

PMA BURKINA FASO & HHFA : LES SOINS APRES AVORTEMENT

2021-2022



RÉSULTATS CLÉS:

3 formations sanitaires sur 4 offrent des soins après avortement (SAA), lesquels sont beaucoup plus fréquents dans les établissements publics que dans les établissements privés ; la disponibilité des SAA varie fortement selon les régions.

Seules 38% des formations sanitaires fournissent tous les éléments de base pour des SAA de qualité, et seules 35% des formations sanitaires de niveau secondaire et tertiaire fournissent des SAA complets pour des cas plus graves.

84% des femmes vivent à moins de 5 kilomètres d'un établissement de santé offrant des SAA, mais on observe des inégalités d'accès importantes : les femmes qui habitent en milieu rural, avec un niveau d'études moins élevé et dans un plus grand degré de pauvreté ont moins de chances d'habiter à proximité de ces services.

DES SOINS APRÈS AVORTEMENT (SAA) DE QUALITÉ SONT NÉCESSAIRES POUR TRAITER LES COMPLICATIONS LIÉES À L'AVORTEMENT NON SÉCURISÉ AU BURKINA FASO

L'avortement est l'une des procédures les plus sûres lorsqu'il est effectué selon les protocoles recommandés ; or l'avortement non sécurisé demeure une cause principale de mortalité maternelle dans le monde. Le risque de lésions graves et de décès associés à l'avortement non sécurisé varie grandement en fonction du contexte, avec un taux de décès multiplié par plus de seize dans les pays à revenus faibles, en comparaison aux pays à revenus élevés.¹ Cette différence est largement due à la disponibilité des soins après avortement (SAA) de qualité. En 1994, lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement du Caire, la communauté internationale avait déjà appelé à une plus grande disponibilité des SAA pour traiter les complications liées à l'avortement spontané ou provoqué, indépendamment du statut légal de l'avortement. Pourtant, plusieurs décennies plus tard, l'offre des services de SAA demeure inadéquate dans la majorité des milieux à faibles ressources.

Au Burkina Faso, on estime à 102 000 le nombre d'avortements non sécurisés qui ont eu lieu en 2020,² soulignant un besoin de SAA de qualité pour traiter les complications. Toutefois, en l'absence d'informations sur la disponibilité de ces services et sur la capacité opérationnelle des établissements de santé à les fournir, nous avons peu de données probantes pour surveiller et guider la réponse du système de santé aux besoins de SAA.

L'ÉTUDE DES SOINS APRÈS AVORTEMENT (SAA) DE PMA/IRSS

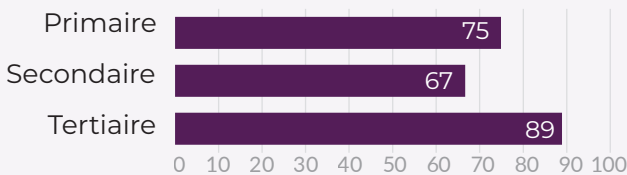
En 2020 et au début de l'année 2021, Performance Monitoring for Action (PMA) a collecté des données représentatives au niveau national sur les femmes en âge de procréer au Burkina Faso, au même moment que l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS) a mené un recensement de tous les établissements de santé du pays intitulé « Evaluation harmonisée des établissements de santé (Harmonized Health Facility Assessment, HHFA) ». Avec ces données, nous avons évalué la disponibilité des SAA, l'état de préparation des formations sanitaires à fournir des SAA de qualité, et l'accès aux SAA en reliant les données de ces établissements de santé à celles des femmes enquêtées à travers leurs coordonnées GPS. La description détaillée de la méthodologie employée se trouve à la fin de ce résumé.

VARIABILITÉ DE LA DISPONIBILITÉ DES SOINS APRÈS AVORTEMENT (SAA)

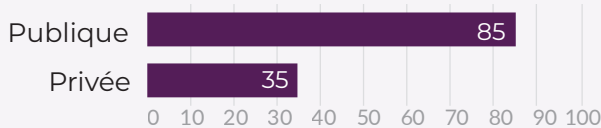
Au total, 75% des établissements de santé au Burkina Faso offrent des services de SAA, mais leur disponibilité diffère selon le type de structures, l'instance gestionnaire et la région. En effet, les hôpitaux et polycliniques (89%) et les formations sanitaires de base (75%) sont les types d'établissements de santé qui déclarent le plus souvent fournir des services de SAA, tandis que les centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) et cliniques (67%) ont le moins de chances de les offrir. Les services de SAA sont beaucoup plus fréquents dans les établissements de santé publics (85%) que dans les établissements non publics (35%). La disponibilité des services de SAA varie fortement selon les régions, la région du Centre-Sud (91%) présentant le pourcentage le plus élevé tandis que la région du Centre (42%) enregistre le pourcentage le plus faible. Cette différence s'expliquerait par le nombre plus important de formations sanitaires privées où l'offre de SAA n'est pas disponible dans la région du Centre.

