

# L'AMPLEUR ET LA SÉVÉRITÉ DES COMPLICATIONS D'AVORTEMENT

à la Maternité de Castors à Bangui, en République  
Centrafricaine, un milieu urbain affecté par des conflits  
Résultats étude AMoCo.



©MSF - Olivia Watson



**Ipas**

**epicentre**  
ÉPIDÉMIOLOGIE • EPIDEMIOLOGY



# INTRODUCTION

Les complications d'avortement restent une cause majeure de mortalité maternelle dans le monde et la mortalité maternelle liée à cette cause a très peu diminué au cours de la dernière décennie, au contraire de celle liée aux autres principales causes comme l'hémorragie, l'infection ou la dystocie (1). Selon les estimations mondiales, la plupart des décès liés à l'avortement sont le résultat d'avortements provoqués non-sécurisés, dont 97 % se produisent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (2). Ces décès pourraient être largement évités en fournissant des soins complets d'avortement, incluant des soins post-avortement, des services de contraception et des soins d'avortement provoqué sécurisés (aussi appelés avortements médicalisés).

Avec 829 décès pour 100 000 naissances vivantes, la République Centrafricaine (RCA) a l'un des taux de mortalité maternelle les plus élevés au monde (3). Les complications liées à l'avortement y contribuent largement puisqu'une étude menée par le ministère de la santé



**Les complications d'avortement contribuent de façon très importante à la mortalité maternelle, puisqu'une étude menée par le ministère de la santé Centrafricain et le FNUAP a estimé qu'elles représentaient près d'un décès maternel sur quatre (24%)**

Centrafricain et le FNUAP a estimé qu'elles représentaient près d'un décès maternel sur quatre (24 %) (4). En outre, la RCA est l'un des pays les plus fragiles au monde, se classant 174e sur 178 pays dans l'indice de fragilité du Fonds pour la Paix (5), différentes parties du pays étant régulièrement touchées par des conflits armés qui durent depuis des décennies.

Le manque de données sur les complications liées à l'avortement dans les zones fragiles limite la compréhension des besoins des femmes dans l'accès aux soins d'avortement complets dans ce contexte, afin d'y répondre de manière adaptée. Cette étude décrit

l'importance et la sévérité des complications d'avortement et les facteurs qui contribuent à leur sévérité dans la maternité de Castors à Bangui, en République Centrafricaine. Cette note de résultats présente une sélection des résultats de deux composantes de l'étude AMoCo (étude sur la morbidité et la mortalité liées à l'avortement dans les zones de conflit et les zones fragiles): 1) Une étude observationnelle quantitative des caractéristiques cliniques des femmes présentant des complications d'avortement, et 2) Une enquête quantitative auprès d'un sous-groupe de ces femmes qui ont été hospitalisées.

# MÉTHODES

Cette étude s'est déroulée à la Maternité de Castors, dans la capitale du pays, Bangui. Cet établissement de 66 lits est l'une des maternités les plus connues de la capitale. En 2019, l'établissement a enregistré plus de 10 000 accouchements et a aidé plus de 2 600 femmes en quête de soins post-avortement. Entre 2014 et 2017, les complications liées à l'avortement ont causé plus de 33 % des décès maternels dans l'établissement (système de surveillance MSF).

En utilisant une méthodologie similaire à celle de l'étude multi-pays sur l'avortement (OMS-MCS-A) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) basée sur l'approche near-miss (échappée-belle) (6-8), nous avons procédé à une revue prospective des dossiers médicaux de 548 femmes se présentant avec des complications d'avortement entre novembre 2019 et janvier 2020. Un sous-groupe de 362 femmes (66 %) hospitalisées pour des complications d'avortement ont

été interrogées sur l'historique de leur pathologie actuelle, leurs parcours de soins et leurs expériences sur la prise de décision, la recherche de soins et le traitement reçu pendant leur hospitalisation. Nous avons utilisé des méthodes d'analyse descriptive pour examiner les caractéristiques cliniques de ces femmes et les soins reçus. Nous avons classé la sévérité de leurs complications en quatre catégories mutuellement exclusives selon la classification OMS-MCS-A (7): 1) complications légères, 2) modérées, 3) potentiellement mortelles, 4) échappées-belles (near-miss) et décès (cf. définitions Figure 2). Les complications potentiellement mortelles, les échappées-belles et les décès constituent les complications sévères.



