

Ministère des Enseignements secondaire
Supérieur et de la recherche scientifique

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi



UNIVERSITE
DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2007 – 2008

Thèse N° ____/

THESE

**AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS APRES
AVORTEMENT PAR LA TECHNIQUE D'ASPIRATION
MANUELLE INTRA UTERINE AU CENTRE DE SANTE
DE REFERENCE DE LA COMMUNE IV DE BAMAKO**

Présentée et soutenue le 2007 devant la **Faculté
de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie**

Par

Monsieur ***Cheick Ahmed Sékou TOURE***

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (diplôme d'état)

JURY

PRESIDENT :

Pr Tiéman COULIBALY

MEMBRE DU JURY :

Dr Mahamadou TRAORE

CO-DIRECTEUR DE THESE:

Dr Moustapha TOURE

DIRECTEUR DE THESE :

Pr Salif DIAKITE

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008

ADMINISTRATION

DOYEN: **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR: **DRISSA DIALLO** – MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGÉ

2^{ème} ASSESSEUR: **SEKOU SIDIBE** – MAÎTRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL** – CONTROLEUR
DES FINANCES

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Sinè BAYO	Anatomie- Pathologie- Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Boukassoum HAIDARA	Législation

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gyneco- Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gyneco- Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation

Mr Djibril SANGARE Chirurgie Générale, **Chef de D.E.R.**
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco- Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophthalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco- Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie- Réanimation

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco- Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	Oto-Rhino-Laryngologie
Mr Zimogo Zié Sanogo	Chirurgie Générale
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie / Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophthalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophthalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophthalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie/ Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	Oto-Rhino-Laryngologie
Mr Bouraïma MAIGA	Gynécologie/Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie/Réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie, Chef de D.E.R.
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie

3. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou Baby	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie-Mycologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie-Mycologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Djbril SANGARE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie, Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie- Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro- entérologie- Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato- Léprologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo- Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K Minta	Maladies Infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme Diarra Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou B. TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépto-gastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépto-gastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie

Mr Souleymane COULIBALY
Mr Soungalo DAO
Mr Cheick Oumar GUINTO

Psychologie
Maladies infectieuses
Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE
Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Ousmane DOUMBIA
Mr Elimane MARIKO

Toxicologie
Chimie Analytique **Chef de D.E.R**
Pharmacie Chimique
Pharmacologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA
Mr Benoît Yaranga KOUMARE
Mr Ababacar I. MAIGA

Matières Médicales
Galénique
Chimie Analytique
Toxicologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO
Mr Yaya KANE
Mr Saibou MAIGA
Mr Ousmane KOITA
Mr Yaya COULIBALY

Pharmacognosie
Galénique
Législation
Parasitologie Moléculaire
Législation

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE

Santé- Publique- **Chef de D.E.R**

2. MAÎTRE DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAÏGA

Santé Publique

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA
Mr Hamadoun SANGHO
Mr Massambou SACKO
Mr Alassane A. DICKO
Mr Mamadou Souncalo TRAORE
Mr Hamadoun Aly SANGO
Mr Seydou DOUMBIA
Mr Samba DIOP
Mr Akory Ag IKNANE

Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Epidémiologie
Anthropologie Médicale
Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO
Mr Seydou DIARRA

Biostatistique
Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISS	Hydrologie
Pr Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr Lamine GAYE	Physiologie



**DEDICACES ET
REMERCIEMENTS**

Au nom **d'ALLAH**, le **clément** et le **miséricordieux**.

Après avoir loué et rendu gloire à **ALLAH** qui m'a donné la santé et l'inspiration nécessaire pour mener à bien ce travail et je rends hommage à son prophète **Mohamed** (paix et salut sur lui) Amen !

DEDICACES

Je dédie cette thèse :

A mon père : Madani TOURE

Tu nous as toujours dit avec la même ferveur que le travail et le courage fournissent les réponses à toutes les questions. Tu as créé en nous l'amour du travail bien fait. Tes infatigables conseils ont porté fruits. Tu nous as guidés avec rigueur mais aussi avec amour.

Ta présence à chaque étape de notre vie, ta ferme volonté de nous voir réussir et ton grand soutien, font de toi un père exemplaire. Que **DIEU** te récompense et te garde encore longtemps parmi nous. Amen !

A ma mère : Fatoumata DOUMBIA

Douce mère

Tendre mère

Vénération mère

Tu es toujours prête à tout sacrifier pour que nous, tes enfants, réussissions. Tu as toujours été là quand nous avons besoin de toi. Ton amour et ton soutien ne nous ont jamais fait défaut. Tes qualités humaines font de toi un être exceptionnel. Ce travail est le fruit de ton effort sans cesse renouvelé. Tu me répétais sans cesse que « seul le travail bien fait est gage de réussite »maman tu me connais mieux que moi-même. Aucun mot ne saurait traduire à sa juste valeur ce que je ressens pour toi.

Nous espérons être à la hauteur et ne jamais te décevoir.

Puisse **DIEU** te garde longtemps à nos côtés, Amen !

A mon oncle : Feu Boubacar DOUMBIA

C'est l'occasion pour moi de t'exprimer ma profonde gratitude pour ton soutien inestimable mais la mort a brisé nos cœurs en nous privant brusquement de vos sages conseils. Qu'**ALLAH** le tout puissant te récompense et t'accueille dans le paradis.

A mes sœurs et frères,

Vos soutiens et vos conseils ne m'ont jamais fait défaut, ce travail me permet de vous réitérer mon amour et c'est l'occasion pour moi de vous rappeler que la grandeur d'une famille ne vaut que par son unité

A mes neveux et nièces,

Tous mes sentiments sont pour vous. Je vous exhorte à travailler d'avantage.

A mes tantes : Oumou, Mariam, Aminata, Djeneba, kadidia,

Je vous dis merci pour vos conseils et vos soutiens inestimables. Ce travail est le votre.

A Dr KEITA Koniba,

C'est l'occasion pour moi de t'exprimer ma profonde gratitude pour ton soutien et tes conseils.

A Dr Manifa COULIBALY,

Cher maître et Tonton j'ai été impressionné par votre simplicité, votre disponibilité surtout votre abord facile.

Trouvez ici cher tonton, l'expression de toute ma gratitude

A Dr KOKAINA Chaka

Cher maître j'ai été impressionné par votre simplicité, votre disponibilité votre générosité, surtout votre abord facile.

REMERCIEMENTS

Je profite de ces instants solennels pour adresser mes vifs remerciements :

A mes amis : Bouba, Mohamed, Bourama, Dramane, Moussa, Ousmane, Seydou, Boubacar , Mamadou Keita,

Je n'ai jamais douté de votre amitié ; j'ai appris à vous connaître et à vivre avec vous malgré nos divergences .Je profite de cette occasion pour vous dire merci pour vos soutiens et vos conseils.

A tous mes camarades de la FMPOS : **Namakan, Boubacar dit Mao, Chaka, Gaoussou, Mamadou Traoré, Dr Pierre, Mariam, Dramane Coulibaly, Kifféri Keita, Dr Founè Sacko, Dr Amadou Kassongué, Dr Oumar Diallo, Sidiki, Nana, Daouda , Dr Bourehima KELLY,**

Vos encouragements ne m'ont jamais fait défaut recevez cette thèse en souvenir des nuits blanches passées ensemble au labeur, merci mes chers pour tous.

A mes aînés de la FMPOS : **Dr Abdoulaye Kamissoko, Dr Dramane Samaké, Dr Missiri SISSOKO, Dr Mamadou KEITA, Dr Souleymane DAGNOKO, Dr Brenima COULIBALY, Dr Drissa OUATTARA, Dr Kalifa TRAORE, Dr Abdoulaye Z Koné**

Merci pour vos conseils.

A mes cadets Gouro DICKO, Salaha, Niambouré CAMARA et principalement à mon ami Malamine .

A mes cousins et cousines : **Nassou COULIBALY, Adiaratou COULIBALY, Kalilou N'Daou, Rakié Aggée, Issa COULIBALY**

Merci pour tout ce que vous avez fait pour la réalisation de cette thèse.

A toute la **famille DOUMBIA à Lafiabougou : Grande Mère Rokia kassongué, Amadou DOUMBIA, Karim DOUMBIA, Abdoulaye DOUMBIA.**

C'est l'occasion pour vous exprimer toute ma profonde gratitude pour votre hospitalité.

A Mr **Daouda Diarra,**

Vous avez été pour moi « un père » exemplaire ; ce travail est le votre ; merci pour tout ; qu'**ALLAH** renforce votre bonté et votre générosité et guide toujours vos pas.

A la famille **Diané à Bolibana,**

Merci pour votre soutien et vos conseils inestimables.

A mon grand père, **Oumar KASSONGUE et sa famille à Paris,**

Je vous dis merci pour tout.

A tout le personnel de la clinique Eureka,

Recevez ce travail en témoignage de votre cordiale coopération.

Au médecin chef et tout le personnel du C.S.Réf de la commune IV.

Merci de m'avoir accueilli dans votre service et permis la réalisation de ce travail dans votre centre

A tous les collègues du **CRéf CIV : Zoumana TRAORE, Lamine CAMARA, Soumaila TRAORE, Fantamady CAMARA, Dr Missiri SISSOKO, Dr Fanta SANGARE, Assimou DIALLO, Billaly, Lassine DIAKITE, Issa DOGONI, Fatim DIALLO.**

A tous les amis et membres de l'association Kaoural.

Le moment est venu pour moi de vous signifier ma profonde reconnaissance pour toute l'affection que vous avez manifesté envers ma personne.

A toutes les familles **FOFANA et GUINDO au Point-G**, Merci pour vos conseils.

A Dr Touré Boubacar

Vous avez été pour moi un maître, un frère ; ce travail est le vôtre merci pour tout ; jamais je ne vous oublierai .Qu'ALLAH renforce votre bonté et votre générosité et guide toujours vos pas sur le droit chemin

A Dr Brehima Coulibaly,

Cher maître j'ai été impressionné par votre simplicité, votre disponibilité surtout votre abord facile.

Trouvez ici cher maître, l'expression de toute ma gratitude



**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

A notre maître et président du jury Professeur Tiéman COULIBALY

- ❖ Maître de conférences en traumatologie et d'orthopédie à la FMPOS
- ❖ Chirurgien orthopédiste et traumatologue au CHU Gabriel TOURE
- ❖ Membre de Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
- ❖ Membre de la société Internationale de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie(SICOT)
- ❖ Membre des Sociétés Marocaine et Tunisienne de Chirurgie Orthopédiques et de Traumatologie (SOMACOT et SOTCOT)
- ❖ Membre de l'association des Orthopédistes de Langue Française (AOLF)
- ❖ Membre de la société Africaine d'Orthopédie (SAFO)

Cher maître vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations

Votre simplicité, votre sérénité, votre abord facile votre esprit communicatif, votre culture, votre éloquence, font de vous un maître admiré de tous

Cher maître veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et soyez assuré de notre attachement indéfectible.

A notre maître et membre du jury

Docteur Mahamadou TRAORE

- Diplômé de doctorat d'état et certificat d'aptitude à l'exercice de la profession de la médecine de l'université Martin Luther de Halle-Wittenberg en ex RDA
- Titulaire du master en santé publique d'Ouidah au Bénin
- Responsable et Point focal « gratuité de la césarienne » de la division santé de la reproduction de la direction nationale de la santé

Cher maître, votre simplicité, votre disponibilité et votre extrême courtoisie sont autant de qualité que vous incarnez.

La clarté de vos explications ainsi que votre accueil fraternel font de vous un exemple à suivre.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et co-directeur de thèse Docteur Moustapha TOURE

- ❖ Diplômé de gynécologie et obstétrique
- ❖ Diplômé d'échographie de la faculté de médecine de Brest
- ❖ Titulaire d'un certificat du cours européen d'épidémiologie
Tropical de bale en suisse
- ❖ Titulaire d'un certificat de fécondation in vitro de Hambourg en
Allemagne
- ❖ Titulaire du master en recherche sur le système de santé de
l'université libre de Bruxelles
- ❖ Médecin chef du centre de santé de référence de la commune
IV du district de Bamako
- ❖ Maître assistant de gynécologie et d'obstétrique à la FMPOS
- ❖ Chevalier de l'ordre national du Mali

Cher maître, vos qualités académiques et professionnelles font de vous un homme remarquable

Votre simplicité, votre courage, votre disponibilité, votre volonté de transmettre votre savoir aux jeunes, votre désir d'égalité entre les hommes, votre humanisme, votre franchise, font de vous un exemple à suivre.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance. Puisse **DIEU** le tout PUISSANT vous rendre au centuple vos bienfaits

A notre maître et directeur de thèse :

Professeur Salif DIAKITE

- Professeur titulaire de gynéco-obstétrique à la FMPOS
- Gynécologue accoucheur à l'hôpital Gabriel Touré

C'est un honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations

Cher maître, vos qualités académiques et professionnelles font de vous un homme remarquable

Votre simplicité, votre sérénité, votre abord facile, votre esprit communicatif, votre rigueur scientifique, votre volonté de transmettre votre savoir aux jeunes, votre désir d'égalité entre les hommes, votre franchise font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici cher maître l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

Abréviations

- AMIU** : Aspiration Manuelle Intra-utérine
- AOLF** : Association Orthopédique de Langue Française
- ATCD**: Antécédent
- CCV** : Contraception Chirurgicale Volontaire
- CHN-YO** : Centre hospitalier National Yalgado Ouédraogo
- CHR** : Centre Hospitalier Régional
- CIPD**: Conférence Internationale sur la population et le développement
- Cm**: Centimètre
- DDR** : Date des Dernières Règles
- FNUAP**: Fond des Nations Unies pour la Population
- GEU** : Grossesse extra – utérine
- IST**: Infections Sexuellement Transmissibles.
- ITG** : Interruption Thérapeutique de Grossesse
- IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse
- Mg** : Milligramme
- ml**: Millilitre
- NFS** : Numération Formule Sanguine.
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.
- PF** : Planification Familiale
- RCI** : République de Côte d'Ivoire
- RDV** : Rendez-vous
- S.R.**: Santé de la Reproduction
- SA** : Semaine d'Aménorrhée
- SAA** : Soins Après Avortement
- SAFO** : Société Africaine d'Orthopédie

SICOT : Société Internationale de Chirurgie et de Traumatologie

SIDA : Syndrome Immuno Déficience Acquise

SMACOT et SOTCOT : Sociétés Marocaine et Tunisienne de
Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION ET OBJECTIFS	1
II. GENERALITES	5
1. Définition de l'avortement.....	5
2. Historique des soins après avortement.....	6
3. Rappel sur la clinique.....	9
4. Complications des avortements.....	11
5. Etiologies des avortements spontanés.....	13
6. Motivations des avortements provoqués.....	15
7. Méthodes d'évacuation.....	15
III. METHODOLOGIE	24
IV. RESULTATS	35
V. COMMENTAIRES DISCUSSION	52
VI. CONCLUSION RECOMMADATION	65
VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	68
VIII. ANNEXES	75

A speech bubble with a grey grid pattern and a white interior, containing the word "INTRODUCTION" in bold black capital letters. The bubble has a tail pointing to the right.

