



**African Population and  
Health Research Center**

# **Qualité des Soins Après Avortement au Burkina Faso**

**Résultats d'une étude nationale**

**Novembre 2020**





**African Population and  
Health Research Center**

# **Qualité des Soins Après Avortement au Burkina Faso**

**Résultats d'une étude nationale**

**Novembre 2020**



# Sommaire

Définitions opérationnelles	ix
Remerciements	x
Equipe de validation des données et du rapport	xi
Résumé exécutif	xii
Contexte	1
Méthodologie	2
Résultats	7
■ Capacité des structures sanitaires publiques à offrir des services de SAA	7
■ L'expérience des patientes de SAA	19
Discussion et principales conclusions	33
Défis et limites de l'étude	35
Implications pour les politiques	36
References	37

## Liste des tableaux

<b>Tableau I :</b>	Caractéristiques sociodémographiques des soignants	4
<b>Tableau II :</b>	Caractéristiques sociodémographiques des patients de SAA	5
<b>Tableau III :</b>	Capacité des structures sanitaires à fournir des SAA de base et complets	6
<b>Tableau IV :</b>	Structures sanitaires ayant répondu aux entretiens de capacité (signal fonction)	7
<b>Tableau V :</b>	Disponibilité et répartition du personnel par type de structure sanitaire et profession	8
<b>Tableau VI :</b>	Jours et heures de fonctionnement des structures sanitaires pour les services généraux et PF	8
<b>Tableau VII :</b>	Proportion des structures sanitaires avec un personnel formé en SAA complets	9
<b>Tableau VIII :</b>	Équipements et consommables de SAA dans les structures (Rapporté disponible)	11
<b>Tableau IX :</b>	Structures sanitaires disposants de médicaments et produits de base	12
<b>Tableau X :</b>	Equipements et consommables de SAA fournis par des ONGs	12
<b>Tableau XI :</b>	Caractéristiques sociodémographiques des répondantes par type de structures sanitaires	21
<b>Tableau XII :</b>	Résumé des expériences des patientes de SAA par type de structures sanitaires	23

## Liste des figures

<b>Figure 1 :</b>	Proportion des structures sanitaires avec un personnel formé en SAA complets.	10
<b>Figure 2 :</b>	SAA chirurgicaux et médicamenteux sur les grossesses du 1er et 2ème trimestre par structure sanitaire	14
<b>Figure 3 :</b>	Contraceptifs disponibles après les SAA dans les structures sanitaires.	15
<b>Figure 4 :</b>	Proportion des structures sanitaires primaires capable d'offrir des SAA de base	16
<b>Figure 5 :</b>	Proportion des structures sanitaires primaires capables d'offrir de SAA spécifiques	17
<b>Figure 6 :</b>	Proportion des structures sanitaires de référence capables d'offrir des SAA complets	17
<b>Figure 7 :</b>	Proportion de structures sanitaires de référence capables d'offrir des SAA spécifiques	18
<b>Figure 8 :</b>	Raisons de l'absence d'offre de services de SAA spécifiques	19
<b>Figure 9 :</b>	Répartition des patientes de SAA par catégories d'âge par région	20
<b>Figure 10:</b>	Désir de grossesse chez les patientes de SAA selon leur situation matrimoniale	22
<b>Figure 11:</b>	Proportion des patientes ayant été prises en charge avec dignité et respect	23
<b>Figure 12:</b>	Proportion des patientes rapportant un non-respect de la vie privée et de la confidentialité	25
<b>Figure 13:</b>	Proportion des patientes ayant bénéficié d'une autonomie dans leur prise en charge	26
<b>Figure 14:</b>	Proportion des patientes satisfaites de la communication avec les soignants	27
<b>Figure 15:</b>	Proportion des patientes ayant bénéficié d'un soutien de la part des soignants	28
<b>Figure 16:</b>	Proportion des patientes ayant eu confiance aux soins et soignants	28
<b>Figure 17:</b>	Proportion des patientes rapportant une prévisibilité et transparence des paiements	29
<b>Figure 18:</b>	Proportion des patientes rapportant l'absence de stigmatisation et discrimination	30
<b>Figure 19:</b>	Proportion des patientes satisfaites de l'environnement des structures sanitaires	31
<b>Figure 20:</b>	Proportion des patientes ayant reçu un counseling en PF après-avortement	31
<b>Figure 21:</b>	Méthodes contraceptives proposées aux patientes	32

## Liste des acronymes

<b>AA</b>	Accoucheuse Auxiliaire
<b>AB</b>	Accoucheuse Brevetée
<b>AMIU</b>	Aspiration Manuelle Intra-Utérine
<b>APHRC</b>	African Population and Health Research Center
<b>CHR</b>	Centre Hospitalier Régional
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CHUSS</b>	Centre Hospitalier Universitaire Sanou Sourou
<b>CHUYO</b>	Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo
<b>CM</b>	Centre Médical
<b>CMA</b>	Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
<b>CRSN</b>	Centre de Recherche en Santé de Nouna
<b>CSPS</b>	Centre de Santé et de Promotion Sociale
<b>DGOMR</b>	Département de Gynécologie Obstétrique et Médecine de la Reproduction
<b>DIU</b>	Dispositif Intra-Utérin
<b>DSIS</b>	Direction des services information de la santé
<b>ENDOS-BF</b>	Entrepôt de Données Sanitaires du Burkina Faso
<b>IB</b>	Infirmier Breveté
<b>IDE</b>	Infirmier Diplômé d'Etat
<b>INSP</b>	Institut National de Santé Public
<b>MLD</b>	Méthode contraceptives à Longue Durée d'action
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non-Gouvernementale
<b>PF</b>	Planification Familiale
<b>SAA</b>	Soins Après-Avortement
<b>SSR</b>	Santé Sexuelle et Reproductive



# Définitions opérationnelles

## Avortement et cas de SAA

L'avortement est l'interruption de grossesse avant la viabilité du fœtus. Un avortement peut être spontané ou provoqué. Un avortement spontané (parfois appelé fausse couche) est celui qui a lieu sans qu'il y ait eu une intention volontaire d'arrêter la grossesse. Un avortement provoqué fait référence à l'interruption volontaire de la grossesse par l'utilisation de moyens médicaux, techniques et autres moyens. L'avortement provoqué peut être légal ou illégal selon la loi du pays. L'avortement légal est pratiqué par un soignant agréé par la loi d'un pays, qui met fin à une grossesse pour des raisons autorisées par la loi; tandis que l'avortement illégal signifie tout avortement pratiqué par toute personne non autorisée et pour des motifs non pris en compte par la loi. Dans cette recherche, nous avons pris en compte les femmes traitées après un avortement spontané ou provoqué complet ou incomplet, et aussi les femmes ayant bénéficié d'avortements thérapeutiques (légaux).

## Soins après-avortement (SAA)

Il s'agit d'un paquet de services délivré aux femmes après un avortement spontané ou provoqué. Les SAA comportent cinq piliers que sont : (i) la prise en charge d'urgence des complications y compris les techniques d'évacuation utérine, (ii) le counseling, (iii) la fourniture de services de planning familial, (iv) le lien avec autres services (de SR), et (v) l'implication/ mobilisation communautaires. Les composantes (iv) et (v) n'ont pas été prises en compte dans notre recherche.

## SAA médicamenteux et SAA chirurgicaux

Dans notre étude, nous désignons par SAA médicamenteux les évacuations utérines utilisant uniquement une procédure médicamenteuse (Misoprostol); les SAA chirurgicaux ont été définis comme ceux utilisant une méthode chirurgicale (curage, curetage, aspiration manuelle ou chirurgicale intra-utérine, chirurgie ouverte, etc.).

## 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 ses Directions centrales, et l'ensemble des parties prenantes pour avoir trouvé le temps d'assister à la réunion de validation, d'examiner le rapport et de valider les résultats de l'étude. Nous remercions également les autorités et le personnel des régions sanitaires d'étude - Boucle du Mouhoun, Cascades, Hauts Bassins, Centre Ouest, Centre Sud, Centre et Nord - pour leur franche collaboration et soutien pendant l'étude.

Nos remerciements s'adressent particulièrement aux assistants de recherche pour leur engagement et leur dévouement à fournir un travail de terrain et des données de qualité. Nous remercions également Dr. Catherine Kyobutungi, Directrice exécutive de l'APHRC, Dr Caroline Kabiru, Chef de l'unité de recherche PDRH, ainsi que Ivy Nandongwa, Michelle Mbuthia, Stella Chege, Phyllis Mungai et Denis Mwirigi à APHRC pour leurs contributions dans la mise en œuvre de ce projet. Notre reconnaissance va à Mr Seydou Drabo et Mme Coralie Ngbichi pour avoir contribué à la relecture du rapport.

Nous remercions enfin les patientes, les agents de santé et les décideurs politiques pour avoir accepté de participer à l'étude malgré le caractère sensible de la question.

Equipe du CRSN	Equipe d'APHRC
Ali Sié	Ramatou Ouedraogo
Mamadou Ouattara	Kenneth Juma
Mamadou Bountogo	Sherine Athero
Mariam Seynou	Silvia Njoki
Idrissa Kouanda	Winstoun Munga
Moubassira Kagoné	Martin Bangha

### Citation suggérée:

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**  
Transforming lives in Africa through research.



## Équipe de validation des données et du rapport

Identité	Qualifications	Structure
Bagagnan Cheik Hamidou	Gestionnaire de base de données	CRSN/INSP
Bagaya Lassané	Maïeuticien d'Etat, responsable santé de la reproduction	CMA/Nouna
Bangha Martin	Démographe	APHRC
Dr. Bountogo Mamadou	Epidémiologie et management des systèmes de santé	CRSN/INSP
Compaoré Seydou Michel	Communicateur	CRSN/INSP
Dr. Dabiré/Traoré Assita	Gynécologue/obstétricienne	CMA /Do
Fofana/Boussini Zénabo	Gynécologue/obstétricienne	DGCOMR, CHU Sanou Sourou
Gagré Hélène	Sage-femme, responsable santé de la reproduction	CHR/Koudougou
Dr. Kagoné Moubassira	Socio-anthropologue	CRSN/INSP
Dr. Karambiri Souleymane	Médecin de santé publique	Direction générale de l'offre des soins
Dr. Konfé Rachid	Médecin spécialiste en informatique sanitaire	Direction des services information de la santé
Konkobo Raogo	Attaché de santé en gynécologie/obstétrique	Direction de la Santé de la Famille
Pr. Millogo/Traoré Françoise D.T.	Gynécologue/obstétricienne, Prof. Agrégée	CHU Yalgado Ouédraogo / Université Joseph Ki Zerbo
Dr. Moyenga Isidore	Epidémiologiste, Secrétaire général de l'INSP	Direction Générale INSP
Dr. Ouattara Mamadou	Biostatisticien et épidémiologiste	CRSN/INSP
Dr. Ouattara Yacouba	Gynécologue/obstétricien	Hôpital de district Paul VI
Dr. Ouedraogo Boukary	Médecin spécialiste en système d'information sanitaire	Direction des systèmes information sanitaires
Ouedraogo Phillibert	Attaché de santé en gynécologie/obstétrique, Responsable santé de la reproduction	CHR /Dédougou
Ouedraogo Ramatou	Anthropologue	APHRC
Ouedraogo W. Aristide	Ingénieur, statisticien	CRSN/INSP
Dr. Sawadogo Assèta	Gynécologue/obstétricienne	Direction du suivi, de l'évaluation et de la capitalisation
Segda Daogo	Attaché de santé en gynécologie/obstétrique, Responsable santé de la reproduction	CHU Yalgado Ouédraogo
Dr. Seini Emmanuel	Epidémiologiste	Direction Générale de la Santé Publique
Dr. Sib S Rodrigue	Gynécologue/obstétricien	CHUR/ Ouahigouya
Dr. Sié Ali	Epidémiologiste	CRSN/INSP
Touré Salamata	Sage-femme d'état, Responsable santé de la reproduction	CHR Banfora
Zabré S. Pascal	Démographe	CRSN/INSP

## Résumé exécutif

Malgré les importants efforts visant à réduire le taux de mortalité maternelle au Burkina Faso, des milliers de femmes meurent encore chaque année de complications résultant de grossesses et d'accouchements. Les avortements à risque sont à l'origine d'environ 10% des décès maternels et d'une morbidité importante chez les femmes et les filles du pays. La législation restrictive sur l'avortement, des services de planification familiale inadéquats et la faiblesse des infrastructures de services de santé sont reconnus comme des facteurs contribuant au problème de l'avortement à risque. En s'attaquant à ces facteurs, de nombreux décès maternels pourraient être évités. Les soins après-avortement (SAA) se focalisent sur le traitement des avortements incomplets et la provision de services de contraception après-avortement aux femmes qui visitent les structures sanitaires avec des complications suite à des avortements à risque. Cependant, il existe très peu d'information sur la capacité des structures sanitaires à fournir des services de SAA de qualité, ainsi que sur les expériences des patientes visitant les structures sanitaires publiques pour les SAA.

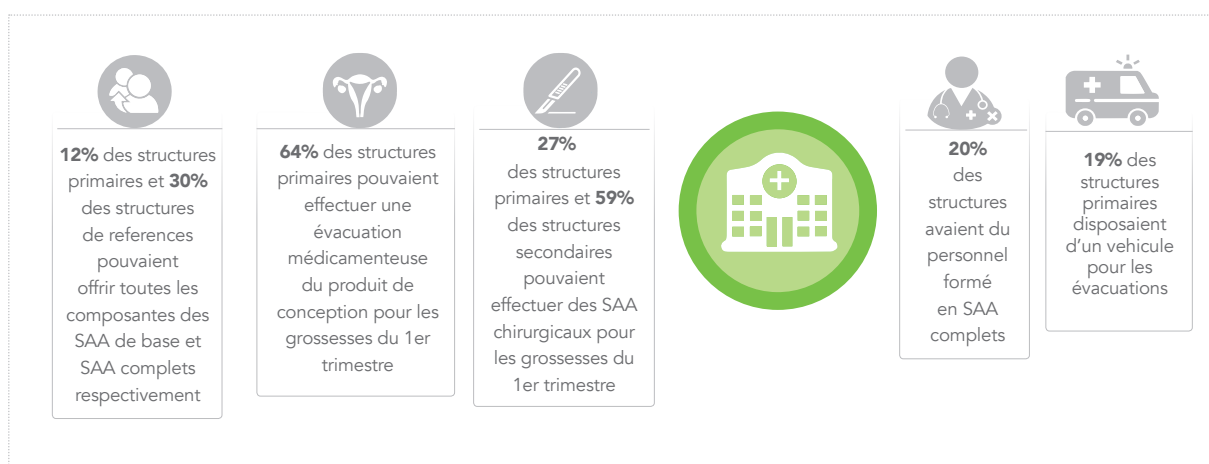
Cette étude visait à produire des données fiables et comparatives sur la situation des services de SAA au Burkina Faso. L'objectif global était d'explorer l'offre et la qualité des soins après-avortement dans les structures sanitaires publiques au Burkina Faso en examinant leur capacité à fournir des SAA de base et complets, ainsi que les obstacles à l'offre de SAA de qualité dans le pays. En outre, l'étude a exploré les stratégies nationales en rapport avec les SAA, ainsi que les points de vue des soignants et des patientes sur ce qu'ils considèrent comme des soins de qualité après un avortement.

Nous avons mené une étude transversale, utilisant des approches quantitatives et qualitatives pour documenter la capacité du système de santé burkinabè à offrir des services de SAA de qualité. À partir d'une technique d'échantillonnage à plusieurs niveaux, nous avons sélectionné six régions sur 11 et exclu une région (Sahel) en raison de l'insécurité. La région du centre (qui abrite la capitale) a alors été incluse de manière raisonnée. La base de sondage pour les structures sanitaires a été tirée à partir du nombre total de structures sanitaires publiques fonctionnelles capables d'offrir des SAA conformément aux directives du ministère de la Santé, en utilisant Juillet 2018 comme date de référence. Nous avons donc sélectionné 414 structures sanitaires comprenant tous les hôpitaux universitaires (CHU), les hôpitaux régionaux (CHR), les hôpitaux de district et les centres médicaux des régions sélectionnées. Une liste aléatoire des centres de santé et de promotion sociale (CSPS) a également été incluse. Nous nous sommes focalisés sur les centres de santé dans lesquels le gouvernement investit pour l'amélioration des services. Les patientes ont ensuite été simultanément interviewées dans chaque structure sanitaire participante jusqu'à ce que la taille de l'échantillon prévue soit atteinte.

Un outil d'évaluation des structures a été utilisé pour mettre en œuvre l'enquête sur la capacité des structures sanitaires (signal function). Il a été administré aux soignants ayant des connaissances sur les services de SAA dans les 414 structures sanitaires. Le questionnaire comprenait des questions sur le personnel soignant présent, la formation du personnel sur les SAA, les équipements et les consommables, et les divers services de SAA et autres services de santé reproductive. Les données de 2174 patientes de SAA ont été recueillies au moment de leur sortie de l'hôpital à l'aide d'un questionnaire qui a permis de collecter des informations sur leurs expériences pendant les soins après-avortement. Des variables telles que la dignité et le respect, l'autonomie, l'environnement de la structure sanitaire, le respect de la vie privée et la confidentialité, la stigmatisation et la discrimination ont servi comme indicateurs d'évaluation. L'outil de capacité (signal function) et le questionnaire des patientes ont été programmés sur la plate-forme SurveyCTO et téléchargés sur une tablette. Nous avons également mené des entretiens approfondis avec 50 soignants, 50 patientes de SAA et cinq décideurs politiques capables de fournir des informations significatives sur la qualité des SAA et l'orientation politique au niveau décisionnel.

Les résultats de l'étude ont mis en évidence une faible capacité des structures sanitaires de niveau primaire et des structures de référence à offrir des soins après-avortement de qualité. En moyenne 12% des structures primaires pouvaient offrir toutes les composantes des services de SAA de base, tandis

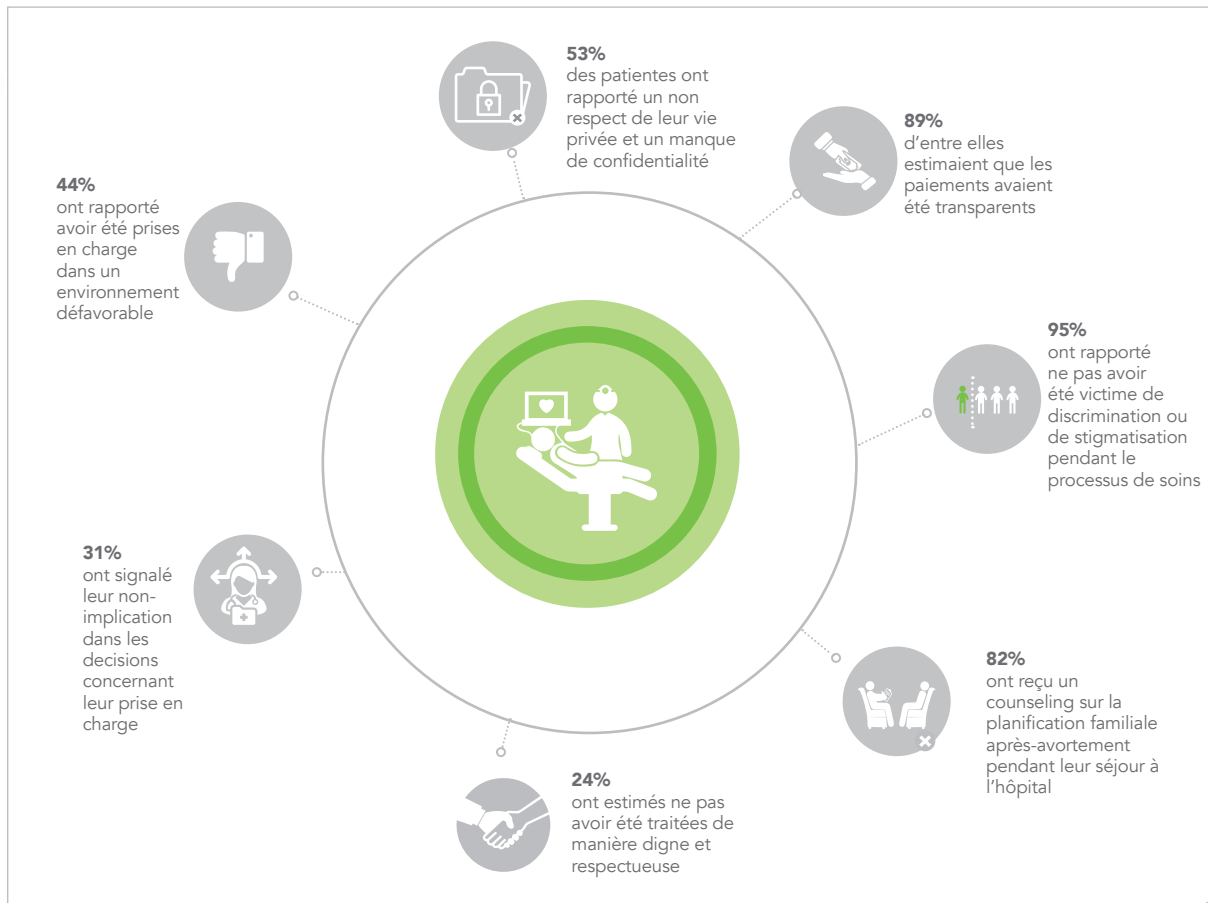
que seulement 30% des structures de référence pouvaient fournir des services de SAA complets. Plus précisément, pour les grossesses du premier trimestre, environ 64% des structures primaires pouvaient effectuer une évacuation médicamenteuse du produit de conception, et 27% de ces structures pouvaient le faire de manière chirurgicale. Tandis que pour les structures sanitaires de référence, seuls 59% des structures secondaires pouvaient effectuer des SAA chirurgicaux pour les grossesses du premier trimestre, tandis que près de la moitié (48,2%) et 37,5% pouvaient fournir des services de transfusion sanguine et effectuer une prise en charge chirurgicale des complications suite à l'avortement (c.-à-d. une laparotomie) respectivement. Dans l'ensemble, la faible capacité des structures sanitaires publiques à offrir des services de SAA était due soit au manque de soignants formés (seulement 20% des structures avaient du personnel formé en SAA complets), soit au manque de matériel médical et consommables pour les SAA (seulement 24% des structures avaient des kits d'AMIU).