**En 2019, l'établissement a enregistré plus de 10 000 accouchements et a aidé plus de 2 600 femmes en quête de soins post-avortement.**

# PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Les admissions pour des complications d'avortement ont représenté 20% de toutes les admissions liées à la grossesse au cours de la période étudiée. (Figure 1)

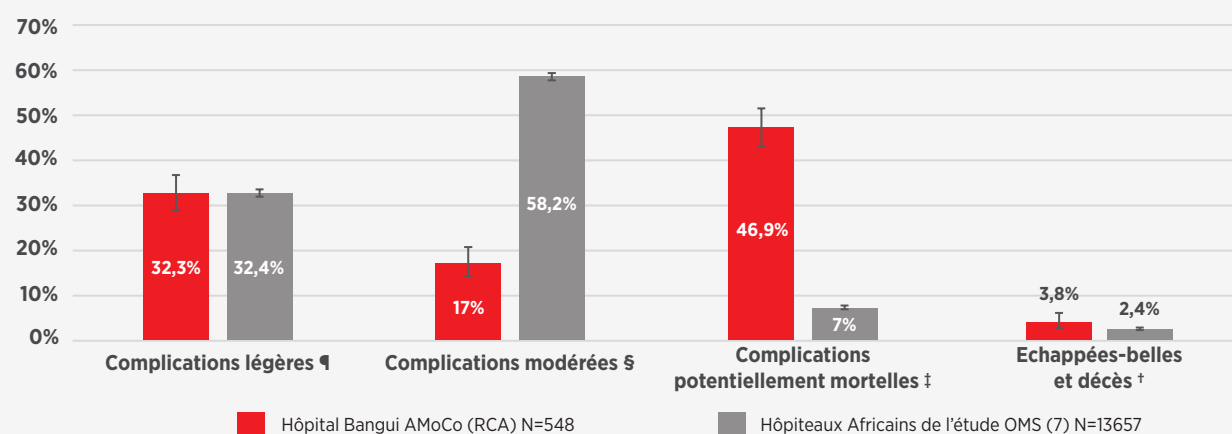
## Une admission liée à la grossesse sur cinq était liée à une complication d'avortement



Figure 1 : Proportion d'admissions liées à l'avortement parmi toutes les admissions liées à la grossesse (N=2750)

- Plus d'un quart (26%) de toutes les femmes présentant des complications d'avortement (N=548) étaient des adolescentes de 18 ans ou moins.
- Parmi toutes les femmes incluses dans l'étude (N=548), plus de 50 % ont présenté une complication sévère de l'avortement, soit potentiellement mortelle (47 % - n=257), soit une échappée-belle (3,5 % - n=19), ou un décès (0,3% - n=2). Les autres femmes ont eu des complications modérées (17% - n=93) ou légères de l'avortement (32% - n=177). (Figure 2)
- Il s'agit de la première étude réalisée à l'aide de la méthodologie OMS-MCS-A dans un contexte de conflit. Les données de cette étude indiquent une fréquence beaucoup plus élevée des complications sévères dans cette maternité par rapport à d'autres hôpitaux de contextes stables : les échappées-belles étaient 1,6 fois plus fréquentes et les complications potentiellement mortelles étaient presque 7 fois plus fréquentes dans cette maternité par rapport aux hôpitaux africains de contextes stables étudiés par l'OMS (7). (Figure 2)

## Les femmes de cet hôpital en zone de conflit ont souffert de complications d'avortement plus sévères que celles traitées dans des hôpitaux Africains en contexte stable (7)



¶ **Complications légères** basées sur des signes cliniques anormaux à l'examen physique initial (signes vitaux, apparence, conscience, examen abdominal, examen gynécologique) (7).