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION :

L'avortement est l'interruption de la grossesse avec expulsion du produit de conception avant 180 jours d'aménorrhée (soit 28 semaines d'aménorrhée) date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé pouvoir se développer et vivre jusqu'à un âge avancé. Il constitue une des principales causes de mortalité maternelle selon l'OMS car 20 millions d'avortements à risque ont lieu chaque année dans le monde et sont responsables de 78 000 décès maternels **[25]**.

En plus des décès maternels, les avortements à risque sont responsables d'une forte morbidité chez 10 à 20% des femmes **[13]** ; L'infertilité ou hypofertilité, les douleurs pelviennes chroniques, la grossesse extra-utérine, les avortements spontanés, les accouchements prématurés, les séquelles psychiques.

En Afrique environ 5 millions d'avortements à risque sont effectués chaque année, soit 30 avortements à risque pour 1 000 femmes en âge de procréer. Au moins 34 000 femmes, qui ont eu un avortement, meurent de complications, soit 1 sur 150 **[31]**.

Au Mali une étude faite par Binkin et AL sur les hospitalisations consécutives aux complications d'avortement estime 13% la proportion des avortements provoqués parmi lesquels 62% ont eu des complications graves telles les infections l'hémorragie et la perforation. Cette proportion n'est que de 16% pour des femmes ayant fait un avortement spontané **[5]**.

En vue de réduire la mortalité maternelle due à l'avortement, la prise en charge des complications de l'avortement a connu une évolution. Du curage digital et du curetage sous anesthésie

générale, on est passé à l'aspiration manuelle intra utérine sous anesthésie locale. En 1998, un programme de prise en charge intégré des complications de l'avortement a été expérimenté dans les deux CHU du Burkina Faso (CHU-YO et CHU-SS), puis secondairement étendu aux centres médicaux avec antennes chirurgicales (CMA) depuis 1998 [36]. Cette prise en charge inclut l'évacuation des restes du produit de conception par l'aspiration manuelle intra utérine (AMIU) et la prestation de conseils et information en contraception selon le concept des soins après avortement. Depuis 2002, le concept a été revu et comporte désormais cinq éléments essentiels :

- le traitement,
- les conseils,
- la contraception et le service de planification familiale,
- le lien avec les autres services de la santé de la reproduction,
- le partenariat entre la communauté et les prestataires de services.

Cela a permis d'améliorer la qualité des soins et des services :

- la durée d'hospitalisation est passée de quelques jours à quelques heures voire un traitement ambulatoire

L'AMIU a également permis de préserver la fécondité des femmes en évitant certaines complications immédiates (hémorragie), secondaires (infection, septicémie, insuffisance rénale, décès) et tardives (hypofertilité, voire stérilité) [36]. Mais l'AMIU, technique chirurgicale n'est pas absolument sans risques. En effet l'infection (endométrite, vulvo-vaginite), les lésions cervicales, les synéchies utérines et surtout la perforation utérine sont des complications de cette méthode. Néanmoins la survenue de la

perforation utérine reste rare **[36]**.

Ainsi, la recherche de méthode de traitement simplifiée, acceptable et sans innocuité pour la prise en charge de certaines complications de l'avortement s'impose

C'est dans ce contexte que des institutions telles que l'OMS et le FNUAP ont considéré l'amélioration de la prise en charge des avortements comme une priorité d'action.

Au Burkina Faso les SAA ont été introduits en 1997 après une phase de recherche opérationnelle qui a permis de mettre en place les services de prise en charge des avortements au niveau des centres hospitaliers nationaux.

Au Mali aucune étude n'a été faite concernant les SAA par la méthode AMIU.

Ainsi nous nous proposons de faire un bilan des soins après avortement à la maternité du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako dans le but d'apprécier les avantages de la qualité des SAA.

A speech bubble with a black outline and a grey grid pattern on its top and right sides. The word "OBJECTIFS" is written in bold, black, uppercase letters inside the bubble.

OBJECTIFS

OBJECTIFS :

A. Objectif général :

Améliorer la qualité des soins après avortement à la maternité du centre de santé de référence de la commune IV de Bamako

B. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des avortements au cours de notre étude
- Evaluer les facteurs de risque de la population de l'étude
- Décrire les différentes complications des avortements observées
- Evaluer la méthode AMIU dans les SAA
- Evaluer la morbidité et la mortalité des avortements



GENERALITES

II. Généralités :

1. Définition de l'avortement :

Le terme avortement provient de la racine latine « abortis » 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 semaines d'aménorrhée) date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé pouvoir se développer et vivre jusqu'à un âge avancé [21].

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 500g [39].

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

1.1. Avortement spontané : Il survient de lui-même en dehors de toute intervention volontaire.

1.2. Avortement provoqué : Il survient après des manœuvres ou entreprises destinées à interrompre la grossesse.

Il peut être :

- **Clandestin :** Lorsque l'avortement est réalisé par des personnes non qualifiées, alors qu'il est autorisé ou non par la législation en vigueur dans le pays. Non autorisé, il est appelé avortement criminel.

- **Thérapeutique** : Pour soustraire la mère d'un danger que la grossesse est censée lui faire courir ;
- **Eugénique** : Est réalisé lorsque le fœtus est porteur d'une tare génétique héréditaire ou congénitale ou suspecte de l'être (malformation).
- **Social** : Est réalisé lorsqu'il existe une raison sociale grave : viol, inceste.
- **Légal** : Autorisé par la loi dans certain pays.

Selon l'âge gestationnel, on distingue :

1.3. Avortement précoce :

C'est l'expulsion du produit de conception avant la 12^{ème} SA.

1.4. Avortement tardif :

C'est l'expulsion du produit de conception de 12 SA à 28 SA (ou du 3^{ème} mois au 6^{ème} mois).

2. Historique des soins après avortement :

Dans les années 1990, des conférences internationales commencèrent à énoncer le problème des mandats pour soutenir les droits des personnes vulnérables que sont les femmes et les enfants, la maternité sans risque et les initiatives sur la santé des femmes.

Ainsi, au plan mondial, se sont tenues :

- ✓ Le sommet mondial pour les enfants à New York, en 1990
- ✓ Le sommet de Vienne sur les droits de l'homme en 1993,
- ✓ La conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) au Caire en 1994 qui a défini le concept de santé de la reproduction et les stratégies de mise en œuvre,
- ✓ La conférence sur la promotion et l'autonomie de la femme en 1995 à Beijing

Au plan régional africain, des conférences se sont également tenues :

- ✓ La conférence de Nairobi en 1987 sur la maternité sans risque,
- ✓ La conférence de Niamey des pays francophones sur la maternité sans risque en 1989,
- ✓ La conférence MAQ sur l'assurance qualité et les critères de qualité des soins en 1995,
- ✓ Le forum SR/ACO sur les stratégies de formation en santé de la reproduction en 1996,
- ✓ La conférence de Ouagadougou sur la participation des hommes à la santé de la reproduction en 1998

Toutes ces conférences avaient pour mandat de soutenir les droits des femmes et des enfants, la maternité sans risque et les initiatives sur la santé des femmes

Le concept de Soins Après Avortement a été utilisé pour la première fois en 1991

Un Consortium SAA a été formé en 1993 par l'actuel Engender Heath, IPPF, IPAS, JHPIEGO, et Pathfinder International, afin d'éduquer les communautés au sujet des conséquences de l'avortement clandestin, et de promouvoir les SAA comme une stratégie efficace de santé publique pour les femmes.

Le modèle original SAA avec trois éléments fut publié pour la première fois en 1991 :

Il présente trois composantes :

- ✓ Le traitement d'urgence des complications liées à l'avortement,
- ✓ Le counseling et les services de planification familiale après avortement,

✓ Les liens avec d'autres services de santé de la reproduction.

En matière de SAA, les mandats suivants ont été proposés aux gouvernements et aux organisations:

- Renforcer leur engagement sur la santé des femmes
- S'occuper de l'impact de l'avortement sur la santé de la femme: il s'agit d'un problème majeur de santé publique
- S'assurer que l'avortement soit fait dans de bonnes conditions
- Assurer une gestion de qualité des complications de l'avortement
- Faire le counseling et l'éducation en PF et promouvoir les services de planification familiale

Le consortium SAA a soumis le cadre conceptuel des SAA à l'USAID/Washington, aboutissant au financement par l'USAID de programmes SAA.

Répondant à l'appel en faveur d'un élargissement du concept des SAA, des personnes appartenant au consortium SAA ont établi en juin 2000 un Groupe de travail avec pour plan initial l'expansion du modèle de SAA de manière à inclure un élément communautaire.

En 2001, les représentants du Groupe de travail ont ajouté aussi le counseling en tant qu'élément séparé.

En 2002, le consortium SAA a adopté un modèle élargi portant cinq composantes qui sont :

- Collaboration entre la communauté et les prestataires de services afin de :
 - ✓ Prévenir les grossesses non désirées et l'avortement insécurisé

- ✓ Mobiliser les ressources pour aider les femmes à recevoir des soins appropriés
 - ✓ S'assurer que les services de santé rencontrent les attentes et les besoins de la communauté
- Counseling : Il permet d'identifier et répondre aux besoins de santé psychologiques de la femme.
- Traitement :
- Il s'agit de prendre en charge les complications des avortements
- Contraception et services de planification familiale :
- L'objectif est d'aider les femmes à éviter une grossesse non désirée et à pratiquer l'espacement des naissances.
- Santé reproductive et autres services de santé :
- Il s'agit d'une prise en charge intégrée des problèmes de santé de la reproduction.

Au Burkina Faso, l'avortement n'est autorisé par la loi que pour sauver la vie de la femme, en cas de viol, d'inceste ou lorsque l'enfant à naître est atteint d'une malformation grave reconnue comme incurable au moment du diagnostic [4].

En 1996, la cellule de recherche en sante de la reproduction (CRESAR), en collaboration avec la direction de la sante de la famille, JHPIEGO, Population Council et le FNUAP ont initié un projet visant à améliorer les soins après avortement, dénommé amélioration des soins après avortement dans les maternités des deux centres hospitaliers nationaux de ouagadougou et bobo dioulasso.

3. Rappel sur la clinique :

3.1. Menace d'avortement : Elle est caractérisée par de petites métrorragies, parfois minimales indolores tantôt de sang rouge,

tantôt de sang noir, tantôt rosé mêlées de sérosités, toujours répétées. La femme peut se plaindre de discrètes douleurs à type de contractions utérines.

A l'examen, le col reste long et fermé et la région isthmique est normale ; il faut compléter cet examen par une échographie.

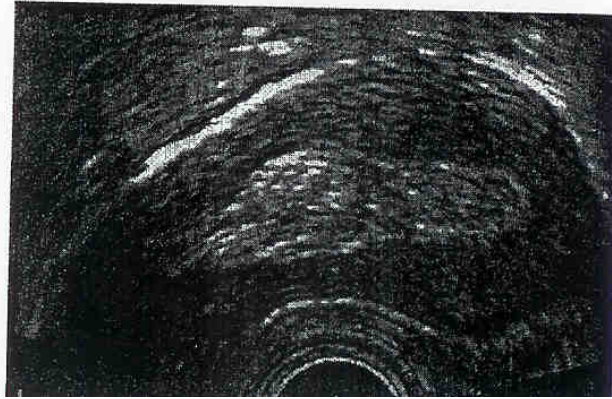
3.2. Avortement proprement dit : Il est annoncé par l'importance des pertes sanguines et par l'apparition de douleurs ou par leur augmentation en fréquence, en intensité et en régularité.

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).

En cas d'avortement provoqué, essentiellement par des manœuvres endo-utérines et cervico-vaginales, il peut s'y associer des lésions génitales et ou extra génitales.