POURCENTAGE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ OFFRANT DES SERVICES DE SAA SELON LES CARACTÉRISTIQUES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (N=2757)

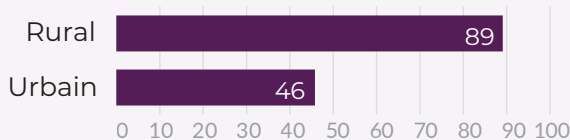
Type de structures*



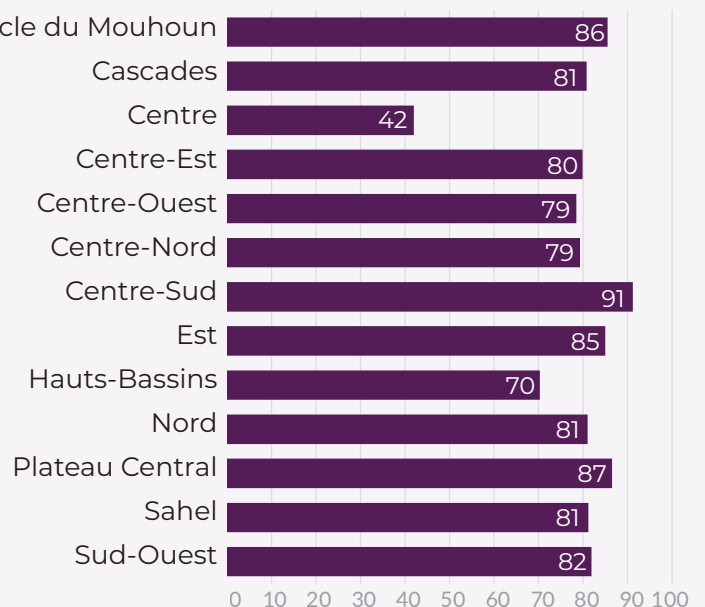
Instance gestionnaire



Milieu d'implantation



Région



* Les structures tertiaires comprennent les CHU, CHR et polycliniques ; les structures secondaires comprennent les CMA et les cliniques ; et les structures primaires comprennent les cabinets médicaux, les centres médicaux, les CSPS, les cabinets d'infirmières, les maternités, les dispensaires isolés, les infirmeries et les maternités isolées.

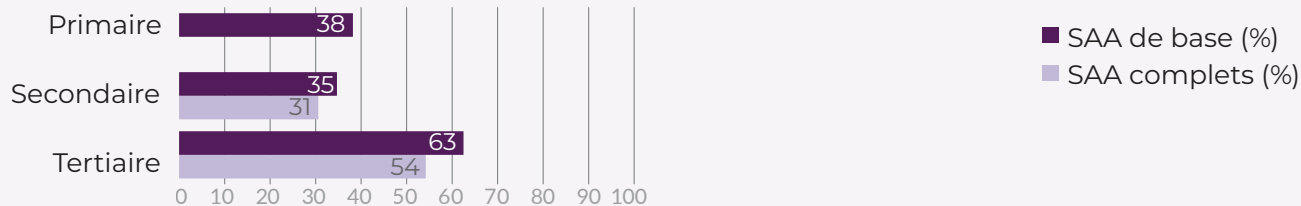
FAIBLE PRÉPARATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ À FOURNIR DES SERVICES DE SAA DE QUALITÉ

Malgré la grande disponibilité des services de SAA, de nombreux établissements de santé ne fournissent pas tous les éléments essentiels des SAA de qualité. Les SAA de base sont définis par la capacité des établissements de santé à fournir ces soins jusqu'à 12 semaines de grossesse, ce qui requiert la disponibilité d'antibiotiques, d'ocytociques, de fluides de remplacement en intraveineuse et de contraceptifs. Quant aux SAA complets, ils impliquent la capacité des établissements de santé à fournir ces soins au-delà de 12 semaines de grossesse et de traiter des complications plus graves nécessitant une transfusion sanguine ou une chirurgie abdominale, et d'offrir des méthodes de contraception réversibles à longue durée d'action (dispositifs intra-utérins [DIU] et implants).

