de canules de 6 à 12mm
- Des adaptateurs
- Une seringue à faire le vide
- Un haricot pour recueillir les débris aspirés
- De la xylocaïne à 1 %

❖ Anesthésie locale

Plus précisément l'anesthésie para cervicale avec la lidocaïne, est utilisée pour soulager la douleur.

Elle n'entraîne que peu de perturbations physiologiques permettant à l'utérus de se contracter avec force et à la patiente de récupérer rapidement.

L'injection locale d'un anesthésique telle la lidocaïne affecte les fibres nerveuses situées autour du col et du canal cervical. Elle minimise la douleur causée par l'étirement, la dilatation ou le mouvement de la canule dans le col.

❖ Description de la méthode d'AMIU

La procédure doit être effectuée après une évaluation et en l'absence de signes de choc.

- Installer la patiente en position gynécologique après lui avoir vidé la vessie, on désinfecte le périnée, la vulve, le vagin avec une solution antiseptique.
- Evaluer la hauteur utérine, la position et la taille de l'utérus par un examen bi manuel soigneux afin d'exclure toute affection éventuelle.
- Mettre en place un spéculum pour apprécier l'état du col et des parois vaginales.

- Tamponner les régions cervicales au moyen d'une solution antiseptique. Saisir le col à l'aide d'une pince de Pozzi, exercer une traction douce sur le col afin d'horizontaliser le canal cervical et l'utérus.

Administrer une anesthésie para cervicale (à la jonction de l'épithélium cervical et vaginal) avec 10ml de xylocaïne à 1 % dont 2ml respectivement à 3h, 5h, 9h.

- Dilater le col si nécessaire avec des bougies ou des canules de taille croissante. Introduire doucement la canule à travers l'orifice cervical jusqu'à ce qu'elle touche le fond sans dépasser 10 cm en veillant à ce qu'elle ne touche pas les parois vaginales.

Noter la profondeur de la cavité utérine grâce aux points visibles sur la canule.

- Fixer la seringue préparée à la canule et vérifier que l'on est bien dans la cavité utérine en poussant lentement la canule jusqu'à ce qu'elle touche le fond utérin et en retirant légèrement la canule en arrière.

Ouvrir alors les valves de la seringue pour provoquer un effet de succion dans l'utérus, des débris sanglants et des bulles doivent commencer à remonter dans la seringue.

Evacuer le contenu utérin en imprimant des mouvements de va - et - vient parallèles au grand axe de l'utérus, associés à une rotation sur l'axe de la seringue. Du fait de la dépression négative le contenu de l'utérus se détache et est aspiré dans la seringue. L'évacuation est complète lorsqu'il n'y a plus de débris de tissus dans la canule mais une mousse rouge ou rose et que l'opérateur a une impression de granulation de l'utérus au contact de la canule et que l'utérus se contracte autour de la canule. Inspecter les débris puis faire un examen anatomopathologique.

- Surveiller la patiente pendant 24h et vérifier les constantes et l'absence d'un saignement anormal avant sa sortie.

❖ Complications de l'AMIU

La perforation utérine est la plus grave mais elle est rare; elle peut entraîner un risque de lésion des autres organes par aspiration, un risque d'infection et d'hémorragie.

L'hémorragie secondaire à des troubles de l'hémostase, des troubles de la rétraction utérine, la présence de fibrome ou à une aspiration incomplète.

Les lésions cervicales peuvent avoir des conséquences pour les grossesses ultérieures par béances cervico-isthmiques et risque d'accouchements prématurés.

Les évacuations incomplètes sont causes d'hémorragie et d'infection, le taux d'échec de l'AMIU: 0,5 à 3 % [59].

L'aéroembolie survient lorsque par mégarde le piston est lâché pendant que la canule est encore dans l'utérus.

L'infection survient dans les jours suivant l'aspiration accompagnée de fièvre, de métrorragies parfois d'un écoulement louche voire purulent.

La synéchie utérine qui est une complication tardive possible source d'hypofertilité secondaire.

6 - 2 – 5. Evacuation utérine au misoprostol [44]

Le misoprostol est une alternative à l'AMIU dans le traitement des grossesses arrêtées et de l'avortement incomplet (qu'il soit spontané ou provoqué). Les conditions d'utilisation du misoprostol sont les suivantes:

- Grossesse arrêtée de moins de 13 SA ou avortement incomplet.
- Absence de contre indications aux prostaglandines.

- Femme en bonne santé générale, sans signe d'infection ou de choc.
- Femme qui accepte de revenir pour la visite de suivi et informée de la possibilité d'échec.

Administration

- Grossesse arrêtée de moins de 10 SA
 - Dose initiale de 800 mcg (4cp) en sublinguale pendant 30mn avant d'avaler
 - Ensuite à intervalle de 3 à 4 h, la cliente prendra 400 mcg (2cp) en sublinguale pendant 30 mn avant d'avaler.
 - Les doses seront répétées au maximum 3 fois.
- Grossesse arrêtée de plus de 10 SA mais inférieur à 13 SA
 - Dose initiale de 800 mcg (4cp) en sublinguale pendant 30 mn avant d'avaler ;
 - Ensuite toutes les 8 heures, la cliente prendra 800 mcg en sub -
linguale avant d'avaler ;
 - Les doses seront répétées au maximum 3 fois.
- Avortement incomplet
 - Si la femme ne saigne pas abondamment ;
 - 400 mcg (2cp) en sublinguale pendant 30 mn avant d'avaler.

Surveillance

- Informer sur les signes d'alerte
 - Fièvre et douleur, donner du paracétamol si persistance des signes ;
 - Saignements (rassurer la femme si pas trop abondants)
- Revoir la cliente au bout de 2 semaines et systématiquement à tout moment en cas de complications ;
- Faire une AMIU si absence d'évacuation utérine complète

6-3. Traitement des complications

Le traitement est fonction de la nature des complications: il peut s'agir:

- ❖ De laparotomie pour traitement d'une perforation utérine, d'une péritonite, ou de lésion d'organe.
- ❖ De colpotomie en cas d'abcès du cul de sac de Douglas ;
- ❖ De réajustement ou de l'intensification d'une cure d'antibiotique.
- ❖ De dialyse pour insuffisance rénale.

Certaines complications tardives sont sans recours thérapeutique; leur prise en charge est coûteuse et décevante c'est le cas des inflammations pelviennes avec leur corollaire de grossesse extra utérine, d'hypofertilité, de stérilité.

6-4. Prise en charge intégrée

Elle fait appel au concept de SAA. Elle débute par l'évaluation initiale.

- ❖ **Examen initial** dont le but est:
 - Rechercher les signes de gravité
 - Evaluer les signes de choc
 - Pouls faible, rapide supérieur ou égal à 110 bts/ mn
 - Tension artérielle basse
 - Pâleur
 - Sueurs, extrémités froides
 - Anxiété
 - Confusion
 - Perte de connaissance
 - Vertiges
 - Agitation
 - Polypnée supérieure ou égale à 30/ mn
 - Evaluer les signes de saignements importants

- sang abondant, rouge vif avec ou sans caillot
 - vêtements trempés de sang
 - trace de sang sur le corps surtout entre les orteils
 - anémie clinique
 - signes de choc
- Evaluer les signes infectieux
- Température supérieur à 38
 - Frisson
 - Défense abdomino-pelvienne
 - Pertes vaginales malodorantes
 - Faciès terreux

ATTENTION: la présence d'un ou plusieurs de ces signes sus - cités est une urgence et nécessite une prise en charge immédiate. Il faut:

❖ **Prise en charge des complications**

- Allonger la patiente
- Oxygéner 6 à 8l
- Prendre une voie veineuse
- Etablir le groupe sanguin - Rhésus
- Faire les taux d'hémoglobine et/ ou d'hématocrite
- Restaurer le volume liquidien (ringer lactate 1L en 15 à 20 minutes et macromolécules 500ml)
- Faire un test de compatibilité et transfuser si nécessaire

Si le taux d'hb est inférieur à 6g pour 100ml ou hématocrite inférieur à 18 %, administrer des antibiotiques (ampicilline 2grammes, IV ou IM). Ne pas commencer l'AMIU avant de stabiliser la patiente.

❖ Examen clinique complet

L'examen clinique complet s'effectuera quand l'état de la patiente le permet. Au cours de l'interrogatoire on fera l'anamnèse ou l'histoire de l'avortement.

- Demander:
 - La date des dernières règles
 - Les saignements (date, quantité)
 - L'existence de douleurs abdomino-pelviennes et lombaires
 - La notion d'expulsion partielle ou totale du produit de conception
 - La notion d'avortement spontané ou provoqué
 - Si provoqué les moyens abortifs utilisés
 - Si possible le lieu où cela a été fait
- Rechercher:
 - les antécédents gynécologiques et obstétricaux
 - les antécédents médicaux: allergie médicamenteuse, maladies cardiaques, maladies respiratoires...
- Faire un examen physique général
 - Expliquer le but et le processus de l'examen à la patiente
 - Allonger la patiente
 - Prendre les constantes
 - Rechercher les signes d'anémie
 - Examiner les seins
 - Ausculter le cœur, les poumons
 - Palper et ausculter l'abdomen
 - Examen gynécologique selon le protocole
 - Examen au speculum
 - Toucher vaginal combiné au palper abdominal
- Faire des examens complémentaires

- Groupe sanguin rhésus
- Si rhésus négatif demander le groupe sanguin du conjoint et prévoir une sérothérapie s'il est positif même si négatif
- Numération formule sanguine
- Azotémie
- Echographie

❖ **Conclusion de l'examen général**

Selon les signes et les symptômes on déterminera le stade de l'avortement et les complications associées.

La prise en charge sera en fonction du stade de l'avortement et du type de complications rencontrées. Outre la prise en charge des complications et l'évacuation utérine, les SAA comportent également la planification familiale post abortum, les liens avec les autres services de Santé de Reproduction (SR), et l'implication des communautés.

❖ **Le counseling [44]**

○ **Définition**

Le counseling se définit comme étant un entretien, une tête - à - tête qui a lieu dans un endroit calme au cours duquel une personne aide une autre à choisir une solution à son problème. Le counseling est efficace si le prestataire a pu établir et maintenir un dialogue basé sur la confiance.

○ **Les buts du counseling après avortement**

Le counseling du post-abortum vise à atteindre les objectifs suivants:

- Orienter les cas d'avortements provoqués vers les services de planification familiale ;
- Expliquer l'épisode morbide en cas d'avortement spontané afin d'assurer un meilleur vécu de l'épisode morbide ;

- Prévenir les récurrences.
 - **Les étapes du counseling**

Pour atteindre les objectifs, le prestataire doit respecter les principes et les étapes d'un bon counseling que nous rappelons:

- Accueillir la cliente: l'accueil commence quand la cliente prend contact avec le service de santé et finit à la sortie de la cliente.
- Accueillir la cliente de manière personnalisée.
- Saluer la cliente ou répondre à la salutation selon l'usage.
- L'inviter à s'asseoir
- Se présenter si nécessaire
- Poser une question ouverte pour connaître le motif de la visite
- Aider la femme à mieux s'exprimer.
- Avoir une écoute attentive et active et informer la cliente des différentes étapes de la consultation
- Demander à voir le carnet de santé si elle en possède un.
- Etre empathique avec la cliente
- Rassurer la patiente
- Référer la cliente si nécessaire
- Négocier le prochain rendez- vous
- Dire au revoir à la cliente.

6.5. Planification familiale [44]

Après tout avortement il y'a nécessité d'une prise en charge en charge immédiate en PF après un bon counseling

❖ Informer la patiente sur la PF:

- risques de grossesse dans les 2 semaines
- existence de méthodes sûres en post avortement immédiat

- ou et quand recevoir des services de PF
- Autres:
 - caractéristiques de toutes les méthodes (supports)
 - mode d'utilisation
 - arrêt ou changement de méthode

❖ **Evaluer la situation:**

- Evaluation individuelle: caractéristiques personnelles, besoins et buts en matière de procréation, condition clinique, capacité de prestations de services.
- Victime de violences sexuelles ? (dépistages, ARV, prise en charge psychologique).
- Disponibilité des méthodes contraceptives.

Toutes les méthodes peuvent (être) utilisées sauf la méthode naturelle.

METHODE	QUAND COMMENCER	REMARQUE
Contraception hormonale	Immédiatement	Efficace immédiatement Peut être utilisée même en présence d'une infection
DIU	Immédiatement	S'assurer de l'absence d'infection
Ligature des trompes	Immédiatement	Attendre que l'infection et/ou la lésion se résolve.

