

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

PRESIDENT: M. Mamadou Habib THIAM : Professeur

MEMBRES : Mme Aida SYLLA NDIAYE : Maître de Conférences Agrégé

M. Lamine FALL : Maître de Conférences Agrégé

M. Magatte MBAYE : Maître de Conférences Agrégé

DIRECTEUR : 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 Diarra	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	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	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	Pédopsychiatrie
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	Hépato-gastroentérologie
M. Malick	BODIAN	Cardiologie
M. El Hadj Souleymane	CAMARA	Orthopédie-Traumatologie
Mme. Mariama Safiéto 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. Evelyne 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	HOUNDJO	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	Ophtalmologie
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	Hépathologie / 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		LEMRABOTT	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. Madième	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	KANOUTE	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 Ndoye	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 bénéficié 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 gout du travail. Mon plus grand regret est d'avoir réalisé ce travail en ton absence. J'espère que tu savoure ce jour autant que nous là savourons ou tu te trouve. Repose en paix grand père !

Mes regrettés grands 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 reposez 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 inculpé 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 Dianne 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 maîtres 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 citez, 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 maîtres 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.

*À 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 inculqué, 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 à 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.

Veuillez 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

- **AMIU :** Aspiration Manuelle Intra-utérine
- **AS :** Avortement Spontané
- **ASRP :** Avortement Spontané Répétitif Précoce
- **ASRT :** Avortement Spontané Répétitif Tardif
- **CGO :** Clinique Gynécologique et Obstétricale
- **CHU :** Centre Hospitalier Universitaire
- **CIM :** Classification Internationale des Maladies mentales
- **CSPMS :** Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor
- **DDR :** Date des Dernières Règles
- **DES :** Diplôme d'Etudes Spécialisées
- **DSM :** Diagnostic Statal Manuel
- **Gr :** Gramme
- **HSG :** Hystérosalpingographie
- **HTA :** Hypertension Artérielle
- **Mm :** Millimètre
- **OMS :** Organisation Mondiale de la Santé
- **PF :** Planification Familiale
- **PTSD :** Post Traumatic Stress Disorder
- **SA :** Semaine d'Aménorrhée
- **SAA :** Soins Après Avortement
- **SONUC :** Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgences Complets
- **SPA :** Syndrome Post Avortement
- **TV :** 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. *Marker 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 laquelle, 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'issu 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 Maguilené. SENGHOR (CSPMS) de YOFF où les Soins Obstétricaux et Néonatals 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 prégnance 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 utero, 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 sûre 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 anatomo-pathologiques 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 inexpliqués [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

STADES DE L'AVORTEMENT				
Diagnostic	Saignements	Col de l'utérus	Taille de l'utérus	Autres signes
Menace d'avortement	Légers à modérés	Non dilaté	Égale à la taille aux DDR*	Test de grossesse positif, crampe, utérus mou.
Avortement inévitable	Modérés à abondants	Dilaté	Inférieure où égale à la taille aux DDR	Crampe, utérus sensible.
Avortement incomplet	Légers à abondants	Dilaté (mou)	Inférieure où égale à la taille aux DDR	Crampe, expulsion partielle des produits de conception, utérus sensible.
Avortement complet	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 mètrorragies 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 mètrorragies 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 mètrorragies 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 ovariennes 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 longuette 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 ovariens 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-amniotite, 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.

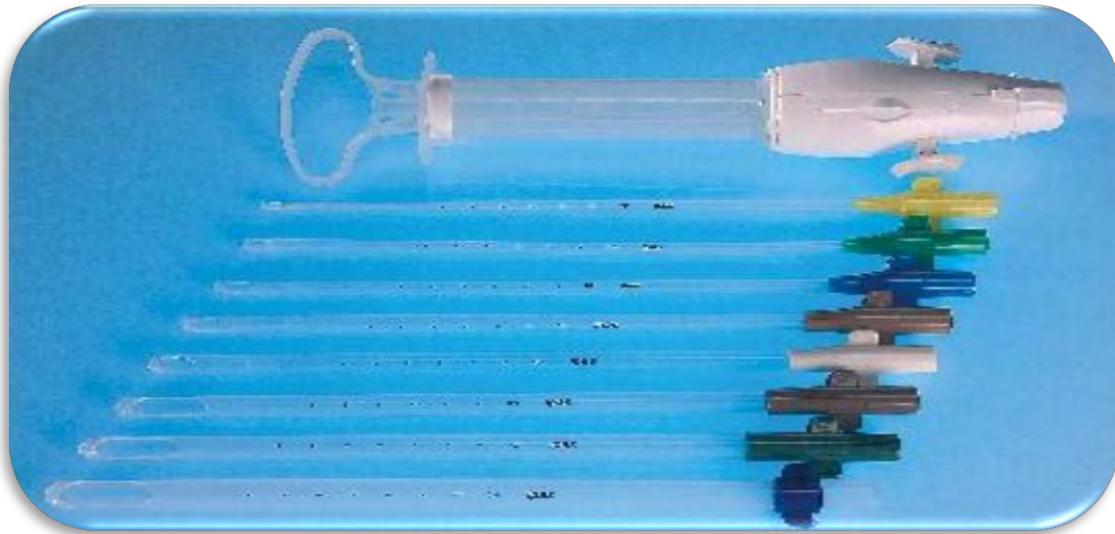


Figure 1 : Les différents matériels de l'AMIU (Séringues et canule d'aspiration)

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).

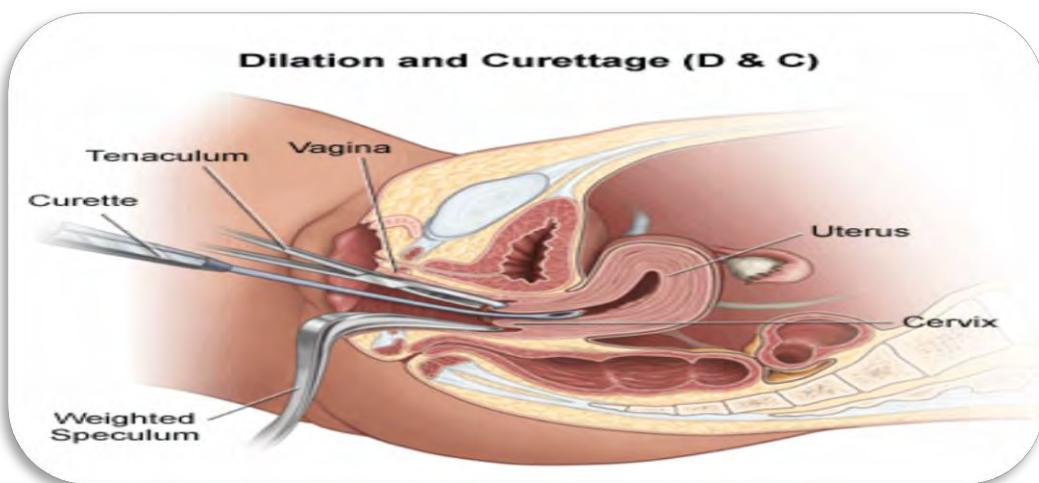


Figure 2 : Dilatation et curetage

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 maintien le corps utérin.