En ce qui concerne les expériences des patientes avec les services de SAA, plus de la moitié (53,1%) a rapporté une mauvaise expérience par rapport à la préservation de leur vie privée et la confidentialité autour de leur traitement. Un nombre considérable des patientes a également eu des réserves sur l'environnement de la structure sanitaire et la qualité de leur relation avec les prestataires de SAA. Environ 44% des femmes ayant eu recours aux SAA dans les structures sanitaires de toutes les régions enquêtées ont rapporté avoir été prises en charge dans un environnement défavorable, 31% ont signalé un manque d'autonomie dans le choix de leurs traitements, tandis que près d'une patiente sur quatre (24%) estimait ne pas avoir été traitée de manière digne et respectueuse (long temps d'attente, prestataires hostiles et discourtois).

En revanche, la majorité (84%) des patientes étaient confiantes sur le type de soins reçus, 89% d'entre elles estimaient que les paiements avaient été transparents, 95% ont rapporté ne pas avoir été victime de discrimination ou de stigmatisation pendant le processus de soins, alors que 82% ont reçu un counseling sur la planification familiale après-avortement pendant leur séjour à l'hôpital.

Ces résultats suggèrent la nécessité pour le ministère de la Santé de fournir une formation complète aux soignants de première ligne (sages-femmes et accoucheuses) en SAA complets pour combler les lacunes créées par le manque de formation, améliorer les structures et les systèmes de prise en charge, y compris des consommables et des équipements médicaux adéquats, renforcer les réseaux de référence/ évacuation, améliorer la diffusion et la mise en œuvre des directives et politiques de SAA pour assurer une amélioration globale de l'accès à des SAA de qualité.



## Contexte

Plus de 93% des femmes en âge de procréer en Afrique vivent dans des pays dotés de lois restrictives sur l'avortement [1]. Au Burkina Faso, l'avortement fait l'objet d'une restriction et est uniquement autorisé pour sauver la vie de la femme, en cas de malformation fœtale, de viol ou d'inceste (Article 387 du Code Pénal). L'avortement est également fortement stigmatisé dans le pays [2]. En conséquence, la majorité des femmes en quête d'avortement recourent à des avortements clandestins pratiqués dans des conditions non sécurisées. La moitié de ces avortements entraînent des complications, notamment des hémorragies et des infections, qui nécessitent un traitement, de longs séjours hospitaliers, des soins intensifs et une prise en charge par un personnel de santé hautement qualifié, mais souvent rare [3–5]. L'avortement contribue aussi à 10% des décès maternels dans le pays [6].

Pour faire face à cela, le gouvernement du Burkina Faso investit d'importants efforts et ressources dans la lutte contre la morbidité et la mortalité liées à l'avortement, par l'introduction des services de soins après-avortement (SAA) [7]. Les SAA se focalisent sur le traitement des complications dues à l'avortement et la prévention de conditions similaires par le biais des counselings et services de contraception après-avortement [7, 8]. Grâce à une variété d'interventions, le Burkina Faso a tenté d'élargir l'accès aux SAA en renforçant le niveau des soignants de niveau intermédiaire et des structures sanitaires pour fournir des traitements d'urgence, la formation des soignants à l'utilisation de l'Aspiration Manuelle Intra-Utérine (AMIU) et le Misoprostol comme stratégie de traitement des avortements incomplets, ainsi que la subvention, puis la gratuité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (y compris les SAA) [9]. Malgré ces efforts, de nombreuses femmes au Burkina Faso n'ont toujours pas accès aux services essentiels de SAA dans les structures sanitaires [10]. Plusieurs études ont mis en évidence la myriade de facteurs qui contribuent aux avortements à risque et entravent l'accès aux services de SAA, y compris les législations restrictives sur l'avortement, l'inadéquation des services de planification familiale et l'insuffisance des infrastructures de santé. Les défis structurels au sein du système de santé tels que la pénurie de personnel soignant formé, les ruptures de stock fréquentes de produits et consommables de SAA influencent de manière inhérente la qualité des services offerts aux femmes dans ces structures.

Des études antérieures sur les soins après-avortement réalisées dans des structures sanitaires à Ouagadougou mettent en évidence des interactions difficiles entre les soignants et les patientes, et qui impacteraient l'accès et la qualité des services de SAA (retard de référence, lenteur dans la prise en charge, coûts indirects, inaccessibilité à la contraception après-avortement, etc.) [10–15]. Ces études montrent également comment des SAA de qualité (délivrés à temps, par un personnel compétent disposant des ressources nécessaires et en l'absence de toute forme de stigmatisation) contribuent à briser le cycle des grossesses non désirées et des avortements à risque [16]. Cependant, aucune de ces études n'a évalué la capacité des structures sanitaires à fournir des SAA de qualité, ni documenté les expériences des patientes dans leur recours aux SAA au niveau national. Cette rareté des données freine les tentatives d'accroître les investissements et d'améliorer la qualité des services de santé maternelle et reproductive pour les femmes du Burkina Faso.

Dans cette étude, nous avons examiné la capacité des structures sanitaires publiques à offrir des SAA de base et complets au Burkina Faso en utilisant les indicateurs de capacité (signal function) tels que le type personnel présent et la formation, les consommables et équipements médicaux, et les services d'avortement et autres services de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) offerts. Nous avons également documenté les expériences des patientes de SAA à partir d'entretiens à la sortie et des entretiens approfondis. Enfin, nous avons documenté les perspectives des soignants et des décideurs politiques en utilisant des entretiens approfondis. Les résultats de l'étude devraient générer des données pertinentes pour éclairer les programmes et les interventions.



# Méthodologie

## 2.1 Conception et population de l'étude

Nous avons mené une étude transversale utilisant une approche quantitative et qualitative, y compris une évaluation de l'offre de services dans les structures sanitaires et des entretiens de sortie (*exit interview*) avec les patientes de SAA. Les données ont été collectées auprès d'un échantillon national représentatif des structures sanitaires publiques de niveau primaire, secondaire et tertiaire au Burkina Faso à deux intervalles de 30 jours entre novembre 2018 et avril 2020. Nous avons également mené des entretiens approfondis avec des patients de SAA, des soignants et des décideurs.

## 2.2 Échantillonnage et recrutement des participants

L'échantillonnage des structures sanitaires a été stratifié par région et a pris en compte le niveau des structures dans la pyramide sanitaire. Un échantillon aléatoire de six régions sur 11 a été sélectionné, à l'exclusion d'une région (le Sahel) en raison de l'insécurité. La région du Centre (qui accueille la capitale et le gouvernement national) a ensuite été ajoutée de manière raisonnée à la liste des régions sélectionnées : Boucle du Mouhoun, Cascades, Centre Ouest, Centre Sud, Hauts Bassins et Nord. Le Centre a été inclus pour rendre compte de son rôle stratégique dans la fourniture de services de santé publique, car il abrite le plus grand et le plus ancien hôpital universitaire et de référence du pays.

Suite à la sélection des régions, la base d'échantillonnage requise pour les structures sanitaires a été tirée d'une liste principale de toutes les structures sanitaires publiques fonctionnelles au Burkina Faso capables de fournir des SAA conformément aux directives du ministère de la Santé publiée dans l'annuaire statistique de santé du ministère de la Santé [17], et en utilisant Juillet 2018 comme date de référence. Selon une récente évaluation conduite à petite échelle sur la qualité des SAA au Kenya, la composante de mesure la plus basse de la qualité des soins était le counseling et les informations sur comment éviter un échec de la méthode contraceptive (19,4%) [18]. En l'absence d'indicateur spécifique mesurant la qualité des soins au Burkina Faso, nous avons assumé une proportion de 50% afin de générer le maximum possible. Nous avons proposé un échantillon robuste afin de produire des estimations stables au niveau des structures et des patientes avec un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur de 5%. La proportion hypothétique ( $p = 0,50$ ), la largeur d'intervalle de confiance ( $\Delta$ ) sont données par :

$$\Delta = Z/\sqrt{p(1-p)/n}$$

La résolution de  $n$  dans l'équation ci-dessus a donné la taille de l'échantillon  $n = \left(\frac{z}{\Delta}\right)^2 p(1-p)$

En assumant un niveau de confiance de 95%, alors, la proportion ci-dessus donne une taille d'échantillon de  $n = \left(\frac{1.96}{0.05}\right)^2 0.50(1 - 0.50) = 384.16 \approx 385$

Assumant un taux de réponse de 93% basé sur une étude de l'incidence de l'avortement en 2013[18], la taille de l'échantillon requis des structures sanitaires a été déterminée à 414. Nous avons donc sélectionné 414 structures sanitaires comprenant tous les centres hospitaliers universitaires (CHU), les hôpitaux régionaux (CHR), les centres hospitaliers de district et les centres médicaux dans les régions sélectionnées. Une liste aléatoire des centres de santé et de promotion sociale (CSPS) a également été incluse. Les structures éligibles pour cette étude étaient les structures sanitaires publiques et confessionnelles de niveau primaire, secondaire et tertiaire offrant des SAA et mettant en œuvre le programme du ministère de la Santé. Au cours de l'enquête, certaines structures ont été exclues de l'étude en raison de l'insécurité et/ou de la non-fonctionnalité et ont été remplacées par des structures similaires tirées de la liste de remplacement dans la même région.



Selon l'annuaire statistique de la santé de 2017, 69,4% des femmes traitées pour des complications après-avortement au Burkina Faso ont été traitées par évacuation utérine médicale [17]. Par conséquent, cette étude a constitué un échantillon de patientes de SAA suffisamment large pour générer une estimation stable de 69,4% d'avortement médicamenteux avec un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur de 5%. En supposant un taux de réponse d'environ 93,1%, après calculs et ajustements, un échantillon de 352 patientes de SAA était nécessaire pour chaque région. Étant donné que nous avons sept régions, l'échantillon final de patientes requis dans l'étude était de  $352 \times 7 = 2464$  provenant de chacune des structures sanitaires éligibles. Nous avons inclus dans l'étude toutes les patientes de SAA sorties des soins, cliniquement et émotionnellement stables selon les soignants.

Les entretiens qualitatifs ont ciblé 50 soignants et 50 patientes de traitées dans les structures sanitaires. Nous avons procédé à une répartition raisonnée des patientes et des soignants afin de respecter les trois niveaux de la pyramide sanitaire du pays afin d'obtenir une représentativité spatiale des participants. En outre, nous avons interrogé 5 décideurs politiques pour déterminer les efforts et les stratégies développés au niveau national pour améliorer les services de SAA.

## 2.3 Outils de collecte des données

Des agents de santé et des assistants de recherche formés en techniques d'enquête quantitative ont collecté des données sur les indicateurs de capacité (signal function) des SAA et mené des entretiens de sortie avec les patientes de SAA dans les structures sélectionnées pour l'étude à l'aide d'outils de collecte de données structurés. L'outil de capacité (signal function) a été tiré du modèle de Healy et ses collègues [19], qui décrit un ensemble d'indicateurs pouvant être utilisés pour suivre la mise en œuvre des SAA, tels que la dotation en personnel, la formation, les services d'avortement et autres services de SSR offerts, les heures d'ouverture et équipements disponibles, et les produits pour les SAA de base et les SAA complets. Nous avons adapté le modèle pour tenir compte des spécificités du pays (pyramide sanitaire, catégorie de soignants, équipements, consommables, etc.). Le questionnaire qui a été administré aux patientes de SAA lors de leur sortie des structures est inspiré des approches développées par Sudhinaraset et ses collègues [20] pour mesurer la qualité des soins centrés sur la personne. Les deux outils ont été programmés sur Survey CTO et les données ont été collectées à l'aide de tablettes.

Les entretiens qualitatifs ont été effectués à partir de guides d'entretien semi-structuré axés sur les expériences des patientes et des soignants autour de la demande et l'offre des services de SAA. Les décideurs politiques ont été interviewés sur leurs expériences relatives au développement des politiques de SAA, des lignes directrices des SAA, du financement et de la qualité des SAA au Burkina Faso.

## 2.4 Stratégie de collecte des données

### Enquête sur les indicateurs de capacité (Signal function)

L'enquête sur les indicateurs de capacité a impliqué une évaluation de toutes les structures sélectionnées. Après avoir vérifié l'éligibilité des structures sanitaires, des agents de santé formés ont visité chaque structure et ont administré le questionnaire au personnel capable de fournir les informations recherchées. Dans les grandes structures sanitaires telles que les hôpitaux de référence, les répondants étaient les chefs du service d'obstétrique et de gynécologie ou un gynécologue-obstétricien clé travaillant dans la structure depuis plus d'un an et impliqué dans des rôles administratifs. Dans les structures primaires, les sages-femmes, infirmiers ou accoucheuses auxiliaires/brevetées en mesure de fournir des informations sur les SAA offerts et le fonctionnement de la structure ont été interrogés. La collecte de données a combiné des entretiens avec le personnel et des observations pour confirmer la disponibilité/la fonctionnalité des équipements ou consommables cités/identifiés.

## Interviews de sorties des patientes

Pour comprendre les expériences des patientes en rapport avec les SAA et la qualité des soins qu'elles ont reçus, nous les avons interviewées à leur sortie des structures sanitaires. Tout d'abord, chaque structure ciblée a été observée pendant 30 jours consécutifs. En raison du faible nombre de cas de SAA dans la région du Centre Sud et d'une faible couverture de l'échantillon dans les autres régions, la région du Centre Sud a été exclue et une collecte de données supplémentaires a été effectuée dans les six autres régions, jusqu'à ce que la taille d'échantillon souhaitée soit atteinte pour chacune des régions. Toutes les femmes traitées pour un avortement provoqué et spontané dans les structures sanitaires et qui ont accepté de participer à l'étude ont été incluses dans l'étude. Les soignants ont présenté les patientes de SAA aux assistants de recherche en poste dans les structures sanitaires après qu'elles aient reçu des soins et avant leur sortie de l'hôpital pour le recueil du consentement et l'interview. Les femmes ont été interviewées sur leurs antécédents reproductifs, la qualité des SAA reçus en explorant des dimensions clés telles que la dignité et le respect, la vie privée et la confidentialité, ainsi que le counseling en planification familiale (PF) après-avortement.

## Enquête qualitative

Des assistants de recherche formés à la conduite d'enquête qualitative ont mené des entretiens approfondis avec des prestataires de services de SAA (c'est-à-dire des sages-femmes, des infirmier(e)s, des gynécologues-obstétriciens, ...), des décideurs politiques et des patientes de SAA. Les entretiens avec les décideurs politiques visaient à documenter les efforts au niveau national pour améliorer les services de SAA et leurs perspectives sur la capacité des structures sanitaires à offrir des SAA de qualité. Les entretiens avec les prestataires de SAA visaient à explorer leurs expériences en termes d'offre de services de SAA, leurs perceptions des SAA et comment ces perceptions orientent l'offre de SAA. Les soignants et les décideurs ont été choisis de manière raisonnée de sorte à obtenir un échantillon diversifié. Pour ce faire nous avons pris en compte la fonction, l'expérience dans l'offre de SAA, et la situation géographique des structures où ils interviennent. Les caractéristiques sociodémographiques des soignants sont résumées dans le Tableau 1. Les cinq décideurs politiques interviewés comprenaient trois gynécologues impliqués dans l'élaboration des lignes directrices et politiques de SAA, deux directeurs et un cadre du ministère de la Santé.

**Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques des soignants**

Caractéristiques	Fréquence n=47*
<b>Genre</b>	
Féminin	29
Masculin	18
<b>Niveau des structures</b>	
Primaire	22
Secondaire	16
Tertiaire	9
<b>Cadre/profession des prestataires</b>	
Sage-femme/IB/IDE/AA/AB**	39
Gynécologue/obstétricien	4
Médecin/pharmacien	4
<b>Localisation</b>	
Rural	16
Urbain	31

\*50 entretiens ont été menés au total, mais trois étaient inaudibles et n'ont pas pu être exploités  
 \*\*IB : Infirmier Breveté ; IDE : Infirmier Diplômé d'Etat ; AA : Accoucheuse Auxiliaire ; AB : Accoucheuse Brevetée

Les entretiens avec les patientes de SAA visaient à explorer leurs expériences dans l'utilisation des services de SAA, leurs perceptions de la qualité des soins, et comment celles-ci éclairent leur recherche de soins et leurs interactions avec les soignants, ainsi que leurs perspectives sur la qualité des soins reçus. Les patientes ont été sélectionnées de manière raisonnée en incluant des femmes de différents âges, de statut matrimonial, de niveau d'éducation, de profession et des types de structures dans lesquels elles ont été traitées. Les caractéristiques sociodémographiques des patientes de SAA sont résumées dans le

**Tableau II: Caractéristiques sociodémographiques des patients de SAA**

Caractéristiques	Fréquence n=46*
<b>Situation matrimoniale</b>	
Célibataire	5
Mariée ou vivant en concubinage	40
Information manquante	1
<b>Zone de résidence</b>	
Rurale	17
Urbaine	29
<b>Age en année</b>	
15 à 19	4
20 à 29	17
30 et plus	10
Information manquante	15
*50 entretiens ont été menés au total, mais quatre étaient inaudibles et n'ont pas pu être exploités	

En plus des entretiens approfondis, nous avons conduit des observations sur la prestation des services de SAA au niveau des structures sanitaires sélectionnés. Les assistants de recherche ont observé les interactions entre les patientes de SAA et les soignants, ainsi que le cadre général des structures sanitaires. Ces observations ont eu lieu dans les salles d'attente et pendant l'admission des patientes.

## 2.5 Gestion et analyse des données

L'analyse des données quantitatives a été réalisée à l'aide du logiciel statistique Stata, version 15. Une analyse exploratoire a été effectuée pour synthétiser les pourcentages de réponse des patientes de SAA et des structures sanitaires par type et par région. Sur la base de la classification des structures sanitaires capables d'offrir des services de SAA bases et complets (Tableau 3), nous avons ensuite généré des proportions de structures sanitaires capables de fournir diverses composantes de SAA de base et complets. Pour explorer les expériences des patientes lorsqu'elles ont recours aux services de SAA, nous avons également croisé différentes variables pour examiner les différences dans les principaux indicateurs de prestation de services (tels que la stigmatisation et la discrimination, l'autonomie, la vie privée et la confidentialité, la prévisibilité des coûts, la communication, le soutien offert, la confiance, l'environnement des structures sanitaires et le counseling après-avortement) par type de structure et par région.

**Tableau III: Capacité des structures sanitaires à fournir des SAA de base et complets**

Capacité/fonctions attendues pour toutes les structures	
Retirer les produits de conception retenus*	
Administer des antibiotiques parentéraux*	
Administer des utérotoniques parentéraux*	
Administer des liquides intraveineux†	
Fournir au moins une méthode de planification familiale moderne à courte durée d'action au moment de l'enquête‡	
Capacité à fournir des SAA de base Capacité attendue dans les structures primaires	Capacité à fournir des SAA complets Capacité attendue dans les structures de référence
6. Disposer d'un véhicule avec du carburant pour transporter les patientes ayant besoin d'être évacuées† 7. Disposer d'un personnel en service ou de garde 24 heures/24, 7 jours/7, capable d'effectuer un accouchement normal	6. Effectuer une transfusion sanguine* 7. Effectuer une chirurgie abdominale majeure (par ex. une césarienne)* 8. Offrir au moins une méthode de planification familiale réversible à action prolongée ou une méthode permanente au moment de l'enquête 9. Disposer d'un personnel en service ou de garde 24h/24, 7jours/7 par semaine, capable de faire une césarienne ‡
*Évalué sur la base des déclarations de la structure sanitaire, s'ils ont déjà fourni le service	
†Évalué sur la base de la disponibilité et de la validité ou de la fonctionnalité d'un article donné (médicament ou équipement) au moment de l'enquête	
‡Nous supposons que le personnel capable de faire des césariennes était également capable de faire un accouchement normal et, par conséquent, n'avons pas inclus ce facteur dans la capacité globale	

Les entretiens qualitatifs ont été transcrits et traduits en français (lorsque nécessaire). Les chercheurs ont ensuite développé un livre de codes à partir du guide d'entretien et en examinant quelques entretiens. Le livre de codes a été testé sur un sous-ensemble de transcriptions, après quoi des ajustements ont été apportés pour prendre en compte les codes manquants. Le livre de codes a ensuite été appliqué à toutes les transcriptions et notes de terrain. Les thèmes émergents ont été identifiés et discutés en mettant l'accent sur les perceptions des soignants sur leur capacité et celle des structures sanitaires à fournir des services de SAA, y compris les facteurs limitant ou empêchant l'offre de SAA et sur leurs interactions avec les patientes de SAA. Nous nous sommes également focalisés sur les expériences des patientes utilisant les services des SAA, en prenant en compte les processus de prise de décision, l'accès aux services et les perceptions sur la qualité des soins reçus.

## 2.6 Considérations éthiques

Le protocole de l'étude a été approuvé par le Comité d'Éthique de la Recherche en Santé du Burkina Faso et le comité d'Éthique Institutionnelle du Centre de Recherche en Santé de Nouna. Le ministère de la Santé a également fourni une lettre d'autorisation pour l'étude. Cette lettre a été envoyée aux sept directeurs régionaux de la santé. Des autorisations supplémentaires ont été sollicitées auprès des directeurs généraux et des chefs de district avant le début des activités de collecte de données.