❖ Liens avec les autres services de SR [44]

Il s'agit d'orienter la patiente vers les autres services de SR si cela est nécessaire. Exemples de services SR:

- Dépistage des cancers gynécologiques
- Vaccination
- Stérilité/ infertilité
- PTME du VIH
- Prise en charge des IST/ VIH
- Prise en charge des tumeurs gynécologiques

❖ Implication de la communauté [44]

Impliquer la communauté dans:

- La gestion des services de SR/ SAA
- La prévention des grossesses non désirées et de l'avortement insécurisé
- La mobilisation des ressources pour aider les femmes à recevoir des soins appropriés.

6 – 6. L'avortement et la législation

L'avortement est légalisé et largement accessible dans la plupart des pays développés. Cependant en Afrique, seuls 4 pays ont légalisés l'avortement ce sont, la Tunisie, l'Afrique du sud, le Cap vert et la Zambie qui l'autorisent sans restriction.

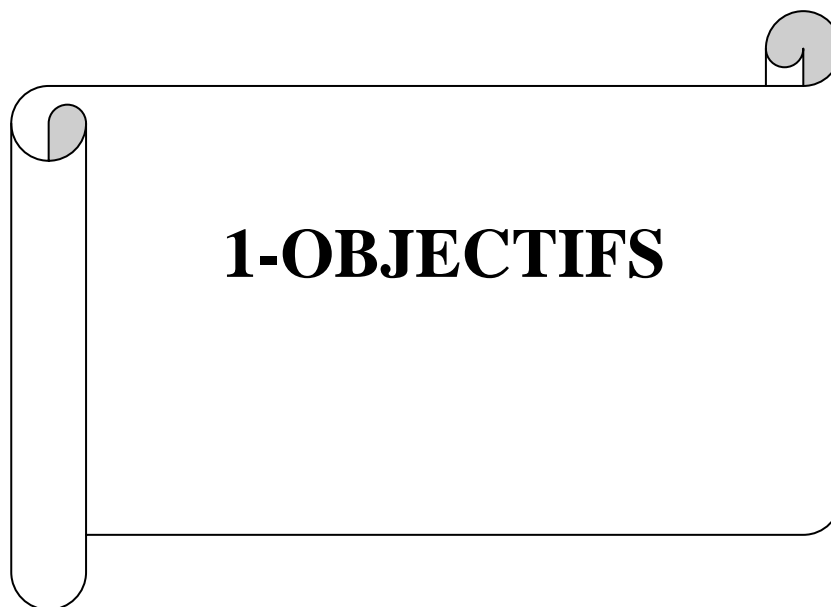
Au Burkina Faso, jusqu'en 1996, l'avortement provoqué ou interruption volontaire de grossesse était purement et simplement interdit. Seul l'avortement

thérapeutique était autorisé mais entouré de précautions. Le droit à la vie de l'enfant à naître paraissait, on ne peut mieux, garanti. Le Code pénal en vigueur interdit de façon générale toute IVG ou tentative d'IVG (article 386) et réserve deux hypothèses : l'interruption pratiquée sur demande de la femme placée en situation de détresse pour viol et inceste (article 387, al.2) et l'interruption pratiquée pour motif thérapeutique, c'est-à-dire si « le maintien de la grossesse met en péril la santé de la femme » ou s'« 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 » (art. 387, al. 1^{er}) [15].

Il punit ensuite le fait de fournir à la femme les moyens matériels de pratiquer l'interruption sur elle-même. Peu importent les moyens proposés, la qualité du coupable, que la femme fasse ou non usage des moyens fournis qu'elle soit effectivement enceinte ou seulement supposée telle et qu'elle y ait consenti ou non (article 383). La peine est un emprisonnement de un à cinq ans et une amende de 300.000 F à 1.500.000 F. S'il en est résulté la mort, l'emprisonnement sera de dix à vingt ans (art. 383 al.2). Et dans le cas où le coupable se livrerait habituellement à de tels actes (art. 383), l'emprisonnement sera de cinq à dix ans (cas de l'article 383 al. 1) ou à vie (cas de l'article 383 al. 2) [15].

Il punit enfin d'un emprisonnement de deux mois à deux ans et d'une amende de 50.000 à 600.000 F ou de l'une de ces deux peines seulement quiconque par tout moyen de diffusion et de publicité incite à l'avortement [15]. .

DEUXIEME PARTIE: NOTRE ETUDE



1-OBJECTIFS

1 – 1. Objectif général

Etudier l'évolution du taux de létalité des avortements de 2001 à 2010 dans le service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO.

1 – 2. Objectifs spécifiques

1. Déterminer la fréquence des avortements dans le service de Gynécologie Obstétrique du CHU - YO de 2001 à 2010.
2. Déterminer la place de l'avortement parmi les autres causes de décès maternels dans le service de Gynécologie Obstétrique du CHU - YO de 2001 à 2010.
3. Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes décédées de suite d'avortement dans le service de gynécologie obstétrique du CHU - YO de 2001 à 2010.
4. Décrire les tableaux cliniques des patientes décédées des suites d'avortement dans le service de gynécologie obstétrique du CHU - YO de 2001 à 2010.
5. Déterminer le taux de létalité des avortements dans le service de Gynécologie Obstétrique du CHU - YO de 2001 à 2010.



2- METHODOLOGIE

2 – 1. Cadre de l'étude

2 - 1 - 1 . Le Burkina Faso

2 - 1 - 1 – 1. La situation géographique et socio - économique

Le Burkina Faso est un pays soudano - sahélien situé au cœur de l'Afrique Occidentale. Sa superficie est de 274 200km². Il est peuplé d'environ 14 017 262 habitants. Les statistiques en 2003, indiquent que 46,4 % la population vivait en dessous du seuil de pauvreté absolue [43].

C'est un pays pauvre où l'agriculture reste la principale activité économique et occupe plus de 80 pour cent de la population avec un produit intérieur brut estimé à 34,1 % en 2004 (PIB).

2 - 1 - 1 – 2. La situation sanitaire

La situation sanitaire est marquée par une insuffisance en infrastructures et en personnel. Les normes recommandées par l'OMS sont loin d'être atteintes. En effet en 2009, on notait dans les différentes formations sanitaires au Burkina Faso les effectifs suivants [42] :

- Agents itinérants de santé (AIS) : 1 800
- Effectif des infirmiers brevetés (IB) : 2 348
- Effectif des infirmiers diplômés d'Etat (IDE) : 2 757
- Effectif des médecins : 483
- Effectif des chirurgiens dentistes : 31
- Effectif des sage femmes / maïeuticien d'Etat : 833
- Effectif des pharmaciens : 88

➤ Le système de santé

L'organisation du système de santé est de type pyramidal à 3 niveaux et basée sur le système de référence et de contre de contre référence. Nous avons:

- ✓ Le niveau 1 représenté par les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) ;
- ✓ Le niveau 2 représenté par les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR);
- ✓ Le niveau 3 représenté par les Centres Médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) et les Centres de Santé et Promotion Sociale (CSPS).

On dénombre en 2011, trois (3) CHU, un (1) CHN neuf (9) CHR, soixante dix (70) CMA.

2 - 1 – 2. La ville de Ouagadougou

L'enquête s'est déroulée dans la ville de Ouagadougou. Située au niveau du plateau central Mossi, Ouagadougou est la capitale politique du BF et le chef lieu de la province du Kadiogo et de la région du Centre.

La ville comporte deux centres hospitaliers universitaires (les centres hospitaliers universitaires Yalgado Ouédraogo et Charles De Gaulle) et un centre hospitalier national (CHN Blaise Comparé). L'aire sanitaire de la ville est découpée en cinq (5) districts sanitaires. Elle couvre une superficie de 2805km² et sa population était estimée à 1.475.223 habitants en 2006. Elle est organisée en 30 secteurs répartis en 5 communes.

2 - 1 – 3. Le Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO

Le CHU - YO avec le Centre Hospitalier Universitaire Sourou SANOU (CHSS) et le Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulle (CHUPCDG) occupent le sommet de la pyramide sanitaire et constituent ainsi les centres de référence. Hôpital de référence pour le pays, le CHU - YO est situé à Ouagadougou, capitale administrative et politique du Burkina Faso. Il est chargé de la formation des étudiants et érigé en CHU depuis 1995, cette

structure sanitaire a été construite en 1961 pour une population de 59120 habitants.

2 - 1 – 4. Le service de gynécologie obstétrique du CHU - YO

Il reçoit la majorité des urgences gynécologiques et obstétricales en provenance des provinces environnantes et des formations sanitaires de la ville de Ouagadougou. Le service dispose de:

- Une salle d'accouchement ;
- Une unité de SAA ;
- Une unité d'échographie ;
- Un bloc opératoire muni de 3 salles d'interventions ;
- Une unité de puériculture ;
- Une unité de planification familiale ;
- Un service d'hospitalisation disposant de 86 lits et subdivisé en 5 unités qui sont les suivantes:
 - Soins intensifs ;
 - Post - opérée ;
 - Réanimation ;
 - Suites de couches ;
 - Grossesses pathologiques ;
- Un service de consultation externe ;
- Un dépôt SONU
- Un service administratif comprenant:
 - Un service d'état civil ;
 - Un secrétariat ;
- Un hall et une paillote d'attente pour les accompagnants des malades.

Le personnel était composé au moment de l'étude de:

- Douze gynécologues obstétriciens dont un professeur titulaire, 3 professeurs agrégés, 3 maîtres assistants ;
- Un médecin anesthésiste ;
- Vingt et sept attachés de santé dont 14 en chirurgie et 13 en anesthésie - réanimation,
- Trente huit sages femmes et maïeuticiens d'état ;
- Douze infirmiers ;
- Trente garçons et filles de salle ;
- Une secrétaire ;
- Un agent d'état civil ;
- Un agent comptable.

Le service accueille la présence de médecins stagiaires en spécialisation de gynécologie obstétrique, les étudiants stagiaires de septième et quatrième année de médecine, des élèves sages femmes, maïeuticiens et infirmiers d'état de l'école Nationale de Santé Publique (ENSP).

2 – 2. Matériel et méthode d'étude

2 - 2 – 1. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive sur un mode rétrospectif portant sur dix ans du 1^{er} Janvier 2001 au 31 Décembre 2010.

2 - 2 - 2 . Echantillonnage

2 - 2 - 2 – 1. Critères d'inclusion

Nous avons inclus de façon exhaustive toutes les patientes reçues durant la période d'étude et pour lesquelles le diagnostic d'avortement a été retenu.

L'avortement étant l'interruption de la grossesse avant la période de viabilité fœtale soit 28 SA ou 6 mois de grossesse.

2 - 2 - 2 – 2. Critères de non inclusion

- Les dossiers incomplets ou inexploitable.

2 - 2 – 3. Collecte des données

Les données ont été collectées sur une fiche à partir des dossiers cliniques, des registres des services (registres d'entrée et de l'unité de SAA).

2- 2-4. Quelques définitions opérationnelles

❖ Primigestes

Les primigestes sont les femmes qui sont à leur première grossesse.

❖ Paucigestes

Ce sont les femmes dont le nombre de grossesses équivaut à 2 ou 3.

❖ Multigestes

Les multigestes concernent les femmes qui ont 4 à 6 grossesses.

❖ Grandes multigestes

Les femmes ayant plus de 6 grossesses sont les grandes multigestes.

❖ Nullipares

Les nullipares concernent les femmes qui n'ont pas eu d'enfants.

❖ Primipares

Femmes ayant eu 1 enfant.

❖ **Paucipares**

Les femmes ayant eu 2 ou 3 enfants sont les paucipares.

❖ **Multipares**

C'est lorsque la femme a eu 4 à 6 enfants.

❖ **Grandes multipares**

Les grandes multipares concernent les femmes ayant enfanté plus de 6 enfants.

2 - 2 –5. Saisie et analyse des données

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur un micro - ordinateur à l'aide du logiciel EPI - INFO dans sa version anglaise 3.5.1

2 - 2 – 6. Considérations éthiques

Notre étude s'est déroulée dans le respect strict du caractère confidentiel des renseignements et de l'anonymat des patientes concernées.

A decorative scroll graphic with a black outline and grey shading on the left and top edges, resembling a rolled-up document. The text "3- RESULTATS" is centered within the scroll.

3- RESULTATS

3 – 1. Fréquences

Du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2010, 8965 femmes ont été prise en charge pour avortement dans le service de Gynéco - Obstétrique du CHU - YO. Au cours de cette période il y a eu 55 975 admissions et 38 147 accouchements. Les avortements représentaient 16,01 % de l'ensemble des admissions avec un ratio de 1 avortement pour 4,25 accouchements.

Ces avortements se répartissaient comme suit:

- 7092 avortements spontanés, soit 79,10 %
- 1873 avortements provoqués, soit 20,9 %. Le tableau I montre la répartition annuelle des avortements et des accouchements de 2001 à 2010.