L'index et le médius 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.

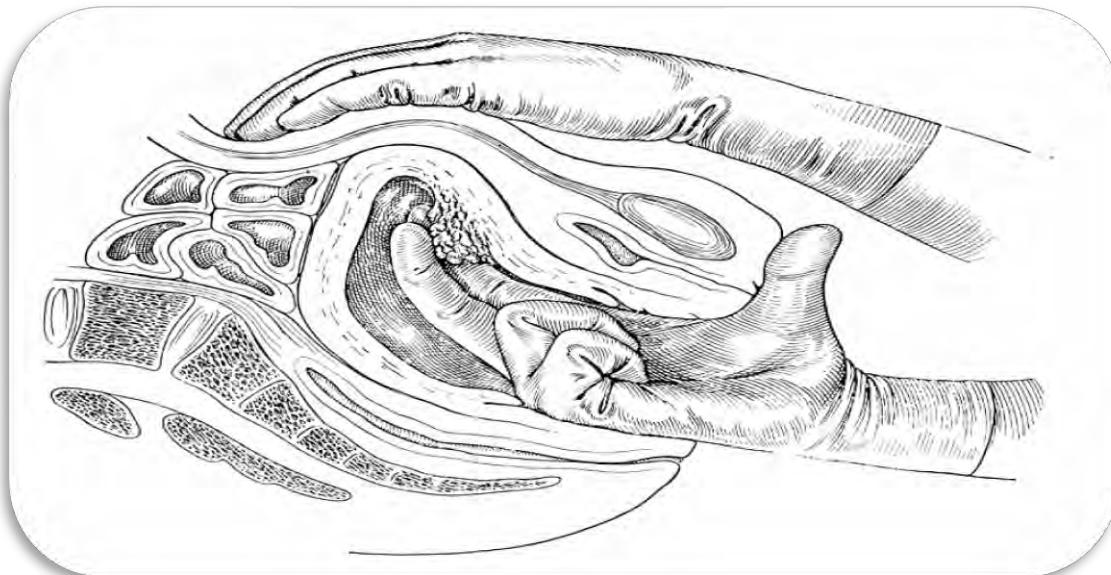


Figure 3 : Le curage

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'utéronique.

- ◆ *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'institut 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 Discorder ». 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 à 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 traumatisant 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 anxiante 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 suivent, 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 protecteur 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 Maguilen 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 néonatals d'urgence (SONU).

❖ District de Dakar Ouest

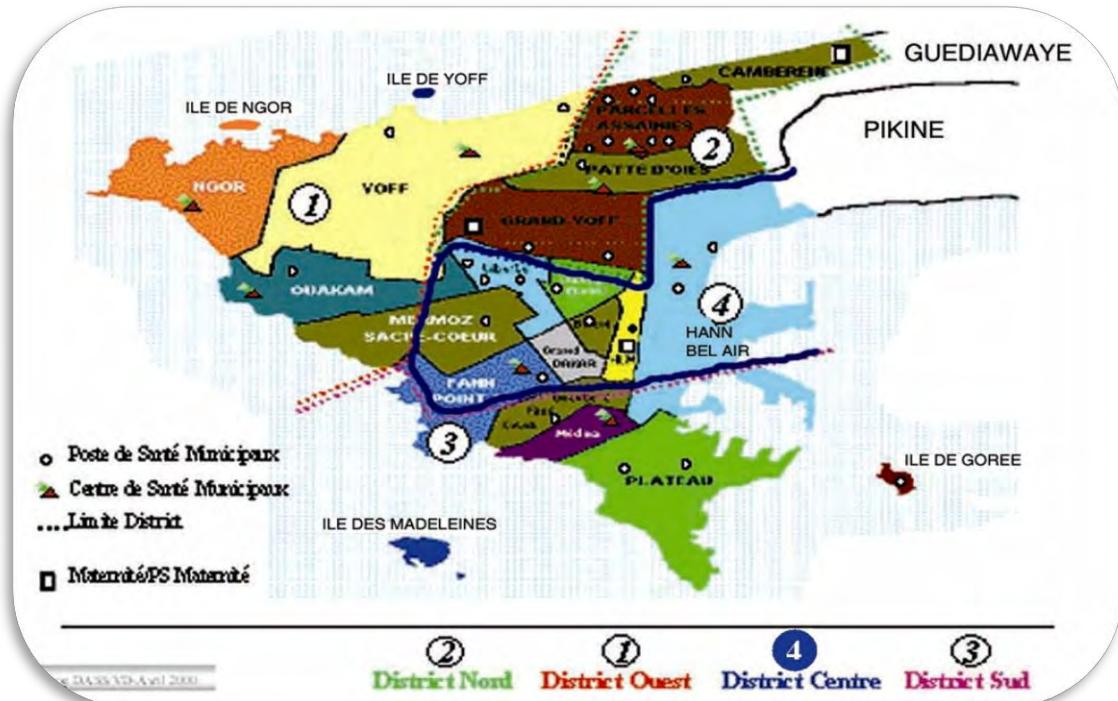


Figure 4 : Carte géographique avec l'emplacement du District

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 km² 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 Maguilené SENGHOR qui constitue le Centre de santé de référence.

❖ Centre de santé Philippe Maguilené 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 Gynécologique 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 Maguilen 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 (mètrorragies, 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 discréction 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 avions 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).

