



African Population and
Health Research Center



Qualité des soins après-avortement au Burkina Faso



Contexte

Au Burkina Faso, l'avortement fait l'objet d'une restriction et est autorisé uniquement pour sauver la vie de la femme, en cas de malformation fœtale, de viol ou d'inceste. L'avortement est également fortement stigmatisé dans le pays. En conséquence, la majorité des femmes en quête d'avortement recourent à des services clandestins pratiqués dans des conditions non sécurisées. La moitié de ces avortements entraîne des complications qui nécessitent bien souvent un traitement spécialisé par un personnel de santé hautement qualifié et de longs séjours hospitaliers. Les statistiques du ministère de la Santé montrent

que 64% des complications d'avortement sont traitées dans les structures sanitaires publiques du Burkina Faso. Or, très peu d'informations existent sur la capacité de ces structures à prendre en charge les complications et la qualité des services offerts. Cette synthèse a pour objectif de récapituler les données scientifiques sur la qualité des soins après-avortement (SAA) au Burkina Faso obtenues à partir d'une étude transversale portant sur 414 structures sanitaires publiques primaires, secondaires et tertiaires dans sept régions sanitaires, ainsi que 2174 patientes de SAA.

Définitions

Soins après-avortement de base: Capacité attendue des structures de niveau primaire et déterminée sur la base de sept indicateurs: quatre sur les services spécifiques de traitement, deux sur le personnel et les références, et un sur les services préventifs post-avortement.

Soins après-avortement complets: Capacité attendue des structures de référence et déterminée sur la base de neuf indicateurs: quatre sur les services spécifiques de traitement, deux sur les services de contraception post-avortement, deux sur la capacité à faire une transfusion sanguine, et une chirurgie abdominale majeure, et un sur le personnel.

Structures sanitaires de niveau primaire = CSPS

Structures sanitaires de référence = Structures secondaires (CM, CMA, CHR) et tertiaires (CHU)

Principaux résultats

Capacité des structures sanitaires à offrir des services de SAA

SAA de base dans les structures sanitaires primaires

- Seulement 12% des structures sanitaires primaires pouvaient offrir des SAA de base.
- La région de la Boucle de Mouhoun avait la proportion la plus élevée de structures sanitaires primaires capables de fournir des SAA de base (19%), contrairement à la région du Centre Ouest qui avait la plus faible capacité (5%).
- En appliquant des critères moins restrictifs (exclusion du personnel habilité à effectuer un accouchement) la capacité des structures sanitaires primaires s’est amélioré à 14%. Les régions du Centre et du Nord sont passées en tête avec 21%.
- En excluant le personnel capable de faire un accouchement et la provision de méthodes contraceptives, la capacité des structures est passée à 18%.
- Cependant, en excluant la disponibilité de véhicule avec du carburant (pour les évacuations de patientes), la capacité globale en SAA de base des structures sanitaires primaires s’est considérablement améliorée à 65% (Figure 1).