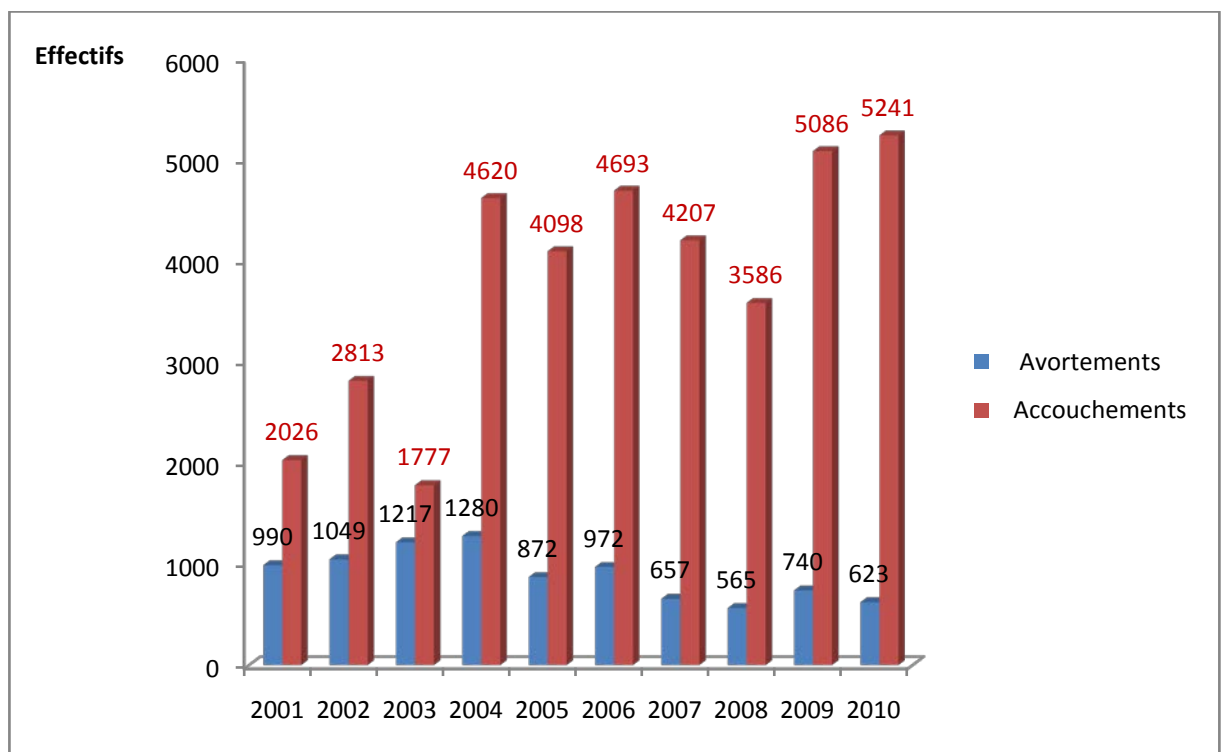


Figure 1 : Répartition annuelle des avortements et des accouchements de 2001 à 2010.

3 – 2. Place de l’avortement parmi les causes de décès maternels

Au cours de la période d’étude, 141 patientes sont décédées des suites d’avortement soit 14,02% des 1005 décès maternels enregistrés.

Les avortements spontanés étaient responsables de 2,95 % des 1005 des décès maternels observés dans le service de gynécologie du CHU - YO.

Les avortements provoqués clandestins étaient responsables de 11,07 % des décès maternels.

3 – 3. Caractéristiques sociodémographiques des patientes décédées

3 - 3 – 1. Age des patientes

Nous avons procédé à une répartition des cas selon les tranches d’âge indiqué dans le tableau suivant.

Tableau I: Répartition des patientes selon l’âge (n = 141)

Age (ans)	Type d’avortement					
	Avortement provoqué clandestin		Avortement spontané		Total	
	n	%	n	%	n	%
<15	1	0,9	0	0	1	0,7
15 - 19	29	26,1	1	3,3	30	21,3
20 - 24	39	36,1	7	23,3	46	32,6
25 - 29	16	14,4	12	40	28	19,9
30 - 34	15	13,5	5	16,7	20	14,2
35 et plus.	11	10	5	16,7	16	11,3
Total	111	100	30	100	141	100

$X^2 = 46,8$ $p = 0,0035$ (DS)

L'âge moyen des patientes était de 24,7 ans +/-6,2, avec des extrêmes de 14 et 45 ans.

Parmi les avortements spontanés, l'âge moyen était de 27,6 ans. Concernant les avortements provoqués clandestins l'âge moyen était de 24 ans.

Les avortements provoqués clandestins étaient significativement plus fréquents avant 25 ans (48,9 %) tandis que les avortements spontanés se répartissaient entre 25 et 29ans avec $p= 0,0035$

3 - 3 – 2. Profession des patientes décédées

Les ménagères représentaient 68,1 % des patientes décédées des complications d'avortement.

La répartition des patientes décédées selon la profession est représentée dans la figure 2.

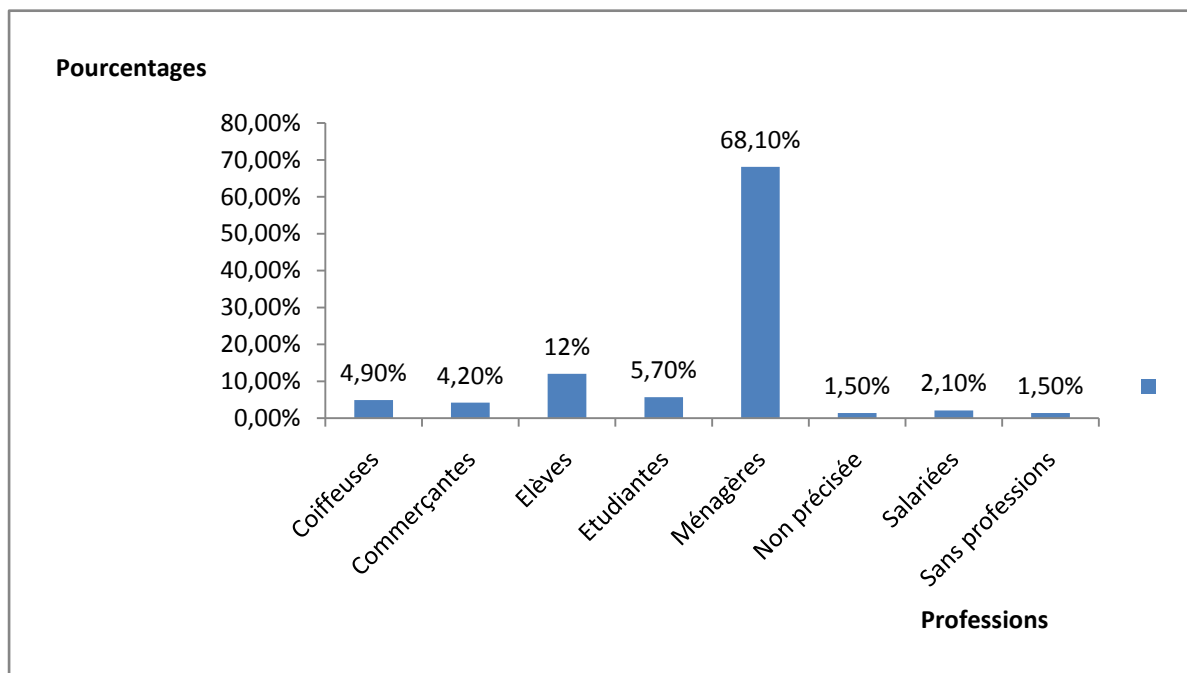


Figure 2 : répartition des patientes selon la profession (n=141)

3 - 3 – 3. Situation matrimoniale

Les célibataires et les mariées ont représenté respectivement 51,8 % et 32,6 % des patientes décédées de complications d'avortement.

La figure 2 représente la répartition des patientes selon le statut matrimonial.

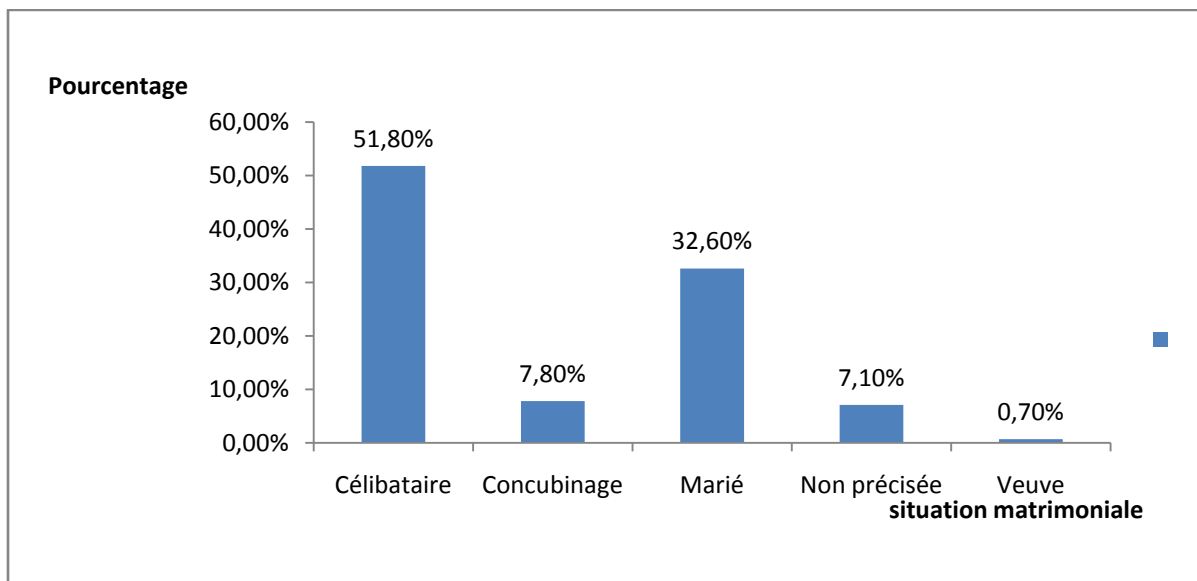


Figure 2 : répartition des patientes selon la situation matrimoniale (n=141).

3 - 3 – 4. Résidence

Les patientes résidant à Ouagadougou ont représenté 102 clientes décédées de complications d'avortement soit 74 %.

Le tableau II montre la répartition des patientes selon la résidence.

Tableau II: Répartition des patientes selon la résidence (n=138)

Résidences	Effectifs	%
Bam	1	0,7
Bazèga	6	4,4
Boulgou	3	2,1
Boulkièmdé	2	1,5
Ganzourgou	3	2,1
Gourma	2	1,5
Kadiogo	102	74
Kouritenga	3	2,1
Oubritenga	10	7,2
Saponé	1	0,7
Sissili	4	3
Zoundweogo	1	0,7
Total	138	100

3 - 3 – 5. Antécédents gynécologiques et obstétricaux

3 - 3 - 5 – 1. Nombre de grossesses

Les patientes ont été classées selon le nombre de grossesse en primigestes pauci gestes multi gestes et en grande multi geste. Le tableau IV montre la répartition des patientes selon le nombre de grossesse.

Tableau III: Répartition des patientes décédées selon le nombre de grossesses. (n = 136)

Nombre de geste	Type d'avortement					
	Avortement provoqué clandestin		Avortement spontané		Total	
	n	%	n	%	n	%
Primigeste	53	49,5	4	13,8	57	41,9
Pauci - geste	35	32,7	11	38	46	33,8
Multi - geste	3	2,8	5	17,2	8	5,9
Grande multigeste	16	15	9	31	25	18,4
Total	107	100	29	100	136	100

X²=31,4 p=0,0001 (DS)

Le nombre moyen de grossesse chez les patientes décédées pour complications d'avortement provoqué était de 2,3+/-1,9; et parmi ces femmes, les primigestes représentaient 49,5 % des cas.

Le nombre moyen de grossesse chez les patientes ayant présenté un avortement spontané était de 3,6+/-1,9; et parmi ces femmes, les pauci - gestes étaient les plus représentées avec 38 % des cas.

3 - 3 - 5 – 2. Parité

Le tableau V montre la répartition des femmes selon la parité. Les patientes ont été classées selon le nombre d'accouchement nullipare, primipare, pauci - pare, et multipares et en grande multipares.

Tableau IV: Répartition des patientes selon la parité (n = 136)

Nombre de pares	Type d'avortement					
	Avortement provoqué clandestin		Avortement spontané		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nullipares	56	52,3	5	17,2	61	45
Primipares	26	24,3	6	20,7	32	23,5
Pauci - pares	10	9,3	11	38	21	15,4
Multipares	4	3,7	3	10,3	7	5,1
Grande multipares	11	10,4	4	13,8	15	11
Total	107	100	29	100	136	100

$$X^2 = 19,7$$

$$p = 0,0064 \text{ (DS)}$$

La parité moyenne des femmes décédées pour avortement provoqué clandestins était de 1,1+/-1,8 et parmi ces femmes les nullipares étaient les plus représentées avec 52,3 % des cas.

