

PARCOURS DE SOINS DES FEMMES HOSPITALISÉES POUR DES COMPLICATIONS SÉVÈRES D'AVORTEMENT

Maternité de Castors à Bangui, République Centrafricaine, un milieu urbain affecté par des conflits - Résultats de l'étude AMoCo



©MSF - Isabel Corthier



Ipas

epicentre
ÉPIDÉMIOLOGIE • EPIDEMIOLOGY



**MEDECINS
SANS FRONTIERES**

INTRODUCTION

Selon les estimations mondiales, jusqu'à 45 % de tous les avortements provoqués sont à risque [1]. En conséquence, les complications liées à l'avortement contribuent de manière significative à la mortalité et à la morbidité maternelles [2], [3]. Sept millions de femmes sont hospitalisées chaque année dans les pays à faible revenu à la suite de complications liées à un avortement à risque [4]. On estime que dans le monde, la plupart des décès liés à l'avortement, qui surviennent presque exclusivement dans les pays à revenus faibles ou modérés, sont liés à des avortements provoqués non sécurisés, responsables de 7,9 % à 18 % de tous les décès maternels [2],[5],[6]. Ces décès pourraient être presque entièrement évités en garantissant l'accès à des soins complets en matière d'avortement (avortement provoqué sécurisé et soins post-avortement, ainsi que des services de contraception) [7], [8]. Il est donc impératif que des soins post-avortement de haute qualité et opportuns soient accessibles et disponibles avant que les complications ne soient fatales.

Les régions fragiles et touchées par des conflits assument un lourd fardeau en matière de mortalité maternelle [9], [10]. La République centrafricaine (RCA) est l'un des pays les plus touchés par les conflits et les situations de fragilité, et où le risque de maladie et de décès liés à la grossesse est aggravé par la perturbation ou la restriction de l'accès aux services de santé essentiels, y compris les soins de santé

sexuelle et reproductive. La RCA est l'un des pays les plus pauvres et les plus fragiles du monde [11] affecté par un conflit interne qui dure depuis des décennies, entraînant une insécurité chronique. Avec 829 décès pour 100 000 naissances vivantes [12], elle détient le cinquième taux de mortalité maternelle le plus élevé au monde, et on estime que les complications liées à l'avortement sont responsables de 24 % des décès maternels (ou 31 % des causes directes de décès maternels) [13].

La recherche sur l'avortement, les complications liées à l'avortement et les soins liés à l'avortement dans les régions fragiles et touchées par les conflits reste très limitée. L'étude AMoCo (Abortion-related Morbidity and Mortality in Conflict-affected and Fragile Settings) a été conçue pour décrire, quantitativement et qualitativement, le fardeau des complications liées à l'avortement et leurs facteurs contributifs dans trois régions fragiles et touchées par les conflits : la RCA, le nord du Nigeria et la République démocratique du Congo (ClinicalTrials.gov, NCT04331847). Cette note de résultats résume les principaux résultats de son volet qualitatif, qui vise à décrire l'accès aux soins et au traitement des femmes et des jeunes filles hospitalisées à la maternité Castors de Bangui pour des complications potentiellement mortelles et échappées-belles liées à l'avortement, telles que les hémorragies graves, les septicémies graves et les perforations utérines et intra-abdominales [14].

MÉTHODES

Les participantes au volet qualitatif ont été recrutées à dessein parmi les participantes du volet quantitatif de l'étude AMoCo hospitalisées à la maternité de Castors pour des complications graves liées à l'avortement [19]. Dix-huit femmes et adolescentes ayant sollicité des soins vitaux à l'hôpital de Castors entre novembre 2019 et janvier 2020 ont participé à des entretiens approfondis en face à face menés à l'hôpital, avant ou juste après leur sortie. Les entretiens ont été menés en Sango, la langue locale, par l'une des deux enquêtrices formées. Ils ont exploré les conditions et les facteurs qui auraient pu

contribuer à l'hospitalisation, l'accès à l'avortement et aux soins post-avortement, les processus de décision concernant l'accès aux soins, la temporalité, et les perceptions des soins post-avortement reçus. Tous les entretiens ont été enregistrés, traduits et transcrits du Sango au français et à l'anglais. Les transcriptions des entretiens ont été codées indépendamment par deux chercheuses et ont été analysées en français par l'un des chercheuses et en anglais par l'autre chercheuses, pour l'identification de thèmes communs.



©MSF - Igor Barbero

DESCRIPTION DES PARTICIPANTES

Les dix-huit participantes à l'étude étaient âgées de 13 à 36 ans, dont deux de moins de 18 ans. La plupart ont déclaré avoir fréquenté l'école primaire ou secondaire et exercer des activités génératrices de revenus formelles ou informelles. Environ deux tiers des participantes ont déclaré être dans une relation engagée et cohabiter avec un partenaire. La grande majorité a déclaré avoir déjà des enfants. (Tableau 1).

Caractéristiques des participantes (N=18) rapportées dans les entretiens qualitatifs		
Catégorie d'âge		
	<18	2 (11.1%)
	18-24	4 (22.2%)
	25-30	6 (33.3%)
	30 ans et plus	6 (33.3%)
Avortement provoqué rapporté ?		
	Oui	11 (61.1%)
	Non	7 (38.9%)
Gravité de la complication de l'avortement*		
	Echappées-belles [†]	14 (77.8%)
	Complications potentiellement mortelles [‡]	4 (22.2%)
Statut de la relation		
	Cohabitation/mariage	12 (66.7%)
	Relation non engagée	4 (22.2%)
	Pas dans une relation	2 (11.1%)
Profession		
	Emploi formel	4 (22.2%)
	Indépendant/Informel	6 (33.3%)
	Formation scolaire/professionnelle	3 (16.7%)
	Aucune rapportée	5 (27.8%)
Nombre de naissances vivantes antérieures		
	Aucune	4 (22.2%)
	1-2	8 (44.4%)
	3 ou plus	6 (33.3%)