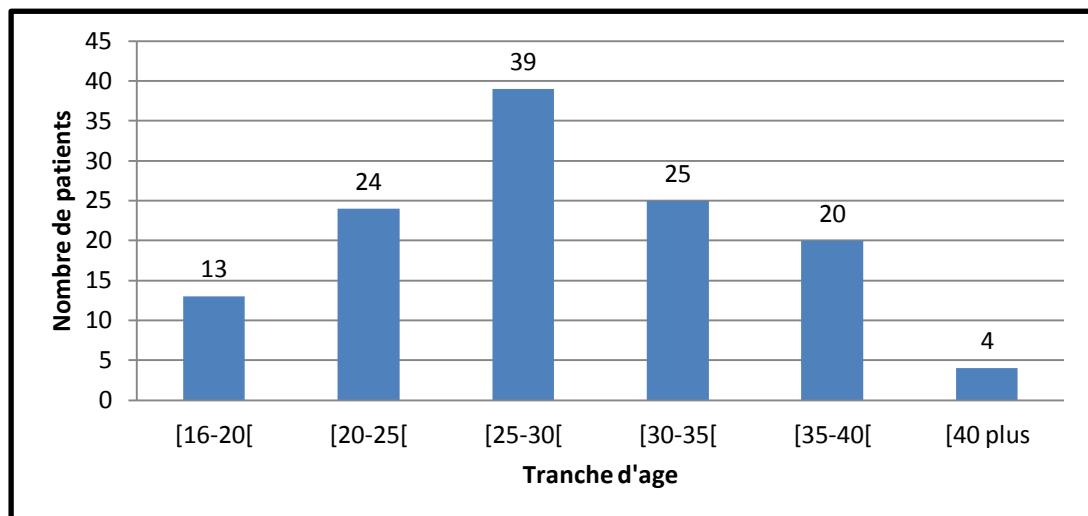


Figure 5: Répartition des patientes en fonction de l'âge

1.2. Profession des patientes

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

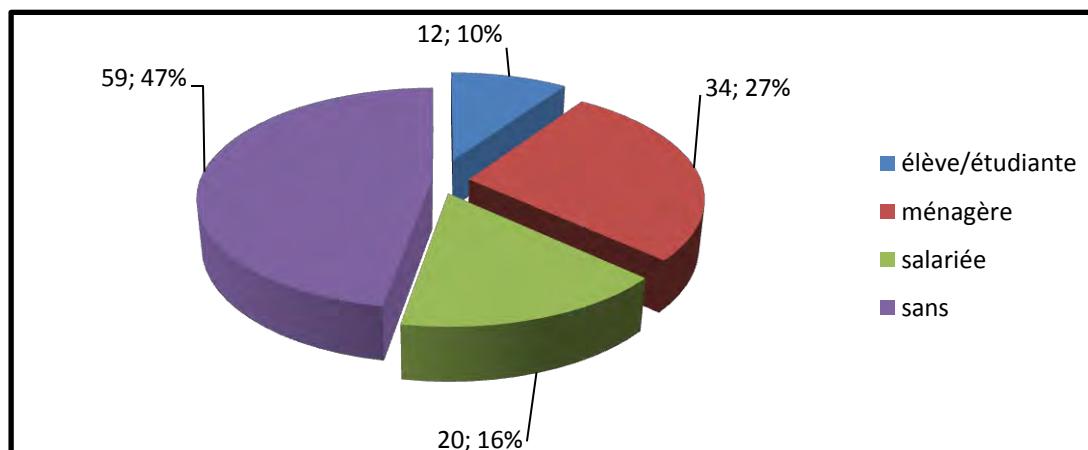


Figure 6: Répartition des patientes selon la profession

1.3. Religion des patientes

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

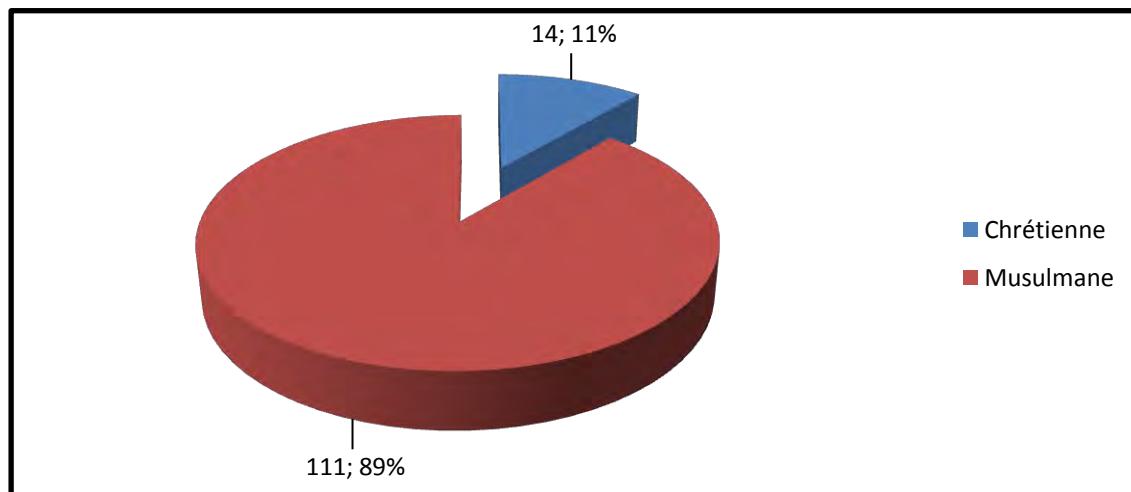


Figure 7 : Répartition des patientes selon la religion

1.4. Situation matrimoniale des patientes

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

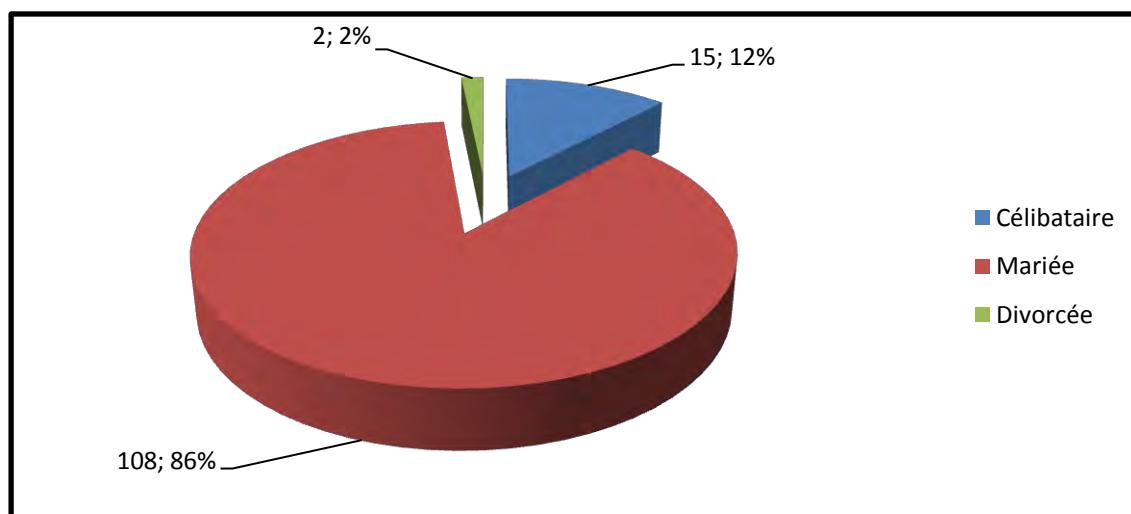


Figure 8 : Répartition des patientes en fonction de la situation matrimoniale