La parité moyenne des patientes décédées de suites d'avortement spontané était de 2,2+/-1,7 et parmi ces femmes les plus représentées sont les pauci - gestes avec 38 % des cas.

3 - 3 - 5 – 3. Type de contraception

On retrouvait des antécédents de contraception chez 25 femmes soit 23,6 % sur 106 patientes recensées.

Le tableau V montre la répartition des patientes selon le type de contraceptif.

Tableau V: Couverture contraceptive des patientes selon le type d'avortement (n = 106)

Contraception	Type d'avortement					
	Avortement provoqué clandestin		Avortement spontané		Total	
	n	%	n	%	n	%
Oui	22	25,6	3	15	25	23,6
Non	64	74,4	17	85	81	76,4
Total	86	100	20	100	106	100

La couverture contraceptive des patientes décédées de suites d'avortement spontané était de 15 % et celle des patientes décédées d'avortement provoqué clandestins était de 25,6 %.

3 – 4. Aspects cliniques

3 - 4 – 1. Caractéristiques des avortements

3 - 4 - 1 – 1. L'âge gestationnel

L'âge gestationnel a été précisé dans 121 cas. La moyenne était de 9,75 semaines d'aménorrhée, soit 15,33 pour les avortements spontanés et 7,89 pour l'avortement provoqué clandestins (APC).

Le tableau VI présente la répartition des patientes selon l'âge gestationnel en semaines d'aménorrhée (SA).

Tableau VI: Répartition des patientes selon l'âge gestationnel (n = 121)

Age gestationnel (SA)	Type d'avortement					
	Avortements spontanés		Avortements provoqués clandestins		Total	
	n	%	n	%	n	%
5 – 9	2	6,7	72	79,1	74	61,2
10 - 14	9	30	17	18,7	26	21,5
15 - 19	11	36,7	1	1,1	12	9,9
20 – 24	8	26,6	1	1,1	9	7,4
Total	3	100	91	100	121	100

$X^2=92,2$ $p=0,00001$

Les avortements provoqués clandestins étaient plus fréquents avant la dixième (10è) semaines avec un taux de 79,1 %.

3 - 4 - 1 – 2. Type d'avortements

Selon le mécanisme de survenue nous avons recensé 111 cas d'avortements provoqués, soit 78,7 % et 30 cas d'avortements spontanés, soit 21,3 %.

3 - 4 - 1 – 3. Méthodes abortives

Les méthodes abortives ont été retrouvées dans 56 cas et concernent les avortements provoqués clandestins. Ces méthodes étaient mécaniques, chimiques modernes et traditionnelles.

Le tableau VII indique la répartition des APC selon la méthode abortive utilisée.

Tableau VII: répartition des patientes selon la méthode abortive utilisée (n = 56)

Méthodes	Effectif	%
<i>Mécaniques</i>	33	58,9
Endo - utérine	21	37,5
Sonde, plastique	8	14,2
Tige	2	3,6
Barre de fer	2	3,6
<i>Chimiques</i>		
Traditionnels	19	33,9
Permanganate de potassium	5	8,9
Plantes	14	25
Modernes	4	7,2
Injection IM	2	3,6
Comprimés per os	2	3,6
Total	56	100

Les méthodes mécaniques ont été les plus représentées avec 58,9 % soit 33 patientes.

3 - 4 – 2. Tableau clinique à l'admission

Dans notre étude, les patientes ont présenté chacune une ou plusieurs complications associées. L'hémorragie était retrouvée chez 73,8 % des patientes à l'admission. Le tableau VIII montre la répartition des patientes selon les complications à l'admission.

Tableau VIII: Répartition des patientes selon les complications à l'admission (n = 141)

Complications	Effectifs	%
Hémorragie	104	73,8
Septicémie	26	18,4
Etat de choc	63	44,7
Endométrite	6	4,3
Péritonite	6	4,3
Réaction toxique	8	5,7
Traumatisme génital	8	5,7

3 – 5. Mortalité par avortement

3 - 5 – 1. Causes de décès

141 décès par avortement ont été recensés durant la période d'étude. Les patientes ont présenté chacune une ou plusieurs complications associées qui ont conduit au décès.

Les étiologies de décès sont représentées dans le tableau IX

Tableau IX: Etiologies des décès par avortement (n = 141)

Causes de décès	Effectifs	%
Infection	109	77,4
Hémorragie	40	28,3
IRA	26	18,4
Intoxication	8	5,7

3 - 5 – 2. Facteurs contributifs

Dans notre étude, plusieurs facteurs ont contribué au décès des femmes par avortement.

Le tableau X résume la répartition des patientes selon les facteurs ayant contribué à la létalité.

Tableau X: répartition des patientes selon les facteurs contributifs (n = 51)

Facteurs contributifs	Fréquence	%
Retard de prise en charge	20	14,18
Manque de médicaments	11	7,8
Ordonnance non honorée	10	7,09
Manque de sang	9	6,8
Prise de voie veineuse vaine	1	0,7

3 - 5 – 3. Taux de létalité

En 10 ans 1005 décès ont été enregistrés, l'avortement était en cause dans 141 cas soit 14,02%.

Durant cette période nous avons enregistré 8965 cas d'avortements. Le taux de létalité des avortements était de 1,5 %.

Cent onze (111) cas de décès 78,7 % étaient liés à un avortement provoqué clandestins.

Le taux de létalité de l'avortement provoqué était de 5,9 % soit 111/ 1873 et celui de l'avortement spontané était de 0,4 % soit 30/ 7092.

L'avortement spontané était responsable de 30 cas soit 21,3 %.

La figure 5 montre l'évolution du taux de létalité de 2001 à 2010.

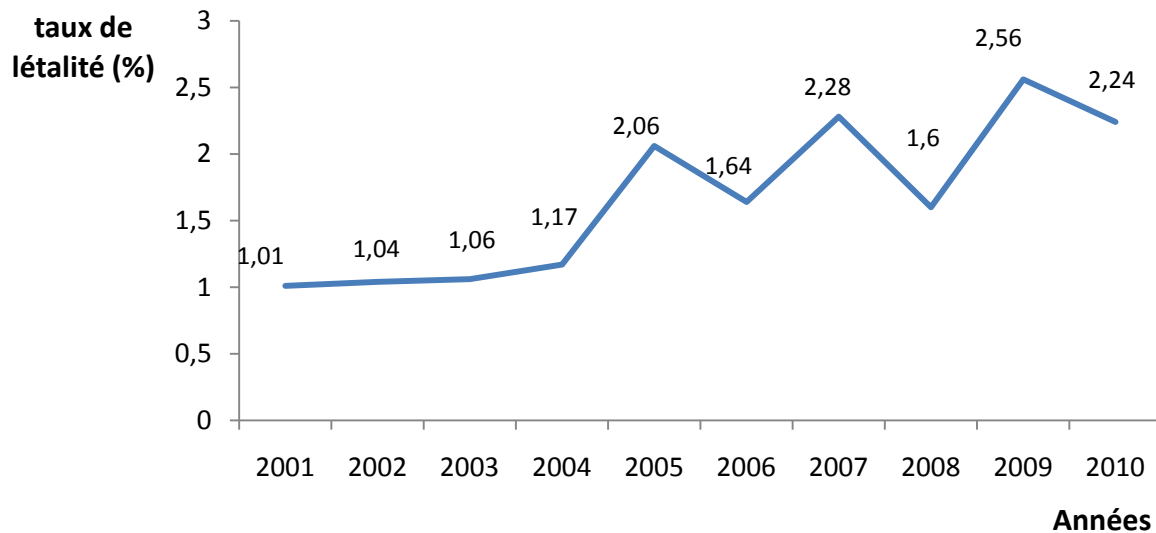


Figure 3: Evolution du taux de létalité de 2001 à 2010

Le taux de létalité est passé de 1,01% en 2001 à 2,24% en 2010 avec une évolution stationnaire jusqu'en 2004 et en dents de scie à partir de 2005.

Le tableau XI montre l'évolution du taux de létalité, des admissions et des décès annuels par type d'avortement.

Tableau XI : évolution du taux de létalité, des admissions et décès annuels par type d'avortement

Années	Type d'avortement					
	Avortements spontanés			Avortements provoqués		
	Admissions n	Décès n	Létalité %	Admissions n	Décès n	Létalité %
2001	744	3	0,4	246	7	2,8
2002	787	3	0,3	262	8	3,05
2003	913	1	0,1	304	12	3,9
2004	1007	4	0,3	273	11	4,02
2005	766	7	0,9	106	12	11,3
2006	733	3	0,4	239	13	5,4
2007	517	0	0	140	15	10,7
2008	421	0	0	144	9	6,25
2009	556	6	1,07	184	13	7,06
2010	460	3	0,6	163	11	6,7

Le taux de létalité par type d'avortement le plus élevé a été enregistré en 2005 avec 11,3%. De 2002 à 2009, le taux de létalité annuel par avortement provoqué était au moins 10 fois plus élevé que celui de l'avortement spontané.

3 - 5 – 4. Délai de survenue de décès après hospitalisation

Pour l'ensemble des avortements le délai moyen de survenue de décès était de 2,7 jours avec des extrêmes de moins de un jour à 28 jours.

Pour les cas d'avortements spontanés, les extrêmes étaient de moins d'un jour à 28 jours. Parmi ces patientes, 27 avaient un délai de moins de 7 jours; 3 patientes avaient un séjour compris entre 7 et 28 jours.

Parmi les patientes décédées d'avortement provoqué, la durée de séjour variait de moins d'un jour à 21 jours. Parmi ces patientes 104 avaient moins d'une semaine de séjour et 7 avaient un séjour entre 7 et 21 jours.



4- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

4 – 1. Les limites et les contraintes

- ❖ Le caractère non exhaustif des informations dans les registres d'admission a contribué à majorer le nombre de données manquantes.
- ❖ La différence entre avortement spontané et avortement provoqué a été parfois difficile à situer ce qui a pu majorer le nombre d'avortement spontané.
- ❖ Les difficultés inhérentes à la nature rétrospective de notre étude ne nous a pas permis de disposer de toutes les données sur les caractéristiques sociodémographiques des patientes et sur leur antécédents obstétricaux

4 – 2. Fréquence des avortements

Dans notre étude les avortements représentaient 16,01 % des admissions. Dao [16] au Burkina Faso, dans son étude sur les soins après avortement dans le même service de gynécologie obstétrique du CHU - YO, trouvait sur 11ans une fréquence inférieure (14,01 %) en 2010.

Cette élévation de la fréquence pourrait s'expliquer par une fréquentation de plus en plus accrue du CHU - YO structure de référence et à l'amélioration des soins post - abortum depuis l'introduction de la PCI en 1997.

Par ailleurs nous avons trouvé 1 avortement pour 4,25 accouchements.

Nos résultats étaient proches de ceux trouvés par Assebouya [3], dans son étude sur les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des avortements, au CHU – YO, qui rapportait 1 avortement pour 4,4 accouchements au cours de l'année 2003.

Baeta [6] au Togo, dans son étude sur les avortements clandestins à la maternité de Bé en 2001, avait trouvé un taux d'un avortement pour 12 accouchements.

La fréquence des avortements provoqués dans notre période d'étude était de 20,9 %. Elle est proche de celle de Dao [16]19,04 %; mais inférieure à celle de

l'étude de Ky, concernant les avortements dans les maternités de la ville de Ouagadougou, [35] au Burkina Faso en 1998, qui trouvait 32,3 %.

Les proportions observées en Ethiopie 54 % et en Tanzanie [53] 21 % étaient supérieures aux nôtres.

La baisse observée dans notre étude pourrait se rattacher au fait que les patientes présentant un avortement provoqué clandestin (APC) ne se présentaient pas toutes dans une structure sanitaire, certaines complications jugées mineures par les patientes ne faisant pas l'objet de consultation.

Certaines décédaient avant d'arriver à une structure de santé. D'autres patientes étaient prises en charge dans les services privés. D'autres enfin, victimes d'APC étaient admises dans de service de médecine du fait d'intoxications ou d'autres complications médicales graves liées à l'ingestion de substance abortive et, n'ont pas été de ce fait prises en compte pour leur épisode abortif.

Les avortements spontanés représentaient 79,1 % de l'ensemble des avortements.

Ce taux est inférieur à celui trouvé par Cissé [14] au Sénégal, dans son étude sur l'amélioration de la qualité des SAA en zone rurale, qui trouvait un taux de 94,4 % en 2007; mais proches de celui de Dao 80,3 % [16] au Burkina dans la même année.