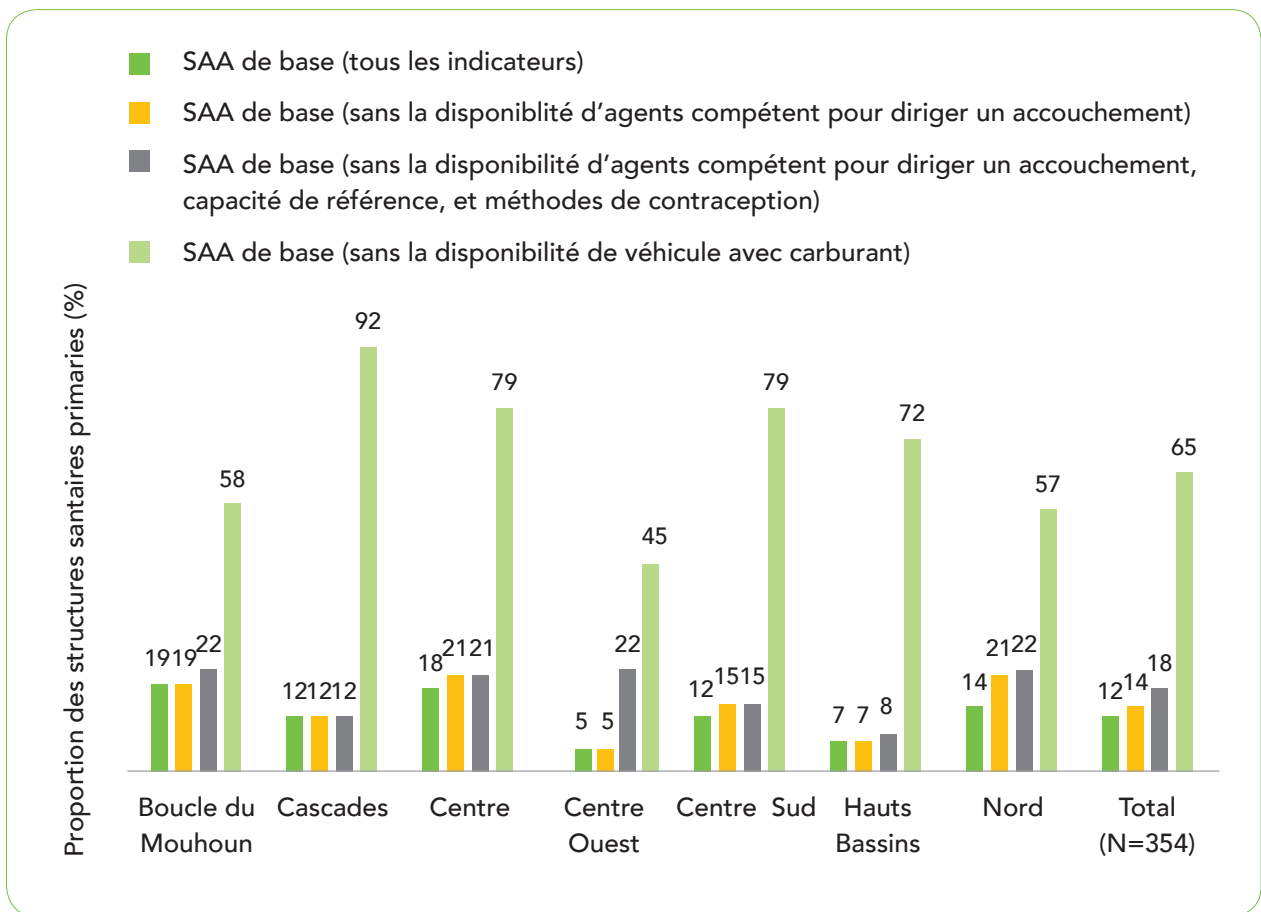


Figure 1: Proportion des structures sanitaires primaires capable d’offrir des SAA de base

SAA complets dans les structures sanitaires de référence

- Trois structures de référence sur 10 (30%) pouvaient fournir des SAA complets, et la région des Hauts Bassins avait la plus forte proportion de structures sanitaires de référence capables d'offrir ces services.
- Très peu de changement a été noté dans les régions en utilisant des critères moins

restrictifs d'analyse tels que l'exclusion du personnel ayant une capacité à effectuer des césariennes, la disponibilité d'une méthode de planification familiale à courte et longue durée d'action ou permanente, ou encore la disponibilité d'un véhicule avec du carburant (Figure 2).

