

SOMMAIRE

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	
I - RAPPEL SUR L'APPAREIL GENITAL FEMININ	2
1-1-RAPPEL ANATOMIQUE	2
1-1-1-Les organes génitaux externes	2
1-1-2- Les organes génitaux internes	3
1-2-RAPPEL PHYSIOLOGIQUE	10
1-2-1-Le cycle ovarien	10
1-2-2- Le cycle utérin	11
1-2-3- La Régulation du cycle menstruel	14
II -GENERALITES SUR LES AVORTEMENTS	16
2-1- LES DIFFERENTES VARIETES D'AVORTEMENTS	16
2-1-1-L'avortement spontané	16
2-1-2- L'avortement thérapeutique	22
2-1-3- L'avortement Eugénique	23
2-1-4- L'interruption volontaire de la grossesse	24
2-1-5- L'avortement criminel ou clandestin	24
2-1-6- Mécanismes et méthodes utilisés	25
2-2-LES ASPECTS SANITAIRES	30
2-2-1- Dans le monde	30
2-2-2- Dans les pays développés	30
2-2-3- dans les pays en voie de développement	30
2-3- ASPECTS JURIDIQUES	30
2-3-1- Dans le monde	30
2-3-2- A Madagascar	31
2-4- ASPECTS SOCIO- CULTURELS	31
2-5- ASPECTS RELIGIEUX	31
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE	

I- Matériels et méthodes	33
1-1- CADRE D'ETUDE	33
1-1-1- Présentation du service	33
1-1-2- Les Ressources	33
1-2- TYPE D'ETUDE	36
1-3- PERIODE D'ETUDE	36
1-4- PARAMETRES D'ETUDE	36
II- Résultats	37
2-1- LES CAS OBSERVES	37
2-2- REPARTITION SELON L'AGE	37
2-3- LES COMPLICATIONS	39
2-4- REPARTITION SELON LA GESTITE	44
2-5- REPARTITION SELON LA PARITE	46
2-6- REPARTITION SELON LES PROFESSIONS	47
2-7- REPARTITION SELON LES SITUATIONS MATRIMONIALES	48
2-8- REPARTITION SELON L'age de grossesse	49
2-9- les avorteurs	50
2-10- les manœuvres abortives	51
2-11- les aveux	56
2-12- la duree d'HOSPITALISATION	56
2-13- LES ISSUES	58
TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES-SUGGESTIONS	
I- Commentaires et discussions	59
1-1- A PROPOS DE L'AGE ET DE LA GESTITE DE LA FEMME	59
1-2- A PROPOS DE L'AGE DE GROSSESSE	59
1-3- A PROPOS DE LA PARITE, SITUATIONS MATRIMONIALES ET PROFESSIONS	59
1-4- A PROPOS DE LA DUREE D'HOSPITALISATION ET LES ISSUES	59
1-5- A PROPOS DES AVORTEURS ET DES MOYENS ABORTIFS	59
1-6- A PROPOS DES COMPLICATIONS	60
1-7- A PROPOS DES AVEUX	61
II- Suggestions	62

2-1- EDUCATIONS DANS LE DOMAINE FAMILIAL	62
2-2- EDUCATIONS DANS LE DOMAINE SOCIAL	63
2-3- LA PLANIFICATION FAMILIALE	64
2-4- LES SYSTEMES DE COMMUNICATION A PROPOS DES COMPLICATIONS	67
CONCLUSION	69
BIBLIOGRAPHIE	

LISTE DES TABLEAUX

	Page
TABLEAU n°1 : Le rapport entre fausses couches provoquées et les malades hospitalisées	37
TABLEAU n°2 : Les classes d'âges des patientes	37
TABLEAU n°3 : Vue générale des complications immédiates	39
TABLEAU n°4 : Les trois complications tardives	40
TABLEAU n°5 : Les complications immédiates et les complications tardives	41
TABLEAU n°6 : La gestité	45
TABLEAU n°7 : Répartition selon la parité	46
TABLEAU n°8 : Répartition selon les manœuvres abortives	47
TABLEAU n°9 : Les situations matrimoniales	48
TABLEAU n°10 : Répartition des avortements provoqués classés par tranche d'âges de la grossesse	49
TABLEAU n°11 : Liste des avorteurs	50
TABLEAU n°12 : Répartition des pathologies observées en rapport avec les manœuvres abortives	51
TABLEAU n°13 : Répartition des méthodes abortives utilisées	56
TABLEAU n°14 : Durée d'hospitalisation	57

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure n°1 : Les classes d'âges des patientes	38
Figure n°2 : Les complications	41
Figure n°3 : La gestité	45
Figure n°4 : La parité	46
Figure n°5 : La situation matrimoniale	48
Figure n°6 : variation de l'âge des embryons avortés	49
Figure n°7 : Les avorteurs	50
Figure n°8 : Durée de séjour hospitalier	57

LISTE DES SCHEMAS

	Pages
Schéma n°1 : Organe génital externe vue de face	6
Schéma n°2 : Organe génital interne vue de face	7
Schéma n°3 : Coupe de l'ovaire	8
Schéma n°4 : Coupe sagittale de l'appareil génital féminin	9
Schéma n°5 : Le follicule antral	10
Schéma n°6 : Phase de sécrétion et de prolifération	13
Schéma n°7 : Variation des courbes hormonales	14
Schéma n°8 : Avortement spontané	21
Schéma n°9 : Avortement provoqué	28
Schéma n°10 : Tentative d'avortement	29

LISTE DES ABREVIATIONS ET DES SIGLES

β. H. C.G.	: Hormone Gonado-Chorionique
CPN	: Consultation Périnatale
FSH	: Folliculin Stimulin Hormon
HJRA	: Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona
HTA	: Hypertension Artérielle
HU	: Hauteur Utérine
IEC	: Information Education Communication
LH	: Luteinin-Hormon
MST	: Maladies Sexuellement Transmissibles
PF	: Planification Familiale
PFN	: Planification Familiale Naturelle
PIF	: Prolactin Inhibitor Factor
RF	: Realisin Factor

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'avortement provoqué clandestinement est un acte illégal dans plusieurs pays dont Madagascar, il est alors appelé avortement criminel mais devant une grossesse non désirée, une femme n'a d'autres solutions que de se faire avorter. Puisque les conditions techniques sont souvent défavorables, des complications infectieuses, hémorragiques, mécaniques s'ensuivent presque toujours immédiatement ou tardivement pouvant être banales ou très graves voire mortelles **(1) (2)**. Au niveau international, on a pu mettre en évidence que: "vingt millions d'avortements provoqués effectués clandestinement par an dont deux cent milles décès à la suite de leurs complications **(3)**."

Nous pensons que si avant un acte sexuel une personne aurait su ces complications, elle aurait pris des moyens préventifs. C'est pourquoi nous avons choisi d'approfondir encore les travaux concernant les avortements, publier les complications et sensibiliser les gens à pratiquer des méthodes de prévention adaptées à chaque individu.

Nous avons alors orienté notre recherche à la maternité de l'HJRA et avons divisé notre travail en trois grandes parties :

- Une première partie où nous avons mis en évidence les rappels théoriques concernant l'appareil génital féminin et les avortements.
- Une deuxième partie montrant les résultats de notre recherche.
- Une troisième est réservée aux suggestions, propositions et la conclusion.

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

I - RAPPEL SUR L'APPAREIL GENITAL FEMININ

1-1-RAPPEL ANATOMIQUE

L'appareil génital féminin est composé des organes génitaux externes et des organes génitaux internes.

1-1-1-Les organes génitaux externes (4) (5)

Ils sont constitués par la vulve, et le mont de Venus

1-1-1-1-La vulve

La vulve est constituée par les grandes lèvres, les petites lèvres, le clitoris, l'urètre, le périnée.

♦ **Les grandes lèvres** sont deux replis cutanés longitudinaux limitant latéralement la vulve et sont constituées par des tissus graisseux et quelques faisceaux musculaires.

En avant, elles se continuent par la peau, dans son épaisseur sont logées les glandes de Bartholin, entre elles se trouve la fente uro-génital.

♦ **Les petites lèvres** sont deux replis longitudinaux cachés par les grandes lèvres et se situent le long de leur base. En avant, elles se réunissent sur la ligne médiane et forme un capuchon : c'est le prépuce clitoridien ou le frein du clitoris.

En arrière, elles se réunissent aux grandes lèvres au niveau du tiers-moyen, richement pourvues de vaisseaux et de terminaisons nerveuses

♦ **Le clitoris** est une formation conique équivalent du pénis; il est constitué de deux corps caverneux et fait saillie dans l'angle antérieur de la vulve; il est richement vascularisé et pourvu de terminaisons nerveuses : c'est l'organe de la sensation voluptueuse.

♦ **L'urètre** a une longueur de 4 à 5,5 cm placé au devant du vagin et s'ouvre dans le vestibule des organes génitaux.

Il est constitué par des fibres musculaires disposés en deux couches ; l'une externe circulaire, l'autre interne longitudinale, puis par une muqueuse très mince riche en fibres élastiques, des cryptes et des glandes en grappes, tapissée d'un épithélium pavimenteux.

1-1-1-2- Le mont de Vénus

C'est une formation triangulaire, riche en vaisseaux et disposée en avant et en haut du pubis.

Latéralement, il est limité par les plis inguinaux ; en arrière, se continuent les grandes lèvres, en haut, il est limité par le pli supra-pubien.

Couvert de poils chez l'adulte : la limite de recouvrement est horizontale et dont la croissance est en rapport avec l'activité des hormones ovariennes.

1-1-2- Les organes génitaux internes (6)

Ce sont : le vagin, l'utérus, les annexes et les moyens de soutien de l'utérus.

1-1-2-1- Le vagin

C'est un canal fibro-musculaire situé au niveau du petit bassin, orienté d'avant en arrière et de bas en haut. Il commence à l'hymen et se termine aux culs-de-sac. Sa longueur est en moyenne de 7 à 10 cm et la largeur de 2 à 3 cm. On distingue quatre culs-de-sac : l'antérieur, le postérieur, le droit et le gauche.

La paroi postérieure est en rapport avec le rectum dans sa partie supérieure et est séparée de ce dernier par le tissu du périnée dans sa partie inférieure, la paroi antérieure est en contact avec le bas fond vésical dans sa partie supérieure et avec le canal urétral dans sa partie inférieure.

Latéralement, il est séparé du bassin par des faisceaux musculaires et du tissu conjonctif.

Il est constitué par trois tuniques : la muqueuse qui est la tunique superficielle, la musculuse : la tunique moyenne et l'adventice : la tunique profonde.

1-1-2-2-L'utérus

C'est un organe qui se trouve au centre du petit bassin à égale distance de la symphyse et du sacrum ; latéralement, il est limité par les parois gauche et droite du bassin, en arrière se trouvent le culs-de-sac de Douglas et le rectum ; le corps est situé dans la partie large de la cavité pelvienne.

L'utérus est niché en antéversion, le fond dirigé vers la symphyse pubienne et le col dirigé en arrière ainsi ; un angle obtus ouvert en avant se trouve entre le corps et le col, l'isthme, le corps, sa longueur est de 8 cm, largeur: 5 cm et épaisseur: 2 cm; son

poids est en moyenne de 50 gr à 100 gr : c'est l'organe de procréation, permettant le développement de l'œuf

♦ **Le col** est une formation cylindro-conique occupant le tiers-inférieur de l'utérus ; l'extrémité inférieure se trouve dans le vagin, traversé par le canal cervical (c'est le museau de Tanche); le canal se continue en haut par le canal isthmique : il y a donc une partie sus- vaginale et une partie intra- vaginale. Le col est tapissé d'une muqueuse revêtue d'un épithélium cylindrique et de glandes sécrétant la glaire cervicale.

♦ **L'isthme** : de longueur de 1cm environ se trouve entre le corps et le col parcouru par le canal isthmique.

♦ **Le corps** donne naissance aux trompes; latéralement, il est formé par trois tuniques:

- La muqueuse tapissée d'un épithélium cylindrique et de tissus conjonctif renfermant des vaisseaux, des nerfs et des glandes ; elle est composée par une couche fonctionnelle superficielle et une couche basale ; la structure varie en fonction de l'imprégnation hormonale.

- La musculuse appelée aussi myomètre est formée par des fibres musculaires lisses, des tissus conjonctifs et des vaisseaux. Il y a trois couches de faisceaux musculaires : la couche externe longitudinale, la couche moyenne plexiforme, la couche interne longitudinale.

- La séreuse

1-1-2-3- Les annexes

Ce sont les trompes et les ovaires.

* **La trompe** appelée aussi Salpinx ou trompe de Fallope est un conduit commençant à l'angle supérieur externe de l'utérus et se termine au pavillon. Sa longueur est de 12cm environ, la lumière communique avec la cavité utérine et s'ouvre par l'orifice abdominal. On distingue une partie interne directement après l'utérus, une partie moyenne ou partie isthmique et une partie ampullaire se terminant au pavillon.

Les parois sont constituées de trois tuniques: la muqueuse, la musculuse et la séreuse.

La musculuse est composée de fibres musculaires lisses disposées en différentes couches : une couche externe longitudinale, une couche moyenne circulaire et une

couche interne longitudinale .C'est à l'union du tiers moyens et du tiers externe que se trouve le lieu de la fécondation: rencontre entre le spermatozoïde et l'ovule.

✘ **L'ovaire** est une glande de 3 à 4 cm de long et de 2cm à 3 cm de large de 1 à 2 cm d'épaisseur environ, pesant en moyenne 6 à 8 grammes. Elle se trouve dans le feuillet postérieur du ligament large suspendu librement au ligament propre de l'ovaire.

On distingue: un épithélium de recouvrement ou épithélium germinatif prenant part à la formation des follicules primaires, l'albuginée directement sous l'épithélium est formé de tissus conjonctifs, le médullaire est composé de stroma conjonctif avec des vaisseaux et des nerfs ; la couche corticale adhérente à l'albuginée présente de nombreux follicules à différents stades : c'est le lieu de maturation de l'ovule et de sécrétion des hormones sexuelles.

1-1-2-4-Les moyens de soutien de l'utérus

Ce sont les ligaments suspenseurs, les moyens de fixation, et les moyens de soutien

➤ **Les ligaments suspenseurs**

- Les ligaments ronds : partant de l'angle de l'utérus, se dirigent vers l'orifice interne des canaux inguinaux, les traversent, se ramifient aux grandes lèvres.
- Les ligaments larges : sont des feuillets péritonéaux allant des bords utérins jusqu'aux parois latérales du bassin.
- Les ligaments utero- sacrés : partent de la face postérieure de l'utérus et se fixent sur la face antérieure du sacrum.
- Les ligaments propres de l'ovaire partent de la corne utérine et se dirigent vers les ovaires...

➤ **Les moyens de fixation de l'utérus**

En avant, il y a les faisceaux de tissus conjonctivo – musculaires, partant de la partie inférieure de l'utérus vers la vessie, en arrière, les ligaments utero- sacrés, et, latéralement, les tissus conjonctifs inter-ligamentaires.

➤ **Les moyens de soutien de l'utérus**

C'est le plancher pelvien ou muscles du périnée ayant pour rôle le maintien des organes génitaux en position normale surtout, lors des efforts de poussée.