3.3. 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 tissulaires. L'examen échographique montre des débris ovulaires ou placentaires selon l'âge de la grossesse [6].



Source : Centre de santé de référence de la commune IV

Figure 1 : Image échographique d'un avortement incomplet

3.4. Avortement complet : L'utérus est encore légèrement agrandi, bien rétracté, le saignement se réduisant 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, on a recours à l'échographie qui met en évidence un utérus vide ne contenant ni sac ni débris intra-utérin.

3.5. Œuf clair : C'est un gros sac gestationnel avec absence d'embryon dans la cavité amniotique, dont le diagnostic ne peut être affirmé que par l'échographie [40].

3.6. Avortement molaire : L'échographie objective l'image en flocon de neige d'un utérus remplie de multiples échos placentaires avec présence de vésicules mais absence de cavité amniotique et d'embryon [40]

3.7. Grossesse arrêtée : Le diagnostic est purement échographique mettant en évidence la présence dans l'utérus, d'un embryon de plus de 4 mm, sans activité cardiaque [40].

4. Complications des avortements : Certaines complications sont spécifiques aux avortements spontanés et d'autres aux avortements provoqués. On distingue les complications

immédiates, les complications secondaires et les complications tardives.

4.1. Complications immédiates ou précoces :

- Le choc hypovolémique, toujours secondaire à une hémorragie de grande ou moyenne abondance
- La rétention ovulaire
- L'hémorragie qui peut entraîner une anémie
- La perforation utérine qui est source d'hémorragie et d'infection locale pouvant se généraliser, la perforation des organes de voisinage.
- La thrombophlébite intracrânienne
- La mort par réflexe cervico-bulbaire, accident paroxystique, imprévisible souvent mortel et ne survenant qu'en cas d'avortement provoqué par manœuvre intra-cervicales.

4.2. Complications secondaires :

Elles sont surtout infectieuses, on distingue :

- **Les complications locales** : la physométrie ou l'endométrite ;
- **Les complications locorégionales** : la salpingite, la pelvipéritonite, l'abcès du douglas voire la péritonite, le phlegmon des ligaments larges et de la gaine hypogastrique ;
- **Les complications générales** : le tétanos et la septicémie sont presque toujours mortelles en raison de la responsabilité quasi-constante du *Clostridium perfringens*. L'insuffisance rénale aiguë et l'hépatonéphrite (toxique et ou infectieuse), la phlébite et la thrombophlébite sont également des complications générales [36].

4.3. Complications tardives :

Elles sont gynéco obstétricales et neuropsychiques :

- Les complications gynéco-obstétricales mettent en jeu le pronostic obstétrical de la femme :
 - ✓ La stérilité
 - ✓ L'hypofertilité
 - ✓ Les avortements ou les accouchements prématurés à répétition par synéchies utérines ou béances cervico-isthmiques
 - ✓ 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 séquelles neuropsychiques sont : la névrose dépressive, le complexe de culpabilité et d'indignité, les algies pelviennes séquellaires.

5- Etiologies des avortements spontanés :

Les causes sont variées, et peuvent être maternelles ou ovulaires.

5.1. Causes maternelles :

- **Les causes générales :** Sont essentiellement les maladies rénales, cardiaques, hypertensives, carencielles, métaboliques et endocriniennes (hyper ou hypothyroïdie, déficience en œstrogènes, insuffisance lutéale, hyper androgénie) et immunologique (incompatibilité sanguine fœto-maternelle dans le système rhésus), syndrome anti-phospholipide.
- **Les causes infectieuses :** Au cours des infections, l'avortement peut survenir par deux mécanismes :
 - ✓ L'hyperthermie qui déclenche les contractions utérines aboutissant au décollement et à l'expulsion de l'œuf,
 - ✓ La traversée du placenta par les agents pathogènes.

Ces infections peuvent être :

- Bactériennes : syphilis, infections urinaires, listériose, rickettsiose, infections à chlamydiae et à mycoplasme
- Parasitaires : paludisme, toxoplasmose ou
- Virales : toute virose est susceptible d'entraîner un avortement
- Les causes toxiques sont essentiellement le tabagisme, l'alcoolisme et les radiations ionisantes.
- Les causes utérines sont représentées par les anomalies congénitales ou acquises du corps utérin:
 - ✓ Les malformations : utérus bicorne, unicorne, cloisonné, cordiforme, à éperon, hypoplasies utérines
 - ✓ Les tumeurs en particulier, les myomes sous muqueux, interstitiels, intra cavitaires
 - ✓ Les malpositions utérines en particulier les retro déviations fixées de l'utérus
 - ✓ Les synéchies utérines
 - ✓ Les anomalies du col utérin congénitales ou acquises : les béances cervico-isthmiques, les hypoplasies et les agénésies cervicales.
- Les causes traumatiques : les traumatismes abdomino-pelviens violents, sont des causes rares avant 10 semaines de grossesse en raison de la situation pelvienne de l'utérus.

5.2. Causes ovulaires : Elles sont essentiellement représentées par les aberrations chromosomiques :

- de nombre : monosomie, trisomie, tétraploïdie
- de structure : translocations, chromosomes en anneau, mosaïques

La môle hydatiforme, les anomalies de la greffe de l'œuf, les

grossesses multiples

6. Motivations des avortements provoqués

6.1. Motivations d'ordre socio-économiques :

- Les problèmes familiaux : chômage, scolarité, filles jeunes ou
- célibataires, refus de paternité, grossesse illégitime, grandes multipares
- Les raisons socio-économiques : pauvreté, viol

6.2. Motivations d'ordre moral :

- L'individualisme par relâchement du lien familial,
- Le relâchement du lien conjugal (adultère, absence temporaire ou définitive du conjoint)
- La séduction
- Le discrédit des familles nombreuses,
- La pression du partenaire ou de la famille
- La sélection du sexe des enfants.

7. Méthodes d'évacuations :

7.1. Curage digital : C'est une méthode d'évacuation de l'utérus qui n'est réalisable que lorsque le canal cervical est perméable pour permettre le passage d'un ou de deux doigts. Il doit être effectué sous anesthésie, 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.

7.2. 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 est favorisée par 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 sont plus fréquentes que la perforation.

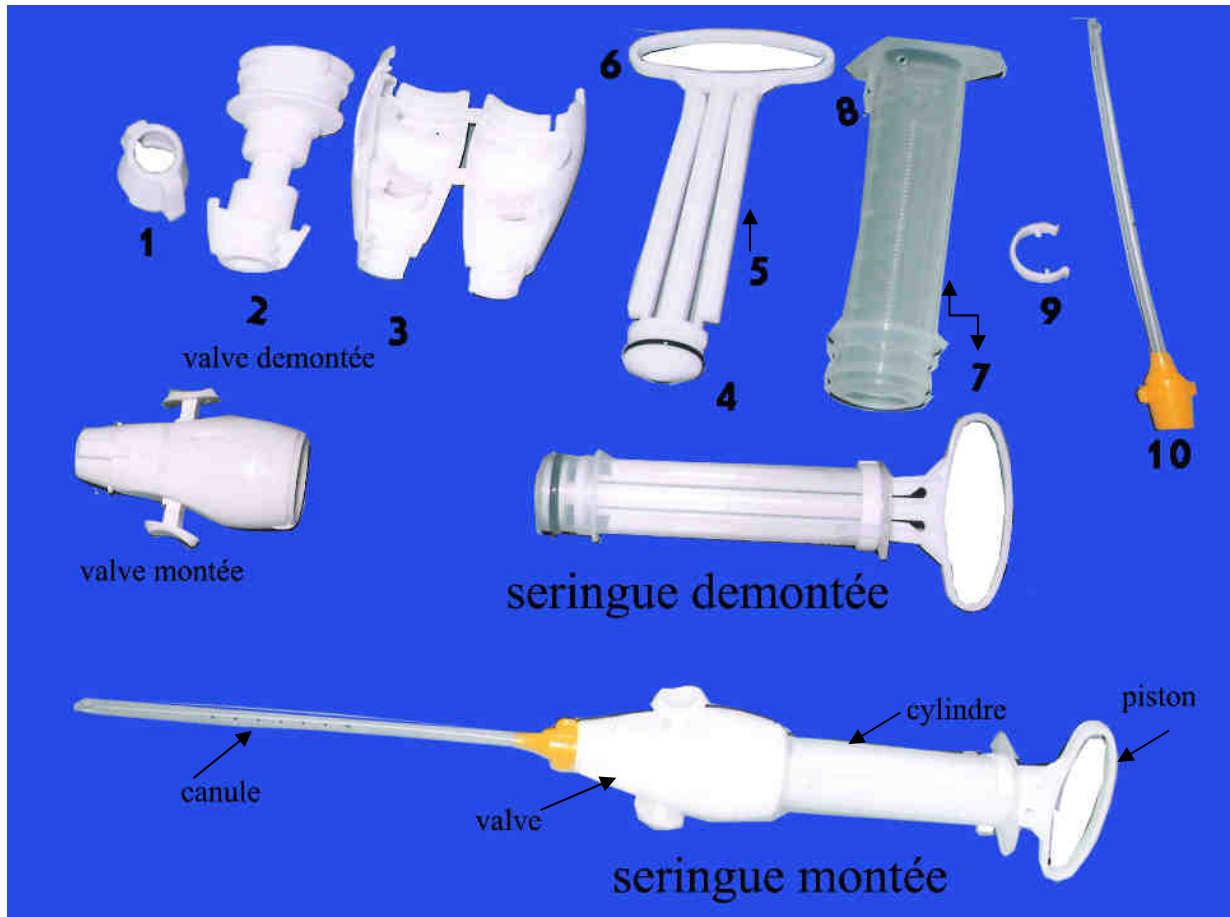
7.3. Aspiration électrique : Cette méthode utilise une canule reliée à un appareil muni d'un tuyau de raccord qui provoque une dépression d'environ 600 mm de mercure (hg) permettant ainsi l'aspiration. La technique d'aspiration est la même que l'aspiration manuelle avec la canule de Karman.

7.4. Aspiration manuelle intra utérine (AMIU) : Cette technique utilise la succion pour retirer les produits 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.

7.5. 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 dilatateurs d'un calibre de 4 à 12mm
- Un jeu de canules de 6 à 12 mm
- Des adaptateurs

- Une seringue à faire le vide
- Un haricot pour recueillir les débris aspirés
- De la xylocaïne à 1%



- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. Patte de l'embout | 7. Cylindre |
| 2. Pièce interne | 8. Click de retenu du collier de blocage |
| 3. Valve démontée avec ses reliefs | 9. Collier de blocage |
| 4. Piston | 10. Canule de Karman |
| 5. Bras du piston | |
| 6. Pied du piston | |

Figure 6 : Seringue pour AMIU [37]

7.6. Anesthésie locale : L'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 tel 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.

L'anesthésie para cervicale n'atteint pas les nerfs de l'utérus lui-même. Les nerfs transmettant ces sensations sont situés plus haut dans le bassin, par conséquent l'anesthésie para cervicale n'affecte pas la douleur liée aux crampes utérines.

Complications liées à l'anesthésie locale :

Les complications majeures de l'anesthésie locale sont rares ; des convulsions et des décès ont été rapportés dans des cas où des doses excessives ont été utilisées ou lors d'injections du produit anesthésique dans un vaisseau.

Les effets minimes :

- Engourdissement des lèvres et de la langue
- Goût métallique
- Etourdissement et tête qui tourne
- Sifflement dans les oreilles
- Difficulté à fixer le regard

Les graves effets sont :

- Sensation de sommeil
- Désorientation
- Difficulté à s'exprimer
- Convulsions tonico-cloniques
- Dépression respiratoire ou arrêt respiratoire

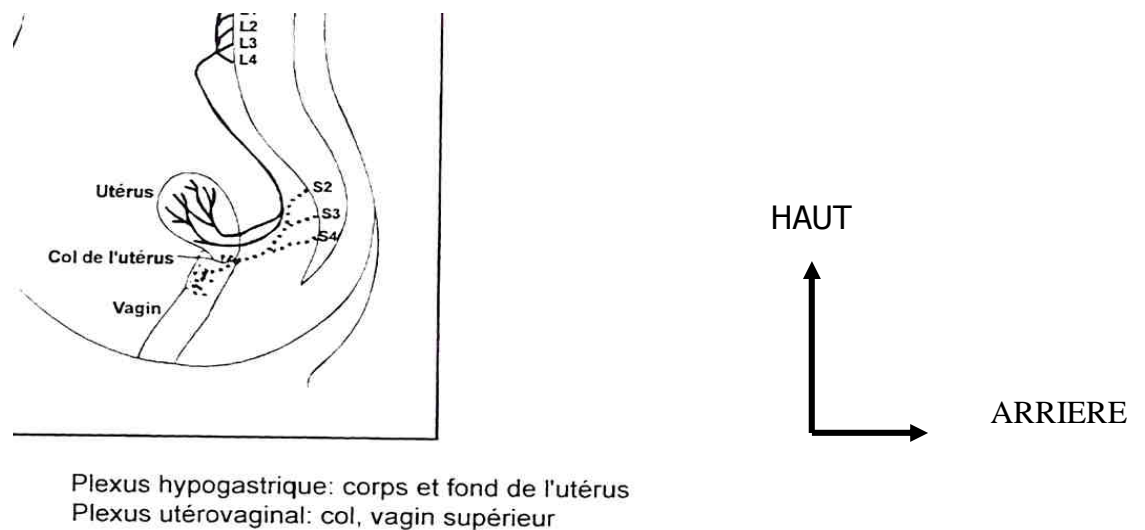


Figure 7 : Parcours de la transmission de la douleur de l'utérus et du col à la moelle épinière [41]

7.7. Description de la méthode d'AMIU :

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

Expliquer les différentes étapes de la procédure à la cliente

Installer la patiente en position gynécologique après lui avoir fait vider la vessie, on désinfecte le périnée, la vulve, le vagin avec une solution antiseptique.