Le consentement éclairé écrit a été obtenu de tous les participants avant leur participation à l'étude. Conformément à l'exigence du comité d'éthique du Burkina Faso pour les participants de moins de 18 ans (les patientes en l'occurrence), le consentement éclairé a été demandé à leurs parents/tuteurs ou à leur représentant légal (personnes de confiance et en charge de la patiente), à la suite de quoi nous avons obtenu l'assentiment de ces participantes. Pour les potentielles participantes qui étaient analphabètes ou incapables de lire, un témoin impartial était requis pour le processus de consentement/assentiment. La confidentialité, l'anonymat et la vie privée de tous les participants ont été préservés à tous les niveaux de cette étude en excluant tous les identifiants uniques de toutes les données et en limitant l'accès aux données à l'équipe de recherche.

# Résultats

## 3.1. Capacité des structures sanitaires publiques à offrir des services de SAA

### 3.1.1. Répartition des structures sanitaires

Au total, 414 structures sanitaires ont été échantillonnées dans les sept régions sanitaires du Burkina Faso et toutes ont répondu à l'outil d'évaluation de la capacité des structures sanitaires à fournir des SAA. La majorité (85%) de ces structures était des structures de type primaire (Tableau IV).

**Tableau IV: Structures sanitaires ayant répondu aux entretiens de capacité (signal fonction)**

Régions	Primaire	Secondaire*	Tertiaire	Total n (%)
Boucle du Mouhoun	69	12	0	81
Cascades	26	6	0	32
Centre	39	12	2	53
Centre Ouest	64	11	0	75
Centre Sud	33	4	0	37
Hauts Bassins	60	5	1	66
Nord	63	6	1	70
Total n (%)	354 (85,5)	56 (13,5)	4 (1,0)	414 (100)

\*Une de ces structures sanitaires (CMA) a changé de statut durant la collecte des données, cependant nous avons gardé le statut enregistré pendant l'échantillonnage (Juillet 2018)

### 3.1.2 Personnel présent dans les structures sanitaires et jours/heures de fonctionnement

La plupart des structures sanitaires (94,2%) avaient des sages-femmes présentes 24 heures/jour comparé à seulement 3,6% de gynécologues et 8,2% de médecins généralistes<sup>1</sup>. De même, seulement 7,2% des structures sanitaires avaient des anesthésistes présents quotidiennement. Les gynécologues et anesthésistes étaient quotidiennement présents dans toutes les structures tertiaires et dans moins d'une structure secondaire sur cinq (19,6%). Aussi, à peine 1,1% des structures primaires avaient des médecins, et une seule avait un attaché de santé en anesthésie présent. Moins de la moitié des structures de niveau secondaire (46,4%) avaient des médecins, 19,6% avaient des gynécologues, 96,4% avaient des sages-femmes et 44,6% avaient des anesthésistes (Tableau V).

<sup>1</sup> Dans la structuration du système sanitaire burkinabè, les gynécologues/obstétriciens et les anesthésistes ne sont normalement pas présents au niveau des structures primaires (entité de soins la plus élevée en termes de nombre).

**Tableau V: Disponibilité et répartition du personnel par type de structure sanitaire et profession**

Personnel disponible par profession				
Type de structure sanitaire	Présent quotidiennement*, n (%)			
	Obstétriciens & Gynécologues	Médecins généralistes	Sages-femmes/IB/IDE/AA/AB	Anesthésistes
Primaire N=354	-	4 (1,1)	332 (93,8)	1 (0,3)
Secondaire N=56	11 (19,6)	26 (46,4)	54 (96,4)	25 (44,6)
Tertiaire N=4	4 (100)	4 (100)	4 (100)	4 (100,0)
Total N=414	15 (3,6)	34 (8,2)	390 (94,2)	30 (7,2)

\*Présent pendant 24 heures sur 7 jours au moment de l'étude

Une grande majorité des structures sanitaires (98,3%) était opérationnelle 24 heures/jour avec des services de PF disponibles dans la majorité des structures à tout moment (94,9%) (Tableau VI).

**Tableau VI: Jours et heures de fonctionnement des structures sanitaires pour les services généraux et PF**

Type de structure	Primaire N=354	Secondaire N=56	Tertiaire N=4	Total N=414
<b>Jours/temps opérationnels, n (%)</b>				
7jours & 24 heures	348(98,3)	55(98,2)	4(100)	407(98,3)
Autres	6(1,7)	1(1,8)	0	7(1,7)
<b>Jours et heures de prestation des services de contraceptions, n (%)</b>				
7jours & 24heures	339(95,8)	50(89,3)	4(100)	393(94,9)
Autres	15(4,2)	6(10,7)	0	21(5,1)

Le fonctionnement des structures sanitaires a été décrit dans les entretiens qualitatifs. Les soignants interviewés avaient diverses responsabilités au sein des unités de soins telles que les accouchements, les soins prénataux, la PF et les SAA. Les participants ont expliqué qu'ils offraient les soins de manière alternée à travers des rotations dans différentes unités de soins. Cela se ferait selon un programme (de rotation ou de garde). Ce genre de système leur permettrait de se familiariser avec tous les types de patients, y compris les patientes des SAA. Cependant, les soignants ont également noté que les prestations de services de SAA sont principalement la responsabilité des sages-femmes qui travaillent sous la supervision des gynécologues (pour ce qui est des structures de référence). Cela a été facilité par la politique de délégation des tâches relatives aux SAA qui aurait contribué à la formation de nombreuses sages-femmes. Lorsque celles-ci sont confrontées à des cas qui dépassent leurs compétences, elles les réfèrent vers les gynécologues comme rapporté par un soignant de la région Nord :

*Ici, les sages-femmes assurent bien ce service [SAA]. Il y a des docteurs qui sont ici, ils font le travail [prestation de SAA], mais quand cela est au-dessus de nos compétences. Si ce n'est pas compliqué, c'est le travail de la sage-femme (sage-femme, structure tertiaire, Nord)*

Toutefois, dans les structures primaires où les sages-femmes occupent un rôle de responsable, il arrive qu'elles délèguent l'offre de SAA aux accoucheuses auxiliaires ou brevetées.

La plupart des structures secondaires et tertiaires ont déclaré avoir une unité de soins spécifique aux SAA. Elle serait opérationnelle entre 8 heures et 14 heures, du lundi au vendredi. En dehors de ces heures d'ouverture, les patientes sont prises en charge dans la salle d'accouchement. De plus, les soignants interviewés ont déclaré travailler par équipes de relève, ce qui les aide à faire des pauses et à éviter l'épuisement professionnel. Néanmoins, les soignants ont noté qu'à cause des rotations du personnel

et des permanences/gardes, les services de SAA pouvaient ne pas être disponibles tout le temps, en particulier lorsque les soignants formés sont absents au moment de l'admission d'une patiente. Ces scénarios seraient plus répandus dans les structures sanitaires primaires et seraient un des motifs principaux de référence des patientes de SAA vers l'échelon supérieur. La rotation du personnel soignant a également présenté comme un facteur contribuant aux retards dans la prise en charge des patientes de SAA car il arrive qu'un seul soit contraint de prendre en charge les patientes de SAA en plus d'autres patientes (ex : parturientes).

### 3.1.3 Formation du personnel en SAA complets

Seulement 20,8% des structures sanitaires avaient un personnel formé en soins après-avortement complets qui incluent : le traitement des avortements incomplets par évacuation médicamenteuse ou chirurgicale (exemple l'AMIU), le counseling pour identifier et répondre aux besoins et aux préoccupations des femmes en matière de santé émotionnelle et physique, les services de contraception et de planification familiale, la prestation d'autres services de santé reproductive et le partenariat avec les communautés et les soignants pour la prévention, la mobilisation des ressources et la garantie que les services de santé reflètent et répondent aux attentes et aux besoins de la communauté. Toutes les structures de type tertiaire avaient un personnel formé sur les cinq composantes des SAA complets et la plupart étaient des médecins/gynécologues et des sages-femmes. Un peu plus de la moitié des structures sanitaires secondaires (51,8%) a également déclaré avoir un personnel formé en SAA complets. Cependant, un peu moins de deux structures primaires sur dix (15,5%) avaient un personnel formé en SAA complets (Tableau VII). Les médecins généralistes et les gynécologues/obstétriciens formés en SAA complets intervenaient dans 2,9% de ces structures primaires<sup>2</sup>, par rapport aux sages-femmes formées qui n'étaient présentes que dans seulement 18,1% des structures primaires.

**Tableau VII : Proportion des structures sanitaires avec un personnel formé en SAA complets**

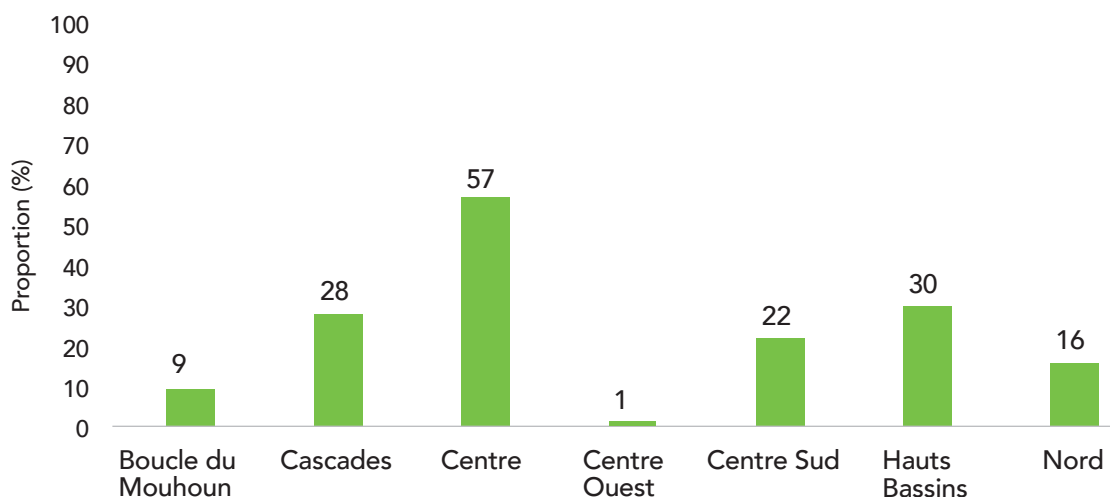
Structures	Primaire N=354 (%)	Secondaire* N=56 (%)	Tertiaire N=4 (%)	Total N=414 (%)
Soignants formés en SAA complet	53(15,0)	29(51,8)	4(100)	86(20,8)
Médecins/gynécologues	1(0,3)	7(12,5)	4(100)	12 (2,9)
Sages-femmes/Maïeuticiens/Infirmiers(ières)	44(12,4)	28(51,8)	3(75,0)	75(18,1)
Accoucheuses Auxiliaires/Brevetée	13(3,7)	3(5,4)	0	16(3,9)
Structures sanitaires avec un personnel formé en SAA complets par des ONGs	24(6,8)	21(37,5)	1(25,0)	46(11,1)

\* Lors de la mise à jour des informations sur la capacité des structures dans 48 de ces structures un an après la collecte de données initiale, nous avons constaté que 85% des structures secondaires ont déclaré avoir un personnel formé en SAA complets.

La proportion de soignants ayant reçu une formation continue en SAA variait considérablement par région. Plus de la moitié des structures de sanitaires de la région du centre (57%) avait un personnel formé en SAA complets contre seulement 1% au Centre Ouest, 9% dans la Boucle du Mouhoun et 16% dans la région du Nord (Figure 1).

<sup>2</sup> La plupart de ces médecins intervenaient de manière ponctuelle, ou venaient d'être affectés dans un CSPS qui était en passe de changer de statut (Centre Médical).





**Figure 1:** Proportion des structures sanitaires avec un personnel formé en SAA complets

### 3.1.4 Disponibilité des équipements et consommables de SAA

En examinant la disponibilité des consommables et des équipements essentiels de SAA, une structure sanitaire sur cinq disposait d'un bloc opératoire fonctionnel ou d'une salle d'AMIU (20,3%) et seulement 12,4% des structures primaires déclaraient avoir des salles d'AMIU fonctionnelles. Il faut noter que dans la plupart des structures sanitaires primaires, la salle d'AMIU était confondue avec la salle d'accouchement. Pour ce qui concerne la disponibilité de l'électricité, seule une structure sur cinq (22,5%) disposait d'un générateur de secours en cas de coupure de courant, et une grande partie de ces structures était des centres de référence. Toutefois, la plupart des structures disposaient d'un téléphone fixe ou mobile fonctionnel pour les appels en cas d'urgence (88,7%, 85,7% et 100% respectivement dans les structures primaires, secondaires et tertiaires).

Concernant la disponibilité du matériel de SAA, moins d'une structure sur quatre avaient des tubes d'aspiration spécifiques (15,2%), des seringues d'aspiration (33,1%) ou un kit d'AMIU (24,4%). Seulement la moitié des structures sanitaires (54,6%) avait une lampe d'examen ou une source de lumière utilisable pendant les SAA (Tableau VIII).



**Tableau VIII: Équipements et consommables de SAA dans les structures (Rapporté disponible)**

Matériel hospitalier	Primaire N=354 (%)	Secondaire N=56 (%)	Tertiaire N=4 (%)	Total N=414 (%)
<b>Les instruments, équipements et consommables suivants sont nécessaires pour les SAA</b>				
Pince de Pozzi (Tenaculum Vorsellum)	59 (16,7)	25 (44,6)	4 (100)	88 (21,3)
Pince à éponge (anneau)	29 (8,2)	19 (33,9)	1 (25,0)	49 (11,8)
Spéculum vaginaux (Sims, Cusco, Auvard, Graves)	274 (77,4)	51 (91,1)	4 (100)	329 (79,5)
Aiguilles et seringues	320 (90,4)	51 (91,1)	4 (100)	375 (90,6)
Kit d'AMIU	63 (17,8)	35 (62,5)	3 (75,0)	101 (24,4)
Lampe d'examen/Source lumineuse (lampe de poche acceptable)	180 (50,9)	42 (75,0)	4 (100)	226 (54,6)
Gants en latex jetables (chirurgicaux)	329 (92,9)	50 (89,3)	4 (100)	383 (92,5)
Savon pour le lavage des mains/savon liquide	307 (86,7)	48 (85,7)	4 (100)	359 (86,7)
<b>La structure sanitaire ou la salle de soins doit disposer des consommables et des équipements fonctionnels suivants</b>				
Salle d'opération fonctionnelle/salle AMIU	44 (12,4)	36 (64,3)	4 (100)	84 (20,3)
Lit d'examen/de procédure	318 (89,8)	48 (85,7)	4 (100)	370 (89,4)
Source d'eau propre	305 (86,2)	50 (89,3)	4 (100)	359 (86,7)
Autoclave électrique / autoclave non électrique/ stérilisateur électrique à chaleur **	288 (81,4)	49 (87,5)	4 (100)	341 (82,4)
Téléphone fixe / mobile fonctionnel pris en charge par la structure	314 (88,7)	48 (85,7)	4 (100)	366 (88,4)
Électricité (ex : réseau électrique, générateur, solaire)	312 (88,1)	51 (91,1)	4 (100)	367 (88,7)
Générateur de secours (en cas de panne de courant)	54 (15,3)	35 (62,5)	4 (100)	93 (22,5)
Une toilette (latrine) sur place (opérationnelle)	332 (93,8)	53 (94,6)	4 (100)	389 (94,0)
Stéthoscope médical	307 (86,7)	51 (91,1)	4 (100)	362 (87,4)
Appareils de mesure de la pression artérielle (sphygmomanomètre)	321 (90,7)	50 (89,3)	4 (100)	375 (90,6)
Kit de perfusion intraveineux (adulte)	322 (91,0)	52 (92,9)	4 (100)	378 (91,3)
Sac / Ambu pour ventilation	44 (12,4)	25 (44,6)	4 (100)	73 (17,6)
Sonde d'aspiration Ch 10, 12	31 (8,8)	29 (51,8)	3 (75,0)	63 (15,2)
Aspirateur actionné par le pied ou électroniquement	49 (13,8)	34 (60,7)	3 (75,0)	86 (20,8)
Seringues d'aspiration	88 (24,9)	46 (82,1)	3 (75,0)	137 (33,1)
Salle privée pour examen / traitement / counseling	312 (88,1)	50 (89,3)	3 (75,0)	365 (88,2)
Tube d'aspiration, 22.5cm, 23 Jauge Française	18 (5,1)	23 (41,1)	3 (75,0)	44 (10,6)

Pour ce qui concerne les médicaments et les autres produits de SAA, la majorité des structures disposait d'antibiotiques (92,5%), d'utérotoniques (91,5%), d'anticonvulsivants (92%) et d'anesthésiques (89,6%). Les structures tertiaires disposaient de tous les médicaments à l'exception des antirétroviraux (75%). Concernant les antirétroviraux, moins de la moitié (42,8%) de toutes les structures en disposaient, avec la plus faible proportion rapportée dans les structures primaires. Pour les produits non pharmaceutiques, presque toutes les structures (93,7%) pouvaient administrer des liquides intraveineux et des colloïdes (extenseurs plasmatiques) (Tableau IX).

**Tableau IX : Structures sanitaires disposants de médicaments et produits de base**

<b>Médicaments et produits disponibles</b>			
Type de structure sanitaire *	Primaire N=354 (%)	Secondaire N=56 (%)	Total N=414 (%)
<b>Médicaments</b>			
Antibiotiques	329(92,9)	50(89,3)	383(92,5)
Utérotoniques <sup>a</sup>	325(91,8)	50(89,3)	379(91,5)
Anticonvulsivants <sup>b</sup>	327(92,3)	50(89,3)	381(92,0)
Antirétroviraux	144(40,7)	30(53,6)	177(42,8)
Anesthésiques <sup>c</sup>	320(90,4)	47(83,9)	371(89,6)
<b>Non-pharmaceutiques</b>			
Liquide intraveineux <sup>d</sup>	336(94,9)	48(85,7)	388(93,7)
Colloïdes / Extenseurs de plasma	335(94,6)	49(87,5)	388(93,7)

\*Les structures sanitaires tertiaires disposaient de tous les médicaments et produits nécessaires à l'exception des antirétroviraux (7 5%)

a Combinaison de Mifépristone & Misoprostol, Misoprostol seul, autres abortifs, utérotoniques injectables

b Injection de sulfate de magnésium, autres anticonvulsivants

c Halothane, Kétamine, Lignocaïne/Lidocaïne 2% ou 1%

d Liquide intraveineux Dextrose 5%, 10%, 50%, Dextrane 70%, Infusion de glucose 5%

Des structures sanitaires ont indiqué avoir reçu des dons en équipements et consommables de SAA venant des Organisations Non Gouvernementales (ONG). Ces dons ont été effectués dans le cadre d'une collaboration entre le ministère de la Santé et ces ONGs. Les données révèlent que certaines structures sanitaires (13,3%) avaient reçu du matériel pour les SAA, dont 50% étaient des structures sanitaires tertiaires, 37,5% des structures secondaires et 8,9% des structures primaires. Parmi l'équipement reçu, environ une structure sur dix avait reçu du matériel pour l'évacuation du contenu utérin (Tableau X).

**Tableau X: Equipement et consommables de SAA fournis par des ONGs**

Indicateurs	Primaire N=354 (%)	Secondaire N=56 (%)	Tertiaire N=4 (%)	Total N=414 (%)
Structures avec des équipements/ produits SAA offerts par des ONGs	32(9,0)	21(37,5)	2(50,0)	55(13,3)
Kit d'AMIU	23(6,5)	13(23,2)	1(25,0)	37(8,9)
Kits d'accouchement et lits	4(1,1)	4(7,1)	0	8(1,9)
Produits de PF*	5(1,4)	6(10,7)	0	11(2,7)
Autres**	14(4)	9(16,1)	0	23(5,6)

\*DIU, Implants, Pilules contraceptives d'urgences

\*\* Lampes frontales d'examen, équipements d'examen, autoclave, médicaments

Les résultats de l'enquête qualitative montrent que le manque de formation en SAA a été décrié par la plupart des soignants interviewés. Selon eux, en dehors de la formation initiale sur les SAA reçue à l'école de médecine ou de santé publique, ils n'avaient reçu aucune formation continue pour améliorer leurs compétences. Par conséquent, la majorité s'en remet à leurs connaissances initiales pour traiter les cas « non compliqués », des soins qui à leur avis pourraient ne pas être complets et à jour avec les directives de prise en charge actuelles (ex. l'utilisation de Misoprostol):

*Honnêtement, le problème majeur que nous avons est la formation. Regardez, dans toute une maternité d'un CMA, il n'y a personne ici qui est officiellement formés en SAA, excepté la formation initiale que nous avons eu à l'école. Par exemple, sur l'utilisation de Misoprostol, je n'ai jamais*

*été formée. Du coup, nous sommes obligés de nous former en cherchant des informations sur Internet ou auprès d'autres collègues, juste pour pouvoir aider les patients* (Sage-femme, structure secondaire, Centre-sud)

Un soignant dans la Boucle du Mouhoun a expliqué comment le personnel faisait pour pallier le manque de formation continue en SAA :

*Étant donné qu'ils ne nous forment pas, nous nous formons nous mêmes et les autres membres du personnel comme l'AB [accoucheuse brevetée], puisque c'est sur le terrain que nous traitons ce genre de choses* (Sage-femme, structure secondaire, Boucle du Mouhoun)

Bien que certains soignants se « débrouillent » pour offrir des soins de bases aux patientes ayant des états « non compliqués », d'autres ont expliqué être obligés de référer les patientes dont l'état nécessite une prise en charge médicamenteuse ou l'AMIU, comme rapporté par un soignant :

*Si ce n'est pas compliqué, si nous pouvons le gérer, si par exemple elle a terminé l'expulsion, nous faisons le reste ici, l'observons pour voir si tout va bien avant de la libérer. Mais maintenant, quand nous réalisons qu'il y a encore des restes et que nous ne pouvons pas, car nous n'avons ni les compétences ni le matériel pour faire l'aspiration, nous devons l'envoyer au CM* (Sage-femme, structure primaire, Centre)

Outre le manque de formation, les soignants ont relevé le manque d'équipements, de consommables et de produits SAA (par exemple les kits d'AMIU, médicaments, gants) essentiels pour la prise en charge des « avortements incomplets » ou « avortements hémorragiques » et qui par conséquent entravent l'offre des services. Bien que les services de SAA soient gratuits dans les structures sanitaires publiques, les pénuries et ruptures de stock fréquentes de consommables médicaux essentiels forcent souvent les patientes à acheter les médicaments nécessaires à la prise en charge de leurs complications.