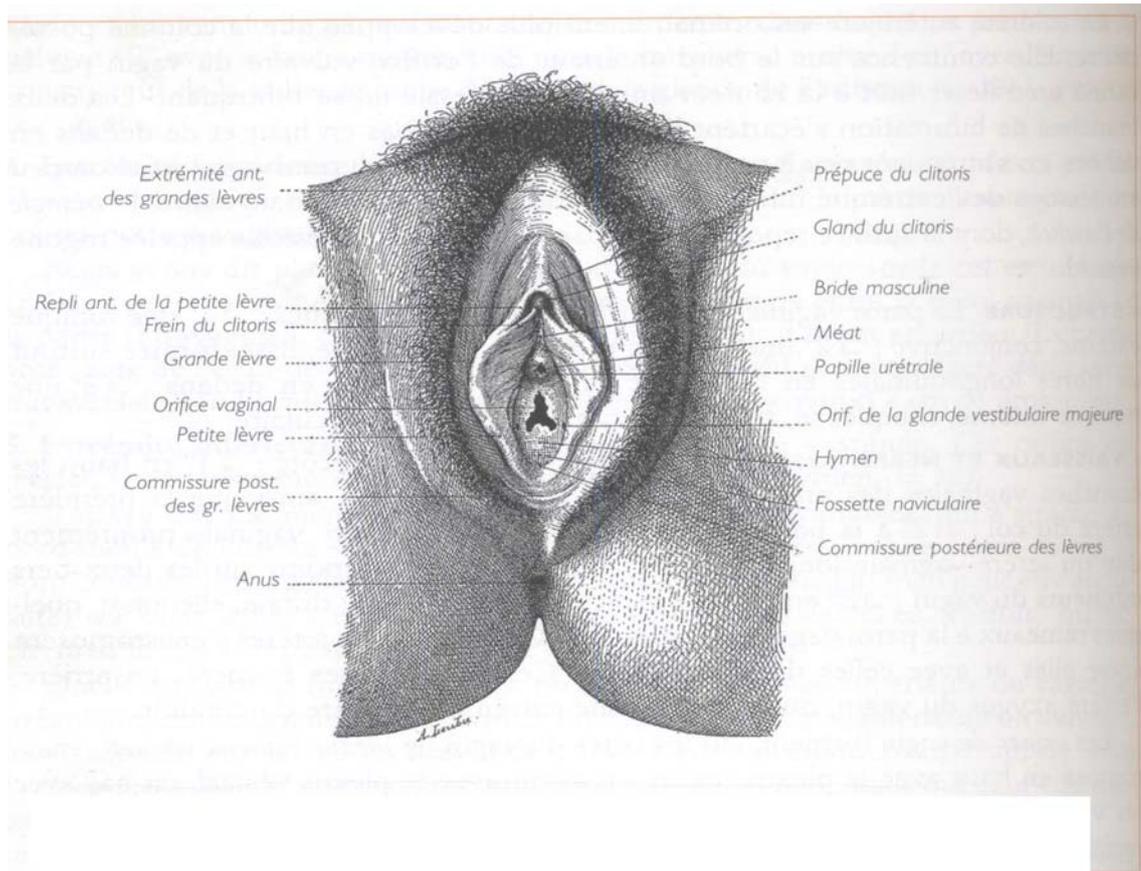


schéma n° 1 : L'organe génital externe féminin . Vue de face

source : Anatomie humaine : Descriptive, topographique et fonctionnelle / H Rouvière. 15ème éd. 2002. Tome 2. : 658

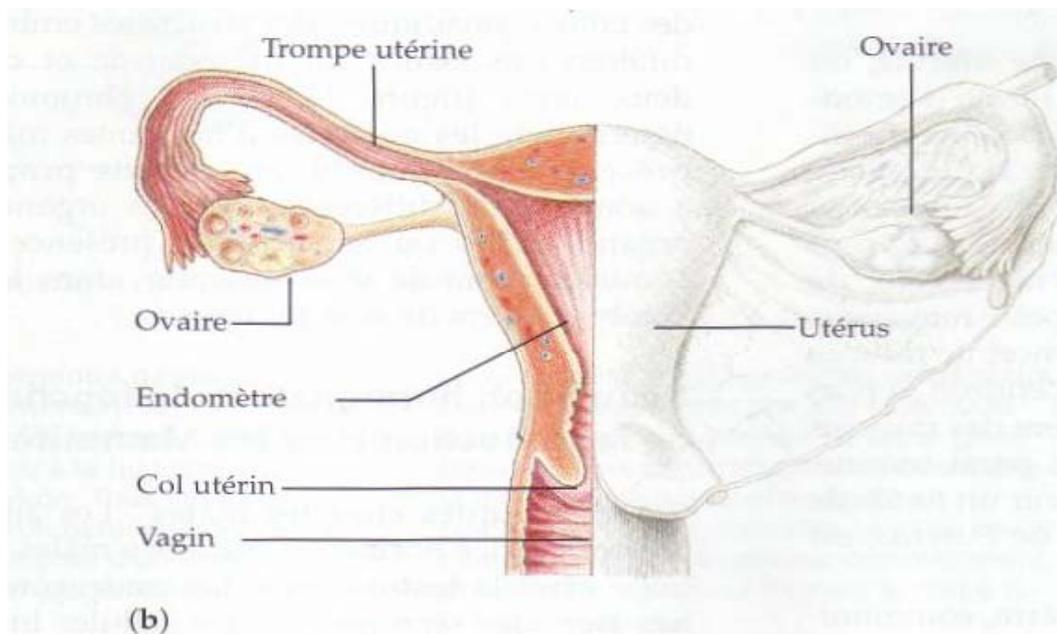


Schéma n° 2 : L'organe génital interne féminin. Vue de face

source :[http://www.Spiral-Univ-Lyon1.fr/Polycop/Histologie fonctionnelle organe/genital feminin](http://www.Spiral-Univ-Lyon1.fr/Polycop/Histologie%20fonctionnelle%20organe/genital%20feminin)

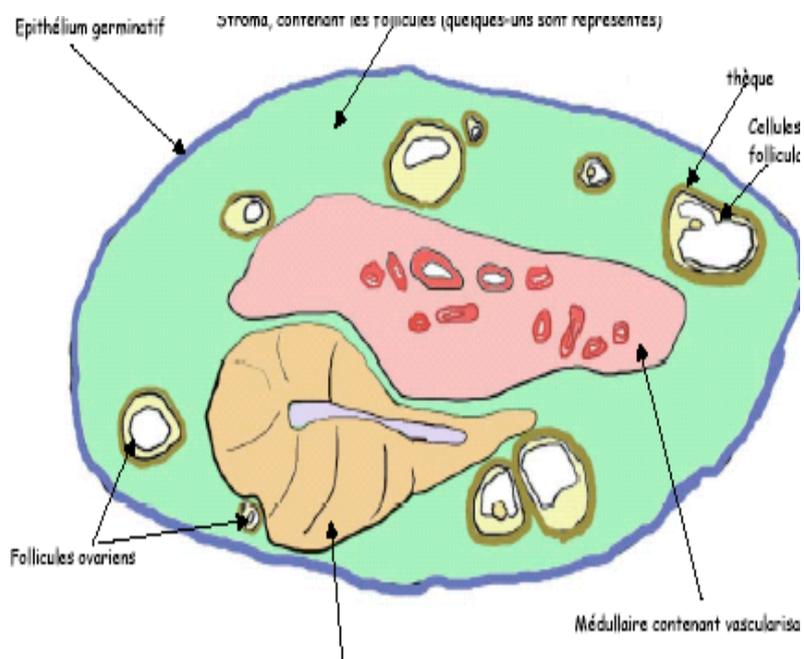


Schéma n° 3 : Coupe de l'ovaire

source : http://www.Lyon.Sud.Univ-Lyon1.fr/P2/Histo_genital_F.pdf

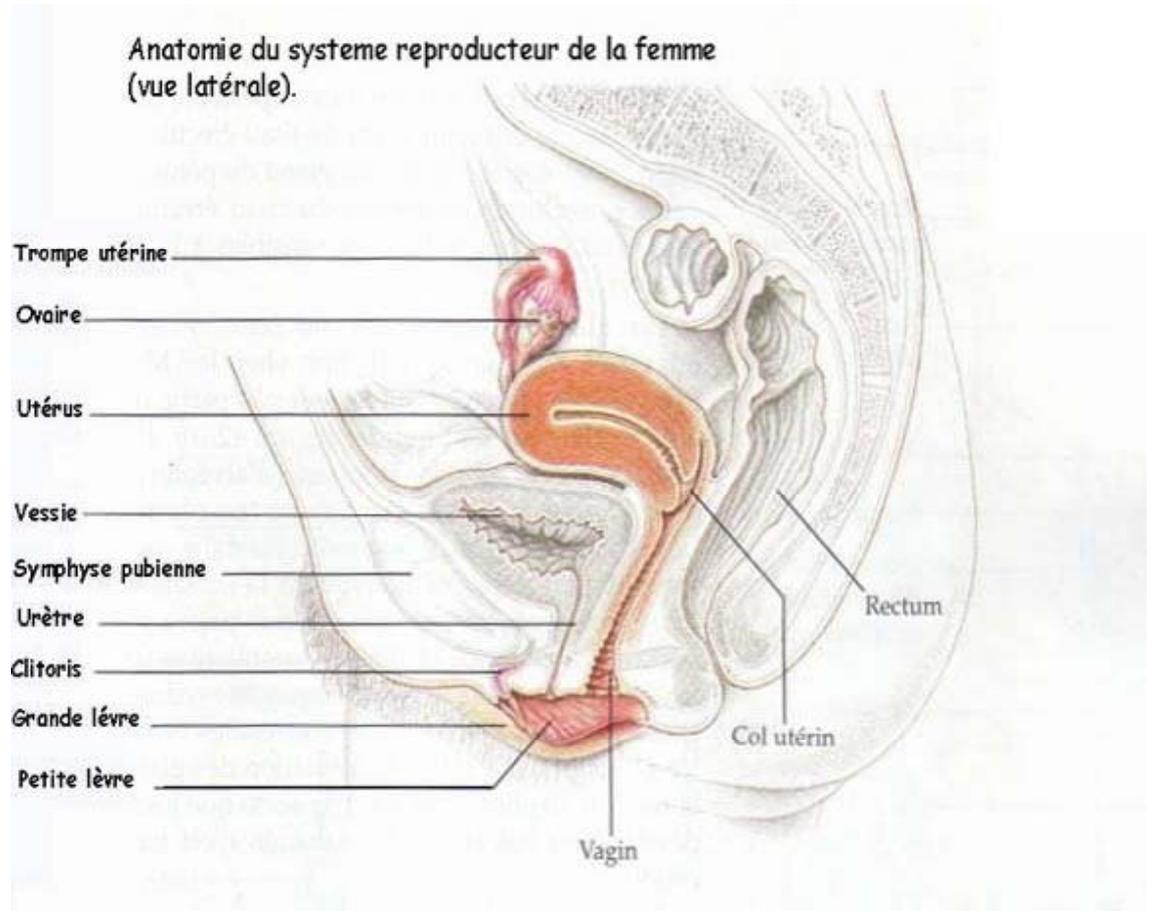


Schéma n°4 : Coupe sagittale de l'appareil génital féminin

source :[http://www.Spiral-Univ-Lyon1.fr/Polycop/Histologie fonctionnelle organe/genital feminin](http://www.Spiral-Univ-Lyon1.fr/Polycop/Histologie_fonctionnelle_organe/genital_feminin)

1-2-RAPPEL PHYSIOLOGIQUE (6) (7) (8)

La physiologie se résume par le cycle menstruel qui est un processus biologique cyclique complexe que subit l'organisme féminin en période d'activité génitale. C'est une transformation au niveau de l'ovaire (cycle ovarien) de l'utérus (cycle Utérin) aboutissant à la menstruation. La durée du cycle est de 28 jours en moyenne s'il n'y a pas de fécondation ; dans le cas contraire, le cycle s'arrête.

1-2-1-Le cycle ovarien (5) (8)

Sous l'influence des hormones gonadotropes, des changements rythmiques se passent dans l'ovaire: le développement des follicules ou phase folliculaire, la phase d'ovulation et le développement du corps jaune ou phase lutéinique

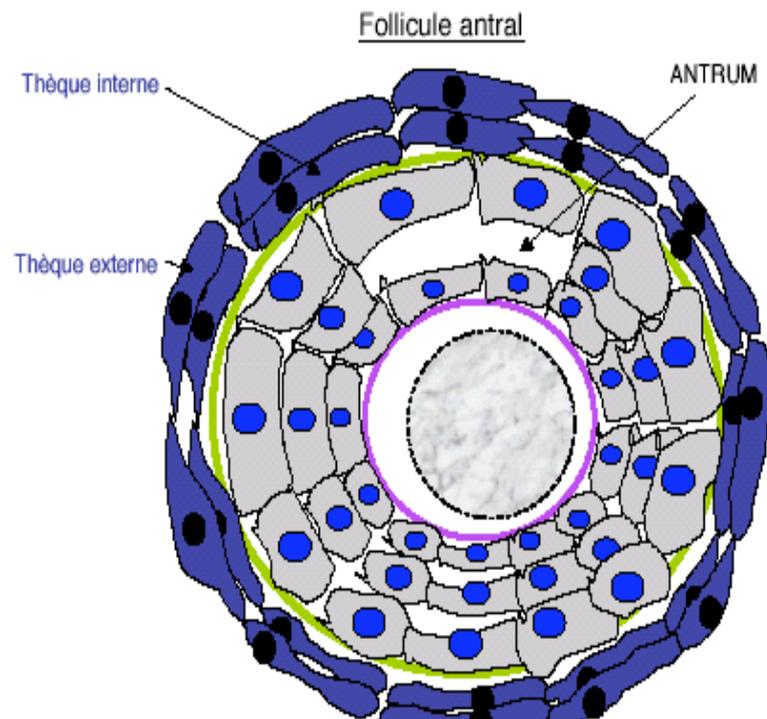


Schéma n° 5 : Le follicule antral

Source : http://www.Lyon.Sud.Univ-Lyon1.fr/P2/Histo_genital_F.pdf

1-2-1-1- Phase folliculaire

Le follicule primordial se forme au cours de la vie intra-utérine et dans la première enfance atteignant le nombre de 400.000 environ, seuls 400 à peu près d'entre eux arrivent à maturité au moment de la puberté.

La phase folliculaire occupe la première moitié du cycle (environ jusqu'au 14^e jour), on constate une modification au niveau du follicule : plusieurs couches concentriques vont former les thèques externes et internes.

La thèque interne pourvue de cellules et de vaisseaux, la thèque externe formée par une tunique fibreuse; la follicule progresse dans son développement jusqu'à la constitution du follicule mûr formé d'une cavité remplie de liquide dans lequel se trouve l'ovule ;la thèque interne sécrètera alors l'œstrogène.

1-2-1-2- Phase d'ovulation

Le follicule parvient à un stade où la granulosa très distendue arrive presque à la surface de l'ovaire, elle n'en est séparée que par l'épithélium germinatif et l'albuginée, tout deux soumis à une forte pression.

A ce point de distension maxima, le follicule éclate, la déhiscence ou sortie de l'ovule se produit, l'ovule sera recueilli par la trompe par l'intermédiaire du pavillon; ce phénomène se produit au 14^e jour d' un cycle de 28 jours, la sécrétion d'œstrogène atteint son maximum et au même moment ,il y a élévation de l'hormone anté-hypophysaire L.H.

1-2-1-3- Phase Lutéale

Immédiatement après éclatement du follicule, une hémorragie se produit et du sang remplit la cavité folliculaire: les cellules se remplissent de graisses, la cavité se ferme, il y a formation du corps jaune produisant la progestérone dont la sécrétion dure environ 14 jours après ovulation.

La progestérone a pour rôle d'abaisser l'excitabilité et contractilité de l'utérus, provoque la transformation de la muqueuse utérine préparant ainsi la grossesse tandis que l'œstrogène provoque le développement de l'utérus, du vagin et des organes génitaux externes.

1-2-2- Le cycle utérin (5) (9)

Sous l'influence des hormones ovariennes, surviennent des modifications cycliques de la tonicité et de l'excitabilité de l'utérus; cependant, c'est

dans la couche superficielle de l'endomètre qu'on observe les modifications essentielles. le cycle utérin dure 28 jours. On constate quatre phases : la phase de desquamation, la phase de régénération, la phase de prolifération, la phase de sécrétion.

1-2-2-1- La phase de desquamation :

C'est une manifestation dans laquelle la couche fonctionnelle de la muqueuse utérine dégénère, se détache et sera rejetée en même temps que les glandes et le sang des vaisseaux rompus.

1-2-2-2- La phase de régénération

Dès la fin de la desquamation, il y a croissance de l'épithélium à partir des restes des glandes situées dans la couche basale ainsi que la prolifération des vaisseaux et des nerfs.