Dans des études antérieures menées au Burkina, Tapsoba et Ky [59, 35] avaient trouvé respectivement des taux de 69,9 % et 78,3 % d'avortement spontané.

4 – 3. Caractéristiques sociodémographiques des patientes décédées d'avortement

4 - 3 – 1. Age des patientes

L'âge moyen des patientes décédées d'avortement était de 24,7 ans et 54,6 % des patientes avaient moins de 25 ans. Ce résultat est différent de celui de Dao [16] qui trouvait 25 ans comme âge moyen et une majorité (60,33 %) âgée de plus de 25 ans.

Cette différence pourrait s'expliquer par la structure de notre population composée en majorité de patientes concernées par les avortements provoqués (78,7 %).

L'âge moyen des patientes décédées de suite d'avortement spontané était de 27,6 ans et 26,7 % avaient un âge inférieur à 25 ans.

La fréquence la plus élevée (40 %) d'avortement spontané a été retrouvée dans la tranche d'âge comprise entre 25 et 29 ans.

Nos résultats sont proches de ceux d'Assebouya [3] en 2003, au CHU - YO, qui rapportait 28,1 ans comme âge moyen et d'avortement spontané (46,5 %) de patientes dans la tranche d'âge comprise entre 25 et 29 ans.

Les fréquences relativement élevées d'avortement spontané de cette tranche d'âge pourraient s'expliquer par le taux de la fécondité de la population générale déjà élevé entre 20 et 24 ans (202 pour mille), atteint son maximum entre 25 et 29 ans (205 pour mille) [58].

Ky au Burkina [35] en 1998 trouvait un taux supérieur au nôtre soit 43,5 % de patientes de moins de 25 ans et un âge moyen inférieur au nôtre soit 26,4 ans.

L'âge moyen des patientes ayant présenté un APC dans notre série était de 24 ans. Cet âge est inférieur de 3,6 ans à celui des patientes admises pour avortement spontané.

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les APC surviennent chez des patientes adolescentes ou jeunes adultes sans emploi contraintes à

l'avortement par le contexte social, familial, le refus de paternité et les difficultés économiques [34, 65].

4 - 3 – 2. La profession

Il ressort de notre étude que les ménagères étaient majoritaires. Elles représentaient 68,1 % des patientes décédées de complications d'avortement soit 96 femmes. Nos résultats sont comparables à ceux de Traoré [61] en 2002, et de Dao [16] en 2003 tous au Burkina qui trouvaient respectivement 66,1 % et 63,16 % des ménagères.

Sepou à Bangui en Centre Afrique trouvait 61,6 % en 2004 [57].

Les femmes sans activité rémunérée représentent la frange majoritaire de la population et semblent par ailleurs être la plus exposée.

Ce sont des populations à pouvoir d'achat faible qui sont les premières à subir le joug et la férocité de la misère dans nos pays en développement.

Dans notre étude, 17,7 % des patientes étaient des élèves et étudiantes.

Sepou en Centre Afrique, en 2004 trouvait 30 % d'élèves et d'étudiantes [57]; taux supérieur au notre.

Cette différence pourrait s'expliquer par la politique du gouvernement à promouvoir la planification familiale depuis quelques années.

En outre ces taux élevés d'avortement chez les élèves et étudiantes s'expliqueraient par le fait que les questions relatives à la sexualité constituent toujours un tabou dans le cadre familial et même au niveau scolaire et universitaire dans la plupart de nos pays africains [32].

4 - 3 – 3. Situation matrimoniale

Dans notre population d'étude les célibataires étaient majoritaires, et représentaient 51,8 % de la population suivies de celles qui vivaient une vie maritale 32,6 %.

Nos résultats sont différents de ceux de Ky [35] et de Assebouya [3] qui trouvaient que, respectivement 89,6 % en 1998, et 80,5 % en 2003 vivaient une vie maritale.

Cela pourrait s'expliquer par la structure de notre population d'étude constituée en majorité de femmes dont l'âge est inférieur à 25 ans (54,6 %). En outre cette population étaient majoritairement formée de patientes ayant pratiqué l'avortement provoqué clandestins (78,3 %) donc des célibataires.

Par ailleurs nos résultats sont similaires à ceux de Bazié [9] au CHU - SS de Bobo - Dioulasso (Burkina Faso) qui avait trouvé 52,7 % de femmes célibataires.

Cette fréquence relativement élevée des femmes célibataires pourrait se justifier par le discrédit porté sur les filles - mères qui met en jeu l'honneur de la famille.

4 – 4. Profil des femmes victimes de létalité par avortement

4 - 4 – 1. Antécédents gynécologiques et obstétricaux

4 - 4 - 1 – 1. Nombre de grossesse

Le nombre moyen de grossesses chez les patientes ayant présenté un avortement spontané (3,6 grossesses), était supérieur à celui des patientes admises pour avortement provoqué clandestin soit 2,3 grossesses.

Nos résultats sont similaires à ceux de Ky [35] et de Assebouya tous au BF qui avaient trouvé respectivement des nombres de grossesses de 3,5 et 3,4 pour les avortements spontanés contre 2,1 et 2,3 pour les cas d'avortement provoqué clandestin.

Les primigestes constituaient 49,5 % des patientes ayant présenté un avortement provoqué clandestin.

L'analyse statistique montre une prédominance significative d'avortement provoqué clandestin chez les patientes primigestes.

Notre taux est comparable à celui d'Assebouya qui trouvait 48,4 % de primigestes. Il est peu différent de celui de Goyaux [25] qui trouvait 43,5 % de primigestes.

Ce taux est inférieur à celui de Ky au BF qui avait trouvé [35] 59 % de primigestes chez les patientes ayant présenté un avortement provoqué.

Djanhan [21] au CHU de Bouaké en République de Côte d'Ivoire (RCI) trouvait également un taux supérieur au nôtre soit 70,8 % de primigestes.

Cette prédominance d'avortement provoqué clandestin chez les primigestes pourrait s'expliquer par le jeune âge de ces dernières, le manque d'activités rémunératrices, le désir de découverte de l'acte sexuel malgré une ignorance sur l'éducation sexuelle, le discrédit porté sur les filles mères dans nos sociétés africaines.

4 - 4 - 1 – 2. La parité

La parité moyenne chez les patientes décédées d'avortement spontané était de 2,2 contre une parité de 1,1 chez celles décédées de suite d'avortement provoqué clandestin. Nos résultats sont proches de ceux d'Assebouya [3] qui avait trouvé respectivement 2 et 1 pour ces 2 types d'avortements.

Ky [35] avait trouvé au CHU - YO au BF des parités moyennes de 2,7 et de 2,4 respectivement chez les patientes ayant présenté un avortement spontané et celles admises pour avortement provoqué clandestin.

Les nullipares représentaient 52,3 % des patientes ayant présenté un avortement provoqué clandestin.

L'analyse statistique montre une exposition particulière des nullipares à l'avortement provoqué clandestin.

Notre taux est proche de celui d'Assebouya [3] qui trouvait 55,7 %; mais supérieur à celui de Lokossou au Bénin [37] qui trouvait que les nullipares représentaient 37,7 % des avortements provoqués clandestins et à celui de Ky au BF qui avait un taux de 44,7 % de nullipares.

Diallo [18] au Mali en 2000 avait trouvé que 71,4 % des patientes ayant présenté un avortement provoqué clandestin, étaient des nullipares.

Cette prédominance des nullipares parmi les patientes décédées d'avortement provoqué clandestin pourrait s'expliquer par le manque d'éducation sexuelle sur les risques de la sexualité précoce : ce qui a pour corollaire les grossesses non désirées.

4 - 4 - 1 – 3. La contraception

Seulement 23,6 % de notre population d'étude avait déjà été mis sous contraceptif.

Le taux de couverture des patientes ayant présenté un avortement spontané était de 15 % et celui de celles ayant présenté un avortement provoqué clandestin était de 25,6 %.

Nos résultats sont peu différents de ceux de Ky [35] au BF qui trouvait comme taux de couverture 13 % et 25,6 % respectivement pour les patientes admises pour avortement spontané et celles ayant présenté un avortement provoqué clandestins.

La faible couverture contraceptive pourrait s'expliquer par plusieurs arguments: [5 , 17]

- Le contexte socio - africain entretenant une survalorisation de la fonction procréatrice chez la femme ;

- La tradition: l'enfant est perçu comme un don divin et les méthodes contraceptives apparaissent comme allant à l'encontre de la volonté divine..
- La religion: certaines méthodes contraceptives sont prohibées par certaines religions; notamment le DIU considéré par le christianisme comme une méthode abortive.
- L'ignorance: les méthodes contraceptives seraient pourvoyeuses de stérilités.
- Les convenances et les tolérances individuelles: les effets secondaires présumés des contraceptifs hormonaux constituent un argument souvent évoqué dans l'explication de la non fréquentation des centres de PF.
- Le partenaire ou l'entourage qui considère que l'utilisation de méthodes contraceptives est l'apanage des filles aux mœurs légères.
- La peur des parents.

4 - 4 – 2. Caractéristiques des avortements

4 - 4 - 2 – 1. L'âge gestationnel

Les patientes ayant présenté un avortement spontané avaient un âge gestationnel moyen de 15,3 semaines d'aménorrhée. Binkin [10] au Mali et Ky au Burkina trouvaient respectivement un âge gestationnel moyen de 12,5 et 16,3 SA.

Assebouya au Burkina trouvait 10,9 SA chez les patientes victimes d'avortement spontané.

Notre âge moyen est peu différent de celui de Yusuf [66] en Ethiopie qui trouvait un âge gestationnel moyen de 14,6 SA.

L'âge gestationnel moyen chez les patientes ayant effectué un avortement provoqué clandestin était de 7,9 SA. L'analyse statistique montre que les avortements provoqués clandestins étaient pratiqués de façon prédominante avant la 10^{ème} SA.

Notre taux est inférieur à ceux de Ky et Assebouya au Burkina, Yusuf en Ethiopie qui avait trouvé respectivement 12 SA, 9,6 SA et 15,2 SA.

Goyaux [25] a trouvé un âge gestationnel supérieur au notre soit 13,2 SA.

4 - 4 - 2 – 2. Type d'avortement

Durant notre période d'étude (10 ans) les patientes décédées d'avortements étaient au nombre de 141; soit 78,7 % de cas d'avortement provoqué clandestin et 21,3 % d'avortement spontané.

Nos résultats sont peu différents de ceux de Dao [16], qui sur une période de 11 ans avait trouvé en 2007, 129 cas de décès parmi lesquels l'avortement provoqué clandestin était responsable de 72,09 % contre 27,09 % pour l'avortement spontané.

Assebouya en 2003, au CHU - YO trouvait 15 décès maternels par avortement parmi lesquels l'avortement spontané causait 1 décès soit 7 % contre 14 décès pour les avortements provoqués clandestins à raison de 93 %.

4 - 4 - 2 – 3. Méthodes abortives

Les méthodes abortives étaient dominées par les méthodes mécaniques avec 58,9 %.

Ky et Assebouya au Burkina avaient trouvé des taux inférieurs au nôtre soient respectivement 39 % et 52,9 %.

Yao en Cote d'Ivoire et Ramdé [65, 52] au BF trouvaient des taux respectifs de 74,1 % et 39,9 % de méthodes mécaniques.

Quant à Rogo [54] dans une étude menée sur les avortements provoqués, en Afrique subsaharienne et au Kenya, il trouvait 49 %.

Dans notre série les manœuvres endo - utérines représentaient 37,5 %.

Ky et Yao avaient trouvé des taux respectifs de 12 % et 32,39 %.

Ces manœuvres endo - utérines étaient variées: les sondes, les barres de fer, les tiges végétales et métalliques étaient impliquées dans 26 % des cas. Assebouya

au BF avait trouvé 41,2 %. Koly [33] au Sénégal, dans son étude sur les avortements provoqués clandestins au CHU de Dakar trouvait 72,89 % en ce qui concerne l'usage des sondes.

Ce faible taux dans notre série pourrait s'expliquer par la prise de conscience des patientes des dommages importantes causées par les dites manœuvres.

Les méthodes chimiques traditionnelles étaient représentées à hauteur de 33,9 % des cas dans notre série.

Notre taux est supérieur à celui d'Assebouya en 2003, et de KY en 1998 tous au BF, qui trouvaient respectivement 28,23 % 20,7%.

Cette relative augmentation du taux de cette méthode pourrait être liée à leur grande accessibilité.

Les méthodes chimiques modernes étaient les moins représentées dans notre série avec 7,2 % des cas.

Ky en 1998 et Assebouya en 2003 tous au BF trouvaient des taux supérieurs au nôtre soit respectivement 40,3 % et 18,4 %.

Cette relative baisse de la pratique de cette méthode pourrait être rattachée à ces effets néfastes et meurtriers aussi bien pour la mère que pour le fœtus.

