

**UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR**

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

**ANNEE 2016**



**N° 181**

***Avortement spontané et vécu psychologique à court terme :***

***A propos de 125 cas colligés au service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé PMS de Yoff/Dakar***

**THESE**

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**(DIPLÔME D'ETAT)**

**PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT**

**Le 16 JUILLET 2016**

**PAR**

**M. Ibra DIAGNE, Ancien interne en Psychiatrie des hôpitaux de Dakar**

**Né le 04 Novembre 1983 à Dakar (SENEGAL)**

---

**MEMBRES DU JURY**

|                           |                  |        |                                |
|---------------------------|------------------|--------|--------------------------------|
| <b><u>PRESIDENT:</u></b>  | M. Mamadou Habib | THIAM  | : Professeur                   |
| <b><u>MEMBRES :</u></b>   | Mme Aida SYLLA   | NDIAYE | : Maître de Conférences Agrégé |
|                           | M. Lamine        | FALL   | : Maître de Conférences Agrégé |
|                           | M. Magatte       | MBAYE  | : Maître de Conférences Agrégé |
| <b><u>DIRECTEUR :</u></b> | M. Magatte       | MBAYE  | : Maître de Conférences Agrégé |

# UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

## **FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO – STOMATOLOGIE**

### **DECANAT & DIRECTION**

**DOYEN  
DIOUF**

**M. AMADOU**

**PREMIER ASSESSEUR  
SAMB**

**M. ABDOULAYE**

**DEUXIEME ASSESSEUR**

**M. MALICK FAYE**

**CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS  
BALL**

**M. El Hadji Boubacar**

**DAKAR, LE 22 JUIN 2016**

## LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR GRADE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015-2016

### I. MEDECINE

#### PROFESSEURS TITULAIRES

|                         |            |                                   |
|-------------------------|------------|-----------------------------------|
| M. Mamadou              | BA         | Urologie                          |
| Mme Mariame GUEYE       | BA         | Gynécologie-Obstétrique           |
| M. Serigne Abdou        | BA         | Cardiologie                       |
| M. Seydou Boubakar      | BADIANE    | Neurochirurgie                    |
| M. Mamadou Diarrah      | BEYE       | Anesthésie-Réanimation            |
| M. Boubacar             | CAMARA     | Pédiatrie                         |
| M. Cheikh Ahmed Tidiane | CISSE      | Gynécologie-Obstétrique           |
| M. Moussa Fafa          | CISSE      | Bactériologie-Virologie           |
| §M. Jean Marie          | DANGOU     | Anatomie et Cytologie Patho.      |
| M. Ahmadou              | DEM        | Cancérologie                      |
| M. Abdarahmane          | DIA        | Anatomie-Chirurgie Générale       |
| Mme. Anta TAL           | DIA        | Médecine Préventive               |
| + * M.Ibrahima          | DIAGNE     | Pédiatrie                         |
| M. Bay Karim            | DIALLO     | O.R.L                             |
| * M. Babacar            | DIAO       | Urologie                          |
| M. Maboury              | DIAO       | Cardiologie                       |
| M. Madieng              | DIENG      | Chirurgie Générale                |
| *M.Mame Thierno         | DIENG      | Dermatologie                      |
| M. Amadou Gallo         | DIOP       | Neurologie                        |
| M.Mamadou               | DIOP       | Anatomie                          |
| M. Saliou               | DIOP       | Hématologie Clinique              |
| Mme. Sokhna             | BA DIOP    | Radiologie                        |
| M. Alassane             | DIOUF      | Gynécologie-Obstétrique           |
| M.Boucar                | DIOUF      | Néphrologie                       |
| Mme. Elisabeth          | DIOUF      | Anesthésiologie-Réanimation       |
| M.Mamadou Lamine        | DIOUF      | Hépatologie / Gastro- Entérologie |
| M.Raymond               | DIOUF      | O.R.L                             |
| M.Saliou                | DIOUF      | Pédiatrie                         |
| M.Souvasin              | DIOUF      | Orthopédie-Traumatologie          |
| Mme Awa Oumar           | TOURE FALL | Hématologie Biologique            |
| M.Babacar               | FALL       | Chirurgie Générale                |
| M. Ibrahima             | FALL       | Chirurgie Pédiatrique             |

|                        |      |         |   |
|------------------------|------|---------|---|
| M. Papa Ahmed          |      | FALL    | Urologie  |
| Mme.Sylvie             | SECK | GASSAMA | Biophysique                                       |
| Mme. Gisèle            | WOTO | GAYE    | Anatomie Pathologique                             |
| M.Oumar                |      | GAYE    | Parasitologie                                     |
| § M. Lamine            |      | GUEYE   | Physiologie                                       |
| *M. Serigne Maguèye    |      | GUEYE   | Urologie  |
| +*M. Mamadou Mourtalla |      | KA      | Médecine Interne                                  |
| M. Ousmane             |      | KA      | Chirurgie Générale                                |
| M Abdoul               |      | KANE    | Cardiologie                                       |
| M.Assane               |      | KANE    | Dermatologie                                      |
| M. Oumar               |      | KANE    | Anesthésie-Réanimation                            |
| Mme. Fatimata          |      | LY      | Dermatologie                                      |
| M. Mamadou             |      | MBODJ   | Biophysique                                       |
| M. Jean Charles        |      | MOREAU  | Gynécologie-Obstétrique                           |
| M. Claude              |      | MOREIRA | Pédiatrie   |
| M. Abdoulaye           |      | NDIAYE  | Anatomie-Orthopédie-Trauma                        |
| M. Issa                |      | NDIAYE  | O.R.L   |
| M. Mouhamadou          |      | NDIAYE  | Chirurgie Thoracique&Cardio-vasculaire            |
| M. Mouhamadou Mansour  |      | NDIAYE  | Neurologie  |
| M. Moustapha           |      | NDIAYE  | Neurologie  |
| M. Ousmane             |      | NDIAYE  | Pédiatrie   |
| M. Papa Amadou         |      | NDIAYE  | Ophtalmologie                                     |
| *M. Cheikh Tidiane     |      | NDOUR   | Maladies Infectieuses                             |
| M. Alain Khassim       |      | NDOYE   | Urologie  |
| M. Oumar               |      | NDOYE   | Biophysique                                       |
| M. Gabriel             |      | NGOM    | Chirurgie Pédiatrique                             |
| *M. Abdou              |      | NIANG   | CM / Néphrologie                                  |
| M. El Hadji            |      | NIANG   | Radiologie  |
| Mme. Suzanne Oumou     |      | NIANG   | Dermatologie                                      |
| *M. Youssoupha         |      | SAKHO   | Neurochirurgie                                    |
| M. Mohamadou Guélaye   |      | SALL    | Pédiatrie   |
| M. Niama               | DIOP | SALL    | Biochimie Médicale                                |
| M. Abdoulaye           |      | SAMB    | Physiologie                                       |
| M. Mamadou             |      | SARR    | Pédiatrie   |
| §Mme. Awa Marie COLL   |      | SECK    | Maladies Infectieuses                             |
| M. Moussa              |      | SEYDI   | Maladies Infectieuses                             |
| M. EL Hassane          |      | SIDIBE  | Endocrinologie-Métabolisme Nutrition Diabétologie |
| *M. Masserigne         |      | SOUMARE | Maladies Infectieuses                             |
| M. Ahmad Iyane         |      | SOW     | Bactériologie-Virologie                           |
| M. Mamadou Lamine      |      | SOW     | Médecine Légale                                   |
| +* M. Papa Salif       |      | SOW     | Maladies Infectieuses                             |
| Mme. Haby SIGNATE      |      | SY      | Pédiatrie   |
| M. Mouhamadou Habib    |      | SY      | Orthopédie-Traumatologie                          |
| §M. Cheickna           |      | SYLL    | Urologie  |

|                   |       |                    |
|-------------------|-------|--------------------|
| M. Mamadou Habib  | THIAM | Psychiatrie        |
| M. Cheikh Tidiane | TOURE | Chirurgie Générale |
| M. Meïssa         | TOURE | Biochimie Médicale |

† Disponibilité

\* Associé

§ Détachement

## MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

|                          |        |                                      |
|--------------------------|--------|--------------------------------------|
| Mme. Fatou Diallo        | AGNE   | Biochimie Médicale                   |
| M. Abdoulaye             | BA     | Physiologie                          |
| Mme. Aïssata LY          | BA     | Radiologie                           |
| M.EL Hadj Amadou         | BA     | Ophtalmologie                        |
| M. Momar Codé            | BA     | Neurochirurgie                       |
| M. Amadou Gabriel        | CISS   | Chirurgie Thoracique & Cardio. Vasc. |
| M. Mamadou               | CISSE  | Chirurgie Générale                   |
| §M. Mamadou Lamine       | CISSE  | Gynécologie-Obstétrique              |
| M. Mamadou               | COUME  | Médecine Interne                     |
| M. Daouda                | DIA    | Hépatologie / Gastro-Entérologie     |
| M. Djibril               | DIALLO | Gynécologie-Obstétrique              |
| M. Saïdou                | DIALLO | Rhumatologie                         |
| §M. Alassane             | DIATTA | Biochimie Médicale                   |
| M. Charles Bertin        | DIEME  | Orthopédie-traumatologie             |
| *Mme. Marie Edouard Faye | DIEME  | Gynécologie Obstétrique              |
| M.Yémou                  | DIENG  | Parasitologie                        |
| M. Ibrahima Bara         | DIOP   | Cardiologie                          |
| M. Papa Saloum           | DIOP   | Chirurgie Générale                   |
| M. Saïd Norou            | DIOP   | Médecine Interne II                  |
| M. Amadou Lamine         | FALL   | Pédiatrie                            |
| M. Lamine                | FALL   | Pédopschyatrie                       |
| M. Adama                 | FAYE   | Santé Publique                       |
| § M. Babacar             | FAYE   | Parasitologie                        |
| § Mme. Mame Awa          | FAYE   | Maladies Infectieuses                |
| M.Oumar                  | FAYE   | Parasitologie                        |
| M.Oumar                  | FAYE   | Histologie-Embryologie               |
| M. Papa Lamine           | FAYE   | Psychiatrie                          |
| M. Pape Macoumba         | GAYE   | Cancéro-radiothérapie                |
| *M. Serigne Modou Kane   | GUEYE  | Gynécologie Obstétrique              |
| M. EL Hadj Fary          | KA     | Clinique Médicale/Néphrologie        |
| Mme. Yacine Dia          | KANE   | Pneumophtisiologie                   |

|                            |             |                                       |
|----------------------------|-------------|---------------------------------------|
| M. Abdoulaye               | LEYE        | Clinique Médicale / Médecine Interne  |
| M. Alassane                | MBAYE       | Cardiologie                           |
| Mme. Ndèye. Maïmouna       | NDOUR MBAYE | Médecine Interne                      |
| *M. Mouhamadou             | MBENGUE     | Hépathologie / Gastro-Entérologie     |
| M. Philipe Marc            | MOREIRA     | Gynécologie                           |
| Mme. Fatou Samba Diago.    | NDIAYE      | Hématologie Clinique                  |
| M. Mor                     | NDIAYE      | Médecine du Travail                   |
| Mme. Ndèye Fatou Coulibaly | NDIAYE      | Orthopédie-Traumatologie              |
| + * M. Papa                | NDIAYE      | Médecine Préventive                   |
| *M.Souhaïbou               | NDONGO      | Médecine Interne                      |
| M. Oumar                   | NDOUR       | Chirurgie Pédiatrique                 |
| M. Jean Marc Ndiaga        | NDOYE       | Anatomie                              |
| Mme Marie DIOP             | NDOYE       | Anesthésie-Réanimation                |
| M. Lamine                  | NIANG       | Urologie                              |
| M. Abdoulaye               | POUYE       | CM / Médecine Interne                 |
| Mme. Paule Aïda NDOYE      | ROTH        | Ophtalmologie                         |
| M. André Daniel            | SANE        | Orthopédie-Traumatologie              |
| Mme. Anne Aurore           | SANKALE     | Chirurgie plastique et reconstructive |
| Mme. Anna                  | SARR        | Médecine Interne                      |
| *M.Ibrahima                | SECK        | Médecine Préventive                   |
| M. Mohamed Maniboliot      | SOUMAH      | Médecine légale                       |
| Mme. Aïda                  | SYLLA       | Psychiatrie                           |
| M. Assane                  | SYLLA       | Pédiatrie                             |
| M. Abdourahmane            | TALL        | O.R.L                                 |
| M. Roger Clément Kouly     | TINE        | Parasitologie Médical                 |
| Mme. Nafissatou Oumar      | TOURE       | Pneumologie                           |

---

+ Disponibilité

\* Associé

§ Détachement

## MAITRES-ASSISTANTS

|                          |            |  |
|--------------------------|------------|--|
| M. Papa Salmane          | BA         | Chirurgie Thoracique & Cardio –vasc.     |
| Mme. Marie Louise        | BASSENE    | Hépto-gastroentérologie                  |
| M. Malick                | BODIAN     | Cardiologie                              |
| M. El Hadj Souleymane    | CAMARA     | Orthopédie-Traumatologie                 |
| Mme. Mariama Safiétou KA | CISSE      | Médecine Interne                         |
| M. Mouhamadou Moustapha  | CISSE      | Néphrologie                              |
| M. André Vauvert         | DANSOKHO   | Orthopédie-Traumatologie                 |
| M. Richard Edouard Alain | DEGUENONVO | O-R-L                                    |
| M. Mouhamadou Lamine     | DIA        | Bactériologie-Virologie                  |
| M. Chérif Mouhamed M.    | DIAL       | Anatomie Pathologique                    |
| M. Abdoulaye Séga        | DIALLO     | Histologie-Embryologie                   |
| M. Demba                 | DIEDHIOU   | Médecine Interne II                      |
| M. Pape Adama            | DIENG      | Chirurgie Thoracique & Cardio-Vasculaire |
| Mme. Seynabou FALL       | DIENG      | Médecine Interne I                       |
| Mme. Evelyn Siga         | DIOM       | O.R.L.                                   |
| Mme. Abibatou SALL       | FALL       | Hématologie                              |
| M. Boubacar              | FALL       | Urologie                                 |
| Mme. Mame Coumba GAYE    | FALL       | Médecine du Travail                      |
| M. Mohamed Lamine        | FALL       | Anesthésie-réanimation                   |
| *M. Papa Moctar          | FAYE       | Pédiatrie                                |
| Mme. Louise              | FORTES     | Maladies Infectieuses                    |
| *M. Abdoul Aziz          | KASSE      | Cancérologie                             |
| M. Amadou Ndiassé        | KASSE      | Orthopédie-Traumatologie                 |
| Mme. Aminata DIACK       | MBAYE      | Pédiatrie                                |
| M. Amadou Koura          | NDAO       | Neurologie                               |
| M. Aïnina                | NDIAYE     | Anatomie                                 |
| M. Maodo                 | NDIAYE     | Dermatologie                             |
| M. Mouhamadou Bamba      | NDIAYE     | Cardiologie                              |
| M. Papa Ibrahima         | NDIAYE     | Anesthésie Réanimation                   |
| M. Boucar                | NDONG      | Biophysique                              |
| Mme. Ndèye Dialé Ndiaye  | NDONGO     | Psychiatrie                              |
| M. Ndaraw                | NDOYE      | Neurochirurgie                           |
| Mme. Marguerite Edith D. | QUENUM     | Ophtalmologie                            |
| M. Ndéné Gaston          | SARR       | Biochimie Médicale                       |
| M. Yaya                  | SOW        | Urologie                                 |
| M. Alioune Badara        | THIAM      | Neurochirurgie                           |
| M. Silly                 | TOURE      | Stomatologie                             |

# ASSISTANTS

|                           |          |   |
|---------------------------|----------|---|
| Mme. Nafissatou Ndiaye    | BA       | Anatomie Pathologique                   |
| M.Nfally                  | BADJI    | Radiologie                              |
| M. Oumar                  | BASSOUM  | Epidémiologie et Santé publique         |
| M. El Hadji Amadou Lamine | BATHILY  | Biophysique                             |
| Mme. Fatou                | CISSE    | Biochimie Médicale                      |
| M. Boubacar Samba         | DANKOKO  | Médecine Préventive                     |
| M. Sidy Akhmed            | DIA      | Médecine du Travail                     |
| Mme. Mama SY              | DIALLO   | Histologie-embryologie                  |
| M. Mor                    | DIAW     | Physiologie                             |
| Mme. Marie Joseph         | DIEME    | Anatomie Pathologique                   |
| M. Abdoulaye Dione        | DIOP     | Radiologie                              |
| Mme. Aïssatou Seck        | DIOP     | Physiologie                             |
| M. Amadou                 | DIOP     | Bactériologie-Virologie                 |
| M. Dialo                  | DIOP     | Bactériologie-Virologie                 |
| M. Ndiaga                 | DIOP     | Histologie Embryologie et Cytogénétique |
| M. Ousseynou              | DIOP     | Biophysique                             |
| M. Blaise Félix           | FAYE     | Hématologie                             |
| M. Abdou Magib            | GAYE     | Anatomie Pathologique                   |
| M.. Magaye                | GAYE     | Anatomie                                |
| Melle. Mame Vénus         | GUEYE    | Histologie- Embryologie                 |
| Melle. Salimata Diagne    | HOUNDJIO | Physiologie                             |
| M. Mamadou Makhtar Mbacké | LEYE     | Médecine Préventive                     |
| M. Magatte                | NDIAYE   | Parasitologie Médicale                  |
| M. El Hadji Oumar         | NDOYE    | Médecine Légale                         |
| M. Khadim                 | NIANG    | Médecine Préventive                     |
| M. Abdourahmane           | SAMBA    | Biochimie Médicale                      |
| M. Moussa                 | SECK     | Hématologie                             |
| Mme. Ndèye Marème         | SOUGOU   | Médecine Préventive et Santé publique   |
| M. Abdou Khadir           | SOW      | Physiologie                             |
| M. Doudou                 | SOW      | Parasitologie Médicale                  |
| M. Khadime                | SYLLA    | Parasitologie Médicale                  |
| M. Ibou                   | THIAM    | Anatomie Pathologique                   |
| Melle Maïmouna            | TOURE    | Physiologie                             |



# CHEFS DE CLINIQUE-ASSISTANTS DES SERVICES UNIVERSITAIRES DES HOPITAUX

|                                 |          |  |
|---------------------------------|----------|--|
| M. Léra Géraud Cécil Kévin      | AKPO     | Radiologie                             |
| M. Abou                         | BA       | Pédiatrie                              |
| Mme. Aïssatou                   | BA       | Pédiatrie                              |
| *M. El Hadji Makhtar            | BA       | Psychiatrie                            |
| M. Idrissa                      | BA       | Pédopsychiatrie                        |
| M. Idrissa Demba                | BA       | Pédiatrie                              |
| Mme. Mame Sanou Diouf           | BA       | O.R.L.                                 |
| M. Mamadou Diawo                | BAH      | Anesthésie-Réanimation                 |
| M. Djibril                      | BOIRO    | Pédiatrie                              |
| M. Momar                        | CAMARA   | Psychiatrie                            |
| Mme. Maïmouna Fafa              | CISSE    | Pneumologie                            |
| M. Abdoulaye                    | DANFA    | Psychiatrie                            |
| M. Hamidou                      | DEME     | Radiologie                             |
| M. Souleymane                   | DIAO     | Orthopédie-Traumatologie               |
| M. Mohamed Tété Etienne         | DIADHIOU | Gynécologie-Obstétrique                |
| M. Jean Pierre                  | DIAGNE   | Ophthalmologie                         |
| Mme. Nafissatou                 | DIAGNE   | Médecine Interne                       |
| M. Ngor Side                    | DIAGNE   | Neurologie                             |
| Mm. Salamata Diallo             | DIAGNE   | Hépatologie / Gastro-Entérologie       |
| M. Moussa                       | DIALLO   | Gynécologie - Obstétrique              |
| Mme. Viviane Marie Pierre CISSE | DIALLO   | Maladies Infectieuses                  |
| M. Boubacar Ahy                 | DIATTA   | Dermatologie                           |
| M. Souleymane                   | DIATTA   | Chirurgie Thoracique                   |
| Mme Mame Salimata               | DIENE    | Neurochirurgie                         |
| *M. Mamadou Moustapha           | DIENG    | Cancérologie                           |
| M Assane                        | DIOP     | Dermatologie                           |
| M. Momar Sokhna dit Sidy Khoya  | DIOP     | Chirurgie Thoracique&Cardio-vasculaire |
| M. Rudolph                      | DIOP     | Stomatologie                           |
| M. Abdoul Aziz                  | DIOUF    | Gynécologie-Obstétrique                |
| M. Assane                       | DIOUF    | Maladies Infectieuses                  |
| Mme. Astou                      | DIOUF    | Dermatologie                           |
| M. Doudou                       | DIOUF    | Cancérologie                           |
| M. Mamadou Lamine               | DIOUF    | Pédopsychiatrie                        |
| M. Momar                        | DIOUM    | Cardiologie                            |
| M. Boundia                      | DJIBA    | Médecine Interne                       |
| Mme. Anna Modji Basse           | FAYE     | Neurologie                             |
| M. Atoumane                     | FAYE     | Médecine Interne                       |
| Mme. Fatou Ly                   | FAYE     | Pédiatrie                              |
| Melle. Maria                    | FAYE     | Néphrologie                            |

|                                |           |   |
|--------------------------------|-----------|---|
| M. Omar                        | GASSAMA   | Gynécologie-Obstétrique                   |
| M. Mamadou Ngoné               | GUEYE     | Hépatologie / Gastro-Entérologie          |
| Mme. Mame Diarra Ndiaye        | GUEYE     | Gynécologie-Obstétrique                   |
| M. Mamour                      | GUEYE     | Gynécologie-Obstétrique                   |
| M. Modou                       | GUEYE     | Pédiatrie                                 |
| M. Aly Mbara                   | KA        | Ophtalmologie                             |
| M. Daye                        | KA        | Maladies Infectieuses                     |
| M. Ibrahima                    | KA        | Chirurgie Générale                        |
| M. Sidy                        | KA        | Cancérologie                              |
| M. Baïdy Sy                    | KANE      | Médecine Interne                          |
| M. Younoussa                   | KEITA     | Pédiatrie                                 |
| M. Charles Valérie Alain       | KINKPE    | Orthopédie-Traumatologie                  |
| Melle Ndèye Aïssatou           | LAKHE     | Maladies Infectieuses                     |
| M. Ahmed Tall                  | LEMRAHOTT | Néphrologie                               |
| M. Papa Alassane               | LEYE      | Anesthésie-réanimation                    |
| M. Yakham Mohamed              | LEYE      | Médecine Interne                          |
| Mme. Indou DEME                | LY        | Pédiatrie                                 |
| Mme. Fatimata Binetou Rassoule | MBAYE     | Pneumologie                               |
| Mme. Khardiata Diallo          | MBAYE     | Maladies Infectieuses                     |
| Mme. Awa Cheikh Ndao           | MBENGUE   | Médecine Interne                          |
| M. Ciré                        | NDIAYE    | O-R-L                                     |
| M. Joseph Matar Mass           | NDIAYE    | Ophtalmologie                             |
| M. Lamine                      | NDIAYE    | Chirurgie Plastique et Reconstructive     |
| M. Mouhamadou Makhtar          | NDIAYE    | Stomatologie & Chirurgie maxillo- faciale |
| M. Ibrahima                    | NDIAYE    | Psychiatrie                               |
| Mme. Maguette Mbaye            | NDOUR     | Neurochirurgie                            |
| Mme. Ndèye Aby                 | NDOYE     | Chirurgie Pédiatrique                     |
| M. Aliou Alassane              | NGAIDE    | Cardiologie                               |
| M. Babacar                     | NIANG     | Pédiatrie                                 |
| * M. Mouhamadou Mansour        | NIANG     | Gynécologie-Obstétrique                   |
| M Moustapha                    | NIASSE    | Rhumatologie                              |
| M. Aloïse                      | SAGNA     | Chirurgie Pédiatrique                     |
| Mme. Magatte Gaye              | SAKHO     | Neurochirurgie                            |
| M. Lamine                      | SARR      | Orthopédie-Traumatologie                  |
| Mme. Nafy Ndiaye               | SARR      | Médecine Interne                          |
| M. Simon Antoine               | SARR      | Cardiologie                               |
| M. Mamadou                     | SECK      | Chirurgie Générale                        |
| Mme. Sokhna                    | SECK      | Psychiatrie                               |
| Mme. Marième Soda              | DIOP SENE | Neurologie                                |
| M. Aboubacry Sadikh            | SOW       | Ophtalmologie                             |
| Melle Adjaratou Dieynabou      | SOW       | Neurologie                                |
| M. Djiby                       | SOW       | Médecine Interne                          |
| M. Abou                        | SY        | Psychiatrie                               |
| Mme. Khady                     | THIAM     | Pneumologie                               |

|                 |           |                        |
|-----------------|-----------|------------------------|
| M. Mbaye        | THIOUB    | Neurochirurgie         |
| M. Aliou        | THIONGANE | Pédiatrie              |
| M. Alpha Oumar  | TOURE     | Chirurgie Générale     |
| M. Mamadou Mour | TRAORE    | Anesthésie-réanimation |
| M. Cyrille      | ZE ONDO   | Urologie               |