§ **Complications modérées** (saignements abondants, syndrome abdominal ou infection) (7).

† **Complications potentiellement mortelles** selon l'OMS (hémorragie grave, infection systémique sévère ou suspicion de perforation utérine) (7).

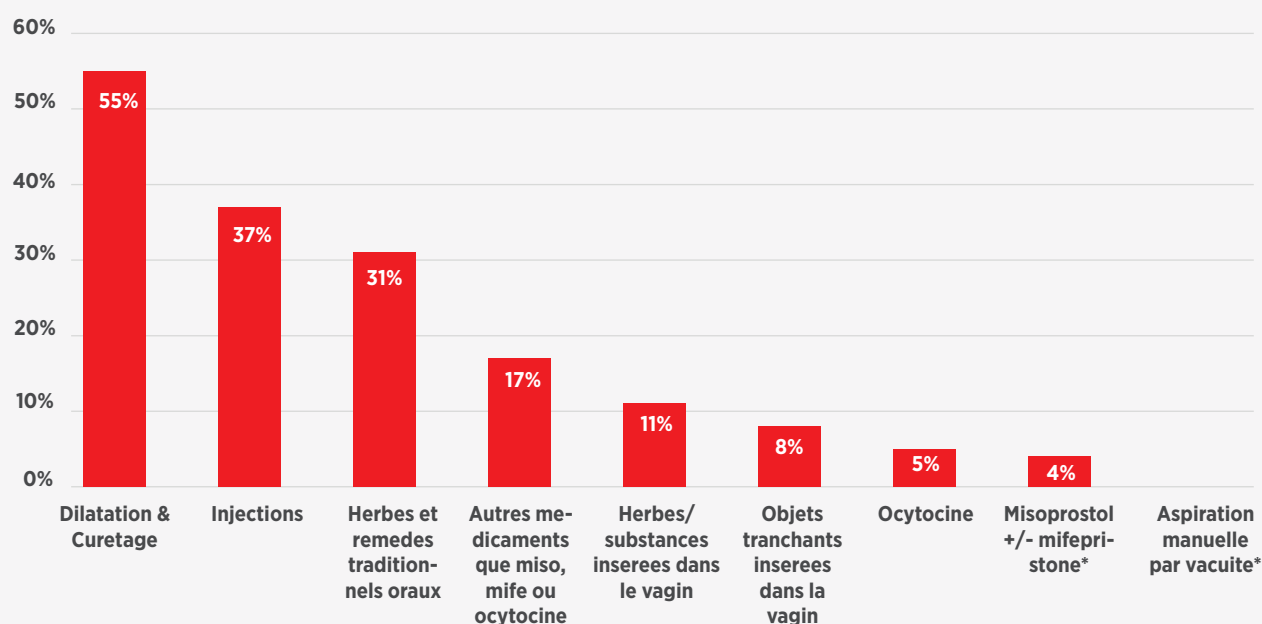
† Critères OMS d'**échappées-belles** aussi appelées « décès évités de justesse » ou « near-miss » (dysfonctionnement sévère d'un ou plusieurs organes menaçant le pronostic vital: dysfonctionnement cardiovasculaire, respiratoire, rénal, hématologique, hépatique, neurologique ou utérin) (7).

Figure 2 : Proportion de femmes dans chaque catégorie de sévérité – Hôpital Bangui AMoCo (RCA) et Hôpitaux Africains de l'étude OMS (7)

# LE RISQUE DE COMPLICATIONS TRÈS SÉVÈRES ÉTAIT TROIS FOIS PLUS ÉLEVÉ CHEZ LES FEMMES QUI ONT DÉCLARÉ AVOIR EU UN AVORTEMENT PROVOQUÉ NON-SÉCURISÉ.