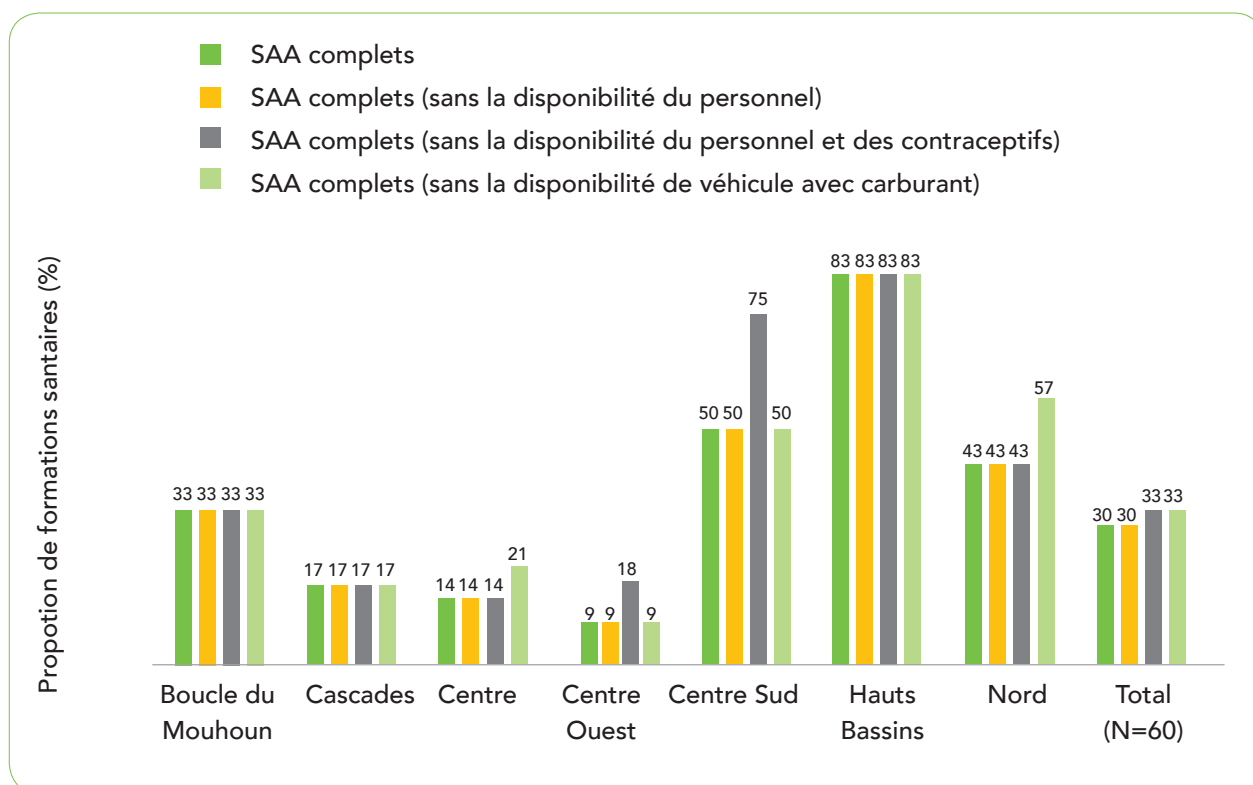


Figure 2: Proportion des structures sanitaires de référence capables d'offrir des SAA complets

Formation du personnel en SAA complets

- Globalement, 21% de toutes les structures sanitaires avaient un personnel formé en SAA complets.
- Un peu plus de la moitié des structures secondaires (52%) et toutes les structures tertiaires avaient un personnel formé sur les cinq composantes des SAA complets.
- Près d'une structure sanitaire sur cinq (18%) avait des sages-femmes, maïeuticiens ou infirmiers formés, contre 3% pour les médecins et gynécologues.

- Les régions du Centre, des Hauts Bassins, et des Cascades avaient les proportions les plus élevées de structures sanitaires avec du personnel formé en SAA complets à respectivement 55%, 30% et 28%.

Capacité en équipements et consommables de SAA

- Une structure sanitaire sur cinq (20%) disposait d'un bloc opératoire fonctionnel ou d'une salle d'AMIU et 12% des structures primaires et 64% des structures secondaires ont déclaré avoir une salle d'AMIU fonctionnelle.

- Dans la salle de SAA, 15% des structures sanitaires avait des tubes d'aspiration spécifiques, 34% avaient des seringues d'aspiration et 24% un kit d'AMIU fonctionnel.
- Quatre-vingt-huit pour cent (88%) des formations sanitaires disposaient de salle privée pour l'examen, le traitement et le counseling post-avortement.
- Seule une structure sur cinq (23%) disposait d'un générateur de secours ; il s'agissait de toutes les structures tertiaires, de 63% des structures secondaires et 15% des primaires.
- La moitié des structures (55%) avaient une lampe d'examen utilisable pendant les SAA.
- La plupart des structures disposaient d'un téléphone fixe ou mobile fonctionnel pour les appels en cas d'urgence : 89%, 86% et 100% respectivement aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire.

- La majorité des structures disposaient d'antibiotiques(93%),d'utérotoniques(92%), d'anticonvulsivants (92%) et d'anesthésiques (90%). Les structures tertiaires disposaient de tous les médicaments à l'exception des antirétroviraux (75%).

Évacuation des produits de conception retenus après-avortement

- Pour les grossesses du premier trimestre, 69% des structures pouvaient offrir des SAA médicamenteux contre 35% pour les SAA chirurgicaux (ex. AMIU).
- Cette capacité était plus faible pour les structures sanitaires primaires avec 62% et 27% pouvant respectivement offrir des SAA médicamenteux et chirurgicaux. Ces taux étaient de 98% et 80%, et de 100% et 75% respectivement pour les structures sanitaires secondaires et tertiaires (Figure 3).