---

+ Disponibilité

\* Associé

§ Détachement

## II. PHARMACIE

### PROFESSEURS TITULAIRES

|                           |         |                                   |
|---------------------------|---------|-----------------------------------|
| M. Emmanuel               | BASSENE | Pharmacognosie et Botanique       |
| M. Cheikh Saad Bouh       | BOYE    | Bactériologie-Virologie           |
| M. Aynina                 | CISSE   | Biochimie Pharmaceutique          |
| Mme. Aïssatou Gaye        | DIALLO  | Bactériologie-Virologie           |
| Mme. Aminata SALL         | DIALLO  | Physiologie Pharmaceutique        |
| M. Mounibé                | DIARRA  | Physique Pharmaceutique           |
| M. Alioune                | DIEYE   | Immunologie                       |
| *M. Amadou Moctar         | DIEYE   | Pharmacologie et Pharmacodynamie  |
| M. Tandakha Ndiaye        | DIEYE   | Immunologie                       |
| M. Pape Amadou            | DIOP    | Biochimie Pharmaceutique          |
| M. Yérim Mbagnick         | DIOP    | Chimie Analytique                 |
| M. Amadou                 | DIOUF   | Toxicologie                       |
| M. Djibril                | FALL    | Pharmacie Chimique & Chimie Orga. |
| M. Mamadou                | FALL    | Toxicologie                       |
| M. Souleymane             | MBOUP   | Bactériologie-Virologie           |
| M. Bara                   | NDIAYE  | Chimie Analytique                 |
| M. Daouda                 | NDIAYE  | Parasitologie                     |
| * M. Omar                 | NDIR    | Parasitologie                     |
| Mme. Philomène LOPEZ SALL |         | Biochimie Pharmaceutique          |
| M. Guata yoro             | SY      | Pharmacologie et Pharmacodynamie  |
| M. Alassane               | WELE    | Chimie Thérapeutique              |

## MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

|                       |         |                                  |
|-----------------------|---------|----------------------------------|
| M. Makhtar            | CAMARA  | Bactériologie-virologie          |
| Mme. Rokhaya Ndiaye   | DIALLO  | Biochimie Pharmaceutique         |
| Melle. Thérèse        | DIENG   | Parasitologie                    |
| M. Ahmadou Bamba K.   | FALL    | Pharmacie Galénique              |
| M. Pape Madièye       | GUEYE   | Biochimie Pharmaceutique         |
| M. Modou Oumy         | KANE    | Physiologie Pharmaceutique       |
| M. Gora               | MBAYE   | Physique Pharmaceutique          |
| M. Augustin           | NDIAYE  | Physique Pharmaceutique          |
| *Mme Halimatou Diop   | NDIAYE  | Bactériologie – Virologie        |
| Mme. Maguette D.SYLLA | NIANG   | Immunologie                      |
| M. Mamadou            | SARR    | Physiologie Pharmaceutique       |
| M. Serigne Omar       | SARR    | Chimie Analytique & Bromatologie |
| M Oumar               | THIOUNE | Pharmacie Galénique              |

## MAITRE DE CONFERENCES

|          |      |  |
|----------|------|--|
| M. Matar | SECK | Pharmacie Chimique et Chimie Organique |
|----------|------|--|

## MAITRES-ASSISTANTS

|                            |         |                                  |
|----------------------------|---------|----------------------------------|
| Melle Aïda Sadikh          | BADIANE | Parasitologie                    |
| M. Amadou                  | DIOP    | Chimie Analytique                |
| M. Alioune Dior            | FALL    | Pharmacognosie                   |
| M. Macoura                 | GADJI   | Hématologie                      |
| M. Babacar                 | MBENGUE | Immunologie                      |
| *M. Mamadou                | NDIAYE  | Pharmacologie et Pharmacodynamie |
| Mme. Mathilde M. P. Cabral | NDIOR   | Toxicologie                      |
| M. Abdoulaye               | SECK    | Bactériologie – Virologie        |
| Mme. Awa Ndiaye            | SY      | Pharmacologie                    |
| Mme Aminata                | TOURE   | Toxicologie                      |

# ASSISTANTS

|                        |          |  |
|------------------------|----------|--|
| Mme Kady Diatta        | BADJI    | Botanique                              |
| Mme Fatoumata          | BAH      | Toxicologie                            |
| M. Mamadou             | BALDE    | Chimie Thérapeutique                   |
| *M. Frimin Sylva       | BARBOZA  | Pharmacologie                          |
| Mme. Awa Ba            | DIALLO   | Bactériologie-Virologie                |
| M. William             | DIATTA   | Botanique                              |
| M. Adama               | DIEDHIOU | Chimie Thérapeutique & Organique       |
| M. Serigne Ibra Mbacké | DIENG    | Pharmacognosie                         |
| M. Cheikh              | DIOP     | Toxicologie                            |
| M. Moussa              | DIOP     | Pharmacie Galénique                    |
| M. Louis Augustin D.   | DIOUF    | Physique Pharmaceutique                |
| M. Alphonse Rodrigue   | DJIBOUNE | Physique Pharmaceutique                |
| *M. Babacar            | FAYE     | Biologie Moléculaire et cellulaire     |
| M. Djiby               | FAYE     | Pharmacie Galénique                    |
| Melle Rokhaya          | GUEYE    | Chimie Analytique & Bromatologie       |
| Mme. Rokhaya Sylla     | GUEYE    | Pharmacie Chimique et Chimie Organique |
| * Moustapha            | MBOW     | Immunologie                            |
| M. Youssou             | NDAO     | Galénique & Législation                |
| Mme Arame              | NDIAYE   | Biochimie Médicale                     |
| M. Mouhamadou          | NDIAYE   | Parasitologie                          |
| M. El Hadji Malick     | NDOUR    | Biochimie Pharmaceutique               |
| M. Idrissa             | NDOYE    | Pharmacie Chimique et Chimie Organique |
| * M. Mame Cheikh       | SECK     | Parasitologie                          |
| M. Mbaye               | SENE     | Physiologie Pharmaceutique             |
| M. Madièye             | SENE     | Pharmacologie                          |
| M. Papa Mady           | SY       | Physique Pharmaceutique                |
| Mme. Fatou Guèye       | TALL     | Biochimie Pharmaceutique               |
| Melle. Khadidiatou     | THIAM    | Chimie Analytique & Bromatologie       |
| M. Yoro                | TINE     | Chimie Générale                        |

---

\* Associé

# III. CHIRURGIE DENTAIRE

## PROFESSEURS TITULAIRES

|                  |         |                                      |
|------------------|---------|--------------------------------------|
| M. Henri Michel  | BENOIST | Parodontologie                       |
| M. Falou         | DIAGNE  | Orthopédie Dento-Faciale             |
| M. Papa Demba    | DIALLO  | Parodontologie                       |
| M. Papa Ibrahima | NGOM    | Orthopédie Dento-Faciale             |
| M. Babacar       | TOURE   | Odontologie Conservatrice Endodontie |

## MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

|                         |       |         |                                   |
|-------------------------|-------|---------|-----------------------------------|
| Mme Khady               | DIOP  | BA      | Orthopédie Dento-Faciale          |
| Mme. Fatou              | Lèye  | BENOIST | O.C.E.                            |
| M. Daouda               |       | CISSE   | Odontologie Prév. et Sociale      |
| Mme Adam Marie SECK     |       | DIALLO  | Parodontologie                    |
| M. Abdoulaye            |       | DIOUF   | Parodontologie                    |
| Mme Aïssatou            | TAMBA | FALL    | Pédodontie-Prévention             |
| M. Babacar              |       | FAYE    | Odontologie Cons. Endodontie      |
| M. Daouda               |       | FAYE    | Odontologie Préventive et Sociale |
| M. Malick               |       | FAYE    | Pédodontie                        |
| M. Cheikh Mouhamadou M. |       | LO      | Odontologie Prév. Sociale         |
| M. El Hadj Babacar      |       | MBODJ   | Prothèse Dentaire                 |
| § Mme Charlotte         | FATY  | NDIAYE  | Chirurgie Buccale                 |
| M. Paul Débé Amadou     |       | NIANG   | Chirurgie Buccale                 |
| M. Mouhamed             |       | SARR    | Odontologie Cons. Endodontie      |
| Mme Soukèye             | DIA   | TINE    | Chirurgie Buccale                 |

## MAITRES ASSISTANTS

|                          |        |                              |
|--------------------------|--------|------------------------------|
| M. Khaly                 | BANE   | O.C.E.                       |
| Mme. Binetou C. GASSAMA  | BARRY  | Chirurgie Buccale            |
| *M. Lambane              | DIENG  | Prothèse Dentaire            |
| Mme Fatou                | DIOP   | Pédodontie-Prévention        |
| M. Joseph Samba          | DIOUF  | Orthopédie Dento-Faciale     |
| M. Massamba              | DIOUF  | Odontologie Prév. et Sociale |
| *M. Moctar               | GUEYE  | Prothèse Dentaire            |
| M. Cheikh                | NDIAYE | Prothèse Dentaire            |
| Mme Farimata youga DIENG | SARR   | Matières Fondamentales       |
| M. Mohamed Talla         | SECK   | Prothèse Dentaire            |
| M. Babacar               | TAMBA  | Chirurgie Buccale            |

## ASSISTANTS

|                            |             |                                      |
|----------------------------|-------------|--------------------------------------|
| Mme. Adjaratou Wakha       | AIDARA      | O.C.E.                               |
| M. Abdou                   | BA          | Chirurgie Buccale                    |
| M. Alpha                   | BADIANE     | Orthopédie Dento-Faciale             |
| Mme Khady                  | BADJI       | Prothèse Dentaire                    |
| M. Ahmad Moustapha         | DIALLO      | Parodontologie                       |
| M. Mamadou Tidiane         | DIALLO      | Odontologie Pédiatrique              |
| M. Mamadou                 | DIATTA      | Chirurgie Buccale                    |
| *M. Khalifa                | DIENG       | Odontologie Légale                   |
| Mme. Mbathio               | DIOP        | Santé Publique dentaire              |
| M. Abdoulaye               | DIOUF       | Odontologie Pédiatrique              |
| Mme. Ndèye Nguiniane Diouf | GAYE        | Odontologie Pédiatrique              |
| *M. Mouhamadou Lamine      | GUIRASSY    | Parodontologie                       |
| M. Pape Ibrahima           | KAMARA      | Prothèse Dentaire                    |
| M. Mouhammad               | KANE        | Chirurgie Buccale                    |
| Mme. Aïda                  | KANOUE      | Santé Publique Dentaire              |
| M. Alpha                   | KOUNTA      | Chirurgie Buccale                    |
| M. Papa Abdou              | LECOR       | Anatomo- Physiologie                 |
| M. Edmond                  | NABHANE     | Prothèse Dentaire                    |
| Mme. Diouma                | NDIAYE      | Odontologie Conservatrice-Endodontie |
| M. Mamadou Lamine          | NDIAYE      | Radiologie Dento maxillo-Faciale     |
| M. Seydina Ousmane         | NIANG       | Odontologie Conservatrice-Endodontie |
| M. Oumar Harouna           | SALL        | Matières Fondamentales               |
| Melle. Anta                | SECK        | Odontologie Conservatrice-Endodontie |
| M. Sankoung                | SOUMBOUNDOU | Odontologie Légale                   |

|                     |         |                         |
|---------------------|---------|-------------------------|
| M. Diabel           | THIAM   | Parodontologie          |
| Mme. Soukèye Ndoeye | THIAM   | Odontologie Pédiatrique |
| Mme. Néné           | THIOUNE | Prothèse Dentaire       |
| M. Amadou           | TOURE   | Prothèse Dentaire       |

---



---

\* Associé

§ Détachement



*Par La Grace D'ALLAH,  
Le Tout Puissant, Le  
Miséricordieux, L'Omnipotent*

Lui qui nous a fait bénéficier de Sa Grace, de Sa Protection et a guidé nos pas  
jusqu'ici

**Au nom du Prophète Mouhamed (PSL),  
Le meilleur des hommes**

Dieureudieufé Cheikh Ahmed Tidiane SY

Dieureudieufé Sérigne Babacar SY

# *Dédicaces et Remerciements*

# *Je dédie ce travail à*

## ***Mon grand père feu EL Hadji Abdoulaye DIAGNE***

Un homme qui avait une générosité incommensurable reconnue par tous et un attachement particulier à Cheikh Ahmed Tidiane SY et à toute sa famille. L'homme qui se souciait toujours de ses petits enfants, qui nous a inculqué le courage, la détermination, le goût du travail. Mon plus grand regret est d'avoir réalisé ce travail en ton absence. J'espère que tu savoures ce jour autant que nous là savourons ou tu te trouves. Repose en paix grand père !

## ***Mes regrettés grand parents : Ndeye Douffi MBAYE, Mame BOUBA, Babacar DIADHIOU, Dieynaba SOW***

Que je ne vous ai certes pas connu, mais que vous remplissez mon cœur d'affection. Que vous vous reposiez dans le Paradis du Seigneur

## ***Ma mère Adjaratou Aminata DIADHIOU à moi seul !***

La meilleure maman du monde, ma meilleure amie, mon marabout. Je n'ai vraiment pas les mots costauds qu'il me faudrait pour parler de toi, mère. Sache que tu resteras toujours gravée d'or dans mon cœur et DIEU m'en est témoin. « Yalla nama goudou fane wayé Yalla nangama soule ».

***Mon père et mon « wassilla » EL Hadji Ibra DIAGNE***

Tu m'as inculqué l'amour tu travail bien fait, l'honnêteté et le courage dans l'adversité. Grace à toi, je suis là ou je suis aujourd'hui. Reçois mes remerciements et de tout mon cœur.

***Mes parents biologiques Rokhaya DIAGNE et Mamadou DIAGNE***

Vos prières, votre amour et votre soutien m'ont toujours accompagné. Je vous en serai éternellement reconnaissant. Longue vie à vous.

***Tous mes frères et sœurs sans exceptions : Ndeye Douffi DIAGNE, Babacar DIAGNE, Abdoulaye DIAGNE, Aita DIAGNE, Assane DAIAGNE, Ndeye Arame DIAGNE, Ndongo DIAGNE, Ibrahima DIAGNE, Dieynaba DIAGNE, et les autres...***

Vous m'avez tous soutenu et vous avez toujours été là pour moi, dans les bons comme mauvais moments. C'est l'occasion pour moi aujourd'hui de vous dire merci. Vous aurez toujours une place dans mon cœur.

***Mes tantes et oncles, Badiène Ndeye Arame DIAGNE, Badiène Ndeye Maguette DIAGNE, Badiène Diasse DIAGNE, Nidiaye Niass DIAGNE***

Merci pour votre soutien et pour tout que vous avez fait pour moi. Qu'Allah le tout puissant vous donne longue vie, de santé et de prospérité. « Amine »

***Ma femme, Mme DIAGNE née Isseu DIAGNE***

Je ne saurai traduire sur du papier l'amour que j'ai pour toi. En plus de la femme, tu es une amie, une sœur, une mère. Un sage africain a dit : « aimer c'est regarder dans la même direction et non se regarder ». Que Dieu te protège et te donne longue vie.

***Mon fils, Papa Ibra Junior DIAGNE***

Tu es le meilleur cadeau que le bon DIEU m'a donné dans ma vie. Qu'ALLAH le tout puissant te protège et te donne longue vie de santé, de succès et de « DINE ». Que ce travail t'inspire un jour et ne voit pas en moi un exemple à suivre, mais à me dépasser.

***Ma belle famille***

Merci de m'avoir donné votre fille sans aucune condition

***Mes amis de « guerres », Khadim SECK, EL Hadji Cheikh NDIAYE  
SY, Omar Mamadou SAMBA, Baba CAMARA, Mamadou Mansour SY,  
Abdou Kader DIOUME***

Merci pour votre amitié. Vous étiez toujours là pour me soutenir, m'aider et m'écouter. Je vous souhaite une vie pleine de réussite, de santé et de bonheur. Que notre amitié reste à jamais.

***Toute cette grande et noble famille DIAGNE!***

Mon grand-père feu EL Hadji Abdoulaye DIAGNE (paix à son âme) et toute sa famille et à tous les habitants des « 12 penc de Dakar » en particulier le quartier de « Thieurigne ».

***Toute la famille de Cheikh Ahmed Tidiane SY que sa lumière soit avec nous***

***Tous mes maitres de l'école de FANN:***

Pr Mamadou Habib THIAM, Pr Aida SYLLA, Pr Pape Lamine FAYE, Pr Lamine FALL, Pr Omar NDOYE, Dr Ndeye Diallé N'DIAYE NDONGO, Dr Fatoumata BA, Dr Idrissa BA, Dr Momar CAMARA, Dr Abou SY, Dr Makhtar BA, Dr Sokhna SECK. Dr Ibrahima NDIAYE

***Mes camarades de l'école de FANN***

Sans vous citer, je voulais vous dire à travers ce travail merci pour tous.

***Tout le personnel du service de Psychiatrie du CHNU de FANN sans exception***

***Tous les maitres et professeurs de la FMPOS de l'UCAD***

Vous avez fait de nous des médecins, plus encore vous avez fait de nous des Hommes à part entière. Que Dieu vous comble de sa grâce.

# *Je remercie*

Mes parents, pour m'avoir inculqué le courage, la détermination, le gout du travail. Et pour toutes les prières que vous formuler pour moi durant chaque épreuve.

Au Professeur **Mamadou Habib THIAM** pour votre compréhension, votre soutien et pour toutes les connaissances que vous nous avez enseigné, qu'elles soient médicales ou extra-médicales, à la moindre occasion. Et ceci malgré votre emploi du temps aussi chargé

Au professeur **Magatte MBAYE** pour n'avoir ménagé aucun effort pour que ce travail soit réalisé et pour le souci que vous avez pour notre formation médicale et pour notre humble personne. Je vous souhaite une santé de fer !!

Au professeur **Aida SYLLA NDIAYE**. Vous êtes pour moi comme une mère. Maman, merci pour tous vos conseils, pour votre aide si spontanée et pour la grande disponibilité dont vous avez fait preuve à mon égard. Que Dieu le tout puissant vous bénisse.

Au Professeur **Momar GUEYE**, pour m'avoir montré dès notre arrivée dans le service le chemin de la psychiatrie.

A toutes les femmes qui ont participé à ce travail.

A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer.

A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation.

*A nos Maîtres  
et Juges*



*A notre Maître et Président de jury*

**MONSIEUR LE PROFESSEUR THIAM MAMADOU HABIB**

***Professeur Titulaire***

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant, sans aucune hésitation, de présider le jury de notre thèse. Nous sommes conscients de votre souci pour notre formation médicale. Vous ne cessez de nous inculquer, malgré votre emploi du temps très chargé, les principes de base de la médecine en général et de la psychiatrie en particulier.

Votre simplicité, votre générosité et vos qualités intellectuelles font de vous un éminent professeur.

Soyez assuré, cher Maître, de nos sincères remerciements.

# *A notre Maître et juge*

**MADAME LE PROFESSEUR SYLLA NDIAYE AIDA**

***Maître de conférences agrégé***

Votre érudition, votre dynamisme, votre sens des relations humaines et surtout votre modestie ont fait de vous la femme de science appréciée de tous que vous êtes. Nous sommes profondément touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce modeste travail.

Ma reconnaissance et mon admiration vous seront éternelles.

Nous vous témoignons nos profondes admirations.

# *A notre Maître et juge*

**MONSIEUR LE PROFESSEUR FALL LAMINE**

***Maître de conférences agrégé***

Vous nous faites honneur en siégeant, sans aucune hésitation, dans notre  
jury de thèse.

Votre détermination scientifique, votre amour de l'enseignement et votre  
simplicité font que vous êtes respecté de tous.

Soyez assuré, cher Maître, de nos sincères remerciements.

# *A notre Maître et directeur de thèse*

**MONSIEUR LE PROFESSEUR MBAYE MAGATTE**

***Maître de conférences agrégé***

Cher maître nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité et votre humanisme font de vous un formateur exemplaire. Honorable maître, la rigueur scientifique, l'amour du travail bien fait, l'abord facile, sont autant de qualités qui forcent l'admiration.

Hommage respectueux a vous.

*A notre Maître et co-directeur de thèse*

**MADAME LE DOCTEUR Mame Diarra NDIAYE GUEYE**

***Assistante – Chef de clinique***

Nous avons eu le privilège et le grand honneur de vous avoir comme co-  
directeur de thèse.

Votre disponibilité, votre simplicité, votre générosité nous ont  
particulièrement marqué.

Veillez croire, chère Maître, à nos sincères remerciements

« Par délibération, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation. »

# *Sommaire*

|   |    |
|---|----|
| Introduction.....   |    |
| Première Partie Cadre Théorique.....  |    |
| I. Approche psychopathologique de la grossesse .....                              | 4  |
| II. L'importance de l'enfant en Afrique.....                                      | 9  |
| III. Rappel sur l'avortement spontané .....                                       | 11 |
| 1. Définitions de l'avortement spontané.....                                      | 11 |
| 2. Fréquence de l'avortement spontané .....                                       | 11 |
| 3.Types d'avortement spontané.....  | 12 |
| 3.1. Selon la chronologie .....   | 12 |
| 4. Classification clinique de l'avortement spontané.....                          | 13 |
| 4.1. Classification selon WINKLER J. et al [63] .....                             | 13 |
| 4.2. Classification selon le lexique de la médecine de la reproduction [33] ..... | 14 |
| 5. Différentes méthodes d'évacuation utérine en cas d'avortement.....             | 17 |
| 5.1. Aspiration manuelle intra utérine (AMIU) [63] .....                          | 17 |
| 5.2. Le curetage : [42].....  | 19 |
| 5.3. Le curage.....   | 20 |
| 6. Planification familiale post-avortement (P.F) [63].....                        | 21 |
| 7. Evolution et complications de l'AS.....  | 22 |
| 7.1. Complications physiques de l'AS .....  | 22 |
| 7.2. Complications, Séquelles ou retentissements psychologiques de l'AS.....      | 23 |
| Deuxième Partie Travail Personnel.....  |    |
| I. Objectifs.....   | 30 |
| 1. Objectif général .....   | 30 |
| 2. Objectifs spécifiques.....   | 30 |
| II. Méthodologie.....   | 30 |
| 1. Cadre d'étude .....  | 30 |
| 2. Matériel.....  | 33 |
| 3. Type et Durée d'étude.....   | 34 |


























|  |    |
|--|----|
| 4. Technique d'échantillonnage .....                                 | 34 |
| 5. Critères de sélection.....  | 34 |
| 6. Procédure de collecte des données .....                           | 34 |
| 7. Procédure d'analyse.....  | 35 |
| 8. Ethique et déontologie .....                                      | 35 |
| III. RESULTATS .....   | 35 |
| 1. LES DONNEES SOCIO- EPIDEMIOLOGIQUES.....                          | 35 |
| 1.1. Fréquence .....   | 35 |
| 1.2. Age des patientes .....   | 35 |
| 1.2. Profession des patientes .....                                  | 36 |
| 1.3. Religion des patientes .....                                    | 37 |
| 1.4. Situation matrimoniale des patientes .....                      | 37 |
| 1.5. Régime matrimonial des patientes.....                           | 38 |
| 1.6. Lieu de résidence des patientes .....                           | 38 |
| 2. LES DONNEES SUR LES ANTECEDENTS.....                              | 39 |
| 2.1. Antécédents des patientes .....                                 | 39 |
| 2.2. Antécédents médicaux .....                                      | 39 |
| 2.3. Gestité des patientes .....                                     | 40 |
| Figure 13: Répartition des patientes en fonction de la Gestité ..... | 40 |
| 2.4. Parité des patientes .....                                      | 40 |
| 2.5. Antécédents d'avortement spontané .....                         | 41 |
| 2.6. Nombre d'avortements spontanés .....                            | 41 |
| 3. LES DONNEES CLINIQUES.....  | 42 |
| 3.1. Motifs de consultation des patientes.....                       | 42 |
| 3.2. Age gestationnel .....  | 42 |
| 3.3. Connaissance ou non de la grossesse perdue .....                | 43 |
| 3.4. Qui vous a annoncé l'avortement ? .....                         | 43 |
| 3.5. Selon vous, quelle est la cause de votre avortement ?.....      | 44 |
| 3.6. Connaissez-vous les causes des avortements ? .....              | 44 |

|   |    |
|---|----|
| 4. DONNEES THERAPEUTIQUES .....   | 45 |
| 4.1. Type de traitement et notion de douleur pendant le traitement .....            | 45 |
| 4.2. Avez-vous reçue des explications sur l'avortement et sur le traitement ? ..... | 45 |
| 5. DONNEES SUR LE VECU PSYCHOLOGIQUE POST AVORTEMENT .....                          | 46 |
| Figure 22: Les sentiments perçus à une semaine du post-abortum.....                 | 46 |
| 5.2. Pensez-vous avoir perdu une grossesse ou un bébé ?.....                        | 47 |
| 5.3. Parlez-vous de votre avortement et sentez vous soutenue ? .....                | 47 |
| 5.4. Vous sentez-vous soutenu ?.....  | 47 |
| 5.5. Avez-vous cherché des informations sur les avortements ? .....                 | 48 |
| 5.6. Auprès de qui avez-vous cherché du soutien?.....                               | 48 |
| 5.7. Voulez-vous avoir une nouvelle grossesse ? .....                               | 49 |
| IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS .....   | 49 |
| 1. LE PROFIL SOCIOEPIDEMIOLOGIQUE DES PATIENTES .....                               | 49 |
| 1.1. L'âge des patientes.....   | 49 |
| 1.2. La profession des patientes .....  | 50 |
| 1.3. Le statut et le régime matrimoniaux .....                                      | 50 |
| 1.4. Le lieu de résidence et la religion des patientes .....                        | 50 |
| 2. LES ANTECEDENTS.....   | 51 |
| 2.1. Les antécédents médico-chirurgicaux.....                                       | 51 |
| 2.2. Les antécédents gynécologiques.....  | 51 |
| 2.3. Les antécédents psychiatriques .....   | 51 |
| 3. LA CLINIQUE.....   | 52 |
| 3.1. Motifs de consultation et l'âge gestationnel des patientes.....                | 52 |
| 3.2. L'annonce et les causes de l'avortement .....                                  | 52 |
| 4. LE TRAITEMENT.....   | 53 |
| 5. LE VECU PSYCHOLOGIQUE POST AVORTEMENT.....                                       | 54 |
| 5.1. Les différentes ressentis des patientes après l'avortement.....                | 54 |
| 5.2. Perte de grossesse ou d'un bébé .....  | 57 |
| 5.3. Besoin d'en parler, à qui ?.....   | 57 |

|  |    |
|--|----|
| 5.4. Le soutien .....                  | 58 |
| V. PERSPECTIVES D'ACCOMPAGNEMENT ..... | 59 |
| Conclusion .....                       |    |
| Références Bibliographiques .....      |    |
| Annexe.....                            |    |