En outre elles sont pourvoyeuses de lésions cervico - vaginales et leur efficacité abortive n'est pas clairement établie.

4 - 4 – 3. Tableau clinique à l'admission

L'hémorragie était la complication majeure retrouvée chez presque toutes les patientes (73,8 %) suivie par l'infection (septicémie, endométrite, péritonite= 27 %).

Nos résultats sont comparables à ceux de Dao [16] en 2007 qui trouvait les taux respectifs de 75,25 % et 15,58 % pour l'hémorragie et l'infection.

L'étude menée par Ghilat [23] au BF en 2005 trouvait également 66,8 % d'hémorragie au plan national.

L'enquête menée par Cissé [14] au Sénégal montre également que les complications après avortement étaient essentiellement l'hémorragie et l'infection.

Ce chiffre très élevé, relève d'une compréhension différente de l'hémorragie grave. L'hémorragie étant appréciée selon la sensibilité du prestataire et les dires de la patiente.

En outre les métrorragies n'étaient pas quantifiées, ce qui aurait eu un impact sur le taux de l'hémorragie.

Etant donné que les métrorragies, donc l'hémorragie, sont aussi impliquées dans les menaces d'avortement, l'intérêt de l'échographie est alors indispensable pour affirmer le diagnostic de grossesse arrêtée.

4 – 5. Décès maternels par avortement

4 - 5 – 1. Causes de décès

Il ressort de notre étude que les patientes ont présenté une ou plusieurs complications associées qui ont conduit au décès.

L'infection était la principale étiologie de décès et était présente chez 77,5 % des patientes. Elle était suivie par l'hémorragie avec 23,8 % des patientes.

DAO au BF trouvait également en 2010, comme étiologie majeure l'infection à hauteur de 48,06 %; suivie par l'hémorragie à hauteur de 29,46 %.

Dans une étude menée sur les complications des avortements du 1^{er} janvier 1988 au 31 décembre 1997 à la maternité du CHU d'Antananarivo, à Madagascar, l'infection était au premier plan suivie par l'hémorragie [1].

L'infection demeure donc la première cause de décès par avortement dans notre pays, d'après notre étude alors que dans d'autres pays africains comme la Côte d'Ivoire [11], la Guinée [20], le Congo [27], elle ne vient qu'en deuxième position après l'hémorragie.

Selon Iloki [28] et al au Congo Brazzaville, l'hémorragie reste la principale cause de décès dans les pays en développement Malawi [13], Zimbabwe [38], Benin [37], Gabon [46].

Les principales causes de décès étaient représentées par les complications septiques et hémorragiques car le choc hypovolemique est 2 fois plus élevé et l'infection, 8 fois plus en cas d'avortement provoqué clandestin qu'en cas d'avortement spontané [9, 56].

Cela pourrait s'expliquer par les raisons suivantes:

- l'infection est un facteur bien connu de risque de mortalité parmi les complications d'avortement [25] ;
- et le risque de décès est 3 fois plus élevé dans l'avortement septique que l'avortement provoqué en général [7].

En outre, il y'a les manœuvres abortives qui se pratiquent dans des conditions septiques, donc sources d'infection; la plupart des décès étant rattachée à l'avortement provoqué clandestin; en plus des complications majeures que sont l'hémorragie et l'infection présentes à l'admission.

4 - 5 - 2 . Part des facteurs contributifs

Dans notre étude, le retard de prise en charge était le principal facteur ayant contribué au décès maternel par avortement avec 14,18 % soit 20 patientes contre 6,8 % soit 8 patientes pour le manque de sang.

OUEDRAOGO et al dans une étude sur la mortalité maternelle en Afrique de l'ouest en 2002, [51] trouvaient 10 cas sur 12 décès, soit 83,3 % ou le manque de sang pour transfusion était le facteur principal contre 10 cas sur 55 décès soit 18,3 % pour le retard de prise en charge.

Ces proportions élevées imputables aux facteurs contributifs pourraient s'expliquer par:

- l'insuffisance de dons de produits sanguins par les populations ;
- le retard de consultation dans une structure indiquée.

4 - 5 – 3. Taux de létalité

Dans notre série la proportion de décès maternels dus aux avortements était de 14,02 %.

Notre résultat est élevé comparativement à celui de Cissé au Sénégal qui trouvait 8 %.

Il est peu inférieur à celui trouvé par l'OMS pour toute l'Afrique, qui était de 14,28 % en 2007 [57]; mais sensiblement bas par rapport au taux trouvé par Odilind qui avait trouvé 25 % de décès maternels lié à l'avortement provoqué clandestin en Asie, 30 à 50 % en Afrique et en Afrique et en Amérique latine [47].

Ceci pourrait s'expliquer par l'intérêt que le gouvernement accorde à la prise en charge des complications depuis déjà une quinzaine d'années.

Le taux de létalité lié aux avortements dans notre étude était de 1,5 %. Assebouya en 2003 au CHU - YO trouvait également un taux de 1,5 %. Dao avait trouvé un taux de 1,24 % comparativement peu élevé par rapport à la nôtre. Quant à Ghilat, elle avait trouvé un taux de 0,56 % en 2005 comme taux de létalité dû aux avortements au plan national.

Notre taux élevé s'expliquerait par le fait que le CHU - YO est le centre de référence, qui reçoit tous les cas compliqués des autres centres.

Le taux de létalité lié aux avortements spontanés est de 0,4 % dans notre série et celui de l'avortement provoqué clandestin était de 5,9 %.

Notre taux 0,4 % d'avortement spontané est comparable à celui de Ky et Dao au BF, Binkin au Mali qui ont aussi eu 0,4 %.

Assebouya a trouvé 0,12 % au CHU - YO en 2003. Sangaré au Sénégal trouvait un taux de létalité de 0,2 %.

La létalité faible des avortements spontanés pourrait s'expliquer par le fait que ces avortements sont rarement reçus avec des complications majeures. En outre les complications infectieuses sont rares au cours des avortements spontanés.

Quant aux avortements provoqués, le taux de létalité de 5,9 % est très élevé (plus de 10 fois supérieures au taux de létalité causée par les avortements spontanés.) En outre dans notre étude le taux de létalité annuel par APC était également plus de 10 fois supérieure à celui de l'avortement spontané de 2002 à 2009.

Cette létalité élevée s'expliquerait par plusieurs raisons:

- Ces avortements provoqués (APC) exposent aux complications infectieuses.
- L'infection est un facteur majeur bien connu de risque de mortalité parmi les complications d'avortement [25].
- Les complications hémorragiques sont fréquentes au cours des APC.

BINKIN a trouvé 1,8 %, ASSEBOUYA 9 %, KY 9 %, DAO 4,7 %.

GOYAUX lors d'une étude sur les avortements provoqués dans trois pays africains (Bénin, Cameroun, Sénégal) trouvait un taux de létalité de (2,27 % au Bénin, 4,1 % au Cameroun et 2,8 % au Sénégal).

Au cours des 10 années, les avortements spontanés étaient responsables de 2,95 % des 1005 cas de décès maternels observés dans le service de gynécologie obstétrique du CHU - YO.

Notre taux est inférieur à celui de Ky au Burkina et Binkin au Mali, qui trouvaient respectivement 6,4 % et 6 %.

Assebouya, au Burkina en 2003 trouvait 0,9 %.

Les avortements provoqués clandestins étaient responsables de 11,07 % des décès maternels dans notre étude.

Notre taux est inférieur à celui de Assebouya qui trouvait que les avortements provoqués clandestins représentaient 12,3 % des cas de décès maternels; mais il est supérieur à ceux trouvés par d'autres auteurs en Afrique: Diallo [19] en Guinée, Sangaré [50] au Sénégal qui trouvaient respectivement 7 % et 3,5 %.

Batupe [8] au Cameroun trouvait 37,3 %.

Dans l'étude de Diallo [18] au Mali en 2000, sur les complications des avortements illégaux à Bamako 10 % des décès maternels étaient liés aux avortements provoqués.

Nous pensons que ces différents taux restent sous estimés du fait de l'existence de cas d'avortements provoqués clandestins (APC) non avoués et de cas de décès survenus en dehors des services sanitaires.

4 - 5 – 4. Evolution du taux de létalité

En 2001 le taux de létalité des avortements qui était de 1,01 % va d'abord connaître une évolution stationnaire jusqu'en 2004, pour ensuite dépasser le double en 2005, soit 2,06 %. Ce taux connaîtra une évolution en dent de scie de 2006 à 2010, période durant laquelle elle va chuter à 1,64 % en 2006, subir une hausse 2,28 % puis une nouvelle baisse 1,6 respectivement en 2007 et 2008.

En 2009, ce taux va atteindre un pic de 2,56 % pour enfin subir une légère diminution soit 2,24 % en 2010.

Durant notre période d'étude le taux de létalité de 2001 à 2010 va subir une augmentation globale. En effet de 1,01 % en 2001 elle va atteindre plus du double en 2010 soit 2,24 % en 2010.

Cette augmentation pourrait s'expliquer par la fréquentation de plus en plus accrue du service de SAA du CHU - YO centre de référence par les patientes, et par la continuité et la qualité des prestations des SAA. En outre la population surtout jeune reste ignorante sur l'usage des méthodes contraceptives dans notre pays; ce qui a alors pour corollaire les grossesses indésirées avec son cortège de maux comme les avortements provoqués clandestins et la mort.

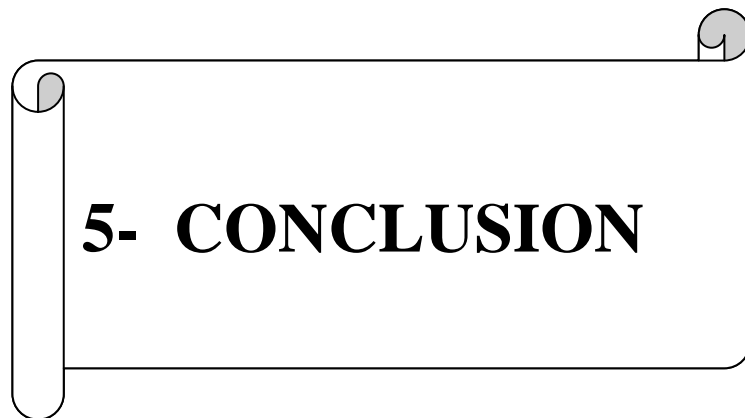
Nous pensons que ces taux quoique élevés sont sous estimés car toutes les patientes victimes d'avortement ne se présentent pas dans le service de maternité; et certaines ayant pratiqué des avortements provoqués clandestins se retrouvent dans les services d'urgence médicale et de chirurgie viscérale.

Néanmoins seules les stratégies préventives, essentiellement basées sur la promotion des centres de santé de reproduction sont susceptibles de réduire cette létalité. Ce sont:

- L'éducation sexuelle dans les établissements secondaires et dans nos universités et dans les familles afin que le sexe cesse d'être un tabou.
- La vulgarisation des méthodes contraceptives et la sensibilisation de la population pour leur usage.

Mais également des actions curatives sont primordiales telles que:

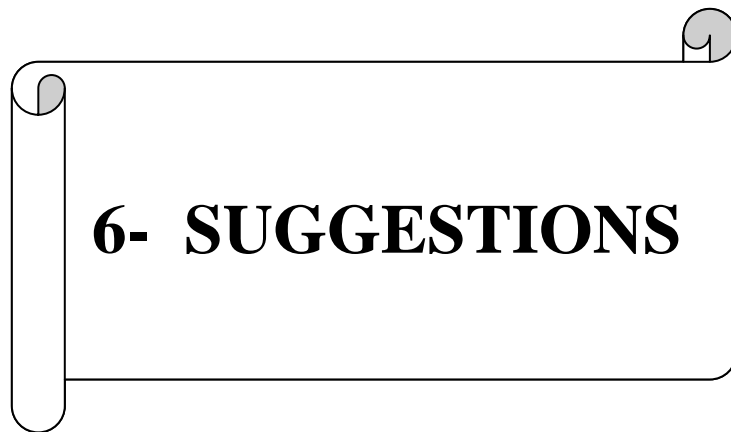
- La prise en charge précoce des menaces ;
- Une consultation précoce pour toute métrorragie dans un service de santé afin de bénéficier d'une AMIU en cas d'avortement confirmé.