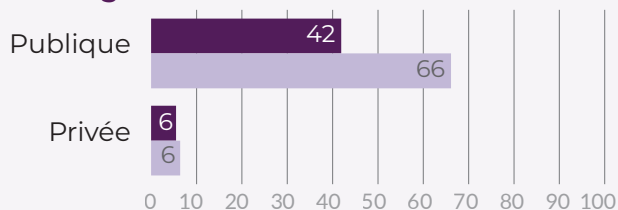
Parmi les établissements de santé indiquant fournir des services de SAA, seuls 38% remplissent tous les critères des SAA de base ; parmi les établissements de santé du niveau secondaire et tertiaire qui offrent des services de SAA, dont on s'attendrait à ce qu'ils fournissent des SAA complets, seuls 35% fournissent tous les éléments des SAA complets. Les établissements de santé publics sont mieux préparés à fournir des SAA complets que les formations sanitaires privées. On observe aussi une variabilité marquée de l'état de préparation des établissements de santé à fournir ces services à l'échelle du pays.

POURCENTAGE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ FOURNISSANT DES SAA ET QUI FOURNISSENT TOUS LES ÉLÉMENTS DES SAA DE BASE (N=2056) ET COMPLETS (N=122), PAR CARACTÉRISTIQUES D'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

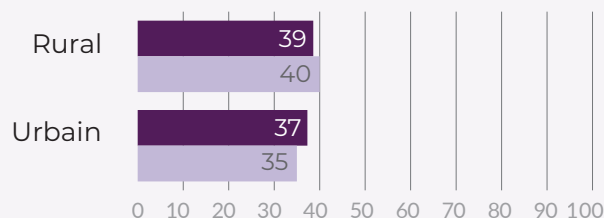
Type de structures*



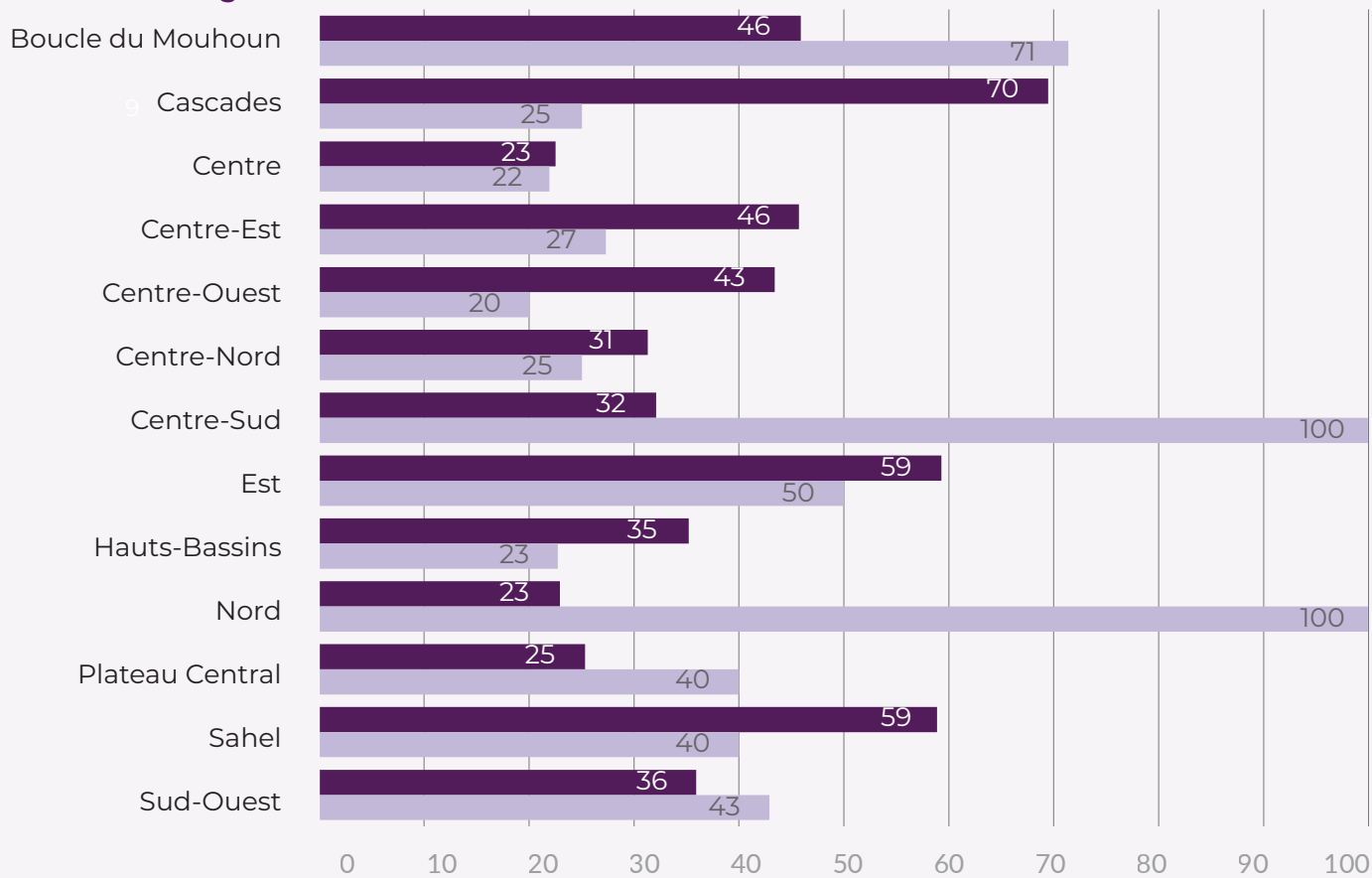
Instance gestionnaire