1.5. Régime matrimonial des patientes

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

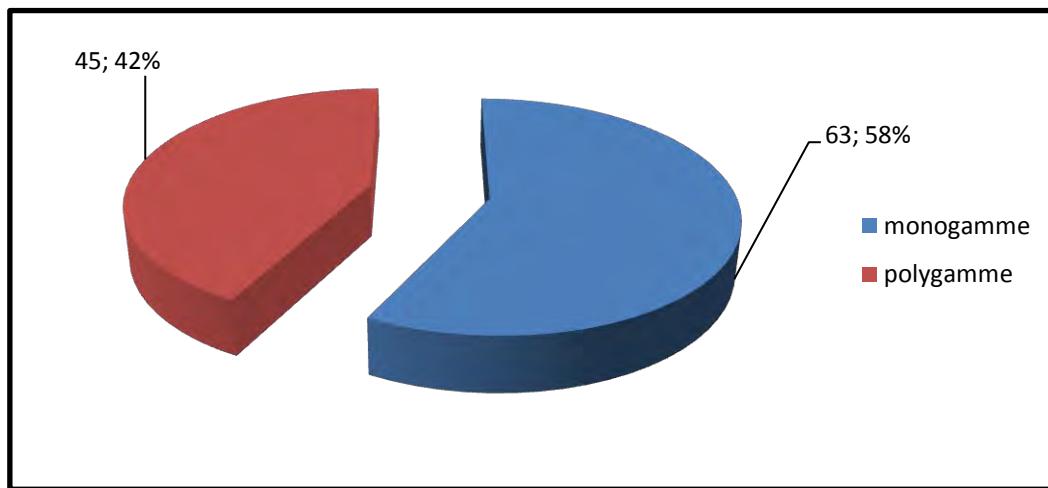


Figure 9 : Répartition des patientes en fonction du régime matrimonial

1.6. Lieu de résidence des patientes

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

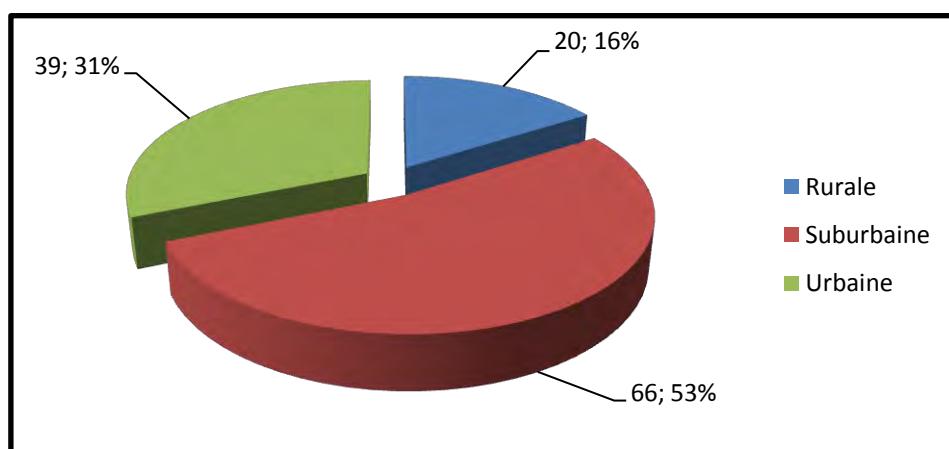


Figure 10: Répartition des patientes en fonction du lieu de résidence

2. LES DONNEES SUR LES ANTECEDENTS

2.1. Antécédents des patientes

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

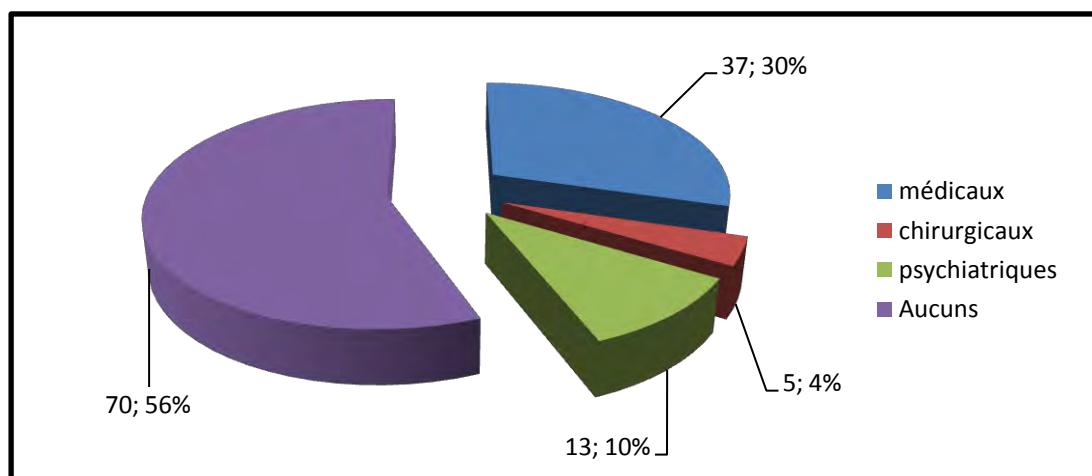


Figure 11 : Répartition des patientes en fonction des antécédents

2.2. Antécédents médicaux