# *Sigles et Abréviations*

|   |                |   |
|---|----------------|---|
|    | <b>AMIU :</b>  | Aspiration Manuelle Intra-utérine                   |
|    | <b>AS :</b>    | Avortement Spontané                                 |
|    | <b>ASRP :</b>  | Avortement Spontané Répétitif Précoce               |
|    | <b>ASRT :</b>  | Avortement Spontané Répétitif Tardif                |
|    | <b>CGO :</b>   | Clinique Gynécologique et Obstétricale              |
|    | <b>CHU :</b>   | Centre Hospitalier Universitaire                    |
|    | <b>CIM :</b>   | Classification Internationale des Maladies mentales |
|    | <b>CSPMS :</b> | Centre de Santé Philippe Maguilène Senghor          |
|    | <b>DDR :</b>   | Date des Dernières Règles                           |
|    | <b>DES :</b>   | Diplôme d'Etudes Spécialisées                       |
|    | <b>DSM :</b>   | Diagnostic Statical Manuel                          |
|    | <b>Gr :</b>    | Gramme  |
|    | <b>HSG :</b>   | Hystérosalpingographie                              |
|  | <b>HTA :</b>   | Hypertension Artérielle                             |
|  | <b>Mm :</b>    | Millimètre  |
|  | <b>OMS :</b>   | Organisation Mondiale de la Santé                   |
|  | <b>PF :</b>    | Planification Familiale                             |
|  | <b>PTSD :</b>  | Post Traumatic Stress Discorder                     |
|  | <b>SA :</b>    | Semaine d'Aménorrhée                                |
|  | <b>SAA :</b>   | Soins Après Avortement                              |
|  | <b>SONUC :</b> | Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgences Complets |
|  | <b>SPA :</b>   | Syndrome Post Avortement                            |
|  | <b>TV :</b>    | Toucher Vaginal                                     |

# *Liste des Tableaux et Figures*

## Liste des Figures

|  |    |
|--|----|
| Figure 1 : Les différents matériels de l'AMIU (Séringles et canule d'aspiration) .....             | 18 |
| Figure 2 : Dilatation et curetage.....   | 20 |
| Figure 3 : <i>Le curage</i> .....  | 21 |
| Figure 4 : <i>Carte géographique avec l'emplacement du District</i> .....                          | 31 |
| Figure 5: <i>Répartition des patientes en fonction de l'âge</i> .....                              | 36 |
| Figure 6: <i>Répartition des patientes selon la profession</i> .....                               | 36 |
| Figure 7 : <i>Répartition des patientes selon la religion</i> .....                                | 37 |
| Figure 8 : <i>Répartition des patientes en fonction de la situation matrimoniale</i> .....         | 37 |
| Figure 9 : <i>Répartition des patientes en fonction du régime matrimonial</i> .....                | 38 |
| Figure 10: <i>Répartition des patientes en fonction du lieu de résidence</i> .....                 | 38 |
| Figure 11 : Répartition des patientes en fonction des antécédents.....                             | 39 |
| Figure 12: <i>Répartition des différents antécédents médicaux</i> .....                            | 39 |
| Figure 13: <i>Répartition des patientes en fonction de la Gestité</i> .....                        | 40 |
| Figure 14: <i>Répartition des patientes en fonction de la parité</i> .....                         | 40 |
| Figure 15: <i>Répartition selon la présence ou non d'antécédents d'avortements spontanés</i> ..... | 41 |
| Figure 16: <i>Répartition des patientes selon le nombre d'avortement spontané</i> .....            | 41 |
| Figure 17 : <i>Répartition des patientes selon les motifs de consultation</i> . ....               | 42 |
| Figure 18: <i>Connaissance ou non de la grossesse perdue</i> .....                                 | 43 |
| Figure 19 : <i>L'annonceur de l'avortement spontané</i> .....                                      | 43 |
| Figure 20: <i>Connaissance des causes d'avortements</i> .....                                      | 44 |
| Figure 21: <i>Répartition des patientes selon le type traitement</i> .....                         | 45 |

|   |    |
|---|----|
| Figure 22: <i>Les sentiments perçus à une semaine du post-abortum</i> .....   | 46 |
| Figure 23: <i>Répartition selon la nature de la perte (grossesse ou bébé ?)</i> .....                                   | 47 |
| Figure 24: <i>Répartition des patientes en fonction de la recherche ou non d'information sur les avortements.</i> ..... | 48 |

## *Liste des Tableaux*

|   |    |
|---|----|
| Tableau I : <i>Les stades de l'avortement selon Winkler J. et al</i> .....                        | 13 |
| Tableau II : <i>Répartition des patientes selon l'âge gestationnel</i> .....                      | 42 |
| Tableau III : <i>Les différentes causes d'avortement évoquées par les patientes</i> .....         | 44 |
| Tableau IV : <i>Explications ou non sur l'avortement et son traitement</i> .....                  | 45 |
| Tableau V : <i>Parlez-vous de votre avortement à votre entourage et/ou votre conjoint ?</i> ..... | 47 |
| Tableau VI : <i>Répartition des patientes selon la recherche de soutien</i> .....                 | 48 |



# *Introduction*

*« Pour certains, la vie ne dure qu'un bref moment, mais les souvenirs qu'elle évoque  
durent toute la vie ».*  
*« Laura Swenson »*

Appelé couramment fausse couche, l'avortement spontané est défini selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), comme l'expulsion de l'organisme maternel d'un embryon ou d'un fœtus de moins de 500 gr [23], ce qui correspond à environ 20-22 semaines de gestation.

L'avortement spontané est un accident relativement fréquent, mais jamais anodin en Afrique. Si on prend au hasard les accidents obstétricaux, on s'aperçoit qu'un très grand nombre de femmes présente dans ses antécédents des avortements spontanés [44]. Au Sénégal les grossesses arrêtées représentent en moyenne 50% des motifs d'admission en urgence dans les maternités de référence et l'avortement spontané reste élevé avec un taux 14% des avortements [10]. Selon *Balayira* [3] les avortements spontanés concernent 12% des grossesses.

En dépit de cette fréquence, l'avortement spontané semble ne pas être un événement banal pour les femmes qui y sont confrontées. Spontané et répété, l'avortement pose des problèmes psychosociaux pour la femme, le couple et la famille surtout en Afrique, où l'enfant occupe une place importante [1]. Quel que soit l'âge de la grossesse, l'avortement spontané représente la perte d'un futur bébé et de tous les projets dont il était porteur [45]. Suite à un avortement spontané, pratiquement la moitié des femmes connaîtront une souffrance psychologique significative [2].

De plus, la perte d'une grossesse s'effectue à plusieurs niveaux. Elle est à la fois réelle, avec la perte de l'embryon ou du fœtus et symbolique car elle menace la réalisation du désir d'enfant et le statut social de mère [22].

Plusieurs auteurs considèrent l'avortement spontané comme une perte périnatale [62]. Ils ont observé différentes phases du deuil qui se succèdent. *Maker* et *Ogden* [41] ont signalés que les femmes, qui sont confrontées à l'avortement spontané, traversent initialement une phase d'agitation face au choc de la nouvelle. Puis survient une période d'adaptation au cours de la quelle, elles utilisent différentes stratégies pour faire face à l'événement avant d'atteindre une étape de résolution. Chaque femme réagit de façon différente à un avortement spontané selon sa personnalité, son histoire personnelle, conjugale et familiale, ses conditions de vie et le contexte de la grossesse.

Bien que l'entourage ait souvent tendance à minimiser l'événement, l'avortement spontané peut générer une souffrance chez la concernée.

Plusieurs aspects de l'avortement ont fait l'objet d'étude, mais la recherche sur le vécu psychologique chez les femmes qui se sont confrontées à l'avortement spontané ne constitue qu'une petite partie de la littérature sur l'avortement. En effet, le caractère sensible voire tabou de cette question fait que peu de chercheurs l'ont étudiée. C'est sans doute l'un des facteurs explicatifs de l'insuffisance quantitative de la documentation disponible sur le vécu psychologique de l'avortement. Par ailleurs, en Afrique, les quelques informations ou études disponibles sur cette question sont partielles, insuffisamment vulgarisées et d'un accès très difficile pour les chercheurs et décideurs en matière de santé de la reproduction et de santé mentale.

Compte tenu des problèmes psychosociaux posés par l'avortement spontané, il nous a paru important de nous intéresser aux ressentis à court terme des femmes à l'issue de cet accident obstétrical.

Initié dans ce cadre, ce travail a pour objectif général d'évaluer l'avortement spontané et ses répercussions psychologiques à court terme chez cent vingt cinq (125) clientes du service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre de Santé Philippe Maguilène. SENEGAL (CSPMS) de YOFF où les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets (SONUC) sont devenus une réalité depuis Janvier 2011.

Les objectifs seront de :

- décrire le profil épidémiologique et les caractéristiques sociodémographiques des patientes suivies au Service de Gynécologie et d'Obstétrique du CSPMS de Dakar ;
- décrire les antécédents médico-chirurgicaux, gynéco-obstétricaux et psychiatriques des patientes victimes d'avortement spontané au CSPMS;
- évaluer les différents traitements prodigués à ces patientes ;
- étudier les principales caractéristiques du vécu psychologique de l'avortement spontané chez ces patientes ;

- de donner quelques recommandations pour la prise en charge adéquate des femmes ayant fait un avortement spontané.

Afin d'atteindre ces différents objectifs, nous adopterons le plan suivant :

- dans un premier chapitre de généralités, nous aborderons l'approche psychopathologique de la grossesse, l'importance de l'enfant en Afrique et nous ferons un rappel sur l'avortement spontané en insistant sur ses complications physiques et psychiques;
- dans un deuxième chapitre, nous aborderons le cadre d'étude et la méthodologie adoptée avant de rapporter les différents résultats de notre travail, de les commenter pour ensuite terminer par une conclusion et des recommandations.

# *Première Partie*

## *Cadre Théorique*

## **I. Approche psychopathologique de la grossesse**

La grossesse est un événement d'une importance capitale dans la vie de toute femme. Elle n'est pas simplement le temps de la construction de l'enfant biologique, c'est aussi une épreuve de bouleversement de l'organisme tant sur le plan physique que psychique [25]. En tant qu'événement, la grossesse réalise une véritable crise de maturation psychoaffective. Celle-ci va déboucher sur un équilibre nouveau. *Racamier* [55] a forgé le concept de « maternité » pour désigner « l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité ».

Engendrer une progéniture est valorisant pour la femme, et cela contribue à son identité féminine. Mais dans le même cas, la grossesse apparaît comme un moment de vulnérabilité du destin féminin tant au plan physique que psychique. Avoir un enfant permet à la femme d'accéder au statut de mère et de renforcer son intégration dans la lignée dont elle assure la descendance. Ce bien précieux qu'est l'enfant constitue un futur soutien économique et social pour les parents [26]. Cette fonction de procréation contribue à la perpétuation de l'espèce et joue un rôle fondamental dans l'homéostasie de la famille posant la question de la filiation biologique instituée par la famille ou la filiation narcissique souvent en jeu dans nombre de situations pathologiques [27].

La grossesse est une période de fragilité et de vulnérabilité psychologiques qui exposent à l'apparition d'un déséquilibre psychique [28]. Chaque grossesse est une expérience individuelle que chaque femme vit différemment selon son histoire mais aussi en fonction des circonstances environnementales : une grossesse désirée, acceptée ou rejetée, la place du conjoint, le rôle et les attitudes du personnel soignant et médical, le support social et l'enfant lui-même. La grossesse est une véritable phase de développement dans l'évolution affective de la femme. Elle est caractérisée par une régression psychique qui rafraîchit les expériences propres aux phases antérieures du développement psychique.

Cette régression permet à la femme d'investir son fœtus grâce à un mouvement d'identification. Les conséquences pour la femme enceinte ne sont pas minimes car « comme toujours l'état de crise confère aux situations réelles, une grossesse renforcée ; le MOI est d'autant plus sensible aux réalités externes qu'il est plus flottant dans son intimité » « les conditions actuelles, ambiantes se trouvent jouer un rôle important soit pour soutenir le Moi de la femme enceinte, soit au contraire pour la faire sortir de ses gonds » [56].

Cette expérience ramène la femme à sa préhistoire inconsciente quand elle-même fœtus était dans le ventre maternel. Cette ambivalence comme sentiment de haine et d'amour à l'égard de sa propre mère mais aussi envers le fœtus est au centre des processus psychiques de la grossesse. Ces affects, refoulés dans l'inconscience, vont donner lieu à des idéations ou à des formes de réaction. La femme dans cet état manifeste une sensibilité et disponibilité envers toute intervention d'ordre psychologique venant de l'extérieur.

C'est l'appel à l'aide psychique que *Bydlowski* [6] désigne sous le terme de « transparence psychique » véritable « état de grâce de la grossesse » qui apparaît dès les premières semaines de la gestation. Ainsi il y'a émergence dans le discours de la femme de fantasmes archaïques et de nombreuses remémorations infantiles surtout lors de la première grossesse [7]. Les modifications de l'état psychologique de la femme évoluent à mesure du déroulement de la grossesse.

Le premier trimestre voit apparaître une labilité émotionnelle, des réactions disproportionnées « des envies » anodines, des nausées, des vomissements et une somnolence accrue. Ces signes sympathiques de la grossesse, bien classique, traduisent l'imprégnation hormonale de l'organisme. C'est une période d'ambivalence pour l'acceptation de la grossesse de la femme [28]. Les vomissements sont le stigmate d'un rejet plus ou moins conscient de la gravidité nouvellement déclarée. Cette phase est caractérisée par l'intensité des remémorations infantiles et des représentations inconscientes.

Le vécu non symbolisé de la petite enfance réapparaît et les aléas du vécu personnel face à cette grossesse son fonction du vécu infantile ainsi mis au jour. [28]. Les identifications maternelles sont remaniées. Il s'agit d'un équivalent de crise psychologique, la « crise narcissique de la grossesse » [9]. Leclair [35] souligne le rôle du signifiant de la perte à ce moment de la gravité. Etre enceinte signifie être fermée, assurant « l'arrêt de la perte », perte qui marque la vie d'une femme (menstruations, perte des eaux) et comblant le « manque originel ».

Au cours du deuxième trimestre, il réalise un moment de complétude et de plénitude narcissique, une véritable « lune de miel ». La perception des mouvements du fœtus est source d'une intense satisfaction, une accalmie, une phase de plateau psychologique [28].

Au cours du dernier trimestre, ces mouvements fœtaux sont étroitement liés aux troubles anxieux ressentis par la mère qui apparaissent et annonçant la crainte de l'accouchement et d'avoir un enfant « anormal ». En fin de grossesse, un bouleversement émotionnel chez la mère provoque chez le fœtus des coups de pied violents et une hyperactivité [14].

Pendant le déroulement de la grossesse, le fœtus dépend entièrement de sa mère. Sa première relation est entièrement duelle [25]. La grossesse est une relation symbiotique avec le fœtus puis l'enfant à naître. La femme va perdre la perception de ses propres limites psychiques et physiques. Elle devient autant sujette de son propre corps que celui de l'enfant qu'elle porte. Il s'agit d'une régression narcissique primaire, équivalent d'une expérience psychotique, mais « saine et réversible » [55].

Au tout début de la grossesse, le plus souvent, la mère ne communique pas encore avec son enfant, même si elle s'adresse beaucoup à lui. Ce tout début n'est pas encore une étape de communication. Ce n'est encore qu'une étape relationnelle et fusionnelle [61]. L'enfant et la mère se rencontrent d'abord dans la fusion. Cette étape, fort naturelle, délicieuse et nécessaire, doit évoluer vers une individualisation permettant véritablement la rencontre.



Quand la mère et l'enfant cessent de ne faire qu'un, ils se mettent à communiquer vraiment (car pour communiquer il faut être deux). L'enfant va rester imaginaire ou non représentable (blanc d'enfant) et les seules informations sensorielles (bruits du cœur, clichés échographiques) apporteront cependant un substratum à une potentielle représentation. Mais rien n'est moins certain que cette possible faculté de la future mère de penser cet objet narcissique [52].

L'échographie, qui est devenue un examen de routine en gynécologie obstétrique, a modifié la perception et la représentation de l'enfant par les parents. Elle assure la première naissance de l'enfant et apporte une réalité à ce qui n'était jusque là qu'une représentation imaginaire [28]. Cette confrontation à une réalité concrète n'est pas sans incidence émotionnelle par l'effraction brutale d'une représentation justement imaginaire, une « interruption du fantasme » car « le premier contact avec l'enfant est morcelé en chiffres et en images qui ne donnent pas spontanément de lui la représentation d'un être au seuil du dialogue interhumain » [18].

La grossesse est une relation symbiotique avec le fœtus puis l'enfant à naître. Quand la naissance se produit, il y a passage d'un enfant en soi à un enfant hors de soi. Si le travail d'individualisation s'est bien fait, cette étape est vécue comme un grand bonheur. Dans le cas contraire, en cas de grossesse difficile, de fausse couche, d'IVG (interruption volontaire de grossesse) ou d'ITG (interruption thérapeutique de grossesse), l'événement produit parfois, un état de manque douloureux, qui n'est pas du qu'à un changement hormonal.

L'avortement spontané peut remettre en question la relation mère-enfant en engendrant une souffrance psychologique. Mais d'après *Tournebise. T.* [61], l'avortement spontané « ne remet pas en cause la nécessité impérieuse de la rencontre mère enfant. Au contraire, un enfant perdu, quelle que soit l'avancée de la grossesse doit avoir une place privilégiée dans le cœur de la mère. Il doit faire partie de son histoire comme ayant existé. L'ignorer c'est le faire disparaître une seconde fois et cela, généralement, la mère ne peut l'accepter ». L'enfant perdu doit exister dans le cœur de la mère et aussi être reconnu, dans son importance, par les autres.

Pour les enfants suivants il fera partie de l'histoire familiale, ne sera pas occulté, il aura sa place dans le cœur de tous. Donner existence à l'enfant perdu permet de se libérer de la pesanteur et de l'obsession.

Naturellement, si parfois une mère choisit plutôt l'oubli, car cela lui semble momentanément plus acceptable pour survivre, cela doit être profondément respecté. Il ne s'agit en aucun cas de lui imposer ce contact avec son enfant... il s'agit plutôt de savoir repérer le moment où elle le souhaite, et alors de le lui permettre. Alors, on saura l'accompagner pour faciliter cette rencontre valorisante et libératrice.

Plusieurs travaux publiés [37 ; 53] au cours des dernières années, ont établi que les morts périnatales, tel que l'avortement spontané, semblaient donner lieu à des deuils particulièrement difficile à assumer avec un risque de devenir pathologique pour les familles endeuillées. Le deuil de l'AS diffère du deuil « conventionnel » car il semble lié au choc d'une perte difficile à penser et à se représenter.



Lorsqu'il y'a perte d'un enfant in utéro, la difficulté spécifique à la situation de mort est constituée par l'absence d'une représentation de l'enfant à venir ancrée dans la réalité d'un vécu partagé [28]. Les parents endeuillés vont devoir finir le travail de reconnaissance de l'objet perdu et doivent reconnaître la perte. Le plus souvent, les parents voient en leurs enfants le prolongement d'eux-mêmes et mettent en eux leurs propres projets. La mort vient alors emporter avec elle une partie d'eux-mêmes. Ainsi le deuil périnatal représente une atteinte narcissique majeure [15].

## II. L'importance de l'enfant en Afrique

Le but visé dans les mariages est la procréation surtout en Afrique. Elle constitue un moyen de perpétuer la lignée familiale et d'assurer « la continuité de soi » [40]. L'enfant occupe une place centrale dans la vie d'un couple. Il est le plus souvent source de bonheur et son arrivé est vivement attendue. *Madani-Perret* [40] trouve que l'enfant est un « symbole de puissance à exhiber ». L'attente de sa venue fait l'objet de plusieurs rites traditionnels, revalorisés même par les sujets inscrits dans la modernité.

L'importance de l'enfant se retrouve à plusieurs niveaux. Il est d'abord source de richesse. En milieu traditionnel, le statut économique d'une famille est quantifié par rapport à sa descendance. Jadis où les parties s'organisent en entreprises familiales, les enfants occupent l'essentiel de la main d'œuvre. Plus la taille de la famille est importante, plus elle est considérée comme une famille nantie avec des revenus importants [30]. Ce souci d'avoir une famille élargie semble favoriser la polygamie. Ainsi les hommes peuvent se permettre d'avoir plusieurs femmes.

Mais pour les femmes, la polygamie installe une sorte de concurrence ardue dans la procréation. Chaque épouse cherche à avoir beaucoup d'enfants pour pouvoir bénéficier de plus d'avantages matériels et financière de la part du mari. En plus de ces avantages, avoir un nombre important d'enfants constitue pour la femme une garantie sure pour pouvoir disposer d'une part importante de l'héritage du mari surtout si les garçons sont plus nombreux. Au plan social, un nombre important d'enfants permet à une famille d'avoir de la notoriété dans sa communauté. Les familles larges sont glorifiées et leurs chefs sont admirés et respectés. *Inhorn et Van Balen* [31] ont décrit trois raisons essentielles au désir d'enfants en Afrique subsaharienne :

-  Désir d'une sécurité sociale : l'enfant est nécessaire pour la survie de la famille et pour pouvoir porter assistance aux personnes âgées ;
-  Désir d'un pouvoir social : l'enfant est la principale valeur ressource spécialement dans les sociétés ancestrales ;

✚ Désir de pérennisation sociale : l'enfant assure la continuité du groupe dans le futur et le lie au passé.

Au plan culturel et spirituel, il suffit de s'entretenir avec une femme pour apprendre que l'enfant apparaît comme une récompense, un don de Dieu [25]. Il juge de la date de sa conception, de son lieu de naissance, ainsi que de sa famille d'appartenance [19]. L'enfant est considéré comme le lien entre le monde des ancêtres et celui des vivants. Mais aussi, comme étant la réincarnation d'un ancêtre revenu [25].

Cette notion mythique de l'enfant semble expliquer tous les interdits qui tournent autour de la grossesse. La naissance d'un enfant est un facteur de pérennisation de la famille. Pour *Ezembé* [19] les couples sans enfants, lorsqu'ils décèdent, voient leur histoire s'arrêter avec la mort. Alors l'enfant permet de perpétuer le nom et l'histoire de la famille. Chez les *Wolof*, on dira qu'ils sont partis sans laisser d'« ombre », car l'enfant est considéré comme étant le double et le reflet de ses parents.

Cette notion d'« ombre » va être traitée par *Bydlowski* [8] sous le registre de la dette de vie. Elle assimile le terme « ombre » à la fécondité et à la filiation féminine.

L'ombre représente l'enfant, qui est une dette que la femme doit rembourser à la terre en se projetant au-delà d'elle-même. La richesse d'une femme est d'avoir des enfants. En Afrique, le premier vœu souhaité aux conjoints lors d'un mariage est d'avoir beaucoup d'enfants qui puissent atteindre l'âge adulte et réussir dans la société.

Toute cette importance gravitant autour de l'enfant dans les mariages fait que les accidents de la maternité sont difficilement acceptés et vécus par les conjoints concernés surtout la femme. Ainsi rester sans enfant constitue un poids social et est difficilement accepté par la société. Au regard de la famille, la femme surtout est vue comme une personne susceptible de freiner la continuité de la lignée [40].

### **III. Rappel sur l'avortement spontané**

#### **1. Définitions de l'avortement spontané**

La définition la plus communément acceptée de l'avortement spontané est celle de l'OMS (1977) qui considère l'avortement spontané comme l'expulsion de l'organisme maternel d'un embryon ou d'un fœtus de moins de 500g [23], ce qui correspond à environ 20-22 semaines de gestation. Avant 1977, l'avortement spontané était considéré comme l'expulsion non provoqué du produit de conception avant le terme de 28 SA (moins de 6 mois après la fécondation ou moins de 180 jours de grossesse) [33]. Cette définition de l'OMS oppose l'avortement spontané aux deux autres modalités d'interruption avant le terme de la grossesse : les avortements provoqués (avortement clandestin, interruption volontaire de grossesse, interruption thérapeutique de grossesse) et les accouchements prématurés. La difficulté qui apparaît devant un avortement est l'appréciation de son caractère spontané ou provoqué. Il ne faudra pas compter sur les déclarations ou l'aveu de ces patientes dont l'interrogatoire, souvent soumis aux réticences, révèle des inexactitudes sachant que l'interruption volontaire de grossesse est encore interdite dans nos régions.

#### **2. Fréquence de l'avortement spontané**

Malgré la difficulté de l'appréciation du caractère spontané ou provoqué d'un avortement, l'avortement spontané reste néanmoins un accident très fréquent en milieu obstétrical. La fréquence des avortements spontanés est mal connue, en moyenne 8 % des grossesses se terminent par un avortement spontané [51].

Une étude récente, rétrospective, sur les avortements du premier trimestre au CHU de Dakar a montré un taux d'environ 14% d'avortement spontané [10]. Cependant, cette estimation ne peut être qu'une approche partielle de la réalité car certains avortements coïncident avec la date des règles et restent méconnus. D'autre part l'expulsion d'un fœtus peut être tardive et survenir après plusieurs semaines. Ces avortements risquent d'être rangés dans le rang des accouchements prématurés. Alors la plupart des statistiques restent éventuellement en dessous de la réalité.


L'aspect le plus important révélé par l'étude de la fréquence est celui des avortements à répétition. Ainsi *BARDOT.J et coll.* [4] estiment que :

- ✓ 20-30% des femmes qui avortent une fois, avortent à nouveau,
- ✓ 30-40% des femmes qui ont avorté deux fois, avortent à nouveau,
- ✓ 75% des femmes qui ont avorté trois fois, avortent à nouveau.


### **3. Types d'avortement spontané**


#### **3.1. Selon la chronologie**

Nous retrouvons différents types d'avortement spontané :

 **Avortement ultra précoce ou infra clinique :** Avortement survenant avant l'implantation du blastocyte. Il est très fréquent [44]. Après l'implantation : ce type d'avortement, appelé aussi nidation précocement abortive, désigne tout avortement spontané survenant dans les 7 à 10 jours suivant l'implantation ovulaire.

Dans ces situations, la grossesse est reconnaissable soit par le dosage biologique prémenstruel de la fraction bêta de l'HCG ou soit lors des examens anatomopathologiques de l'endomètre.