Evaluer 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 de rendre horizontal le canal cervical et l'utérus.

En fonction de l'état émotionnel de la patiente, du degré d'ouverture du col, de la durée de la procédure ou de la compétence du prestataire, administrer une anesthésie paracervicale (à la jonction de l'épithélium cervical et vaginal) avec 10ml de xylocaïne à 1% dont 2 ml respectivement à 3h, 5h, 7h, 9h (aux positions des aiguilles d'une montre).

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 dans la cavité utérine 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.

Évacuer le contenu de l'utérus en imprimant des mouvements de va-et-vient parallèles au grand axe de l'utérus, associés à une rotation sur l'axe de la seringue. Du fait de la pression négative 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.

Une fois la procédure terminée, retirer tous les instruments et les plonger dans un bassin de décontamination y compris les gants.

Inspecter les débris aspirés puis faire un examen anatomopathologique.

Surveiller la patiente quelque temps et vérifier les constantes et l'absence d'un saignement anormal avant sa sortie.

Les soins après AMIU consistent à administrer des antibiotiques et un utéro tonique si nécessaire, puis un counseling et une contraception au besoin.

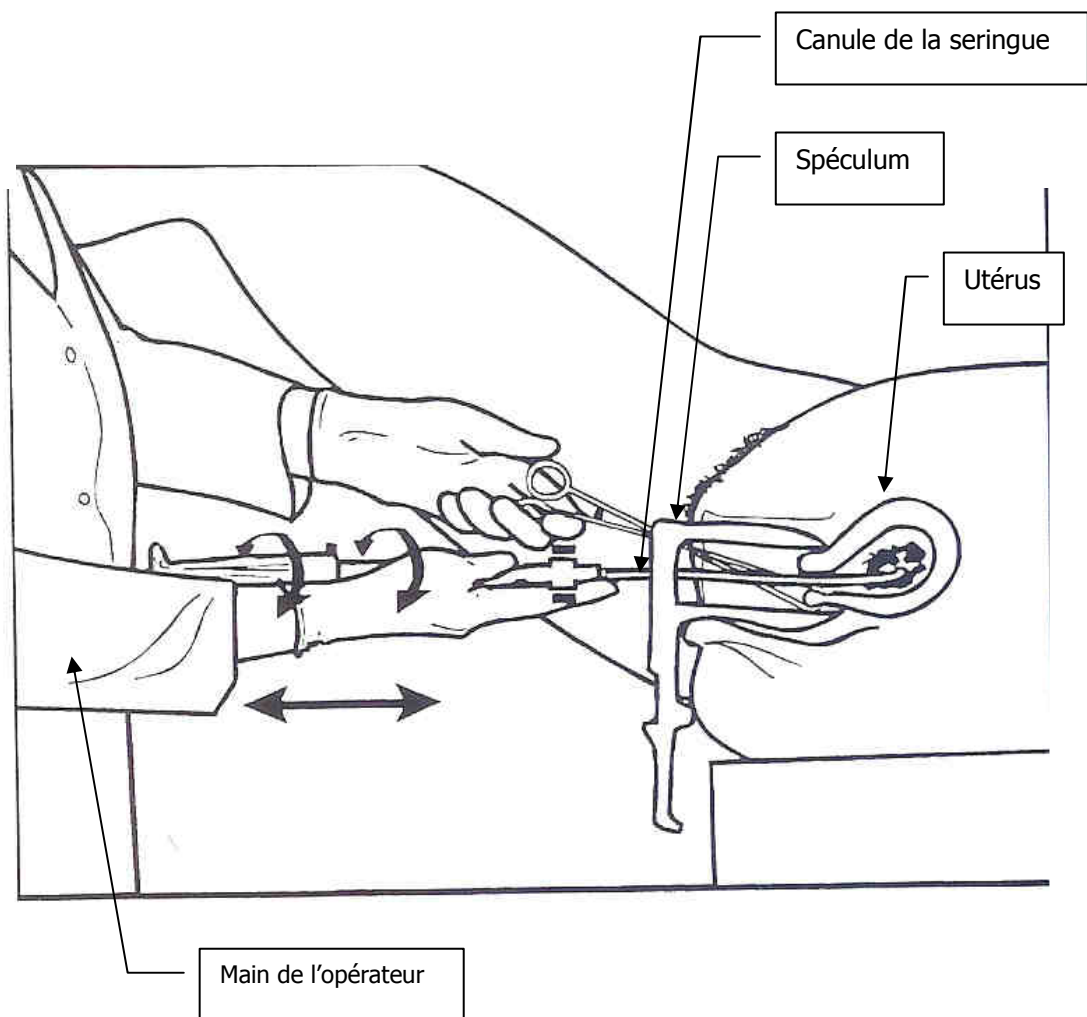


Figure 8: Technique d'AMIU [36]

7-8- Complications de l'AMIU :

- **La perforation utérine** est la plus grave des complications 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** est 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% [34].
- **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.

METHODOLOGIE

III. Méthodologie :

1. **Cadre d'étude** : Notre étude s'est déroulée au centre de référence de la commune 1V du district de Bamako

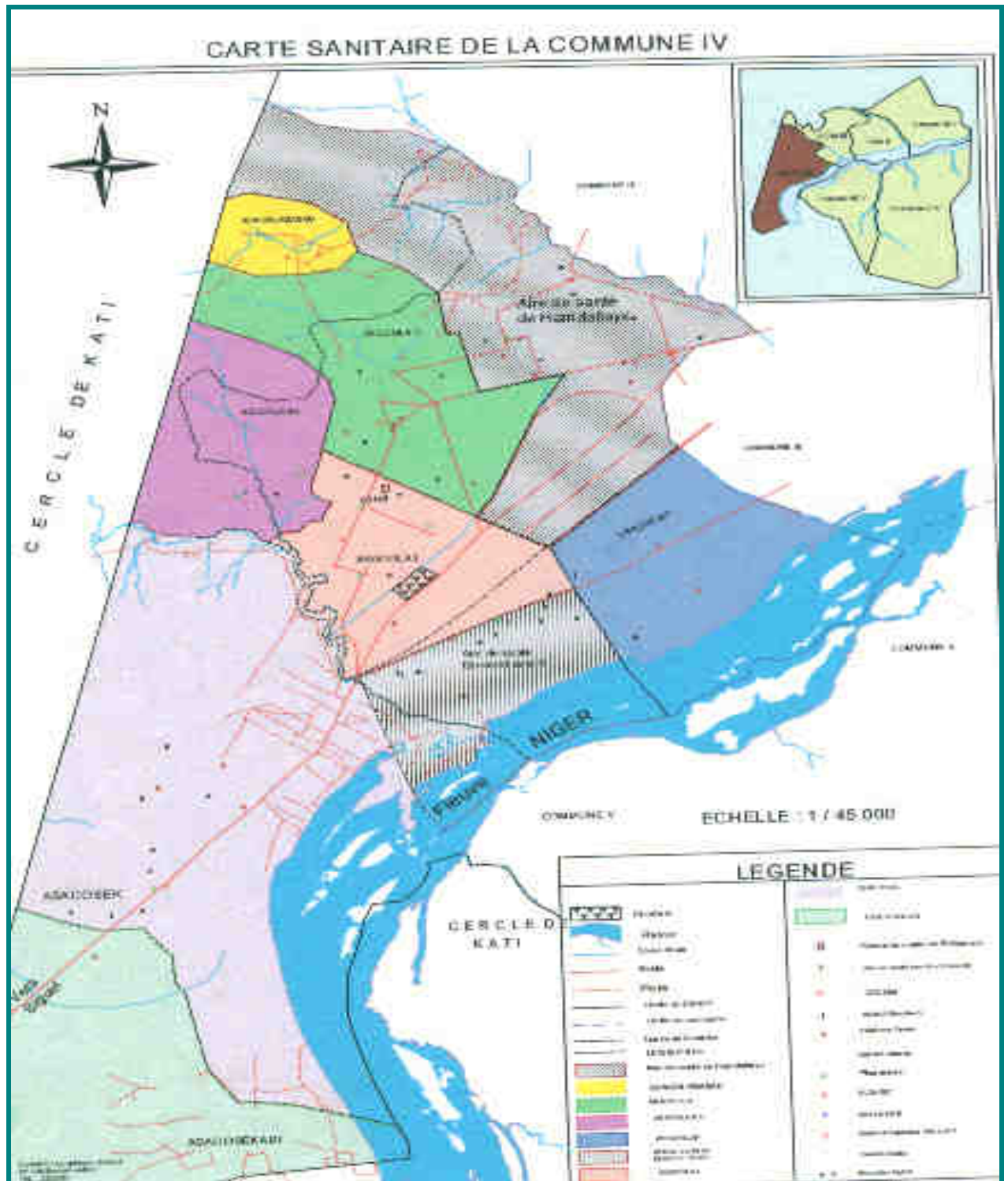


Figure2 : [42].

1.1. Historique de la commune IV:

La commune IV fut créée par l'ordonnance 78-34 / CMLN du 18 Août 1978 et placée sous la tutelle du Gouverneur du district de Bamako. Elle est constituée par 8 quartiers dont le plus ancien est LASSA et le tout nouveau SIBIRIBOUGOU.

Le Centre de santé de référence est situé en plein cœur de la commune IV, d'abord **PMI** de Lafiabougou il a été érigé en centre de référence pour répondre aux besoins de santé

1.2. Données géographiques : La commune IV couvre une superficie de 37, 68 km² soit 14,11% de la superficie du district.

Elle est limitée :

- A l'Ouest par la limite Ouest du district de Bamako qui fait frontière avec le cercle de Kati ;
- A l'Est et au Nord par la partie Ouest de la commune III ;
- Au Sud le lit du fleuve Niger et la limite Ouest de la commune III [42].

1.3. Données sociodémographiques : La majorité, des ethnies du Mali sont représentées en commune IV et des ressortissants d'autres pays. La commune représente 17 % de la population totale de Bamako et 2% de la population, totale du Mali. La population totale de la commune IV, en 2003, est estimée à 213653, habitants dont 51% sont des hommes et 49% des femmes.

Le quartier de Lafiabougou est le plus peuplé avec 72862 habitants, le moins peuplé est celui de Lassa avec 1673 habitants. (Source PUS CIV Mars 2001).

1.4. Les structures sanitaires :

1.4.1. Structures communautaires :

1.4.2. Structures communautaires de premier niveau :

ASACOSEK ; ASACOLAI ; ASACOLAII ; ASACOLAB5 ; ASACODIP ; ASACOLABASAD ; ASACOSEKASI ; ASACODJENEKA ; Maternité René CISSE d'Hamdallaye ; ASACOHAM et un point de santé à Lassa.

1.4.3. Structure communautaire de deuxième niveau : Centre de Santé de Référence de la commune IV (CS Réf CIV)

1.4.4. Niveau secteur privé : Stomadent ; Molo ; Bien être ; Serment; Maha rouf; Moctar théra; Lac Télé; Kabala; Faran samaké; Tati; clinique Lafia; Fraternité; Yeelen; CMCR Pasteur ; Santé plus ; Diassa Missa; Croix du sud; Jigi; Mande Keneya; Effica Santé; Luxembourg; Clinique Hélal d'Iran ;Eureka.

1.5. Le centre de santé de référence de la commune IV :

Le centre de santé de référence de la commune CIV est situé en plein cœur de la commune à Lafiabougou (un des quartiers de la commune). Ce centre d'abord PMI (protection maternelle et infantile) à sa création (en 1981) est érigé en CS Réf en juin 2002 pour répondre aux besoins des populations de la commune en matière de santé.

Le centre comporte plusieurs services :

- un service de médecine générale,
- un service de chirurgie générale,
- un service d'ORL,
- un service de pédiatrie,
- un service d'ophtalmologie,

- un service de DAT,
- un service de consultation prénatale et de planification familiale,
- un service d'odontostomatologie,
- un laboratoire d'analyse biomédicale,
- une pharmacie,
- un service de gynécologie et d'obstétrique.
- un bureau des FFI,
- un bloc opératoire,
- une salle d'accouchement,
- douze salles d'hospitalisation, dont :
 - six salles pour la gynécologie obstétrique avec 24 lits
 - et deux salles pour la chirurgie générale avec six lits.
- Une unité de consultation prénatale,
- Une unité de consultation postnatale,
- Une Unité de soins d'appui et de conseils (USAC)
- Une salle d'accouchement,
- Douze salles d'hospitalisation, dont :
 - six salles pour la gynécologie obstétrique avec 24 lits
 - et deux salles pour la chirurgie générale avec six lits.
- Une unité de consultation prénatale,
- Une unité de consultation postnatale,
- Deux salles de soins infirmiers
- Une morgue

1.5.1. La maternité : Elle dispose de deux blocs séparés par une allée.

Le premier comporte :

- à l'entrée, à droite la salle d'accouchement, équipée de trois tables d'accouchements,
- à gauche la salle de suite de couches, jouxtée par le bureau de la sage-femme maîtresse, qui fait face à la salle de garde des sages femmes.
- Au milieu à droite le bureau du major du bloc, jouxtée par la salle de réveil et faisant face à la salle de préparation,
- Au fond les deux blocs opératoires séparés par la salle de stérilisation.