Milieu d'implantation

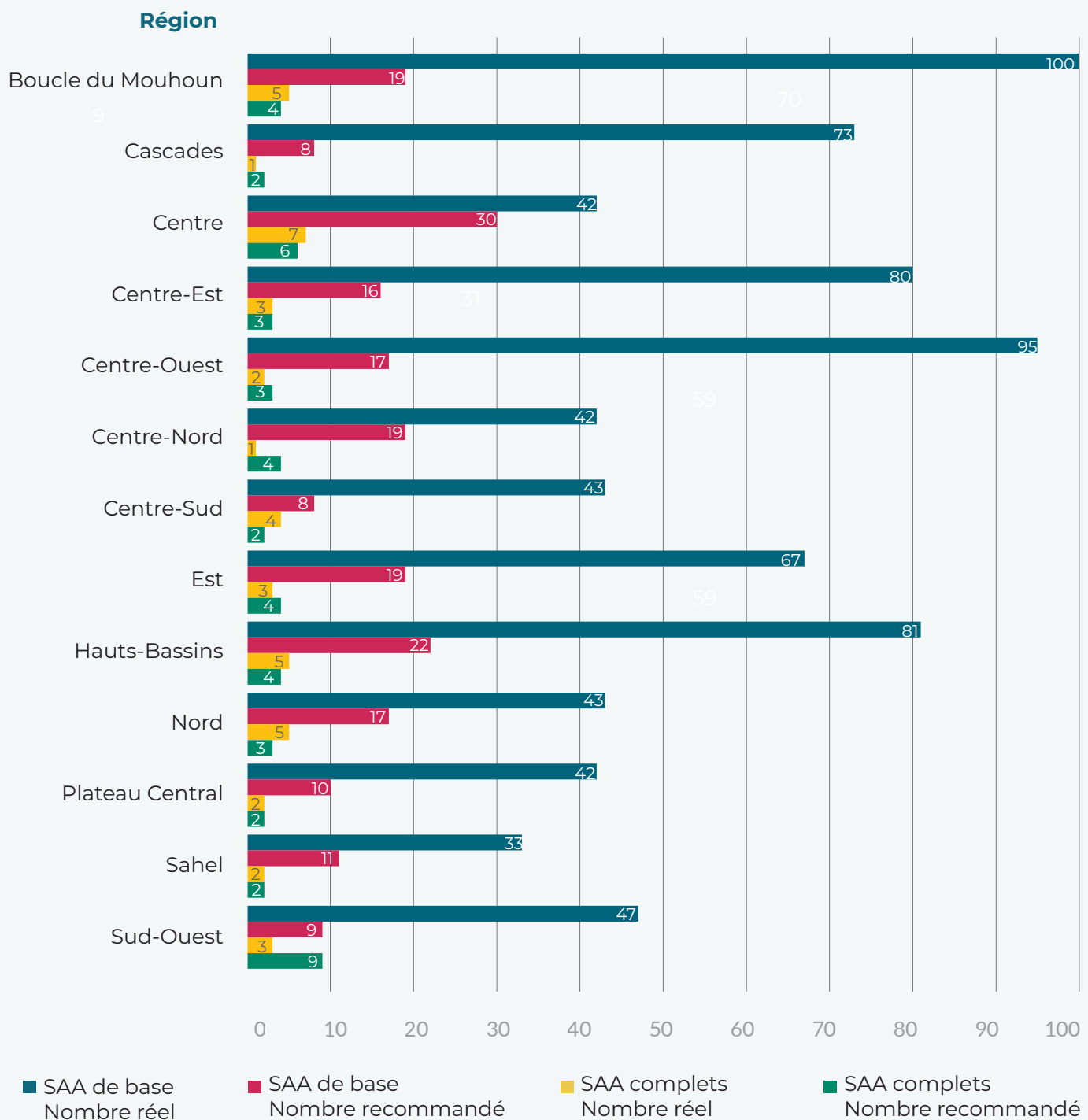


Région



LA COUVERTURE DES ÉTABLISSEMENTS OFFRANT DES SERVICES DE SAA SURPASSE LES RECOMMANDATIONS DE L'OMS

À l'échelle nationale, sur la base des résultats du cinquième recensement général de la population et de l'habitation du Burkina Faso de 2019, on estime que 19 établissements de santé pour 500 000 habitants offrent tout type de SAA, et 1,05 établissement pour 500 000 habitants offrent des SAA complets, ce qui surpasse les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) de 5 établissements pour les SAA de base et de 1 établissement pour les SAA complets pour 500 000 habitants. Cela représente 384% et 105% du nombre recommandé de structures de santé fournissant des SAA de base et complets à l'échelle nationale. Le niveau de couverture des SAA de base varie largement par région, avec le taux de couverture le plus élevé dans la région des Cascades et le plus faible dans la région du Centre. Quant au taux de couverture des SAA complets, il varie de 27% dans le Centre-Nord à 254% dans le Centre-Sud.