Tableau 1 : Étude qualitative AMOCO : Caractéristiques des participantes

*Les classifications des complications de l'avortement sont basées sur les données récoltées prospectivement dans les dossiers médicaux pendant le volet quantitatif de l'étude selon les critères suivants [1]:

[†] Critères OMS des échappées-belles maternelles (dysfonctionnement d'un ou plusieurs des organes suivants : cardiovasculaire, respiratoire, rénal, coagulation, hépatique, neurologique ou utérin). (14)

[‡] Les complications potentiellement mortelles selon l'OMS (hémorragie grave, infection systémique grave ou suspicion de perforation utérine). (14)

PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Environ deux tiers des participantes ont déclaré avoir provoqué l'avortement, par elles-mêmes ou avec de l'aide, avant de recourir aux soins post-avortement à l'hôpital de Castors. Onze des 18 participantes ont décrit les procédures et les modalités de leur avortement provoqué. Parmi les participantes ne déclarant pas avoir provoqué leur avortement, deux ont déclaré avoir fait un avortement spontané (fausse-couche) sans cause définie, et les cinq autres ont fait état soit d'un « avortement accidentel » causé par un traitement médicamenteux, soit d'un problème de santé gynécologique pendant la grossesse ayant entraîné l'avortement spontané (fausse-couche).
- La disponibilité, l'accès et l'utilisation des méthodes contraceptives étaient limités et ont contribué à ces grossesses, non désirées par deux tiers des participantes. La plupart des participantes ont déclaré n'avoir jamais utilisé de contraceptifs modernes. Plusieurs participantes ont déclaré utiliser des méthodes naturelles pour éviter la grossesse, et certaines ont fait état d'une utilisation occasionnelle du préservatif. D'autres avaient des conceptions erronées sur leur fertilité supposée faible après une grossesse et considéraient donc qu'elles n'avaient pas besoin de contraceptifs. Certaines participantes ont également fait part de leurs inquiétudes concernant les contraceptifs modernes, notamment leur coût élevé et le fait de ne pas avoir les moyens de payer le transport ou le temps d'aller les chercher. Dans un cas, le partenaire s'est opposé à leur utilisation. Parmi les quelques participantes qui ont déclaré avoir déjà utilisé des contraceptifs modernes, ou « la pilule », terme général utilisé pour décrire les comprimés, les implants et les injectables, la majorité a déclaré avoir arrêté de les utiliser en raison de leurs effets secondaires ou du manque de méthodes acceptables disponibles dans les établissements de santé.



©Barbara Debout

- Les circonstances de vie qui ont entouré les interruptions/ pertes de grossesse étaient complexes et diverses. Lorsque l'avortement provoqué n'a pas été rapporté, les effets secondaires des médicaments non abortifs, l'effort physique ou un problème de santé gynécologique apparemment commun dans la communauté, appelé *gnama-ti-ya*,¹ ont été cités comme causes de la perte de grossesse. Dans le cas des avortements provoqués déclarés, les participantes ont indiqué que la décision d'interrompre une grossesse non planifiée ou non désirée était souvent influencée par des situations de vie difficiles, notamment le fait d'avoir été abandonnée, abusée et négligée dans leurs relations. Le fait de connaître ou d'anticiper des circonstances de vie précaires et des difficultés financières était souvent une considération principale ou du moins supplémentaire dans la décision d'interrompre la grossesse.

« J'avais essayé « la pilule » [l'implant] deux fois, ... J'ai eu beaucoup de saignements, ça a été continu pendant un mois ... et ils l'ont enlevé. Et après, [les injections] tous les trois mois, c'était la même chose, trop de saignements ... on m'a dit d'arrêter car ça ne correspondait pas à mon organisme et [de] prendre les comprimés. A ce moment-là, quand je suis allée à la pharmacie, ils m'ont dit qu'ils n'avaient plus de [comprimés], et de continuer avec l'injection. Je leur ai dit que ça ne s'adapte pas à mon organisme, qu'il vaut mieux changer, [mais] ils ont refusé. C'est comme ça que j'ai abandonné. »

26 ans, complications potentiellement mortelles, 3 enfants

« Je n'avais [personne] pour m'accompagner ... et en plus je n'ai pas assez de temps. Quand je pars au travail le matin à 7h00, je rentre chez moi à 23h00. Le temps ne me permet pas de venir chercher la pilule... Je n'ai [simplement] pas le temps. »

32 ans, complications potentiellement mortelles, 1 enfant

« J'ai vécu beaucoup de difficultés dans ma vie qui m'ont décidée à me libérer de cette grossesse pour me permettre d'avoir la santé et de réaliser mes activités... je ne vis pas avec mon partenaire, si je garde la grossesse et qu'il m'abandonne, comment [pourrais-je vivre] ? Il y a beaucoup de difficultés... Avec la grossesse, je ne pourrais plus travailler, je serais bloquée, qu'est-ce que je deviendrai ? C'est pour cela que je préfère l'avortement. ... l'homme responsable de cette grossesse, nous vivons bien, il n'y a pas de problème entre nous ; mais je ne suis pas prête à faire un enfant, cela vient de ma volonté. J'ai pensé à ce qu'il [l'ancien partenaire violent] m'a fait, c'est pourquoi j'ai décidé de mettre fin à cette grossesse.... Je [n'en] voulais pas. »

26 ans, complications échappées-belles, 1 enfant

1. Traduction littérale de Gnama-ti-ya : Animal dans le ventre. Il désigne une douleur pelvienne d'origine inconnue. Il peut évoquer l'ensemble des signes d'une infection pelvienne ou d'un fibrome utérin, et dans la communauté, on l'attribue à un partage de vêtements, une infection, un phénomène naturel, une action de guérisseur traditionnel ou aux effets secondaires d'autres médicaments.