Le second est composé de 8 salles dont 7 pour l'hospitalisation et 1 servant de bureau à la sage-femme maîtresse. 5 des 7 salles d'hospitalisation sont équipées de 4 lits chacune, les deux autres de deux lits avec douche interne servant de VIP. Ces différents services sont tenus par un personnel (tableau N°1)

1.5.2. Le personnel de la maternité et du CS Réf CIV :

Le centre de santé de référence emploie :

- Un médecin gynécologue obstétricien qui est le médecin chef du centre
- Un médecin ophtalmologiste
- Un chirurgien généraliste
- Deux médecins généralistes
- Vingt sages femmes
- Sept Anesthésistes réanimateurs dont : Deux médecins et cinq assistants
- quatre Infirmiers d'Etat et deux assistantes médicales en ORL
- trois techniciens supérieurs de laboratoire
- Deux techniciens Supérieurs en Odontostomatologie
- Dix Aides soignants

- Une gérante de pharmacie
 - cinq manoeuvres et un gardien de morgue
 - cinq chauffeurs et quatre gardiens
 - un comptable et une secrétaire administrative
- A ce personnel s'ajoutent un nombre variable d'internes, selon les périodes qui jouent un rôle important dans le fonctionnement du CS Réf. Leur nombre était estimé à 31 en janvier 2007.

2. Type d'étude :

Il s'agissait d'étude prospective, descriptive avec collecte des données.

3. Période d'étude :

L'étude s'est déroulée à l'unité de gynéco-obstétrique au centre de santé de référence de la commune IV du 11 Novembre 2006 au 11 décembre 2007 soit une durée de 13 mois.

4. Population d'étude :

Notre population d'étude a regroupé toutes les patientes enceintes avec un âge gestationnel inférieur ou égal à 14 semaines d'aménorrhée, mariées ou non et prises en charge par la méthode de l'aspiration manuelle intra-utérine pour avortement dans le service de gynéco-obstétrique de la commune IV, quelle que soit leur provenance.

5. Echantillonnage :

5.1. Critère d'inclusion : Ont été incluses dans l'étude toutes les patientes ayant bénéficié d'une prise en charge suite à un avortement incomplet spontané ou provoqué ou munies d'une échographie confirmant l'avortement par l'arrêt de la grossesse ou

l'avortement molaire ou l'œuf clair dont l'âge gestationnel est inférieur ou égal à 14 semaines d'aménorrhées.

5.2. Critère de non inclusion : Les patientes présentant des avortements complets ou admises pour menace d'avortement et qui à l'issue de la prise en charge sont sorties porteuses d'une grossesse évolutive.

5.3 Taille de l'échantillon: Echantillonnage des unités statistiques (femmes avortées) à été fait par la méthode non probabiliste. Ainsi nous avons utilisé la technique d'échantillonnage par commodité : les cibles (femmes avortées dont l'âge gestationnel ne dépasse pas 14 SAA).

La taille sur laquelle l'étude à eu lieu à été de 100 femmes prises en charge par la technique d'AMIU durant la période d'étude

6. Collecte des données :

6.1. Technique de collecte des données : Un questionnaire constitué des différentes variables a été élaboré, et appliqué aux femmes avortées prises en charge par la méthode d'AMIU et aux accompagnateurs : ceci a permis d'éclairer les questions à compréhension difficile pour les intéressées et à enlever les questions non nécessaires.

Les femmes interviewées ont été au cours de leur rendez-vous du septième jour.

6.2. Variables étudiées :

Les variables suivantes ont été étudiées

- Les caractéristiques sociodémographiques
 - L'âge
 - La profession
 - La provenance

- Le statut matrimonial
- Le niveau scolaire
- Le profil obstétrical
 - Le nombre de grossesse
 - La parité
 - Antécédent d'avortement
 - Antécédent de curetage
- Les éléments cliniques
 - Le mode d'admission
 - L'état général
 - L'âge gestationnel
 - Le type d'avortement
 - Les complications
- La prise en charge
 - Les procédures d'évacuations utilisées
 - Les procédures de contrôle de la douleur
 - La prescription médicamenteuse
 - Le counseling et la contraception.
 - La durée de la procédure
- L'interview des patientes a porté sur :
 - La satisfaction des patientes sur la qualité des soins (accueil et prestations) ;
 - Le type de douleur ressentie ;
 - Les suggestions.

7. Définitions opérationnelles :

- **Le type d'avortement :** était considéré comme avortement provoqué, tout avortement mentionné dans ce sens sur les dossiers cliniques ; et comme avortement spontané lorsque

aucune mention n'était portée ou précisait ce type d'avortement.

- **La procédure d'évacuation** : la technique utilisée pour assurer l'évacuation utérine c'est :

Aspiration manuelle intra utérine ;

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

- Verbacaine : anesthésie verbale ;
- Anesthésie locale ;
- Anesthésie générale.

- **La douleur** : impression anormale et pénible reçue par une partie vivante et perçue par le cerveau, elle peut être :

Minime donc peu importante

Modérée donc mitigé

Extrême, ressentie au plus haut point

- **Counseling** : l'ensemble des renseignements et informations apportés aux patientes.
- **La satisfaction des patientes sur la qualité des soins** : l'appréciation par les patientes des services de soins reçus.
- **La qualité des soins** : degré à partir duquel les prestations de soins dispensées à la malade augmentent la probabilité des résultats souhaités et diminuent celles des résultats non souhaités.
- Efficacité : évacuation complète
- Durée de la procédure : temps mis entre l'insertion de la canule et la fin de la procédure

8. Saisie et analyse des données :

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées grâce au logiciel SPSS. L'utilisation du test statistique du test de chi carré a rendu possible la comparaison de certaines fréquences et la différence a été considérée comme statistiquement significative pour $p < 0,05$. , le traitement des textes a été fait sur Microsoft Office Word 2007.

9. Contraintes et limites :

Nous avons été confrontés, au cours de notre étude, confrontés à des difficultés d'ordres financiers et académiques, mais aussi à des difficultés liées à l'enquête elle-même.

10. Aspects éthiques : L'étude a été faite avec le consentement éclairé des patientes et dans la confidentialité.

L'anonymat a été gardé dans tous les cas. Les informations recueillies n'ont pas été utilisées à d'autres fins.

A speech bubble with a grey grid pattern on its top and right sides, and a white interior. The word "RESULTATS" is written in bold, black, uppercase letters in the center of the bubble.

RESULTATS

IV. Résultats :

1. Résultat descriptif :

1.1. La fréquence des avortements : Dans notre étude effectuée du Novembre 2006 à Décembre 2007 il y a eu 3666 grossesses dont 100 avortements, soit une fréquence de 2,7%

Tableau I : Répartition des patientes selon la fréquence

Type d'avortement	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Spontané	92	92
Provoqué	8	8
Total	100	100

Les avortements spontanés ont représenté 92%

1.2. Les caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

1.2.1. L'âge :

Tableau II : Répartition des patientes selon l'âge

Tranche d'âge	Effectif absolu	Pourcentage(%)
15 – 19	9	9
20 – 24	26	26
25 – 29	29	29
30 – 34	15	15
35- 39	13	13
40- 44	4	4
45- 49	3	3
50 et plus	1	1
Total	100	100

La tranche d'âge 25-29 était la plus représentée avec 29%

1.2.2. La situation matrimoniale :

Tableau III : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Mariée	81	81
Célibataire	19	19
Total	100	100

81% des femmes étaient mariées

1.2.3. La provenance :

Tableau IV: Répartition des patientes selon la provenance

Provenance	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Commune IV	71	71
Hors commune IV	29	29
Total	100	100

71% des femmes provenaient de la commune IV

1.2.4. La profession :

Tableau V: Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Fonctionnaire	19	19
Elève\ étudiante	17	17
Ménagère	53	53
Autres	11	11
Total	100	100

53% des femmes étaient ménagère

Autres sont représentés par le secteur non formel : coiffeuses, teinturières, vendeuses etc....

1.2.5. Niveau d'instruction des patientes :

Tableau VI : Répartition des patientes selon le niveau scolaire

Niveau scolaire	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Primaire	16	16
Secondaire	30	30
Supérieur	10	10
Non scolarisées	44	44
Total	100	100

44% des femmes n'étaient pas scolarisées

1.2.5. Profil obstétrical des patientes :

1.2.5.1. Le nombre de grossesse :

Tableau VII : Répartition des patientes selon le nombre de grossesses

Nombre de grossesse	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Primigeste	30	30
Paucigeste	50	50
Multigeste	20	20
Total	100	100

50% des femmes étaient des paucigestes

1.2.5.2. La parité :

Le Tableau VIII : donne la répartition des patientes selon le nombre de pare

Nombre d'accouchement	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Nullipare	35	35
Primipare	19	19
Paucipare	32	32
Multipare	10	10
Grande multipare	4	4
Total	100	100

Les nullipares 35% et les pauci pares 32% étaient les plus touchées.

1.2.5.3. Les antécédents de contraception et d'infections

Tableau IX : Répartition des patientes selon les ATCD de contraception et d'infection

ATCD d'infections	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Oui	40	40
Non	60	60
Total	100	100

40% des femmes avaient, des antécédents d'infections

Tableau X : Répartition des patientes selon les ATCD de contraception

contraception	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Oui	49	49
Non	51	51
Total	100	100

49% des patientes avaient un antécédent de contraception

1.2.5.4. Les antécédents de curetage :

Tableau XI : Répartition des patientes selon l'antécédent de curetage

ATCD curetage	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Oui	18	18
Non	82	82
Total	100	100

18% des femmes avaient un antécédent de curetage comme méthode d'évacuation

1.2.5.5. Les antécédents d'avortement :

Tableau XII : Répartition des patientes selon l'antécédent d'avortement

ATCD d'avortement	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Oui	22	22
Non	78	78
Total	100	100

22% des femmes avaient un antécédent d'avortement

1.2.5.6. Mode d'admission :

Tableau XIII : Répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Référée ou évacuée	15	15
Venue d'elle-même	85	85
Total	100	100

La majorité des patientes sont venues d'elle-même soit 85%

1.3. Aspect clinique :

5.1.3.1. Etat général des patientes à l'admission :

Tableau XIV : Répartition des patientes selon l'état général

Etat général	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Bon	98	98
Assez bon	2	2
Total	100	100

98% des femmes avaient un bon état général

1.3.2. Motifs de consultation ou de référence ou d'évacuation

Tableau XV: Répartition des patientes selon le motif de consultation ou de référence

Motifs	Effectifs absolu	Pourcentage(%)
Hémorragie	49	49
Algie pelvienne	28	28
Hémorragie et Algie pelvienne	23	23
Total	100	100

49% des femmes avaient pour motif l'hémorragie

1.3.3. L'âge gestationnel au moment de l'avortement :

L'âge de la grossesse a été estimée en SA à partir de la date des dernières règles ou à l'échographie

Tableau XVI : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel au moment de la grossesse

Âge de la grossesse	Effectif absolu	Pourcentage(%)
5 -8 SA	67	67
9-12 SA	30	30
13-14 SA	3	3
Total	100	100

67% des femmes reçues avaient un âge gestationnel de 5 - 8 SA.

1.3.4. Examen au spéculum :

Tableau XVII : Répartition des patientes selon l'examen au Spéculum

Examen au spéculum	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Hémorragie endo-utérine	82	82
Lésion cervicale	2	2
Normal	16	16
Total	100	100

L'examen au spéculum révélait une hémorragie endo-utérine chez 82% des femmes

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon les éléments de l'examen clinique

Eléments cliniques	Oui	Non	Pourcentage(%)
Hémorragie	84	16	100
Col ouvert	91	9	100

Le col était ouvert dans 91% des éléments cliniques

1.3.5. Usage de l'échographie :

Tableau XIX Répartition des patientes selon l'usage de l'échographie

Echographie	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Oui	97	97
Non	3	3
Total	100	100

L'échographie a été utilisée chez 97% des femmes pour confirmer le diagnostic

1.3.6. Indications observées :

Tableau XX : Répartition des patientes selon l'indication

Indication	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Grossesse arrêtée en Cours d'avortement	45	45
Avortement incomplet	35	35
Œuf clair en cours d'avortement	17	17
Avortement molaire	3	3
Total	100	100

45% des indications étaient des grossesses arrêtées en cours d'avortement

1.3.7. La contraception post-abortum :

Tableau XXI : Répartition des patientes selon des méthodes contraceptives choisies

Méthodes	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Pilule	50	50
Injection	38	38
Implants	7	7
Autres	5	5
Total	100	100

Les femmes ont choisi la pilule dans 50% des contraceptives

2. Résultats analytiques :

2.1. Relation entre le type d'avortement et la tranche d'âge

Tableau XXII : Relation entre le type d'avortement et l'âge.

Tranche d'âge	Type d'avortement				Total	
	Spontané		Provoqué		N	%
	N	%	N	%		
15-19	6	6,52	3	37,5	9	9
20-24	22	23,91	4	50	26	26
25-29	29	31,52	0	0	29	29
30-34	14	15,21	1	12,5	15	15
35- 39	13	14,13	0	0	13	13
40- 44	4	4,34	0	0	4	4
45 -49	3	3,26	0	0	3	3
50 et plus	1	1,086	0	0	1	1
Total	92	100	8	100	100	100

La tranche d'âge de 25 à 29 ans était plus touchée par les avortements spontanés tandis que les avortements provoqués étaient fréquents entre 20 et 24 ans.