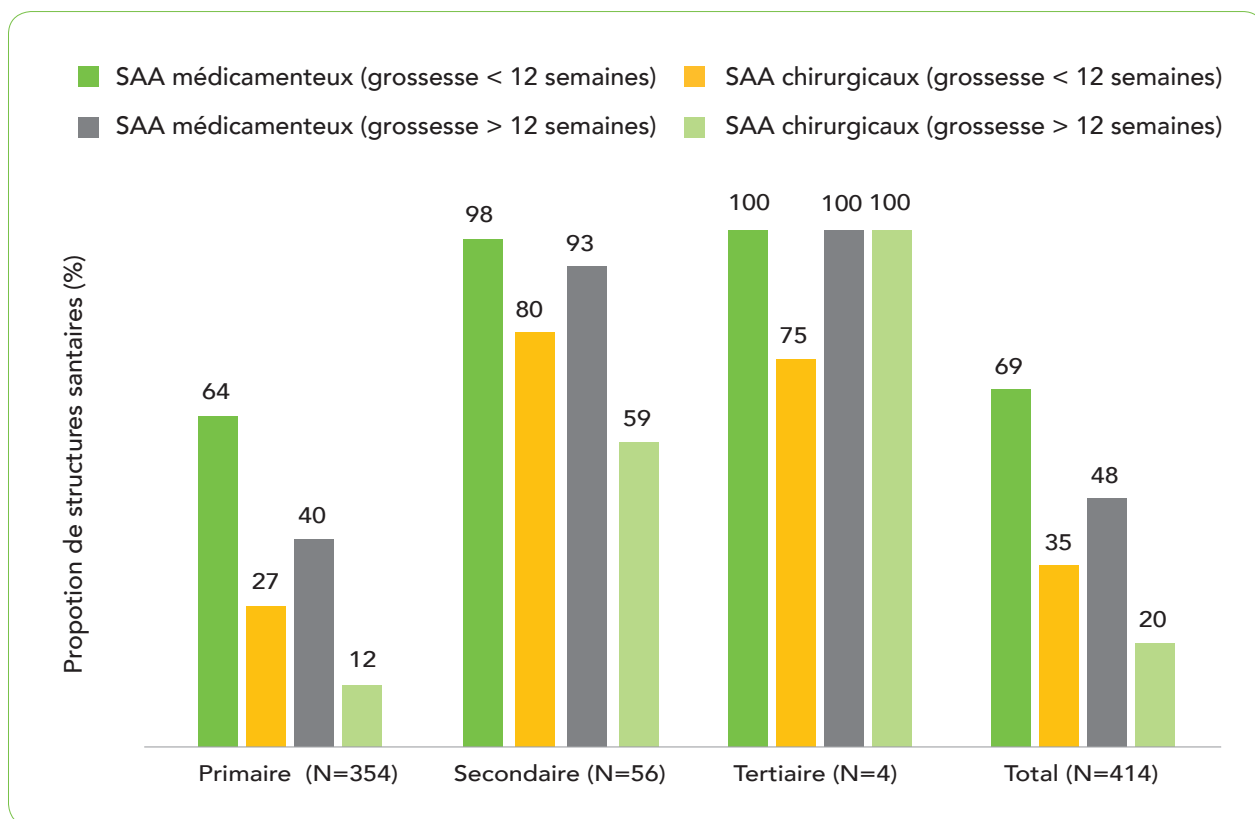


Figure 3: Proportion des structures sanitaires capable d'offrir des SAA chirurgicaux et médicamenteux

Disponibilité des services de contraception après les SAA

- Trois-quarts (75%) des structures sanitaires pouvaient offrir des contraceptifs après les SAA.
- Parmi ces structures sanitaires, toutes pouvaient offrir des méthodes réversibles à courte durée d'action, et 94% des méthodes réversibles à longue durée d'action.
- Moins d'un dixième (6%) des structures sanitaires pouvaient offrir des méthodes permanentes de planification familiale (vasectomie et ligature tubaire bilatérale), dont 17% des structures secondaires et la moitié des structures tertiaires.