- Les sources d'information sur l'avortement provoqué étaient le plus souvent informelles. Les méthodes d'avortement provoqué étaient généralement recommandées par des membres de la famille, des amis ou des collègues, et étaient choisies en fonction de leur efficacité perçue et de leur facilité d'accès plutôt que de leur sécurité médicale. Les avortements provoqués étaient généralement obtenus à des coûts considérés comme élevés par les femmes, souvent négociés, allant de 2000 francs CFA² à plusieurs milliers de francs CFA, hors transport, selon la méthode utilisée.

« J'ai expliqué à l'une de mes amies... et elle m'a dirigée vers lui [la personne qui a pratiqué l'avortement]. Nous sommes allés chez lui ; lorsque nous lui avons expliqué le problème, il a demandé de l'argent, nous avons parlé pendant longtemps et à la fin, je lui ai donné 18 000 CFA. Avant [l'avortement], il m'a dit que mon col de l'utérus était trop épais, que je devais acheter des médicaments... Toutes les dépenses que j'ai faites s'élèvent à 27 000 francs CFA. »

21 ans, complications évitées, 2 enfants

- Les partenaires masculins jouent souvent un rôle dans le processus de décision de l'avortement provoqué et dans le choix de la méthode d'avortement. Parmi les participantes ayant déclaré un avortement provoqué, la décision d'interrompre la grossesse a été a) prise avec le partenaire qui pouvait aider à rassembler des informations ou de l'argent pour payer l'avortement, b) cachée au partenaire, c) contrainte par la désertion du partenaire après qu'il avait appris la grossesse, ou dans certains cas, d) imposée par le partenaire, qui pouvait également décider de la méthode ou la recommander.

« Mon compagnon aussi n'a pas besoin de cette grossesse parce que nos conditions de vie ne sont pas favorables pour le moment, ... c'est tout ça qui nous a amené à faire cet avortement. Le coût de nos soins de santé, de la nourriture, tout ça. Il est le seul à le faire [à subvenir à nos besoins], donc il ne va pas pouvoir s'en sortir. »

28 ans, complications potentiellement mortelles, 3 enfants

« Il prépare son dossier pour aller à la formation militaire... Il vaut mieux avorter cette grossesse, s'il n'est pas là, il [ne sera] pas à l'aise tant qu'on n'aura pas supprimé ça. Pour l'instant, il n'a pas d'argent à donner à mon petit commerce pour que je puisse prendre en charge cette grossesse. Comment allons-nous faire ? Maintenant, c'est [lui] qui est allé voir [l'agent de santé de l'hôpital], il a dit qu'il voulait avorter avec moi parce qu'il n'est pas prêt pour le moment, donc il veut que nous fassions le curetage. [L'agent de santé principal] a accepté. »

19 ans, complications évitées, pas d'enfant

« Je ne lui ai pas parlé de cet avortement, mais il va maintenant le découvrir. Il ne voulait pas que je retire [la grossesse], mais je l'ai fait en secret sans qu'il [le] sache. »

36 ans, complications évitées, 1 enfant

« Quand je lui ai parlé de la grossesse, il n'a pas répondu. Un jour, je lui ai dit que je ne me sentais pas [bien], et il a commencé à me crier dessus, que ce n'est pas lui qui est responsable de la grossesse ... Quand mon partenaire m'a dit cela, j'étais troublée dans mes pensées ; je me suis posée des questions en me demandant ce que je deviendrais si je gardais la grossesse. Est-ce que je serais capable de prendre en charge la grossesse ? Je ne peux pas le faire seule ; c'est pourquoi j'ai acheté des médicaments... [Depuis], mon partenaire s'est enfui. »

15 ans, complications évitées, pas d'enfants

- Les participantes cherchant à provoquer leur avortement ont souvent essayé successivement des méthodes multiples et mixtes pour obtenir le résultat escompté, retardant ainsi leur parcours vers des soins plus sécurisés (tableau 2). Les principales méthodes d'avortement provoqué citées par les participantes comprenaient : 1) le « curetage », un terme utilisé pour décrire une série de procédures invasives pratiquées par des professionnels de santé ou par des non-professionnels pour mettre fin à une grossesse, 2) la prise auto-administrée de décoctions « traditionnelles » à base de plantes et/ou de produits pharmaceutiques par divers modes d'administration.

« J'étais bouleversée, et j'ai bu le médicament traditionnel. Avant cela, quelqu'un m'avait montré comment introduire un morceau de fer dans le vagin... C'était un morceau de fer comme ça [elle montre la taille à l'enquêteur]. La personne a dit que cela permettrait de dilater le col de l'utérus, je l'ai poussé dans le vagin mais il n'y a pas eu d'effet... La personne m'a dit de déraciner les racines de la plante Kava et de faire bouillir les racines avec du natron et de boire [cela]. Après avoir bu cela, je ne me sentais pas bien. J'avais des maux d'estomac et des vertiges, mon estomac était aussi agité, je ne pouvais plus me lever, les douleurs étaient intenses. »

32 ans, complications potentiellement mortelles, 1 enfant

« J'ai découvert que j'étais enceinte. J'ai informé mon mari, [et] il m'a dit que nos conditions de vie ne nous permettaient pas d'avoir beaucoup d'enfants. Il m'a dit qu'il allait expliquer à quelqu'un, son ami qui travaille à l'hôpital, [pour] faire le curetage, parce qu'il n'était pas prêt à garder la grossesse. Et il m'a emmenée chez son ami, qui a fait le curetage, mais ça n'a pas marché, il n'a pas enlevé le résidu correctement. »

29 ans, complications évitées, 2 enfants

« J'ai commencé le traitement traditionnel il y a deux semaines, mais ça n'a pas marché, alors j'ai dû venir à Bangui et rencontrer [l'agent de santé], qui m'a injecté des médicaments. »

27 ans, complications évitées, 4 enfants

2. 2000 francs CFA = 3,05 euros (au 30 septembre 2022).