1-2-2-3- La phase de Prolifération

Elle coïncide avec la maturité du follicule ovarien et sous l'influence de l'œstrogène, l'utérus augmente de volume ainsi que les glandes et les artérioles.

1-2-2-4- La phase de sécrétion

Elle coïncide avec l'épanouissement du corps jaune sous l'influence de la progestérone, les glandes se mettent à sécréter, il y a évagination du stroma, les artérioles se transforment en hélice.

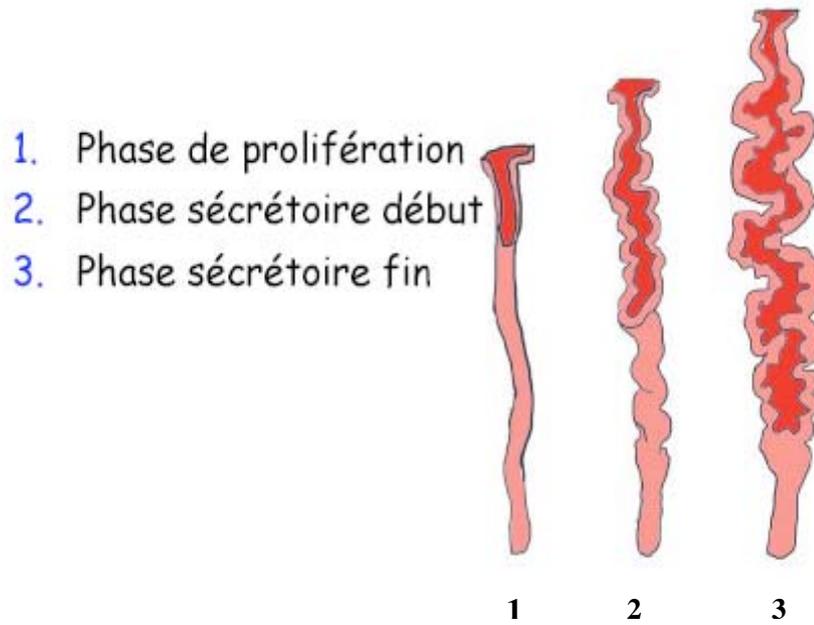


Schéma n°6 : phase de prolifération et de sécrétion : Les variations structurelles des artérioles utérines

Source : http://www.Lyon.Sud.Univ-Lyon1.fr/P2/Histo_genital_F.pdf

1-2-3- La régulation du cycle menstruel (8) (10)

◆ Les sécrétions ovariennes dépendent du système hypothalamo-hypophysaire

Nous rappelons que l'anté-hypophyse sécrète trois hormones gonadotropes: la F.S.H (ou Hormone Folliculine Stimulante), le L.H (ou Hormone Lutéinisante) et la prolactine qui stimule la sécrétion lactée.

La synthèse et la libération des gonadotrophines sont sous la dépendance du R.F (Releasing-Factor) hormone d'origine hypothalamique. Ainsi, F.S.H-R.F stimule la sécrétion de F.S.H et .L.H.R.F stimule la sécrétion de L.H.

◆ Les développements des follicules dépendent des œstrogènes de F.S.H du LH

- L'hormone hypophysaire F.S.H fait croître le follicule ovarien au fur et à mesure de son développement, les cellules de la thèque interne libèrent de l'œstrogène dont le taux est maximal peu de temps avant l'ovulation.
- L'œstrogène ainsi libéré localement participe aussi aux développements des follicules.
- Le pic de LH déclenche l'ovulation puis la transformation du follicule en corps jaune ainsi que la sécrétion de la progestérone.
- Le centre Hypothalamo- hypophysaire est inhibé en retour par les œstrogènes.

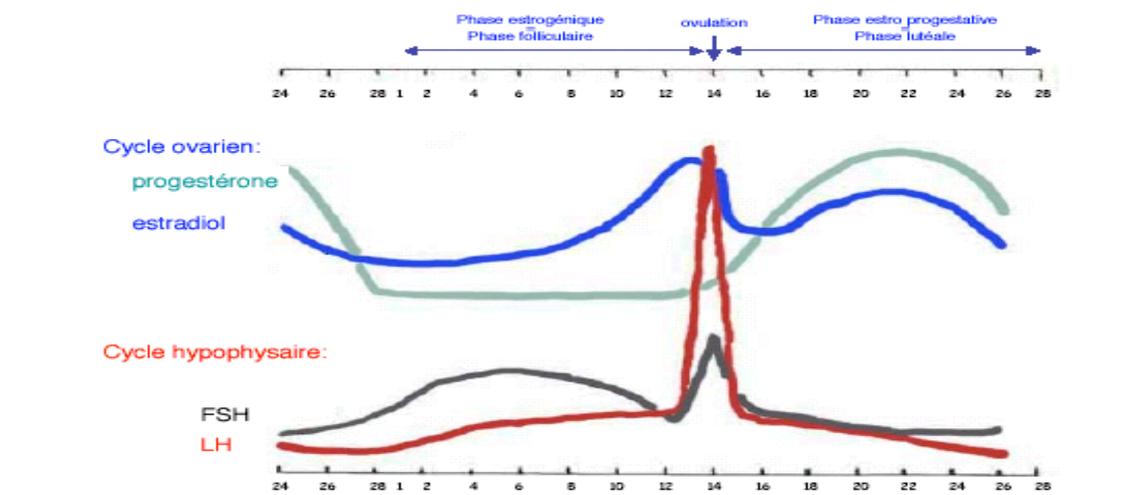


Schéma n°7 : Variation des courbes hormonales durant le cycle menstruel

Source : http://www.Lyon.Sud.Univ-Lyon1.fr/P2/Histo_genital_F.pdf

◆ Le taux élevé des hormones ovariennes freine la sécrétion hypothalamique releasing factor (R F) inhibant à son tour la sécrétion des hormones anté hypophysaires F.S.H et L.H : c'est le feed-back négatif.

Une dose faible d'œstrogène est au contraire stimulante de l'activité F.S.H.

◆ La décharge de L.H est stimulée par le taux élevé d'œstrogène qui précède l'ovulation: c'est le feed-back Positif.

II - GENERALITES SUR LES AVORTEMENTS

2-1-Les différentes variétés d'avortements

2-1-1- L'avortement spontané

Appelé aussi fausse couche spontanée : c'est l'interruption de la grossesse avant la fin du 5^e mois; au- delà on parle d'accouchement prématuré

2-1-1-1-Les causes

a) Les causes maternelles (11) (12) (13)

◆ Les traumatismes abdomino-pelviens

Ça peut être: une chute à la suite d'un faux pas ou d'un glissement, un coup de pied appliqué sur le bas-ventre ou un accident de la circulation.

Ils peuvent déclencher des contractions utérines ou s'ils sont assez violents ils pourront altérer l'état général de la mère et entraîner la mort du fœtus qui est à l'origine de l'avortement.

◆ **Les cardiopathies** peuvent engendrer un accouchement prématuré, des avortements spontanés et la mort fœtal in utero.

La diminution des échanges foeto-maternelles qui peut survenir de façon aiguë ou chronique est la principale cause des accidents fœtaux

En effet, il y a une baisse de débit cardiaque, responsable de l'hypo-perfusion placentaire donc diminution de l'apport en oxygène et en substrat (en cas d'H.T.A, insuffisance ventriculaire gauche, trouble du rythme).

Si le trouble est mineur, il y a trouble métabolique qui engendre une souffrance fœtale in utero et aboutira à la naissance d'un enfant hypotrophique.

Si le trouble est sévère, l'embryon peut tout au début de la grossesse mourir et s'expulser spontanément.

◆ **L'H.T.A gravidique**

La vaso-constriction périphérique entraîne une hypoxie fœtale et placentaire pouvant aboutir au décollement prématuré du placenta et à la mort de l'embryon qui s'expulsera spontanément.

◆ **La béance cervico-isthmique**

Elle peut être congénitale ou acquise

La béance congénitale isolée ou associée à d'autres malformations utérines se manifeste dès la première grossesse.

La béance acquise suite à un traumatisme, accouchement traumatique, curetage brutal à la suite d'un avortement provoqué, dilatation du col au cours d'un traitement opératoire d'une synéchie.

◆ **Les malformations congénitales de l'utérus**

L'utérus cloisonné qui est une malformation congénitale rare entraîne un avortement spontané de l'œuf.

◆ **Les fibromes utérins**

Ce sont des tumeurs bénignes de l'utérus pouvant être sous muqueux, sous séreux ou interstitiels.

Ce sont surtout les fibromes sous muqueux qui sont en général responsables de l'avortement très hémorragique. Du fait de leur volume, de leur siège ou de leur nombre, les fibromes entraînent des altérations myométriales et endométriales, des modifications du col devenant conique et étroit comprimant l'œuf.

Lorsque le fibrome est bas situé, il peut avec une béance cervico-isthmique associée être responsable de l'avortement.

◆ **La rétroversion utérine**

C'est la déviation de l'utérus dans laquelle le fond utérin se trouve porté en arrière tandis que le col remonte en avant vers le pubis.

Cette position peut être cause d'avortement spontané.

◆ **L'endométrite déciduale**

Dès que la nidation est effectuée, il y a transformation déciduale de l'endomètre. L'infection de la caduque peut entraîner une perturbation de la nidation, la mort de l'œuf. Elle évolue en générale vers l'avortement spontané.

◆ **Les émotions**

La peur, l'angoisse, le stress peuvent entraîner un spasme au niveau de l'artère placentaire qui serait la cause d'une hypo perfusion fœtale à la longue, elle peut entraîner des avortements.

◆ **Les infections uro-génitales**

L'infection agit par action locale et entraîne la fragilité des membranes et leur rupture spontanée et l'avortement se produit.

◆ **Les infections Maternelles (1)**

✧ **Le paludisme:** l'hyperthermie, le dépôt de plasmodium au niveau des capillaires entraînent une souffrance fœtale d'où expulsion spontanée de l'œuf. L'anémie engendrée par le paludisme peut aggraver l'état général de la mère.

✧ **Le Syphilis:** est cause d'un avortement tardif du 5^e ou 6^e mois.

✧ **La grippe:** l'hyperthermie de la grippe peut déclencher des contractions utérines.

✧ **La rubéole :** Le virus traverse la barrière placentaire durant les premiers mois de la grossesse où il entraîne une embryopathie et la mort fœtale in utero aboutissant à l'avortement.

✧ **La fièvre typhoïde**

Elle entraîne rarement de l'avortement.

b) Les causes ovulaires

* **La grossesse molaire ou môle hydatiforme** qui est une transformation kystique des villosités choriales, une prolifération trophoblastique responsable de sécrétion excessive de gonadotrophine chorionique.

Elle évolue toujours vers l'avortement molaire et présente un risque de dégénérescence maligne.

* **Le placenta -Praevia**

L'insertion basse du placenta peut entraîner la rupture prématurée des membranes; ceci peut entraîner l'avortement spontané ou l'accouchement prématuré.

c) Les incompatibilités foeto-maternelles

C'est une iso- immunisation Rhésus (mère Rhésus négatif, enfant Rhésus positif)

La mère fabrique des anticorps anti-facteur D qui passent chez l'enfant et agglutinent les globules rouges fœtaux. Ceci serait à l'origine de l'avortement ou de l'accouchement prématuré.

d) Les causes inconnues

Il y a toujours des causes indéterminées à l'origine des avortements spontanés

2-1-1-2-Les facteurs Favorisants (1)

- + la multiparité (parité supérieure à 5)
- + Primipare âgée supérieure à 35 ans
- + Jeune âge (inférieur à 18 ans)
- + fatigue maternelle
- + Alcool, tabacs, drogues

2-1-1-3-Variétés anatomo-cliniques (1) (14) (15)

On distingue 3 types d'avortement spontané correspondant chacun à un stade de développement de l'œuf

a) *L'avortement ovulaire* pendant les 1er mois et 2ème mois où l'expulsion de l'œuf et caduque se fait le plus souvent en un seul temps.

b) *L'avortement embryonnaire* : pendant les 3ème et 4ème mois; à ce moment le placenta est solidement fixé à la caduque très épais à son niveau. Il y a toujours une rétention placentaire.

c) *L'avortement fœtal* pendant les 5ème et 6ème mois.

C'est un véritable accouchement débutant par l'écoulement du liquide amniotique, l'expulsion du fœtus et terminé par la sortie du placenta.

2-1-1-4- Les signes cliniques (1) (16)

Le déroulement de l'avortement se fait en 4 phases: la menace d'avortement, l'avortement commencé, l'avortement en cours, le post- abortum.

a) *La menace d'avortement*

Elle est importante à dépister car un traitement précoce peut dans certains cas sauver la grossesse si l'œuf est vivant. Elle se manifeste par :

- de petites métrorragies rouges, rosées ou noirâtres, indolores. Parfois la femme se plaint de petites douleurs espacées, de pesanteur pelvienne.
- au toucher vaginal : le col est long et fermé.

b) *Avortement commencé*

Il se manifeste par:

- des pertes sanguines importantes,
- des douleurs intenses augmentant en intensité et en fréquence,
- le toucher vaginal met en évidence un col effacé recevant la pulpe de doigt. La partie basse de l'utérus évasé est distendue par l'œuf.

c) Avortement en cours

Le col est largement ouvert dans lequel l'œuf est engagé

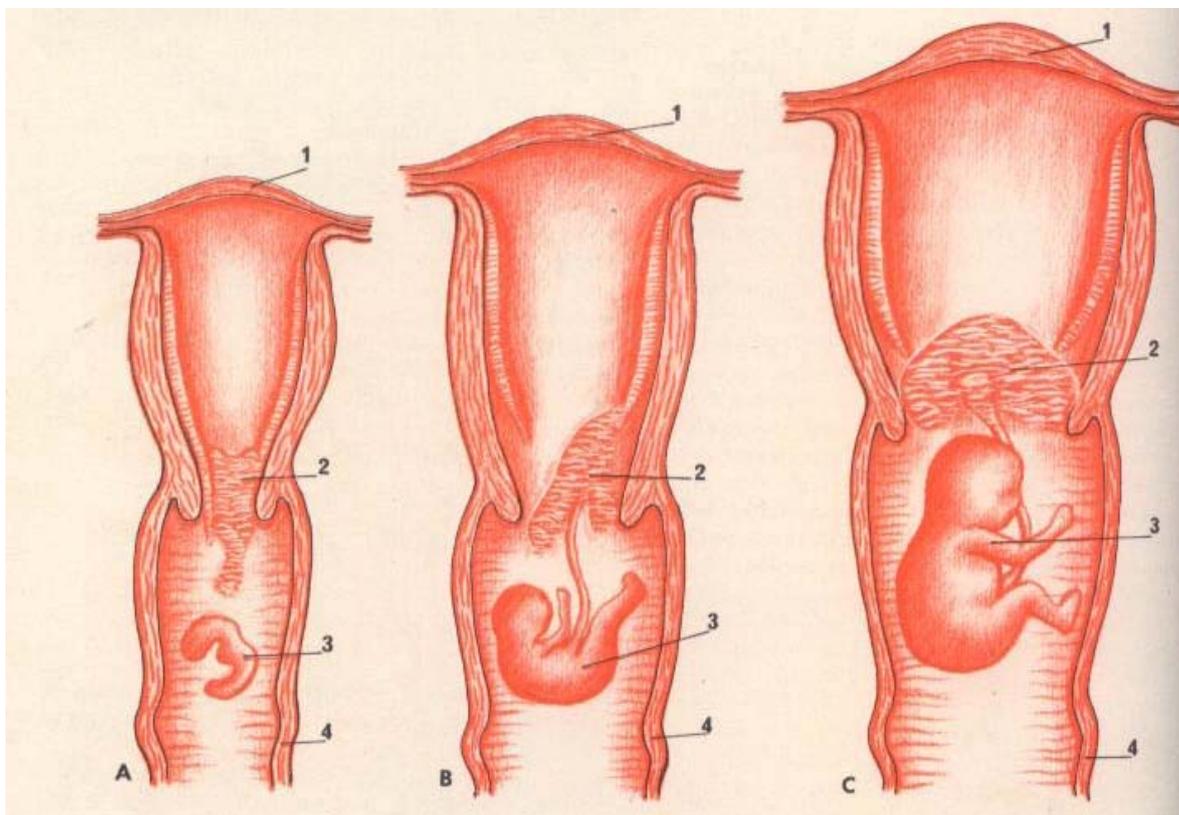
L'avortement se fait en un temps au cours des deux premiers mois. Il s'opère en deux temps vers le 3ème et 4ème mois, l'embryon d'abord et le placenta ensuite .en deux temps également les 5ème et 6ème mois.

d) Le Post-abortum

L'avortement peut être complet ou incomplet

- **L'avortement est complet** si après l'expulsion de l'embryon ou du fœtus, les membranes, le placenta et la caduque seront expulsés, l'utérus se rétracte, le canal cervical se renferme, l'hémorragie cesse.
- **L'avortement est incomplet** si l'embryon ou le fœtus est expulsé et que les membranes, le placenta, et la caduque restent adhérents à l'utérus; les métrorragies persistent, le canal cervical est perméable au doigt.