- Plus de 45% des femmes qui ont participé aux entretiens quantitatifs (N=362) ont déclaré avoir fait quelque chose pour essayer de mettre fin à leur grossesse, et beaucoup d'entre elles ont eu des complications très sévères (échappées-belles et décès), mettant leur vie en danger.
- Plus de deux tiers des femmes qui ont déclaré avoir provoqué un avortement (106/156), ont déclaré avoir utilisé certaines des méthodes « les moins sécurisées » pour le faire avant de demander des soins post-avortement, plus de 11% (18/156) ont déclaré des méthodes « peu sécurisées » et plus de 20% (32/156) ont déclaré une méthode « sécurisée » selon la classification de l'OMS (9).
- Le pourcentage de femmes déclarant avoir fait quelque chose pour provoquer leur avortement avec une méthode non-sécurisée (le moins ou peu sécurisée) augmente avec la sévérité de leurs complications.
- Parmi les femmes incluses dans l'enquête quantitative sans données manquantes (N=354), le risque de complications très sévères (échappées-belles et décès) était plus de trois fois plus élevé chez les femmes ayant déclaré avoir eu un avortement provoqué non-sécurisé que chez les autres femmes.
- Parmi les femmes qui ont participé à l'enquête quantitative (N=362), moins de la moitié (40% - n=146) pensaient pouvoir trouver un moyen de se faire avorter dans leur communauté. Parmi elles (N=146), lorsqu'on leur a demandé quelles méthodes elles pensaient pouvoir utiliser pour avorter dans leur communauté, seules 6 (4%) ont mentionné la mifépristone et/ou le misoprostol, les seuls médicaments recommandés par l'OMS. Un plus grand nombre de femmes ont mentionné des méthodes et des substances moins sécurisées telles que la dilatation et le curetage (55%), des injections (37%), des herbes et des remèdes traditionnels pris par voie orale (31%), des médicaments autres que le misoprostol, la mifépristone ou l'ocytocine (17%), des herbes/substances insérées par voie vaginale (11%), des objets pointus insérés par voie vaginale (8%) ou la prescription du médicament ocytocine, couramment utilisé pour provoquer des contractions utérines (5%). (Figure 3)

## Les connaissances sur les méthodes d'avortement sécurisées étaient limitées



\*Méthodes considérées comme sécurisées par l'OMS  
MISO: Misoprostol, MIFE: Mifépristone

Figure 3 : Méthodes d'avortement provoqué reportées comme pouvant être utilisées dans la communauté (N=146 – plusieurs réponses possibles)

- Parmi toutes les femmes incluses dans l'étude sans données manquantes (N=514), la plupart (67%) ont présenté des complications d'avortement au premier trimestre de grossesse (moins de 13 semaines d'aménorrhée), tandis qu'un tiers (33%) ont présenté des complications au cours du deuxième trimestre de grossesse.
- Près de 50% des femmes ayant participé à l'enquête quantitative sans données manquantes (N=349) ont mis 2 jours ou plus pour accéder aux soins après l'apparition de leur complication. Le délai global entre l'apparition des symptômes et l'arrivée dans l'établissement était significativement plus long chez les femmes souffrant de complications sévères que chez les autres. Dans l'ensemble, le premier délai entre l'apparition des symptômes et la décision de rechercher des soins était significativement plus long que le second délai entre la décision de rechercher des soins et l'arrivée dans l'établissement (10).
- Parmi les femmes qui ont déclaré avoir mis trop de temps à prendre la décision de se faire soigner (N=112) (premier délai), les principales raisons invoquées étaient les suivantes : 1) l'affection n'était pas perçue comme sévère (58%); 2) elles n'avaient pas assez d'argent (31%) et 3) elles avaient des contraintes familiales (28%). Parmi les femmes qui ont déclaré avoir mis trop de temps pour arriver à l'établissement de santé (N=100) (deuxième délai), les raisons invoquées étaient les suivantes: 1) elles se sont rendues dans d'autres établissements de santé avant d'arriver à l'hôpital de Castors (58%), 2) l'hôpital de Castors était trop éloigné (25%), 3) elles n'avaient personne pour les accompagner (13%), 4) elles n'avaient pas assez d'argent (13%) et 5) il y avait un manque de transport disponible (11%).
- De nombreuses femmes (37%) de l'enquête quantitative (N=362) ont déclaré qu'elles utilisaient une contraception au début de leur grossesse. Parmi celles qui n'utilisaient pas de contraception (N=227), elles ont donné plusieurs raisons à leur choix, principalement le désir d'avoir un enfant à ce moment-là (31%), la peur des effets secondaires (30%), les objections de leur mari, partenaire ou autre membre de la famille (13%), ou le manque de connaissances sur la contraception (11%).
- Près de 63% de toutes les femmes souffrant de complications d'avortement sorties guéries sans valeurs manquantes (N=506) ont quitté l'établissement avec une méthode contraceptive moderne : principalement des contraceptifs oraux, des injectables ou des implants. Un peu plus de 1% des femmes ont reçu des préservatifs, et aucune n'a reçu de dispositif intra-utérin (stérilet).