Raisons justifiant le manque/absence de services de SAA

- L'offre de SAA chirurgicaux pour les grossesses du premier trimestre était majoritairement entravée par le manque d'équipements (68%) et le manque de soignants formés (62%). Les mêmes raisons justifiaient l'incapacité à fournir des SAA médicaux.
- L'incapacité à offrir des services de transfusion sanguine était principalement due au manque d'équipements (71%) et de consommables (43%).
- Les politiques de gestion des structures sanitaires expliquaient l'absence de service de chirurgie pour prendre en charge les complications d'avortement dans 45% des structures sanitaires.

Expérience des patientes de SAA

- Plus de la moitié des patientes de SAA (53%) ont rapporté un manque de confidentialité et de respect de la vie privée lors des soins. Ces préoccupations ont été aggravées par l'environnement des structures sanitaires dont la mauvaise qualité a été déplorée par près de la moitié des patientes (44%). Dans la plupart des structures primaires et secondaires (les CM), les patientes avaient été traitées dans des salles communes (du fait de l'absence de salle dédiée à l'AMIU) ou des salles dont les portes étaient ouvertes.
- Environ un tiers des bénéficiaires de SAA (31%) ont jugé ne pas avoir été impliquées dans la prise de décision concernant leur prise en charge, tandis que 29% ont rapporté une absence ou un faible niveau de soutien de la part des soignants, 25% une absence de communication et 24% un manque de respect de la part des soignants (des temps d'attente long, une négligence dans le traitement diligent de leur problème, des évacuations tardives et un traitement inhumain).
- Quatre-vingt-deux pour cent (82%) des patientes ont reçu des conseils de planification familiale après-avortement. Ce taux était plus bas dans la région du Centre (61%). Majorité des patientes se sont vue proposer ou informer de méthodes contraceptives réversibles à courte durée.
- Néanmoins, la majorité des patientes étaient satisfaites de l'absence de stigmatisation (95%) et de la transparence des paiements (89%) (Figure 4).