*...Souvent il y a des pénuries aussi (...) En tout cas, nous prescrivons, les patients sortent pour voir s'ils peuvent acheter* (Sage-femme, structure secondaire, Boucle du Mouhoun)

Selon la plupart des soignants, cette situation crée une confusion qui impacte les relations soignant-soignée, car les patientes se plaignent lorsqu'elles doivent acheter des médicaments de leur poche et accusent les soignants de les voler. Le manque d'équipements force également les soignants à recourir à des alternatives non prévues dans certaines procédures de soins (par exemple l'utilisation de « seringues » pour l'AMUI à la place de l'aspirateur à vide lorsque celui-ci est défectueux) comme décrit par un des soignants interviewés :

*Actuellement, nous n'avons pas d'aspirateur à vide, nous faisons les aspirations avec une seringue, mais nous n'avons pas de bonnes seringues. Lorsque tu reçois une femme comme ça, tu souffres, vraiment ! Si nous pouvons avoir ces matériaux, seringues et un aspirateur par le vide, cela nous rendra heureux* (Sage-femme, structure tertiaire, Nord)

Selon les soignants, ces situations compliqueraient le processus de prise en charge et limiteraient la qualité des soins offerts. Les décideurs politiques interviewés ont justifié le manque d'équipements et de médicaments par des difficultés dans le processus ou les mécanismes de passation des marchés publics, comme décrit par un cadre au ministère de la Santé :

*... le problème vient de la chaîne d'approvisionnement qui pose certains défis à nos structures sanitaires, car les procédures de passation des marchés publics sont inadéquates*

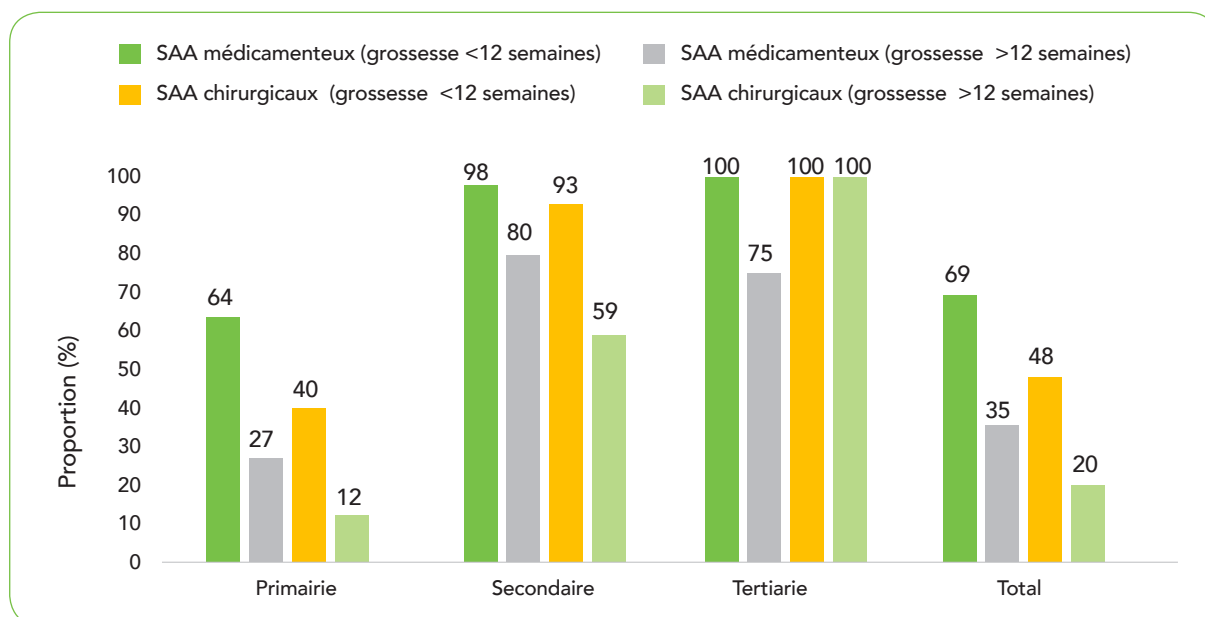
### 3.1.5 Évacuation des produits de conception retenus par type de structures sanitaires

Parmi les structures sanitaires primaires, 64% pouvaient offrir des SAA médicamenteux et 27% des SAA chirurgicaux (ex. AMIU) pour les grossesses du premier trimestre. De même, 40% des structures sanitaires

primaires pouvaient effectuer des SAA médicamenteux tandis que 12% étaient à mesure de gérer des SAA chirurgicaux au cours du deuxième trimestre de grossesse.

Pour ce qui est des structures secondaires, presque toutes pouvaient fournir des SAA médicamenteux pour les grossesses du premier trimestre (98%) et pour les grossesses du deuxième trimestre (93%), tandis que seulement 59% des structures secondaires pouvaient fournir des SAA chirurgicaux pour les grossesses du deuxième trimestre.

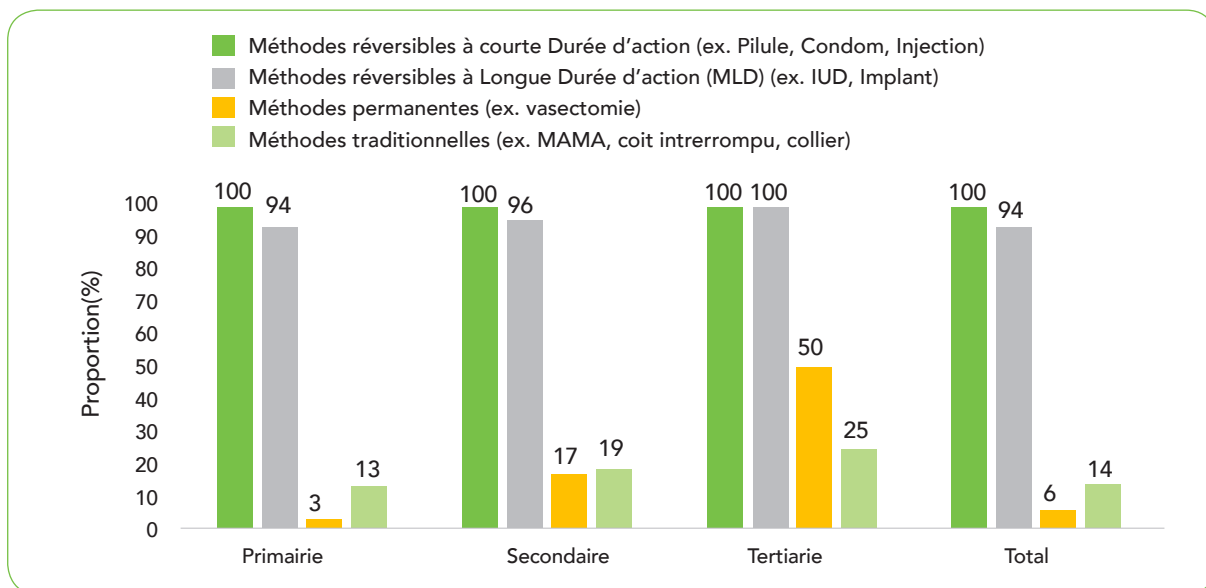
Toutes les structures tertiaires étaient en mesure d'offrir des SAA médicamenteux avant 12 semaines de grossesse et chirurgicaux avant et après 12 semaines de grossesse. Pour ce qui est des SAA chirurgicaux avant 12 semaines, 75% des structures sanitaires tertiaires ont déclaré pouvoir les offrir (Figure 2).



**Figure 2: SAA chirurgicaux et médicamenteux sur les grossesses du 1er et 2ème trimestre par structure sanitaire**

### 3.1.6 Disponibilité des services de contraception après les SAA

Approximativement trois-quarts (74,6%) des structures sanitaires pouvaient fournir des contraceptifs après les SAA. Parmi ces structures, toutes (100%) étaient capables d'offrir des méthodes réversibles à courte durée d'action. En moyenne, environ 94% des structures étaient en mesure d'offrir des Méthodes réversibles à Longue Durée d'action (MLD). Moins d'un dixième (6%) de toutes les structures sanitaires pouvaient fournir des méthodes permanentes de planification familiale (vasectomie et ligature tubaire bilatérale) dont 17% des structures sanitaires de niveau secondaire et 50% des structures sanitaires de niveau tertiaire (Figure 3). Les méthodes permanentes effectuées au niveau primaire étaient offertes généralement par les cliniques des ONGs en stratégie avancée.



**Figure 3: Contraceptifs disponibles après les SAA dans les structures sanitaires**

La faible disponibilité des méthodes contraceptives permanentes a également été mise en évidence dans les entretiens approfondis. Les soignants ont confirmé que les méthodes de stérilisation étaient rarement disponibles contrairement aux méthodes hormonales et réversibles à longue durée d'action. Selon les soignants, ces méthodes seraient fournies lors des conseils au cours desquels ils décrivent les différentes méthodes pour aider les patientes de SAA à faire leur choix. Cependant, ils ont noté que le counseling et les méthodes suggérées aux patientes étaient faits en tenant compte du profil épidémiologique des patientes :

*Nous avons presque toutes les méthodes sauf la ligature tubaire et la vasectomie, nous avons toutes les méthodes hormonales, nous avons le DIU [Dispositif Intra-Utérin], le collier et autres. Nous expliquons tout et lorsqu'une personne fait son choix, nous devons faire un examen approfondi pour savoir si le choix est compatible avec leur santé. Par exemple pour une patiente hypertendue, nous ne pouvons pas prescrire d'hormones. Selon le choix fait par les patientes, vous faites des conseils spécifiques et voyez quelle méthode est appropriée pour la patiente (Sage-femme, structure secondaire, Centre Ouest)*

Les soignants auraient tendance à recommander les MLDs telles que le DIU car elles permettraient aux patientes SAA de se « reposer » pendant au moins six mois et peuvent être retirées chaque fois que la femme se sent prête pour une autre grossesse. En ce qui concerne le moment choisi pour le counseling, les soignants ont expliqué que le counseling après-avortement était généralement effectué immédiatement après le traitement, comme recommandé par les directives de prise en charge :

*Avec le nouveau protocole on nous dit de ne pas attendre le rendez-vous du 6ème jour, il faut avoir les méthodes sur place, dès que la femme fait son avortement, on lui propose les méthodes et elle fait son choix. C'est comme ça dans les normes (Sage-femme, structure secondaire, Centre-Sud)*

Cependant, les soignants ont aussi indiqué des situations dans lesquelles le counseling et le choix de la méthode de contraception ne faisaient pas immédiatement après les premiers soins, mais plutôt lors des visites de contrôle par exemple. Ces situations interviendraient majoritairement dans les cas des SAA médicamenteux. Toutefois, certaines de ces patientes ne reviendraient pas, surtout dans les cas où l'avortement était provoqué. Les soignants ont aussi affirmé que l'accès aux méthodes contraceptives après les SAA n'était pas effectif pour toutes les patientes SAA ayant reçu un counseling. Cela serait dû à l'indisponibilité des méthodes contraceptives (par exemple, dans les cas où les méthodes sont offertes dans différentes unités, lorsque l'unité de planification familiale est fermée, ou lorsque la méthode de choix de la femme n'est pas disponible) ou le refus des patientes à utiliser une méthode contraceptive.

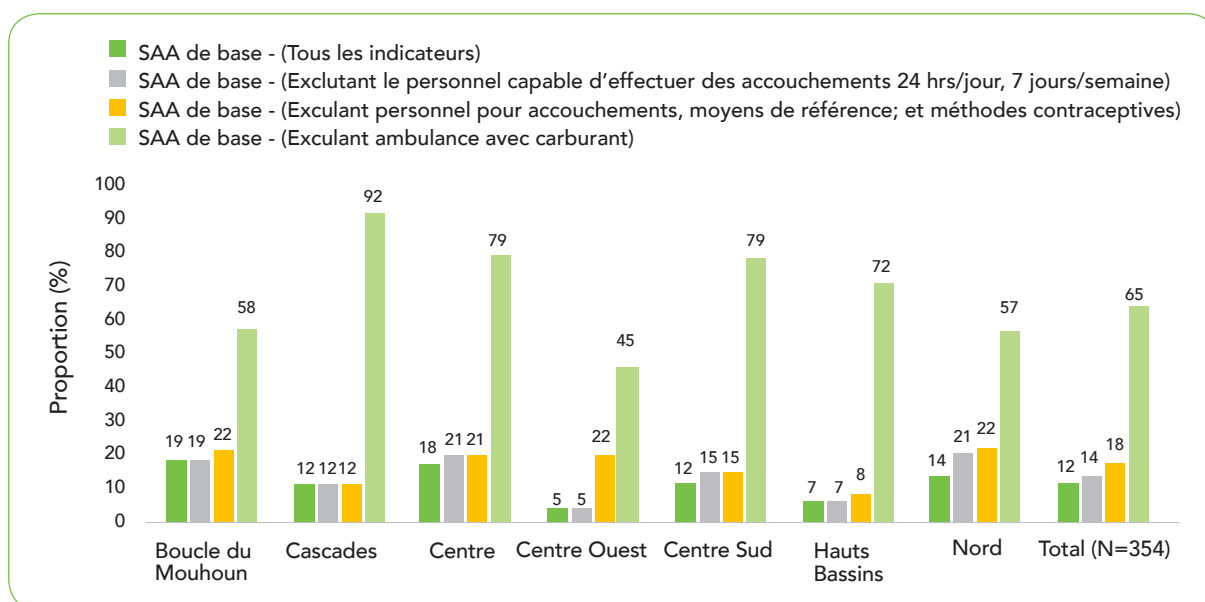
Comme l'expliquent certains soignants « nous ne forçons pas les femmes, nous les laissons partir et leur donnons toutes les informations nécessaires sur la nécessité d'utiliser la contraception le plus tôt possible » (Sage-femme, structure secondaire, Centre-Sud).

### 3.1.7 Capacité des structures sanitaires à offrir des SAA de base et complets

#### Capacité des structures sanitaires primaires à offrir des SAA de base

Les structures sanitaires primaires avaient une faible capacité à fournir tous les éléments essentiels de SAA, notamment : le traitement des complications, les services de counseling en PF, un véhicule avec du carburant pour transporter les patientes nécessitant une référence, et un personnel capable de faire des accouchements. L'analyse a montré que seulement 12% des structures sanitaires primaires pouvaient offrir tous les services de SAA de base. Au niveau des régions, la Boucle de Mouhoun avait la proportion la plus élevée de structures primaires avec une capacité en SAA de base (19%), et la plus faible capacité en SAA de base enregistrée dans la région du Centre Ouest (5%).

Après avoir appliqué des critères moins restrictifs (c'est-à-dire en excluant le personnel apte à effectuer des accouchements), nous avons constaté une légère amélioration de la proportion de structures sanitaires capables d'offrir des SAA de base (14%), les proportions les plus élevées étant observées dans les régions du Centre et du Nord (21%). En excluant la présence d'un personnel habilité à effectuer un accouchement et la disponibilité de méthodes contraceptives, la capacité des structures sanitaires primaires est légèrement passée à 18%. En tenant compte de ces critères, les régions de la Boucle du Mouhoun et du Centre Ouest avaient la capacité la plus élevée avec 22% chacune. Cependant, en excluant la disponibilité de véhicule avec du carburant (pour les patients nécessitant une référence), la capacité globale en SAA de base des structures sanitaires primaires s'est considérablement améliorée à 65%, dont la plus forte proportion (92,3%) dans la région des Cascades et la plus faible capacité enregistrée dans le Centre Ouest (45%) (Figure 4).

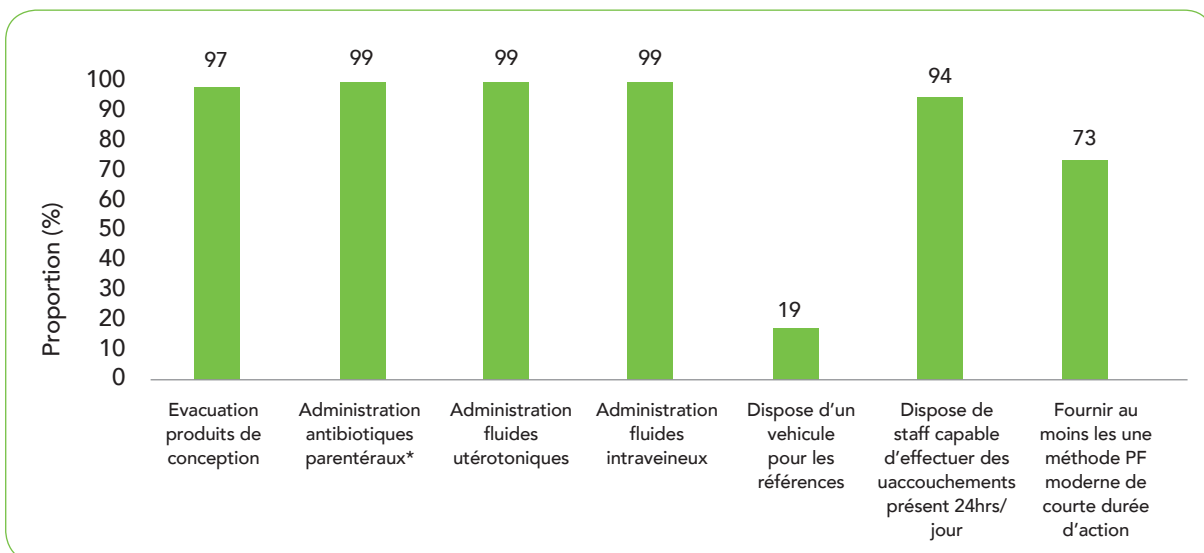


**Figure 4:** Proportion des structures sanitaires primaires capables d'offrir des SAA de base

#### Capacité des structures sanitaires primaires à offrir des SAA spécifiques

La majorité des structures sanitaires primaires ont indiqué leur capacité à évacuer les retentions des produits de conception (96,9%), à administrer les antibiotiques parentéraux, et les fluides utérotoniques et intraveineux (99%). Cependant, très peu de structures primaires (19,2%) disposaient d'un véhicule avec du carburant pour faciliter l'évacuation des patients (Figure 5).

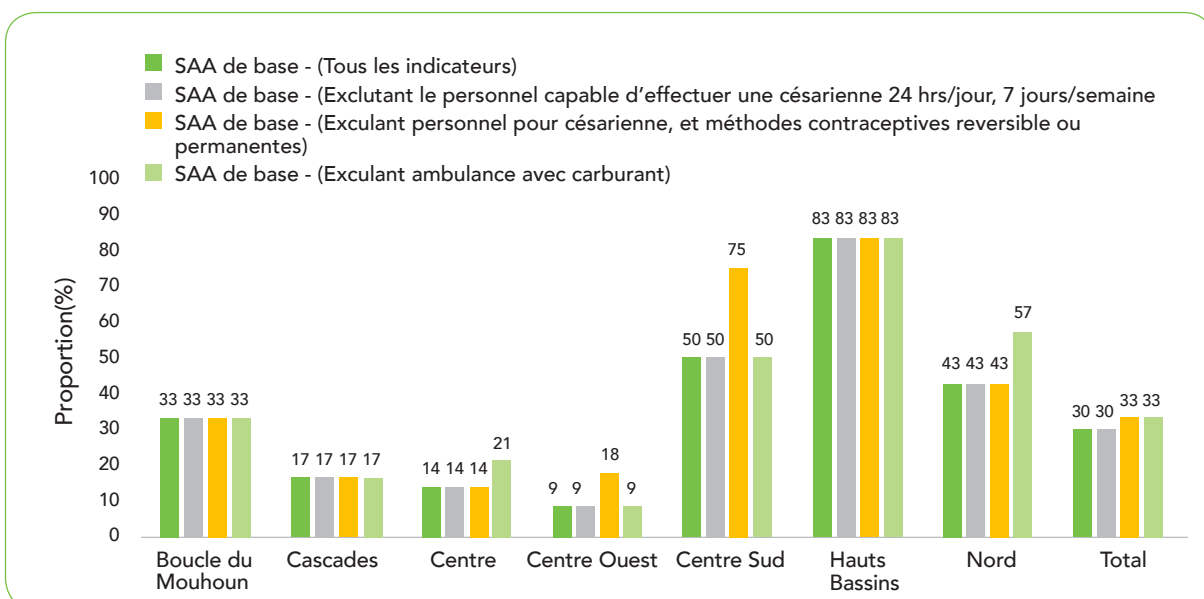




**Figure 5:** Proportion des structures sanitaires primaires capables d'offrir de SAA spécifiques

### Capacité des structures de référence à offrir des SAA complets

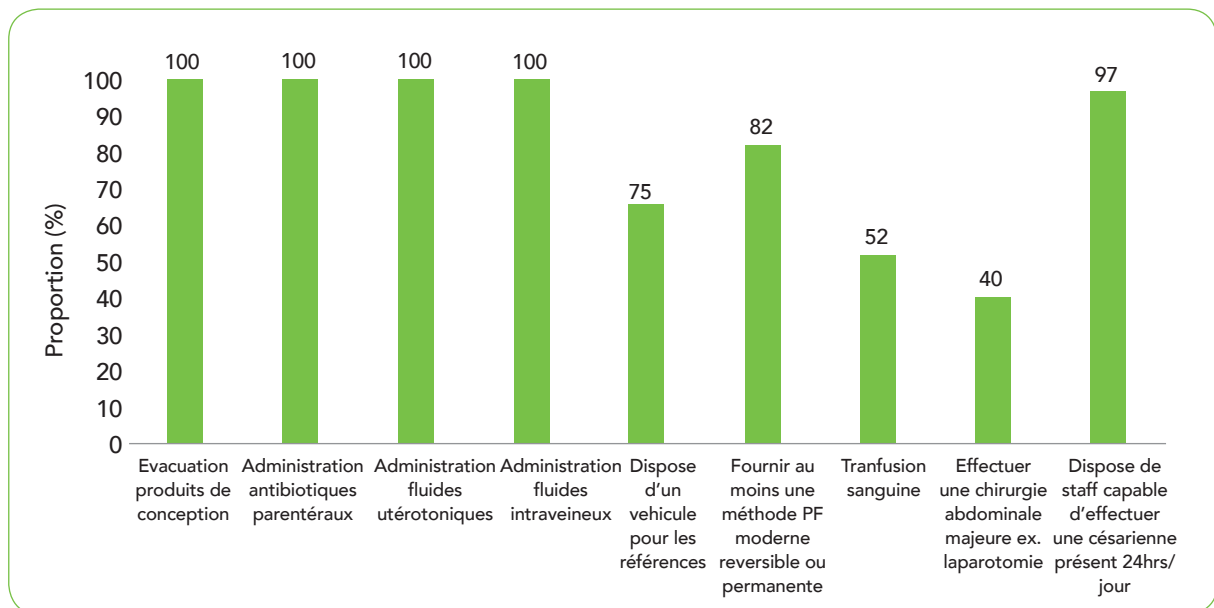
Dans l'ensemble, seulement un tiers (30%) des structures de référence pouvait offrir des SAA complets, y compris le traitement des complications, le counseling en PF et l'offre de contraceptifs à courte et longue durée d'action, des services de transfusion sanguine, une chirurgie abdominale majeure (une césarienne par exemple), un véhicule avec du carburant pour le transport des patientes ayant besoin d'être référées et un personnel capable de pratiquer une césarienne. Au niveau des régions, les Hauts Bassins avait le plus grand nombre de structures sanitaires qui avaient un package en SAA complets (83,3%) comparativement à la région du Centre-Ouest (9%). Très peu de changement a été noté dans les régions lorsque l'analyse a exclu le personnel capable d'effectuer des césariennes au quotidien. En utilisant un autre critère moins restrictif, notamment l'exclusion du personnel capable de faire des césariennes et la disponibilité d'une méthode de PF à courte et longue durée d'action ou permanente, nous avons noté des améliorations dans le Centre Sud (75%) et le Centre Ouest (18%). Enfin, en excluant la disponibilité des véhicules avec du carburant, la proportion de structures sanitaires dotées d'une capacité en SAA complets n'a pas significativement changé (Figure 6).