2.2. Relation entre le type d'avortement et la profession :

Tableau XXIII : Relation entre le type et la profession

<i>Profession</i>	<i>Type d'avortement</i>				<i>Total</i>	
	<i>Spontané</i>		<i>Provoqué</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>		
Fonctionnaire	18	19,57	1	12,5	19	19
Elève / Étudiant	12	13,04	5	62,5	17	17
Ménagère	51	55,43	2	25	53	53
Autres	11	11,96	0	0	11	11
Total	92	100	8	100	100	100

Dans tous les types d'avortements, les ménagères étaient les plus affectées par les avortements spontanés tandis que les élèves\ étudiantes étaient touchées par les avortements provoqués

2.3. Relation entre le type d'avortement et le statut matrimonial

Tableau XXIV : Relation entre le type d'avortement et le statut matrimonial

Statut matrimonial	Type d'avortement				Total	
	Spontané		Provoqué		N	%
	N	%	N	%		
Mariée	80	86,96	1	12,5	81	81
Célibataire	12	13,04	7	87,5	19	19
Total	92	100	8	100	100	100

Les avortements spontanés sont survenus chez 86,96% des femmes mariées tandis que 87,5% des avortements provoqués chez les femmes célibataires

2.4. Relation entre le type d'avortement et le nombre de grossesse

Tableau XXV : Relation entre le type d'avortement et le nombre de grossesse

Nombre de grossesse	Type d'avortement				Total	
	Spontané		Provoqué		N	%
	N	%	N	%		
Primigeste	24	26,09	6	75	30	30
Paucigeste	48	52,17	2	25	50	50
Multigeste	20	21,74	0	0	20	20
Total	92	100	8	100	100	100

Les primigestes étaient plus touchées par l'avortement provoqué 75%, Tandis que les paucigestes étaient frappées par l'avortement spontané 52,17%.

2.5. Etude qualitative :

2.5.1. Qualification du prestataire des soins :

Tableau XXIV : répartition des patientes selon la qualification du prestataire qui a pratiqué l'aspiration manuelle intra utérine

Qualification	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Interne	87	87
Médecin	12	12
Sage-femme	1	1
Total	100	100

Les internes ont pratiqué la plupart des AMIU soit 87%.

2.5.2. Contrôle de la douleur :

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon la procédure de contrôle de la douleur

Anesthésie	Effectif	Pourcentage
Verbale	71	71
Locale + verbale	25	25
Générale	4	4
Total	100	100

La verbacaine a été effectuée dans 71% des procédures de contrôle de la douleur.

Tableau XXVIII : Répartition des plaintes des patientes selon la procédure de contrôle de la douleur et la perception de la douleur

Perception	Anesthésie				Total	
	Locale		Verbale		N	%
	N	%	N	%		
Minime	8	53,33	10	31,25	18	38,3
Modérée	4	26,67	14	43,75	18	38,3
Extrême	3	20	8	25	11	18,18
Total	15	100	32	100	47	100

La douleur était minime dans 53,33% des AMIU sous anesthésies locales et tandis que elle était modérée dans 43,75% sous anesthésies verbales

Tableau XXIX : Répartition des patientes selon le type d'avortement et la perception de la douleur

Perception	Type d'avortement				Total	
	Spontané		Provoqué		N	%
	N	%	N	%		
Minime	5	20	2	28,57	19	57,58
Modéré	17	68	2	28,57	8	24,24
Extrême	3	12	3	42,86	6	18,18
Total	25	100	7	100	33	100

La douleur était minime dans 57,58% des avortements

2.5.3. Durées de la procédure :

Tableau XXX : Répartition du type d'avortement en fonction de la durée de la procédure

Durée de la procédure	Type d'avortement				Total	
	Spontané		Provoqué		N	%
	N	%	N	%		
5-9 minutes	49	53,26	6	75	55	55
10-14 minutes	29	31,52	2	25	31	31
15-19 minutes	12	13,04	0	0	12	12
20-29 minutes	2	2,18	0	0	2	2
Total	92	100	8	100	100	100

55% des AMIU ont été faites pendant 5- 9 minutes

Tableau XXXI : Répartition des plaintes des patientes ayant un antécédent du curetage et qui ont accepté l'interview en comparaison avec AMIU

Plaintes	Effectifs absolu	Pourcentage (%)
Hémorragie	1	7,14
Douleur excessive	8	57,14
aucune	5	35,72
Total	14	100

Les plaintes étaient la douleur excessive dans 57,14%

2.5.4. Le Counseling :

Tableau XXXII : Répartition : des patientes selon le counseling

Counseling	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Oui	100	100
Non	0	0
Total	100	100

Toutes les femmes ont bénéficiées du counseling

2.5.5. Efficacité de l'aspiration manuelle intra utérine :

Tableau XXXIII: Répartition des patientes selon l'efficacité

Efficacité	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Oui	98	98
Non	2	2
Total	100	100

98% des AMIU ont été efficaces

Tableau XXXIV : Répartition des patientes selon les complications observées après AMIU

Complication	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Oui	1	1
Non	99	99
Total	100	100

L'hémorragie excessive a été la seule complication soit 1%

2.5.6. Le traitement médical :

Tableau XXXV : Répartition des patientes selon l'usage d'antibiotique

Antibiotique	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Oui	95	95
Non	5	5
Total	100	100

95% de nos patientes ont eu l'ordonnance d'antibiotique

Tableau XXXVI: Répartition des patientes selon l'usage de l'utéro tonique

Utéro tonique	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Oui	98	98
Non	2	2
Total	100	100

98% de nos patientes ont eu l'ordonnance de l'utéro tonique après l'AMIU

Tableau XXXVII : Répartition des patientes ayant bénéficié de l'antalgique

Antalgique	Effectif absolu	Pourcentage(%)
Oui	88	88
Non	12	12
Total	100	100

88% de nos patientes ont bénéficié de l'antalgique

Tableau XXXVIII : Répartition des patientes selon la faisabilité de l'anatomie pathologie

Anatomie pathologie	Effectif absolu	Pourcentage(%)
OUI	20	20
NON	80	80
Total	100	100

L'anatomie pathologie a été faite chez 20 % des patientes. Elle a révélé trois cas de môle complète et un cas d'aberration chromosomique



**COMMENTAIRES
ET DISCUSSION**

V. Commentaires et discussion :

1. Limites et contraintes de l'étude : Nous n'avons pas la prétention d'avoir épuisé toutes les approches du problème.

La différence entre avortement provoqué clandestin et avortement spontané est parfois difficile à établir ce qui a pu être à l'origine de la surestimation des cas d'avortement spontanés. Car les avortements provoqués ne sont pas reconnus par les patientes qui savent que l'avortement est sanctionné par la loi, les convictions religieuses et culturelles.

Il existe un biais inhérent aux enquêtes par interview : l'influence exercée par l'enquêteur sur la réponse des patientes concernant surtout les attitudes des prestataires au niveau de l'accueil, la satisfaction selon les soins reçus la douleur ressentie et les suggestions.

2. La fréquence des avortements :

Sur 3666 grossesses survenues entre le 6 novembre 2006 au 11 décembre 2007 ,100 cas d'avortement ont été colligés soit une fréquence de 2,7%. Les cas d'avortement ont été classés en deux types les avortements spontanés au nombre de 92, soit 92% qui sont subdivisés en grossesse arrêtée en cours d'avortement soit 45% des cas, en œuf clair en cours d'avortement, soit 17% des cas, en avortement molaire, soit 3% des cas et en avortement incomplet, soit 27% des cas.

Les avortements provoqués au nombre de 8 soit 8% des cas étaient des avortements incomplets

La fréquence des avortements à risque est de 8% des avortements ce chiffre est inférieure à celle de Ky au Burkina Faso [22],

Lokossou au Bénin [24] et Baeta au Togo [2] qui trouvaient respectivement 32,3% ; 27,6% et 63,1%.

Les taux observés en RCI 23,4% ; en Ethiopie 54% et en en Tanzanie 21% [19] sont également supérieurs aux nôtres.

La campagne nationale contre les IST et SIDA, la promotion des préservatifs aurait contribué à une baisse du taux car l'avortement constitue depuis longtemps pour les femmes un moyen de contrôler leur fécondité.

Il faut noter également que lors de l'anamnèse les patientes n'avouent pas la tentative d'IVG.

De plus les patientes présentant un avortement à risque ne se présentent pas toutes à la maternité du Centre de santé de référence de la commune IV. En effet certaines complications jugées mineures par les patientes ne font pas l'objet de consultation. Par contre certaines décèdent avant d'accéder à une structure de santé. D'autres enfin sont admises d'une part dans des services des urgences d'autre part de médecine pour cause d'intoxication. Tous ces éléments pourraient expliquer la sous estimation de la fréquence réelle des avortements.

Les avortements spontanés représentaient 92% de l'ensemble des avortements. Ce taux est supérieur à celui de Lokossou au Bénin qui trouvait un taux de 72,37% [24] en 2000, et à celui de Baeta au Togo qui trouvait 36,8% en 2001 [2]

Dans des études antérieures menées au Burkina, Tapsoba et Ky [22, 33] avaient trouvé respectivement des taux de 69,9% et 78,3% d'avortement spontané.

Une étude réalisée à la maternité de Befelatanana à Madagascar pendant l'année 1997 dans le but d'évaluer la fréquence des

avortements retrouvait un pourcentage de 9,6% [1] de toutes les admissions.

Comparativement à nos résultats qui étaient de 18,48% la différence pourrait s'expliquer par l'existence de service de S.A.A. Suite à l'instauration de ces services de SAA, des campagnes d'informations ont été mené à l'endroit de tous les prestataires de services des maternités de la ville. Après ces informations les références sont systématiques vers le Centre de santé de référence de la commune IV

Nous constatons que les mois de mars, avril, novembre ont des fréquences très élevées. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces mois sont précédés des congés de décembre, janvier et des grandes vacances (août, septembre). Aussi c'est au retour des congés et vacances que les filles s'aperçoivent de leur aménorrhée. Cette découverte inciterait les patientes à entreprendre des manœuvres dans un but abortif.

3. Les caractéristiques sociodémographiques des patientes

3.1. Age : Il ressort de notre étude que les patientes concernées aussi bien par les avortements spontanés que clandestins étaient des patientes jeunes, dans la tranche d'âge comprise entre 20 et 29 ans.

L'âge moyen des patientes étaient de 32,6 avec des extrêmes d'âge de 15 à 50 ans. Ce chiffre a sûrement été influencé par la limite supérieure de l'âge dans notre étude qui a été fixé à 50ans. Nos résultats sont comparables à ceux des études antérieurement réalisées :

Pang à Hong Kong qui a comparé l'utilisation du misoprostol par voie orale à celle par voie vaginale a noté un âge moyen de 32

ans. Leur résultat pourrait s'expliquer par le fait que l'âge de la première grossesse est plus tardif dans ces pays. Par conséquent les avortements et leurs complications surviennent plus tardivement [8, 28,29].

Par contre ils sont supérieurs à ceux de :

Tapsoba, en 1998, dans une étude sur l'évaluation de la prise en charge intégrée des SAA au CHU YO trouvait un âge moyen de 27.8 ans [36].

Ky, dans une étude sur les avortements dans les maternités de la ville de Ouagadougou, trouvait un âge moyen de 26 ans également [19].

Traoré, en 2003 dans une étude sur l'évaluation de la prise en charge intégrée des SAA au CHU YO, trouvait un âge moyen de 27 ans [37].

Nous constatons que l'âge moyen des patientes concernées par l'avortement n'a pas varié dans le temps et dans une même région. Les complications de l'avortement concernent donc la frange jeune de la population qui est la plus active sexuellement.

Nos résultats sont proches de ceux de SAHIN en Turquie et de De Jonge en Afrique du Sud qui ont réalisé des essais cliniques en vue de comparer l'utilisation du misoprostol par rapport au curetage dans le traitement de l'avortement incomplet et trouvé un âge moyen de 27 ans [18, 33].

Blum en Thaïlande et Nguyen au Vietnam dans des essais cliniques en vue d'évaluer la sûreté, l'efficacité et l'acceptabilité de deux dosages différents du misoprostol dans le traitement de l'avortement incomplet ont trouvé un âge moyen égal dans les deux groupes d'étude de 28 ans [5,15].

Nos résultats sont inférieurs à ceux de Pandian en Angleterre qui a réalisé une étude rétrospective sur le traitement de l'avortement incomplet par le misoprostol, il a noté un âge moyen de 29 ans; Chung a comparé l'utilisation du misoprostol au curetage dans le traitement de l'avortement incomplet et a noté un âge moyen de 29 ans. Par contre Godfrey en Ouganda, dans un essai clinique comparant l'utilisation du misoprostol à l'AMIU dans le traitement de l'avortement incomplet, a noté un âge moyen de 23 ans. [11]

3.2. Profession : La majorité était ménagère dans les avortements spontanés tandis que les élèves et étudiantes étaient majoritaires dans les avortements provoqués et provenaient de zone urbaine. Cela pose le problème du taux de scolarisation dans nos pays ; en effet en cas de grossesse, les jeunes filles sont exclues de l'école et en plus la crainte des parents a occupé une très grande place, tout ceci compromet leur avenir professionnel et pourrait donc expliquer la fréquence des avortements provoqués illégaux dans cette population avec 62,5%.