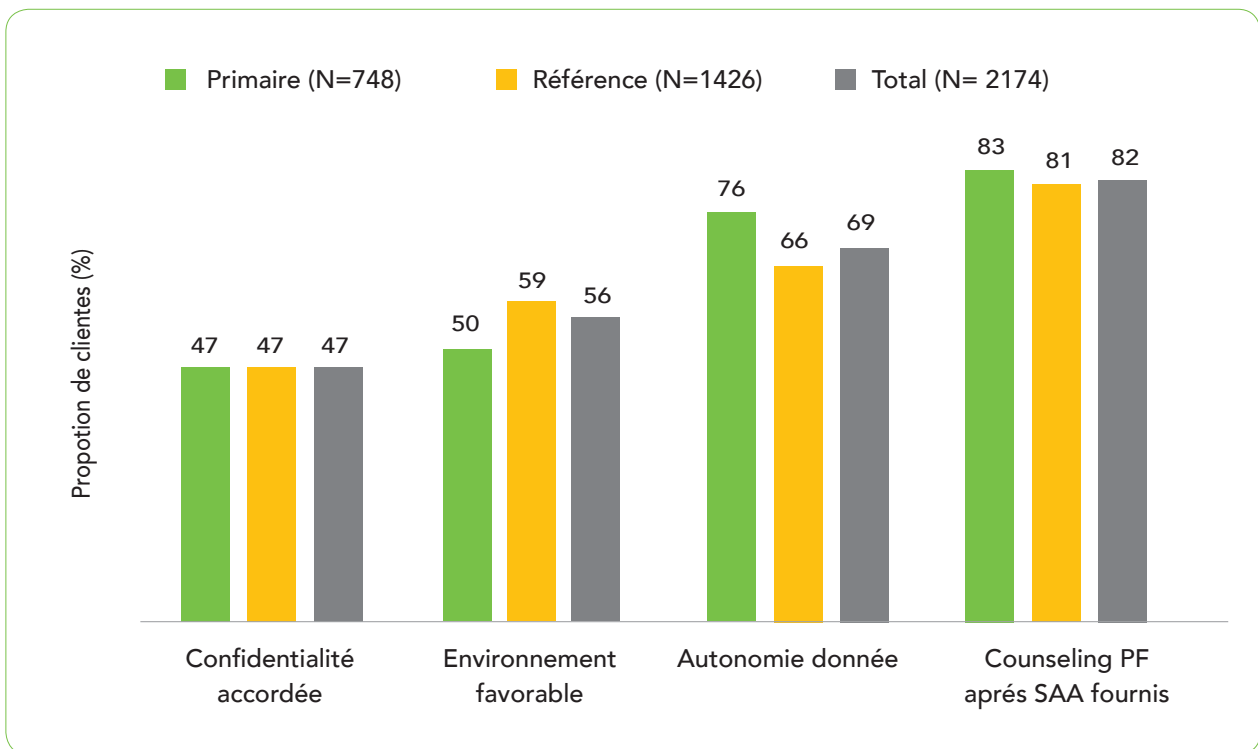


Figure 4 : Expériences des patientes sur la qualité des SAA recus

Barrières à la fourniture de SAA de qualité

- La faible capacité des structures sanitaires primaires et de référence à offrir des SAA de base et complets constitue une barrière majeure dans l'accès aux SAA pour les femmes confrontées à des complications post-avortement.
- Les structures sanitaires primaires manquent de ressources essentielles (personnel formé, intrants, infrastructures adaptées, etc.) pour offrir des services de qualité aux patientes, d'où des références, des retards dans l'accès aux soins, des relations difficiles avec des soignants souvent débordés par le travail et non formés.
- La faible capacité du système de référence des structures sanitaires primaires (notamment l'indisponibilité ou panne des ambulances ou références tardives) retarde l'accès aux services de SAA, et augmente le coût des dépenses directes et indirectes pour les patientes et leurs familles ainsi que le risque de divulgation dans un contexte stigmatisé.
- Les mauvaises expériences des patientes lors de SAA contribuent à retarder le recours à ces services pourtant cruciaux dans la lutte contre la mortalité et la morbidité liées aux avortements non sécurisés.

Conclusion et recommandations

Les soins après-avortement constituent une intervention clé pour réduire les complications et décès maternels et rompre le cycle des grossesses non désirées chez les femmes en âge de procréer. Bien que ces soins soient décentralisés au Burkina Faso, nos résultats démontrent leur faible niveau de déploiement, des capacités insuffisantes à tous les niveaux et de mauvaises expériences des patientes de SAA, compromettant ainsi la qualité des SAA dans les structures sanitaires publiques. Pour contrer ces barrières, une forte implication des décideurs est nécessaire à travers des investissements couplés à la recherche en santé. Par conséquent, nous recommandons ce qui suit:

1. Améliorer l'accessibilité et l'utilisation de SAA de qualité à travers la création de capacité ou l'amélioration des services de SAA dans les structures publiques de santé.
2. Inclure les SAA complets dans les programmes de formation des étudiant(e)s en médecine, des élèves infirmier(e)s, sages-femmes, accoucheuses auxiliaires et brevetées au Burkina Faso.
3. Mettre en place un programme d'assurance qualité en SAA :
 - Établir une stratégie nationale de formation sur les SAA complets,
 - Rédiger un guide national de SAA selon les recommandations de l'OMS,
 - Former toutes les sages-femmes et accoucheuses auxiliaires et brevetées dans toutes les structures sanitaires primaires et secondaires, ainsi que des cours de recyclage,
 - Former les prestataires de SAA à la relation patient-prestataire,
 - Inclure les SAA dans le suivi et l'évaluation de la santé maternelle et infantile.
4. Mettre en place des systèmes de référence/évacuation résilients.
5. Renforcer la chaîne d'approvisionnement en consommables et équipements médicaux pour les SAA, en particulier les médicaments d'évacuation utérine, les contraceptifs et les kits d'AMIU.
6. Améliorer l'accès des adolescent(e)s aux méthodes contraceptives grâce à l'éducation de la population.
7. Améliorer l'environnement général des soins de santé pour les soignants et les patientes.

Remerciements

Ce rapport est le fruit d'une recherche multi-pays financée par la Fondation William et Flora Hewlett (subvention n° 2017-6344 et 2019-9486). Nous tenons à remercier le ministère de la Santé du Burkina Faso et les parties prenantes pour avoir examiné le rapport et validé les résultats de l'étude. Nous souhaitons également remercier les autorités et le personnel soignant des différentes régions, les assistants de recherche, les décideurs et les patientes de SAA pour avoir accepté de participer à l'étude.

Citation:

Centre de Recherche en Santé de Nouna et African Population and Health Research Center. (2020). *Qualité des soins après-avortement au Burkina Faso. Résultats d'une étude nationale*. APHRC: Nairobi



**African Population and
Health Research Center**



APHRC CAMPUS, KITISIRU, NAIROBI, KENYA



INFO@APHRC.ORG



@APHRC



WWW.APHRC.ORG