AVORTEMENT SPONTANE



A : Avortement spontané au 2ème mois
B : Avortement spontané au 3ème mois
C : Avortement spontané au 4ème mois

1- Fond utérin 2- Résidu placentaire 3- Expulsion du fœtus 4- Vagin

Schéma n°8 Avortement spontané

Source : Avortement spontané : Le Médicale de 20ème siècle/ Merger Robert 1999 :

p.950

2-1-2- L'avortement thérapeutique

C'est un avortement provoqué qui se fait dans un établissement médical dans un but thérapeutique. Il ne s'agit pas ici de demander l'avis de la femme, mais, c'est le médecin qui décide de l'opération car la grossesse qui suivra mettrait la vie de la mère en danger aussi bien pendant la grossesse que pendant l'accouchement (1)

2-1-2-1-Les causes

Ce sont la décompensation cardiaque, la cardiopathie congénitale, les états cancéreux, insuffisance rénale chronique

2-1-2-2- Mécanisme et méthodes utilisés

Toutes les précautions d'asepsie sont prises:

Avant la douzième semaine

- **Méthode par aspiration ou méthode de KARMAN**

L'aspirateur est composé d'un tube métallique ou plastique de 16cm à 23cm de long et de 4mm à 10 mm de diamètre fermé par une extrémité arrondie et mousse percée d'ouverture par lesquelles seront aspirés les débris placentaires et ovulaires, l'autre extrémité est raccordée à l'aspirateur.

La pression d'aspiration est de 50 à 70cm de Mercure pouvant être réalisée avec ou sans dilatation ; le tout sera complété par un curetage (1)

- **La Méthode de dilatation du col et curetage**

La dilatation cervicale se fait par les bougies de Hégar : ce sont des mandrins métalliques de diamètre croissant entraînant une dilatation forcée du canal cervical .Le curetage sous anesthésie générale après mise en place de valve vaginale se fait en introduisant une curette mousse et en raclant doucement ; il ne faut pas rechercher le cri utérin .L'utérus est vide quand le sang qui sort est mousseux et aéré (1).

- **Injection de produit chimique anti- progestérone RU486 (15) (17)**

La progestérone favorise la dentellinisation de l'endomètre au niveau de l'utérus facilitant ainsi la nidation L'injection de l'anti-hormone entraîne le cas contraire d'où avortement.

- **Stérilet du lendemain**

Il s'agit d'implanter un stérilet avant le 8ème jour dans l'utérus, cela va bloquer la migration et la nidation de l'œuf d'où avortement (6) (18) (19).

Après la douzième semaine

- ❖ **Injection intra utérine**

Il s'agit d'injecter du chlorure de sodium hypertonique à 10% qui tuera le fœtus et provoquera artificiellement une fausse-couche.

On aspire 200cm³ de liquide amniotique et on compense par 200cm³ de chlorure de sodium hypertonique ; tout cela par fraction et doucement (1)

- ❖ **Utilisation de Prostaglandine (P.G.F²&)**

Elle se fait soit par injection intra- amniotique par voie intra-cervicale, soit par voie extra- amniotique par mise en place des comprimés dans le fond du vagin. Ceci va déclencher des contractions utérines (1)

- ❖ **Petite césarienne (1)**

- ❖ **Vaccin abortif (20)**

C'est un vaccin peptidique synthétique se comportant comme un anticorps anti H.C.G alors que cette hormone contribue au développement de l'œuf il y aura alors rejet de ce dernier

2-1-3- L'avortement Eugénique

Il prévient la naissance d'un enfant susceptible de présenter une malformation.

2-1-3-1-Les causes

Ce sont les rubéoles, l'irradiation par les rayons X, la Trisomie 21, prise de médicaments anti-mitotique (1)

2-1-3-2- Les Mécanismes et méthode utilisées

Ce sont les mêmes que ceux employés dans l'avortement thérapeutique : méthode de KARMAN, dilatation par les bougies de Hégar et curetage, injection intra- amniotique de chlorure de sodium hypertonique et utilisation de prostaglandines.

2-1-4- L'interruption volontaire de la grossesse

C'est une interruption de la grossesse se faisant dans un établissement médical, provoquée parce que la naissance qui va survenir n'est pas désirée aux yeux des parents.

Ce n'est plus le médecin qui décide mais ce sont la mère et le père ; la grossesse évolue bien, il n'y a pas de pathologies organiques décelables chez le fœtus .C'est un avortement provoqué légalisé pour des pays comme Japon, Etats-Unis (21)

2-1-5- L'avortement criminel ou clandestin

C'est un avortement fait en milieu non hospitalier, par d'autres personnes ou par la femme elle-même dans le but d'interrompre une grossesse d'évolution normale sur un organisme normal; il est appelé aussi avortement criminel car c'est un acte légalement interdit ; ainsi la mère ou la femme ne peut le faire que clandestinement dans des conditions d'asepsie et de techniques peu favorables ou même défavorables.

2-1-5-1-Les causes ou motifs

Les motifs qui poussent une femme à se faire avorter sont divers, mais ils peuvent se regrouper en sept grandes causes:

- **La honte de porter une grossesse**, parce qu'on est encore célibataire et être enceinte sans être mariée est la risée de la société.
 - Parce qu'elle a été violée et le futur nouveau-né serait difficile à être accepté par soi-même ou par la famille.
 - Parce qu'il y a déjà trop d'enfant à la maison et la femme se sent ridiculisée par la société
- **La peur d'élever** le futur nouveau-né . Le pouvoir d'achat dans la famille est insuffisante, il y a déjà trop d'enfants : nourrir un futur enfant sera pénible
- **On prend l'avortement provoqué pour une méthode de planification Familiale.** La femme a fait un avortement clandestin ultérieur et a réussi ; et par la suite à chaque grossesse non désirée, elle croit qu'il suffit de faire de l'avortement pour espacer la naissance.
- **Les refus de méthodes d'espacement de naissance.**

- L'emploi de préservatifs diminuent la jouissance sexuelle pour certains couples d'où elles refusent leur emploi et préfèrent l'avortement clandestin.

- L'obésité ou l'acné sont désagréables pour certaines femmes, donc elles refusent les pilules et les injectables et préfèrent les avortements clandestins.

- La peur de la vasectomie et la ligature des trompes, le fait de ne plus vouloir d'enfants pour certains hommes ou femmes, les découragent à faire la contraception chirurgicale d'où ils préfèrent l'avortement clandestin.

- **L'ignorance des manipulations des méthodes de planification familiale**

- L'oubli de prises des pilules à la même heure et le jour suivant peut conduire à une grossesse.

- Le fait d'employer une deuxième fois le même préservatif peut entraîner une grossesse.

- Le coït interrompu n'est pas trop fiable surtout s'il y a manque d'attention

- La méthode de calendrier et température ainsi que la glaire cervicale doivent être bien entretenue car associées à d'autres affections comme la fièvre et les fortes émotions, il peut y avoir une variation de courbe de température.

- **L'ignorance des complications des avortements provoqués par la femme elle-même**

- **La grossesse accidentelle**

- Après viol

- Par défaut de la manipulation des méthodes (oubli des pilules, ruptures d'un préservatif, passage d'un spermatozoïde après coït interrompu, etc..) mal interprétation ou défaut d'interprétation des méthodes de calendriers, température et glaire cervicale

2-1-6- Mécanismes et méthodes utilisés

Il s'agit de tuer le fœtus en le traumatisant afin que nécrosé, l'organisme rejette ce corps devenu étranger en faisant contracter l'utérus.

Les méthodes utilisées sont les curetage clandestins, les sondages par des tubulures de sérum, les abus de toxiques comme les tambavy, les médicaments ocytociques, la perforation par des objets tranchants, des irrigations vaginales à travers le col de solution foeticide **(22)**

2-1-6-1- Les complications (11) (20) (24) (25)

Les complications varient selon qu'il s'agit des complications immédiates c'est-à-dire immédiatement après l'acte à quelques jours , ou des complications tardives c'est-à-dire complications à long terme, des semaines , des mois ou des années après l'acte.

a- Les complications immédiates

Les complications immédiates sont représentées par l'hémorragie, l'infection, les risques d'intoxication, et les traumatismes

*** Les complications hémorragiques**

Ce sont les anémies aiguës, les métrorragies, les chocs hémorragiques, les hémorragies par afibrinogénémie. Elles sont dues à la rétention du placenta encore adhérent à la muqueuse utérine, au traumatisme entraînant des altérations des capillaires au niveau de la muqueuse utérine et à la consommation des fibrines et des fibrinogènes entraînant une perturbation de la coagulation.

*** Les complications infectieuses**

Ce sont les infections locales au niveau de l'utérus, les infections ascendantes jusqu'au niveau des trompes et ovaires, des infections ou passage de germes dans l'organisme .Ceux- ci entraînent cliniquement l'endométrite, la métrite, les annexites aiguës, la pelvipéritonite aiguë ,l 'abcès du Douglas, abcès de l'utérus, la septicémie.

*** Les complications par intoxication**

Les dépôts de toxines au niveau rénal, au niveau du tronc cérébral, l'intolérance de l'organisme aux abus de tabac et médicaments intempestifs vont entraîner l'insuffisance rénale, le coma, les convulsions, le choc et voire la mort subite.

*** Les complications mécaniques**

Le passage des sondes à travers la paroi utérine, le passage des curettes dans le péritoine et le cul-de-sac, vont entraîner des perforations utérines, des déchirures cervicales.

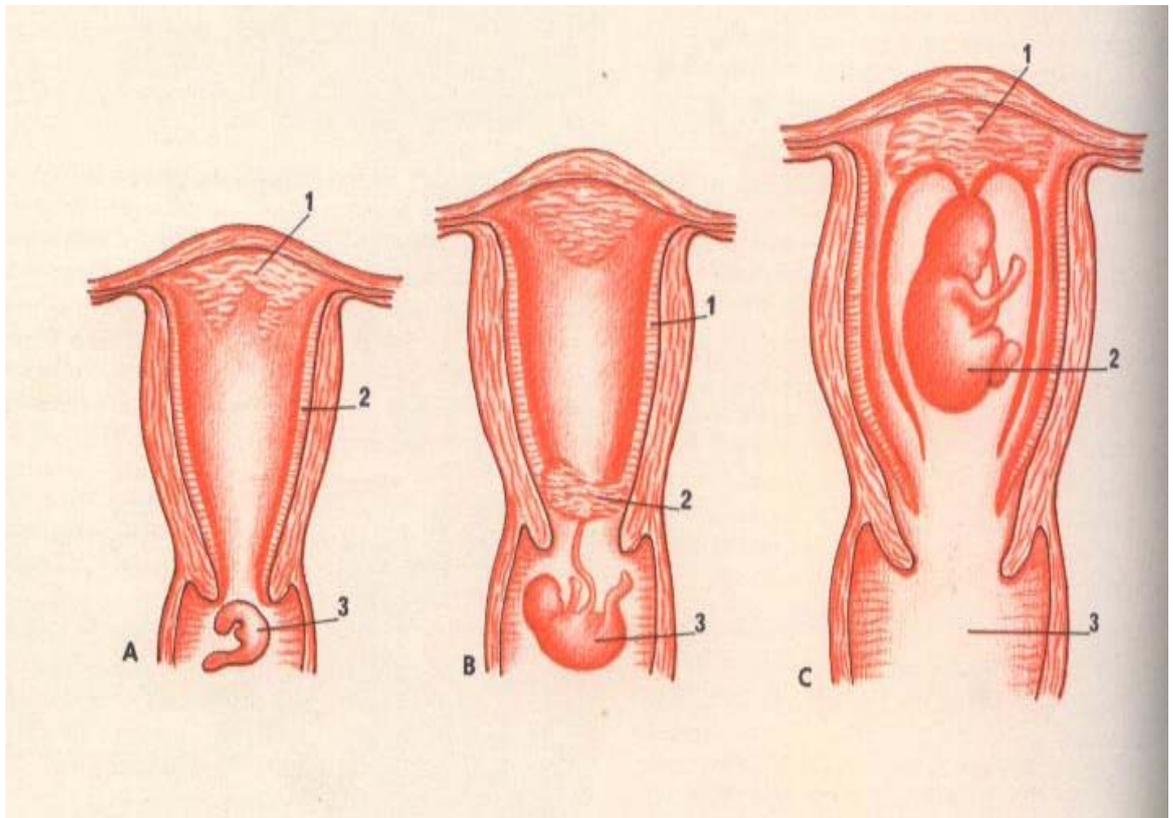
b- Les complications tardives

Se voient après un délai plus ou moins long après l'acte; de quelques semaines à quelques mois ou quelques années.

Lors de l'acte abortif fait dans des milieux septiques des germes peuvent provoquer des infections inflammatoires au niveau de l'appareil génital ; après un temps plus ou moins long, ces inflammations devenues chroniques peuvent entraîner des perturbations au niveau des muqueuses utérines: comme les ulcérations chroniques, les adhérences, les synéchies; au niveau des trompes des adhérences, des fibroses cicatricielles, entraînant après un temps plus ou moins long :

- Une stérilité secondaire par obstruction tubaire, par perturbation des maturations des follicules, la perturbation de l'ovulation, l'insuffisance hormonale.
 - Une grossesse extra- utérine par perturbation de la nidation, un développement de l'œuf au niveau de l'ovaire, trompe, interstice.
 - Un avortement spontané par insuffisance hormonale, ou par une muqueuse utérine altérée.
 - Un avortement à répétition par un col béant, incapable de retenir l'œuf, une insuffisance hormonale, une déchirure du col.
 - Le placenta praevia par perturbation de la nidation et présence d'adhérences entraînant un emplacement de l'œuf vers la région isthmique Des annexites chroniques dues aux fibroses des trompes et ovaires.
- Des troubles menstruels par une insuffisance hormonale, les ulcérations chroniques, les synéchies utérines.