 **Avortement spontané précoce :** C'est un avortement spontané survenant au premier trimestre (les 15 premières semaines de la grossesse) avec gestation cliniquement reconnaissable. Pour certains auteurs, ce sont les avortements spontanés cliniquement décelables au cours des 12-13 SA.

 **Avortement spontané tardif :** C'est un avortement spontané survenant au deuxième trimestre de la grossesse d'un fœtus de moins de 500gr ou avant 22 SA.

#### **3.2. Selon le caractère répétitif**

L'avortement à répétition, encore appelé fausse couche répétée ou avortement habituel, est la survenue de trois avortements successifs chez une femme n'ayant pas changé de partenaire.

Les avortements spontanés répétitifs concernent 2% à 5% des femmes et dans 60%

des cas, ils restent inexplicables [27].

Différents types d'ASR sont à noter

✚ **Avortement spontané répétitif précoce (ASRP) :** L'ASRP, ou maladie abortive, est la survenue de trois avortements spontanés successifs dans le premier trimestre de la grossesse (avant 10 SA) correctement documenté et sans grossesse intercalaire menée à terme. Ainsi on distingue deux catégories d'ASRP :

- L'ASRP Primaire qui survient chez une femme n'ayant pas d'enfants vivants ou de grossesse évolutive au delà de 10 SA.
- L'ASRP Secondaire qui survient chez une femme ayant un ou plusieurs enfants vivants ou des grossesses évolutives au delà de 10 SA.

✚ **Avortement spontané répétitif tardif (ASRT) :** L'ASRT est défini comme l'existence de trois avortements spontanés tardifs (terme supérieur à 14 – 15 SA) successifs et sans grossesse intercalaire menée à terme.

## 4. Classification clinique de l'avortement spontané

### 4.1. Classification selon WINKLER J. et al [63]

**Tableau I :** Les stades de l'avortement selon Winkler J. et al

| <b>STADES DE L'AVORTEMENT</b> |                     |                        |   |  |
|-------------------------------|---------------------|------------------------|---|--|
| <b>Diagnostic</b>             | <b>Saignements</b>  | <b>Col de l'utérus</b> | <b>Taille de l'utérus</b>               | <b>Autres signes</b>   |
| <b>Menace d'avortement</b>    | Légers à modérés    | Non dilaté             | Egale à la taille aux DDR*              | Test de grossesse positif, crampe, utérus mou.                                     |
| <b>Avortement inévitable</b>  | Modérés à abondants | Dilaté                 | Inférieure ou égale à la taille aux DDR | Crampe, utérus sensible.   |
| <b>Avortement incomplet</b>   | Légers à abondants  | Dilaté (mou)           | Inférieure ou égale à la taille aux DDR | Crampe, expulsion partielle des produits de conception, utérus sensible.           |
| <b>Avortement complet</b>     | Peu voire aucun     | Mou (dilaté ou fermé)  | Inférieure à la taille aux DDR          | Moins ou aucune crampe, expulsion totale des produits de conception, utérus ferme. |




\*DDR = Date des dernières règles

## **4.2. Classification selon le lexique de la médecine de la reproduction [33]**

### **➤ Menace d'avortement**

La grossesse est toujours évolutive mais menacée car il existe un décollement partiel du sac gestationnel. Ce décollement est à l'origine de métrorragies souvent de faible abondance, de douleur pelvienne parfois absente.

L'examen met en évidence :

-  Au spéculum : du sang en provenance du col utérin,
-  Au TV : le col est fermé ; l'utérus est mou, augmenté de volume en rapport avec l'âge gestationnel, utérus insensible.
-  A l'échographie : viabilité de la grossesse, décollement partiel du trophoblaste.

La menace d'avortement se manifeste par des métrorragies avec ou sans douleur. Elle se caractérise par l'absence d'évacuation de débris de gestation ou d'écoulement du liquide amniotique. La menace d'avortement pose d'énormes difficultés pour les médecins. En effet devant ce diagnostic, le médecin se trouve en face d'un dilemme et de multitudes de questions : Peut-on ou doit-on sauver cette grossesse ? S'agit-il d'un fœtus génétiquement viable ? Est-ce un saignement d'origine fœtale ou maternelle ?

### **➤ Avortement inévitable**

Le processus d'avortement est réellement déclenché, la grossesse sera expulsée tôt ou tard. La contractilité utérine est intense et ne s'arrête qu'à l'expulsion du produit de conception en dehors de la cavité utérine.

La patiente se plaint de douleurs pelviennes intermittentes à type de contractions utérines, de métrorragies souvent importante avec caillots rouges, provenant du canal endocervical ; d'écoulement du liquide amniotique vu au niveau du dôme vaginal ou s'écoulant du col utérin (dans les grossesses avancées). L'orifice interne du col de l'utérus est dilaté (permettant le passage du doigt).

L'échographie montre la présence du produit entier de la grossesse dans la cavité utérine (sac gestationnel seulement pour les grossesses de moins de 6 SA, Sac gestationnel avec l'embryon ou le fœtus après 6 SA).

Le fœtus est parfois vivant mais le plus souvent il n'y a plus d'activité cardiaque. Il



existe un décollement plus ou moins important de ces structures ovulaires et parfois un décollement complet avec un sac gestationnel déjà situé près de l'isthme utérin ou dans le canal cervical. Une réduction de la quantité du liquide amniotique en cas de rupture des membranes ; une cavité utérine remplie de caillots sanguins de plus en plus importants et souvent dépend de l'importance du décollement trophoblastique ou placentaire.

### **Evolution**

L'évolution vers un avortement incomplet ou complet surviendra en quelques heures ou quelques jours. Avant la huitième semaine d'aménorrhée, souvent l'expulsion est complète mais du tissu placentaire sera vraisemblablement en rétention dans les grossesses de 8 à 14 semaines.

### **Diagnostic différentiel**

- **Avortement incomplet** : lors de l'avortement incomplet, des débris ont déjà été expulsés. A l'examen nous pouvons voir des débris dans le vagin ou le canal endocervical.
- **Menace d'avortement** : l'orifice interne du col utérin est fermé (n'admet pas un doigt ou une pince à languette d'une taille standard).
- **Béance cervico-isthmique** : c'est la dilatation caractéristique de l'orifice interne du col utérin sans contraction. Elle peut souvent être précoce dans l'évolution de la grossesse et l'échographie endovaginale précocement réalisée aide au diagnostic.

Ce diagnostic est fait en période gynécologique avec le col utérin qui admet la bougie de Hégar numéro 8 et une Hystérosalpingographie (HSG) qui confirme la béance cervicale.

#### ➤ **Avortement incomplet : cas le plus fréquent**

L'expulsion du produit de la grossesse est partielle donc le processus d'avortement est inachevé. La partie retenue du sac ovulaire peut être complètement décollée mais le plus souvent la rétention est due à un décollement incomplet du trophoblaste ou du placenta.

La patiente se plaint de douleur de type de contraction utérine, de métrorragie plus ou moins abondante. Elle peut signaler l'évacuation de débris de gestation.

L'examen met en évidence :

- ✚ Un utérus augmenté de taille mais souvent de volume inférieur au terme attendu.
- ✚ L'orifice interne du col est dilaté avec parfois des débris de gestation dans le vagin ou dans le canal cervical.

L'échographie montre des signes en faveur d'une rétention partielle de produits de conception.

La prise en charge rapide est nécessaire pour stabiliser la patiente et réaliser l'évacuation utérine.

#### ➤ **Avortement complet**

Dans ce cas, l'expulsion des produits de conception est complète. L'utérus, lors de l'examen bi manuel est bien rétracté et beaucoup plus petit que la durée de la grossesse ne laisserait supposer.

L'orifice interne du col peut être fermé et l'échographie montre une cavité utérine vide. En l'absence de contrôle échographique ; entre 8 à 14 SA, l'aspiration est conseillée en raison du haut risque d'avortement réellement incomplet.

#### ➤ **Avortement manqué**

C'est une rétention des produits de conception bien après la mort reconnue du fœtus avec une période d'une durée de 2 mois de façon conventionnelle dans la définition.

Il se manifeste par une aménorrhée persistante, de métrorragie minime (en forme de mare de café ou des pertes brunâtres), une régression des signes sympathiques de grossesse (nausées, vomissements, etc.). L'échographie confirme l'arrêt de l'évolution de la grossesse et détermine l'âge gestationnel au moment de la survenue de cet arrêt. Si la rétention des produits de la grossesse se prolonge quatre semaines ou plus, on doit prendre en considération la possibilité de la survenue de troubles de l'hémostase avec des saignements abondants.

Selon l'âge de la grossesse, l'évacuation des produits de la grossesse peut être soit par curetage et aspiration soit par déclenchement médicamenteux (pour les termes de

grossesse dépassant 12 à 14 SA).

➤ **Avortement Septique**

C'est un avortement associé à un syndrome infectieux local (chorio-amnionite, endométrite) ou général (septicémie). Sur le plan clinique, le tableau associe une fièvre avec un abdomen sensible plus ou moins contracture ou défense, un écoulement purulent à travers l'orifice cervical et une sensibilité utérine et annexielle.

## **5. Différentes méthodes d'évacuation utérine en cas d'avortement**

### **5.1. Aspiration manuelle intra utérine (AMIU) [63]**

C'est le procédé le plus utilisé avant 15 SA.

#### **L'instrumentation**

Les instruments de base pour l'AMIU sont : une seringue de 60 CC à une valve ou à deux valves avec une valve de verrouillage, le manche d'un piston, le cran d'arrêt et de la silicone pour lubrifier les joints de la seringue ; les canules avec différents dimensions de 4 à 12mm avec un jeu d'adaptateurs de différentes couleurs pour adapter chaque canule à la seringue.

Les canules sont choisies en fonction de la taille de l'utérus en semaine d'aménorrhée (SA) :

- 4 à 6 SA, la taille de canule recommandée est de 4 à 7 mm ;
- 7 à 9 SA, la taille de canule recommandée est de 5 à 10 mm ;
- 9 à 12 SA, la taille de canule recommandée est de 8 à 12 mm.



**Figure 1** : Les différents matériels de l'AMIU (Séringles et canule d'aspiration)

### **La technique**

Femme en position gynécologique avec un respect des mesures d'hygiène.

**Étape 1** : Pose du spéculum.

**Étape 2** : Nettoyage du col et du vagin avec une solution antiseptique.

**Étape 3** : Administration de l'anesthésie para cervicale et saisie du col avec une pince de Gozzi.

**Étape 4** : Dilatation cervicale si nécessaire.

**Étape 5** : Insertion de la canule correspondante par le col dans la cavité utérine jusque derrière l'orifice interne. Faire le vide dans la seringue.

**Étape 6 et 7** : Pousser la canule jusqu'au fonds utérin et l'adapter à la seringue.

**Étape 8** : Libérer la valve à poussoir sur la seringue pour transférer le vide par la canule jusqu'à la cavité utérine.

**Étape 9** : Evacuer les débris de conception de la cavité utérine en effectuant doucement des mouvements circulatoires et de va et vient dans la cavité utérine avec l'ensemble seringue -canule

**Étape 10** : Rechercher les signes indiquant que l'opération est achevée qui sont : plus de mousse rouge ou rosâtre, l'absence de tissus dans la canule ; une sensation

granuleuse lorsque la canule passe sur la surface de l'utérus évacué ; l'utérus se contracte autour de la canule.

**Étape 11** : Retrait de la canule

**Étape 12** : Inspection des tissus évacués de l'utérus.

Après évacuation utérine les débris de conception seront acheminés au laboratoire d'analyse pour examen anatomopathologique tout en respectant les mesures de conservations. Actuellement c'est la méthode d'évacuation utérine la plus utilisée dans les services de gynécologie obstétrique de référence au Sénégal [10].

## **5.2. Le curetage : [42]**

Avant l'intervention, le toucher vaginal précise la situation du col utérin, celle du corps et son volume. Mise en place d'un spéculum ou, mieux des valves qui exposent le col. Le curetage n'est pas une opération facile, il doit être exécuté avec méthode, prudence, douceur et simplicité. L'opérateur a besoin d'un très petit nombre d'instruments.

### **L'instrumentation**

- Un spéculum de Colin ou un jeu de valve vaginale suffisamment longue.
- Une pince de Cocher longue pour le badigeonnage.
- Une pince de Museaux ou de POZZI.
- Une pince dite à faux germe.
- Un hystéromètre.
- Deux ou trois curettes mousses genre Cuzzi de calibre différent mais jamais trop petites, à longue manche (de plus en plus abandonné).

### **La technique**

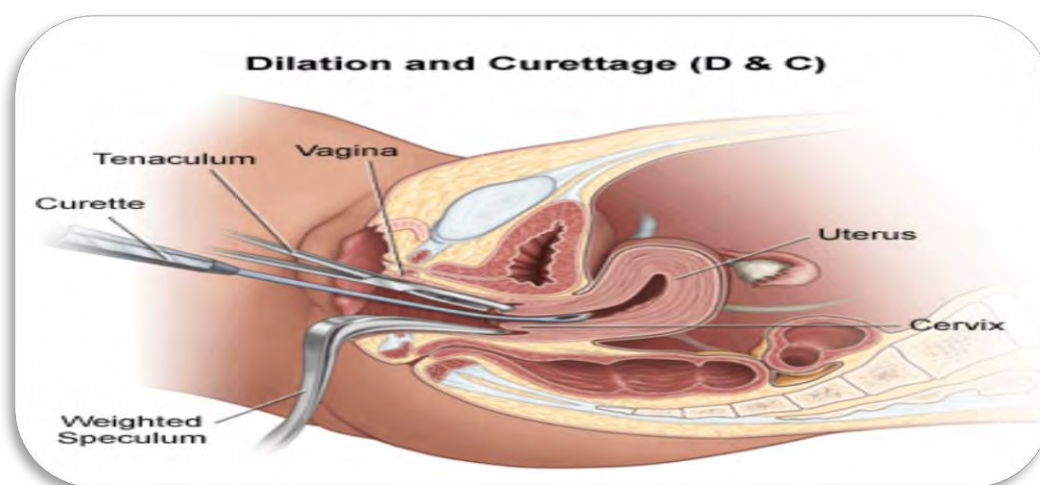
La pince à faux germe peut d'abord être utilisée quand d'importants débris ovulaires font saillies dans le vagin par le col largement dilaté. Mais son emploi n'est autorisé que sous le contrôle de la vue et doit être complété par celui de la curette.

La curette est d'abord poussée jusqu'au fond de l'utérus et ne travaille qu'en revenant vers le col. Elle explore méthodiquement le fonds, puis les quatre faces, l'une après

l'autre. Elle détache les fragments placentaires adhérents, reconnus par l'impression particulière de Mollesse qu'ils donnent au contact, puis les rejettent hors du col.

Mais il faut de l'habitude pour acquérir cette sensation, différente de celle que donne le contact de la paroi utérine. La curette ne doit pas abraser mais cliver. Le classique cri utérin ne doit être ni recherché ni obtenu. Après la vacuité utérine toute hémorragie cesse. Le col ne laisse sourdre qu'une faible quantité de sang. Après un curetage bien exécuté, tout écouvillonnage, drainage, toute injection intra utérine, sont plus dangereux qu'utiles.

Actuellement cette méthode est abandonnée du fait de ses complications (hémorragie, lésions traumatiques de l'utérus) et séquelles (Stérilité secondaire par oblitération des trompes, grossesses extra utérines, synéchies utérines, Béance du col, Complications lors des grossesses et accouchements ultérieurs : placenta prævia, placenta accréta placentaire anormale).



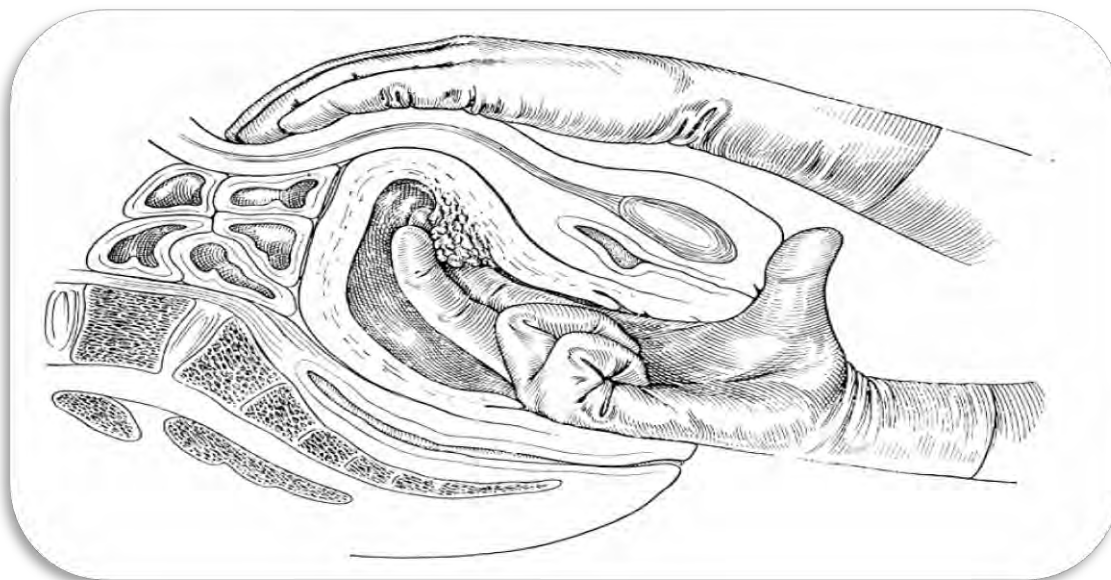
**Figure 2 :** Dilatation et curetage

### **5.3. Le curage**

Ce procédé de plus en plus abandonné n'est réalisable que dans un utérus spacieux à col assez ouvert pour permettre l'introduction de deux doigts. Il n'est donc guère exécuté avant la 12ème semaine de la grossesse. La main gauche de l'opérateur par-dessus le champ abdominal, fixe et maintient le corps utérin.



L'index et le médus de la main droite pénétrant par le col béant explorent soigneusement les faces, les bords, le fonds et les cornes de l'utérus, détachant les fragments placentaires qui sont extraits. Ce temps accompli, une dernière exploration s'assure de la vacuité utérine.



**Figure 3 : Le curage**

## **6. Planification familiale post-avortement (P.F) [63]**

La fécondité d'une femme revient immédiatement après un avortement dans les 11 jours même si la grossesse était de moins de 12 semaines. Par conséquent, elle doit décider si elle veut ou non tomber enceinte rapidement et à moins qu'il n'y ait des problèmes médicaux, il n'y a aucune raison de la décourager. Mais pour de nombreuses femmes, cet avortement marque le souhait bien clair de ne pas être enceinte pour le moment.

Par conséquent, la patiente (avec son partenaire si elle le souhaite) aura besoin de recevoir un conseil et les informations sur son retour à la fécondité et les méthodes contraceptives disponibles. Mais le counseling de traitement d'un avortement incomplet n'est peut être pas le meilleur moment, pour elle, de prendre des décisions qui sont permanentes ou à long terme. Le counseling doit être axé sur l'état émotionnel et physique de la patiente. Pratiquement, toutes les méthodes

contraceptives peuvent être utilisées et peuvent être conseillées immédiatement à moins qu'il n'existe des complications majeures après avortements. L'on ne recommande pas la planification familiale naturelle tant qu'un mode menstruel régulier n'est pas revenu. Les préférences personnelles, les contraintes et la situation sociale d'une femme peuvent être aussi importantes que sa condition clinique pour la planification familiale post avortement.

La contraception est un droit fondamental. L'utilisation des méthodes contraceptives favorise la santé des femmes, leur permet d'avoir une meilleure qualité de vie, réduit la mortalité et la morbidité maternelle.

Le but du counseling de planification familiale fait après avortement est d'éviter une grossesse immédiatement enfin de chercher et de traiter la cause de l'avortement spontané. Le planning familial permet d'éviter les grossesses non désirées, ce qui contribue à réduire la fréquence des avortements provoqués et leurs complications.

## **7. Evolution et complications de l'AS**

L'avortement spontané est l'accident le plus fréquent de la pathologie obstétricale. Il est généralement d'évolution favorable et se résume à celle d'une suite de couches normales. Cependant certaines complications peuvent survenir qui peuvent être d'ordre physique et psychologique.

### **7.1. Complications physiques de l'AS**

#### **Complications physiques immédiates**

Les complications immédiates sont :

- ◆ *La rétention d'un œuf mort* : Elle peut se voir dans les avortements spontanés mais rarement si l'avortement est précoce. Elle se voit au delà de 8 semaines d'aménorrhée.
- ◆ *L'infection* : Elle résulte d'une rétention ovulaire ou de la cause même de l'avortement. Elle nécessite une antibiothérapie adaptée et, en cas de rétention ovulaire ou d'œuf mort, l'évacuation utérine après apyrexie est indispensable.
- ◆ *L'hémorragie en cours* : Elle est due soit à une rétention, soit à une mauvaise



rétraction utérine. Il est alors nécessaire de compléter l'évacuation utérine et/ou de renforcer avec administration d'utérotonique.

- ◆ *L'iso immunisation Rhésus*\_: Elle doit faire l'objet de prévention chez toute femme Rhésus négatif avec la prescription de sérum anti-D.
- ◆ *Les troubles de la coagulation*\_: Ils se voient dans les avortements tardifs avec rétention d'œufs morts.

### **Les Complications physiques tardives (secondaires)**

Elles surviennent à long terme et peuvent se manifester par :

- Un accouchement prématuré pour les grossesses ultérieures, par lésion du col utérin.
- Une grossesse extra-utérine par lésion des trompes.
- Une stérilité (++) secondaire à des lésions mécaniques ou inflammatoires des trompes, du corps utérin ou du col.
- cancer du sein (+ 2,5%) à plus ou moins long terme. L'augmentation du nombre des cancers du sein après un avortement, s'explique par la chute hormonale brutale provoquée par l'avortement du processus naturel de maturation des cellules mammaires qui préparent la lactation.

## **7.2. Complications, Séquelles ou retentissements psychologiques de l'AS**

Pour décrire les troubles ressentis après un avortement, l'appellation Syndrome Post-Avortement (SPA) est parfois utilisée. Des recherches effectuées au cours de la décennie 1980-1990 montrent que l'avortement peut être responsable de troubles émotionnels profonds à long terme dans la vie d'une femme. Peu à peu s'est imposée l'expression « syndrome post-abortif », utilisé pour la première fois par Vincent Rue, directeur de l'institute of Post Abortion Recovery, à Portsmouth dans le New Hampshire. Elle vise à décrire d'une part, l'incapacité de la femme à exprimer la colère, la rage et la culpabilité qui entourent l'expérience et d'autre part à faire le deuil de son bébé.

Les seuls termes utilisés pour la communauté scientifique pour faire référence aux souffrances psychologiques de l'avortement sont ceux associés à l'anxiété, à la

dépression ou au PTSD « Post Traumatic Stress Disorder ». L'avortement spontané est une pathologie fréquente, jamais anodine et très difficile à vivre pour les femmes qui y sont confrontées. A la différence de l'entourage qui a tendance à en minimiser l'importance.

Chaque femme réagit de façon différente à un AS selon sa personnalité, son histoire personnelle conjugale et familiale, ces conditions de vie et le vécu de la grossesse [45]. Pour certaines femmes, l'AS vient mettre fin à une grossesse non planifiée et amène un certain sentiment de soulagement. Pour d'autres, au contraire, il met fin à une grossesse désirée voire même « précieuse ». Il provoque un immense sentiment de chagrin et de tristesse face à la perte de l'enfant attendu et rêvé.

A travers l'expérience de l'AS, les femmes éprouvent des sentiments divers, comme le chagrin, la dysphorie, la peur, l'injustice, la culpabilité, la honte, le choc émotionnel, le traumatisme et la dévastation [24]. C'est à partir des années 1980 que l'AS a été considéré comme une source de deuil et que ces effets ont été étudiés en termes de chagrin, d'anxiété, de dépression ou de stress [20].

Mais d'autres sentiments peuvent être retrouvés comme le sentiment d'échec, de colère et de frustration.

#### **Le chagrin et le deuil :**

Des études ont montrés que la souffrance à la suite d'un AS survient chez 40% des femmes [2] et se caractérise par la tristesse, la nostalgie de l'enfant perdu, le désir de parler de la perte et la recherche d'une explication.

Le sentiment de tristesse pathologique se rencontre chez des femmes dont l'attitude vis-à-vis de la grossesse était ambivalente et qu'au moment de l'avortement, elles n'ont eu que peu ou pas du tout l'occasion d'exprimer leurs pensées et leurs sentiments de détresse [11].

#### **Le stress et l'état de stress post traumatique :**

L'AS est considéré par la majorité des femmes qui y sont confrontées comme un événement très stressant [54]. C'est un accident inattendu et brutal qui peut être à l'origine d'une douleur soudaine, des saignements et d'une intervention chirurgicale

ou gynécologique. A ce titre, il constitue un traumatisme susceptible de donner lieu à un état de stress post traumatique avec des symptômes de reviviscence, d'évitement et d'hyper vigilance neurovégétative. A partir d'un entretien chez des femmes qui se sont confrontées à un AS, *Walker et Davidson* [64] ont montré que 15% de ces femmes remplissaient les critères d'un état de stress selon le DSM- IV (Diagnostic Statical Manuel- quatrième révision).

### **L'anxiété**

Elle se manifeste chez les femmes par un sentiment de peur, celui d'oublier ce petit être qu'on a si peu connu (contrairement au deuil d'une personne qui a vécu, vous vous retrouvez en l'absence de tout souvenir matériel, ou si peu). Mais également des préoccupations concernant les grossesses à venir. *Prettyman et al* [50] ont montré qu'une semaine après un AS, 41% des femmes présentaient une symptomatologie anxieuse importante, 32% à 12 semaines et 26% deux ans après.

### **La dépression et la culpabilité**

L'avortement spontané aboutit à l'interruption d'une grossesse en général désirée. La dépression au décours d'un AS est marquée par un sentiment de vide, de tristesse, une fatigue extrême et surtout de culpabilité qui s'observe chez plus de 50% des femmes [45]. Une culpabilité vis-à-vis de ce corps qui n'a pas pu assumer la grossesse jusqu'au bout. Certaines femmes éprouvent même de la honte pour ce corps, qu'elles délaissent, ne regardent plus.