5- CONCLUSION

Au terme de notre étude sur le profil sociodémographique et évolution du taux de létalité des avortements de 2001 à 2010 dans le service de gynécologie obstétrique du CHU - YO, il ressort que:

- La mise en place des services de SAA permet un bon counseling post avortement.
- L'avortement est responsable de 16,01% des admissions dans le service.
- Les complications sont dominées par l'hémorragie et l'infection et le taux de létalité est resté au dessus des normes de l'OMS. En effet, nous avons observé une tendance à la baisse au début de la mise en place des services, cependant, cette évolution vers l'amélioration du pronostic a connu une inversion avec à partir de 2005, une augmentation du taux de létalité.
- La mise en place des services, le counseling pré-AMIU et post AMIU et les consultations de PF permettraient aux jeunes filles d'éviter les avortements compliqués.
- Au décours de ce travail nous pouvons suggérer que la meilleure arme pour réduire la létalité reste la prévention par la planification familiale et l'espacement des naissances, la prise en charge précoce des menaces et des complications d'avortement et l'amélioration du plateau technique en regard des causes.



6- SUGGESTIONS

6 – 1. Au Ministre de la santé

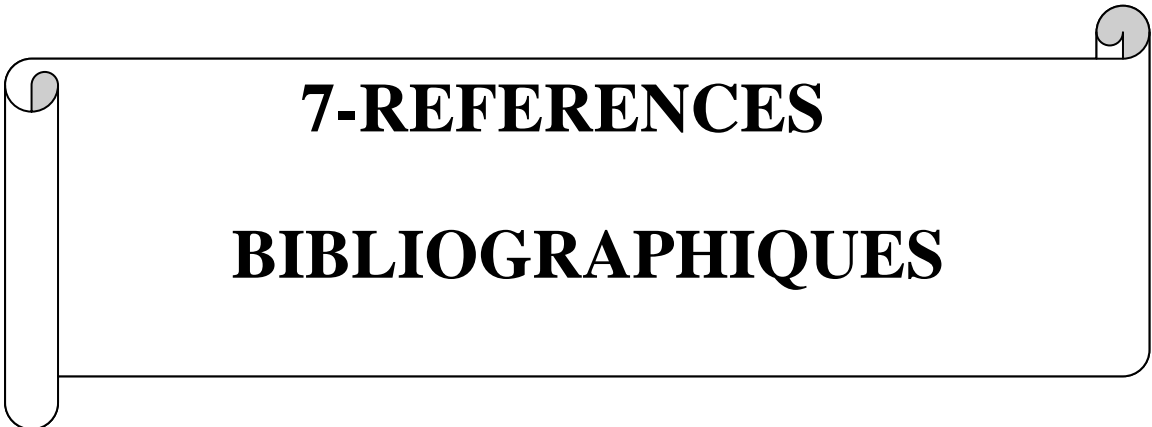
- Renforcer les activités préventives d'éducation en santé de la reproduction de nos pays.
- Rendre encore plus accessibles les SAA aux populations en dotant les structures sanitaires périphériques en personnels et en matériels adéquats pour la prise en charge des avortements.
- Doter les structures sanitaires scolaires et universitaires de méthodes contraceptives variées.
- Adopter une politique d'éducation sexuelle à l'attention des parents non scolarisés et des jeunes.
- Permettre une prise en charge des patientes sans prépaiement.
- Organiser une journée nationale sur l'avortement dans le but d'une sensibilisation.

6 – 2. Aux praticiens

- La recherche active des complications des avortements et leur prise en charge précoce.
- Un bon archivage des dossiers sur l'avortement sur des fichiers informatisés.
- Faire un bon counseling et offrir les soins en respectant les règles de prévention des infections (PI).

6 – 3. A la communauté

- Planifier les grossesses afin d'éviter les grossesses non désirées.
- Préparer l'accouchement.
- Créer des mutuelles de santé permettant de prendre en charge les cas d'avortements



7-REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

1- Adriamady Rasoarimahandry C.L, Rakotoarimanana M, Ranjalahy R.J. Mortalité maternelle à la maternité de Befelatanana, CHU d'Antananarivo de 1988 à 1997. Journal de Gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. Vol 29, N° 5- Septembre 2000.

2-Alihonou E. Causes de mortalité maternelle et conditions socio-économiques et sanitaires. (Analyse à la clinique de gynéco-obstétrique de Cotonou de 1990 à 1993). 3^{ème} congrès de la SAGO, Yaoundé, Décembre 1994 ; 125-131

3-Assebouya T. Les avortements à la maternité du CHN-YO : Aspects épidémiologiques clinique et pronostiques. Th Med Ouagadougou UFR/SDS, 2003 ; n° 38 :72

4-Aupelf-Urelf Obstétrique. Paris : Ellipses, 1995 :983.

5-Ba G. M, Diallo D, Faye E.O, Gaye A. Diadhiou F. Grossesse, Accouchement et sexualité de l'adolescence. A propos de 141 dossiers. Les Actes du troisième congrès de la SAGO 1994.

6-Baeta S, Akpaza K. S, Boukary A-G, Wonegou K. P. Les avortements provoqués clandestins à la maternité de Bé (Lomé-Togo). Aspects sociodémographiques cliniques et thérapeutiques en l'an 2001. Communication 7^{ème} congrès SAGO, Bamako 2003.

7-Barnes-Josiah D, Myntti C, Augustin A. The three delays'as a framework for examining mortality in Haiti. Soc sci med 1998; 8:981-993.

8-Batupe C. La mortalité maternelle à l'hôpital provincial de Bamenda, Camérroun. Septembre 1989-Septembre 1993. Les actes du 3^{ème} Congrès de la Société Africaine de Gynécologie d'Obstétrique (SAGO). 1994

9-Bazié A. J, Dao B, Walaga P. A, Bambara M, Yaro S. Les avortements provoqués clandestins au CHU-SS (à propos de 158 cas). Symposium sur l'avortement en Afrique. Bobo Dioulasso, BF. Mars 1996.

10-Binkin J.N, Burton N. M, Touré A.H, Traoré M. L, Rochat R.W. Women hospitalized for abortion complication in. International Family Planning Perspective. 1984, 10(1): 8-12

11-Bohoussou K.M, Djanhan Y, Bokossa E, Koné N, Welffens E, Touré K, Tonneau P. La mortalité maternelle à Abidjan (Cote d'Ivoire) de 1988 à 1993. Médecine de l'Afrique Noire 1995 ; 42 : 567-71

12-Campana M, Neri G. Role of chromosome aberrations in recurrent abortion: report of 269 balanced translocations. Am J Med Genet, 1986; 24:341-356.

13-Chiphangwi JD, Zamaéré TR, Graham WJ, Duncan B, Kenyon T, Chanyama R. Maternal mortality in the Thyolo District of Southern Malawi. East Afr Med J 1992; 69 :675-9.

14-Cissé C. T, Diagne A, Faye E.H.O. Amélioration de la qualité des SSA en zone rurale. Cahier Santé 2004 ;14:245- 50

15-Code pénal sur l'avortement au Burkina Faso : Avortement : éthique et droit.1999

16-Dao A. L. Soins après avortements. Bilan de 11 années de pratique dans le service de gynécologie obstétrique du CHU-YO. Du 1^{er} Octobre 1997 au 31 Décembre 2007. Th Med : Ouagadougou, 2010 ; n°54 :97

17-Diadiou F, Ba/Gueye M, Diouf A, Sangaré M, Diarra S. Mortalité et morbidité maternelle en Afrique noire. Influences des politiques de planification familiale. Les Actes du 3^{ème} congrès de la SAGO. 1994.

18-Diallo D.F.S, Traoré M, Diakité S, Perrotin F, Dembélé F, Diarra I, Dolo A. Complications des avortements provoqués illégaux à Bamako (Mali) de décembre 1997 à Novembre 1998.

Cahiers Santé 2000 ; 10(4) :243-247

19-Diallo F.B, Camara Y, Diallo A.B, Diallo T.S. Evolution de la mortalité maternelle à Conakry de 1982 à 1993. Les actes du 3^{ème} Congrès de la Société Africaine des Gynécologie et d'Obstétrique (SAGO)

20-Diallo MS, Sidibé M, Keita N. La mortalité maternelle. A propos de 212 observations en 7 ans à la maternité Saint Ignace Deen de Conakry(Guinée). Rev Fr Gynécol Obstet 1989 ; 84 : 412-22.

21-Djanhan Y, Kouakou P, Kouassi N. Les complications immédiates des avortements provoqués clandestins au CHU de Bouaké. 6^{ème} congrès de la SAGO, 2000.

22-Farr Ad The Marquis de SADE and induced abortion. Journal of Medical Ethics, 6(1) 7-10, 1980.

23-Ghilat P. Evaluation des soins après avortements au BF. Mémoire CES Ouagadougou 2005, 70.

24-Gosh A, Koné B, Lankoandé J, Tapsoba P. Introducing improved post abortion care into maternity service in Burkina Faso. New York: Population Council, January 19-21, 1997:25

25-Goyaux N, Alihonou E, Diadhiou R, Leke R, Thonneau P.F. Complication of induced abortion and miscarriage in the three countries: a hospital-based study among WHO collaborating centers. Acta Obstet Gynecol Scand, 2001; 80:568-573.

26-Harold J. Congenital malformation: etiologic factors and their role in prevention. N. Engl J.Med. 1982; 308: 424-429.

27-Iloki L.H, G'Bala Sapoulou, Kpekpede F, Ekoundzola J.R. Mortalité maternelle à Brazzaville (1993-1994). J Gynecol Obstet Biol Reprod 1997

28- Iloki L.H, Zakouloukou-Massala A, Gbala-Sapoulou M.V. Complications des avortements clandestins : A propos de 221 cas observés au CHU de CHU de Brazzaville. Médecine d'Afrique noire 1997 ;44(5) :262-164.

29-INED L'avortement dans le monde décembre 2008

30-I.P.P.F. Conférence de Maurice : Les avortements à risque et la planification familiale post abortum en Afrique. Ile Maurice, 1994

31-Jeanine H, Katherine T, Teresa M. L, Laura C. Soins après avortement centrés sur la femme: guide de référence.

IPAS 2005 ISBN : 1-882220-41-2 N° CATALOGUE : PACREF-P04, 213

32-Justesen A, Kapiga S.H, Van Asten H. Abortion in Hospital setting: hidden realities in Dar es Salaam Tanzania 1992: 23(3): 325-332.

33-Koly F. L'avortement provoqué clandestin : aspects actuels et perspectives à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar. (12 metho sonde)

Th. Méd Universtaire de Dakar, 1991 :117.

34-Konje J.C, Obiessan K.A, Ladipo O.A Health and economic consequences of septic induced abortion. International Journal of Gynecology and obstetric, 1992; 37: 193-197.

35-Ky A. Y. Les avortements dans les maternités de la ville de Ouagadougou. Aspects épidémiologiques cliniques et prise en en charge. Th. Med, Ouagadougou, 1998 ; n°49 :108.

36-Leke RJ. Outcome of pregnancy and delivery at the central maternity of the central of Yaoundé. Ann univ Sc Santé Yaoundé 1987; 4 :322-30

37-Lokossou A, Komongui D.G, Adisso S, Lombat Diback S.A, De Souza J, Perrin R. Evaluation de la prise en charge des avortements incomplets à la maternité de Cotonou à propos de 495 cas d'avortements recensés. Les actes du 6^{ème} congrès de la SAGO, 2000.

38-Mbizvo MT, Fawcus S, Lindmark G, Nystrom L. Maternal mortality in rural and urban Zimbabwe: Social and reproductive factors in an incident case referent study. Soc Sci Med 1993; 36: 1197-205;

39- Merger R, Levy J, Melchior J. Précis d'obstétrique 6e édition Masson 2001,

40- Merger R, Levy J, Melchior J. Précis d'obstétrique. 5e édition revue et augmentée, Masson Paris 1993. 880p

41-Meyer S Avortement et conception dans l'histoire. Th. Med. Limoges 1980

42-Ministère de la santé (Burkina Faso) : Annuaire statistique de 2009 :191

43-Ministère de la santé (Burkina Faso) / Secrétariat Général/Direction générale de l'information et de la statistique sanitaire Tableau de bord Santé du BF. 2008. 2009 ; 83.

44-Ministère de la santé Burkina Faso/ document OMS : Protocole de santé de la reproduction :Mai 2010

45-Netter A, Rozenbaum H. Histoire illustrée de la contraception de l'antiquité à nos jours. Paris : Dacosta R., 1985, 263-272

46-Nlomé-Nzé A.R, Picaud A, Mbadinga A, Ogowet N, Engongah-Beka-T. Les avortements clandestins à Libreville, véritable problème de santé publique. Médecine d'Afrique Noire 1991 ; 38 (3) : 223-227

47-Odlind V. Induced abortion a global health problem. Acta Obstet Gynecol Scand Suppl 1997 164: s 43-45.

48-Olson S B, Magenis R E. Cytogenetic aspect of recurrent pregnancy los. Semi Reprod Endocrinol, 1988;6: 191-192.

49-OMS Estimation révisée de la mortalité maternelle pour 1990. Genève : OMS, 1996 : 15

50-OMS Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003, fifth ed., Geneva: WHO, 2007.