AVORTEMENT PROVOQUE À DIFFERENTS AGES DE LA GROSSESSE



A : AVORTEMENT AU 2^{ème} MOIS (1-Placenta en rétention sur le fond utérin ; 2- Chorion (muqueuse assurant les échanges entre les foetus et la mère); 3-Foetus expulsé dans le vagin)

B : AVORTEMENT AU 3^{ème} MOIS (1- Chorion ; 2- Placenta en rétention partielle à la partie basse de l'utérus ; 3- Foetus dans la cavité vaginale)

C : AVORTEMENT AU 4^{ème} MOIS : Ici la forme la plus grave de la rétention. Tout l'œuf et ses membranes sont restés dans l'utérus (1- Placenta ; 2- Foetus ; 3-Vagin)

Schéma n°9 : Avortement clandestin

Source : Avortement clandestin : Le Médicale de 20^{ème} siècle/ Merger Robert 1999 : p.954

TENTATIVE D'AVORTEMENT

Sur cette coupe d'utérus on voit qu'une sonde rigide peut abîmer la muqueuse, puis si on enfonce trop l'instrument, déchirer la paroi musculaire utérine. Le décollement de membranes est souvent incomplet, ce qui entraîne une rétention placentaire, susceptible de la surinfecter. La perforation utérine aboutirait à une péritonite très grave

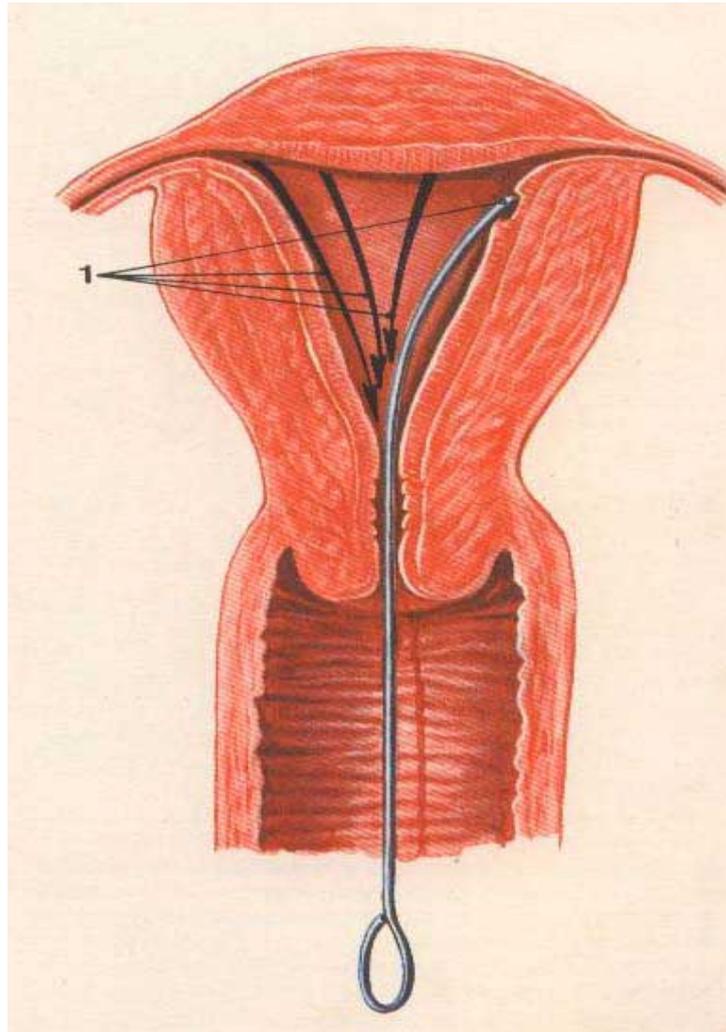


Schéma n°10 : Tentative d'avortement

Source : Avortement clandestin : Le Médicale de 20ème siècle/ Merger Robert 1999 :
p.951

2-2-LES ASPECTS SANITAIRES

2-2-1- Dans le monde (20)

Vingt millions d'avortements provoqués sont pratiqués clandestinement par an et deux cent décès à la suite de leurs complications

Situation des avortements provoqués dans le monde en 1994: 36 à 53 millions par an dont 15 à 22 millions clandestins soit 150.000 par jour dont un tiers dans de mauvaises conditions coûtant la vie de 500 femmes.

2-2-2- Dans les pays développés

Quatre pour cent des décès maternels sont dus aux complications de l'avortement provoqué clandestin (20)

2-2-3- Dans les pays en voie de développement

Cent quarante mille femmes sont mortes par an dont quinze mille en Afrique y compris Madagascar: décès liés aux complications de l'avortement provoqué clandestin (14) (26)

2-3- ASPECTS JURIDIQUES (21) (27) (28)

2-3-1- Dans le monde

- **En France**

L'avortement thérapeutique peut être pratiqué si deux Médecins attestent après examen et discussion que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une infection grave reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

L'avortement provoqué clandestin est condamné comme crime par la Loi Française, article 162-12- Loi du 31 décembre 1979.

- **En Allemagne**

L'avortement thérapeutique en cas de viol ou en cas de grandes détresses de la femme reste légal si la limite, ou l'âge de grossesse, est inférieure à douze semaines

- **En Afrique- Venezuela- Pakistan**

L'avortement thérapeutique n'est autorisé que pour sauvegarder la vie de la femme (2)

- **Aux Philippines- Colombie- Indonésie**

L'interruption de la grossesse est interdite quel que soit le motif.

- **Au Japon- Etats Unis**

L'interruption volontaire de la grossesse est légalisée.

- **L'UNITED NATIONAL FOUNDATION for Population Activities** a recensé les pays en fonction de leur attitude face à l'avortement

- Dix pour cent des pays: l' avortement est légal quelque soit le motif.
- Quarante cinq pour cent des pays: l'avortement n'est légal que pour sauvegarder la vie de la mère ou en cas de viol
- Quarante cinq pour cent des pays: l'avortement est illégal; seul l'avortement thérapeutique et eugéniques sont légaux (3)

2-3-2- A Madagascar

La loi coloniale du 31 juillet 1920 reproduite en Annexe et rendue applicable dicte la répression de l'avortement provoqué mais prévoit certains cas non punissable: Avortement légal pour sauvegarder la mère - Article 317 - Ordonnance n°60-161 du 31 Octobre 1960 (11)

2-4- ASPECTS SOCIO-CULTURELS

Dans le monde en général, la vie familiale est considérée comme une source de joie; avoir des fils et des filles, pour un père, une mère, les grands parents sont considérés comme une bénédiction.(27)

A Madagascar, la postérité est une richesse "Ny zanaka no harena" ; avoir une femme gravide est pour les hommes l'heureux événement d'être un père ainsi l'acte abortif est condamné par les malgaches, mais chose étonnante depuis des dizaines d'années, voire des centaines, on entend déjà parlé de l'avortement provoqué.

2-5- ASPECTS RELIGIEUX (20) (29)

L'écriture Sainte condamne l'avortement provoqué dans Exode 20: 13 "Ne tuez point" - Sixième des dix commandements de Dieu .

L'œuf fécondé est déjà considéré comme un être humain devant Dieu, selon les chrétiens.

L'église catholique condamne l'avortement provoqué quel que soit le motif

Pour les juifs: l'avortement est autorisé si la santé de la mère est menacée, s'il y a risque de malformations avant 40ème jour.

Pour l'islam: L'avortement provoqué est autorisé en cas de nécessité et sous condition jusqu'au quatrième mois de grossesse.

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

I - MATERIELS ET METHODES

1-1-Cadre d'étude : la maternité HJRA, service gynécologique

1-1-1-Présentation du service

La maternité est un service de l'Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona sous la responsabilité d'un spécialiste en gynécologie obstétrique et en reproduction humaine. Le service a été créé suivant la note de service ministérielle n°681/SAN/SG/DEFF du 09 Janvier 1986

La maternité reçoit les femmes sur le point d'accoucher et celles ayant des problèmes d'ordre gynécologique.

La maternité est en même temps un centre de soins, un centre de formation et de recherches.

1-1-1-1-Les différents secteurs du service

Deux secteurs ont été créés à la maternité

a) Le secteur administratif

Il est chargé de la liquidation des affaires courantes du service à savoir:

- L'enregistrement des consultations gynécologiques des entrées et des sorties des hospitalisées
- La préparation et le classement des dossiers médicaux
- La mise en forme des notes et autres courriers afférents au service
- La tenue et la mise à jour des dossiers du personnel

b) Le secteur technique

Ce secteur compte 5 unités:

- ✓ L'unité des consultations externes prénatales et post- natales
- ✓ L'unité des parturitions, de réanimation néonatale et prématurée
- ✓ L'unité de bloc opératoire et des post- opérées
- ✓ L'unité de gynécologie
- ✓ L'unité de planification familiale

1-1-2- Les ressources

Le service de gynécologie obstétrique et de reproduction humaine n'a pas de budget autonome. Le sien comme tous les autres services, fait partie du budget général alloué par l'état pour l'H. J. R.A.

1-1-2-1-Les ressources humaines

Effectif: le service compte actuellement 51 personnes dont la répartition se fait comme suit:

- Un médecin spécialiste: le chef de service.
- Six médecins généralistes assistants dont quatre coordonnent les activités en salle d'accouchement, en première salle, aux blocs opératoires, et la consultation externe; les deux autres s'occupent de l'unité gynécologique et P.F. la rotation des médecins se fait tous les ans.
- 24 sages- femmes dont les sages- femmes major qui sont responsables directes des activités de l'unité, ainsi que la répartition de son personnel; les sages-femmes dont:
 - trois travaillent à la consultation prénatale et post-natale
 - une à l'unité gynécologique
 - cinq en première salle ou unité des accouchées
 - cinq à la salle d'accouchement
 - cinq à l'unité bloc- opératoire et des post- opérées
 - une s'occupe des femmes qui demandent une contraception chirurgicale volontaire
 - quatre s'occupent de la planification familiale
- Quatre infirmiers anesthésistes appartenant à la fois à la maternité et au service de chirurgie infantile et néonatale
- Les stagiaires (thésards, externes en 6ème année, étudiants en 3ème année de médecine) sont répartis selon leur nombre dans chaque unité.
- Les servants assurent l'hygiène et la propreté du service, portent les différents examens para- cliniques aux laboratoires, les tenues chirurgicales et les champs opératoires en stérilisation et assurent tout autre activité de soutien

1-1-2-2-Les ressources matérielles

× En salle de consultation prénatale et post- natale

- une table d'examen
- une balance pèse- personne
- du matériel pour prélèvement sanguin
- un stéthoscope obstétrical, un mètre ruban, un gestogramme

× **En salle de consultation gynécologique**

Une table d'examen, et un appareil pour coloscopie avec ses accessoires

× **En salle d'accouchement**

*quatre tables d'accouchement

*un vacuum extractor

*des boîtes d'accouchement

*des boîtes à seringues et des boîtes à compresses stériles

*une balance pèse- bébé

*une table de réanimation du nouveau-né

*des bocks et des bassins de lits

× **En bloc opératoire**

- deux tables d'opérations

- des boîtes d'instruments pour opération césarienne, cerclage, exploration et biopsie, curetage, pansement, contraception chirurgicale volontaire, coloscopie

- trois tables pour infirmiers anesthésistes

- des seringues, fils de suture, liquides antiseptiques, des stocks de médicaments

- deux chambres de réveil

× **En salle d'hospitalisation**

La maternité dispose de 39 chambres dont 20 pour hospitalisation obstétrique et 19 pour hospitalisation gynécologique.

Chaque chambre comporte

- un lit

- une cabine de toilette

- une table, une chaise, une armoire

- un système d'alarme

- une source d'oxygène

- une source de vide

Arrivant à la maternité, les malades passent en consultation chez les médecins assistants ou le médecin de garde ; ces derniers les hospitalisent selon leurs affections respectives à l'unité correspondante

En ce qui concerne les fausses couches provoquées, les malades sont hospitalisées à l'unité gynécologique.

1-2-Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective du dossier des malades hospitalisées dans le service gynécologique, mettant en évidence:

- ◆ pour les complications immédiates:
 - les motifs d'entrée
 - les aveux
 - les états pathologiques observés
- ◆ pour les complication tardives:
 - les antécédents obstétricaux pour discerner les avortements provoqués faits ultérieurement
 - les états pathologiques actuels (dans notre cas il y en a trois dont deux pour menace de fausses couches spontanée et une pour stérilité).

Les données ont été dépouillées manuellement, puis saisies sur tableur (MS Excel) avant traitement pour disposer les informations.

1-3-Période d'étude

Les dossiers examinés remontent du 1er Janvier au 31 décembre 1997

1-4-Paramètres d'étude

Après sélection des cas on récapitule sous forme de tableau.

Les cas observés par rapport aux malades vues dans le service selon :

- ✓ l'âge
- ✓ les complications immédiates et les motifs d'entrée
- ✓ les complications retardées, les antécédents obstétricaux, le diagnostic étiologique.
- ✓ La gestité
- ✓ La parité
- ✓ Les professions
- ✓ Les situations matrimoniales
- ✓ Les avorteurs
- ✓ Les moyens abortifs
- ✓ Les durées d'hospitalisation
- ✓ Les issues

II- Résultats

2.1- les cas observés

Au total, 709 malades ont été hospitalisées à l'unité gynécologique dont 55 pour complications de fausses couches provoquées durant l'année 1997.

Le tableau ci-dessous illustre le rapport entre fausses couches provoquées et les malades hospitalisés.

TABLEAU n°1 : Le rapport entre fausses couches provoquées et les malades hospitalisés.

MALADES	FAUSSES COUCHES PROVOQUEES	%
709	55	7.75

2.2- Répartition selon l'âge

Les âges extrêmes sont de 15 et 50 ans

Le tableau ci-dessous résume la fréquence des fausses couches provoquées selon les tranches d'âges:

TABLEAU n°2 : Les classes d'âges des patientes

CLASSE D'AGE	NOMBRE	%
15 -19	06	10,90
20 - 24	19	34,54
25 - 29	10	18,18
30 - 34	09	16,36
35 - 39	09	16,36
40 - 44	01	01,81
45 - 50	01	01,81
55	55	100%

On voit surtout la fréquence des avortements entre l'âge de 20 et 24 ans (34%). On remarque aussi que les adolescentes de moins de 19 ans représentent une proportion non négligeable.

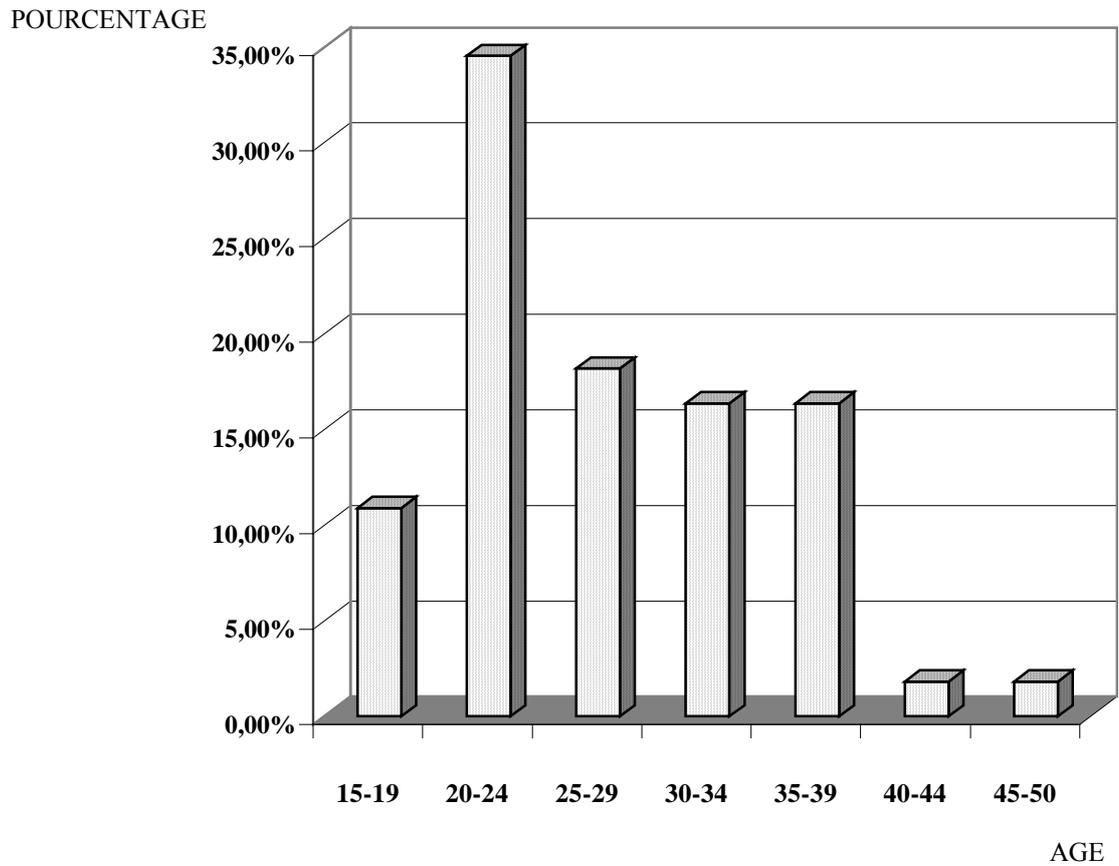


Figure n °1: les classes d'âges des patientes

2-3- Les complications

Il s'agit de complications, immédiatement ou quelques jours après l'acte, et de complications secondaires tardives un à deux ans après, sélectionnées et classées selon les motifs d'entrée, les états pathologiques discernés, les antécédents obstétricaux