Avortement provoqué rapporté?*	Méthodes utilisées pour provoquer l'avortement*
Oui	« Curetage » (utilisation de « clamps ») avec injections et anesthésie administrés par du personnel soignant* à son domicile.
Oui	Médicaments non définis administrés par un membre de la famille
Oui	« Curetage » (utilisation de ciseaux) avec injections administrés par personnel soignant*.
Oui	« Curetage » et injections administrés par une personne non médicale
Oui	Médicament d'avortement prescrits
Oui	Médicament non défini avec décoction de terramycine rouge, miel, natron bouilli (Auto-administré)
Oui	1. Concoction de racines (Cabboto ou ngorouboyi) 2. « Curetage » avec injection et dilatation avec insertion d'une racine de Kava dans le vagin par une personne non médicale
Oui	1. Bain de cendres (auto-administré) 2. « Curetage » avec injections et ibuprofène administrés par une personne non médicale
Oui	« Curetage » administré par une personne non médicale, au domicile de la participante
Oui	« Curetage » (utilisation d'une curette) avec injection et médicaments administrés par du personnel soignant*.
Oui	Racines et feuilles de kava dans du natron bouilli et insérées dans l'anus, dilatation avec une tige métallique (Auto-administré)
Cause déclarée de la perte de grossesse*	
Non	Médicament non défini, décoction de plantes, miel, citron (Auto-administré)
Non	1. Médicaments achetés en pharmacie (auto-administrés) 2. Antiparasitaires et antipaludéens prescrits 3. Vitamines (auto-administrées) 4. Injections par personnel soignant*. 5. Concoction d'écorce, de miel avec du citron et de l'ail
Non	Aucune rapportée
Non	Fausse couche
Non	Amoxicilline (auto-administrée), effort physique
Non	Fausse couche
Non	Traitement Ngama-ti-ya : Décoction bue de feuilles bouillies et feuilles insérées dans le vagin (auto-administré)

Tableau 2 : Méthodes et causes de l'avortement déclarées par les participantes

* d'après les participantes.

- Les participantes qui ont demandé de l'aide après leur avortement provoqué auprès d'une personne (femme) de confiance, semblent avoir obtenu des soins post-avortement adéquats plus rapidement.

« Quand je suis tombée dans cet état, je n'ai pas pensé à Castors. Vu mes moyens [financiers] et [le fait que] ce qui m'est arrivé était dans le quartier, je n'ai pas pensé à aller à l'hôpital, mais c'est ma sœur qui est venue me diriger vers Castors. »

30 ans, complications échappées-belles, 2 enfants

« C'est grâce à ma voisine qui est venue chez moi un soir pour me rendre visite et elle m'a dit que les «maladies de l'abdomen» sont souvent compliquées ; elle m'a demandé si je ne savais pas que les soins à Castors étaient gratuits ? ... je lui ai répondu que je n'en savais rien ... le lendemain elle est venue chez moi, elle m'a nettoyé et a pris une moto pour m'amener ici. »

21 ans, complications échappées-belles, 2 enfants

« Il y a une maman qui habite derrière chez nous, elle s'y connaît en matière de santé, je suis allée lui expliquer... Elle m'a dit d'aller directement à l'hôpital. »

29 ans, complications échappées-belles, 2 enfants

- Les délais susceptibles d'avoir retardé la recherche et la réception de soins post-avortement adéquats et d'avoir entraîné une morbidité accrue ont été étudiés à l'aide du «modèle des trois retards» décrit par Thaddeus et Maine dans leur article intitulé Too far to Walk : Maternal Mortality in Context [15]. Le premier délai, ou le temps écoulé entre l'apparition des symptômes et la décision de recourir aux soins, allait de moins d'un jour jusqu'à 21 jours chez les participantes ayant déclaré un avortement provoqué, mais pouvait s'étendre sur plusieurs semaines chez les participantes n'ayant pas déclaré d'avortement provoqué. Le deuxième délai, le temps écoulé entre la décision de recourir aux soins et l'arrivée à la maternité de Castors, le lieu de soins adéquats, allait de zéro à neuf jours chez les participantes ayant déclaré un avortement provoqué. Les données sur le troisième délai, les délais subis dans l'établissement de santé lors de la prise en charge, n'ont pas été mentionnées lors des entretiens.
 - Les facteurs retardant la prise de décision concernant la recherche de soins (premier délai) comprenaient la reconnaissance tardive des signes de danger nécessitant des soins médicaux, la priorité accordée à d'autres activités, telles que la garde des enfants ou les événements familiaux, et chez les participantes ayant déclaré un avortement provoqué, la volonté de garder l'avortement secret, malgré l'existence de symptômes graves.
 - Les facteurs impliqués dans le deuxième délai concernant l'obtention de soins adéquats comprenaient, pour environ

deux tiers des participantes, des tentatives d'autogestion des symptômes à la maison avec des médicaments achetés par elles-mêmes (y compris des produits pharmaceutiques et des traitements traditionnels), des tentatives, souvent infructueuses, de consulter la personne qui avait pratiqué l'avortement provoqué, en consultant un autre prestataire de soins ou en s'adressant à des établissements de santé locaux (Figure 1). Les participantes ont indiqué qu'on leur avait administré des injections pour soulager la douleur, mais qu'on leur avait refusé d'autres soins en raison du manque de personnel qualifié ou d'équipement nécessaire dans l'établissement de santé, ou qu'on leur avait proposé des procédures chirurgicales à un prix qu'elles ne pouvaient pas payer. Dans de rares cas, les participantes ont reçu des notes de référencement vers Castors. Cependant, plusieurs participantes ont dit aux enquêteurs qu'on leur avait refusé l'utilisation d'une ambulance parce que les ambulances étaient réservées aux femmes enceintes. Après avoir décidé de se rendre à la maternité de Castors, trouver un moyen de transport, obtenir de l'argent pour le transport, anticiper d'autres coûts pour les services à Castors (*alors qu'en fait les services à Castors sont fournis gratuitement*) et trouver quelqu'un qui accepte de les aider à se rendre à l'hôpital sont des facteurs supplémentaires qui ont causé des retards.