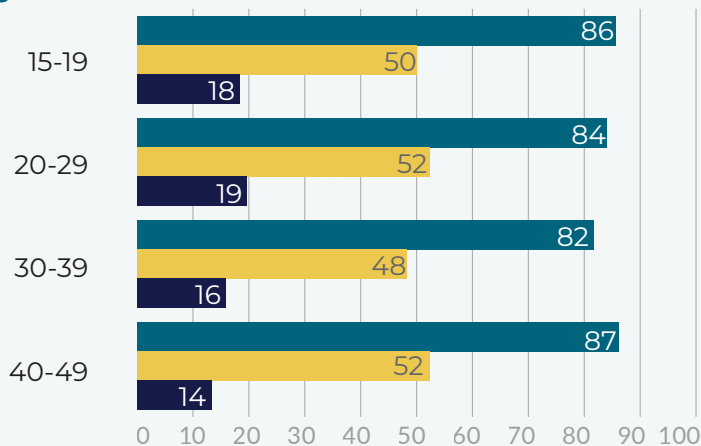


DISPARITÉS DE L'ACCÈS AUX SERVICES DE SAA (DE QUALITÉ)

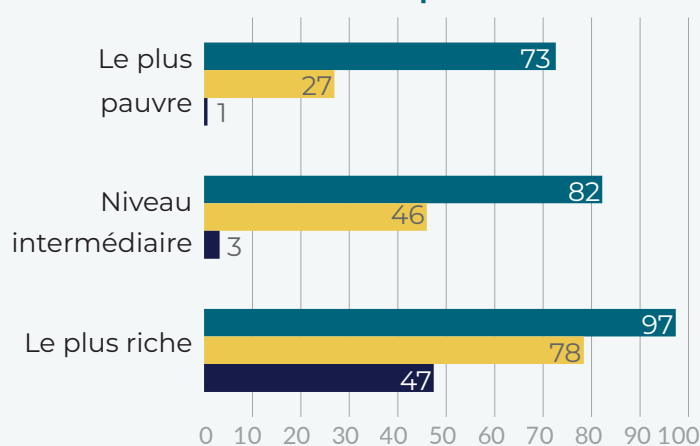
Au Burkina Faso, 84% des femmes vivent à moins de 5 kilomètres d'un établissement de santé offrant des SAA, et 51% et 17% vivent à moins de 5 km d'un établissement de santé offrant des SAA de base et complets, respectivement. Les femmes avec un niveau d'études moins élevé, vivant dans un plus grand degré de pauvreté et en milieu rural ont moins de chances de vivre à proximité (moins de 5 kilomètres) d'un établissement de santé remplissant l'un de ces critères. Ces disparités pourraient expliquer les résultats de recherche précédents selon lesquels les femmes vivant en situation de pauvreté et en milieu rural sont plus à risque de séquelles liées à l'avortement non sécurisé.³ Ainsi, l'accès limité aux structures de santé offrant des SAA contribue aux inégalités de morbidité et de mortalité liées à l'avortement non sécurisé.