* Les complications immédiates

La récapitulation figure ci-après

TABLEAU n°3 : Vue générale des complications immédiates

IMMEDIATES	MOTIFS D'ENTREE	DIAGNOSTICS	NOMBRE	%
Complications hémorragiques avec rétention placentaire	Métrorragie	Rétention placentaire	05	09,09
	Métrorragie et choc	Rétention placentaire	06	10 ,90
	Algie pelvienne et pertes	Endométrite	25	45,45
Complications infectieuses	Algie pelvienne et douleurs abdominales	Pelvipéritonite	03	5,45
	Douleurs abdominales	Péritonites	02	3,63
	Hyperthermie et algie pelvienne	Septicémies	02	3,63
Complications traumatiques	Algie pelvienne et pertes sanguines	Déchirure du col	05	9,09
	Algie pelvienne	Plaie vaginale	04	7,27
TOTAL			52	100

*** Les complications tardives**

Dressées sous forme de tableau

TABLEAU n°4 : Les trois complications tardives

COMPLICATIONS TARDIVES	ANTECEDENTS		NOMBRE	%
	OBSTETRICAUX	DIAGNOSTICS		
Menace d'accouchement	Avortement provoqué par curetage deux ans avant et un an avant sur deux grossesses de deux et trois mois	Béance cervicale	02	66,66
Stérilité	Deux avortements provoqués deux ans avant et 9 mois avant par curetage instrumental sur une grossesse de deux mois	Synéchie utérine	01	33,33
TOTAL			03	100

* **Les complications immédiates et les complications tardives.** L'association des deux complications sous forme de tableau

TABLEAU n°5: Les complications immédiates et les complications tardives

COMPLICATIONS	NOMBRE	%
Immédiates	52	94,54
Tardives	03	5,46
TOTAL	55	100

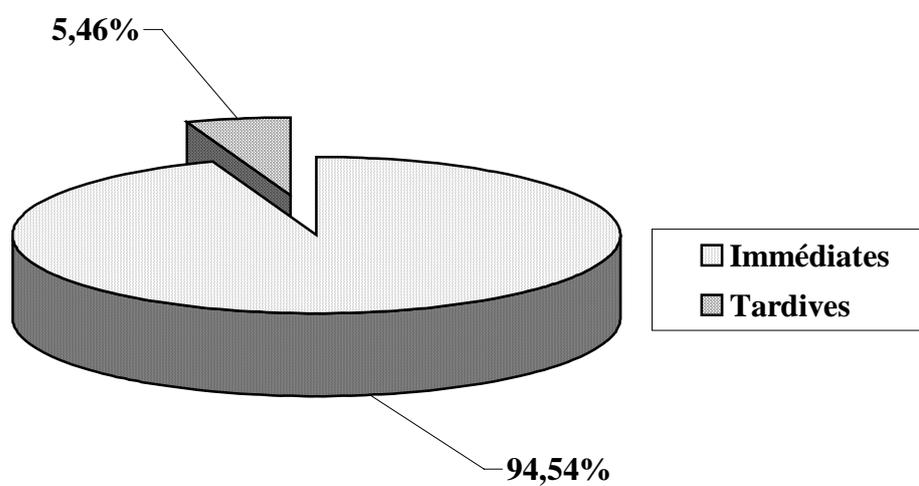


Figure n°2 : Les complications

2-3-1- Hémorragie minime (5 cas)

L'hémorragie est minime, il n'y a pas de choc, la femme présente un état anémique avec une asthénie progressive, des vertiges et bourdonnements d'oreilles une conjonctive pâle, la tension artérielle légèrement abaissée, le pouls accéléré.

- ✗ Au spéculum : du sang sort par l'orifice du col.
- ✗ Le toucher vaginal note un utérus augmenté de volume avec col perméable.
- ✗ L'hémogramme montre une diminution modérée des hématies.

Le traitement consiste à faire un curetage hémostatique, corriger l'anémie par des médicaments à base de Fer, des antibiotiques, du sérum anti- tétanique.

2-3-2- Choc Hémorragique (6 cas)

C'est un état de défaillance circulatoire aiguë avec une diminution importante de la masse sanguine circulante.

La patiente est en collapsus avec pression artérielle basse voire imprenable, le pouls petit et filant à peine perçu.

A l'inspection, on note:

- Une pâleur généralisée
- Une froideur et cyanose des extrémités
- Des sueurs, une polypnée
- Des troubles de la conscience
- Une polypnée
- Une oligurie

Au spéculum et toucher vaginale:

- L'utérus est augmenté de volume
- Le col entrouvert par lequel le sang sort

Il faut cureter, faire une transfusion, donner des antibiotiques, du sérum antitétanique.

2-3-3- Les pelvipéritonites (3cas)

Elles réalisent le tableau d'infection pelvi-génitale, la femme accuse des douleurs dans le bas ventre, la température s'élève, le pouls accéléré, l'état général est encore conservé.

On note une défense abdominale à la palpation. Le toucher vaginal est douloureux avec utérus mou augmenté de volume.

Au toucher rectal, il y a cris du Douglas. La ponction du Douglas ramène du pus franc, fétide. Il faut traiter en évacuant le pus par ponction du Douglas et si c'est nécessaire une laparotomie pour une toilette abdominale, donner des antibiotiques, administrer du sérum antitétanique.

2-3-4- Les péritonites (2 cas)

L'infection gagne tout le péritoine. La femme présente un état général altéré, une hyperthermie à 40°, une hypotension, des signes de déshydratation, les douleurs diffuses dans tout le ventre.

A la palpation, les muscles abdominaux sont sensibles et présentent des contractures. Le transitif digestif est troublé; il y a arrêt des matières et des gaz.

Le toucher vaginal est douloureux avec utérus mou augmenté de volume .Au toucher rectal, il y a cris du Douglas.

Le traitement est la même que celui des pelvipéritonites, à part le remplissage vasculaire et la correction des déséquilibres hydro- électrolytiques en plus.

2-3-5 Les endométrites (25 cas)

Ce sont les Endométrites aiguës : la femme accuse des douleurs dans les reins, aines cuisses et bas ventre, la température est légèrement élevée. Au spéculum, le col est rouge donnant issu à un liquide purulent.

Le toucher vaginal est douloureux avec utérus augmenté de volume.

Le traitement repose sur l'antibiothérapie, l'injection du sérum antitétanique et le curetage des restes de débris ovulaires.

2-3-6- Les Septicémies (2 cas)

C'est le passage des germes microbiens à partir du foyer initial par voie sanguine ou voie lymphatique vers le sang. La femme présente un malaise général, des frissons, une hyperthermie à grandes oscillations, de l'anurie, une grosse rate.

Au toucher vaginal, l'utérus est augmenté de volume et douloureux L'hémoculture met en évidence les germes responsables ; germe Gram- négatifs et le streptocoque.

Il faut traiter le foyer infectieux, faire le remplissage vasculaire et l'équilibre hydro électrolytique, donner des antibiotiques et du sérum antitétanique.

2-3-7-Les déchirures du col (5 cas)

Elle est due au raclage du col par la curette.

Au spéculum, on note la lésion du col. Le toucher vaginal est douloureux avec utérus augmenté de volume.

Le traitement est la suture de la plaie, l'antibiothérapie, le sérum antitétanique.

2-3-8-Les plaies vaginales (4 cas)

Le sondage et curetage à tort et à travers peuvent dévier vers le vagin et entraîner des plaies.

Au spéculum, on note des excoriations au niveau des culs de sacs.

Il faut suturer, faire de l'antibiothérapie et donner du sérum antitétanique.

2-3-9-La menace d'accouchement prématuré pour cause béance cervicale

Signes :

- Perte d'eau, sans douleurs, sans contraction utérine Au toucher vaginal, col ouvert avec poche des eaux bombées.
- Traitements: Avant trois mois, cerclage du col sous anesthésie générale

Après trois mois, repos stricte au lit jusqu'à l'accouchement

2-3-10- Stérilité pour cause synéchie utérine

La femme n'arrive pas à avoir d'enfant, à l'hystérosalpingographie et à l'échographie, les parois de l'utérus s'accolent.

Le traitement: dilatation par les bougies de Hégar

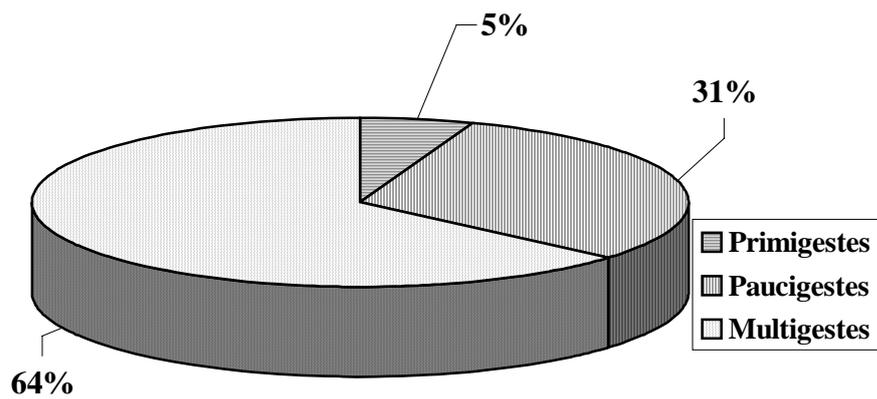
2.4- Répartition selon la gestité

Nous avons trouvé des femmes Primigestes c'est à dire n'ayant été enceintes qu'une seule fois, des femmes paucigestes étant enceintes deux à trois fois, et des femmes multigestes étant enceintes plus de trois fois.

TABLEAU n°6: La gestité

GESTITE	NOMBRE	%
Primigestes	3	5,45
Paucigestes	17	30,90
Multigestes	35	63,63
TOTAL	55	100

Les femmes multigestes sont majoritaires : 63,63% suivies par les paucigestes: 30,90% et les primigestes ne sont pas négligeables : 5,45%

**Figure n°3 : La gestité**

2-5- Répartition selon la parité

On entend par nullipare, des femmes qui n'ont eu aucun enfant, les primipares: les femmes qui n'ont accouché qu'une seule fois ; les paucipares: les femmes qui ont accouché deux à trois fois, et les multipares des femmes qui ont plus de trois enfants

TABLEAU n°7: Répartition selon la parité

PARITE	NOMBRE	%
Nullipare	10	18,18%
Primipare	16	27,27%
Paucipare	14	23,63%
Multipare	15	25,45%
TOTAL	55	100%

Les Primipares:27,27% occupent le premier rang,, suivi des multipares:25,45%; les paucipares:23,63%et les nullipares représentent un taux non - négligeables .

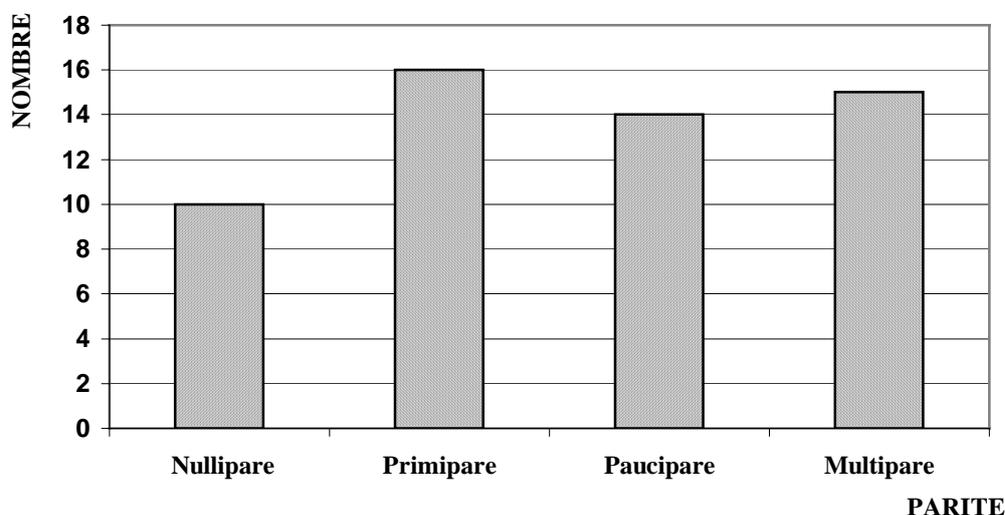


Figure n°4 : La parité

2-6-Répartition selon les professions en rapport avec les manœuvres abortives

Nous n'avons pu recueillir les informations professionnelles que chez une vingtaine de malades seulement. Ces activités sont diverses : deux fonctionnaires, deux étudiantes, six marchandes, onze agricultrices. Leur répartition en rapport avec les manœuvres abortives est répartie comme suite pour ces vingt un femmes.

TABLEAU n°8: Répartition selon les manœuvres abortives

MANŒUVRE ABORTIVE	PROFESSION	NOMBRE	%
Pose d'une sonde suivie d'une curetage	-Agricultrices	3	15
	- Marchandes	3	15
Injection en intra- musculaire d'un médicament de nom inconnu suivi d'un curetage	-Agricultrices	3	10
	- Marchandes	3	15
	- Etudiantes	1	5
	- Fonctionnaires	1	5
Mise en place de Nifin' Akanga	-Agricultrices	2	10
Comprimé de nom inconnu placé au niveau du col	-Agricultrices	3	15
Perforation par ciseau	- Etudiantes	1	5
	- Fonctionnaires	1	5
TOTAL		21	100

2.7- Répartition selon les situations matrimoniales

Nous avons relevé des femmes mariées, des célibataires, des veuves

Les pourcentages et les nombres sont indiqués sur le tableau ci- dessous:

TABLEAU n°9 : Les situations matrimoniales

SITUATIONS MATRIMONIALES	NOMBRE	%
Célibataires	10	18,18
Mariées	41	74,54
Veuves	4	3,63
TOTAL	55	100%

La majorité sont des femmes mariées: 74,54%,les célibataires représentent une proportion assez élevé:18,18%et les veuves ne représentent que 3,63%

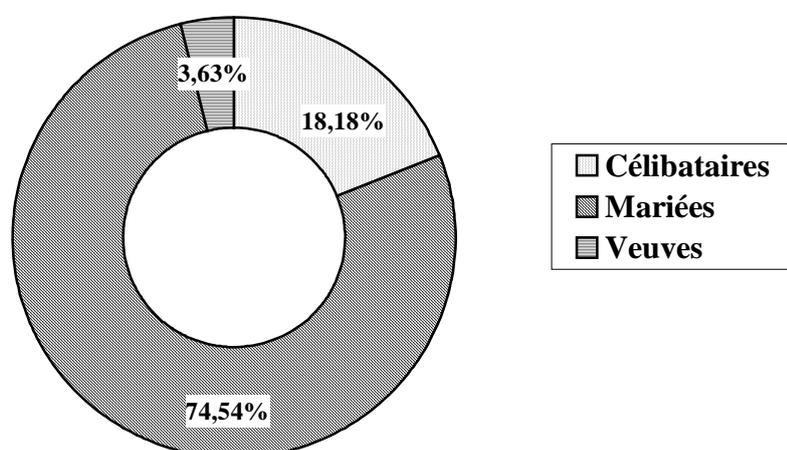


Figure n°5 : La situation matrimoniale

2-8- Répartition selon l'âge de grossesse

Le tableau ci-dessous nous montre la fréquence des avortements provoqués suivant les tranches d'âges de grossesse.

TABLEAU N°10: Répartition des avortements provoqués classés par tranche d'âges de la grossesse

AGE DE GROSSESSE	NOMBRE	%
0 - 6 S.A	05	09,09%
7 - 13 S.A	40	72,72%
14 - 20 S.A	08	14,54%
21 - 27 S.A	02	03,63%
TOTAL	55	100%

La fréquence se trouve surtout entre l'âge de 7 à 13 semaines d'aménorrhée.