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

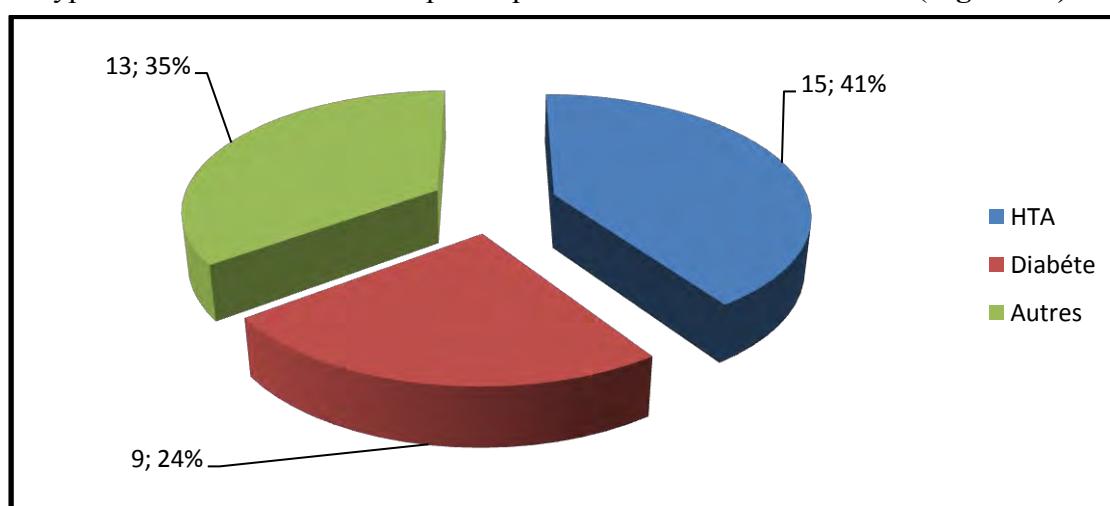


Figure 12: Répartition des différents antécédents médicaux

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**).

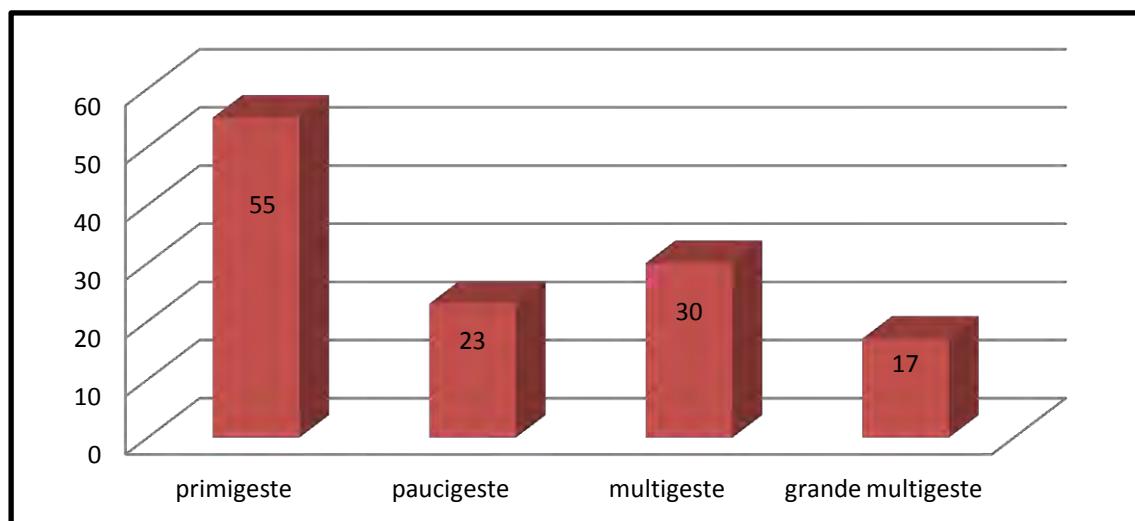


Figure 13: Répartition des patientes en fonction de la Gestité

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**).

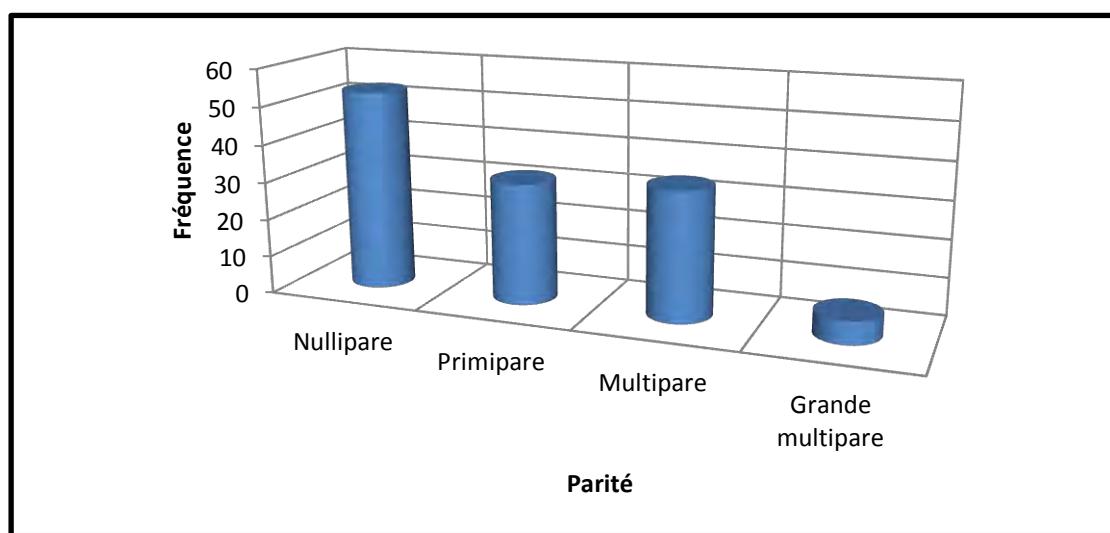


Figure 14: Répartition des patientes en fonction de la parité

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**).

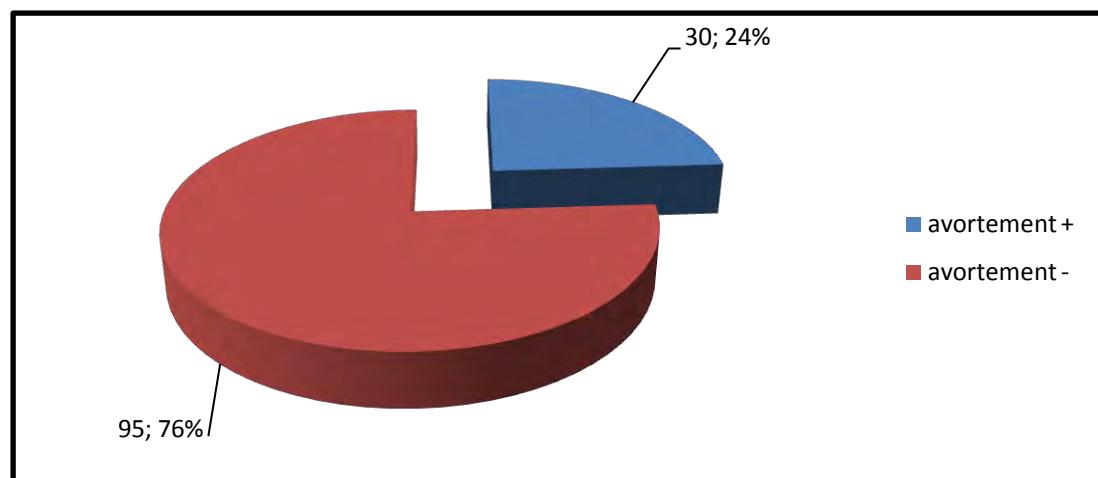


Figure 15: Répartition selon la présence ou non d'antécédents d'avortements spontanés