POURCENTAGE DE FEMMES AU BURKINA FASO VIVANT À MOINS DE 5 KM D'UN ÉTABLISSEMENT FOURNISSANT DES SAA OU DISPOSANT DE TOUS LES ÉLÉMENTS ESSENTIELS DES SAA DE BASE ET COMPLETS, PAR CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES, ENQUÊTES HHFA ET PMA (N=6385)

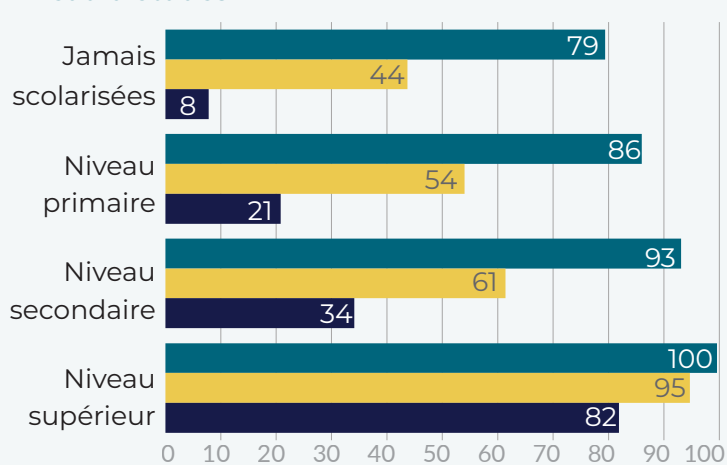
Age



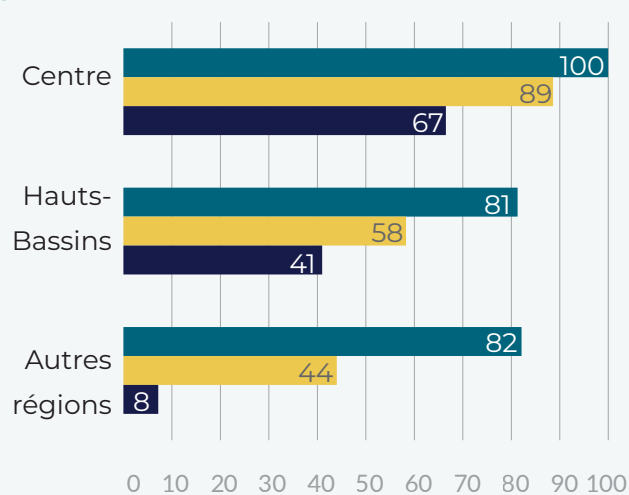
Niveau de bien-être économique



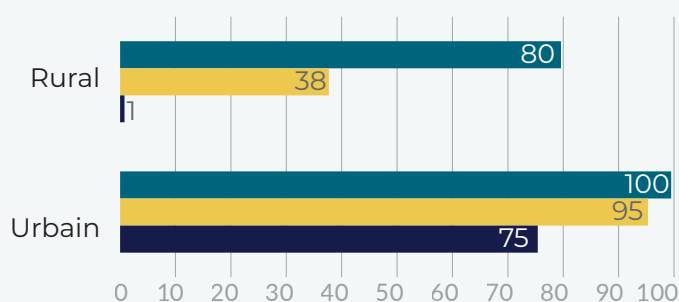
Niveau d'études



Région



Milieu de résidence



■ Tous SAA
 ■ SAA de base
 ■ SAA complets

RECOMMANDATIONS

Les résultats de l'enquête indiquent que les établissements de santé manquent souvent de commodités et d'équipement pour fournir des SAA de qualité, limitant la disponibilité de ces services pour les femmes qui en ont besoin et aggravant les inégalités d'accès aux soins. Étant donné la fréquence des avortements non sécurisés, les actions suivantes pourraient être mises en oeuvre pour améliorer l'offre de SAA :