D'autres femmes recherchent la culpabilité dans un acte "fautif" qu'elles auraient accompli dans le passé. Certaines femmes se culpabilisent d'avoir continué à fumer, de ne s'être pas assez reposées, d'avoir trop travaillé, de faire trop de sport ; de voyager, etc. Cette culpabilité se manifeste souvent par une autopunition du couple qui s'isole, se refuse à tout contact social.

*Simon et coll.* [11] constatèrent qu'un tiers (1/3) des femmes étaient déprimées ou déçues à la suite d'un AS et qu'elles commençaient à éprouver ces sentiments dès qu'elles apprenaient que l'avortement était inévitable. Habituellement cette dépression durait environ une semaine. Mais 3 femmes sur les 32 étudiées étaient

restées déprimées pendant plus d'un an. Une étude sur des femmes danoises a montré que 15% se plaignaient de symptômes « nerveux » à la suite d'un avortement spontané [11]. En France, Garel et al. [24] ont évalué à partir d'entretiens cliniques que trois mois après leur AS, 51% des femmes présentaient les critères d'une dépression selon le DSM-III et que le recours aux tranquillisants ou aux somnifères était trois fois plus élevé que chez les femmes du même âge dans la population générale.

Enfin, des idées suicidaires ne sont pas rares, rapportées par des études Finlandaises [34] qui ont mis en évidence une majorité de suicides chez les femmes ayant eu un avortement, versus la population générale.

#### **Un sentiment de soulagement**

Ce type de sentiment se développe chez les femmes dont la grossesse n'était pas désirée. Les grossesses non désirées se développent le plus souvent sous méthode contraceptive. La réaction est donc négative puisque la femme qui prend la pilule ou qui porte un stérilet ne désire pas avoir un enfant. La première réaction courante après l'AS est donc le soulagement d'être sortie d'une situation non voulue.

#### **Un sentiment de déni**

Le déni est une forme de réaction courante qui peut se prolonger durant des périodes très variables. D'après. Serge C., [57] « le déni est un mécanisme qui permet d'échapper pour un temps seulement à la souffrance qui reviendra après.... Le déni est une sorte de refuge pour éviter la prise de conscience douloureuse.....

Cette retenue des affects comme mouvement défensif peut donner naissance ultérieurement à des conduites dangereuses, une somatisation ou un passage à l'acte ».

#### **Un sentiment d'échec**

Il s'observe dans près de 70% des cas. Il est d'autant plus important chez les femmes primipares qui se voient refuser l'accès à un nouveau statut social, celui de mère.

#### **La colère et la frustration**

Elles sont également très fréquemment observées. Elles peuvent être dirigées vers ce responsable qu'on n'arrive pas à localiser. La colère fait suite fréquemment au déni.

Elle peut se diriger contre elle-même ou contre les relations directes, par exemple, le compagnon, ou les parents. *Serge C. [57]* nous rappelle que « Cette perte est vécue au niveau du psychisme comme une violence qui est faite contre lui. Et la colère, réactionnelle à cette perte, correspond à une projection à l'extérieur de l'agression que l'on a reçue. C'est en fait un retour à l'envoyeur pour éviter d'être détruite et pour ne pas disparaître soi-même avec le fœtus.

C'est aussi une façon de reprendre pied, des mobiliser ses énergies, de se protéger contre un éventuel autre coup du sort dont on pourrait être victime. Elle fait sortir de l'état de torpeur qui sidère après une telle perte, et qui se maintient sous forme du déni. Elle permet de prendre conscience de la réalité des faits et de commencer à faire face. Il importe cependant de quitter la colère qui, si elle évite de faire face à la tristesse, permet un comblement du vide créé par la perte ». En outre, devant ces sentiments qu'éprouve la femme suite à un AS, la recherche d'explication constitue un élément central. Beaucoup de femmes s'interrogent sur la cause de leur AS. Dans cette rationalisation, les causes les plus incriminées sont le stress psychologique et physique, la punition divine, la maladie, un problème médical, une anomalie fœtale, un processus naturel ou encore le destin.

En plus de la souffrance psychologique qu'il induit, l'AS peut avoir des répercussions sur la vie du couple, les rapports avec l'entourage, les enfants présents dans le foyer et à venir dans le foyer ainsi que le vécu des grossesses ultérieures.

Nous ne devons pas oublier une chose très importante à savoir le vécu corporel de l'AS.

### **Le vécu corporel de l'AS**

Si l'avortement spontané est en lui-même une douleur du cœur, il ne faut pas pour autant en oublier celle du corps. Les contractions lors de l'expulsion font parfois vivre des douleurs « d'accouchement », mais sans le bébé au bout. Egalement, pour s'assurer d'un utérus bien net, les méthodes instrumentales (AMUI, Curage, Curetage) qui suit, viennent débarrasser celui-ci des restes éventuels. Outre la douleur physique que cela représente, ce « nettoyage » vient « effacer » les traces de ce dont

on voudrait que ce ne soit pas parti. Ces manœuvres instrumentales après un AS peuvent alors être vécues comme une violence de plus. Cela ne remet pas en cause l'acte médical qu'il représente. Nous tenons juste à souligner la délicatesse psychologique dans laquelle ils devraient se réaliser.

Si de nombreux auteurs ont mis en avant la variété des réactions éprouvées après un avortement spontané [12 ; 50], nous retrouvons des facteurs qui peuvent influencer l'impact psychopathologique de l'avortement spontané.

*-Les variables sociodémographiques :* Dans certaines études comme celle de *Janssen et al.* [32], nous retrouvons que les femmes les plus âgées montraient des réactions de souffrance plus intenses. Mais certains auteurs [24 ; 50] démentent cette hypothèse. Pour eux, l'âge ne semble pas avoir d'impact sur la psychopathologie à la suite d'un avortement spontané. Ces auteurs indiquent que le statut marital, le niveau d'étude ou l'activité professionnelle ne semblent pas avoir de lien à l'intensité du ressenti éprouvé à la suite d'un AS.

*-Les caractéristiques obstétricales et les antécédents gynécologiques :* Certains auteurs ont mis en évidence le rôle protecteurs de la parité [32 ; 60] malgré l'absence d'association évidente entre la détresse psychopathologique et le nombre d'enfant. La durée de la grossesse semble avoir un effet significatif sur l'intensité de la souffrance psychologique [32]. Si *Friedman et Gath* [21] ont noté que les femmes ayant de antécédents d'Avortement Spontané avaient des symptômes plus élevés, mais certains auteurs semblent ne pas observé aucun lien entre les antécédents de perte de grossesse et la détresse psychologique [24 ; 32].

*-Les antécédents Psychiatriques :* Les antécédents psychiatriques entraînent un risque élevé de développer une morbidité psychiatrique intense chez les femmes qui ont vécu un avortement spontané [24 ; 32]. *Neugebauer et al.* [47] ont montré qu'après un avortement spontané, 54% des femmes qui avaient des antécédents de dépression rechutaient. Le fait de présenter une émotion forte et instable, semble lié à la symptomatologie qui fait suite à un AS [21 ; 32].

*-L'attitude envers la grossesse :* Des études ont montré que les femmes dont la

grossesse n'avait pas été programmée avaient une symptomatologie anxieuse ou dépressive plus élevée que les autres [32 ; 50]. Une attitude ambivalente à l'égard de la grossesse ou du fœtus semble néanmoins prédire l'intensité de la réaction dépressive [58].

# *Deuxième Partie*

## *Travail Personnel*



## **I. Objectifs**

### **1. Objectif général**

Notre étude vise à évaluer l'avortement spontané et ses répercussions psychologiques à court terme chez cent vingt cinq (125) clientes admises dans le service de gynécologie et d'obstétrique du Centre de santé Philippe M. SENGHOR de YOFF/DAKAR

### **2. Objectifs spécifiques**

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes,
- Décrire les antécédents médicochirurgicaux, gynéco obstétricaux et psychiatriques des patientes suivies au service de gynécologie et d'obstétrique du CSPMS de Dakar,
- Décrire les différents aspects thérapeutiques prodigués à ces patientes,
- Décrire les principales caractéristiques du vécu psychologique de l'avortement spontané chez ces patientes.

## **II. Méthodologie**

### **1. Cadre d'étude**

Notre étude a eu pour cadre la Maternité du centre de santé Philippe Maguilène SENGHOR qui appartient au District sanitaire de Yoff. La maternité est sous la tutelle de la Clinique Gynécologique et Obstétricale (CGO) du CHU Aristide le Dantec, forme des médecins spécialistes dans le cadre du Diplôme d'Etudes Spéciales (D.E.S) d'Obstétrique et de Gynécologie Médico-chirurgicale.

Elle assure aussi l'encadrement des étudiants de cinquième année et de septième année de médecine lors de leur stage. Elle assure également la formation d'équipes compétentes en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU).

## ❖ District de Dakar Ouest

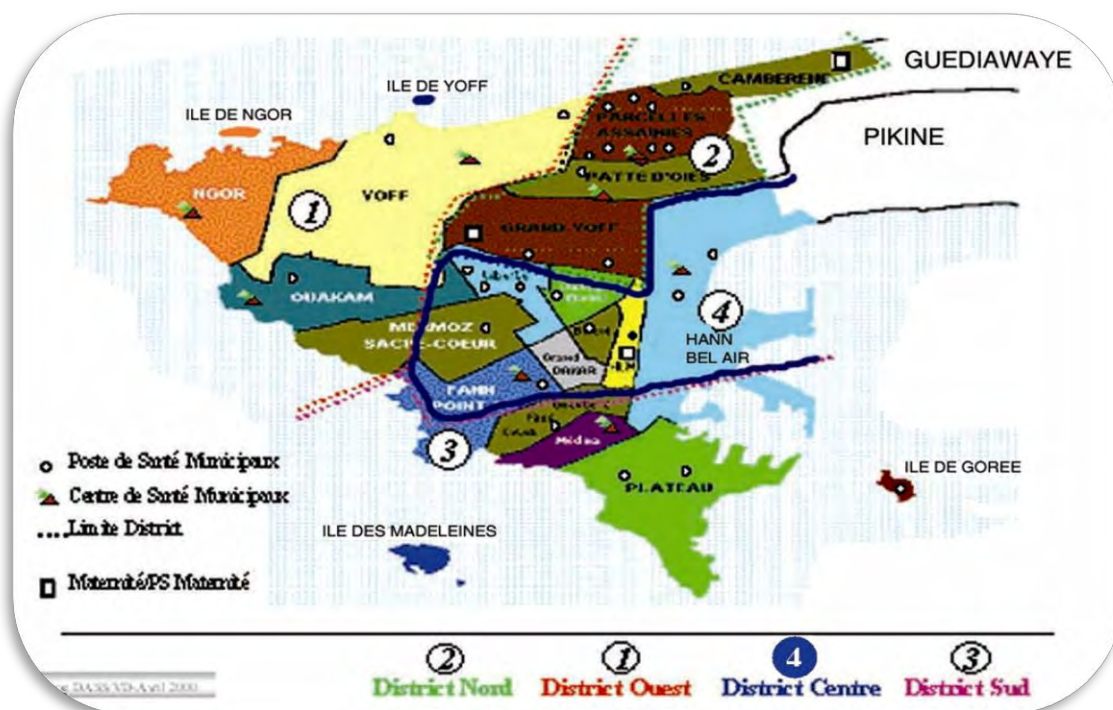



Figure 4 : Carte géographique avec l'emplacement du District

Situé dans la banlieue ouest dakaroise, le district de Dakar ouest couvre les communes d'arrondissement de Mermoz, sacré cœur, Ngor, Ouakam et Yoff lieu de notre étude. Le district a une superficie de 32 km<sup>2</sup> avec une population estimée à 163738 habitants sur le plan administratif, le district dépend de l'arrondissement des Almadies.

En termes d'infrastructures sanitaires, le district comprend un service médical d'entreprise, neuf (9) postes de santé et quatre (4) centres de santé dont celui de Philippe Maguilène SENGHOR qui constitue le Centre de santé de référence.

### ❖ Centre de santé Philippe Maguilène Senghor

**Historique:** Ce centre de santé a été inauguré le 07 juin 1984 et porte le nom du défunt fils du président Léopold Sédar Senghor. Il est le centre de référence du district Ouest et a la vocation d'une structure de santé publique. Il s'agit d'un centre de santé de type II c'est-à-dire délivrant des soins obstétricaux d'urgence complets.

 **Organisation du centre:** Le centre de santé fonctionne avec un effectif de 135 employés dont 40 étatiques, 35 municipaux et 60 communautaires. Sa capacité est de 70 lits. Il comprend :

- Des services médicaux: Cardiologie, Pédiatrie, Dermatologie et Médecine interne
- Un service d'aide au diagnostic : biologie et biochimie
- Un service chirurgical : Le service de Gynécologie et d'obstétricale qui comprend :

✓ Une maternité constituée :

- d'une salle de travail de 3 lits et d'une salle d'accouchement dotée de 3 tables d'accouchement
- d'une unité d'hospitalisation avec :
  - une salle de suites de couches de 16 lits
  - une salle de grossesses pathologiques et de suivi post opératoire de 12 lits et 2 cabines
- d'une unité de consultation où sont offertes les prestations de :
  - consultation pré et post natale ;
  - planification familiale;
  - Consultation gynécologique et échographie.

✓ un bloc opératoire construit depuis 2004 et dont les activités chirurgicales ont démarré depuis janvier 2011. Il comporte : 2 salles d'opération, une salle d'AMIU et de curetage, une unité de réveil post opératoire (7 lits), une salle de pansement, une salle de soins post opération, une salle de stérilisation, un vestiaire pour le personnel et une salle de détente.

Le programme opératoire se déroule tous les jours ouvrables. La continuité du service est assurée par un infirmier anesthésiste de garde avec un médecin anesthésiste réanimateur d'astreinte. Les gardes à la maternité se font par équipe composée de 2 sages femmes, de 2 infirmières, d'un médecin en cours de spécialisation en Gynécologie-Obstétrique ou d'un interne titulaire des hôpitaux, d'un anesthésiste, et de 2 instrumentistes.

## **Le personnel du centre**

Le Centre de Santé est dirigé par un Médecin-Chef. Le personnel affecté à la maternité et au bloc opératoire est constitué par :

- 4 gynécologues, des médecins en spécialisation en Gynécologie-Obstétrique, des internes;
- 16 sages femmes dont une maitresse sage femme;
- Un médecin anesthésiste-réanimateur;
- 2 techniciens supérieurs en anesthésie réanimation ;
- des infirmières et aide-infirmières;
- des brancardiers;
- des instrumentistes.

## **2. Matériel**

Notre étude a porté sur cent vingt cinq (125) dossiers de clientes admises à la Maternité du Centre de Santé Philippe Maguilène SENGHOR de YOFF pour avortement spontané.

L'étude est basée sur la réalisation puis l'analyse d'entretiens semi-dirigés grâce à un questionnaire qui a été administré en entretien face-à-face par nous même, en tant que interne en psychiatrie et qui comporte les variables suivantes :

- Les données sociodémographiques : Age, Profession, Religion, Domicile, Origine géographique, Situation matrimoniale, Régime matrimoniale.
- Les antécédents : Gynéco-obstétricaux (Gestité, parité, accouchement prématuré, avortement spontané et nombre), Médicaux, Chirurgicaux, Psychiatriques.
- Les données cliniques : Circonstances de découverte (métrorragies, douleurs, échographie), Connaissance de la grossesse, Age de la grossesse, Annonce de l'avortement, Causes de l'avortement, Causes des avortements, Explications sur l'avortement
- Les données thérapeutiques : Traitement effectué (médical, manœuvre instrumentale), Délai entre le diagnostic et la prise en charge, Explication sur le

traitement, Traitement douloureux ou non.

- Les données sur le vécu psychologique post avortement : Ressentis quelques jours après l'avortement, Perte de grossesse ou de bébé ?, Besoin d'en parler et à qui ?, Le soutien est-il bénéfique, Recherche d'informations sur l'avortement, Nouvelle grossesse ou non ? et quand ?

### **3. Type et Durée d'étude**

C'est une étude qualitative, descriptive et analytique d'une durée de 8 mois allant de Mai 2012 à Décembre 2012 inclusivement. L'étude est basée sur la réalisation puis l'analyse d'entretiens semi-dirigés par questionnaires (voir annexes).

### **4. Technique d'échantillonnage**

Nous avons procédé à un recensement exhaustif des dossiers de clientes relatifs à l'avortement spontané prises en charge dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du CSPMS pendant la période d'étude.

### **5. Critères de sélection**

#### **➤ Critères d'inclusion**

Ont été inclus, tous les dossiers relatifs à un avortement spontané et qui comportait un numéro de téléphone.

#### **➤ Critères de non inclusion :**

Ont été exclus, tous les dossiers mal remplis par rapport aux variables de l'étude, ainsi que toutes les femmes qui n'ont pas accepté de participer à l'étude.

### **6. Procédure de collecte des données**

#### **Instruments de collecte :**

La collecte a été réalisée grâce à une fiche d'enquête pré établie comportant des questions semi ouvertes figurant à l'annexe.

#### **Support de collecte :**

Les fiches d'hospitalisation, les registres de consultation, les registres de la salle d'accouchement, les protocoles AMIU, ont servi de support de la collecte des données.

### **7. Procédure d'analyse**

La saisie des données a été manuelle, grâce à l'outil informatique. La masse de saisie a été effectuée en Microsoft Word et Epi info. Ainsi, en fonction de leurs aspects quantitatifs et qualitatifs, les résultats sont présentés sous forme tabulaire et graphique, analysés, commentés et discutés suivant les données de la littérature.

### **8. Ethique et déontologie**

L'avis favorable de toutes les patientes qui ont participées à l'étude a été obtenu. Les entretiens sont faits en toute discrétion dans un bureau isolé du service. Le respect du secret professionnel médical a été de rigueur. Les résultats de la présente étude seront exploités uniquement dans un cadre scientifique.

## **III. RESULTATS**

### **1. LES DONNEES SOCIO- EPIDEMIOLOGIQUES**

#### **1.1. Fréquence**

Durant la période de l'étude, nous avons colligé 125 dossiers de patientes admises pour la prise en charge d'un avortement spontané sur un nombre total de 4105 admissions obstétricales d'urgence, soit une fréquence de 3,04%

#### **1.2. Age des patientes**

Cent vingt cinq (125) femmes âgées de 16 à 43 ans étaient concernées par l'étude avec une **moyenne d'âge de 29,5 ans**. La tranche d'âge allant de 25 à 29 ans était la

plus représentée. (Figure 5).

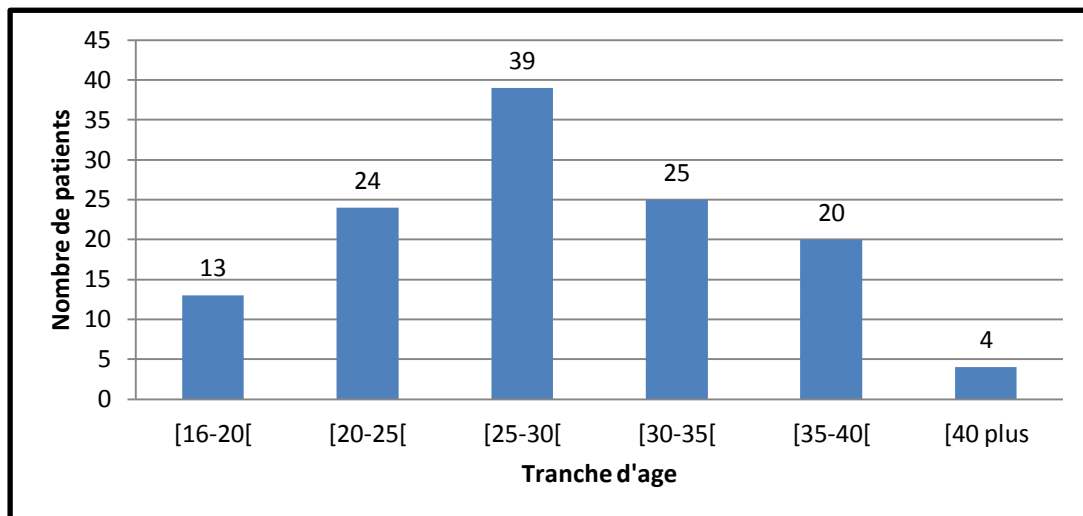


Figure 5: Répartition des patientes en fonction de l'âge

## 1.2. Profession des patientes

Près de la moitié des patientes étaient sans profession soit 47 % des cas. (Figure 6)

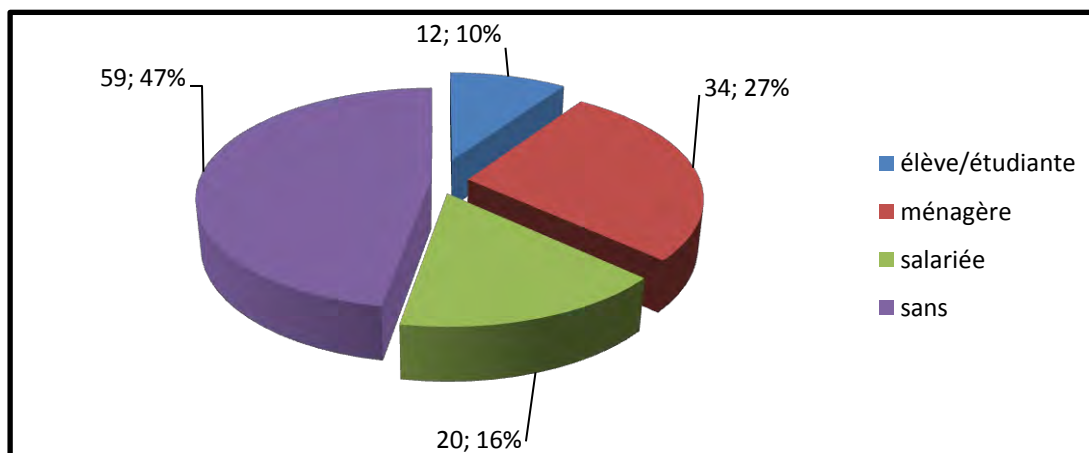
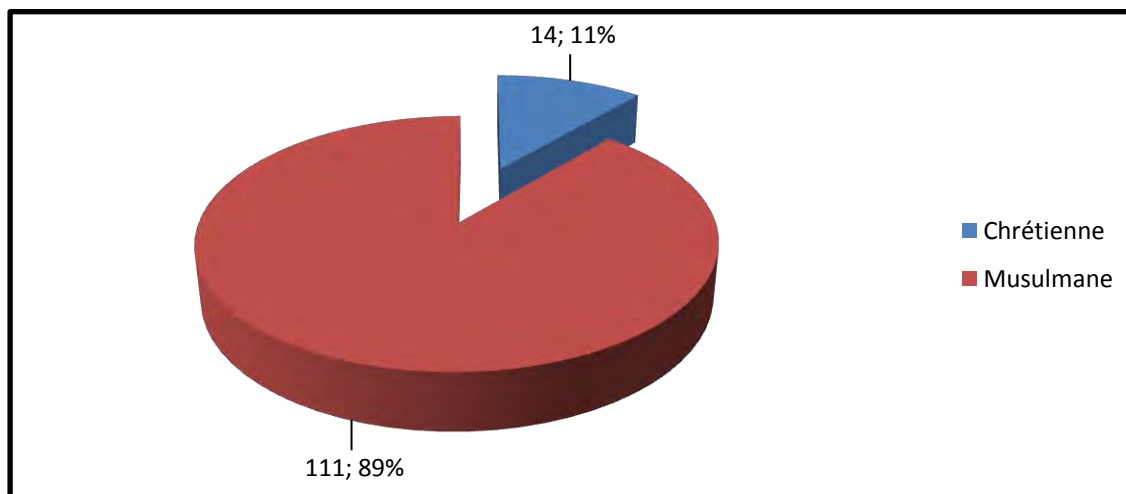


Figure 6: Répartition des patientes selon la profession

### 1.3. Religion des patientes

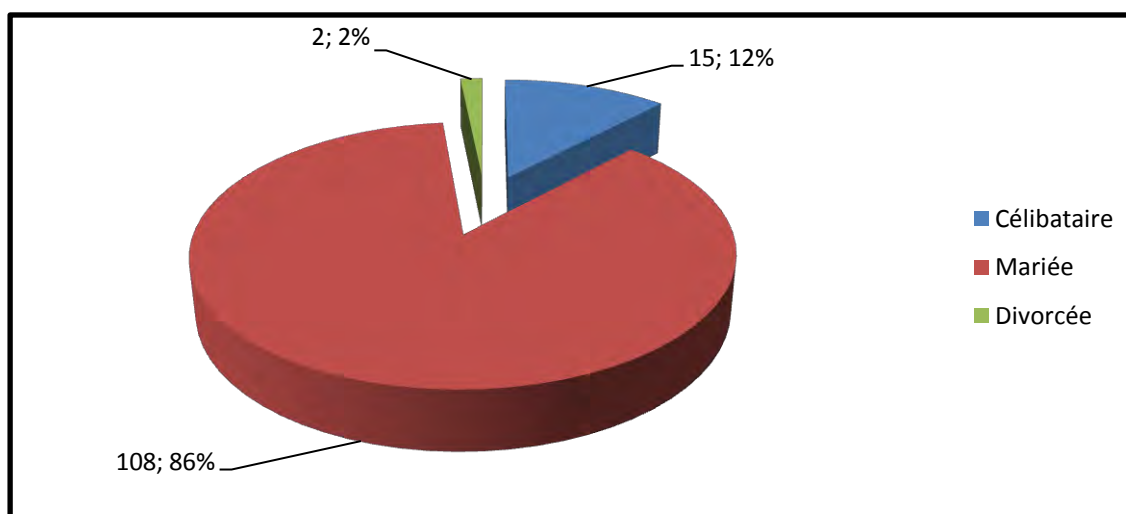
La quasi-totalité des patientes était musulmanes, soit 89 % des cas (**Figure 7**).