« S'il y avait un moyen de déplacement, un moyen sûr pour amener les patients à l'hôpital, cela [m'aurait] aidé plus tôt. ... Les ambulances devraient être disponibles dans les centres de santé, comme [pour] la maternité. ... Maintenant, pour m'emmener à Castors, il n'y avait pas d'ambulance, mon accompagnatrice a dû sortir sur la route principale pour chercher une autre moto. ... Comme il y a ce manque, plus l'insécurité dans la zone, j'étais obligée d'attendre qu'il fasse jour pour sortir de chez moi pour aller sur le bord de la route chercher la moto ... Le pire était le week-end, un dimanche chez nous, ce jour-là il est difficile de trouver les moyens de transport comme le taxi et la moto taxi, ils circulent peu. Cela a provoqué plus de retard dans mon traitement, donc j'ai perdu beaucoup de sang ce jour-là et j'ai failli mourir. »

35 ans, complications échappées-belles, 3 enfants

« Il y avait aussi le problème de l'argent, ... Si nous [savions] qu'ici ils font des soins gratuits, nous aurions dû chercher uniquement l'argent du transport et venir [plus] tôt, mais dans notre pensée, c'était similaire à ce qui se passe dans les [autres] cliniques. ... Dès que vous y arrivez, vous devez payer avant de pouvoir être vu. C'est pourquoi nous étions préoccupés par l'argent et par la façon dont nous allions nous rendre sur place, comment nous allions recevoir le traitement. C'est [à cause de] ça que nous avons retardé jusqu'à ce point. »

26 ans, complications potentiellement mortelles, 3 enfants

« J'avais souvent entendu dire qu'après le curetage, la femme se sentait mieux... Je pensais qu'un jour ou l'autre, le fœtus sortirait et que je me sentirais mieux. ... Je ne pouvais rien mettre dans ma bouche, je ne pouvais pas me lever... J'avais mal nuit et jour. Les médicaments que [la personne qui pratiqué l'avortement] m'avait donné avant, je les ai pris mais ce n'était pas [efficace] ... Comme les choses se sont compliquées, j'avais peur, parce que ma famille n'aurait pas accepté que je fasse un avortement ; je n'ai parlé à personne de ma situation, j'étais très repliée sur moi-même et je me suis isolée chez moi. »