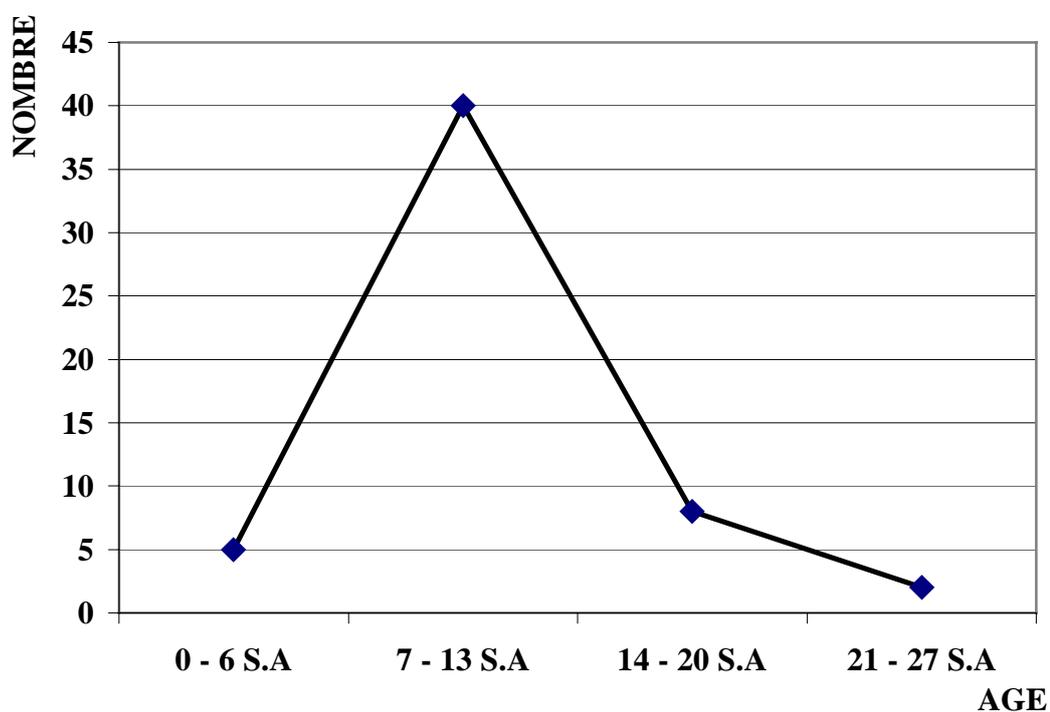


Figure n°6 : variation de l'âge des embryons avortés

2-9- Les avorteurs

Parmi les 55 cas, nous avons pu identifier les agents avorteurs

TABLEAU n°11: Liste des avorteurs

AVORTEURS	NOMBRE	%
Médecins	08	14,54%
Infirmiers	10	18,18%
Sage- femmes	14	25,45%
Matrones	18	32,72%
La personne même	05	09,09%
TOTAL	55	100%

Les sages-femmes, les médecins et les matrones sont les principaux avorteurs

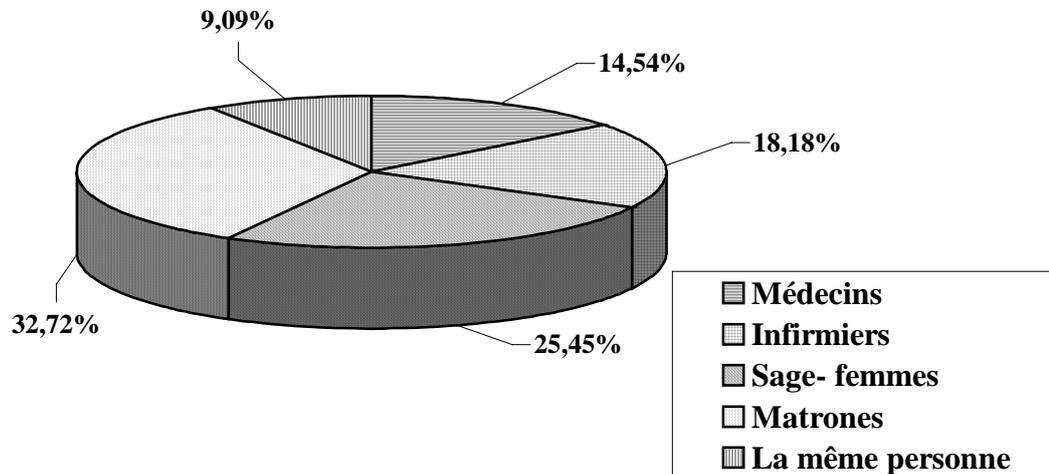


Figure n° 7 : Les avorteurs

2-10- Les manœuvres abortives

Les manœuvres abortives que les femmes ont effectuées sont réparties sur le tableau N°12

Toutes ces manœuvres employées ont entraîné presque les même variétés de complications seulement à des degrés et des fréquence différents aussi bien pour les complications immédiates que les complications tardives

TABLEAU n°12 : Répartition des pathologies observées en rapport avec les manœuvres abortives

MANOEUVRES	PATHOLOGIES	NOMBRE	%
	- Rétention placentaire + Métrorragie minime	1	5,5
	- Rétention placentaire +Choc Hémorragique	2	11,11
Sondage + Curetage	Endométrites	10	55,55
	Pelvipéritonites	1	5,5
	Péritonites	1	5,5
	Septicémies	1	5,5
	Déchirure de col	0	0
	Plaie vaginale	0	0
	Béance cervicale	2	11,11
	TOTAL	18	100

MANOEUVRES	PATHOLOGIES	NOMBRE	%
	- Rétention placentaire + Métrorragie minime	1	5,26
	- Rétention placentaire +Choc Hémorragique	2	10,52
Injection de médicament inconnu + Curetage	Endométrites	7	38,84
	Pelvipéritonites	1	5,26
	Péritonites	1	5,26
	Septicémies	0	0
	Déchirure de col	4	21,05
	Plaie vaginale	2	10,52
	Synéchie utérine	1	5,25
	TOTAL	19	100

MANOEUVRES	PATHOLOGIES	NOMBRE	%
	- Rétention placentaire + Métrorragie minime	1	14,28
	- Rétention placentaire +Choc Hémorragique	1	14,28
Nifin' Akanga	Endométrite	4	57,14
	Pelvipéritonite	1	14,28
	Péritonite	0	0
	Septicémies	0	0
	Déchirure de col	0	0
	Plaie vaginale	0	0
	TOTAL	7	100

MANOEUVRES	PATHOLOGIES	NOMBRE	%
	- Rétention placentaire + Métrorragie minime	2	25
	- Rétention placentaire +Choc Hémorragique	1	12,5
Comprimé placé au niveau du col	Endométrite	4	50
	Pelvipéritonite	0	0
	Péritonite	0	0
	Septicémies	1	12,5
	Déchirure de col	0	0
	Plaie vaginale	0	0
	TOTAL	08	100

MANOEUVRES	PATHOLOGIES	NOMBRE	%
	- Rétention placentaire + Métrorragie minime	0	0
	- Rétention placentaire +Choc Hémorragique	0	0
Perforation par ciseaux	Endométrite	0	0
	Pelvipéritonite	0	0
	Péritonite	0	0
	Septicémies	0	0
	Déchirure de col	1	33,33
	Plaie vaginale	2	66,66
	TOTAL	03	100

TABLEAU n°13 : Répartition des méthodes abortives utilisées

MOYENS	NOMBRE	%
Pose d'une sonde puis curetage	18	32,72%
Curetage après injection de médicaments de nom inconnu en intramusculaire	19	34,54%
Nifin'akanga	07	12,72%
Perforation par ciseaux	03	5,45%
Médicaments inconnus (comprimés) administrés au niveau du col	08	14,54%
TOTAL	55	100%

Le curetage après injection de médicaments de nom inconnu en intramusculaire occupe la première place, suivi de la pose d'une sonde. La mise en place du Nifin'akanga : Plantes dans la famille de Commelinacées appelée aussi *Commelina madagascariensis* (23) au niveau du col représente 12,72% et les perforations par ciseau:5,45%

2-11 Les aveux

A l'interrogatoire toutes les femmes ont avoué avoir fait des avortements provoqués

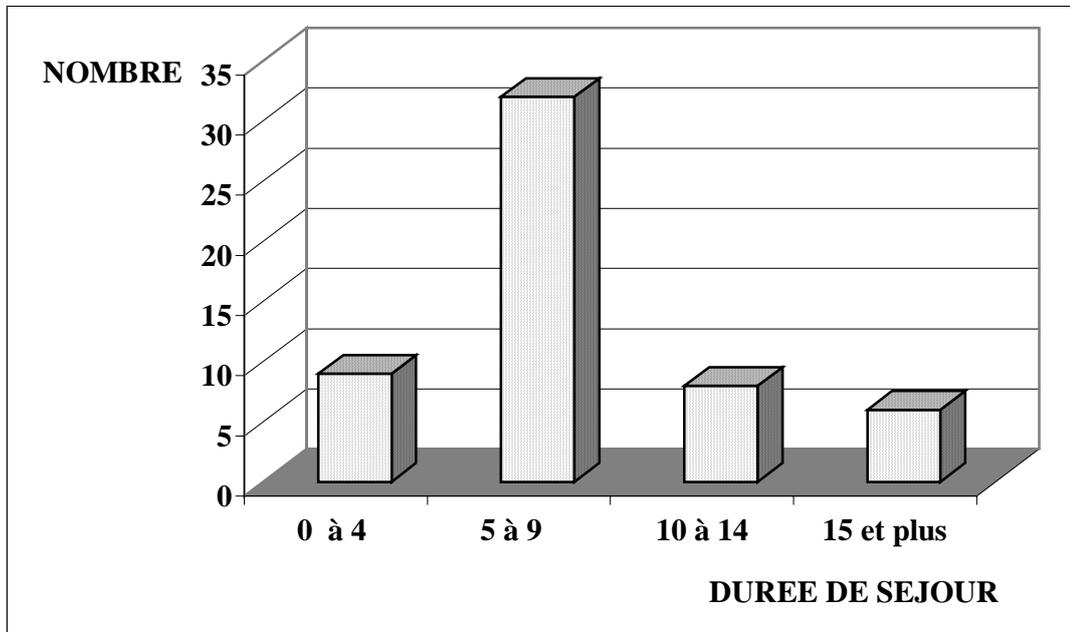
2-12- La durée d'hospitalisation

Plus les complications sont graves, plus la durée d'hospitalisation est longue.

TABLEAU n°14: Durée d'hospitalisation

DUREE (jours)	NOMBRE	%
0-4	09	16,36%
5 – 9	32	58,18%
10 - 14	08	14,54%
15 et plus	06	10,90%
TOTAL	55	100%

Plus de la moitié ont séjourné entre 5 à 9 jours à l'hôpital.

**Figure n°8 :** Durée de séjour hospitalier

2-13- Les issues

Les issues sont les diagnostics de sortie des malades de l'hôpital. Malgré la gravité des certaines complications comme les péritonites, les chocs hémorragiques, il n'y a pas eu de décès.

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES – SUGGESTIONS

I - COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1-1- A propos de l'âge de la femme et la gestité

Les âges extrêmes sont de 15 et 49 ans : c'est surtout chez les femmes jeunes qu'on trouve des primigestes. Elles risqueraient d'être stériles : conséquence des complications tardives.

1-2- A propos de l'âge de grossesse.

La jeunesse de l'âge de grossesse n'épargne pas les complications. Des gens pensent que plus la grossesse est au stade de début et plus les complications sont moindres ou le cas contraire mais dans notre cas il n'en est rien car l'association des complications hémorragiques, infectieuses, mécaniques entraîne même des gravités sans rapport avec l'âge de la grossesse.

1-3- A propos de la parité, situation matrimoniale et les professions:

Ce n'est pas toujours les femmes mariées qui tombent enceintes bien qu'elles occupent la majorité des cas, les célibataires qui sont nullipares ont une place non négligeable, elles risqueraient de ne plus enfanter quand elles se marieront. Concernant les professions, ce sont les agricultrices et ménagères qui sont en grand nombre peut-être à cause de leur niveau intellectuel ou à leur bas niveau de vie les obligeant à fréquenter des matrones en cas de grossesse ignorant l'existence des méthodes, comme c'est la cas des fonctionnaires et des étudiantes.

1-4 - A propos de la durée d'hospitalisation et les issues

Une semaine d'hospitalisation en moyenne a été constatée dans notre cas, une semaine de perte de temps, d'argent avec de l'angoisse inutile.

Mais malgré les gravités de certaines complications, les décès qui sont presque toujours constatés dans d'autres cas n'ont pas été vus, ainsi on peut dire que ces femmes ont eu de la chance car elles ont échappé à la mort.

1-5- A propos des avorteurs et des moyens abortifs

Les avorteurs font l'acte dans des milieux non hospitaliers, presque toujours septiques d'où les risques d'infections.

Dans un centre mal équipé avec un nouvel apprenti qui essaie d'approfondir sa connaissance en matière de curetage et sondage, les manœuvres se font à tort et à travers d'où les complications. Il y a le fait aussi que les avorteurs ne font pas les suivis de leurs malades ou bien ils ne savent que faire s'il y a complications. Ceux-ci obligent la femme à venir à l'hôpital.

Enfin, les avorteurs oublient que leurs actes sont illégaux, à cause de la valeur de l'argent.

Toutes les manœuvres abortives utilisées ont entraîné presque les mêmes variétés de complications mais, à des degrés et des fréquences différents, la gravité des pathologies qu'elles entraînent réside du fait du retard de l'évacuation sanitaire l'emploi des matériels souillés, une manipulation aveugle sans contrôle radiographique ou échographique et sans bilan pré opératoire.

La mise en place de la plante Nifin'Akanga a été faite par deux agricultrices peut-être à cause de leur endémicité à la campagne ?

L'infection de médicament de nom inconnu suivie d'un curetage a été faite par des femmes ayant des situations professionnelles diversifiées.

Les étudiantes et les fonctionnaires ont choisi l'usage des ciseaux et injection de médicament de nom inconnu suivi d'un curetage, ont-elles réalisé la survenue des complications ?

Les marchandes ayant fait des avortements par sondage, suivi d'un curetage ont peut-être espéré aboutir à des résultats sans complications alors que c'est le cas contraire qu'elles ont vécu.

Les médicaments de noms inconnus placés au niveau du col par des agricultrices peuvent être n'importe quel médicament vendu chez l'épicier à la campagne.

1-6- A propos des complications

*** les complications immédiates**

Les complications peuvent être banales et minimes, ceci réside du fait que la femme s'amène rapidement à l'hôpital dès qu'elle soupçonne la moindre gêne comme une douleur pelvienne ou une métrorragie, mais dans le cas contraire, les complications

peuvent s'aggraver entraînant la survenue des pelvipéritonites, septicémies, péritonites car il n'y avait pas eu de suivie.

*** Les complications tardives**

A l'interrogatoire, trois femmes avaient eu des antécédents d'avortements provoqués dont les âges de grossesse étaient respectivement de 2 mois et 3 mois et les complications actuelles sont des menaces de l'avortement prématuré avec béance du col et stérilité pour synéchie utérine.

Ni la fréquence, ni l'ancienneté des avortements provoqués antérieurs n'ont pas empêché l'apparition des complications tardives.

*** Dans les deux cas**

Les complications immédiates occupent les majeurs partis mais il faut savoir aussi que les complications tardives sont graves et dangereuses comme la stérilité.

1-7- A propos des aveux

Toutes les femmes ont regretté d'avoir fait de l'avortement aussi bien pour celles qui ont eu des complications minimales que les complications graves car elles n'ont pas été prévenues de ces dernières, d'autres ont cru que cela n'arrive qu'aux autres, que même, s'il y avait complication, ce serait minime sans besoin d'une indication d'hospitalisation et pourtant, c'est le cas contraire qui s'était passé.