**Figure 7 :** Répartition des patientes selon la religion

### 1.4. Situation matrimoniale des patientes

La majeure partie des patientes était mariées soit 86 % des cas. (**Figure 8**)

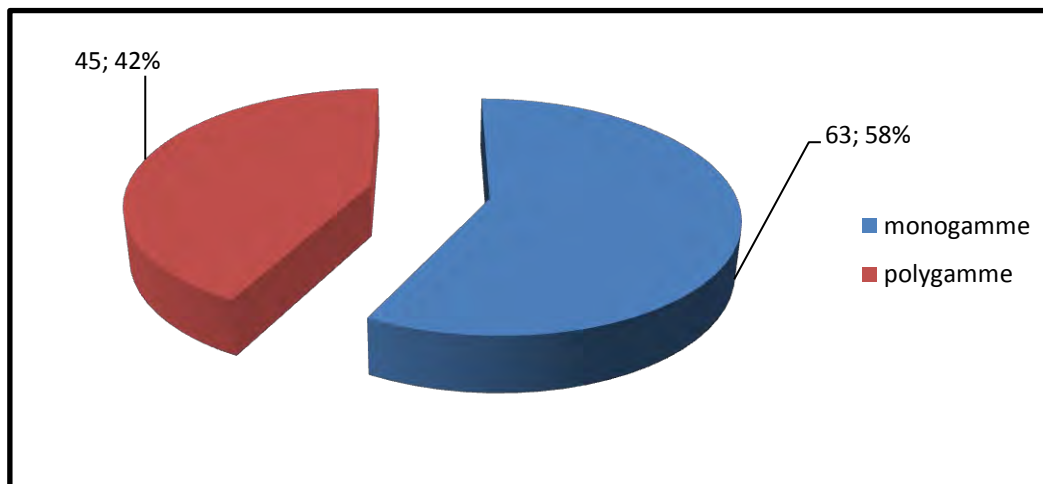


**Figure 8 :** Répartition des patientes en fonction de la situation matrimoniale



### 1.5. Régime matrimonial des patientes

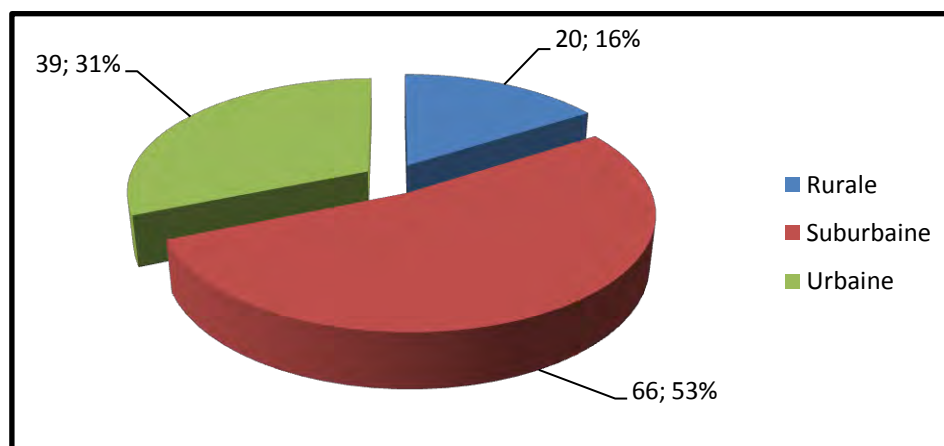
La monogamie était le régime dominant dans notre série avec 58 % des cas (**Figure9**).



**Figure 9 :** Répartition des patientes en fonction du régime matrimonial

### 1.6. Lieu de résidence des patientes

Plus de la moitié des femmes (53 %) habitait en zone suburbaine (**Figure 10**).

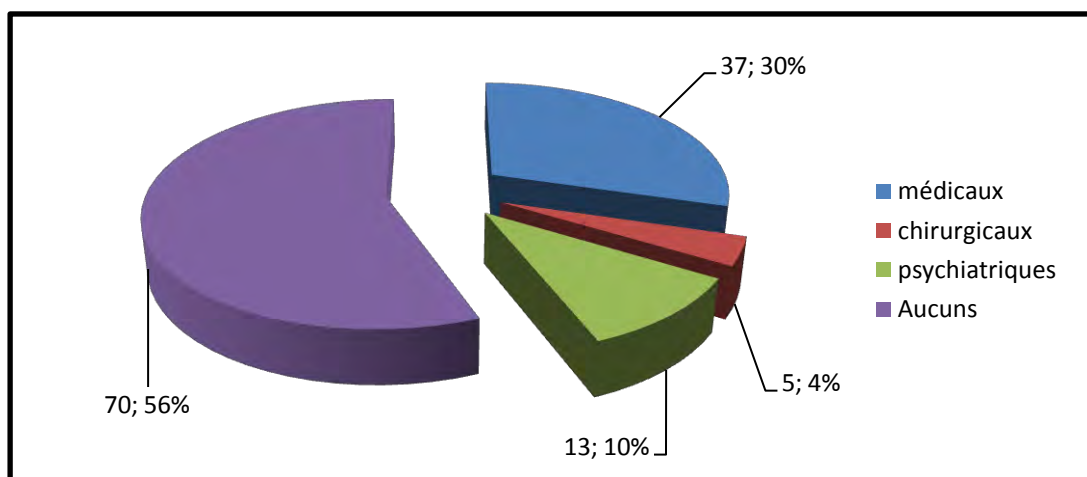


**Figure 10:** Répartition des patientes en fonction du lieu de résidence

## 2. LES DONNEES SUR LES ANTECEDENTS

### 2.1. Antécédents des patientes

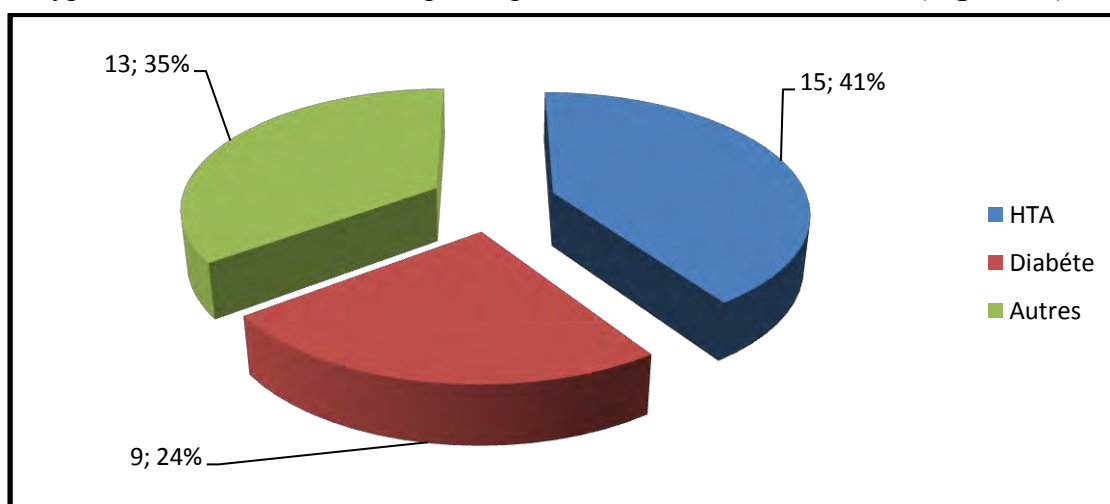
La moitié des patientes (56 %) n'avait aucun antécédent pathologique. Nous avons relevé 30% d'antécédents médicaux pathologiques et 10 % d'antécédents psychiatriques pathologiques (**Figure 11**).



**Figure 11** : Répartition des patientes en fonction des antécédents

### 2.2. Antécédents médicaux

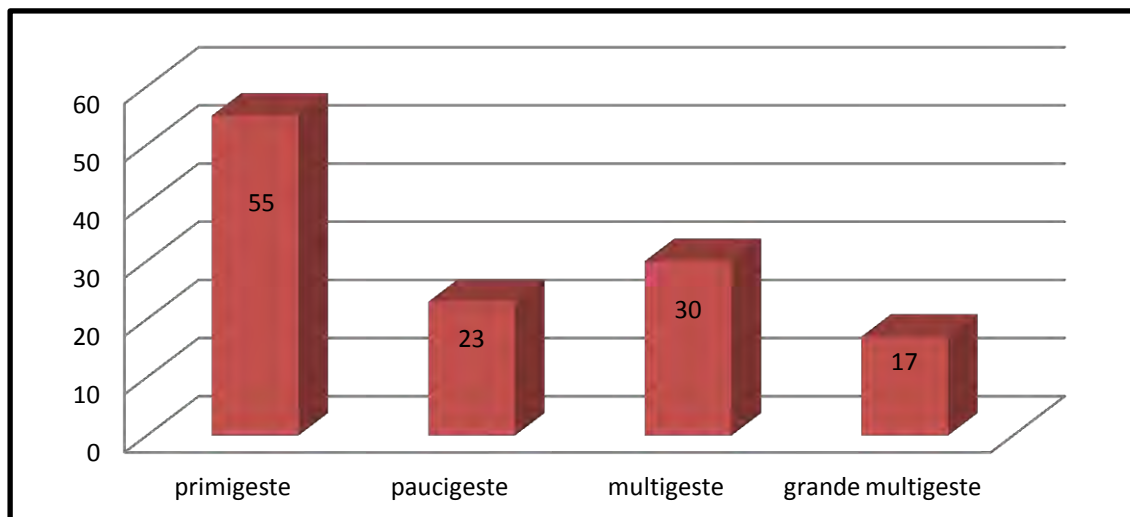
L'hypertension artérielle était la plus représentée avec un taux de 1 % (**Figure 12**).



**Figure 12:** Répartition des différents antécédents médicaux

### 2.3. Gestité des patientes

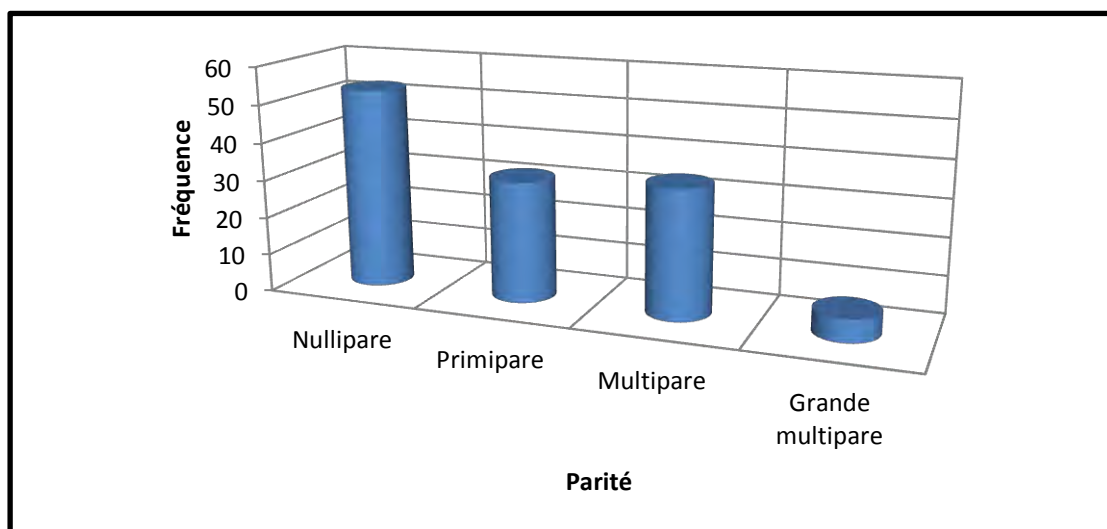
Par rapport à la Gestité, les primigestes et les multigestes étaient les plus représentées avec respectivement 44 % et 24 % des cas (**Figure 13**).



**Figure 13:** Répartition des patientes en fonction de la Gestité

### 2.4. Parité des patientes

Les nullipares et les primipares étaient les plus représentées avec des taux respectifs de 42 % et de 26 % (**Figure 14**).



**Figure 14:** Répartition des patientes en fonction de la parité

## 2.5. Antécédents d'avortement spontané

Près de 3/4 des patientes n'avaient pas eu d'antécédents d'avortement spontané, soit un taux de 76 % (Figure 15).

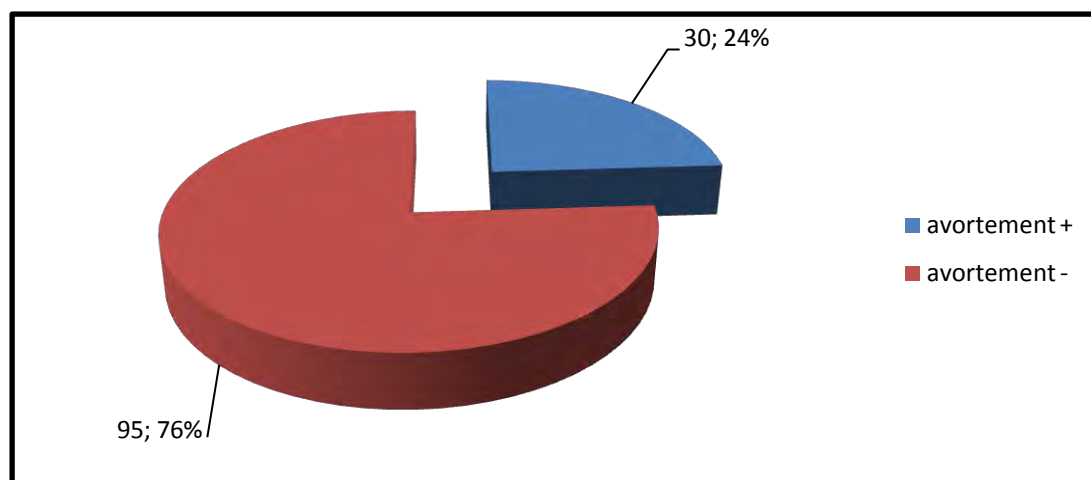


Figure 15: Répartition selon la présence ou non d'antécédents d'avortements spontanés

## 2.6. Nombre d'avortements spontanés

Parmi 125 patientes de notre échantillon, 26 % des cas avaient fait un seul avortement et seulement 2 % des patientes avaient eu dans leurs antécédents trois épisodes d'avortements. (Figure 16)

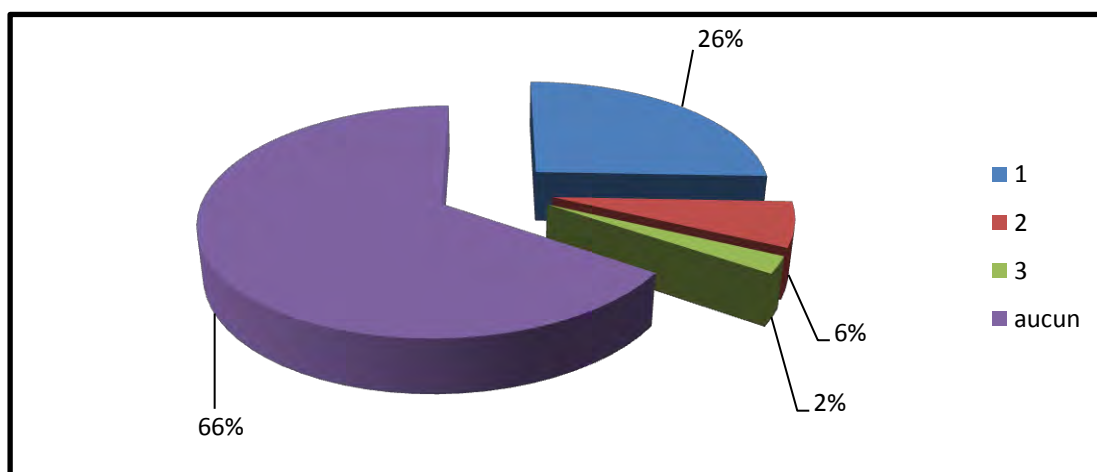
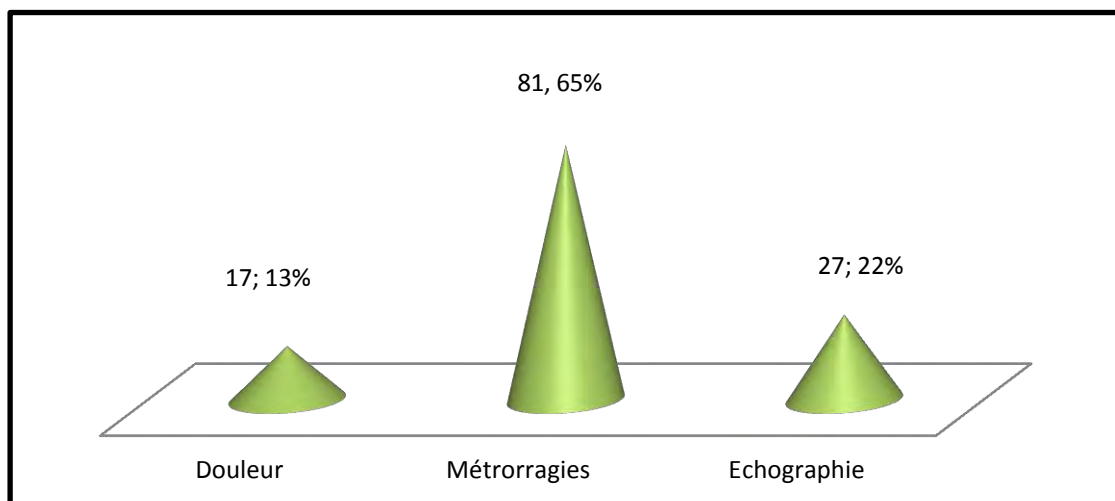


Figure 16: Répartition des patientes selon le nombre d'avortement spontané

### 3. LES DONNEES CLINIQUES

#### 3.1. Motifs de consultation des patientes

Le motif de consultation dominant était les métrorragies avec un taux de 65 % (Figure 17).



**Figure 17 :** Répartition des patientes selon les motifs de consultation.

#### 3.2. Age gestationnel

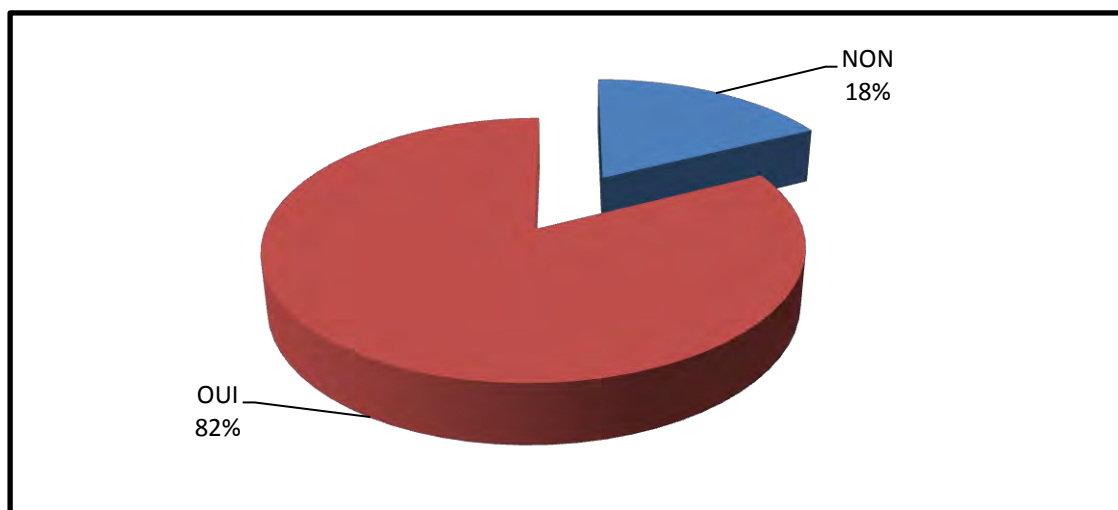
**Tableau II :** Répartition des patientes selon l'âge gestationnel

| Age gestationnel       | Effectifs | Fréquence relative |
|------------------------|-----------|--------------------|
| Précoce (Inf. à 15 SA) | 115       | 92 %               |
| Tardif (15-22 SA)      | 10        | 8 %                |
| <b>TOTAL</b>           | 125       | 100 %              |

Les avortements précoces (inférieur à 15 semaines d'aménorrhées) étaient les plus fréquents avec 92 % des cas (Tableau II).

### 3.3. Connaissance ou non de la grossesse perdue

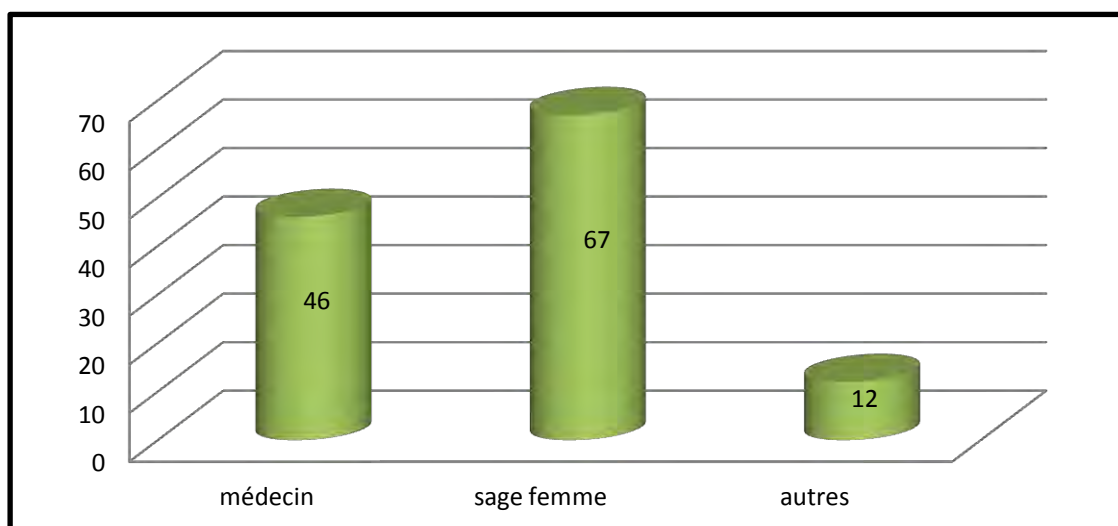
La majeure partie des femmes connaissait leur état de grossesse. Seules 18 % ignoraient qu'elles étaient enceintes (**Figure 18**).



**Figure 18:** Connaissance ou non de la grossesse perdue

### 3.4. Qui vous a annoncé l'avortement ?

Pour la plus part des patientes, l'annonce de l'avortement était faite par une sage-femme (**Figure 19**).



**Figure 19 :** L'annonceur de l'avortement spontané

### 3.5. Selon vous, quelle est la cause de votre avortement ?

Tableau III : Les différentes causes d'avortement évoquées par les patientes

| Cause de votre avortement ? | Effectifs | Fréquence relative |
|-----------------------------|-----------|--------------------|
| Je ne sais pas !            | 41        | 33 %               |
| Volonté divine              | 22        | 18 %               |
| Mystique                    | 12        | 9 %                |
| Travail                     | 30        | 24 %               |
| Médicaments                 | 10        | 8 %                |
| Autres                      | 10        | 8 %                |

Près d'un tiers (1/3) de nos patientes ne connaissaient pas la cause de leur avortement spontané (**33 % des cas**). Pour le reste de l'échantillon, deux causes sortaient le plus souvent: le travail (**24 % des cas**) et la volonté divine (**18% des cas**) telles que indiquées au niveau du tableau III.

### 3.6. Connaissez-vous les causes des avortements ?

Près de la quasi-totalité des patientes ne connaissaient pas la cause de leur avortement (110 patientes soit 88 % des cas) comme indiqué sur la **Figure 20**.

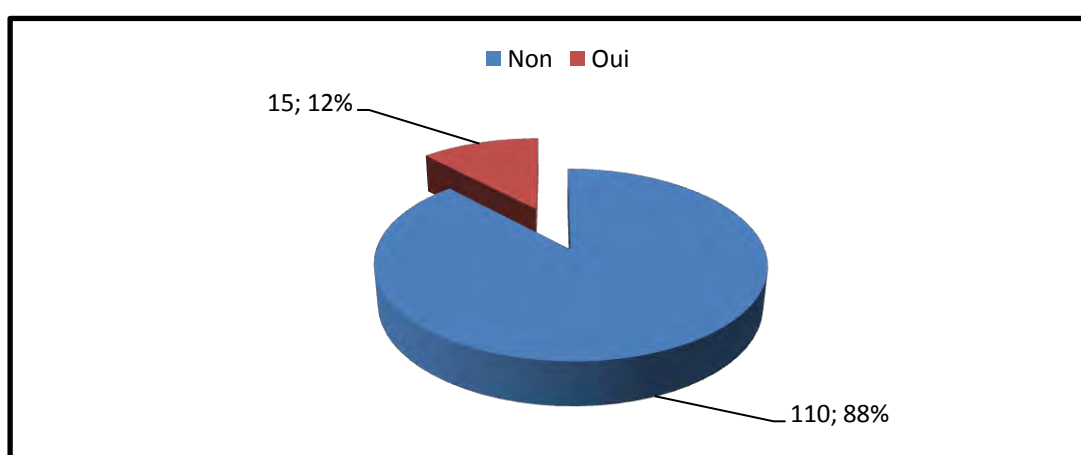


Figure 20: Connaissance des causes d'avortements

## 4. DONNEES THERAPEUTIQUES

### 4.1. Type de traitement et notion de douleur pendant le traitement

Le traitement instrumental était la méthode thérapeutique la plus utilisée et particulièrement, l'aspiration manuelle intra utérine (AMIU) était la méthode thérapeutique utilisée pour 98 % des patientes. (Figure 21).