- Accélérer l'intégration des SAA de base aux structures de santé primaires desservant les populations les plus défavorisées.
- Augmenter la disponibilité des SAA complets dans les centres de soins de niveau secondaire et tertiaire pour assurer une couverture adéquate dans toutes les régions.
- Assurer une meilleure disponibilité des éléments de base pour les SAA dans les établissements de santé primaire et la présence d'équipements et produits pour la réalisation de transfusion et de chirurgie abdominale dans les centres de soins secondaires et tertiaries.
- Assurer un système de référence entre les centres de soins primaires et les formations sanitaires du niveau secondaire et tertiaire pour y transférer les femmes nécessitant un traitement plus poussé pour des complications plus graves.
- Former les prestataires de santé au traitement des complications liées à l'avortement.

Ces actions peuvent réduire significativement les lésions et décès annuels évitables liés aux avortements non sécurisés au Burkina Faso.

¹ World Health Organization. (2012b). Unsafe abortion incidence and mortality: Global and regional levels in 2008 and trends during 1990–2008.

² Institut Supérieur des Sciences de la Population, U. J. K.-Z., Ouagadougou, Burkina Faso; The Bill & Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health at The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; and Jhpiego, (2022). PMA Abortion Survey Results: Burkina Faso. Ouagadougou, Burkina Faso and Baltimore, Maryland, USA, Performance Monitoring for Action/Burkina Faso.

³ Singh, S., Remez, L., Sedgh, G., Kwok, L., & Onda, T. (2018). Abortion worldwide 2017: Uneven progress and unequal access. Guttmacher Institute.

Qu'est-ce que PMA ?

PMA utilise une technologie mobile et des enquêtrices résidentes pour administrer des enquêtes à même de restituer rapidement des résultats pour suivre les indicateurs clés de santé et planification familiale en Afrique et en Asie. PMA Burkina Faso est dirigée par l'Institut Supérieur des Sciences de la Population à l'Université Joseph Ki-Zerbo, à Ouagadougou, au Burkina Faso. L'Institut Bill & Melinda Gates pour la Population et la Santé de la Reproduction à l'Université de Johns Hopkins et Jhpiego apportent un soutien général à cette étude. PMA est financée par la Fondation Bill & Melinda Gates et un donateur anonyme a financé le module sur l'avortement.

PMA Burkina Faso a collecté des informations sur les connaissances, les pratiques et la couverture des services de planification familiale dans 167 zones de dénombrement sélectionnées selon un modèle d'enquête par grappes stratifiées avec des strates urbaines-rurales. Les résultats sont représentatifs à l'échelle nationale et par zones urbaines/rurales. Les données de la Phase 2 ont été collectées entre décembre 2020 et mars 2021 auprès de 5522 ménages (taux de réponse de 97,9%) et 6388 femmes de 15-49 ans (taux de réponse de 93,4%). Pour plus d'informations sur l'échantillonnage et pour obtenir les ensembles de données complets, consultez : <https://www.pmadata.org/countries/burkina-faso>. Pour cette phase de l'enquête, nous avons ajouté un module sur l'avortement afin d'estimer l'incidence et la sécurité de l'avortement.

Qu'est-ce que l'enquête HHFA?

L'Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS) et la direction générale des études et des statistique sectorielles (DGESS) du ministère de la santé ont conduit l'enquête harmonisée d'évaluation des établissements de santé (HHFA) au Burkina Faso de novembre 2020 à janvier 2021. L'HHFA est une enquête conçue pour recueillir des informations complètes sur la disponibilité des services et la qualité des soins dans les systèmes de santé de chaque pays. Tous les établissements de santé non spécialisés (par exemple, les cliniques dentaires) fonctionnels et accessibles, ouverts depuis au moins trois mois au moment de la collecte des données, ont été interrogés (n=2 757), dont 79 % étaient publics (n=2 175) et 21 % privés (n=582). Des enquêteurs/trices formé(e)s ont permis d'administrer les modules de disponibilité des services, d'état de préparation des services et de gestion des finances de l'enquête HHFA aux directeurs d'établissements et aux chefs de service à l'aide de l'application CSPro.