21 ans, complications échappées-belles, 2 enfants

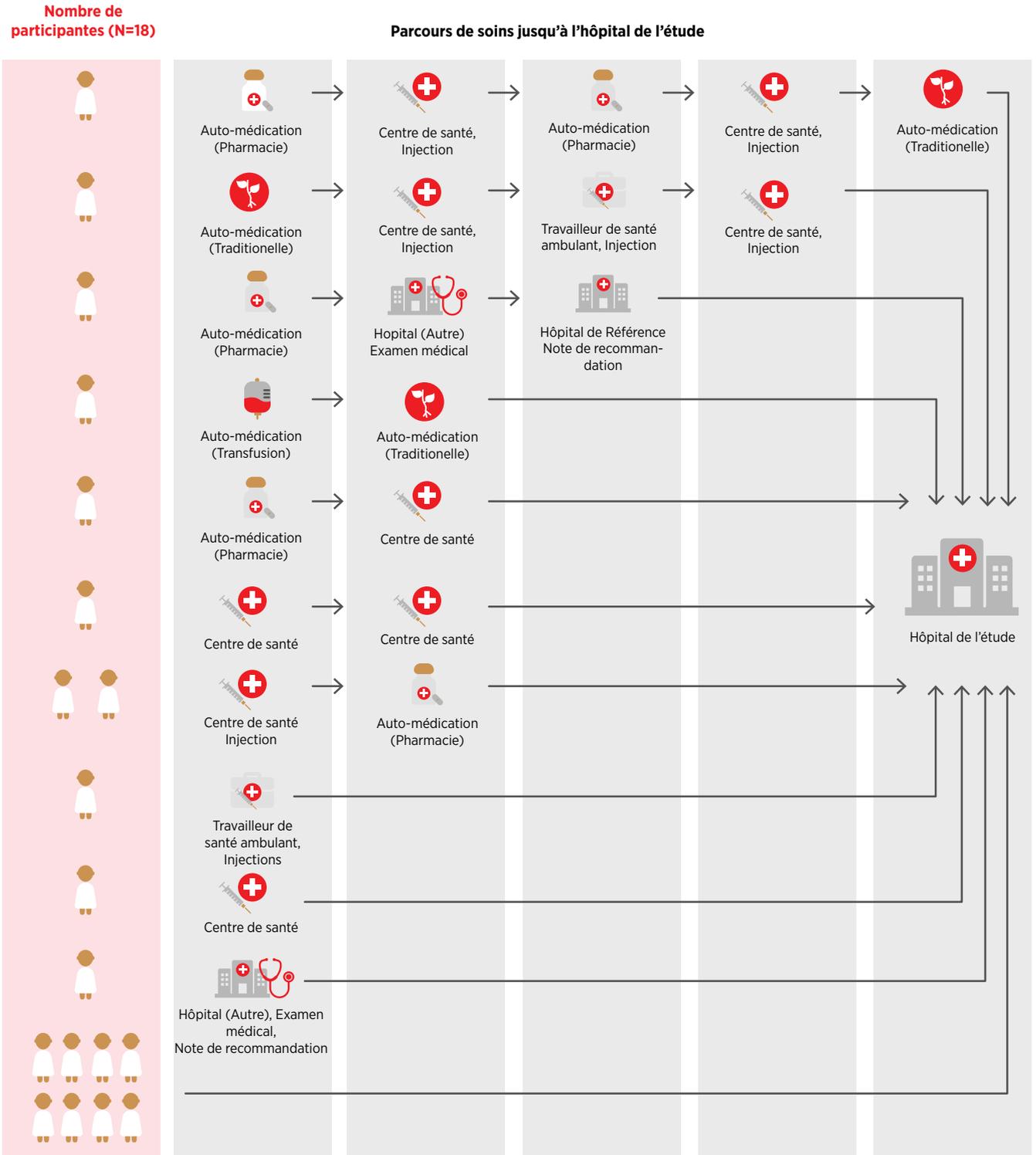


Figure 1 : Deuxième délai : Parcours des participantes pour atteindre des soins post-avortement à la maternité de Castors.

Notes sur cette figure :

- Six participantes ont choisi de se faire soigner directement à la maternité de Castors.
- Les « injections » peuvent inclure de l'ocytocine, des antibiotiques, des analgésiques et d'autres substances inconnues.
- « Produits pharmaceutiques d'automédication » : Généralement achetés dans des pharmacies ou des magasins, il peut s'agir d'analgésiques, d'antibiotiques, de médicaments antipaludéens, de médicaments antiparasitaires, etc.
- « Méthodes traditionnelles d'automédication » : décoctions d'ingrédients, généralement bues, peuvent également inclure une pratique appelée massage à l'eau chaude qui consiste en un lavement à l'eau chaude.

- La perception de la qualité des soins à la maternité de Castors était très positive et toutes les participantes ont exprimé leur gratitude pour avoir eu leurs vies sauvées. Cependant, de nombreuses participantes ont déclaré avoir reçu peu d'informations de la part du personnel de santé concernant les procédures utilisées pour les traiter et les soins médicaux reçus.

« Castors est le meilleur centre de santé, l'accueil est bon et s'il n'y avait pas eu ce centre de santé, je ne serais pas là aujourd'hui pour échanger avec vous... Quand je suis arrivée ici hier et [vu] l'état dans lequel j'étais, c'est vrai que d'un côté ils [pensaient] que c'était moi qui l'avais provoqué [l'avortement], mais d'un autre côté, ils m'ont aidé pour que je puisse récupérer.... Les techniques que ce centre de santé sont les meilleures. Ce centre apporte une meilleure aide aux gens. »

26 ans, complications potentiellement mortelles, 3 enfants

- Plusieurs participantes ont déclaré avoir été confrontées à des attitudes de stigmatisation et de jugement de la part de certains prestataires de soins de santé, dont quelques-unes à la maternité de Castors. Dans certains cas, certaines attitudes individuelles à l'égard de l'avortement ont entraîné des expériences négatives.

« [La sage-femme du centre de santé local], m'a dit des choses méchantes.... Ensuite, elle m'a fait l'injection et m'a dit de sortir et de partir... J'étais en colère et je pleurais quand j'ai quitté le centre de santé pour rentrer chez moi. »

24 ans, complications échappées-belles, 2 enfants

« L'un des [personnels de santé] qui travaillent ici [Castors] pensait que c'était moi qui avais provoqué l'avortement.... Elle m'a dit : 'Si tu meurs à cause des avortements que tu provoques, [cela] vaudrait mieux ... tu tues des enfants, tu ne mérites pas d'être en vie'... Dans sa tête, c'est nous qui l'avons fait exprès, parce que parmi nous, certaines ont provoqué l'avortement.... Pour moi, j'étais venue pour qu'elle m'aide, mais elle ne savait pas ce qui était à l'origine de ce qui m'était arrivé »

26 ans, complications potentiellement mortelles, 3 enfants.

- Les impacts physiques, financiers, sociaux et psychologiques des complications post-avortement rapportés par les participantes étaient substantiels et pouvaient avoir des conséquences à long terme. Dans certains cas, les proches et les membres de la famille ont également été affectés financièrement.

« Mon mari avait un peu d'argent, il a tout dépensé pour faire l'avortement ... Donc en ce moment nous traversons des moments difficiles Difficulté de trouver de la nourriture pour les enfants, parfois les enfants n'ont pas de petit déjeuner le matin et parfois ils ne mangent qu'une fois jusqu'au soir. »

29 ans, complications échappées-belles, 2 enfants

« Mon seul souci est mon ventre qui est gâté, je ne peux plus faire d'enfants. Ce chagrin est gravé dans mon cœur, et il l'emporte sur tout dans ma vie. Je suis trop triste d'une part et très en colère d'autre part [à cause] de ce que cette [personne qui a pratiqué l'avortement] m'a fait... Dès que je vois quelqu'un porter un bébé, je suis triste, et mes larmes commencent à couler ; cela m'arrive chaque fois [que je vois] quelqu'un avec un bébé. »

21 ans, complications échappées-belles, 2 enfants

« Je suis coincée ici [hospitalisée à Castors] depuis plusieurs jours, voilà mes difficultés... la douleur que je ressens me maintient constamment au lit, comme je suis malade, je n'ai pas la force de faire certaines choses... C'est vraiment grave, c'est comme une grande histoire dans ma vie... J'étais grande [forte] et maintenant je suis devenue très maigre, c'est vraiment dangereux et je ne sais pas quoi dire sur ces choses. »

26 ans, complications échappées-belles, 1 enfant

« Depuis que je suis dans cet état... depuis que je suis bloquée ici, mon entreprise est aussi bloquée et j'ai des difficultés financières. »

35 ans, complications échappées-belles, 3 enfants

- Les conjoints soutenant leurs partenaires ont également subi l'impact négatif des circonstances causées par les complications post-avortement.