**Figure 6:** Proportion des structures sanitaires de référence capables d'offrir des SAA complets

## Capacité des structures de référence à offrir des SAA spécifiques

Dans les sept régions, toutes les structures sanitaires (100%) étaient aptes à évacuer les rétentions des produits de conception, d'administrer des antibiotiques parentéraux, des utérotoniques parentéraux et des liquides intraveineux. Presque toutes les structures sanitaires (96,7%) avaient un personnel capable de pratiquer une césarienne et la plupart (75%) avaient un véhicule avec du carburant pour le transport des patients nécessitant une évacuation. Cependant, à peine une structure sanitaire sur deux (51,7%) pouvait faire des transfusions sanguines et moins de la moitié (40%) pouvait pratiquer une chirurgie abdominale majeure (Figure 7). De manière spécifique, alors que toutes les structures tertiaires avaient la capacité de faire des transfusions sanguines, seulement près de la moitié des structures secondaires (48,2%) pouvaient offrir ce service. Les interventions chirurgicales pour gérer les complications liées à l'avortement (c.-à-d. laparotomie ou hystérectomie) ne pouvaient être pratiquées que dans respectivement 37,5% et 75% des structures sanitaires secondaires et tertiaires.

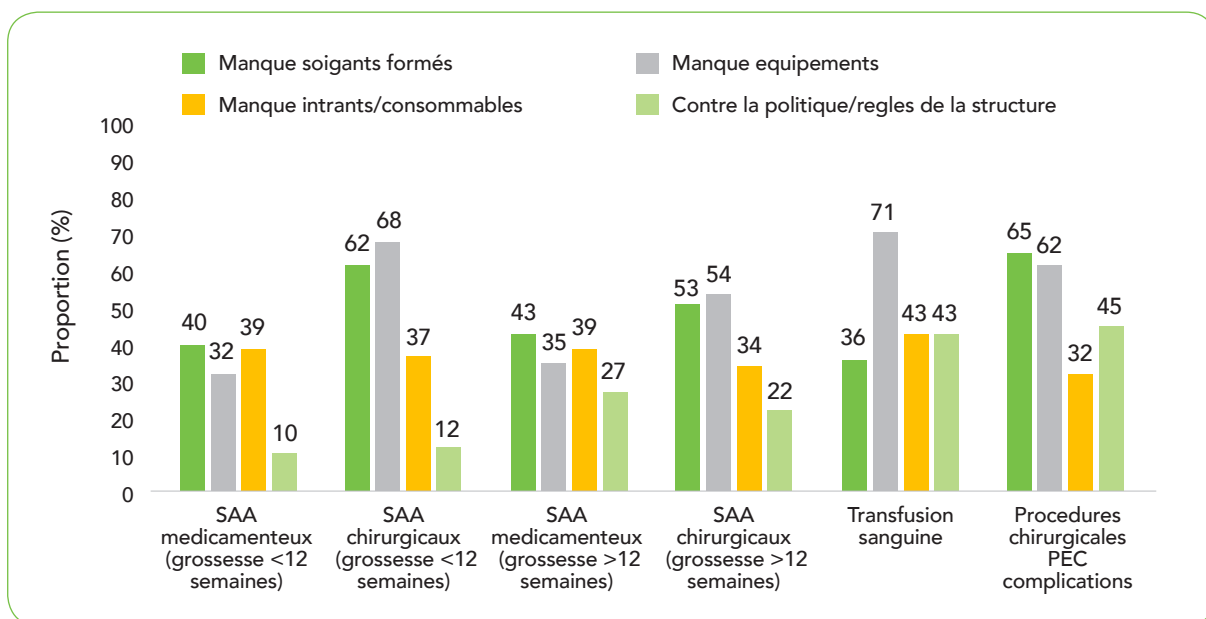


**Figure 7:** Proportion de structures sanitaires de référence capables d'offrir des SAA spécifiques

### 3.1.8 Raisons justifiant l'absence de services de SAA

La faible capacité des structures sanitaires publiques à fournir des SAA a été attribuée au manque de personnel qualifié, d'équipement et consommables ou aux politiques de gestion des structures sanitaires. Par exemple, les prestations d'AMIU pour les grossesses du premier trimestre étaient majoritairement entravées par le manque d'équipement (68%) et le manque de soignants formés (62%). De même, les prestations de SAA médicamenteux pour les grossesses du premier trimestre étaient entravées par le manque de soignants formés (40%) et le manque de produits/consommables (39%). L'incapacité à offrir des services de transfusion sanguine était principalement due au manque d'équipements (71%), de consommables (43%) et la non-conformité de ce service aux politiques de gestion des structures sanitaires (43%). Les procédures chirurgicales pour gérer les complications liées aux avortements étaient, quant à elles, principalement entravées par le manque de soignants qualifiés (65%), le manque d'équipement (62%) et le fait que l'offre de ce type de service n'était pas conforme aux politiques de gestion de certaines de structures de santé (45%) (Figure 8).





**Figure 8: Raisons de l'absence d'offre de services de SAA spécifiques**

### 3.1.9 Pratiques autour des références des patientes de SAA

En raison de la capacité limitée des structures primaires à fournir des SAA, la référence des patientes apparaissait comme centrale dans la prise en charge des complications après-avortement. Les structures primaires réfèreraient souvent des cas de SAA à des structures sanitaires de haut niveau. Cependant, les soignants ont aussi évoqué quelques scénarios où les structures sanitaires tertiaires réfèraient également des patientes à des structures de niveau inférieur en raison de manque occasionnel d'équipements comme l'explique l'un des participants :

*Souvent lorsque l'équipement est endommagé, (...) si la seringue est défectueuse, nous ne pouvons pas aspirer et nous référons à une autre structure sanitaire (...) il y a l'ABBEF [clinique ONG], il y a aussi les CMA qui aspirent (Sage-femme, structure de référence, Haut-bassins)*

Selon les soignants interviewés, l'ambulance est le moyen de transport le plus approprié lors des références, surtout lorsque la patiente est dans un état critique. Cependant, les soignants ont noté que la plupart des structures sanitaires primaires n'avaient pas d'ambulance immédiatement disponible car elles dépendent des ambulances des structures de références ou de celles stationnées au siège des districts sanitaires. En plus, les structures de soins possédant une ambulance ont fait état de pannes récurrentes, comme l'indique un soignant travaillant dans la région des Hauts Bassins :

*Nous avons une seule ambulance, mais souvent l'ambulance est au garage. Hier même, lorsque je quittais la structure sanitaire, l'ambulance était encore au garage, alors que nous sommes une structure de référence (Maïeuticien, structure de référence, Hauts Bassins).*

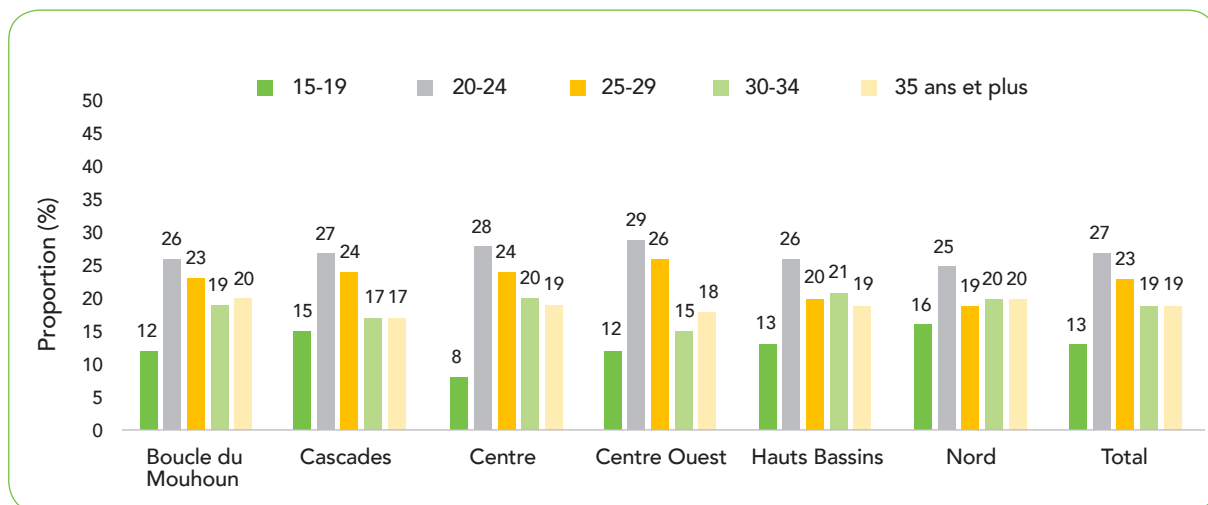
En de pareilles situations, les patientes seraient contraintes d'utiliser des moyens de transport privés pour se rendre à l'échelon supérieur en cas de référence. Les soignants interviewés ont aussi relevé l'état déplorable des routes rurales qui rendent difficiles (voire impossible) les évacuations sanitaires pendant la saison des pluies.

## 3.2. L'expérience des patientes de SAA

### 3.2.1. Caractéristiques sociodémographiques des patientes

Après l'exclusion du Centre Sud en raison d'une très faible couverture de l'échantillon, et l'exclusion des entretiens incomplets, notre analyse s'est basée sur un échantillon de 2174 patientes de SAA. Dans l'ensemble, la majorité des patientes interviewées était âgée de 20 à 24 ans (27,1%) et près de la moitié

(49,7%) avait un âge compris entre 20 et 29 ans. Un peu plus d'un dixième étaient des adolescentes (12,8%), tandis que 18,7% étaient âgées de 30 à 34 ans et une proportion similaire était âgée de plus de 35 ans (Figure 9).



**Figure 9: Répartition des patientes de SAA par catégories d'âge par région**

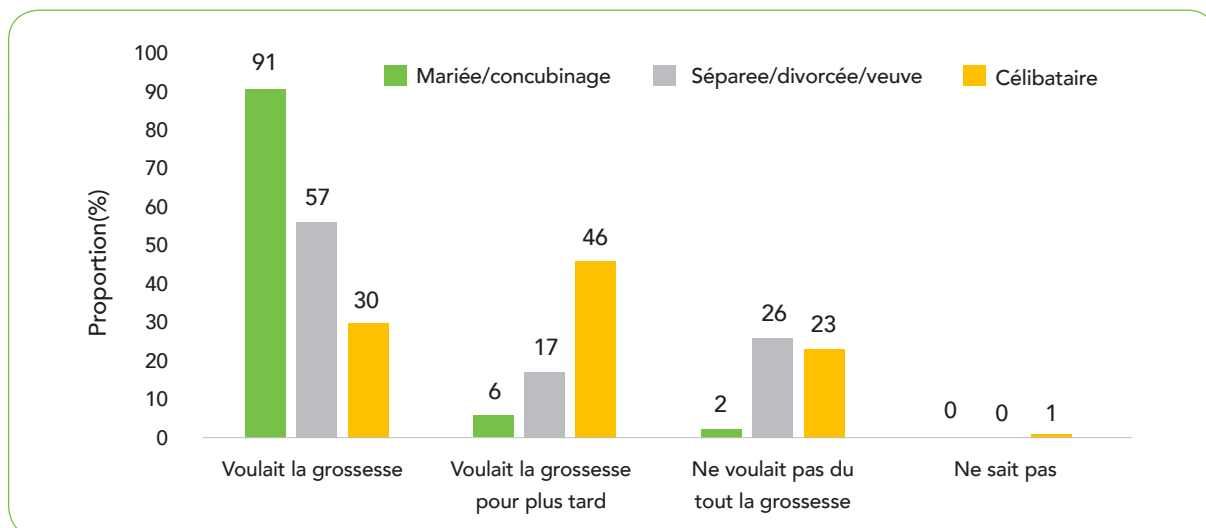
De plus, la majorité des patientes (55,0%) résidait en zone rurale et un peu plus de la moitié (52,5%) avait déjà été scolarisée. Parmi celles qui ont été scolarisées, la majorité avait un niveau d'éducation secondaire ou supérieure (61,6%). La grande majorité des patientes (67,5%) était au chômage ou sans emploi rémunéré. Pour les patientes salariées, environ un tiers (31,6%) avait un revenu mensuel inférieur à 19500 francs CFA (35 dollars US), tandis qu'environ un cinquième (21,7%) avait entre 19500 et 35000 francs CFA par mois et 23,2% plus de 70000 FCFA (et la plupart d'entre elles (41,1%) ont été traitées dans les structures sanitaires tertiaires). Le taux de chômage (ou absence de revenu) chez les patientes était plus élevé dans les Cascades (78,1%), dans la Boucle du Mouhoun (74,0%) et dans les Hauts Bassins (70,9%). La majorité des patientes employées était dans le Nord (44,6%). Plus de la moitié des patientes (66,7%) était musulmane, suivie des catholiques (23,2%). La plupart des patientes (86,6%) étaient mariées ou vivaient en concubinage, et 12,3% étaient célibataires (Tableau XI).

**Tableau XI: Caractéristiques sociodémographiques des répondantes par type de structures sanitaires**

Caractéristiques	Primaire N=748 (%)	Secondaire N=1228 (%)	Tertiaire N=198 (%)	Total N=2174 (%)
<b>Age (en années)</b>				
15-19	101 (13,5)	160 (13,0)	17 (8,6)	278 (12,8)
20-24	187 (25,0)	355 (28,9)	48 (24,2)	590 (27,1)
25-29	171 (22,9)	280 (22,8)	40 (20,2)	491 (22,6)
30-34	142 (19,0)	221 (18,0)	44 (22,2)	407 (18,7)
35 et plus	147 (19,7)	212 (17,3)	49 (24,8)	408 (18,8)
<b>Lieu de résidence</b>				
Rural	561 (75,0)	573 (46,7)	63 (31,8)	1,197 (55,1)
Urbain	187 (25,0)	655 (53,3)	135 (68,2)	977 (44,9)
<b>Scolarisation</b>				
Jamais fréquenté l'école	405 (54,1)	551 (44,9)	81 (40,9)	1037 (47,7)
A déjà fréquenté l'école	343 (45,9)	681 (55,5)	117 (59,1)	1137 (52,5)
<b>Plus haut niveau d'instruction (N=1137)</b>				
Primaire	160 (21,4)	241 (19,6)	35 (17,7)	436 (38,4)
Secondaire et supérieur	183 (24,5)	436 (35,5)	82 (41,4)	701 (61,6)
<b>Activité principale</b>				
Employée (salarisée / indépendante)	209 (27,9)	418 (34,0)	78 (39,4)	705 (32,4)
Sans emploi	539 (72,1)	810 (66,0)	120 (60,6)	1469 (67,6)
<b>Revenu mensuel (Employée, N=667)</b>				
19500 & en dessous	84 (41,8)	106 (27,0)	21 (28,8)	211 (31,6)
19501-<35000	44 (21,9)	89 (22,7)	12 (16,4)	145 (21,7)
35000-<75000	42 (20,9)	104 (26,5)	10 (13,7)	156 (23,4)
75000 & plus	31 (15,4)	94 (23,9)	30 (41,1)	155 (23,2)
<b>Religion</b>				
Catholique	149 (19,9)	325 (26,5)	31 (15,7)	505 (23,2)
Protestant et autres	82 (11,0)	122 (9,9)	15 (7,6)	219 (10,1)
Musulmane	517 (69,1)	781 (63,6)	152 (76,8)	1450 (66,7)
<b>Situation matrimoniale</b>				
Mariée/concubinage	667 (90,5)	1029 (83,8)	178 (89,9)	1884 (86,7)
Séparée/divorcée/ veuve	6 (0,8)	14 (1,1)	3 (1,5)	23 (1,1)
Célibataire	65 (8,7)	185 (15,1)	17 (8,6)	267 (12,3)

### 3.2.2. Désir de grossesse

Un peu plus d'un dixième (10,9%) des patientes SAA souhaitait retarder leur grossesse et 5,1% n'en voulaient pas du tout. La majorité des patientes qui avaient l'intention de retarder ou ne voulaient pas du tout leur grossesse était soit célibataire, soit séparée/divorcée/veuve (Figure 10). Parmi les patientes qui ne désiraient pas leur grossesse, 8,2% avaient envisagé d'interrompre la grossesse. Les raisons liées à « la santé physique et à l'âge » (33,6%) et les « préoccupations liées à la relation et au mariage » (30,8%) ont été les plus fréquemment cités pour justifier le non-désir de la grossesse.



**Figure 10:** Désir de grossesse chez les patientes de SAA selon leur situation matrimoniale

### 3.2.3. Qualité des services de SAA reçus

Les entretiens qualitatifs ont permis de mieux comprendre les perceptions des patientes relatives à ce qu'elles considèrent comme « bons soins » ou « mauvais soins ». Selon certaines patientes, bénéficier de « bons soins » c'est lorsque les soignants ont une attitude amicale et empathique au cours de la relation thérapeutique, lorsque le temps d'attente est court ou lorsque le coût des soins est abordable. D'autres patientes considèrent le fait de recevoir le « bon traitement » ou se sentir mieux en quittant la structure sanitaire comme étant un indicateur de « bons soins ». Les « mauvais soins », en revanche, étaient associés à des soignants qui ont une attitude sévère, grossière, négligente, apathique, lorsque le traitement reçu est jugé inefficace, ou lorsque les files d'attente sont longues. Dans la plupart des cas, la décision des patientes de rechercher des services de SAA dans les structures sanitaires a été influencée par leur expérience de soins antérieurs (selon que celle-ci a été jugée bonne ou mauvaise) et par leur proximité géographique avec la structure de soins. Ainsi, les structures sanitaires les plus visitées étaient des structures sanitaires de niveau primaire. Cependant, la plupart de ces structures avaient une faible capacité à fournir des services de SAA. Par conséquent, bon nombre des patientes ont fini par être référées vers des structures de type supérieur (c.-à-d. CMA, CHR ou CHU) comme l'explique une patiente:

*J'y suis allée [CSPS] comme j'avais l'habitude de le faire, ils n'ont placé que la perfusion (...). Une fois la perfusion terminée, ils ne s'intéressaient plus à moi et le sang coulait. Je leur ai dit de m'envoyer ailleurs, alors ils ont rempli un papier pour que je vienne ici ( 20 ans, mariée, commerçante, zone urbaine, Centre Ouest ).*

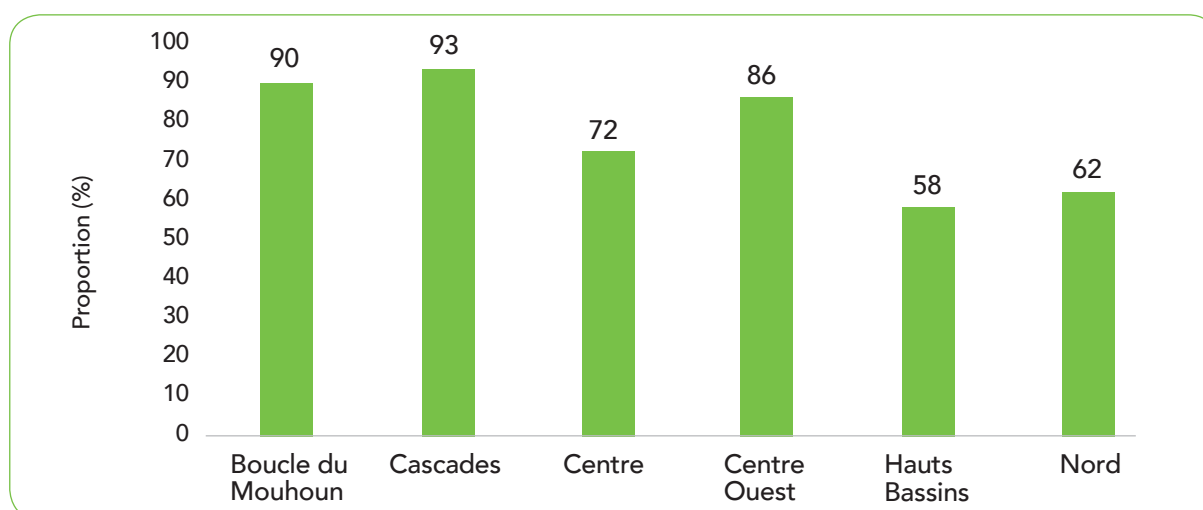
Les expériences des patientes pendant les services de SAA ont été documentées à partir de plusieurs indicateurs clés, notamment la dignité et le respect, l'autonomie, la stigmatisation et la discrimination, la communication, la vie privée et la confidentialité, la confiance, la prévisibilité des coûts et le soutien offert, comme détaillé dans le Tableau XII ci-dessous.