©MSF

# CONCLUSIONS

La sévérité plus élevée des complications d'avortement constatée dans cette étude suggère une incidence élevée des avortements provoqués non-sécurisés et de leurs complications à Bangui, en RCA. Cela suggère aussi que cette sévérité pourrait être similaire parmi d'autres populations fragiles ou touchées par la crise, et qu'il est donc nécessaire de reconnaître l'avortement provoqué non-sécurisé comme un problème de santé grave. Il s'agit de la première étude à utiliser l'approche « near-miss » de l'OMS appliqué à la morbidité d'avortement dans un milieu hospitalier desservant des personnes fortement touchées par des conflits et des déplacements de population qui en résultent. Nos données montrent une plus grande sévérité des complications d'avortement dans cet établissement par rapport aux hôpitaux Africains de contextes stables.

**Les acteurs travaillant dans les contextes fragiles ou affectés par des conflits devraient envisager de mettre en œuvre des approches communautaires pour améliorer la reconnaissance des signes et symptômes de complications d'avortement dans la communauté.** Les femmes avaient en moyenne un premier délai plus long (entre l'apparition des symptômes et leur décision de demander des soins) que le second délai (entre la décision de demander des soins et l'arrivée dans l'établissement de santé adéquat) et une majorité de femmes qui ont attendu plus longtemps pour se décider à demander des soins ont déclaré qu'elles ne percevaient pas que leur état était sévère.

**L'augmentation de la disponibilité des services de soins post-avortement ainsi que l'amélioration des moyens de transport et des mécanismes de référencement pourraient contribuer à réduire les retards dans la recherche de soins et à réduire davantage la morbidité. En outre, le renforcement des connaissances des communautés en matière de santé sexuelle**



***Cette étude montre que les femmes qui ont utilisé des méthodes non-sécurisées pour provoquer un avortement courent un risque 3 fois plus élevé de souffrir de complications très sévères (échappées-belles et décès) et que peu de femmes connaissent les méthodes sécurisées existantes pour provoquer un avortement.***

**et reproductive pourrait leur permettre de défendre leurs propres besoins de soins et, en fin de compte, accroître les demandes d'amélioration de la qualité des soins post-avortement.** Si davantage de services fournissant des soins post-avortement complets étaient disponibles à Bangui et si les femmes étaient plus informées sur les lieux où chercher les soins et sur les traitements pouvant y être délivrés, même pour des questions sensibles ou stigmatisées comme les soins post-avortement, les retards dans la recherche de ces soins se réduiraient probablement ainsi que la gravité des complications qui en découlent. Les femmes qui ont mis plus de temps à atteindre l'établissement de santé adéquat ont déclaré qu'elles se sont d'abord rendues dans d'autres établissements ou que l'établissement de santé fournissant les services de soins post-avortement adéquats était trop éloigné.

Les résultats de cette étude montrent des obstacles à l'accès aux informations et aux services de soins contraceptifs, ainsi qu'une gamme limitée de méthodes disponibles. **L'accès à des services de contraception gratuits offrant un large éventail de méthodes ainsi que l'investissement dans l'amélioration des connaissances de la communauté sur les méthodes contraceptives** peuvent contribuer à réduire les grossesses non désirées.