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**)

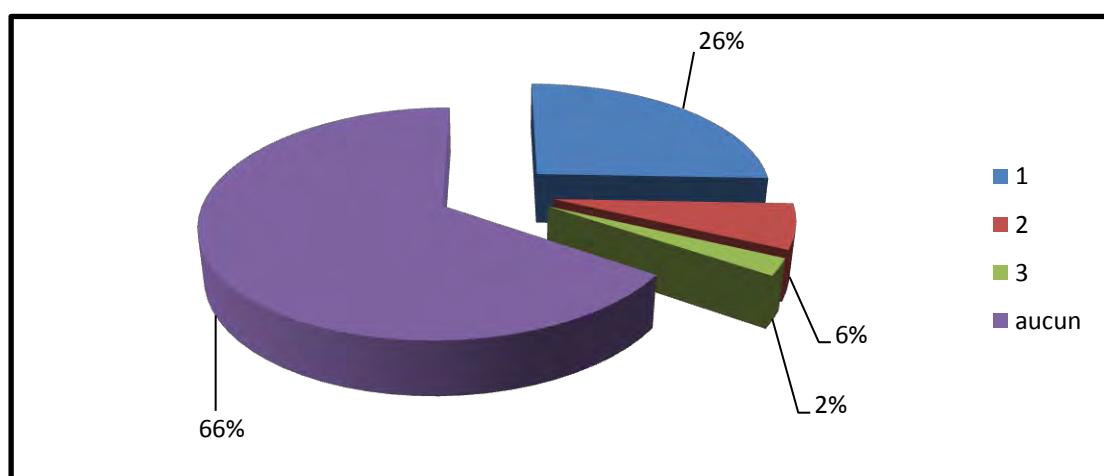


Figure 16: Répartition des patientes selon le nombre d'avortement spontané

3. LES DONNEES CLINIQUES

3.1. Motifs de consultation des patientes

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

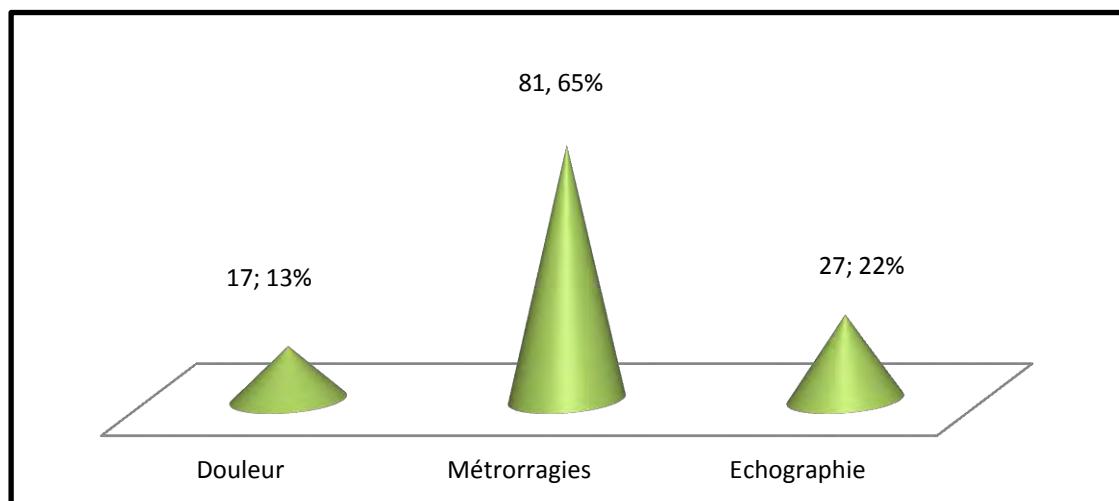


Figure 17 : Répartition des patientes selon les motifs de consultation.

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 %
TOTAL	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**).

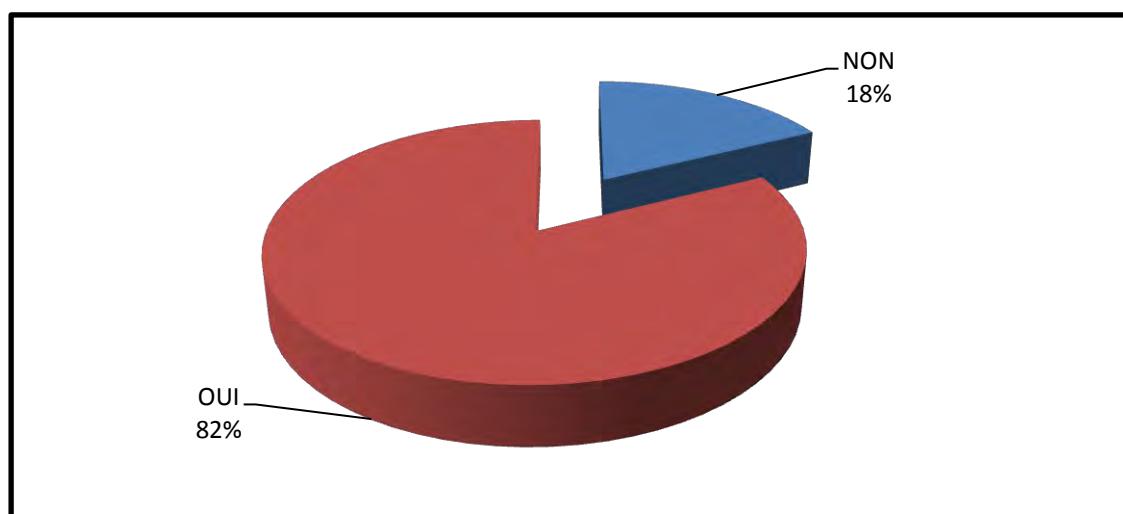


Figure 18: Connaissance ou non de la grossesse perdue

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**).