**Tableau XII: Résumé des expériences des patientes de SAA par type de structures sanitaires**

Indicateurs	Proportions (%) des patientes qui ont évalué leur expérience comme étant bonne			
	Primaire N=748 (%)	Secondaire N=1228 (%)	Tertiaire N=198 (%)	Total N= 2174 (%)
Dignité et respect accordés	603(80,6)	932(75,9)	127(64,1)	1662(76,5)
Confidentialité accordée	348(46,5)	583(47,5)	88(44,4)	1019(46,9)
Autonomie donnée	565(75,5)	801(65,2)	137(69,2)	1503(69,1)
Communication effective	580(77,5)	936(76,2)	118(59,6)	1634(75,2)
Soutien offert	541(72,3)	875(71,3)	135(68,2)	1551(71,3)
Confiance accordée	619 (82,8)	1028(83,7)	177(89,4)	1824(83,9)
Paiements transparents	679 (90,8)	1072 (87,3)	188 (95,0)	1939(89,2)
Pas de stigmatisation	706 (94,4)	1166(95,0)	193(97,5)	2065(95,0)
Environnement favorable	377(50,4)	735(59,9)	106(53,5)	1218(56,0)
Counseling PF fournis	623(83,3)	974(79,3)	176(88,9)	1773(81,6)

### Dignité et respect

La majorité des patientes de SAA (76.5%) a estimé que la dignité et le respect leur ont été accordés pendant le processus de soins. Ce sentiment était beaucoup plus prononcé chez les patientes qui ont visité les structures de type primaire (80.6%) par rapport celles qui ont fréquenté les structures de type secondaire (75.9%) et tertiaire (64.1%) (Tableau XII). Au niveau régional, les plus faibles proportions de patientes traitées avec dignité et respect ont été enregistrées dans la région des Hauts Bassins (58%), la région du Nord (62%) et de la région du Centre (72%). Il faut noter que ces trois régions sont aussi celles abritant les quatre structures tertiaires de l'échantillon. Dans les trois autres régions, plus de 80% des patientes ont déclaré avoir été respectées et avoir reçu un traitement digne pendant les SAA (Figure 11).

**Figure 11: Proportion des patientes ayant été prises en charge avec dignité et respect**

Bien que la plupart des patientes aient déclaré être satisfaites du temps d'attente avant de recevoir des soins, certaines participantes à l'enquête qualitative ont connu des retards dans leur processus de soins. En effet, certaines patientes ont attendu de longues heures avant de recevoir des soins en raison de files d'attente, de salles bondées ou de soignants non disponibles ou en nombre insuffisant. Une patiente qui a attendu plusieurs heures parce que les soignants effectuaient un accouchement et ont ensuite dû nettoyer la salle et le matériel avant de s'occuper d'elle, raconte son expérience :

*Quand je suis arrivée, j'ai constaté que les agents santé changeaient d'équipe, puis il y avait une femme qui accouchait, il a donc dû faire face à cette situation avant de me parler. De plus, la salle devait être nettoyée et tout devait être nettoyé avant de pouvoir me laver [aspiration] (Mariée, sans emploi, zone rurale, Cascades).*

Une autre patiente s'est entendue dire que son état n'était pas une urgence et qu'elle devait attendre avant de recevoir des soins, alors qu'elle de fortes douleurs :

*Ils nous ont dit qu'il y a des cas plus graves que le mien, donc ils ne peuvent pas s'occuper de moi. Ils m'ont dit de revenir à 17 heures, je suis repartie et ils m'ont dit qu'ils n'avaient pas de place, que je devrais revenir à 23 heures. Je me suis assise sous le manguier jusqu'à 23 heures, puis je suis rentrée (...) Ils m'ont finalement consultée vers 5 heures du matin. (...) Ils n'arrêtaient pas de dire qu'ils n'avaient pas de place, et pourtant j'avais mal. J'ai senti le temps très long (24 ans, célibataire, étudiante, zone urbaine, Centre Ouest).*

Dans certains cas, les patientes devaient se déplacer d'un service de soins à un autre pour faire une échographie ou des examens, ou encore acheter des médicaments. Ce qui a contribué à prolonger les délais d'attente pour recevoir un traitement. Parfois, les retards dans la prise en charge étaient dus à des difficultés financières. L'une des participantes nous explique qu'elle a dû attendre des jours avant d'avoir une évacuation utérine parce qu'elle n'avait plus assez d'argent pour régler l'ordonnance des produits pour l'évacuation médicamenteuse. En effet, presque tout son argent avait été investi dans le paiement de l'échographie :

*Je suis revenue avec des papiers ici pour montrer à la femme et j'ai dit qu'ils avaient dit que la grossesse était gâtée, ils m'ont dit qu'ils avaient le médicament [Misoprostol] qui coûte 5000f. Quand je suis partie de chez moi, j'avais 10000fr et l'écho a pris 8000fr, je n'avais personne pour compléter mon argent pour payer le médicament qui est de 5000f. Après trois jours, nous sommes retournés payer les médicaments, je suis venue ici pour montrer à la femme le médicament et elle m'a dit de rentrer à la maison que le sang coulera (29 ans, mariée, commerçante, zone rurale, Nord).*

Pour ce qui concerne la gentillesse/convivialité des prestataires de SAA, la majorité des patientes rencontrées dans les régions a estimé que les soignants étaient sympathiques avec elles, comme l'a décrit une patiente :

*Ce que j'ai aimé, elle a été sensible à ma situation. Elle m'a dit qu'elle a eu ça aussi, qu'elle a 42 ans mais qu'elle n'a qu'un garçon, que je ne dois pas pleurer, que je suis encore très jeune, je peux avoir beaucoup d'enfants (21 ans, en concubinage, étudiante, zone urbaine, Boucle Mouhoun).*

Certaines patientes ont cependant dénoncé des cas de méchanceté, de violence verbale ou de manque d'attention, en particulier lorsqu'elles étaient suspectées d'avoir provoqué leur avortement, comme décrit par l'une d'elles :

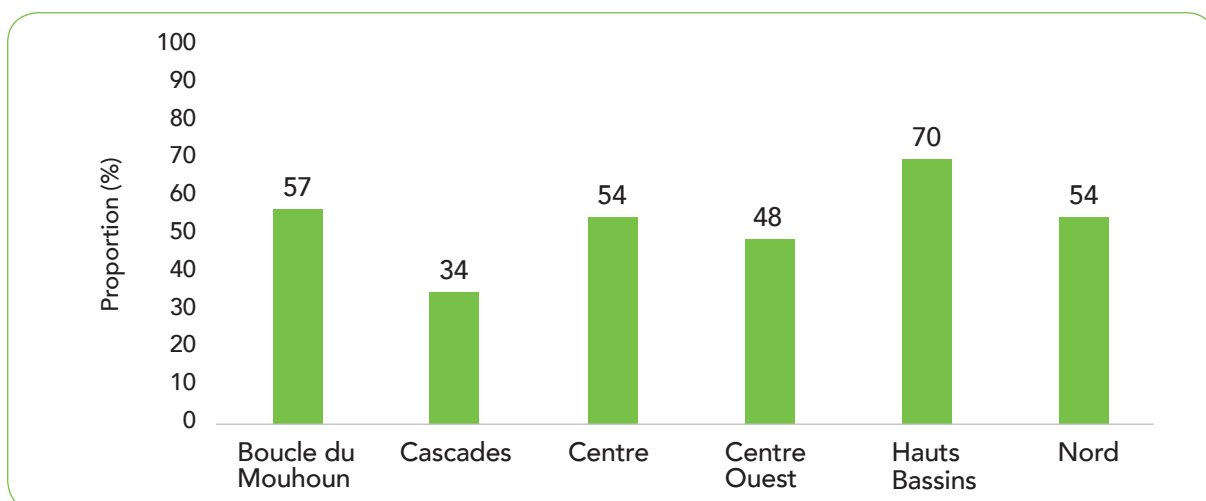
*Eh bien, parfois vous leur parlez et ils n'écoutent même pas. ... Quand j'avais mal, je me suis levée, je me suis tenue à la porte et je leur ai parlé. Ils m'ont regardé, mais personne ne m'a répondu, pourtant ils m'ont vu souffrir.... Parfois, ils sont juste là, bavardant et ne se soucient pas des gens. (...) Puisque c'est la première fois que je tombe enceinte, comme je suis une jeune fille aussi, même si je leur dis que je ne l'ai pas provoqué, il leur est difficile de me croire (24 ans, célibataire, étudiante, zone urbaine, Centre Ouest)*

Ces comportements désagréables des soignants ont été signalés par les femmes dans toutes les régions. Cependant l'attitude désagréable des soignants a été dénoncée le plus par les patientes interviewées dans la région des Hauts Bassins. Celles-ci ont rapporté avoir vécu de longs délais d'attente, avoir subi des violences verbales et avoir été privées de soins pendant de longues heures. Cette situation est décrite par l'une des participantes :

*Ils n'ont rien fait. C'est seulement l'échographie qu'ils m'ont dit de faire, ils ne m'ont donné aucun médicament. (...) Nous les avons appelés et ils nous ont dit d'aller payer les gants, nous avons payé et ils ne sont pas venus. ... Parfois, vous pouvez venir et les agents de santé vous grondent et vous disent 'vous devez aller ici, vous devez aller là'. Ce n'est pas bien comme ça, un agent de santé doit prendre soin des malades et les traiter correctement. La personne est malade et vous la grondez (18 ans, mariée, commerçante, zone urbaine, Hauts Bassins)*

### Vie privée et confidentialité

Le respect de la vie privée des patientes et de la confidentialité pendant les SAA a été évalué à travers des questions visant à savoir si une tierce personne pouvait voir ou entendre leur discussion avec l'agent de santé, la patiente était-elle couverte ou protégée par un rideau pendant l'examen, ainsi que l'assurance de la patiente par rapport à la protection de ses informations par les soignants ou la structure sanitaire. La note globale sur l'aspect du respect de la vie privée et de la confidentialité a été jugée médiocre par les patientes SAA. Plus de la moitié des patientes interviewées (53,1%) ont estimé que leur vie privée et leur confidentialité avaient été compromises à tous les niveaux des structures sanitaires (Tableau XII). Plus précisément 65% des patientes ont affirmé qu'elles n'avaient pas été couvertes ou isolées avec un rideau. Cette mauvaise expérience a été beaucoup plus vécue par les patientes enquêtées dans la région des Hauts Bassins où 70% ont signalé un manque d'intimité et de confidentialité, suivie de la région de Boucle du Mouhoun. La région des Cascades a quant à elle enregistré le plus faible de taux (34,4%) concernant le non-respect de la vie privée et de la confidentialité (Figure 12).



**Figure 12:** Proportion des patientes rapportant un non-respect de la vie privée et de la confidentialité

Par rapport au non-respect de la vie privée et de confidentialité, les plaintes des participantes avaient trait à des examens cliniques ou des traitements (ex. l'AMIU) effectués dans des salles partagées avec d'autres patientes admises pour d'autres problèmes de santé. Une patiente interviewée décrit son expérience :

*Toutes les femmes qui venaient pour la pesée étaient là et je saignais là aussi. Quand je suis tombée, elles étaient toutes là. Si quelqu'un passait aussi il pouvait me voir, (...) ils n'ont même pas fermé la porte (32 ans, mariée, commerçante, zone rurale, Centre Ouest).*

Certaines participantes ont également relevé le manque de discrétion du cadre des soins car les interactions se produisaient dans des espaces ouverts et bondés, avec des portes ouvertes, ou des situations où le soignant parlait à voix haute et pouvait être entendu par d'autres personnes :

*R : Oui, les gens à l'extérieur nous ont entendus.*

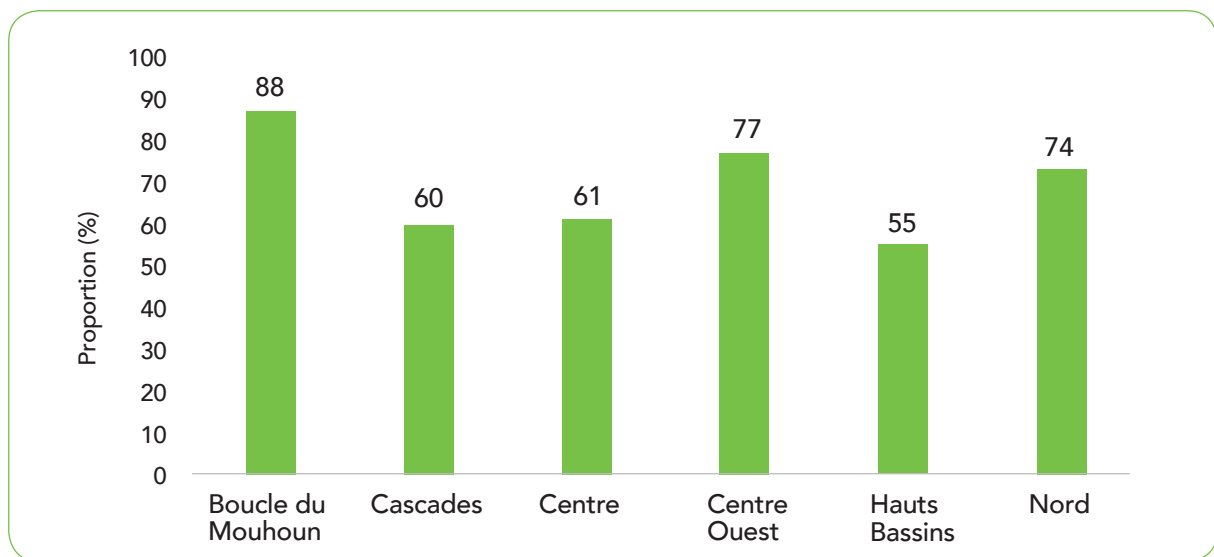
*I : Pourquoi dis-tu ça ?*

*R : On parlait fort et des gens étaient assis à la porte (18 ans, mariée, sans emploi, zone rurale, Boucle du Mouhoun).*



## Autonomie

Pour juger du niveau d'autonomie des femmes pendant le processus de soins, les patientes ont été interviewées sur leur implication dans la prise de décision de soins. Il a été question de savoir si les soignants leur ont demandé la permission ou leur consentement avant des soins comme l'AMIU et l'examen clinique, si les soignants se sont préoccupés de leur confort lors de la prise en charge. Dans l'ensemble, les patientes ont trouvé que leur expérience relative à leur degré d'autonomie au cours des SAA avait été assez bonne (69%). La majorité de celles qui ont exprimé un retour positif sur l'autonomie avait été prise en charge dans les structures primaires (75%) contre 65% et 69% respectivement dans les structures secondaires et tertiaires (Tableau XII). Au niveau régional, les patientes de la Boucle du Mouhoun étaient plus satisfaites de leur niveau d'autonomie (88%), tandis que celles des Hauts Bassins ont déclaré le plus faible niveau de satisfaction (54%) (Figure 13).



**Figure 13:** Proportion des patientes ayant bénéficié d'une autonomie dans leur prise en charge

Contrairement aux patientes interviewées dans l'enquête quantitative, la plupart de celles interviewées dans le cadre de l'enquête qualitative ont déclaré avoir été rarement impliquées dans les décisions concernant leurs soins. Bien qu'elles aient été informées de leur état (par exemple le diagnostic d'avortement incomplet et la nécessité de « laver le ventre »), elles n'auraient pas été consultées avant certains actes thérapeutiques comme l'explique une patiente de la Boucle du Mouhoun:

*I : Par rapport aux traitements reçus, vous a-t-on demandé votre avis ?*

*R : Non, je pensais qu'ils m'accorderaient un peu de temps pour que le col de l'utérus s'ouvre seul. Mais ils sont juste venus et m'ont donnée des comprimés à prendre (32 ans, mariée, employée, zone urbaine, Boucle du Mouhoun).*

Bien que la majorité des participantes ait perçu cette situation comme normale (car elles considéraient les soignants comme des experts autorisés à prendre une décision sans les consulter), une patiente a signalé sa frustration quant au choix de son traitement. Elle aurait eu des saignements abondants chez elle à cause de l'utilisation du Misoprostol en ambulatoire (à la maison) sur décision des soignants:

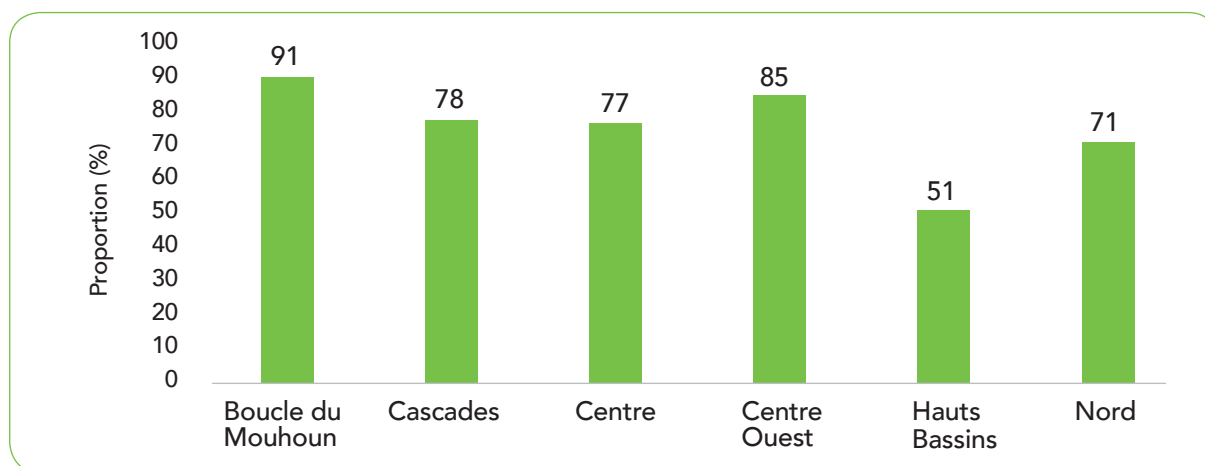
*Je n'étais pas contente qu'ils me donnent des médicaments [Misoprostol] et me disent de rentrer chez moi et d'y mettre les médicaments. Ne pouvais-je pas faire ça là-bas ? Quand je l'ai mis à la maison, j'étais couchée sur le dos et du sang a commencé à couler. Mon mari était au marché, quand je me suis levée je suis tombée et les gens m'ont emmenée ici (...). Si quelqu'un n'était pas là, j'allais mourir, je ne pouvais plus parler et je n'étais plus consciente. Dieu merci, il y avait des passants qui m'ont emmenée ici [structure sanitaire] et je n'ai réalisé que lorsque j'ai repris conscience (32 ans, mariée, commerçante, zone rurale).*



Cette patiente a expliqué qu'elle aurait souhaité que « son ventre soit lavé » immédiatement dans la structure sanitaire (par AMIU). Au lieu de cela, elle s'est vue contrainte de rentrer chez elle avec un médicament et par la suite se retrouver à l'hôpital pour une AMIU.

### Communication

Dans l'ensemble, les patientes ont jugé la communication avec les soignants bonne ou efficace à 75%, avec une légère majorité dans les structures primaires (77,5%) et secondaires (76%), par rapport aux structures tertiaires (60%) (Tableau XII). Lorsqu'il est stratifié par région, le niveau de communication était globalement plus bas dans la région des Hauts Bassins (51%) et plus élevé dans la région de la Boucle du Mouhoun (91%) (Figure 14).



**Figure 14:** Proportion des patientes satisfaites de la communication avec les soignants

La plupart des patientes interviewées dans le cadre de l'enquête qualitative ont rapporté ne pas avoir été impliquées dans les décisions concernant leur traitement. De plus, certaines ont rapporté un manque de communication (ou une communication très limitée) avec les soignants. Le verbatim suivant décrit l'une de ces situations :

*I : Lorsque vous étiez sur la table là-bas, vous a-t-elle expliqué ce qu'elle faisait sur vous ?*

*R : Elle ne parlait, elle travaillait seulement.*

*I : Lorsqu'elle prescrivait le médicament là-bas, a-t-elle expliqué pourquoi ?*

*R : Elle a donné le médicament, elle n'a pas expliqué cela.*

*I : Mais elle ne vous a pas dit ce que ça guérit ?*

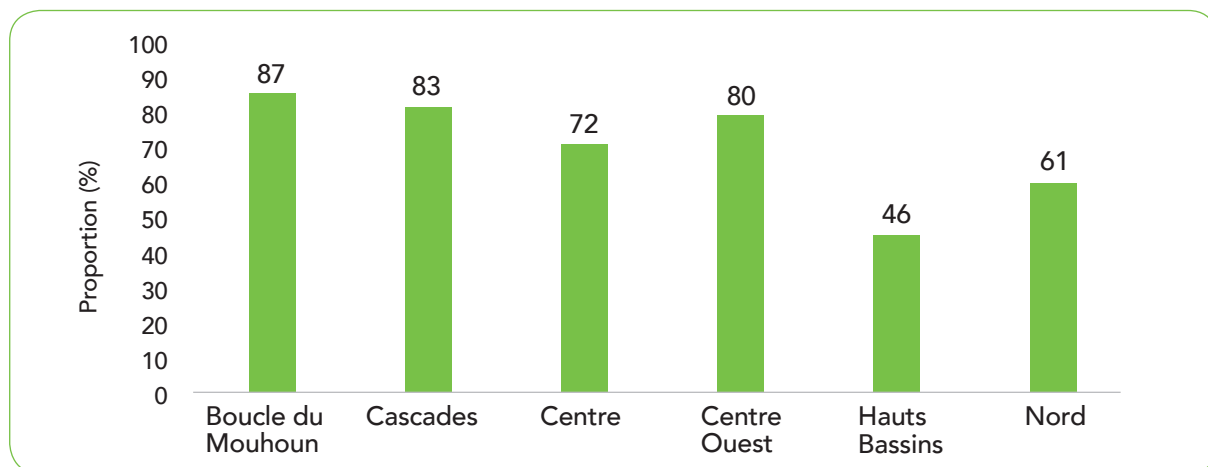
*R : Non, elle n'a rien dit. Lorsque j'ai dit que mon ventre me faisait mal, elle m'a juste donné les deux [comprimés] (32 ans, commerçante, zone urbaine, Boucle du Mouhoun).*

Ce manque de communication concernait principalement les patientes qui ont expérimenté des interactions difficiles avec les soignants. Cette hostilité n'a pas donné le courage à certaines d'entre elles de poser des questions, et celles qui l'ont fait, n'ont pu obtenir une réponse satisfaisante. Aussi, selon certaines patientes, la barrière de la langue entre elles et les soignants qui « parlaient en français, mais je ne comprends pas le français » à influencer négativement la relation thérapeutique car elles n'arrivaient pas à comprendre les questions que les soignants leur posaient ou les informations qui leur étaient fournies.