**Les avortements provoqués et les complications liées aux avortements non-sécurisés doivent être reconnus comme un problème de santé publique important. Ces sujets doivent être abordés ouvertement afin de sensibiliser les citoyens aux dangers**

**des avortements non-sécurisés et à l'existence de méthodes plus sécurisées. Ces nouvelles preuves montrant que ces complications d'avortement représentent un important problème de santé publique, peuvent orienter et soutenir la réforme et la mise en œuvre de la loi sur l'avortement.**

Cette étude montre que les femmes qui ont utilisé des méthodes non-sécurisées pour provoquer un avortement courent un risque 3 fois plus élevé de souffrir de complications très sévères (échappées-belles et décès) et que peu de femmes connaissent les méthodes sécurisées existantes pour provoquer un avortement. Actuellement, en RCA, l'accès à un avortement provoqué sécurisé est limité et n'est légal que lorsqu'il est pratiqué par un médecin et jusqu'à huit semaines de gestation si la santé de la femme est en danger, en cas de malformation fœtale, en cas d'inceste ou de viol, ou pour les mineures dans un "état de détresse grave". Les complications liées à l'avortement consomment une part importante des ressources humaines et financières du système de santé alors que ces complications pourraient être évitées si les femmes avaient pu accéder à des soins d'avortement sécurisés. À l'heure actuelle, le gouvernement de la RCA a signé le Protocole de Maputo et a commencé le processus de ratification qui est toujours en cours. L'application de ce Protocole pourrait renforcer les "droits reproductifs des femmes en autorisant l'avortement provoqué sécurisé (médicalisé) en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste, et lorsque la poursuite de la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus".

**La sévérité et l'importance des complications d'avortement constituent un lourd fardeau dans cette maternité. Un meilleur accès à des services de contraception de qualité, à des soins d'avortement provoqués sécurisés et à des soins post-avortement complets et de qualité, ainsi que des efforts pour les rendre réellement accessibles, sont nécessaires de toute urgence dans cette ville affectée par des conflits.**

# RÉFÉRENCES:

---

1. Roth GA, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, 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* [Internet]. 2018 Nov 10 [cited 2020 Sep 23];392(10159):1736–88. Available from: <https://vizhub.health>
2. Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE, et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet* [Internet]. 2006 Nov 25 [cited 2020 Jul 13];368(October):1908–19. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17126724/>
3. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank, UNDP. Trends in maternal mortality 2000 to 2017. [Internet]. Geneva: World Health Organisation; 2019.
4. Ministère de la sante de République Centrafricaine, 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.
5. Fund For Peace. Fragile State Index Annual Report 2020. Geneva: Fund for Peace; 2020.
6. Kim CR, Tunçalp Ö, Ganatra B, Gülmezoglu AM. WHO Multi-Country Survey on Abortion-related Morbidity and Mortality in Health Facilities: study protocol. *BMJ Glob Heal* [Internet]. 2016;1(3):e000113. Available from: <http://gh.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjgh-2016-000113>
7. Qureshi Z, Mehrtash H, Kouanda S, Griffin S, Filippi V, Govule P, et al. Understanding abortion-related complications in health facilities: results from WHO multicountry survey on abortion (MCS-A) across 11 sub-Saharan African countries. *BMJ Glob Heal* [Internet]. 2021 Jan 29 [cited 2021 Feb 1];6(1):e003702.
8. World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. WHO. Geneva: World Health Organization; 2011.
9. Ganatra B, Gerds C, Rossier C, Johnson BR, Tunçalp Ö, Assifi A, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*. 2017;390(10110):2372–81.
10. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: Maternal mortality in context. 1994 Apr 1 [cited 2018 Jun 26];38(8):1091–110. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8042057/>





Citation suggérée: **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. Feters, 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

Contact: [estelle.pasquier@epicentre.msf.org](mailto:estelle.pasquier@epicentre.msf.org)

**NIHR** | National Institute  
for Health Research

**r2hc** Research for health  
in humanitarian crises | **elrha**

  
**UKaid**  
from the British people

**W**  
wellcome