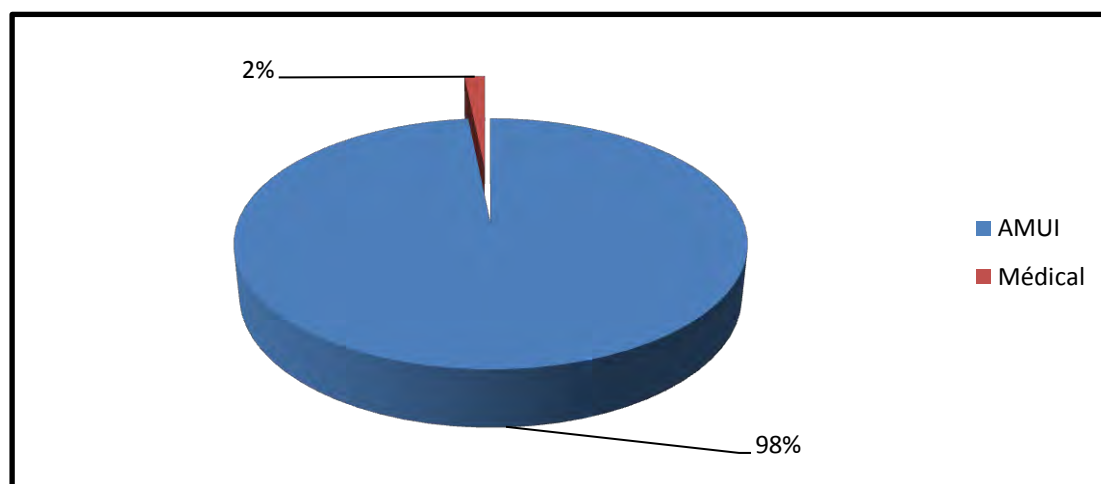


Figure 21: Répartition des patientes selon le type de traitement

A la question de savoir si le traitement était douloureux ou non, 107 patientes (86% de notre échantillon) avaient reconnu que le traitement était douloureux.

### 4.2. Avez-vous reçue des explications sur l'avortement et sur le traitement ?

Tableau IV : Explications ou non sur l'avortement et son traitement

|                      |     | Avortement n (%) | Traitement n (%) |
|----------------------|-----|------------------|------------------|
| Explications données | Oui | 37 (30 %)        | 48 (38 %)        |
|                      | Non | 88 (70 %)        | 77 (62 %)        |

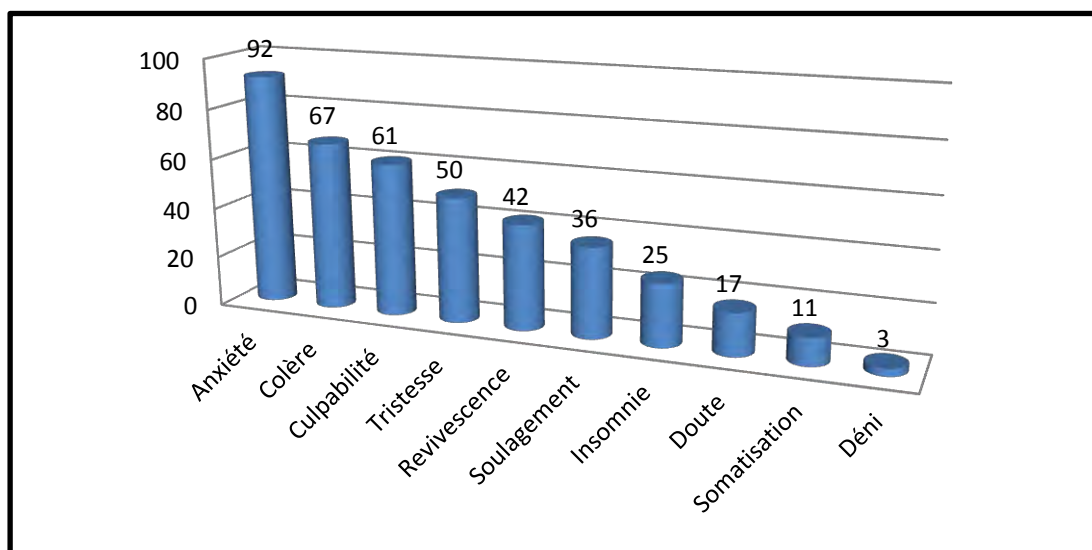


Dans notre série, nous avons remarqué un faible taux d'explications sur l'avortement ou son traitement de la part du personnel soignant. La plupart des patientes avait précisé n'avoir reçu aucun renseignement sur les modalités thérapeutiques ni sur les données en rapport avec la survenue de l'avortement Voir (Tableau IV)

## 5. DONNEES SUR LE VECU PSYCHOLOGIQUE POST AVORTEMENT

### 5.1. Que ressentez-vous une semaine après votre épisode d'avortement ?

L'anxiété (74% des patientes), la colère (54% des cas), la tristesse (40% des patientes) et la culpabilité (49% cas) étaient les sentiments les plus exprimés par nos patientes dans la semaine suivant leur épisode d'avortement (Figure 22).



**Figure 22:** Les sentiments perçus à une semaine du post-abortionum

## 5.2. Pensez-vous avoir perdu une grossesse ou un bébé ?

Dans notre série, la perte d'une grossesse était plus évoquée par les femmes qui se sont confrontées à l'avortement spontané (Figure 23).

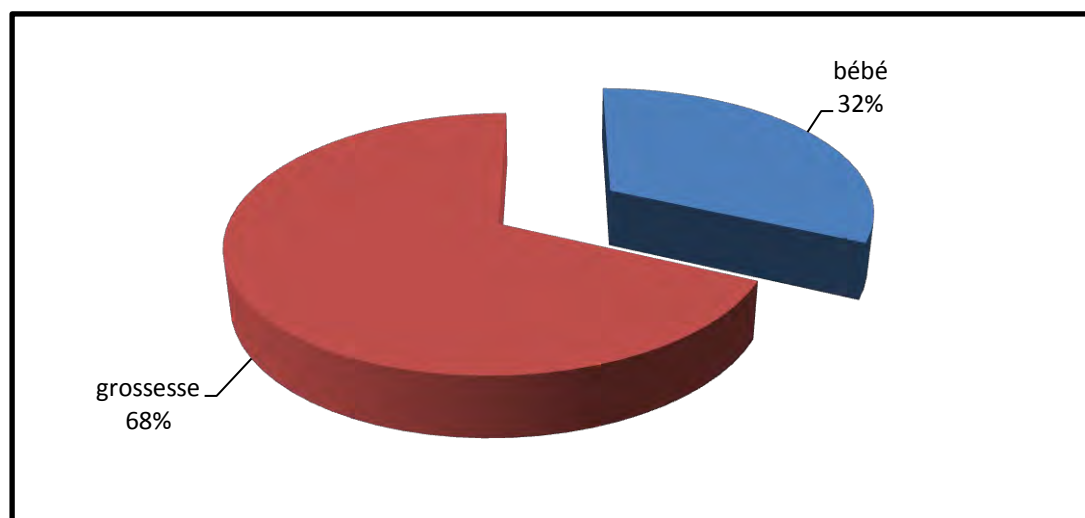


Figure 23: Répartition selon la nature de la perte (grossesse ou bébé ?)

## 5.3. Parlez-vous de votre avortement et sentez vous soutenue ?

Tableau V : Parlez-vous de votre avortement à votre entourage et/ou votre conjoint ?

|                                   |     | Entourage n (%) | Conjoint n (%) |
|-----------------------------------|-----|-----------------|----------------|
| Parlez-vous de votre avortement ? | Oui | 59 (47 %)       | 68 (66 %)      |
|                                   | Non | 66 (53 %)       | 57 (34 %)      |

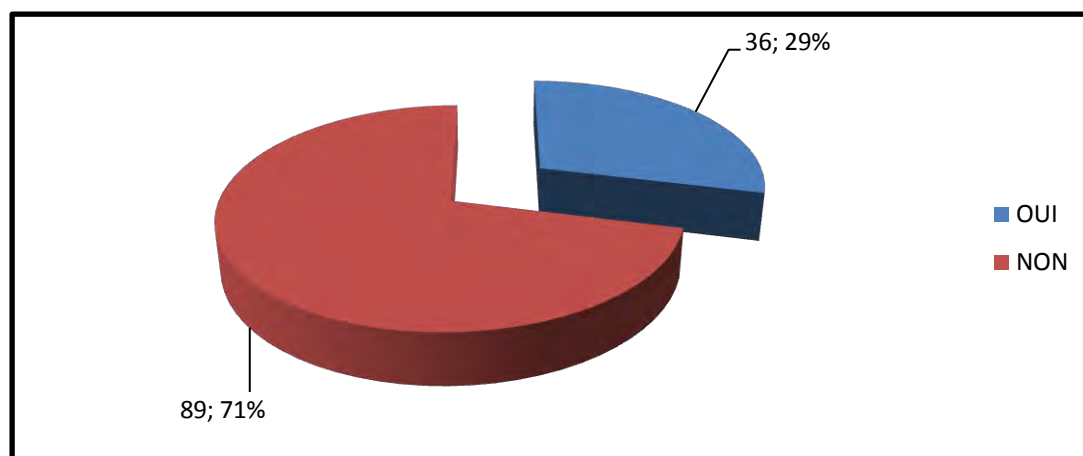
La plupart de nos patientes (66 % des cas) avait parlé de l'avortement à leur conjoint, tandis que seulement 47 % (59cas) de notre série en avaient parlé avec leur entourage (Tableau V)

## 5.4. Vous sentez-vous soutenu ?

Près des deux tiers (2/3) de nos patientes, soit 61% des cas, rapportaient avoir été soutenue. Par contre, aucun soutien n'était perçu chez 49 patientes soit 39% des cas.

### 5.5. Avez-vous cherché des informations sur les avortements ?

Parmi les 125 patientes de notre étude, seulement 29 % avaient rapporté avoir recherché des informations sur les avortements (**Figure 24**).



**Figure 24:** Répartition des patientes en fonction de la recherche ou non d'information sur les avortements.

**A la question de savoir si elles avaient partagé leur expérience avec d'autres femmes ayant fait un avortement,** nous avons retrouvé qu'uniquement, 9 patientes (7 % des cas) qui avaient partagé leur expérience avec d'autres femmes ayant subi un avortement spontané.

### 5.6. Auprès de qui avez-vous cherché du soutien?

**Tableau VI :** Répartition des patientes selon la recherche de soutien

| Auprès de qui avez-vous cherché du soutien | Effectif (n=125) | Fréquence relative |
|--|------------------|--------------------|
| Association                                | 1                | 1 %                |
| Médecin                                    | 32               | 26 %               |
| Sage-femme                                 | 47               | 38 %               |
| Psychologue/Psychiatre                     | 5                | 4 %                |
| Aucun                                      | 53               | 42 %               |

La moitié des patientes de notre série n'avaient pas recherché de soutien. Pour les

femmes qui en avaient sollicité, les sages-femmes représentaient la cible la plus fréquente avec 38 % des cas (**Tableau VI**).

**A la question de savoir si ce soutien aurait aidé à mieux vivre l'épreuve**, 65 % des patientes pensaient que son apport aurait été bénéfique contre 44% (35 patientes) qui pensaient que ce soutien n'aurait aucun effet.

### **5.7. Voulez-vous avoir une nouvelle grossesse ?**

Dans notre série, 63 % des patientes avaient le désir d'avoir une nouvelle grossesse.

## **IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

### **1. LE PROFIL SOCIOEPIDEMIOLOGIQUE DES PATIENTES**

#### **1.1. L'âge des patientes**

La plus jeune patiente de notre série avait 16 ans et la plus âgée avait 43 ans. La moyenne d'âge était de 29,5 ans. Ainsi la tranche d'âge de 25-29 ans était la plus concernée avec 31,2% des cas. Les tranches d'âge extrêmes, 16-19 ans et 40 ans et plus, étaient les moins représentées. Il s'agissait le plus souvent de patientes jeunes (52 % avaient moins de 30 ans).

Nos résultats sont similaires à ceux retrouvés par : *Balayira M.* [3] dans sa série où 46,6% des patientes avaient un âge compris entre 20 ans et 29 ans. *Mokoko G.* [43] a trouvé dans sa série que 40% des patientes avaient un âge compris entre 21- 25 ans. Ces résultats se rapprochent à ceux de *Cissé C.T et al* [10] qui a retrouvé dans sa série 55 % des patientes qui avaient un âge inférieur à 30 ans. Pour ces auteurs l'avortement spontané survient à un âge plus jeune. Par contre dans le lexique de la médecine de reproduction (Juin 2000) [33] nous avons retrouvé que 53,2% des avortements spontanés survenaient après 44 ans. Nous pouvons ainsi en déduire que l'avortement spontané survient à tout âge de l'activité génitale de la femme.

### **1.2. La profession des patientes**

Près de la moitié de nos patientes étaient sans profession soit 47 % des cas, nous avons dénombré 27 % de ménagères. Les élèves et étudiantes représentaient 10 % des cas. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la fonction première de la femme en Afrique est de s'occuper de son foyer et de ses enfants.

Nos résultats sont comparables à ceux de *Loïc et coll.* [39] qui ont retrouvé 53,49% de patientes sans professions en 1997. A l'opposé dans les avortements provoqués, l'étude *Diallo FSD et coll.* [17] ont trouvé que les Elèves/Etudiants occupaient la première place avec 38,5% des cas.

### **1.3. Le statut et le régime matrimoniaux**

La majeure partie de nos patientes étaient des mariées soit 86 % des cas. Les célibataires ne représentaient que 12 % de l'échantillon. Il n'y avait que deux femmes divorcées dans notre série. Nos résultats sont comparables à ceux de Halbachar H. [29] qui a trouvé dans sa série 78,52% de femmes mariées. Par contre, *Diallo FSD et coll.* [17] ont rapporté 83,6% de célibataires contre 16,4% de mariés dans les avortements provoqués.

La monogamie était le régime dominant dans notre série avec 58 % des cas. Le même constat est retrouvé dans une étude Africaine [44].

### **1.4. Le lieu de résidence et la religion des patientes**

Parmi les 125 patientes de notre étude, plus de la moitié (53 %) habitait en zone suburbaine, 31 % en zone urbain et seulement 16 % des cas vivaient en milieu rural. Cet état de fait s'explique par le fait que la population cible de notre cadre d'étude se situe dans la zone suburbaine de Dakar. Il s'agit par ailleurs d'une population regroupée autour d'un village partageant une même convergence religieuse et à prédominance musulmane. La quasi-totalité des patientes était ainsi musulmanes soit 89% des cas.

## 2. LES ANTECEDENTS

### 2.1. Les antécédents médico-chirurgicaux

Dans notre étude, 30 % des patientes avaient des antécédents médicaux dont l'HTA était le plus représenté avec un taux de 15 %. Les antécédents chirurgicaux ne représentaient que 4 % des cas. Nos résultats diffèrent de ceux de *Diallo FSD* [17] qui avait retrouvé dans sa série, 12 % d'antécédents médicaux pathologiques et 8 % d'antécédents chirurgicaux pathologiques. Mais l'HTA et le diabète restaient les antécédents médicaux les plus fréquents avec un taux de 5 %.

### 2.2. Les antécédents gynécologiques

Ils sont dominés dans notre série par l'avortement spontané avec 24 % des cas. Et pour le nombre d'avortements spontanés, 26 % des cas avaient fait un seul avortement. Ce taux d'antécédents d'avortement spontané s'inscrit dans la fourchette des résultats généralement retrouvés : *Cissé. CT* [10] a retrouvé dans sa série un taux de 25,3 % tandis que *Balayira* [3] a rapporté un taux de 62,4% dans son étude. L'avortement spontané est une affection dont le risque s'accroît quand la patiente a déjà un antécédent d'avortement.

Les nullipares étaient les plus représentées dans notre étude soit 42 % des cas. La parité moyenne était de deux (2) avec des extrêmes de 0 et 8. Nos résultats sont superposables à ceux de *Cissé C.T et al* [10] et de *Mokoko G.* [43] qui avait trouvé que l'avortement spontané était plus fréquent chez les nullipares avec respectivement 83,9% et 80%.

### 2.3. Les antécédents psychiatriques

Dans notre série, parmi les 125 patientes, 13 (10 %) avaient eu des antécédents psychiatriques (troubles anxieux, troubles de l'humeur, des conversions hystériques...). Les antécédents psychiatriques semblent entraîner un risque élevé de développer une morbidité psychiatrique intense chez les femmes qui ont vécu un avortement spontané. *Neugebauer et al.* [47] ont montré qu'après un avortement

spontané, 54% des femmes qui avaient des antécédents de dépression rechutaient.

### **3. LA CLINIQUE**

#### **3.1. Motifs de consultation et l'âge gestationnel des patientes**

Durant la période de l'étude, le motif de consultation dominant était les métrorragies avec un taux de 65 %.

Les douleurs abdomino-pelviennes représentaient 13 % et la découverte fortuite de l'avortement spontané lors de visites prénatales de routine par l'échographie représentait 22 % des cas. Nos résultats sont superposables à ceux de plusieurs études sur le même thème [29, 43].

Selon l'âge gestationnel dans notre série, l'avortement spontané était précoce dans 92% des cas (<15 SA). C'est dire que l'incidence des avortements semble liée à l'âge gestationnel. Nos résultats sont comparables à ceux de la littérature : *Cissé C.T. et coll.* [10] avaient décrit une fréquence de 50,2% d'avortement dont l'âge gestationnel était compris entre 5 et 9 semaines d'aménorrhée. Il faut noter que dans notre série, la majeure partie des patientes connaissait leur état de grossesse soit 82% des cas.

Ce constat pourrait s'expliquer par l'amélioration de la sensibilisation en vue de la précocité des consultations prénatales mais aussi par l'amélioration de l'accessibilité à l'échographique obstétricale.

#### **3.2. L'annonce et les causes de l'avortement**

Pour la moitié des patientes de notre étude, l'annonce de l'avortement avait été faite par les sages-femmes dans 54 % des cas. L'annonce faite par les médecins ne représentait que 37 % des cas. Cette différence entre les personnels médicaux vis-à-vis de l'annonce de l'avortement pourrait s'expliquer par le fait que les sages-femmes accueillent en premier les patientes, les préparent et établissent leur dossier médical pour ensuite les confier aux Médecins de garde qui complètent la prise en charge. Malgré les avancées médicales, le mystère de la conception nous échappe. Croyances et superstitions persistent encore. Les causes d'avortement évoquées par les femmes étaient nombreuses et variées. Comme pour plusieurs auteurs [45, 46], les causes les

plus fréquemment évoquées dans notre étude étaient en rapport avec la fatigue au travail, la volonté divine, le stress psychologique, les causes mystiques, les médicaments.

L'avortement spontané est un accident fréquent. Mais malgré ce constat général beaucoup de femmes ne connaissent pas les causes des avortements comme nous l'avons retrouvé dans notre série où 88 % des patientes ignoraient la cause de leur avortement. Ce fait pourrait s'expliquer par le défaut de sensibilisation autour de cette complication mais aussi par l'insuffisance d'informations fournies aux patientes victimes traduisant ainsi le caractère banal que le corps médical semble donné à cette complication.

#### **4. LE TRAITEMENT**

L'AMIU avec 98 % des cas a été la méthode thérapeutique d'évacuation utérine la plus utilisée. Elle constitue de nos jours la méthode de choix au stade précoce dans les soins après avortement. Il s'agit en effet d'une méthode efficace et sûre ; des complications liées à la procédure sont rarement rapportées dans la littérature, qu'il s'agisse des hémorragies, de la perforation utérine ou du traumatisme cervical [5, 16]. Elle permet aussi de réduire la durée d'hospitalisation, ramenée à quelques heures seulement, ainsi que les dépenses de santé. Nos résultats sont superposables aux données de la littérature [10 ; 29].

Malgré l'efficacité de l'AMIU, dans notre étude, plusieurs patientes (86 % des cas) avaient révélé le caractère douloureux de cette méthode d'évacuation utérine pourtant effectué sous anesthésie locale. Même si cela ne remet pas en cause l'acte médical qu'elle représente, cette manœuvre ne pourrait-elle pas être vécue par les patientes comme un traumatisme psychologique ?

Par rapport à l'information sur l'avortement et son traitement, plusieurs (70%) femmes de notre série affirmaient n'avoir reçu aucune explications de la part du personnel médical. Le même constat est rapportait dans la littérature [45, 46]. Cette absence d'information médicale claire renforce le sentiment de culpabilité des



patientes et risque d'engendrer une souffrance psychologique en essayant de se faire une explication personnelle.

## **5. LE VECU PSYCHOLOGIQUE POST AVORTEMENT**

### **5.1. Les différentes ressentis des patientes après l'avortement**

Les conséquences psychologiques de l'avortement ont été largement étudiées dans le monde. Même si quelques auteurs pensent que l'avortement spontané est surmonté sans grande difficulté, certaines femmes éprouvent à travers l'expérience de l'avortement spontané des sentiments divers, variés et personnelles [24, 45, 46]. Dans notre série les patientes avaient évoqué beaucoup de sentiments qui oscillaient du soulagement à la culpabilité.

- ✓ Le sentiment de **soulagement** avait été retrouvé chez 36 patientes soit 29 % des cas. Dans l'étude de *Garel M. et al* [24], 31% des femmes avaient rapporté ce sentiment de soulagement. Il s'agit d'un sentiment aux appréciations diverses pour les femmes. Il y a un soulagement d'avoir un diagnostic, de savoir ce qui s'est passé, pourquoi elle saignait et à quoi cela correspondait. Car les femmes doutent du fait qu'il s'agisse bien d'un avortement spontané. Ce sentiment apparaît aussi par la suite, une fois que la prise en charge médicale est terminée. Aussi, il existe un autre soulagement pour les femmes : celui de se dire que « c'est peut-être mieux ainsi ». En effet, « si la grossesse avait été menée à terme, elle ne se serait pas passée dans de bonnes conditions ». Ce constat pourrait s'expliquer par le simple fait que ces femmes ne voulaient pas de cette grossesse qui semble être non désirée et non planifiée. Alors, la réaction après l'avortement spontané est donc le soulagement d'être sortie d'une situation non voulue.
- ✓ Le sentiment de **tristesse et de chagrin** avait été souligné par 50 patientes dans notre série, soit 40 % des cas. Nos résultats sont superposables aux données de la littérature. Il est décrit par *Lok et Neugebauer* en 2006 [38] que 40% des femmes

avaient un chagrin intense. Séjourné N et al. [45] retrouvent qu'à la suite d'une fausse-couche, 40% des femmes présentent une souffrance.

Celle-ci est caractérisée par la tristesse, la nostalgie envers l'enfant perdu, le désir de parler de cette perte et la recherche d'une explication. Dans une autre étude parue dans le British of Medical Psychology en 2000, un questionnaire basé sur 5 points a permis à partir de 39 femmes de retrouver un taux de 67% des femmes qui disaient être très tristes initialement, 21% se disaient être tristes et 13 % se disaient être tristes mais soulagées [13].

- ✓ Le sentiment de **colère** avait été exprimé chez 54 % des femmes dans notre série. La colère était généralement dirigée contre les proches comme, par exemple, le compagnon, la belle famille. Nous avons mis en évidence à travers les entretiens, que les femmes trouvaient cela injuste par rapport aux autres femmes et éprouvaient une certaine colère envers elles, même si elles avaient bien conscience que celles-ci n'y étaient pour rien. D'après l'étude menée par Garel, 33% ont des sentiments de révolte et parlent d'injustice [24].
- ✓ Le sentiment de **doute** avait aussi été retrouvé dans 14 % des cas. Ce sentiment développé par les femmes de notre série se rapportait le plus souvent à leur capacité de procréation. Garel et al [24] ont notamment rapporté que deux femmes sur trois voyaient leur capacité de mère remise en cause à la suite d'un avortement spontané. Il s'est ainsi posé la question de savoir, dans le cadre d'un avortement spontané, si un sentiment de doute pourrait entraîner des conséquences sur le projet, le déroulement et l'expérience de la grossesse suivante ?
- ✓ Le sentiment d'**échec** avait été retrouvé chez 65 % de nos patientes. La perte de la grossesse, en plus de la souffrance physique et morale est vécue comme un échec pour la plupart des femmes. Ces dernières se rendent responsables de leur échec. Elles se posent ainsi beaucoup de questions sur l'accès à la maternité, sur leurs capacités à être maman.

Au total, ce sont 72% des femmes qui expriment des sentiments d'échec. Cet échec porte atteinte à la féminité et à la maternité, comme le montre également l'étude de Garel [24]. Selon cette même étude, deux femmes sur trois remettraient en cause leurs capacités à être mère dans les jours suivant la fausse-couche.

- ✓ Le sentiment de **culpabilité et de responsabilité** avait été objectivé chez 49 % des femmes de notre série. Ce taux s'inscrit dans la fourchette des résultats généralement retrouvés dans la littérature. *Stirtzinger et al.* [58] ont observé qu'un peu plus de 40 % de femmes ressentaient de la culpabilité après l'avortement spontané. *Garel et al.* [24] ont observé que 56 % des femmes se sentaient coupables après un avortement spontané accusant notamment leur activité professionnelle ou le manque de repos. Bien que l'étiologie ne soit pas connue, ce sentiment commun est très fort et est souvent partagé par ces femmes : la culpabilité. Peut-être est-ce le manque de réponses qui amène les femmes à se poser des questions et à se sentir coupables. Les femmes se sentent coupables envers elles-mêmes et ressentent une certaine responsabilité sur ce qu'elles ont fait ou omis de faire. Ce sentiment de responsabilité de la perte est très ancré. Bien que les femmes aient conscience que ce sentiment n'est pas fondé, il reste présent, comme s'il était nécessaire de trouver une faute et son responsable. Cette culpabilité est parfois ressentie par les conjoints. Cette culpabilité peut même parfois se tourner vers les autres.

Tous ces sentiments à la suite d'un avortement spontané que nous avons décrit sont retrouvés dans la littérature. En effet, les différents auteurs montrent que les sentiments éprouvés par les femmes après un avortement spontané sont très variés. La revue de travaux de Séjournée en 2008 résume l'ensemble des études, il décrit le chagrin, la dysphorie, la peur, l'injustice, la culpabilité, la honte, le choc émotionnel, le traumatisme et la dévastation [46]. Pratiquement la moitié des femmes montre une détresse psychologique significative [2].

## **5.2. Perte de grossesse ou d'un bébé**

La plupart de nos patientes parlait de perte de grossesse. Cette appellation « perte de grossesse » n'est-elle pas une sorte de résignation pour occulter la sensation de perte d'enfant ? Trop souvent la gestion des situations délicates se fait par la négation des ressentis réels [61]. Dans notre échantillon, 35 % des patientes ne pensaient pas perdre une grossesse.