### Soutiens thérapeutique et psychosocial offerts

Le soutien offert aux patientes a été exploré à travers la façon dont la douleur et les besoins de celles-ci ont été pris en compte par les soignants. Dans l'ensemble, 71% des patientes de SAA étaient satisfaites du soutien qu'elles ont reçu de la part des soignants. Cette tendance était sensiblement la même à travers les différents niveaux de structures sanitaires (Tableau XII). Lorsqu'on compare les régions, 87% des

patientes ont révélé avoir bénéficié du soutien des soignants dans la région de la boucle du Mouhoun, contre 46 % dans la région des hauts bassins (Figure 15).



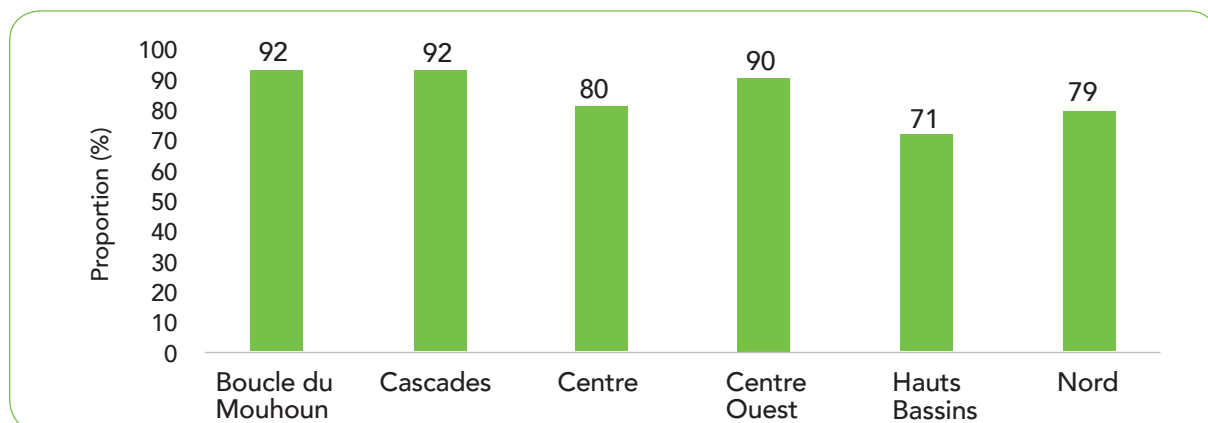
**Figure 15:** Proportion des patientes ayant bénéficié d'un soutien de la part des soignants

La plupart des patientes qui ont pris part à l'enquête qualitative ont confié avoir reçu un soutien considérable de la part des soignants. Cependant, l'empathie et le niveau de soutien variaient selon les soignants et les caractéristiques des patientes (âge, type d'avortement, etc.). La majorité des patientes ayant fait une fausse couche et ayant exprimé un désir de grossesse a affirmé avoir bénéficié d'un soutien psychologique et de l'empathie de la part des soignants. Par contre, celles qui ont été admises dans les structures sanitaires suite à un avortement provoqué ont affirmé avoir été longuement interrogées et conseillées sur les dangers d'un avortement non sécurisé :

*Je peux dire qu'elle a été très, très gentille avec moi. Elle a bien pris soin de moi. Ils m'ont conseillé de ne pas pleurer, que tout ce que Dieu fait est bon. Que je devrais me laisser à Dieu. (...) il était temps pour elle de partir, mais elle a fait tout ce qu'elle pouvait pour placer la perfusion avant de partir (Mariée, zone rurale, Boucle du Mouhoun).*

### Confiance aux soignants et soins reçus

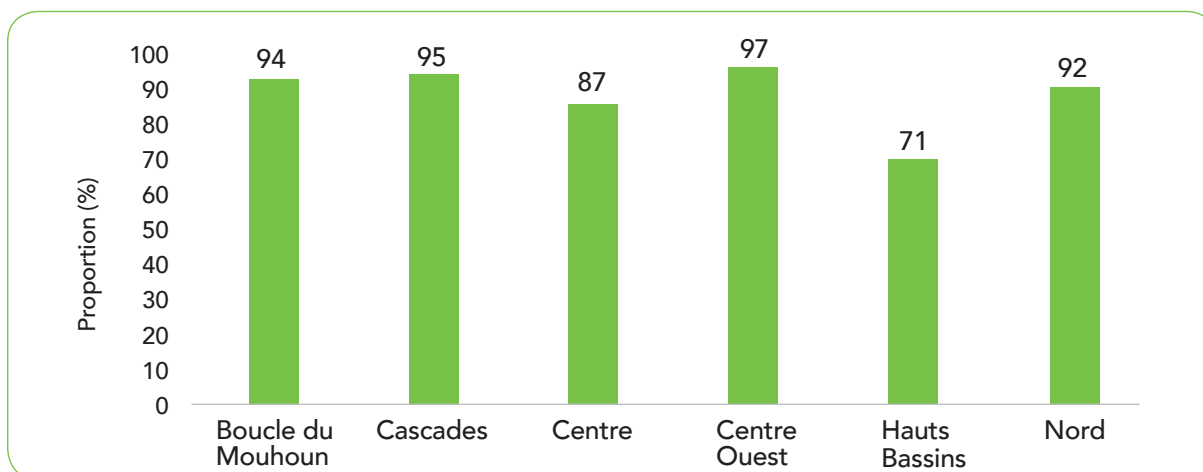
Seulement 16% des patientes ont déclaré ne pas faire confiance aux soignants ou ne pas être confiantes quant aux soins qu'elles recevaient. Le niveau de confiance était plus élevé parmi les patientes traitées dans des structures tertiaires (89%) que parmi celles traitées dans les structures primaires et secondaires (Tableau XII). La répartition des réponses par région montre que le niveau de confiance était plus faible dans les Hauts Bassins (71%), contrairement à la région de Boucle du Mouhoun et des Cascades (92% chacune) (Figure 16).



**Figure 16:** Proportion des patientes ayant eu confiance aux soins et soignants

## Prévisibilité et transparence des paiements

Pour évaluer la prévisibilité et la transparence des paiements, les patientes de SAA ont répondu à la question de savoir si elles ont eu à donner des pots-de-vin pour faciliter le processus de soins. Dans 11% des cas, les patientes de SAA se sont vu demander un pot-de-vin ou ont donné un pot-de-vin pour faciliter l'accès aux soins (Tableau XII). Dans les six régions, le score sur la prévisibilité et la transparence des paiements était globalement élevé, même si environ 29% des patientes de la région des Hauts Bassins ont signalé un manque de transparence (Figure 17).



**Figure 17:** Proportion des patientes rapportant une prévisibilité et transparence des paiements

Dans les cas de paiements non transparents, les patientes ont expliqué avoir été confrontées à des soignants qui réclamaient de l'argent bien que les SAA aient été déclarés gratuits. Aussi, ces paiements d'effectueraient sans preuve officielle comme le décrit une patiente :

*Il n'y a pas eu de problème pendant la procédure, mais quand il a pris l'argent avec moi et par la suite j'ai réalisé que le travail était censé être gratuit, et il a même pris jusqu'à 11000 [Francs CFA] avec moi, je n'ai pas aimé cela. Et je suis sans aucun reçu, c'est difficile de me croire, c'est moi et Dieu seul qui le savons (mariée, institutrice, zone urbaine, Cascades).*

Cette situation était motivée (ou aggravée) par des ruptures récurrentes de consommables rapportées à la fois par les patientes et les soignants, ainsi que par nos observations. En effet, les soignants pouvaient facilement utiliser ces ruptures comme astuces pour amener les patientes à payer des services. Ces paiements imprévisibles semblaient aussi être dus à un manque de connaissances ou à des informations pas claires sur le contenu de la gratuité des soins obstétricaux, comme le rapporte l'une des patientes :

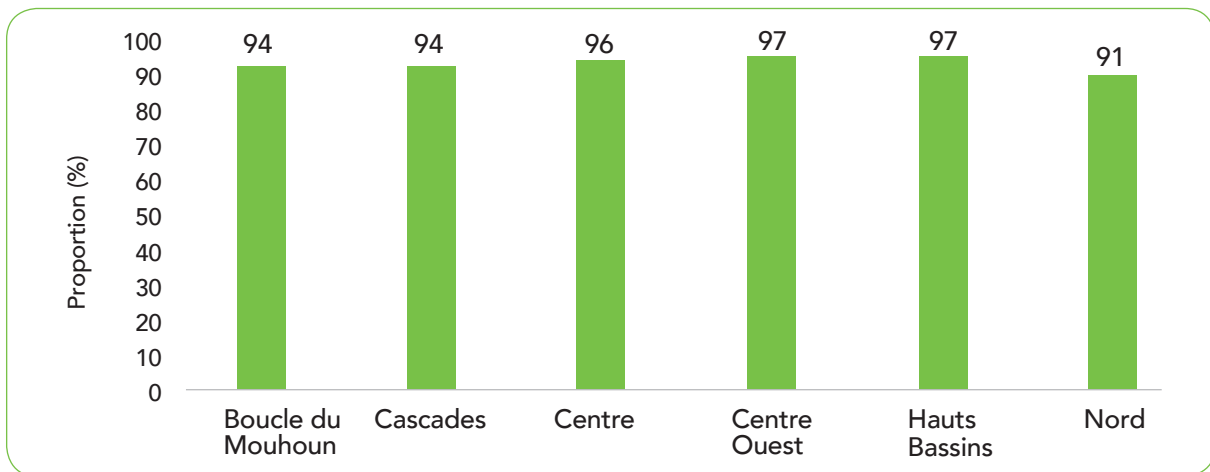
*Quand je suis venue, ils m'ont dit que je devais payer pour le médicament, mais la personne qui vendait le médicament a dit que je ne devais pas payer pour le médicament parce que les femmes enceintes sont traitées gratuitement. J'ai payé les médicaments, mais je n'étais pas contente. C'étaient deux personnes, l'une a dit que je devais payer l'autre a dit que c'est gratuit, j'ai fait tout, j'ai dû payer les médicaments (29 ans, mariée, femme au foyer, zone rurale, Nord).*

Cette participante a confié qu'elle avait mis trois jours pour réunir le montant demandé avant de pouvoir obtenir les soins.

## Stigma et discrimination

Dans l'ensemble, 95% des patientes de SAA ont rapporté qu'elles n'avaient pas été discriminées ou stigmatisées pendant le processus de soins. L'absence de stigmatisation et de discrimination était presque égale dans les trois niveaux de structures sanitaires (Tableau XII). Cependant, parmi les patientes qui ont été victimes de stigmatisation et de discrimination, près d'une patiente sur quatre (14,1%) estimait qu'elle avait été traitée différemment parce qu'elle avait eu un avortement.

L'absence de stigmatisation et de discrimination a été rapportée dans toutes les régions, avec au moins 9 patientes sur 10 (91%) qui ont rapporté ne pas avoir fait l'objet de stigmatisation et de discrimination dans toutes les régions (Figure 18).



**Figure 18: Proportion des patientes rapportant l'absence de stigmatisation et discrimination**

Les expériences de stigmatisation et la discrimination ont principalement été vécues par les patientes qui ont signalé une antipathie et un manque de courtoisie dans leurs interactions avec les soignants. Une étudiante dont les soins ont été retardés et qui a connu l'apathie des soignants, a estimé qu'elle avait subi ce mauvais traitement parce que ces derniers la soupçonnaient d'avoir provoqué son avortement :

*Eh bien, puisque c'est ma première grossesse, et étant une jeune fille aussi, même si je leur dis que ce n'est pas provoqué, il leur est difficile de me croire. Certains diront que non, les filles de nos jours prennent des produits (...). Je veux dire, quand j'étais dans cette pièce, il y avait des gens qui sont venus après nous, mais ils ont été pris en charge et sont partis nous laisser là-bas (24 ans, célibataire, étudiante, zone urbaine, Centre Ouest).*

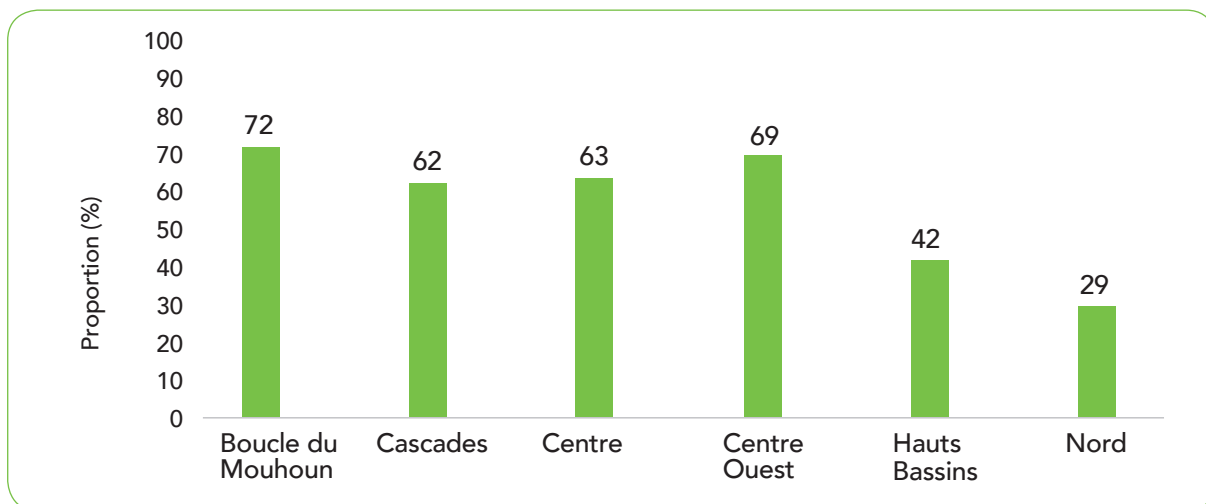
De plus, les participantes ayant interrompu (ou soupçonnées d'avoir interrompu) leur grossesse ont déclaré qu'on leur avait demandé et parfois forcé à « tout dire », c'est-à-dire décrire davantage leur expérience abortive (motivations et méthodes utilisées).

*Ils ont insisté pour que je dise tout ce qui s'est passé parce qu'ils étaient là pour m'aider. (...), c'est vrai que quand on vient ici, on doit tout dire, mais c'est pour nous aider, donc on doit tout dire. (19 ans, célibataire, étudiante, zone urbaine, Centre).*

Comme relatées ci-dessus, de telles inquisitions étaient souvent présentées par les soignants comme un moyen de mieux cerner les problèmes vécus par les femmes afin de les prendre en charge en conséquence. Cependant, certaines participantes ont trouvé cette démarche embarrassante, surtout lorsque cela se faisait en présence d'autres patientes.

### Environnement des structures sanitaires

L'évaluation de la qualité de l'environnement des structures sanitaires s'est fondée sur des éléments tels que l'hygiène, la sécurité, la présence de soignants en nombre suffisant par rapport au volume de patientes, la présence d'électricité et d'eau courante. En général, 44% des patientes ont trouvé que l'environnement des structures sanitaires était de mauvaise qualité. Près de 34% des patientes ont considéré que la structure sanitaire dans laquelle elles ont reçu des soins n'était pas sécurisée, tandis que 32% trouvaient que le service dans lequel elles ont été traitées était bondé de monde. Les structures sanitaires primaires avaient l'environnement le plus défavorable (50%) selon les patientes de SAA, suivies par les structures tertiaires (Tableau XII). En tenant compte de l'appréciation des patientes par région, on note que seulement 29% des patientes de SAA de la région du Nord et 42% des Hauts Bassins ont trouvé l'environnement de la structure sanitaire favorable (Figure 19).

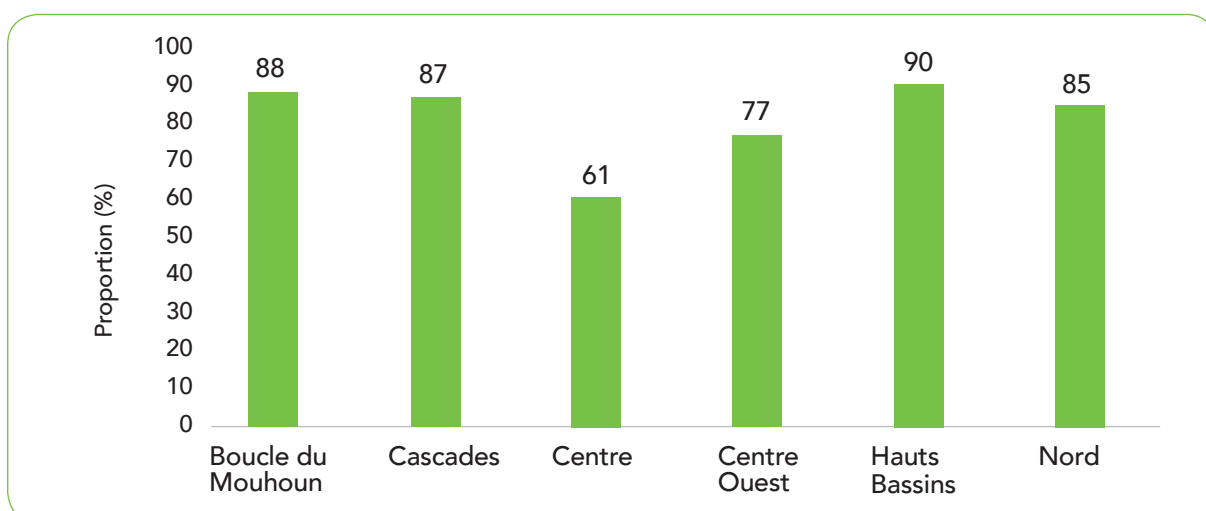


**Figure 19:** Proportion des patientes satisfaites de l'environnement des structures sanitaires

Les participantes à l'enquête qualitative ont révélé que les soins de SAA avaient été reçus dans des salles bondées de patients ou des salles ouvertes, ou encore des salles de traitement partagées du fait du manque de salle dédiée à l'AMIU. Cela a été considéré comme préjudiciable à la vie privée et à la confidentialité dans un contexte de stigmatisation. En outre, la question de la propreté des toilettes a également été soulevée, car la plupart des toilettes étaient insalubres et pour la plupart inutilisables, obligeant les patientes à trouver d'autres alternatives (telles que l'utilisation de pots de toilette).

### *Counseling en planification familiale après-savortement*

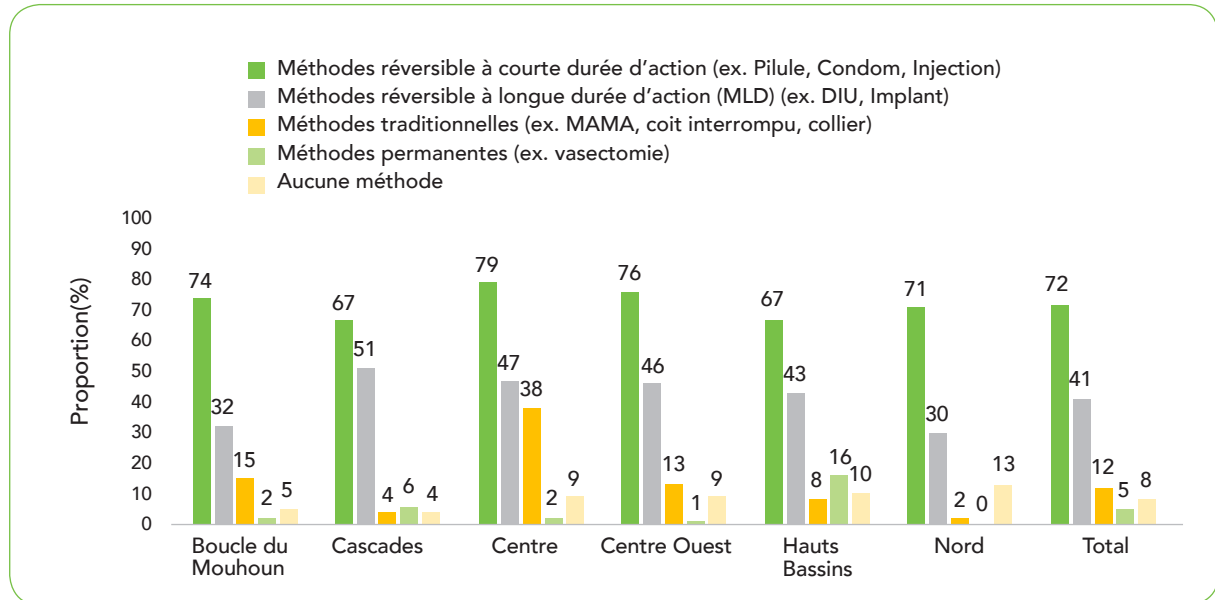
Les patientes de SAA ont déclaré avoir reçu des counselings sur l'utilisation d'une méthode de contraception après-avortement dans 82% des cas. Les structures sanitaires tertiaires avaient un niveau d'offre de counseling plus élevé (98,5%) que les autres niveaux de soins (Tableau XII). Au niveau régional, les patientes des régions Centre et Centre Ouest sont celles qui ont bénéficié le moins d'un counseling en PF après-avortement (respectivement 61% et 77%) (Figure 20).