« Mon conjoint fait toutes les tâches ménagères pour moi et il ne peut rien faire d'autre, il doit rentrer à la maison pour s'occuper des enfants et préparer les repas ... l'après-midi, il ramène l'enfant [que j'allait] ici avec moi pour qu'on puisse passer la nuit avec lui et le matin, il le prend pour aller s'occuper de lui, c'est vraiment très dur pendant cette période. »

28 ans, complications potentiellement mortelles, 3 enfants

« Ma famille n'est pas là-bas, je n'étais qu'avec mon mari, [et] c'est lui qui m'a soutenue jusqu'à maintenant dans ce centre de santé, c'est lui qui lave les vêtements souillés de sang, il fait tout. »

36 ans, complications potentiellement mortelles, 5 enfants



PILLS
CONTRACEPTIVE PILLS

Mfg. Lic. No. G-1022
Manufactured by
Family Care Ltd.
HOSUR DISTRICT, KARNATAKA
INDIA

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Nos résultats indiquent que dans ce contexte fragile, marqué par les conflits, les complications sévères d'avortement touchent des femmes d'une grande diversité d'âge, de provenance, de parité, de statut marital et social, et à différentes étapes de la vie. Confrontées à une multitude d'obstacles, dont l'accès et l'utilisation de la contraception, la majorité des participantes ont déclaré avoir été confrontées à une grossesse non planifiée pour laquelle elles ont cherché à provoquer un avortement, avec peu d'informations ou de soins qualifiés.

Lorsque l'avortement provoqué est sécurisé, c'est-à-dire lorsqu'il est pratiqué selon une méthode recommandée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), adaptée à l'âge gestationnel et fournie ou soutenue par une personne possédant les compétences nécessaires, le risque de complications graves est très faible. [1]. En outre, de plus en plus de données montrent que les personnes disposant d'informations précises, de médicaments de qualité et d'un accès à des personnels de santé qualifiés (au cas où elles souhaiteraient ou auraient besoin de soutien) peuvent prendre en charge elles-mêmes leur avortement avec des médicaments, en toute sécurité, pendant au moins les 12 premières semaines de gestation [1] et même plus tard dans la grossesse [16].

Pour choisir une méthode d'avortement provoqué, les participantes se sont surtout appuyées sur des sources d'information informelles; la sécurité de la procédure a rarement été abordée. Les participantes ont exprimé une connaissance nulle ou très faible de l'avortement médicamenteux. Pour la plupart d'entre elles, la prise de décision concernant l'avortement a été influencée par des critères individuels, interpersonnels, socio-économiques et sociétaux qui les ont amenées à choisir des méthodes dangereuses et potentiellement inefficaces en raison de leur accès limité à des services de soins d'avortement sécurisés. Les méthodes d'avortement, différentes selon les participantes, ont été choisies parce qu'elles étaient accessibles et parce qu'elles étaient recommandées par une source de confiance. Les participantes étaient plus préoccupées par l'efficacité de la méthode, et aucune n'a déclaré avoir pris en compte la sécurité médicale et la légalité de la procédure au moment de décider et de demander un avortement.

Lorsque des complications post-avortement sont survenues, les parcours de soins étaient très variés, souvent longs et parfois complexes. Plusieurs participantes, hospitalisées à la suite de complications potentiellement mortelles ou échappées-belles, ont déclaré que leur retard dans la recherche de soins était dû à leur manque de connaissance des signes de danger des complications

de l'avortement et à une stigmatisation intériorisée qui les obligeait à cacher le fait qu'elles avaient provoqué l'avortement. Plusieurs obstacles liés à la disponibilité et au coût des soins et du transport ont également retardé l'obtention de soins post-avortement de qualité. Les participantes ont également déclaré de ne pas avoir eu, ou avoir obtenu trop tard, des informations sur l'endroit où trouver des soins adéquats. Elles ont souvent commencé à les chercher localement, se heurtant à de multiples difficultés en termes de manque de capacité, de stigmatisation et de qualité des soins de la part des prestataires et des établissements de santé locaux.

En revanche, la perception des soins post-avortement à la maternité de Castors était positive et reconnue comme étant de haute qualité. Cependant, certains membres du personnel ont exprimé des attitudes désapprobatrices à l'égard de l'avortement, ce qui a entraîné des expériences négatives pour quelques participantes.

Ces résultats soulignent le besoin urgent de fournir et d'encourager l'accès, au niveau communautaire, à des informations fiables et précises sur l'avortement. Il est crucial de disposer d'informations sur le processus d'avortement, sur les méthodes de soins d'avortement sécurisées existantes, y compris l'avortement médicamenteux, sur les signes d'alerte des complications post-avortement ainsi que sur les lieux d'assistance et les ressources permettant de fournir des soins post-avortement de qualité. Ces informations peuvent contribuer à adapter les politiques pour réduire la morbidité et la mortalité maternelles en RCA, où l'avortement reste l'une des causes principales de mortalité maternelle [13],[17]. Ces informations devraient aussi être diffusées auprès des réseaux familiaux et sociaux des femmes, car leurs conseils semblent jouer un rôle important et déterminant pour les trajectoires de recherche de soins.

Il est indispensable de supprimer les obstacles structurels à des soins post-avortement de qualité. La formation des travailleurs de la santé à la reconnaissance des signes d'alerte et de danger, au traitement des complications de l'avortement en utilisant des technologies recommandées et à la communication avec les patientes, ainsi que l'amélioration de l'accès aux services ambulanciers, sont des éléments essentiels et fondamentaux pour sauver des vies.

Les attitudes stigmatisantes parmi le personnel médical, et qui peuvent mettre la vie de leurs patientes en danger, devraient également être abordées. L'introduction d'une formation sans jugement pour discuter les attitudes et les valeurs concernant l'avortement provoqué peut contribuer à réduire les rapports de stigmatisation, de honte et d'abus de la part de certains prestataires de santé. Cette formation peut aussi créer un environnement plus favorable aux soins liés à l'avortement. Ceci permettrait que les personnes cherchant des soins post-avortement puissent les recevoir rapidement sans être jugées.