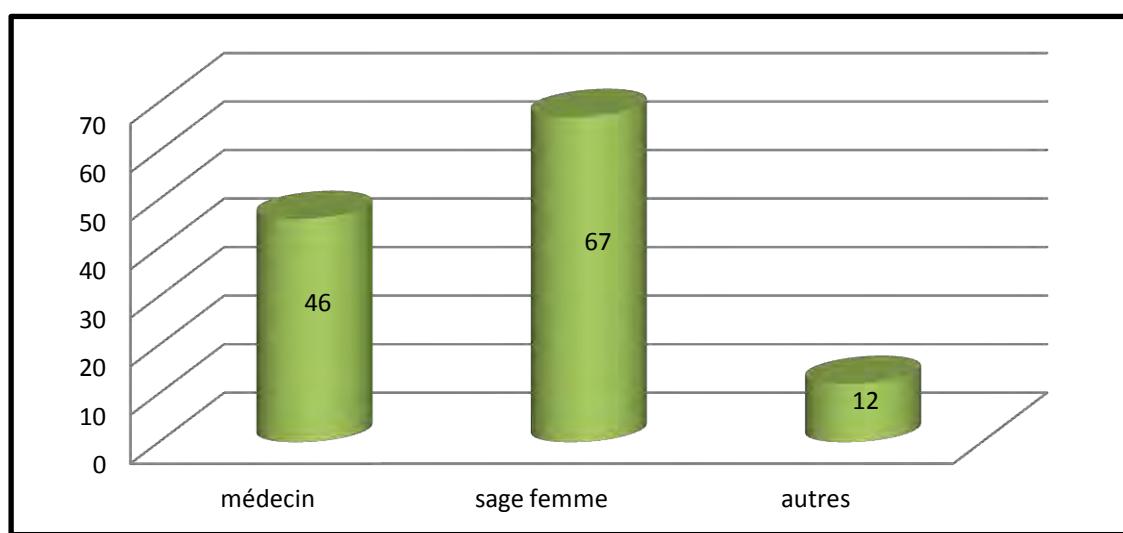


Figure 19 : L'annonceur de l'avortement spontané

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**.

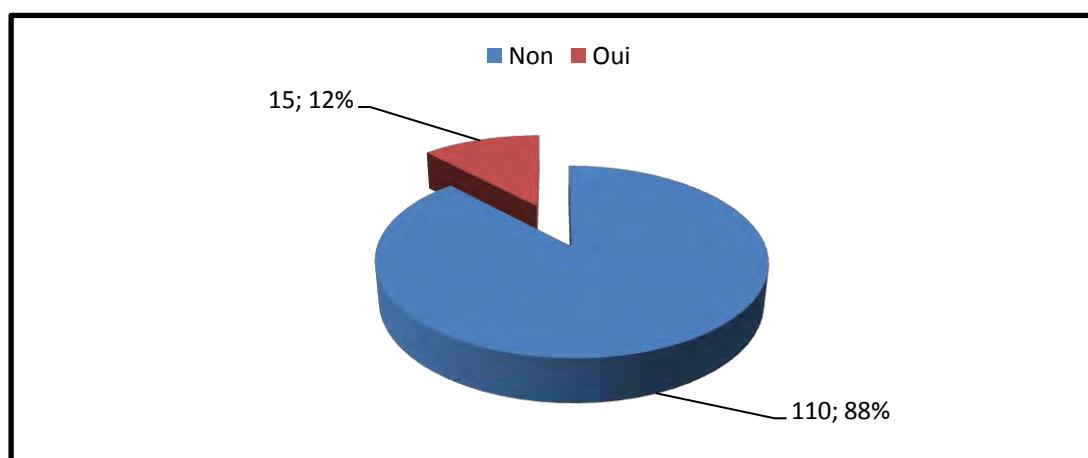


Figure 20: Connaissance des causes d'avortements

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 (AMUI) était la méthode thérapeutique utilisée pour 98 % des patientes. (**Figure 21**).