**Figure 20:** Proportion des patientes ayant reçu un counseling en PF après-avortement

Parmi les patientes SAA qui ont reçu un counseling en PF après-avortement, la majorité (72%) s'est vue proposer ou informer de méthodes contraceptives réversibles à courte durée (par exemple les pilules, les injectables ou préservatifs), suivies des MLD telles que les DIU ou implants (41%). Cette tendance était constante dans toutes les régions (Figure 21). Environ 12% des patientes ont été informées des méthodes

traditionnelles, y compris la MAMA, le sevrage ou le rythme (Collier). Bien que leur nombre soit faible, près d'une patiente sur 10 n'a reçu aucune méthode ou a quitté la structure sans avoir opté pour un contraceptif soit parce qu'elle devait d'abord informer son partenaire soit qu'elle n'était pas intéressée par l'utilisation de contraceptifs.



**Figure 21: Méthodes contraceptives proposées aux patientes**

## Discussion et principales conclusions

### Capacité des structures sanitaires publiques à offrir des SAA de qualité

Les outils de mesure de la capacité (signal function) comprenant la disponibilité de personnel soignant, la formation du personnel, la disponibilité d'équipements, etc., ont été utilisés pour évaluer la capacité des structures sanitaires à fournir des SAA. Notre évaluation montre que les structures sanitaires primaires du pays ont une capacité considérablement faible pour offrir des services de SAA de base. Seulement 13,8% de ces structures étaient capables d'offrir de tels services. Cette capacité limitée s'expliquait par des facteurs tels que le manque de soignants formés en SAA, le manque d'équipements, de consommables et de produits SAA. Bien qu'en moyenne le personnel compétent nécessaire à l'offre de SAA de base (à savoir les sages-femmes) soit disponible dans la plupart des structures sanitaires, seulement 20,3% de ce personnel a été formé aux SAA complets. Dans la région du Centre Ouest par exemple, seule une formation sanitaire (de niveau secondaire) a déclaré avoir au moins un agent avec une formation continue en SAA. Il est important de noter que la formation en SAA complets est généralement assurée par les ONGs. Les agents de santé à former sont ainsi sélectionnés selon des critères et des priorités programmatiques de ces ONGs. De fait, cela entraîne une concentration de soignants formés dans les régions où ces ONGs mettent en place leur programme d'activités au détriment d'autres régions. De même, les disparités en termes de formation entre les régions pourraient aussi s'expliquer par les affectations du personnel soignant formé.

En conséquence, bon nombre des structures sanitaires primaires sont obligées de référer les patientes vers des structures secondaires ou tertiaires. Or, nos résultats ont également montré que très peu de structures sanitaires primaires disposaient d'ambulances fonctionnelles pour le transport des patientes. Cette situation pousse les patientes à prendre leurs propres dispositions pour rejoindre les centres de référence, retardant ainsi l'accès aux soins, et créant des lacunes dans l'accès aux services clés tels que le counseling et les contraceptifs.

Alors que les structures sanitaires de référence sont censées prendre en charge les patientes de SAA référées par les structures primaires, seul un tiers (environ 30%) pouvait offrir des soins complets après un avortement. Une analyse des données nationales de dix pays en développement a révélé que dans sept pays, moins de 10% des structures sanitaires primaires étaient en mesure de fournir des SAA de base et que dans huit pays, moins de 40% des structures sanitaires de référence pouvaient fournir des SAA complets [21]. Nos résultats pour le Burkina reflètent ce tableau général de la disponibilité des SAA dans les pays en développement.

### Expériences des patientes sur la qualité des SAA

Les patientes ont été interviewées à leur sortie des structures sanitaires et ont spécifiquement été invitées à évaluer la qualité des soins qu'elles ont reçus pendant leur séjour sur la base de 10 domaines : la dignité et le respect, la vie privée et la confidentialité, l'autonomie, la communication, le soutien, la confiance, la prévisibilité et la transparence des paiements, la stigmatisation et la discrimination, l'environnement de la structure et le counseling après-avortement.

En général, les patientes ont déclaré avoir été traitées avec dignité et respect (76%), bien que ce traitement semble avoir été plus courant dans les structures sanitaires primaires. Au Burkina Faso, les structures primaires sont la porte d'entrée du système de santé et sont souvent relativement moins encombrées que les structures secondaires ou tertiaires. Cette situation permet aux soignants d'y offrir des services de SAA d'une manière plus dédiée que dans les centres de référence bondés de patients. De même, du fait de la proximité des structures sanitaires primaires avec les communautés, les relations thérapeutiques sont souvent caractérisées par des liens sociaux plus forts susceptibles d'expliquer la qualité des interactions soignant-soignée rapportée.



Néanmoins, certaines patientes se sont plaintes du long temps d'attente, du manque d'empathie ou d'avoir vécu des situations conflictuelles avec les soignants au cours de leur recours aux services de SAA. Aussi, une grande proportion de patientes a remis en question le respect de leur vie privée et la confidentialité pendant le traitement dans les structures sanitaires. Le problème de confidentialité le plus mentionné était l'absence de draps de dessus pour couvrir les patientes et de rideaux dans la salle où elles recevaient les traitements. Ces préoccupations ont été aggravées par l'environnement peu discret dans lequel les services étaient offerts (salles bondées ou soins offerts dans des salles communes). Le sentiment concernant l'environnement peu propice à des soins de qualité et discrets était plus prononcé dans les structures sanitaires primaires qui au Burkina Faso ont tendance à avoir moins d'infrastructures et sont peu équipées. Ces problèmes liés à la gestion de la vie privée des patientes et la confidentialité autour des soins étaient particulièrement prononcés dans la région des Hauts Bassins, suivis par la Boucle du Mouhoun, le Centre et le Nord. Cette situation a instillé chez les patientes la peur que l'information autour de leur avortement soit divulguée, en particulier chez celles qui ont interrompu leur grossesse). Dans un contexte fortement stigmatisé, cela contribue à retarder l'accès aux soins[14]. Le cas particulier de la région des Hauts Bassins pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des patientes de SAA font essentiellement recours à deux hôpitaux de référence de la ville de Bobo-Dioulasso. De fait, les salles d'attente, de consultation et d'hospitalisation de ces hôpitaux sont surchargées pour un personnel en nombre largement insuffisant.

Bien que l'implication des patientes dans leurs soins (autonomie) soit un aspect critique de la qualité des soins, un bon nombre de patientes ont déclaré ne pas avoir été impliquées dans le processus décisionnel concernant leurs soins, comme le choix de la méthode d'évacuation du produit de conception. Ce problème était plus courant dans les centres de référence où les patientes sont le plus souvent reçues dans des conditions critiques qui ne laissent pas souvent aux soignants le temps de les impliquer. Toutefois, cette situation pourrait aussi être liée à l'asymétrie ambiante dans la relation soignant-soigné dans l'univers de soins au Burkina Faso dans lequel les soignants jouissent d'un important pouvoir dans la relation thérapeutique [22]. Cependant, des études antérieures ont démontré comment la possibilité pour les patientes de choisir la méthode de traitement dans le cadre des SAA peut atténuer les risques de stigmatisation et potentiellement améliorer l'expérience des patientes dans les structures sanitaires [12]. Un autre sujet de préoccupation était la communication soignant-soignée. Alors que bon nombre de patientes ont rendu compte d'une bonne interaction avec les soignants, le fait qu'une patiente sur quatre n'était pas satisfaite de la communication avec les soignants pose problème. Aussi, cette situation était plus perceptible dans les centres de référence. Toutefois, la majorité des patientes étaient confiantes quant aux soins qu'elles ont reçu, en particulier dans les centres de référence. De plus, les patientes ont constaté que les paiements pour les soins reçus étaient prévisibles et transparents et bon nombre ont affirmé n'avoir pas vécu une stigmatisation ou une discrimination pendant le processus de soins.

Bien que la plupart des patientes SAA aient déclaré avoir reçu des conseils sur l'utilisation des méthodes contraceptives après-avortement, près d'une patiente sur cinq, et près d'un tiers dans la région du Centre, n'ont reçu aucun counseling sur la planification familiale après l'avortement. Certaines d'entre elles étaient des patientes traitées au Misoprostol et devaient recevoir le counseling et des contraceptifs lors de leurs visites de contrôle, mais n'y sont pas retournées. Dans certaines situations, les patientes n'ont pas pu recevoir un counseling parce que les soignants étaient débordés par la charge du travail (en particulier dans les structures sanitaires de référence) ou tout simplement parce que les services n'étaient pas disponibles (dans certaines structures sanitaires, les patientes étaient dirigées vers des unités de PF qui n'étaient fonctionnelles que du lundi au vendredi). Pourtant, le counseling en matière de PF est un élément essentiel des SAA car il responsabilise les patientes et leur garantit une compréhension complète des risques potentiels ainsi qu'un certain contrôle de leur santé sexuelle, en particulier l'utilisation des méthodes contraceptives pour prévenir une nouvelle grossesse non désirée et un avortement répété [7]. Étant donné qu'environ 15% des patientes de SAA avaient des antécédents de grossesse non planifiée et ne désiraient pas leur grossesse, ces occasions manquées augmentent les risques de cycles de grossesses non planifiées et d'avortements répétés.

## Obstacles à l'offre de services de SAA de qualité

Les SAA complets sont des services d'urgence que le gouvernement du Burkina Faso s'est engagé à mettre en place pour traiter les femmes confrontées à des complications liées aux avortements et pour lutter contre la mortalité et la morbidité liée aux avortements. Toutefois, ces services n'étaient pas disponibles pour les femmes ou étaient offerts avec une qualité limitée dans les sept régions sanitaires du Burkina Faso et à travers les différents niveaux de structures sanitaires. Ceci est lié à différentes barrières d'ordre structurel et individuel. En effet, au niveau des structures sanitaires, de nombreux soignants manquaient de compétence et des ressources nécessaires pour offrir des SAA de qualité aux femmes confrontées à des complications après-avortement. Bien que le ministère de la Santé et ses partenaires aient fait des efforts considérables pour décentraliser les SAA dans les structures sanitaires périphériques, ces structures manquent encore de ressources essentielles (personnel qualifié et formé, intrants, infrastructures adaptées, etc.) pour offrir des services de qualité aux patientes. Par conséquent, de nombreuses patientes doivent passer par des références, subir des retards dans la réception des soins, vivre des relations difficiles avec des soignants souvent débordés par le travail et non formés. Cela augmente le coût des dépenses directes et indirectes des SAA pour les patientes et leurs familles ainsi que le risque de divulgation dans un contexte stigmatisé. De plus, les pénuries récurrentes de médicaments et d'équipements dans un contexte de gratuité des soins maternels reflètent certains défis et faiblesses à relever dans la mise en œuvre de cette politique.

Les barrières identifiées dans notre étude sont largement décrites dans la littérature [21, 23–26] et se résument aux compétences techniques limitées des soignants, une formation et une dotation insuffisantes en personnel, une mauvaise attitude des soignants, une mauvaise communication et collaboration entre soignants, le tout compliqué par l'inadéquation des infrastructures et des équipements. Ces problèmes nécessitent des solutions diligentes pour améliorer la qualité et le déploiement des services de soins après-avortement au Burkina Faso.

## Défis et limites de l'étude

La collecte de données pour les entretiens quantitative de sortie avec les patientes de SAA a été initialement prévue pour 30 jours consécutifs d'observation par structure sanitaire. Cependant, l'équipe de recherche a eu des difficultés à atteindre la taille de l'échantillon du fait d'un très faible nombre d'admission de patientes pour des problèmes liés aux avortements. Cette difficulté a contraint l'équipe à ajuster son approche et réaménager la période de collecte des données en exploitant les statistiques de SAA dans chaque région ciblée à partir des registres de consultations et hospitalisations, et de la base de données ENDOS-BF. La région du Centre sud a été exclue de l'interview quantitative des patientes car le faible nombre de patientes de SAA enregistré dans cette région aurait nécessité une période d'observation plus longue pour atteindre la taille d'échantillon souhaitée. Puis, une collecte de données supplémentaires a été menée dans les six autres régions, jusqu'à ce que la taille d'échantillon souhaitée soit atteinte.

Un autre défi rencontré par l'équipe d'étude a été une grève des agents de santé à l'échelle nationale entre mai et novembre 2019. Cette grève a contraint l'équipe à reporter la collecte de données supplémentaires au début de l'année 2020.

L'analyse des entretiens de sortie avec les patientes a exclu toutes les données du Centre sud. Néanmoins, cette exclusion n'affecte pas négativement les résultats de l'étude étant donné que la taille de l'échantillon était optimisée pour chaque région. Nous avons cependant analysé les données de l'enquête réalisée auprès des structures sanitaires des sept régions.

Enfin, considérant les cinq composantes essentielles des soins après-avortement, cette étude n'en a pris en compte que trois:

- (i) le traitement des complications de l'avortement incomplet et des complications,
- (ii) les services de planification familiale et l'offre de contraceptifs, et;
- (iii) la disponibilité des services de santé reproductive et autres services.

La composante d'évaluation de la capacité des structures sanitaires (signal function) n'a pas pris en compte les aspects suivants:

- (i) le counseling pour identifier et répondre aux besoins et préoccupations des femmes en matière de santé émotionnelle et physique et
- (ii) le partenariat avec la communauté et les prestataires de services pour la prévention, la mobilisation des ressources et pour garantir que les services de santé reflètent et répondent aux attentes et besoins de la communauté. Néanmoins, les résultats de l'enquête qualitative fournissent des informations sur le type et le contenu des services de counseling offerts aux patientes de SAA.

## Implications pour les politiques

Cette étude a démontré une faible capacité des structures sanitaires publiques à offrir des services de SAA de base et complets au Burkina Faso, en l'occurrence l'indisponibilité du personnel formé à l'offre de SAA, le manque d'équipements et de produits SAA, une mauvaise attitude des soignants envers les patientes. Ces problèmes nécessitent des solutions diligentes pour améliorer la qualité et le déploiement des services de soins après-avortement au Burkina Faso. Par conséquent, nous recommandons ce qui suit :

- Améliorer (ou créer) la capacité des structures sanitaires primaires à fournir des SAA :
  - dotation en personnel qualifié,
  - dotation en équipements et intrants,
  - création ou amélioration des installations, par exemple :
    - construction d'une salle dédiée à l'AMIU ou rénovation des salles d'AMIU là où elles existent déjà,
    - ou ajouter des fonctionnalités nécessaires à la vie privée (rideau, paravent, draps et couvertures, écrans, boîtes pour séparer les patientes les unes des autres, etc.

La disponibilité des SAA de qualité dans les structures de base rapprochera ces services des femmes et des adolescentes (qui visitent principalement les structures sanitaires primaires en raison de leur proximité), tout en réduisant les références et leur fardeau (retard dans les soins, coûts supplémentaires, risque de divulgation, entre autres).

- Mettre en place et renforcer des systèmes de référence/d'évacuation résilients pour les patientes après un avortement.
- Améliorer l'intimité et la confidentialité dans les structures sanitaires à travers une attitude appropriée (fermer les portes, éviter les interactions en public).
- Établir une stratégie nationale de formation continue sur les SAA complets pour:
  - former tous les infirmier(e)s, médecins, sages-femmes et accoucheuses auxiliaires et brevetées dans toutes les structures sanitaires primaires, ainsi que des cours de recyclage à tous les niveaux de soins.
  - former les prestataires de soins à la relation soignant-soigné.

- 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.
- Renforcer la mise en œuvre des recommandations de l'OMS sur les SAA au Burkina Faso et élaborer des directives nationales pour des SAA complets.
- Inclure les SAA dans le suivi et l'évaluation de la santé maternelle et infantile.
- Améliorer l'accès des adolescents aux services de santé sexuelle et reproductive, y compris les SAA.
- Améliorer l'environnement général des soins de santé pour les soignants et les patientes: salles d'attente, salles de consultation et d'hospitalisation, toilettes, hygiène et salubrité.

## References

1. Guillaume A, Rossier C (2018) L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences. *Population* Vol. 73:225–322
2. Storeng KT, Ouattara F (2014) The politics of unsafe abortion in Burkina Faso: The interface of local norms and global public health practice. *Glob Public Health* 9:946–959
3. Ouattara A, Ouédraogo A, Ouédraogo CM, Lankoande J (2015) Unsafe abortions in countries that restrict legal abortions Epidemiologic, clinical, and prognostic aspects at the University Hospital Center Yalgado-Ouédraogo of Ouagadougou. *Médecine et Santé Tropicales* 25:210–214
4. Kim CR, Tunçalp Ö, Ganatra B, Gülmezoglu AM, Group WM-AR (2016) WHO Multi-Country Survey on Abortion-related Morbidity and Mortality in Health Facilities: study protocol. *BMJ Global Health*. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2016-000113>
5. Bankole A, Hussain R, Sedgh G, Rossier C, Kaboré I, Guiella G (2013) Unintended Pregnancy and Induced Abortion In Burkina Faso: Causes and Consequences. 75
6. Ministry of Health (2011) Implementation the strategies to reduce maternal mortality in Burkina Faso. Ouagadougou
7. Huber D, Curtis C, Irani L, Pappa S, Arrington L (2016) Postabortion Care: 20 Years of Strong Evidence on Emergency Treatment, Family Planning, and Other Programming Components. *Glob Health Sci Pract* 4:481–494
8. WHO (2012) Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second Edition. 123
9. Ouattara F, Storeng KT (2014) L'avortement volontaire au Burkina Faso : quand les réponses techniques permettent d'éviter de traiter un problème social. *Autrepart* N° 70:109–123
10. Drabo S (2013) Access to post abortion care (PAC) in Burkina Faso: an ethnographic study. Master, University of Oslo
11. Diomandé M (2013) Les avortements dans le district sanitaire de Bogodogo. Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et économiques. Thèse pour le grade de Docteur en médecine, Université de Ouagadougou
12. Ouedraogo R, Juma K (2020) From the shadows to light. Perceptions of women and health care providers of Post-Abortion Care in Burkina Faso. *Social Science & Medicine* 113154
13. Rouamba GB (2012) Evaluation de la satisfaction des bénéficiaires des soins après avortement dans deux centres de santé de la ville de Ouagadougou. University of Ouagadougou
14. Ouedraogo R, Ouattara F (2013) Vulnérabilité séquentielle des jeunes femmes face à l'avortement : incidence des normes sociales et juridiques à Ouagadougou (Burkina Faso). In: *Santé maternelle*

et accès aux soins en Afrique de l'ouest. Contribution de jeunes chercheurs, L'Harmattan. Paris, pp 15–33

15. Ilboudo PGC, Greco G, Sundby J, Torsvik G (2015) Costs and consequences of abortions to women and their households: a cross-sectional study in Ouagadougou, Burkina Faso. *Health Policy Plan* 30:500–507
16. Goungounga JA (2012) Avortement: aspect épidémiologiques et facteurs associés à l'utilisation de la contraception post abortum dans deux centres de prestation de la ville de Ouagadougou. University of Ouagadougou
17. Ministère de la santé (2017) Annuaire statistique 2017. Ministère de la santé, Ouagadougou
18. Izugbara C, Kimani-Murage E, Mutua M, et al (2013) Incidence and Complications of Unsafe Abortion in Kenya: Key Findings of a National Study. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3117.2328>
19. Healy J, Otsea K, Benson J (2006) Counting abortions so that abortion counts: Indicators for monitoring the availability and use of abortion care services. *Int J Gynaecol Obstet* 95:209–220
20. Sudhinaraset M, Afulani PA, Diamond-Smith N, Golub G, Srivastava A (2018) Development of a Person-Centered Family Planning Scale in India and Kenya. *Stud Fam Plann* 49:237–258
21. Owolabi OO, Biddlecom A, Whitehead HS (2019) Health systems' capacity to provide post-abortion care: a multicountry analysis using signal functions. *The Lancet Global Health* 7:e110–e118
22. Gobatto I (1999) Etre médecin au Burkina Faso: dissection sociologique d'une transplantation professionnelle. L'Harmattan
23. Paul M, Gemzell-Danielsson K, Kiggundu C, Namugenyi R, Klingberg-Allvin M (2014) Barriers and facilitators in the provision of post-abortion care at district level in central Uganda—a qualitative study focusing on task sharing between physicians and midwives. *BMC health services research* 14:28
24. Mutua MM, Maina BW, Achia TO, Izugbara CO (2015) Factors associated with delays in seeking post abortion care among women in Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth* 15:241
25. Samnani AABA, Rizvi N, Ali TS, Abrejo F (2017) Barriers or gaps in implementation of misoprostol use for post-abortion care and post-partum hemorrhage prevention in developing countries: a systematic review. *Reprod Health*. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0383-5>
26. Tesfaye G, Oljira L (2013) Post abortion care quality status in health facilities of Guraghe zone, Ethiopia. *Reprod Health* 10:35











**African Population and  
Health Research Center**

**West Africa Regional Office:** 5e étage, Immeuble Diallo-Lo, 325-327 CICES VDN,  
Dakar Senegal BP 45933 Dakar VDN NAFA

**Téléphone:** +221 33 869 60 17, +221 33 867 99 36

**Email:** [info@aphrc.org](mailto:info@aphrc.org) - [infowestafrica@aphrc.org](mailto:infowestafrica@aphrc.org)

ISBN 978-9914-40-126-4



9 789914 401264