Enfin, cette étude indique que le fardeau des complications d'avortement est élevé pour ces femmes, les affectant considérablement sur le plan physique, psychologique et financier. Les participantes de cette étude auraient grandement bénéficié d'avoir eu accès à l'information sur les options d'avortement provoqué sécurisé disponibles et légales dans le pays, qu'il s'agisse d'avortements instrumentaux ou médicamenteux en établissement de santé ou d'avortements médicamenteux auto-administrés [18].

RÉFÉRENCES

- (1) World Health Organization, *Abortion care guideline*, License: C. Geneva, 2022.
- (2) L. Say *et al.*, "Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis," *Lancet. Glob. Heal.*, vol. 2, no. 6, 2014.
- (3) G. A. Roth *et al.*, "Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017," *Lancet*, vol. 392, no. 10159, pp. 1736–1788, Nov. 2018.
- (4) S. Singh and I. Maddow-Zimet, "Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries," *BJOG*, vol. 23, pp. 1489–1498, 2016.
- (5) W. Graham *et al.*, "Diversity and divergence: the dynamic burden of poor maternal health," *Lancet (London, England)*, vol. 388, no. 10056, pp. 2164–2175, Oct. 2016.
- (6) M. Koblinsky *et al.*, "Quality maternity care for every woman, everywhere: a call to action," *Lancet (London, England)*, vol. 388, no. 10057, pp. 2307–2320, Nov. 2016.
- (7) D. A. Grimes *et al.*, "Unsafe abortion: the preventable pandemic," *Lancet*, vol. 368, no. 9550, pp. 1908–1919, Nov. 2006.
- (8) B. Ganatra *et al.*, "Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model," *Lancet*, vol. 390, no. 10110, pp. 2372–2381, 2017.
- (9) M. Jawad, T. Hone, E. P. Vamos, V. Cetorelli, and C. Millett, "Implications of armed conflict for maternal and child health: A regression analysis of data from 181 countries for 2000–2019," *PLOS Med.*, vol. 18, no. 9, p. e1003810, Sep. 2021.
- (10) A. Kotsadam and G. Østby, "Armed conflict and maternal mortality: A micro-level analysis of sub-Saharan Africa, 1989–2013," *Soc. Sci. Med.*, vol. 239, Oct. 2019.
- (11) "States of Fragility 2022 | en | OECD." [Online]. Available: <https://www.oecd.org/dac/states-of-fragility-fa5a6770-en.htm>. [Accessed: 05-Dec-2022].
- (12) "Trends in Maternal Mortality 2000 to 2017: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division.," Geneva, 2019.
- (13) Ministère de la Santé and UNFPA, "Evaluation de la disponibilité, de l'utilisation et de la qualité des soins obstétricaux d'urgence dans la zone d'intervention de l'UNFPA en République Centrafricaine," Bangui, 2010.
- (14) WHO, "The WHO Near-Miss approach for Maternal Health," 2011.
- (15) S. Thaddeus and D. Maine, "Too far to walk: maternal mortality in context," *Soc. Sci. Med.*, vol. 38, no. 8, pp. 1091–1110, 1994.
- (16) C. Gerdtts, R. T. Jayaweera, S. E. Baum, and I. Hudaya, "Second-trimester medication abortion outside the clinic setting: an analysis of electronic client records from a safe abortion hotline in Indonesia," *BMJ Sex Reprod Heal.*, vol. 44, pp. 286–291, 2018.
- (17) UNFPA, "UNFPA Central African Republic | ENQUÊTE RAPIDE SUR LES SOINS OBSTÉTRICAUX ET NEONATAUX D'URGENCES (ER SONU)," 2020.
- (18) A. Bankole, L. Remez, O. Owolabi, J. Philbin, and P. Williams, "De l'avortement non sécurisé à sécurisé en Afrique subsaharienne: des progrès lents mais constants," 2020.
- (19) L'ampleur et la sévérité des complications d'avortement à la maternité de Castors à Bangui, en République Centrafricaine. Note de résultats. Mars 2022. E. Pasquier, O. Owolabi, T. Fetters, H. Chen, T. Williams, D. Lagrou, C. Schulte-Hillen, C. Fotheringham, B. Powell, L. Nguengo, A. Dodane, M. Adame Gbanzi, E. Baudin, A. Moore, R. Ngbale - Le groupe d'étude AMoCo Pour la République Centrafricaine. https://epicentre.msf.org/sites/default/files/2022-08/MSF%20OCB%20Evidence%20Briefing%20document%20FR_Web_29062022.pdf

Le projet de recherche AMoCo a été financé par Médecins Sans Frontières et par le programme de recherche pour la santé dans les crises humanitaires (R2HC) de Elrha, qui vise à améliorer les résultats sanitaires en renforçant la création de preuves scientifiques pour améliorer les interventions de santé publique dans les crises humanitaires. R2HC est financé par le Foreign, Commonwealth & Development Office du Royaume-Uni, Wellcome Trust et le UK National Institute for Health Research.

Citation suggérée : Parcours de soins des femmes hospitalisées pour des complications sévères d'avortement à la maternité de Castors à Bangui, République Centrafricaine, un milieu urbain affecté par des conflits - Résultats de l'étude AMoCo - Note de Résultats. Décembre 2022. T. Fetters, P. Lissouba, A. Moore, D. Lagrou, E. Pasquier, O. Owolabi, H. Chen, T. Williams, C. Schulte-Hillen, C. Fotheringham, B. Powell, L. Nguengo, A. Dodane, M. Adame Gbanzi, R. Ngbale - Le groupe d'étude AMoCo Pour la République Centrafricaine.

Contacts: FettersT@ipas.org, pascale.lissouba@epicentre.msf.org