Nous pouvons donc dire que quelque soit le type, l'avortement touche les femmes ayant les mêmes caractéristiques sociodémographiques que sont l'âge, la profession, la résidence.

3.3. Statut matrimonial :

Les femmes mariées étaient majoritaires dans l'ensemble des avortements soit une fréquence de 81%

Cependant les avortements clandestins étaient plus fréquents chez les femmes célibataires

Ces caractéristiques sont similaires à celles constatées par Tapsoba au Burkina [33]. Nous retrouvons le même profil de femmes chez Binkin au Mali [4] et Ky au Burkina [22].

Ces constats permettent d'affirmer que les caractéristiques sociodémographiques des patientes ayant eu un avortement ne varient pas dans le temps et dans une même région.

3.4. Niveau d'étude :

Le pourcentage des patientes non scolarisées est de 44%. Et 10% des patientes ont un niveau supérieur. Nos résultats sont supérieurs à ceux de Tapsoba qui a trouvé 38.8% de patientes non scolarisées pour les deux villes, et inférieur à ceux de Ky qui trouvait 55.1%. Ce bas niveau scolaire traduit la réalité du pays en matière de scolarisation.[16, 19, 36,37].

Nos résultats sont comparables à ceux Aminata Traoré qui trouva plus de 40% des non scolarisées, de Godfrey en Ouganda [11] qui a trouvé que la majorité de ses patientes avaient seulement le niveau primaire. En effet, comme dans la majorité des pays d'Afrique noire, les filles arrêtent leurs études au primaire pour diverses raisons (manque de moyens financiers, échec scolaire, absence d'intérêt pour l'école, manage.)[16].

Nos résultats diffèrent légèrement de ceux trouvés par J Blum, en Thaïlande et au

Vietnam : 8 ans environ. Ces 2 pays ont un niveau de développement plus avancé que le notre [3].

3.5. Provenance :

Les patientes sont venues de différents horizons avec une nette prédominance de la commune IV 71% en rapport avec la situation géographique du centre de santé où a été réalisée l'enquête

3.6. Le profil obstétrical :

Le profil obstétrical de ces femmes concernant le nombre de grossesse a permis de constater que les primigestes étaient les plus atteintes 75% au niveau des avortements provoqués. Cela soulève le problème des adolescentes. En effet des pratiques et des règlements restrictifs limitent l'accès des jeunes adultes à l'éducation sur la vie familiale et aux services de PF. L'étude au Burkina a révélé qu'un nombre disproportionné d'adolescentes ayant cherché à obtenir des services de SAA avaient moins de connaissance au sujet des méthodes de planification familiale disponibles que d'autres groupes.

- Antécédents d'avortements :

22% de nos patientes ont eu un antécédent d'avortement mais le caractère spontané ou provoqué n'a pas été précisé

Ces chiffres sont supérieurs de ceux trouvés par Ky : 3.2% d'antécédents d'APC.

Nos résultats sont proches de ceux trouvés dans la plupart des autres études : Chung et Pang à Hong Kong ont trouvé respectivement 18% et 23% d'antécédents d'avortements provoqués [8,19].

Pandian en Angleterre a noté 7% d'antécédents d'avortements provoqués [29].

La législation en vigueur dans le pays interdisant les avortements provoqués pourrait expliquer le refus de l'aveu des APC. Il y a donc certainement eu une sous-estimation de ces résultats.

Aminata Traoré trouvait 17.9% des patientes du groupe du misoprostol et 18,5% de celui de l'AMIU ont eu un antécédent d'avortement spontané.

Ky a noté 16.6% d'antécédents d'avortements spontanés

Nos résultats sont supérieurs à ceux de Chung en 1995 qui a noté 16% d'antécédents d'avortements spontanés [8].

Ils sont proches de ceux de PANG à Hong Kong et Pandian en Angleterre ainsi que Blum en Thaïlande ont trouvé environ 20% d'antécédents d'avortements spontanés [3, 28,29].

Les antécédents d'avortements spontanés semblent ne pas subir de variations notables dans le temps et selon les régions

4. Aspect clinique :

4.1. Etat général : L'état général des femmes a permis une prise en charge rapide en raison de leur bon état général. L'absence de complication nécessitant les soins d'urgence a permis la réduction du temps d'attente. En effet la majorité des femmes reçues (98%) avaient un bon état général, l'âge gestationnel était de plus ou moins 8 SA. Ce qui a été un élément en faveur de la prise en charge rapide de ces femmes.

4.2. Motifs de consultation : Il ressort de notre étude que 49% des femmes consultaient pour métrorragie et 28% pour douleur pelvienne. En effet la plus part des métrorragies survenaient dans les avortements incomplets et au cours des grossesses arrêtées par rétention des débris placentaires ou ovulaires.

Nos résultats sont inférieurs à celui de F S qui trouva 51,3% de cas de métrorragie et 9,52% des cas de douleur pelviennes

5. Complications observées :

Parmi les cas d'avortement, l'anémie et l'infection représentaient les complications les plus fréquentes 2%. Il est classiquement admis que les avortements à risque sont pourvoyeurs de plus de complications hémorragiques et infectieuses que les avortements

spontanés. Cependant des mesures préventives devraient être prises pour minimiser les fréquences observées.

6. La qualité des prestations de soins après avortement

6.1. L'accueil : Chez 83,3% des patientes la satisfaction était totale aussi bien du point de vue accueil que prestation.

6.2. Evaluation de l'AMIU :

6.2.1. La technique : L'évacuation par aspiration manuelle avec la canule de Karman a permis une amélioration des soins après avortements.

En effet avant l'introduction des SAA l'étude menée par Ky en mai 1997 [22], retrouvait une évacuation utérine par curage digital dans 80% des cas et le curetage chez 19,6% des patientes. Deux patientes uniquement ont bénéficié de la technique d'aspiration manuelle intra-utérine qui n'était pas de pratique courante pendant la période de l'étude.

Par contre les données recueillies par l'étude de Tapsoba en 1998 [33] qui consistait en deux phases notaient comme procédures d'évacuation au cours de la première phase le curetage chez 60,3% et le curage digital chez 39,7% des patientes.

En seconde phase, l'aspiration manuelle a été la procédure d'évacuation la plus utilisée 97,1% des cas au détriment du curetage 1,8% des cas et du curage digital 1,1% des cas.

Comparé à notre étude, nous remarquons une évolution et une amélioration dans la prise en charge des avortements toutes nos patientes ayant bénéficié d'une AMIU, technique aux avantages incomparables. Aucun curetage n'a été effectué, en effet cette pratique nécessite : un bilan, une anesthésie générale, un bloc fonctionnel, une boîte de curetage, une hospitalisation obligatoire,

un personnel qualifié et le coût qui variait entre 52 860 et 54 688 F CFA [22]. Alors que le coût de l'AMIU dans notre étude a été de 9 075 F CFA. La différence est nette.

6.2.2. Contrôle de la douleur :

Lors de l'AMIU, le contrôle de la douleur est un critère d'évaluation de la qualité des soins après avortement. Il permet une intervention dans de bonnes conditions de sécurité et de confort pour la patiente.

Trois procédures de contrôle de la douleur ont été utilisées dans notre étude à savoir l'anesthésie verbale, l'anesthésie locale et l'anesthésie générale (dans 4 cas).

La grande majorité des patientes ont bénéficié de l'anesthésie verbale 71%. Cependant 25% de nos patientes ayant bénéficié de l'anesthésie locale ont ressenti des douleurs qui pourraient s'expliquer par la rétraction utérine au cours de l'évacuation

Ces douleurs justifieraient l'association des antalgiques dans la prise en charge de la douleur pendant l'aspiration et même avant. En effet 88% de nos patientes ont bénéficié des antalgiques avant et pendant l'aspiration

Le contrôle de la douleur demeure encore un problème. La tendance du personnel à n'utiliser que l'anesthésie verbale et la perception de la douleur par 46,67% des clientes sous anesthésie locale, devrait conduire à l'amélioration de la prise en charge de la douleur par l'administration d'antalgique systématique combiné à l'anesthésie locale à tout moment. Il faut noter que l'anesthésie locale est recommandée lors de la pratique de l'AMIU.

L'AMIU a un impact positif sur les soins et le Counseling.

L'absence d'anesthésie générale permet le dialogue entre le

prestataire et la patiente durant tout le processus de prise en charge notamment au moment de la procédure. En effet la cliente reçoit des informations sur son état de santé, le plan de soins, le retour de sa fécondité.

6.2.3. Efficacité :

Taux de réussite : Nous avons eu **98%** de succès. Ce chiffre est comparable à celui d'El kabarity et Al 1985 en Egypte et à celui de Kizza et Rogo 1990 Kenya qui ont trouvé 98% .par contre notre résultat est inférieur à celui de Mohamed et Al qui trouvaient 100% dans le traitement des avortements incomplets **[38]**

Il est important de noter que 2 éléments influencent le taux de réussite, mis à part l'âge gestationnel 67% de non patientes avaient un âge gestationnel de 5 à 8 SAA et le degré d'ouverture d'autre part

Durée de la procédure : On a observé la durée à partir de l'introduction de la canule jusqu'à la fin de la procédure

Pour la durée de la procédure nous avons observé 5 à 9 minutes dans 55% de l'ensemble des avortements dont 75% des avortements provoqués et 53% des avortements spontanés, Cette durée permet d'augmenter le taux de réussite et d'éviter des évacuations chirurgicales inutiles

6.2.4. Indications :

IL ressort de notre étude que parmi les indications observées 35% étaient des avortements incomplets, 45% des grossesses arrêtées 17% des œufs claires et 3% des avortements molaire étaient tous en cours d'avortement. Cependant l'échographie a été utilisée chez 97 femmes pour la précision de ces indications .En effet la plus part des avortements incomplet sont dus à des

rétenions du reste des débris placentaires ou ovulaires

6.2.5 Complications observée pendant ou après l'AMIU :
étaient de 1% représentées par l'hémorragie cette fréquence est inférieure à celle de El Kabarity et Al 1985 en Egypte, Kizza et Rogo 1990 Kenya qui ont trouvé respectivement 9% et 8,7% mais supérieure à celle de Mohamed et Al 1992 au Zimbabwe ont trouvé 0, 3% [38]

6.2.6. Counseling :

Toutes nos patientes ont bénéficié du counseling. Cependant à la suite d'un Counseling bien mené a permis une amélioration de la communication entre le personnel soignant et les patientes, essentiellement en matière d'informations et de conseils. Dans notre étude on note un accroissement notable du pourcentage de femmes ayant accepté d'utiliser une méthode de contraception après un avortement et du pourcentage de femmes 95% qui ont obtenu cette méthode avant de quitter le centre, de même qu'une amélioration des références. Ce chiffre est supérieur à celui de Tapsoba, en 1998, dans une étude sur l'évaluation de la prise en charge intégrée des SAA au CHU YO [36].

6.2.7. Contraception post AMIU :

Nous avons constaté une prédominance de l'utilisation de la pilule : 50% des cas. Ce chiffre est inférieur à ceux de TRAORE en 2002 (79,9%) et de OUATTARA en 2003 (80,9 %). Cela s'expliquerait par la disponibilité et la facilité d'administration de la pilule par rapport aux autres méthodes contraceptives, notamment le DIU, l'injection, l'implant.

6.2.8 Mortalité et morbidité :

Il ressort dans notre étude que 3% de nos patientes ont présenté une môle complète et 1% d'aberration chromosomique à l'examen anatomopathologique

Aucun de décès maternel n'a été observé pendant l'étude et toutes nos patientes sont sorties de l'hôpital avec une évolution favorable.



**CONCLUSION ET
RECOMMANDATIONS**

VI. Conclusion et recommandations :

A. Conclusion :

Durant cette étude qui s'est étalée de Novembre 2006 au Décembre 2007 nous avons recensé 100 femmes avortées sur 3666 grossesses soit 2,7% au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako a eu pour but de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des soins après avortement.

Au terme de ce travail

- On note une amélioration de la qualité des soins : 55 femmes sur 100 avaient plus de 25 ans et moins de 30 ans soient 55% de l'échantillon.
- 95% des femmes venaient de la commune IV contre 5% qui venaient hors de la commune.
- les mariées ont représenté 81% des femmes de notre échantillon.
- les élèves et étudiantes ont été les plus touchées par les avortements provoqués soit 62,5% des cas.
- les paucigestes étaient touchées par l'avortement spontané 52% des cas

Les primigestes = 75% des avortements provoqués.

- 87% des AMIU ont été effectuées par les internes.
- 49% des femmes avaient un ATCD de contraception de notre échantillon.
- la pilule et l'injectable étaient les méthodes les plus connues par les femmes avec respectivement 50% et 38% de l'échantillon.
- 71% des AMIU ont été effectuées sous verbacaine ou sans anesthésie et 25% sous anesthésie locale.

- 57% des patientes interviewées percevaient des douleurs minimales de notre échantillon.
- 95% de nos patientes ont accepté de pratiquer le planning après le counseling
- 67% de nos patientes avaient un âge gestationnel de 5 à 8 SA
- 55% des procédures d'AMIU ont été faites pendant 5 à 9 MN
- Efficacité de l'AMIU après contrôle au rendez-vous a été de 98%
- 2% de complications liées à l'avortement ont été observées et 1% de complications liées à la technique d'AMIU
- 3% de môle complète et 1% d'aberration chromosomique ont été retrouvées à l'examen ANAPATH
- Aucun décès n'a été observé durant toute notre étude

B. Recommandations :

Au terme de cette étude, nous suggérons :

1. Aux prestataires de soins après avortement :

- Améliorer la prise en charge de la douleur pour une AMIU sans douleur.
- Pratiquer un remplissage correct des dossiers pour leurs exploitations futures.
- Référer les patientes reçues pour un meilleur suivi post-abortum.
- Assurer les services SAA de haute qualité, accessibles et durables.