II- SUGGESTIONS

Etant donné que les motifs essentiels qui poussent les femmes à recourir à l'avortement provoqué sont

- L'ignorance des complications, l'ignorance des méthodes de prévention, l'envie sexuelle incontrôlée, la honte et l'angoisse devant la société, nous jugeons nécessaire de trouver les solutions dans ces domaines
- Les complications doivent être expliquées et éclaircies aux gens (affichages, publicités...)
- Les manipulations des méthodes de prévention doivent être expliquées et accessibles à tous et à toutes
- L'éducation en matière de sexualité doit être renforcée aussi bien dans les domaines familiaux que sociaux pour que les gens ne le pratiquent qu'au bon moment (maturité, équilibre économique, après le mariage...)

D'où nous avons fait appel à

- ✓ L'éducation dans le domaine familial
- ✓ L'éducation dans le domaine social
- ✓ La nécessité de la planification familiale
- ✓ L'essai sur la publication des complications

2-1-Education dans le domaine familial

Pour les parents, bien que la vie soit chère et que le pouvoir d'achat manque de plus en plus et nourrir un futur nouveau né serait difficile, il faut éviter les avortements vu les complications que peuvent subir une mère et toute la famille si cette dernière meurt.

Les adolescents : le problème de la sexualité est une réalité pour les jeunes en âge de puberté. Nous pensons qu'ils doivent se livrer à des activités pour occuper leur temps, s'éloigner de toutes les circonstances qui attirent vers la relation sexuelle, et n'en faire qu'après le mariage vu la honte de porter une grossesse pour les jeunes filles.

Dialogue parents - adolescents: Des dialogues ouverts sur le plan de sexualité, flirt, fiançailles, mariage, maladies sexuelles et surtout les complications de l'avortement provoqué doivent exister entre parents et adolescents tout ceci sans aucun complexe d'infériorité ou de supériorité, ni un conflit de génération.

2-2- Education dans le domaine social

Se familiariser avec les gens et entre jeunes, c'est bien (flirt, fiancé, amis, groupes de jeunes ...) mais que cette familiarité ne conduise pas à la relation sexuelle pouvant conduire à son tour à une grossesse non désirée.

Ainsi, il faut éviter tous les facteurs qui inhiberaient le contrôle de soi comme l'alcool, les drogues, la fréquentation des boîtes de nuit, la lecture des livres et films pornographiques.

A l'école : les éducations sexuelles, l'enseignement à propos de la physiologie de l'appareil génital doivent être soutenus et encouragés.

Des relations parents-élèves-éducateurs, doivent s'établir pour expliquer les comportements des jeunes afin que les éducations données par les professeurs soient complétées par celles des parents.

Le foyer des jeunes: Beaucoup de gens veulent sortir de la famille pour s'aventurer et chercher des moyens de subsistance : c'est un acte louable, mais il faut que les dirigeants sociaux en collaboration avec les parents les groupent dans un lieu sûr comme le foyer de jeunes; ils faut qu'ils les surveillent et les éduquent.

A part cela, la mise en place des bibliothèques et des terrains de sport, des projections de films éducatifs.

L'offre d'emploi: donner du travail à un couple, rendre le salaire adapté au besoin de la famille leur donne une assurance et éviterait la tentation à un avortement.

2-3- La planification familiale

L'ignorance des méthodes, l'ignorance des effets secondaires, les motifs de croyance, l'éloignement du centre découragent les femmes à suivre du planning familial, mais elles doivent savoir que les complications de l'avortement provoqué sont plus dramatiques, voire, fatales que ces arguments, aussi, nous pensons que la meilleure méthode d'éviter l'avortement et leurs complications est la planification familiale.

2-3-1-Les différentes méthodes

a) Les méthodes naturelles

- +le coït interrompu
- +l'auto- observation de la glaire cervicale
- +méthode de température
- +méthode sympto- thermique

b) Les méthodes modernes

*** Méthodes de barrière**

- +les barrières mécaniques: le condom, le diaphragme, le capot cervical
- +les barrières chimiques: les spermicides, les mousses spermicides, l'association des deux

*** Méthodes hormonale**

- +Les contraceptifs oraux: les pilules oestro-progestatifs, les pilules progestatifs.
- +Les contraceptifs injectables: les Depoprovera, le Norplant

*** Les méthodes chirurgicales** : la contraception chirurgicale volontaire féminine et la vasectomie

2-3-2 Brefs aperçus des méthodes

a) les méthodes naturelles

Méthode de calendrier, méthode de température, méthode de la glaire cervicale, l'association des trois.

Fonctionnement: un couple s'abstient de faire des rapports pendant les jours féconds (aux environs du 14^e jour avant les prochaines règles)

Efficacité: efficace si les couples arrivent à s'abstenir pendant les jours féconds.

Avantage: aucun produit ou dispositif n'est nécessaire, aucun effet secondaire, acceptable pour certaines religions qui n'approuvent pas les autres méthodes .

b) Les préservatifs (condom)

Fonctionnement: c'est une gaine de caoutchouc qu'on porte sur le pénis durant les rapports: il retient le sperme de l'homme

Efficacité: efficace quand on se sert correctement à chaque rapport;

Avantages: aucun effet secondaire, aucune ordonnance ou examen médical, protège contre les maladies sexuellement transmissibles.

c) Le diaphragme

Fonctionnement: c'est un disque de latex pouvant avoir 6 à 10 cm de diamètre; placé au fond du vagin avant chaque rapport et gardé au moins 6h après. Il empêche ainsi les spermatozoïdes de pénétrer dans l'utérus.

Efficacité: efficace surtout s'il est complété par un spermicide.

Avantage: sans effets secondaires, peut durer plusieurs années, ne cause aucun désagrément pour l'homme ou la femme.

d) Spermicides. Ce sont les gels, des comprimés ou ovules qu'on met dans le vagin avant chaque rapport rendant les spermatozoïdes inactifs.

Avantages: aucune ordonnance ou examen médical, sans effets secondaires, protège contre les M.S.T.

e) Les pilules

Fonctionnement: bloque l'ovulation, épaisit les glaires, rend atrophique l'endomètre.

Avantage: permet le rapport au temps voulu

Contre Indications:

- Hypercholestérolémie
- Hypertriglyceridémie

- Cancer génital
- Maladies hépatiques
- Varices
- Cardiopathies
- Hypertension artérielle
- Diabète
- Drépanocytose

f) Les injectables: c'est un progestatif retard empêchant l'ovulation, épaissit la glaire cervicale

Types: Dépoprovera, Noristerat

Avantages: ont une action prolongée jusqu'à trois mois; ne supprime pas la lactation

Contre- indications:

- Hypercholestérolémie
- Hypertriglyceridémie
- Cancer génital
- Maladies hépatiques
- Varices
- Embolies pulmonaires
- Cardiopathies
- Hypertension artérielle

g) Le Norplant : le Norplant est composé de 5 capsules creuses de silice de 34mm de long, 2,4mm de large, renferme 36mg de progestatif

Fonctionnement: placé sous la peau à la face interne ou externe du bras ; l'hormone est libérée lentement à un rythme constant pendant plusieurs années entraînant un blocage de l'ovulation et épaississement de la glaire cervicale.

Avantages: permet une action de longue durée jusqu'à 5 ans ; on peut les retirer à tout moment

Contre- indications: hépatite, thrombophlébites, embolies pulmonaires, diabète, hypercholestérolémies, cardiopathies, état dépressif.

h) La vasectomie, la ligature et section des trompes

Indications: intolérance aux autres méthodes et ne veut plus d'enfant;

Contre- indications: jeune âge; mariage instable ; peu d'enfants;

Exigence: - consentement réfléchi

- Volontaire et libre de toute pression

- consentement du conjoint

Avantages: sans effets secondaires, ne diminuent pas le libido

i) Le stérilet

Il empêche à l'arrivée de l'ovule à la rencontre des spermatozoïdes, la progestérone qui la compose entraîne un verrou au niveau du col empêchant les spermatozoïdes d'arriver jusqu'à la trompe.

Efficacité: elle dure de 2 à 5ans

Avantages: ne gêne pas le rapport sexuel

Contre indications: grossesse, anomalie de l'utérus, inflammation pelvienne.

2-4- Systèmes de communication à propos des complications

La douleur intimide les hommes, la crainte de la mort angoisse les gens ; ces deux phénomènes sont constatés dans les complications des avortements provoqués. Des femmes ignorent que l'acte pourrait se compliquer, telles autres n'avaient été atteintes que par des complications minimales, d'autres pensent que cela n'arrive qu'aux autres et certaines disent même que l'avortement est la meilleure solution. C'est qu'elles ignorent qu'il y a de diverses sortes de complications.

Pour cela, il faut mettre en évidence ces différentes variétés depuis les complications minimales telles les anémies, les rétentions placentaires, les complications moins graves comme les plaies vaginales, les déchirures du col jusqu'aux complications graves qui sont : le choc hémorragique, les pelvipéritonites, les péritonites et la mort en ce qui concerne les complications immédiates; la stérilité, les troubles menstruels, les fausses couches spontanées en ce qui concerne les complications tardives.

On fait des affiches, on les publie dans les médias (télévisions, radios,...) dans les établissements scolaires, foyers des jeunes, dans les centres de regroupement, à l'hôpital, au Fokontany, dans les garnisons militaires, au temple, dans les centres de rééducation, les prisons.

Il faut en faire des théâtres, des discussions, des dialogues, des films.

Cela ferait de l'effet aux gens qui écouterait et regarderait ; cela va atteindre leur propre personne; cela va les faire réfléchir avant tout acte sexuel.

Quels que soient leurs convictions religieuses, leurs âges, c'est à eux de rechercher les méthodes préventives en accédant à la planification familiale. Ils ne vont pas insister sur les effets secondaires comme l'acné, l'obésité, ni sur le trouble de la libido après avoir employé des méthodes comme les préservatifs, les spermicides. Ils ne critiqueront plus les méthodes; ils essayeront d'apprendre de plus près leurs manipulations.

Ils vont accepter les conseils des parents et des éducateurs sociaux; ils vont demander aux dirigeants des églises comment fait-on pour inhiber l'obsession sexuelle ?. La loi sera alors respectée, les travaux des agents sanitaires et des éducateurs seront facilités.

CONCLUSION

CONCLUSION

Malgré l'illégalité de l'acte, la pratique de l'avortement provoqué existe encore, ses complications aussi bien hémorragiques, infectieuses que traumatiques sont redoutables causant des sérieux handicaps à la longue comme la stérilité, voire même la mort dans certains cas, les sous estimer n'est pas une bonne réflexion, la crédibilité du "cela n'arrive qu'aux autres" n'est plus justifiée. Nous comprenons bien les soucis de certaines femmes qui n'ayant été prévenues d'aucune méthode, tombent enceintes et recourent à la pratique des avortements clandestins.

A l'avenir, nous les invitons à s'orienter vers des centres hospitaliers, à consulter les responsables compétents qui leur indiqueront les moyens de préventions adaptés à chacune d'elles et de garder autant que possible la grossesse jusqu'à terme vu les complications des avortements.

Pour d'autres femmes qui pensent que l'avortement provoqué est le moyen le plus efficace et le plus facile, nous les conseillons de chercher d'autres méthodes parmi celles qui sont citées dans ce livre car leurs arguments ne sont pas justifiés vu les complications.

Les adolescentes ne doivent s'aventurer sur des chemins qui peuvent conduire à une grossesse non désirée, il vaut mieux qu'elles se livrent à des loisirs sociaux sportifs et éducatifs.

Pour toutes ces personnes, des éducations sociales et familiales ainsi que la sensibilisation à la méthode de prévention adaptable à chaque individu telle la planification familiale restent les meilleures solutions. Nous lançons donc un appel à tous les individus, associations et personnels techniques à prendre leurs responsabilités pour faire une campagne de sensibilisation dans ces domaines.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- 1- WILCOX A. J et Coll. Maternité sans risque. Kinshasa : CECSP, 1990 : 2-230.
- 2- SIVIN I et Coll. Contribution à l'amélioration de la santé de la femme et des enfants. Rapport sur une conférence de Nairobi Kenya. OMS, 1999 : 21-23.
- 3- SOUTOUL J. H et al. Avortements médicaux. Encycl. Méd. Chir-Gynécologie. Paris : Ed. Techniques, 1995, 738B10 : 20.
- 4- BODIAGINA. Précis d'obstétrique. MIR Moscou, 1995 : 1-437
- 5- LACOMBE M. Précis d'anatomie et de physiologie. Paris : Masson, 1995 : 78-79
- 6- MICHEL A. Notre corps – nous-mêmes : connaissance du corps humain. Ivry : Epigoles, 1990 : 198–200
- 7- MEYER R, MELCHIOR J. Précis d'obstétrique. Paris : Masson, 2001 : 1-830
- 8- BAZY M. L. Physiologie ovarienne et régulation neuro-endocrinienne du cycle menstruel. Encycl. Med. Chir-Gynécologie. Paris : Ed. Techniques, 2000, 50A10 : 1-7
- 9- DOUZE M. Le cycle menstruel. Sage-femme.1990, III, 4 : 18-23
- 10- OMS. Dosage radio immunologique des hormones. Genève : OMS, 1992 : 13-15
- 11- RAKOTOMALALA S. Epidémiologie des avortements provoqués à propos de 30 cas observés à la maternité HJRA . Thèse Médecine. 1992 ; n°2815
- 12- BELZER M et Coll . Contraception d'urgence pour la jeune mère. J. San. Adol., 2003, 32 : 122-126
- 13- RAMANDRATOSOA Z. Problèmes posés par l'avortement chez les adolescentes. Thèse Médecine Antananarivo. 1992 ; n°2850
- 14- WARBURTON et al. Illegal abortion in selected African Capital cities. New York: Lange Medical, 1995 : 5-10

- 15- OMS. Guide essentiel OMS de planification familiale. Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives. Genève : OMS / SHR. ; 2ème éd. 2005
- 16- ANDRIANASOLO E. N. Réflexion sur les pelvi-péritonite post abortum à propos de 16 cas observés dans le service de gynécologie et reproduction humaine. HJRA. Thèse Médecine Antananarivo. 1989 ; n°1977.
- 17- Agrégés du Pharo. Technique élémentaire pour médecins isolés, Technique Chirurgicale ; 1 ; . Paris : DGDL, 1979 : 223 – 257
- 18- SODERBERG G, LINDAREN S. Influence de la dispositive intra-utérine. Fédération internationale pour la planification familiale. Paris : Flammarion, 1998 : 19 - 50
- 19- TEISDA D T. L'interruption volontaire de la grossesse. Rev. Prat. Paris : J. B. Baillière, 2001; 30 ; 48 : 4950
- 20- CUSSENOT S. et Coll. Les avortements provoqués et leurs complications . Encycl. Méd. Chir-Gynécologie. Paris : Ed. Techniques, 576 B103. 1995 : 18
- 21- OMS. Législation de l'avortement dans le monde, aperçu des lois et règlements en vigueur. Genève : OMS, 1990 : 4 , 8, 9
- 22- RALAIVAO C. Etude du tambavy au cours de la grossesse. Thèse Médecine Antananarivo.1992 ; n°2655
- 23- RAMORASATA E. P. Etiologie et complications des avortements provoqués à la maternité HJRA. Thèse Médecine Antananarivo. 1992 ; n°2142
- 24- BASOAL S et Coll. Ovarian function following a single administration of depo-medroxy progesterone acetate at different dose. Fertility. New York : Lange Medical, 1995, 425 : 216 - 322
- 25- OMS. Complications de l'avortement dans les pays sous développés . Genève : OMS. 1998 : 150 - 158

- 26- PIERRE F, SOUTOUL J. H. Les complications obstétricales des avortements spontanés et provoqués. Encycl. Méd. Chir-Gynécologie. Paris : Ed. Techniques, 1989, 80 A10 : 3 - 10
- 27- HATZARKMAN S. D. Mariés et heureux. Antananarivo : Saint Paul, 1990 : 1-142
- 28- OMS. Santé meilleure source de progrès Kinshasa. Genève : OMS. 1990 : 77 - 96
- 29- SOCIETE BIBLIQUE MALGACHE. La Sainte Bible. UBS-AFRSC.1977 : 79