51-Ouédraogo C, M.-H, Bouvier-Colle. Mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest : comment, combien et pourquoi? Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie. Vol 31, N°1- février 2002 ; 80-89

52-Ramdé F. Les avortements provoqués clandestins (à propos de cas observés à l'hôpital Yalgado OUEDRAOGO). Th Med Ouagadougou FSS, 1989 ; n°8 : 65.

53-Rash V, Muhammad H, Urassa E, Bergstroms The problem of illegal induced abortion: results from a hospital-based study conducted at district level in dar es Salam.

Tropical Medecine and International Health, 2000; 5(7):495-502

54-Rogo K.O Induced abortion in sub-saharan Africa

The East African Journal 1993; 70(6):386-394

55-Rozenberg P, Bardou D. Ocytociques ; Encycl. Méd. Chirg ; Obstétrique, 5-049-Q-10, 1996, 10p

56-Sangaré M, Faye E.O, Diouf A, Moreira P., Diadhiou F. Mortalité et morbidité liées aux avortements dans quatre sites de références dakaroise au Sénégal, UCAD/CGO/CHU/ Le Dantec et OMS/HRP.1995 ; 50p

57- Sepou A, Gaye A., Dumont A Jusqu'ou vont les auteurs d'interruptions clandestins de grossesse en milieu africain ? Médecine tropicale 2005 ; 65 :64-66.

58-Tankoano A.F. Connaissances, attitudes et pratiques en matière de planification dans un village gourmantché. Th. Med : Ouagadougou FSS, 1989 ; n°127.

59-Tapsoba A. S. Les avortements dans les centres hospitaliers nationaux du BF : evaluation de la prise en charge intégrée. Th. Med, Ouagadougou, 1999 ; n°621 :88.

60-Touré B. Level and cause of maternal mortality in Guinea. International Journal of Gynecology and obstetrics 1992; 89-95.

61-Traoré C. L. Soins après avortement à la maternité du CHU-YO en 2002. Evaluation de la prise en charge intégrée. Th. Med., Ouagadougou, 2003 ; n°48 : 83.

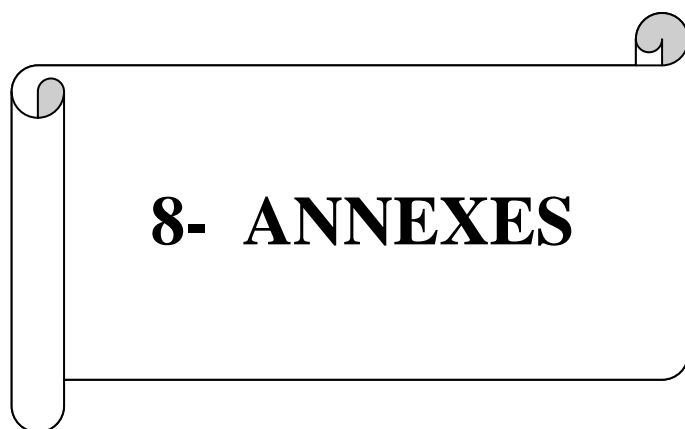
62-United Nation Population Division Fetal, infant and early childhood mortality. Genève: OMS 1954; 2: 14-15.

63- Winkler J, Oliveras E, Mcintosch N. Soins après avortement: Guide pratique pour améliorer la qualité des soins. Blatimore POST ABORTION CURE CONSORTIUM, 1995 : 126

64-World Health Organization (WHO). Spontaneous and induced abortion. Report service, 1970: 461.

65-Yao D. Aspects cliniques et thérapeutiques des avortements provoqués clandestins. Th Méd. : Abidjan, faculté de médecine 1994 ; n°601 :75.

66-Yusuf L, Zein Z.A. Abortion at Gondar college hospital, Ethiopia. East African Medical Journal, 2001, 78(5): 265-268



8- ANNEXES

ETUDE DE L'EVOLUTION DU TAUX DE LETALITE DES AVORTEMENTS DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU 1^{er} JANVIER 2001 AU 31 DECEMBRE 2010.

Fiche numéro.....

Dossier numéro....

Année.....Mois.....

I/Identité

Age..... ans Profession: salariée/___/ ménagère/___/ élève/ étudiante/___/
coiffeuse/___/ commerçante/___/ autres
(préciser).....

Situation matrimoniale: marié/___/ Célibataire/___/ Concubinage/___/
Résidence: Ouagadougou/___/ Province/___/ Préciser:

II/ Antécédents

II.1/ Personnels

II.1.1/ Gynécologiques et obstétricaux

Cycle: Régulier/___/ Irrégulier/___/ Durée: Contraception: Oui/___/
Non/___/ Type:

Nombre de geste/___/ Nombre de pares/___/ Nombre d'enfants vivants/___/
Nombre d'avortements spontanés/___/ Nombre d'avortements provoqués/___/

II.1.2/ Médicaux: HTA/___/ Diabète/___/ Hémoglobinopathies /___/
Asthme/___/ Insuffisance rénale/___/ Hépatites/___/ Autres/___/
Préciser.....

II.1.3/ Chirurgicaux: Césarienne/___/ Laparotomie/___/

Autres.....

II.2/ Antécédents familiaux

HTA/___/ Diabète/___/ Hémoglobinopathies/___/ Asthme/___/

Autres

III/ Etude clinique

Age gestationnel (SA).....Types d'avortement: spontané/___/
provoqué:/___/

Si avortement provoqué: méthode abortive:

Produits abortifs:

Avortement thérapeutique/___/ Si oui, indication thérapeutique.....

Signes Fonctionnels:

Métrorragie/___/ douleurs abdomino - pelviennes/___/ Signes sympathiques de
la grossesse/___/ absence de mouvements actif du fœtus/___/

Autres.....

Signes généraux:

Etat général: Bon/___/ Altéré/___/

Conscience: Claire/___/ Altéré/___/

Anémie clinique: Oui /___/ Non/___/ Ictère: Oui /___/ Non /___/ Œdèmes
des membres inférieurs: Oui/___/ Non/___/

Température Pouls..... TA.....

Signes physiques: Choc hypovolémiques/___/ Cri de l'ombilic/___/ Cri du Douglas/___/ Lésions vaginales/___/ Lésions cervicales/___/

Autres signes infectieux :.....

Corps étrangers ? Non/ ___/ Oui /___/ Lequel ?.....

Localisation: Intra - vaginal/___/ Intra - cervical/___/ Intra utérine/___/

Complications: au moment de l'admission: septicémie/___/ Hémorragie grave/___/ Infection/___/ Choc/___/ Réaction toxique ou chimique/___/ Traumatisme génital et des organes internes/___/ Anémie/___/ Autres (préciser).....

IV/Signes para cliniques:

biologie: Taux d'hémoglobine.....Leucocytes..... Plaquettes.....Groupe sanguin rhésus..... goutte épaisse.....Urée..... créatinine.....Glycémie..... Uricémie.....ASAT..... ALAT..... Imagerie: échographie pelvienne:

Autres

V/ Diagnostic

Diagnostic préthérapeutique:Avortement spontané/___/ Avortement à risque /___/

Complications: Perforations utérines/___/ Endométrite/___/

Choc septique/___/ Péritonites/___/ Septicémies/___/ Anémie/___/

Tétanos/___/ Hémorragie grave/___/ Choc hypovolémique/___/

Autres (préciser)..... Si avortement à risque, méthodes utilisées.....

VI/ Aspects thérapeutiques

Traitement médicamenteux: antibiotiques/___/ Utero tonique /___/

Antispasmodique/___/ Hémostatiques/___/ Anti - inflammatoire/___/

Macromolécule/___/ Antalgique/___/

Transfusion: Oui /___/ Non /___/ Quantité:

Autres.....

Evacuation utérine: AMIU/___/ curage digital/___/ curetage/___/

Laparotomie/___/ Autre (préciser).....

V/ Evolution

Favorable:___/

Complications: septicémie/___/ Hémorragie grave/___/ Infection/___/ Choc/___/

Réaction toxique ou Chimique/___/ Traumatisme génital ou d'organe /___/

Anémie/___/ Autres (préciser).....

Décès: Oui/___/ Non/___/

Si oui - Causes de décès: septicémie/___/ hémorragie grave/___/ Infection/___/

Choc septique/___/ Insuffisance rénale/___/ Traumatisme génitale ou d'organe

interne/___/ Anémie/___/

Choc hypovolemique/___/ Autres

Facteurs contributifs: manque de sang/___/ manque de médicaments/___/

retard de prise en charge/___/ Autres:

Durée du séjour.....

(en jour)

Résumé

Titre : Etude du taux de létalité des avortements dans le service de gynécologie obstétrique du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2010

L'avortement constitue un problème de santé publique dans notre pays. Notre étude réalisée à la maternité du CHU - YO a montré que durant la période d'étude du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2010, l'avortement a constitué 16,01 des admissions dans le service de gynécologie obstétrique.

On a enregistré au cours de cette période 1 avortement pour 4,25 accouchements et 141 décès par avortement.

Les victimes des décès par avortement spontané étaient pour la plupart des pauci gestes (38 %) et des pauci pares (38 %) sans activités rémunératrices; tandis que l'avortement provoqué clandestin était l'apanage des primigestes (49,5 %) et des nullipares (52,5 %), jeunes, non mariées sans activités rémunératrices.

La fréquence générale des avortements reste élevée dans notre étude.

Dans notre série, le taux de décès maternels dus aux avortements était de 14,02 % avec 11,07 % pour les avortements provoqués clandestins contre 2,95 % pour les avortements spontanés. Le taux de létalité dans l'ensemble était de 1,5 %.

Le taux de létalité des avortements spontanés était de 0,4 % contre 5,9 % pour les avortements provoqués.

Globalement de 2001 à 2010, le taux de létalité des avortements va connaître une ascension considérable. En effet de 1,01 % en 2001, il est passé à 2,06 % en 2005 pour atteindre son pic 2,56 % en 2009 avant d'enregistrer une légère baisse soit 2,24 % en 2010.

La meilleure arme contre l'avortement, par conséquent la réduction du taux de létalité réside dans le renforcement des stratégies préventives, d'éducation en santé de la reproduction et de vulgarisation de méthodes contraceptives; également la consultation précoce pour tout cas de métrorragies et de douleurs pelviennes peut contribuer à faire régresser ce taux de létalité.

Mots clés :- Evolution

- Taux de létalité

-Avortements

E-mail : ouedraz@yahoo.fr. Tel : 70 54 84 70/ 76 64 01 90

Thèse de Doctorat d'Etat en Médecine/OUEDRAOGO W. Abdoul Aziz/ouedraz@yahoo.fr - 99

SERMENT D'HIPPOCRATE

« En présence des MAITRES de cette Ecole et de mes chers Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire au dessus de mon travail.

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

Respectueux et reconnaissant envers mes MAITRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si le suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprise de mes confrères si j'y manque.»

Résumé

Titre : Etude de l'évolution du taux de létalité des avortements dans le service de gynécologie obstétrique du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2010

L'avortement constitue un problème de santé publique dans notre pays. Notre étude réalisée à la maternité du CHU - YO a montré que durant la période d'étude du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2010, l'avortement a constitué 16,01% des admissions dans le service de gynécologie obstétrique.

On a enregistré au cours de cette période 1 avortement pour 4,25accouchements et 141 décès étaient liés à avortement.

Les victimes des décès par avortement spontané étaient pour la plupart des pauci gestes (38 %) et des pauci pares (38 %) sans activités rémunératrices; tandis que l'avortement provoqué clandestin était l'apanage des primigestes (49,5 %) et des nullipares (52,5 %), jeunes, non mariées sans activités rémunératrices.

La fréquence générale des avortements reste élevée dans notre étude.

Dans notre série, le taux de décès maternels dus aux avortements était de 14,01 % avec 11,07 % pour les avortements provoqués clandestins contre 2,95 % pour les avortements spontanés. Le taux de létalité dans l'ensemble était de 1,5 %.

Le taux de létalité des avortements spontanés était de 0,4 % contre 5,9 % pour les avortements provoqués.

Globalement de 2001 à 2010, le taux de létalité des avortements va connaître une ascension considérable. En effet de 1,01 % en 2001, il est passé à 2,06 % en 2005 pour atteindre son pic 2,56 % en 2009 avant d'enregistrer une légère baisse soit 2,24 % en 2010.

La meilleure arme contre l'avortement, par conséquent la réduction du taux de létalité réside dans le renforcement des stratégies préventives, d'éducation en santé de la reproduction et de vulgarisation de méthodes contraceptives; également la consultation précoce pour tout cas de métrorragies et de douleurs pelviennes peut contribuer à faire régresser ce taux de létalité.

Mots clés :- Evolution

- Taux de létalité

-Avortements

E-mail : ouedraz@yahoo.fr. Tel : 70 54 84 70/ 76 64 01 90