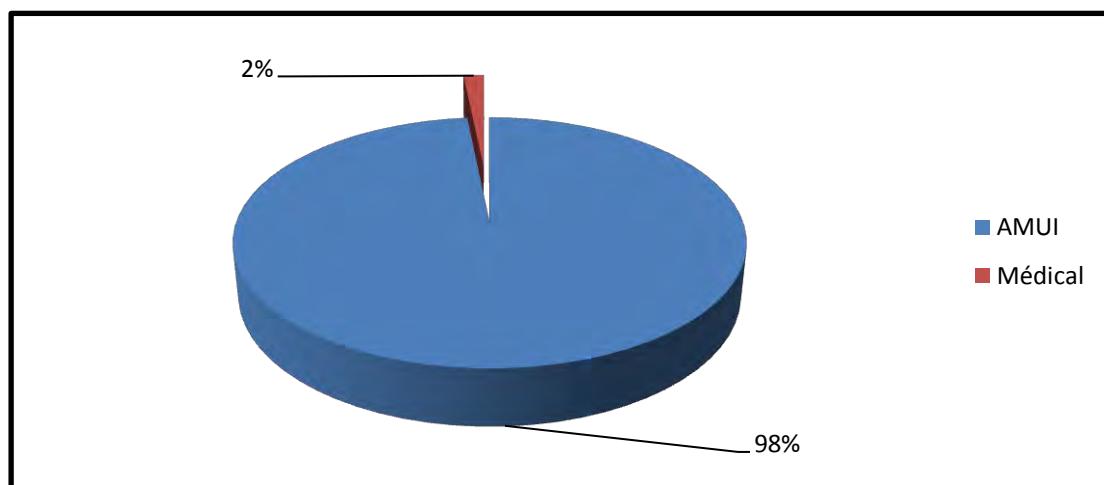


Figure 21: Répartition des patientes selon le type de traitement

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

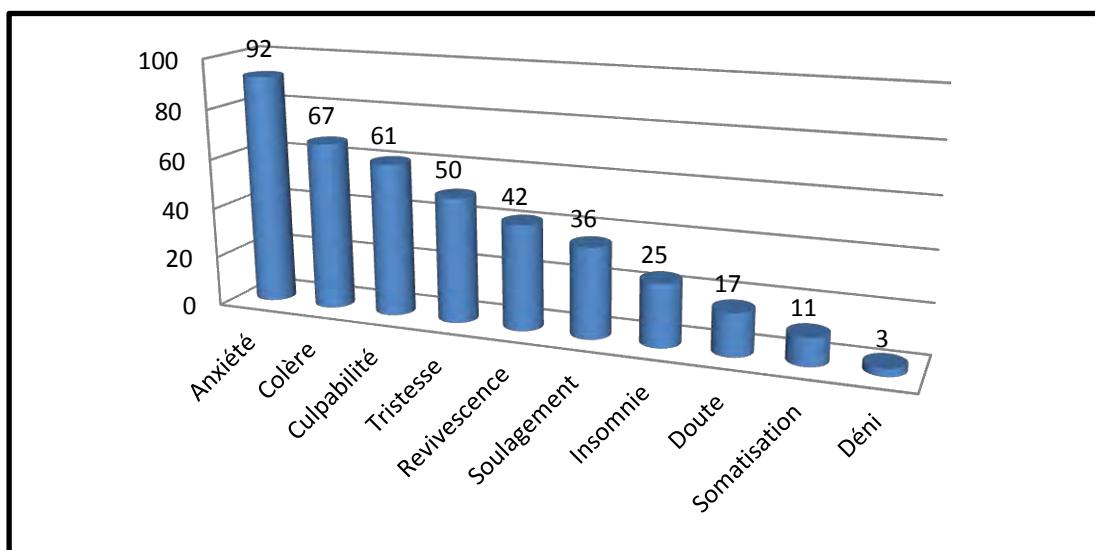


Figure 22: *Les sentiments perçus à une semaine du post-abortum*

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**).

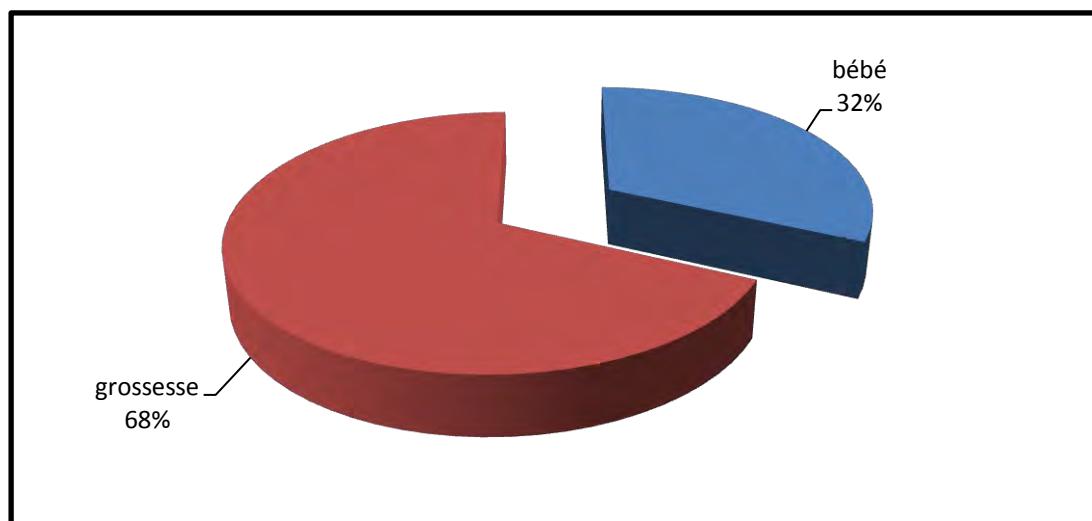


Figure 23: Répartition selon la nature de la perte (grossesse ou bébé ?)

5.3. Parlez-vous de votre avortement et sentez-vous soutenu ?

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**).

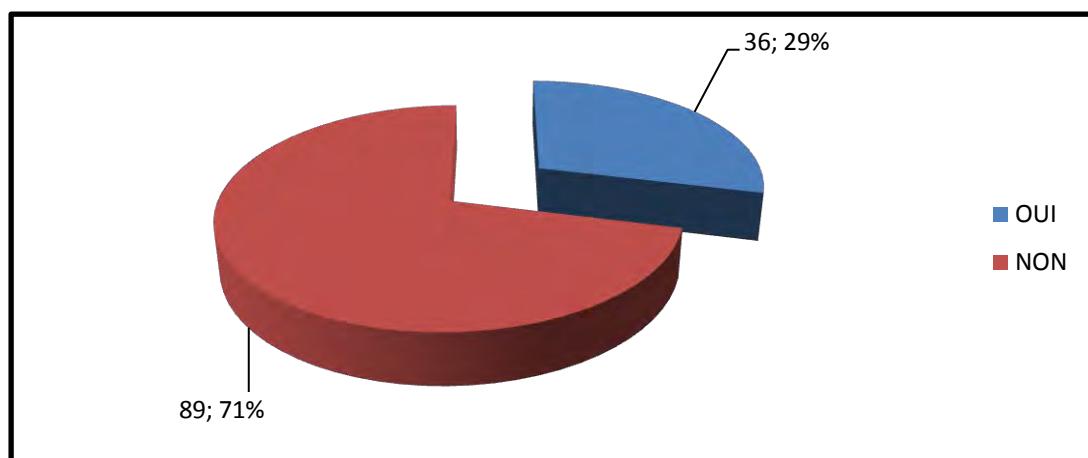


Figure 24: Répartition des patientes en fonction de la recherche ou non d'information sur les avortements.

A la question de savoir si elles avaient partagé leur expérience avec d'autres femmes ayant fait un avortement, nous avions 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 SOCIOEPIDÉIOLOGIQUE 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/Étudiants 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 mètrorragies avec un taux de 65 %.

Les douleurs abdomino-pelviennes représentaient 13 % et la découverte fortuite de l'avortement spontané lors de visites pré-natales 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 pré-natales mais aussi par l'amélioration de l'accessibilité à l'échographie 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 rapporté 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 avions 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) souhaitaient 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 Néonatals d'Urgence Complets (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, CRIMAIL P, DEUIL J, DUBUSSON 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 Freudienne. 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 Type, 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-puerpératité.

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- GOUDEMAND M., THOMAS P., MARON M., BAILLY D., CODACCIONI X.

Troubles Psychopathologiques de la gravido-puerpéralté.

In : Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française. LXXXIX^o 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, HOOGDIJUM 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 dearth.

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° 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 traume perspective.

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

Annexe

FICHE DE RECUETIL DES DONNEES

« Avortement spontané et vécu psychologique à court terme»

Date d'inclusion ____ ____ ____

N° identification

Jour Mois Année

1/ ETAT CIVIL :

Ageans **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 Mètrorragies 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 Mancœuvre 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 sentie 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 ? 1Oui 2 Non

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

En parlez-vous souvent ? 1Oui 2 Non

Sentez-vous soutenue ? 1Oui 2 Non

Avez-vous cherché des informations sur les avortements 1Oui 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 : 1Oui 2 Non
- d'un médecin : 1Oui 2 Non
- d'un psychologue/ Psychiatre : 1Oui 2 Non
- d'une sage-femme : 1Oui 2 Non

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

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

Quand ?