2. Aux services de santé :

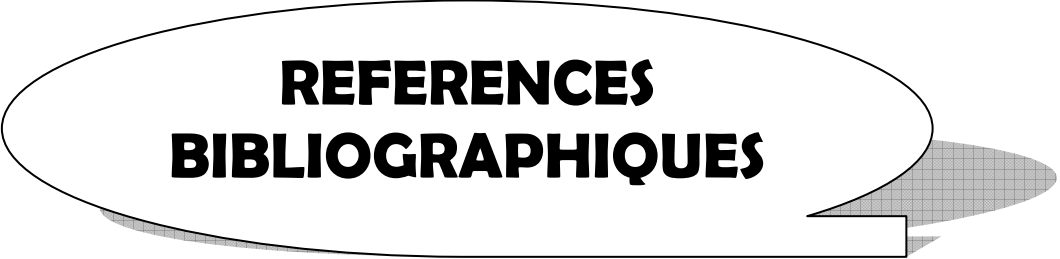
- Proposer une interview des clientes pour identifier leur besoin en prestation et améliorer la qualité des soins.
- Assurer une supervision continue afin de maintenir la qualité des services offerts.

3. A la communauté :

- Jouer un rôle clé dans l'amélioration de l'accès aux SAA et aux services de planification familiale.
- Eduquer et engager les hommes dans les discussions concernant le P.F.

4. Aux autorités :

- Décentraliser les services.
- D'améliorer l'approvisionnement et le réapprovisionnement des instruments d'évacuation utérine.
- Intégrer les services de planification familiale aux services d'avortement là où cela est possible.
- Favoriser la pérennisation des services de SAA.
- Prendre en compte les contraintes politiques, sociales, religieuses et juridiques.



**REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

VII. Références bibliographiques :

1. ANDRIAMADY. R.

Les cas d'avortements à la maternité de Befelatanana au cours de l'année 1997. Arch Inst Pasteur Madagascar, 1999 : 90 – 92

2. AUBERT F. GUITTARD P.

L'essentiel médical de poche 2^{ème} édition. Paris : Ellipses 1995 : 1087.

3. BAETA S., AKPADZA K.S., BOUKARI A-G., WONEGOU K.P.

Les avortements provoqué clandestins à la maternité de Bé (Lomé – Togo) : aspects sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques en l'an 2001. 7^{ème} congrès SAGO, SOMAGO II 2003.

4. BINKIN J. N., BURTON N. M. TOURE A.H., TRAORE M. L., ROCHAT R.W.

Women hospitalized for abortion complications in Mali International family Planning Perspectives 1984. 10(1):8-120

5. BRAZIER E., RIZZUTO R., WOLF M.

Un guide d'action prévention et prise en charge des avortements à risques. Newyork : population council 1999 : 197.

6. BROOKE R. ET COLL.

Progrès en matière d'avortement diminuant l'utilisation des ressources et améliorant la qualité des soins grâce à l'AMIU Volume 2, numéro 2. 1993 : 6.

7. BURKINA FASO, MINISTERE DE LA SANTE, DIRECTION DES ETUDES ET DE LA PLANIFICATION.

Annuaire statistique 2001. Ouagadougou, novembre 2002.

8. CACAULT J.A., LALANDE J., MRIE J. L'urgence en garde de gynécologie et de maternité et les consignes applicables au nouveau-né. John Libbey Eurotext, 1997 : 151.

9. CAMARA C.M., CISSE Z.

Revue de la littérature sur les avortements à risque au Sénégal. Dakar. Population conseil Avril 1998 : 71.

10. CRESAR

Introduction du traitement médical d'urgence ainsi que les services et conseils ultérieurs en planification familiale pour les femmes qui souffrent de complications suite à un avortement au Burkina Faso. Population council, Décembre 1998 : 34.

11. DALE HUNTINGTON.

Advances and challenges in postabortion care operations reseach. Summary report of a global meeting Newyprk : population council, january 19-21, 1998 : 30.

12. DALLE HUNTINGTON, NANCY J. PIET-PELON.

Post abortion care lessons from operations research: population council: 1999: 218.

13. DE TOURRIS H., HENRION R., DELECOUR M.

Abrégé de Gymécologie et obstétrique. 6^{ème} édition. Paris Milan Barcelone : Masson 1994 : 671.

14. DESGREES DU LOU A.,

Msellati P. Viho I. wellffens-Ekra. Le recours croissant à l'avortement provoqué à Abidjan depuis 10 ans un des mécanismes de la récente baisse de fécondité. Paris, Avril 1998.

15. DUPREZ D., CHAMPION. J, ROGER M, VIALA M.

Aspiration endo-utérine. Contraception – fertilité – sexualité – vol 6, n°10.

16. GEORGEANNE S.N, STEELE VERME C.

Femmes après l'avortement : facteurs influençant leurs options de planification familiale. AVSC international avant projet février 1995 ; 18.

17. GHOSH A., KONE B., LANKOANDE J., TAPSOBA P.

Introduire les SAA améliorés dans les services des maternités au Burkina Faso. Réunion globale sur les SAA : Progrès et défis en recherche opérationnelle, 1998 ; 14p.

18. GHOSH A., LU E., MCLNTOSH N.

Etablir des services de soins après avortement dans les milieux aux ressources limitées. Document 7 Octobre 1999 : 22.

19. IPPF.

Conférence de Maurice : Les avortements à risque et la P.F post abortum en Afrique. Île Maurice, 1994.

20. JHPIEGO.

Introduction des soins obstétricaux d'urgence et de la planification familiale pour les patientes présentant des complications liées a un avortement incomplet.

Sénégal, décembre 1998 : 30.

21. KHANA O.R., VALENTINO M. L., RAE G.O.

Soins après avortement guide et normes pour offrir les services en Afrique Sub-saharienne. IPAS. 91.

22. Ky A. Y.

Les avortements dans les maternités de la ville de Ouagadougou : aspects épidémiologiques et cliniques. Prise en charge. Thèse de médecine n°49 Ouagadougou ; FSS, 1998 : 108.

23. LEONARD A. LADIPO O : Progrès en matière d'avortement. Panification familiale post-abortum : facteurs déterminant le

choix individuel de méthodes contraceptives. Volume 4, numéro 2. 1995 :4.

24. 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.

25. LÖRCHER C.

Etat de la population mondiale Mai 7, 2002 rapports.

26. MERGER R. ET COLL.

Précis d'obstétrique 5ème édition. Paris: Masson, 1993: 740.

New York: population council, January 19 – 21; 1997: 31.

27. NGUESSAN K.

Les avortements provoqués : aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques au CHU de cocody à Abidjan. Mémoire de CES N°762 ; 2002 : 48.

28. NDOYE K. Eléments essentiels des soins après avortement.

Un modèle élargi et actualisé. SACO, 2003 : 13.

29. OMS.

Prise en charge clinique des complications de l'avortement guide pratique Genève 1997 : 81.

30. Post abortion care. In action. Numéro 1, Mars 2002. : 10.

31. Prévention de la mortalité maternelle par le biais de soins après avortement amélioré. Que pouvez-vous faire ? JHPIEGO Corporation 2002 : 18.

32. Ministère de la santé Burkina Faso

DSF, protocoles de Santé de la reproduction : santé de la femme, soins obstétricaux et néonataux d'urgence, soins après avortement. Ouagadougou : 124

33. Ministère de la santé Burkina Faso Stratégie pour l'introduction et l'expansion des services de soins après avortement (SAA). Octobre 1998 : 21

34. TAPSOBA A. S.

Les avortements dans les centres hospitaliers nationaux du Burkina Faso : Evaluation de l'impact d'une prise en charge intégrée pour le traitement des complications. Thèse de médecine n°8 Ouagadougou ; FSS, 1999 : 88.

35. VU, HOANG NGAN.

Le besoin de planification familiale au Viêt-Nam. Paris : ceped, 1998 : 36

36. WINKLER J., OLIVEONS E., MC INTOSH N.

Soins après avortement : guide pratique pour améliorer la qualité des soins. Baltimore post abortion cure consortium, 1995 : 126.

37. WINKLER J., OLIVERAS E., MCHTOSH N.

Soins après avortement. Un guide pratique pour améliorer la qualité des soins post abortion cure consortium. 2^{ème} édition 1999 : 169.

38. Greens lade, 1993

Manual Vacuum Aspiration: A Summary of clinical and programmatic experience Worldwide. Carrboro, North Carolina, IPAS, 1993

39. R-MERGERS R., LEVY J., MELHIOR J. Précis d'obstétrique. 5^e édition revue et augmentée, Masson paris 1993 : 880

40. R-MERGERS R., LEVY J., MELHIOR J.

Précis d'obstétrique. 6^{ème} édition revue et augmentée, Masson paris

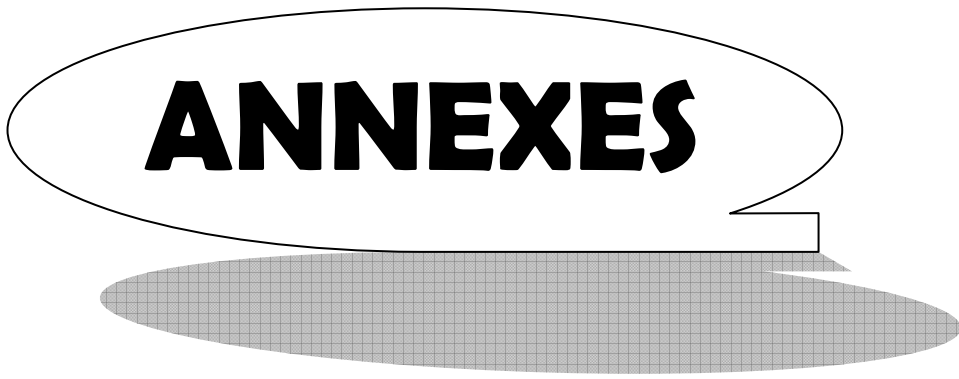
41 -WINKLER J, OLIVERAS E, MCHTOSH N.

Soins après avortement. Un guide pratique pour améliorer la qualité des soins.

2^{ème} édition. Baltimore care consortium, 1999 : 169

42. Source (source PDS CIV Mars 2001).

ANNEXES



**Amélioration des soins après avortement à la maternité du
Centre de santé de référence de la commune :**

FICHE DE COLLECTE

Dossier n°

Date

1 - IDENTITE

NOM.....

PRENOMS.....

AGE

RESIDENCE.....

PROFESSION

SITUATION MATRIMONIALE : Marié Célibataire

Polygame Concubine

Monogame

2 - ANTECEDENTS

GESTE

PARE

AVORTEMENT

ENFTS VIVANTS

Spontanés

ENFTS DECEDES

Provoqués

DDR Type de contraception.....

3 – EXAMEN CLINIQUE

Etat général

Age gestationnel S A

Hémorragie : Oui Non

Lésion vaginale.....

Diagnostic

Complications : Oui Non

- Anémie
- Péritonite.....
- Perforation utérine
- Perforation vésicale.....
- Abscess du douglas
- Insuffisance rénale
- Autres

4 – PRISES EN CHARGE

- délai

- curage digital : Oui Non

- aspiration manuelle intra – utérine

- anesthésie : Verbal

Local

Général

- N° canule Hystérométrie
- Quantité de débris
- Complications.....

▪ Equipe : Sage femme Médecin Interne

- Prescription médicale

Sang : Oui Non

Sérum : Oui Non

Antibiotique : Oui Non

Anti-inflammatoire : Oui Non

Methergin : Oui Non

Autres :.....

- Duré d'hospitalisation

- Counseling P.F : Oui Non

• Contraception : Non Oui Type

• RDV : Non Oui Période

- Référence : Oui Non

Services : PF Gynéco

Autres.....

Cause

Fiche signalétique :

NOM : TOURE

PRENOM : Cheick Ahmed Sékou

TITRE : Amélioration de la prise en charge des soins après avortement par la technique d'aspiration manuelle intra utérine au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako 2006 à 2007

Année universitaire 2007-2008

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteurs d'intérêts : Gynéco- Obstétrique

Résumé :

Notre étude avait pour objectif d'améliorer la prise en charge des avortements par la méthode d'AMIU.

Notre étude s'est déroulée à la maternité du CS Réf CIV de Bamako.

C'est une étude prospective descriptive qui s'est étendue sur une période de 13 mois, allant du 11 Novembre 2006 au 11 Décembre 2007.

Sur 3666 grossesses il ya 100 avortements .Parmi ces avortements 92 ont été spontanés tandis que 8 provoqués dont les élèves et étudiantes ont été les plus touchées avec 62,5%. Nous déplorons la survenue de la douleur malgré l'application de l'anesthésie locale chez 46,67%. 95% des patientes ont accepté la contraception après le counseling post AMIU.L'efficacité a été observée dans 98% après contrôle à leur rendez vous.

MOTS CLES : Aspiration manuelle intra-utérine, Avortement, Qualité

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Admis a 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 a favoriser le crime.

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

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

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque

Je le jure.