Pour elles, elles perdaient un bébé. Ne pas le reconnaître c'est lui rendre le deuil impossible. La seule réalité qui compte sur le plan psychologique est la réalité subjective. Aussitôt reconnue, celle-ci pèse moins lourd.

Quand bien même la grossesse s'interrompt à deux ou trois semaines, juste après l'avoir découverte avec un test, la femme qui vit cela vient de traverser un moment qui changera sa vie [61].

## **5.3. Besoin d'en parler, à qui ?**

Une fois que la grossesse a été annoncée, annoncer l'avortement spontané est indispensable. Mais si la grossesse n'a pas été annoncée, mettre au courant l'entourage est-il nécessaire ? Souvent cela est nécessaire. L'annoncer n'est pas évident pour certaines femmes. D'une part elles désirent taire cet évènement et d'autre part, elles ressentent le besoin d'en parler. Cela n'est d'autant pas facile qu'il existe un certain silence autour de l'avortement spontané.

- ✓ **Besoin d'en parler avec le conjoint :** 66 % des patientes de notre étude avaient déjà annoncé leur avortement à leur conjoint. La grossesse et le projet d'enfant sont partagés entre deux personnes. Leur interruption touche donc le couple dans son ensemble. C'est un évènement et une déception qui se vit à deux. D'après ce que disent les femmes, les hommes expriment moins leur tristesse et la surmontent plus vite. Alors ce constat ne peut-il pas générer un sentiment d'incompréhension pour ces femmes ? Le reste de notre échantillon (44 %) n'avaient pas parlé de leur avortement. Ce constat pourrait s'expliquer par le simple fait que la grossesse n'était pas annoncée et l'avortement était découverte de manière fortuite.

Est-ce que le fait de ne pas parler de l'avortement n'était pas un moyen de défense pour ne pas être critiqué et jugé ?\*

- ✓ **Besoin d'en parler avec l'entourage** : Plus de la moitié de nos patientes n'avaient pas parlé de leur avortement à leur entourage. Ce constat pourrait s'expliquer en partie par la non-reconnaissance de l'avortement spontané au niveau de notre société.

L'ignorance, la gêne, la délicatesse, la peur de blesser, tant d'éléments peuvent être évoqués afin d'expliquer les non-dits autour de l'avortement spontané. La présence de l'entourage génère beaucoup d'émotions pour les femmes. Elles ne sont pas à l'aise. Il y a un mélange de honte, de tristesse et de peur. *Séjourné et al [46]*, dans son étude, met en avant les difficultés de la femme face aux réactions de l'entourage quand celui-ci était informé de la grossesse. Certaines vont apprécier le soutien et le réconfort offerts, d'autres acceptent difficilement les maladresses parfois effectuées. Ce qui est apparemment le plus difficile, c'est la relation avec des femmes enceintes ou des bébés.

#### **5.4. Le soutien**

Dans notre série, près de deux tiers (61%) des patientes étaient soutenues et la majorité des femmes pensait que le soutien avait un effet bénéfique pour surmonter cet événement. La plupart soulignaient la présence nécessaire et l'aide de leur conjoint et de leur entourage dans cet événement. Mais seulement une minorité de femmes a fait recours aux personnels de santé. Ce constat a été retrouvé dans la littérature.

Notre vision éclairée, à travers cette souffrance des femmes nous montre l'importance du soutien et nous amène à nous poser des questions sur la prise en charge que l'on pourrait apporter à ces patientes dans le but de les aider à intégrer cet événement. Les études effectuées à ce propos ne sont pas toujours concluantes sur leur véritable efficacité. Plusieurs études démontrent l'importance de la prise en charge précoce. *Séjourné et al. [46]* ont effectué une étude sur « l'efficacité d'une brève intervention de soutien sur l'anxiété, la dépression, et le stress après une fausse-couche. Une

comparaison entre deux groupes de femmes a été effectuée : un entretien précoce à quinze jours, ou un entretien à 3 mois. Les résultats montrent qu'à trois semaines après leurs fausses-couches, environ 30% des femmes (groupe confondu) souhaitent un soutien, 86% des femmes ayant eu cet entretien l'ont estimé utile (20% d'entre-elles le trouvaient insuffisant). La comparaison montre que cette prise en charge précoce est bénéfique pour les femmes qui se sont confrontées à cet événement.

Les différences s'effacent dans le temps, à 10 semaines et six mois, les résultats ne sont plus significatifs, on souligne juste une proportion plus importante de femmes présentant une symptomatologie dépressive à 10 semaines dans le groupe ayant eu un entretien différé. L'étude de *Lee et al*, [36] retrouve des résultats similaires sur l'importance de la prise en charge précoce ainsi que l'étude de *Swanson KM*. [59] au niveau des troubles émotionnels, de dépression et de colère. Alors, est-ce qu'il ne semble pas être judicieux d'instaurer un accompagnement psychologique immédiatement après l'événement et non après les premières complications ?

## **V. PERSPECTIVES D'ACCOMPAGNEMENT**

Dans le cadre de l'avortement spontané, il semble nécessaire, afin d'améliorer l'accompagnement de la famille endeuillée et surtout des femmes au moment de la perte mais également lors de la grossesse suivante :

- ✚ D'accroître la sensibilité des soignants face aux réactions et aux besoins des femmes mais aussi la diffusion des connaissances spécifiques au deuil auprès du grand public.
- ✚ De favoriser la création et le support de services d'interventions préventives dans la formation et la supervision des équipes soignantes afin de permettre à ces dernières d'entrer en relation avec les femmes de façon personnalisée, sans interférer avec leur processus de deuil.
- ✚ De rendre possible la détection précoce de facteurs de risque chez les femmes, en les orientant vers une aide et un soutien adapté.
- ✚ De promouvoir une action reposant sur des études rigoureuses sur ce thème.

# *Conclusion*

L'avortement spontané ou l'arrêt précoce d'une grossesse est un accident gynéco-obstétrical très fréquent qui concerne 12 à 24 % des grossesses. En dépit de cette fréquence, il apparaît que l'avortement spontané n'est pas un événement banal pour les femmes qui y sont confrontées. Il pose des problèmes psychosociaux pour la femme, le couple et la famille surtout en Afrique où l'enfant occupe une place prépondérante.

L'objectif de ce travail était d'étudier l'avortement spontané et son vécu psychologique à court terme. L'étude était de type transversal, qualitatif et descriptif, qui portait sur cent vingt cinq (125) clientes ayant fait un avortement spontané et couvrant une période de huit (8) mois allant de Mai 2012 à Décembre 2012. Les données étaient collectées, grâce à une fiche de recueil de donnée, dans le service de gynécologie et d'obstétrique du Centre de Santé Philippe. M. SENGHOR de YOFF où les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complètes (SONUC) sont devenus une réalité depuis Janvier 2012. Elles concernaient les informations sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques relatives à l'avortement spontané et aussi les caractéristiques du vécu psychologique à court terme.

Il ressortait que la fréquence des avortements spontanés était de 3,2%. L'âge moyen des femmes était de 29,5 ans. Il s'agissait d'une population jeune et la tranche d'âge la plus représentée était celle 25-29 ans. Ces jeunes femmes étaient en majorité des musulmanes (89%), mariées (86 % des cas) et la monogamie était le régime matrimonial dominant.

Plus de la moitié (58 %) des femmes était issue du milieu suburbain, lieu du cadre de l'étude. Les sans professions étaient les plus représentées avec un taux de 47 %. Les élèves et étudiantes représentaient que 10 % des femmes.

Concernant les antécédents, les antécédents médicaux étaient les plus fréquents (30% des cas) et ces derniers restaient dominés par l'hypertension artérielle avec un taux de 41%.



Sur le plan gynécologique, les primigestes et les nullipares étaient les plus représentées avec des taux respectifs de 44% et de 42% des cas. A propos des antécédents d'avortements, 24% des femmes avaient fait un avortement dans leur vie et parmi elles, 2% avaient 3 épisodes d'avortement.

Concernant la clinique, le motif de consultation dominant était les métrorragies avec 65% des cas. Près de la totalité des avortements était précoce (Inférieur à 15 SA) (92%). Les femmes connaissaient leur état de grossesse pour la majorité et l'annonce de leur perte de grossesse avaient été faite par une sage femme.

A propos des causes de la perte de grossesse, Près d'un tiers (1/3) des patientes ne connaissaient pas la cause de leur avortement spontané (33 % des cas). Pour le reste de l'échantillon, deux causes ressortaient le plus souvent: la fatigue au travail (24 % des cas) et la volonté divine (18% des cas).

Sur le plan thérapeutique, l'Aspiration Manuelle Intra Utérine (AMIU) était le moyen thérapeutique le plus utilisé avec 98% des cas.

Quant au vécu psychologique, plusieurs sentiments avaient été évoqués par les femmes. Ces sentiments oscillaient du soulagement à la culpabilité en passant par le déni, le doute, la colère et l'échec, la tristesse et l'anxiété, la somatisation et la reviviscence.

La majeure partie de ses femmes avec des vécus différents, avait montré un besoin de parler de leur perte de grossesse à leurs conjoints et/ou entourage. Près de deux tiers (61%) des patientes étaient soutenue et la majorité des femmes pensaient que le soutien avait un effet bénéfique pour surmonter cet événement.

Au terme de cette étude, nous retenions que l'avortement spontané est un accident gynéco-obstétrical très fréquent dans le contexte africain et Sénégalais en particulier. En plus de cette fréquence, l'avortement spontané semble générer une souffrance psychologique pour les femmes qui y sont confrontées.

Cette souffrance l'est très différente d'une femme à l'autre. Pour certaines, ce sera la perte d'une grossesse et pour d'autres la perte d'un enfant. Diminuer la douleur de cette perte nécessite parfois plus qu'une reconnaissance de la souffrance par l'entourage. Malgré le soutien du conjoint et de l'entourage, qui a été évoqués par les femmes, les équipes médicales ont un rôle d'aide et de soutien capital.

La considération de la souffrance des femmes et la mise en place d'un soutien permettrait d'aider ces dernières à mieux vivre cet événement et aussi de repérer celles qui présentent une symptomatologie intense afin de pouvoir les orienter vers un suivi approprié.

Il est tout important de sensibiliser les médecins gynécologues obstétriciens, ainsi que les sages femmes sur la nécessité d'intégrer dans les consultations post avortements l'aspect psychologique. Des programmes de prévention, de dépistages et/ou de prise en charge des complications psychologiques de l'avortement spontané devront être associés dans le paquet de service offert aux patientes à risque.

# *Références Bibliographiques*

**1- ANTOINE S, NGBALE R, SANZA M.C, DOMANDE-MODANGA Z, NGUEMBI E.**

Analyse des avortements à la maternité de l'hôpital communautaire de BANGUI.

*Med. Trop.* 2004 ; 64 : 61-65.

**2- ATHEY J, SPIELVOGEL A.M.**

Risk factors and interventions for psychological sequelae in women after miscarriage.

*Prim Care Update Ob/Gyns* 2000; 7(2): 64-9.

**3- BALAYIRA M.**

Etude descriptive à propos de 150 cas d'avortement spontané colligés à l'hôpital GT BAMAKO,

*Thèse de doctorat d'état en médecine*, Mars 1991, p96.

**4- BARBOT J, BARDIAUX M, CRMAIL P, DEUIL J, DUBUISSON J.B et al.**

Avortements spontanés.

*UFR de BOBIGNY*, Paris Nord, 1986-87.

**5- BEUCHER G, BEUILLAT T, DREYFUS M.**

Prise en charge des fausses couches spontanées du premier trimestre.

*J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003; **32**: 5-21.

**6- BYDLOWSKI M.**

La transparence psychique de la grossesse.

*Etude Freudiennes*. 1991; 32: 2-9.

**7- BYDLOWSKI M.**

La relation fœto-maternelle et la relation de la mère à son fœtus.

*In : Nouveau traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, PUF, 1995. Tome 3: 1881-1891.

**8- BYDLOWSKI M.**

Je rêve un enfant.

*L'expérience intérieure de la maternité*. Paris, Odile Jacob, 2000 ; p. 185.

**9- BEETSCHEN A., CHARVET F.**

Psychologie et Psychopathologie de la maternité. Psychoses puerpérales.

*Confrontation Psychiatrique* 1978 ; n°6 : 83-124.

**10- CISSE C.T, FAYE K.G, MOREAU J.C.**

Avortements du premier trimestre au CHU de Dakar : Intérêt de l'Aspiration Manuelle Intra-utérine.

*Med. Trop.* 2007 ; 67 : 163-166.

**11- COLIN P.**

Problèmes Psychiatriques posés par les avortements.

*Confrontation Psychiatrique* N° 16, Newcastle Upon Tyne, 1978, 125-144.

**12- CONWAY K.**

Miscarriage experience and the role of support systems: a pilot study.

*Br. J Med Psychol*, 1995; 68: 259- 67.

**13- CONWAY K, RUSSELL G.**

Couple's grief and experience of support in the aftermath of miscarriage.

*British Journal of Medical Psychology*. 2000; 73(4): 531-545.

**14- CHAMBERLAIN D.B.**

La Psychologie du fœtus.

*In : Nouveau traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, PUF, 1995. 1: 263-279.

**15- DAYANT J.**

Psychopathologie de la périnatalité.

*Masson*. Paris, 1999.

**16- DE PONCHEVILLE L, MARRET H, PERROTIN F et Coll.**

Les avortements du premier trimestre de la grossesse : l'aspiration utérine est elle toujours de mise

*Gynecol Obstet Fertil* 2002 ; 30 : 799-806.

**17- DIALLO F, DIABATE S, TRAORE M, DIAKITE S, et coll.**

Complications des avortements provoqués illégaux à Bamako (Mali) de décembre 1997 à novembre 1998.

*Cahiers de santé* 2000 ; 10 :243-7.

**18- DUCROQ- CARPENTIER H.**

L'investissement affectif et psychique en périnatalité (grossesse et première semaine de vie du nouveau-né). Un enjeu pour le psychiatre dans la prévention des perturbations de l'interaction précoce mère-enfant.

*Mémoire de DES de Psychiatrie.* Lille.

**19- EZEMBE F.**

L'enfant Africain et ses univers.

*Karthala,* Paris, 2003, p. 354.

**20- FROST J, BRADLEY H, LEVITAS R, GARCIA J.**

The loss of possibility: scientisation of death and the special case of early miscarriage.

*Sociol Health Illn.* 2007; 29 (7): 1-20.

**21- FIEDMAN T, GATH D.**

The Psychiatric consequences of spontaneous abortion.

*Br J Psychiatry.* 1989; 155: 810-3.

**22- GAREL M, LEGRAND H.**

L'attente et la perte du bébé à naître.

*Albin Michel ;* Paris, 2005.

**23- GARCIA-ENGUIDANOS A, CALLE M.E, VALERO J, LUMA S, DOMINGUER-RV.**

Risk factors in miscarriage : a review.

*Eur J Obstetric Gynecol Reprod Biol,* 2002; 102: 111-9.

**24- GAREL M, BLONDEL B, LELONG N, BONENFANT S, KAMINSKI M.**

Réactions dépressives après une fausse couche.

*Contacept Fertil Sex.* 1992 ; 20 (1) : 75-81.

**25- GUEYE M.**

Les psychoses puerpérales en milieu sénégalais à propos de 92 observations.

*Thèse de doctorat d'état en médecine.* Dakar, 1976. 188.

**26- GUEYE M., THIAM M.H., SYLLA A.**

Troubles psychopathologiques de la gravido-puerpéralité.

*Psychopathologie Africaine.* Dakar 2007-2008. 34, 1: 51-84.

**27- GUYOT J.**

Mort/ naissance et filiation, études de psychopathologie sur les liens de filiation.

*Edition Masson, Paris, 1980, 172p.*

**28- GOUDEMAM M., THOMAS P., MARON M., BAILLY D., CODACCIONI X.**

Troubles Psychopathologiques de la gravidité-puerpéralité.

*In : Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française. LXXXIX<sup>e</sup> session. Tunisie,*

*JUIN 2001. 237: 11-30.*

**29- HALBACHAR H.**

Hémorragie du premier trimestre.

*CSRef CVI 2005-2006.*

**30- HOLLOS M, LARSEN U.**

Motherhood in sub-Saharan Africa: The social consequences of infertility in an urban population.

*In northern Tanzania, Culture, Health & Sexuality, 2008; 10; 2: 159-173.*

**31- INHORN M. VAN BALEN F.**

Infertility around the globe: New thinking on childlessness, Gender and Reproductive Technologies.

*Berkeley, university of California press, 2002.*

**32- JANSSEN H, CUISINIER M, GRAAW K, HOOGLIUM K.**

A prospective study of risk factors predicting grief intensity following pregnancy cross.

*Arch Gen Psychiatry. 1997; 54: 56-61.*

**33- LEXIQUE DE LA MEDECINE DE LA REPRODUCTION.**

*BMJ 2000 Jun 24 ; 320 (7251) : 1708-12.*

**34- LAETITIA P.**

Les Conséquences Psychologiques de l'Avortement.

*Les dossiers de l'institut Européen de Bioéthique. 205- chaussée de Wavre-B- 1050 Bruxelles,*

*Mars 2011 : 1-12.*

**35- LECLAIRE S.**

On tue un enfant.

*Edition du Seuil. Paris, 1975.*

**36- LEE C, SLADE P, LYGO V.**

The influence of psychological debriefing on emotional adaptation in women following early miscarriage: A preliminary study.

*British Journal of Medical Psychology.* 1996; 69(1): 47-58.

**37- LEWIS E.**

Mourning by the family after a stillbirth or neonatal death.

*Arch Dis Child,* 1979, 54, 237-41.

**38- LOK IH, NEUGEBAUER R.**

Psychological morbidity following miscarriage.

*Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology.* Avril 2007; 21(2): 229-247.

**39- LOIC P.**

Les Avortements spontanés du 1er trimestre de grossesse : Evacuation chirurgicale ou traitement médical ?

*La Lettre du Gynécologue*-n°286-novembre 2003.

**40- MADANI-PERRET F.Z.**

La filiation du maghrébin stérile.

*Psychanalyse à l'université.* 1982 : 623-630.

**41- MAKER C, OGDEN J.**

The miscarriage experience: more than just a trigger to psychology morbidity?

*Psychol Health,* 2003; 18(3): 403-15.

**42- MERGER R, LEVY J.**

Précis d'obstétrique, 6<sup>e</sup> édition.

**43- MOKOKO G.**

Les avortements spontanés, Aspects socio psychologiques.

*Thèse Méd. Dakar,* 1985.

**44- N KEITA A.**

Prise en charge des avortements spontanés au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako à propos de 156 cas.

*Thèse de doctorat d'état en médecine,* BAMAKO, Mars 2008, 20-39.



**45- N SEJOURNE D, CALLAHAN, S CHABROL H.**

L'impact psychologique de la fausse couche : Revue des travaux.

*Journal de Gynécologie obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2008 ; 37 : 435-440.

**46- N SEJOURNE D, CALLAHAN, S CHABROL H.**

L'efficacité d'une brève intervention de soutien sur l'anxiété, la dépression, et le stress après une fausse couche.

*Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Septembre 2011; 40(5): 437-443.

**47- NEUGEBAUER R, KLINE J, SHODOL A, GELLER P. et al.**

Major depressive disorder in the 6 months after miscarriage.

*JAMA* 1997; 277 (5): 338-83.

**48- NAMAN K.**

Prise en charge des avortements spontanés au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako à propos de 156 cas.

*Thèse de doctorat d'état en Médecine*. 18 Mars 2008 ; 6-19.

**49- PAPA L. FAYE, MAMADOU H. THIAM, MOMAR GUEYE.**

Deuil périnatal ou le vécu psychologique de la perte d'enfant au cours de la grossesse. A propos de huit observations au centre hospitalier Abass Ndao (Dakar).

*Psychopathologie Africaine* ; 2005-2006 ; 33 (3) : 309-330.

**50- PRETTYMAN RJ, CORDLE CJ, COOK GD.**

A three-month follow-up of psychological after early miscarriage.

*Br J Med Psychol*; 1993; 66: 363-72.

**51- PHILIPE E.**

Histopathologie placentaire.

*Masson Ed.* Vol I, Paris, 1974, 247

**52- PARQUET P.J., DELCAMBRE G.**

Dessins de corps d'enfants imaginés pendant la grossesse. Corps de mère, corps d'enfants.

*Les Cahiers du Nouveau-né*. Paris, Stock, 1980.

**53- ROUSSEAU P., FIERENS RM.**

Evolution du deuil des mères et des familles après mort périnatale.

*J Gyn Obstet Biol Reprod*, 1994, 23, 166-74.

**54- ROBINSON GE, STIRTZINGER R, STEWART DE, RALEVSKI E.**

Psychological reactions in women followed for 1 year after miscarriage.

*J Reprod Infant Psychol*; 1994; 12 (1): 31-6.

**55- RACAMIER P.C., SENS C. CARRETIER L.**

La mère, l'enfant dans les psychoses du post-partum.

*Evol. Psychiatr.* 1961. 26: 525-570.

**56- RACAMIER P.C.**

A propos des psychoses de la maternité.

*In : Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée.* Paris, 1980. 14-50.

**57- SERGE C.**

« Quel âge aurait-il aujourd'hui? »

*Ouvrage du Psychiatre, Pédopsychiatre et Médecin hospitalier*, Fayard 2007, 97-161.

**58- STIRTZINGER RM, ROBINSON GE, STEWART DE.**

Parameters of grieving in spontaneous abortion.

*In J Psychiatry Med.* 1999; 29 (2): 235-49.

**59- SWANSON, KRISTEN M.**

Effects of Caring, Measurement, and Time on Miscarriage Impact and women's well-Being.

*Nursing Research.* 1999; 48(6), 288-298.

**60- TUNALEY JR, SLADE P, DUNCAN SB.**

Cognitive processes in Psychological adaptation to miscarriage: a preliminary report

*Psychol Health.* 1993; 8: 369-81.

**61- TOURNEBISE T.**

Psychopathologie de la rencontre mère-enfant.

*Pack Praticien* 2. 2011, p. 302: 232-236.

**62- WALLERSTEDT C, HIGGINS P.**

Facilitating perinatal grieving between the mother and the father.

*J Obstetric Gynecol Neonatal Nurs* 1996; 25: 389-94.

**63- WINKLER J, OLIVERS E, MCINTOSH N.**

Soins Après Avortement (SAA),

*SC International, IPAS, IPPF, JHU/CCP, JHPIEGO, Pathfinder International.*

**64- WALKER TM, DAVIDSON KM.**

A preliminary investigation of psychological distress following surgical management of early pregnancy loss detected at initial ultrasound scanning: A trauma perspective.

*J Reprod Infant Psychol*; 2001; 19 (1): 7-16.

*Annexe*

## **FICHE DE RECUEIL DES DONNEES**

« Avortement spontané et vécu psychologique à court terme »

Date d'inclusion \_\_\_\_

N° identification : .....

Jour Mois Année

### **1/ ETAT CIVIL :**

Age .....ans

Profession : .....

Domicile : ☐ 1 Parents ☐ 2 Belle famille ☐ 3 Couple ☐ 4 Autre

Religion : ☐ 1 Musulmane ☐ 2 Chrétienne ☐ 3 Autre

Origine géographique : ☐ 1 Urbaine ☐ 2 Suburbaine ☐ 3 Rurale

Statut marital ☐ 1 Marié ☐ 2 Célibataire ☐ 3 Veuve ☐ 4 Divorcée ☐ 5 Autre

Régime matrimonial : ☐ 1 Monogame ☐ 2 Polygame Rang.....

### **2/ ANTECEDENTS :**

#### **➤ Obstétricaux :**

Gestité : ..... Parité : .....

Accouchement prématuré : ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

Avortement ☐ 1 Oui ☐ 2 Non (Si Oui, précisé) : Nombre.....

Et Type de traitement : ☐ 1 AMIU ☐ 2 Curage ☐ 3 Curetage

➤ Médicaux : .....

➤ Chirurgicaux : .....

➤ Psychiatriques : .....

### **3/ DONNEES CLINIQUES :**

Circonstances de découverte : ☐ 1 Métrorragies ☐ 2 Douleur ☐ 3 Echographie

Saviez-vous que c'était une grossesse ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

Age de la grossesse : .....SA

Qui vous a annoncé votre avortement : ☐ 1 Gynécologue ☐ 2 Médecin  
☐ 3 Sage-femme ☐ 4 Autres

Selon vous, quelle est la cause de votre avortement ?

☐ Je ne sais pas ! ☐ Volonté divine ☐ Travail ☐ Médo. ☐ Autres

Connaissez-vous les causes des avortements ? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

**4/ DONNEES THERAPEUTIQUES :**

Traitement effectué : ☐ 1 Médical ☐ 2 Manœuvre instrumentale

Quel délai s'est écoulé entre le diagnostic et le traitement ?.....

Avez-vous reçu d'explications sur l'avortement : ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

Avez-vous reçu d'explications sur le traitement : ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

Le traitement a-t-il été douloureux ? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

**5/ VECU PSYCHOLOGIQUE APRES AVORTEMENT :**

Qu'avait vous senti dans les jours qui ont suivi l'avortement ?

.....  
.....  
.....

Comment vous sentez-vous aujourd'hui ?

.....

Avez-vous perdu un bébé ou une grossesse ?.....

Parlez-vous de votre avortement avec votre conjoint ? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

Avez-vous parlé de votre avortement à votre entourage ? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

En parlez-vous souvent ? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

Sentez-vous soutenue ? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

Avez-vous cherché des informations sur les avortements ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

Avez-vous partagé votre expérience avec d'autres femmes ayant fait un avortement ?

☐ 1 Oui ☐ 2 Non

Avez-vous cherché du soutien auprès

- d'une association : ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
- d'un médecin : ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
- d'un psychologue/ Psychiatre : ☐ 1 Oui ☐ 2 Non
- d'une sage-femme : ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

Pensez-vous que ce soutien vous aurait aidé à vivre cette épreuve ? ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

Voulez-vous avoir une nouvelle grossesse : ☐ 1 Oui ☐ 2 Non

Quand ?.....