REPUBLIQUE DU BENIN
****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
****
UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI
****
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE

Année : 2022 **N°2526**

DISPONIBILITE, CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES SOINS COMPLETS D'AVORTEMENT DANS CINQ MATERNITES DE COTONOU EN 2021

THESE
Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE
DIPLÔME D'ETAT
Par
Frangilo Justino GONÇALVES
Né le 24 mai 1998 à Porto-Novo (BENIN)

Directeur de thèse et Président du jury
Pr Benjamin HOUNKPATIN

Co-directeurs de thèse
MCA Mathieu OGOUDJOBI
Dr Arnette FIOGBE

Membres du jury
MCA Mathieu OGOUDJOBI
MCA Géraud PADONOU

Année académique 2021-2022

Liste des enseignants

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N°1200 /2022/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/CSRH/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

NOVEMBRE 2022

LE DOYEN

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Maître de Conférences Agrégé VODOUHE Ulrich Bidossèssi

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé GANFON Medessou Yowel Habib

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle

Année : 2022-2023 (version novembre 2022)

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr HOUINATO Dismand Stéphan	Neurologie
2.	Dr ADJIBABI Wassi	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi	Chirurgie Viscérale
4.	Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
5.	Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
6.	Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi.	Biophysique, Médecine Nucléaire
7.	Dr FIOGBE Michel Armand	Chirurgie Pédiatrique
8.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
9.	Dr KPADONOU Toussaint Godonou	Médecine Physique – Réadaptation
10.	Dr SOUNOUVOU Ignace	Ophtalmologie
11.	Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
12.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette	Ophtalmologie
13.	Dr ZOUMENOU Eugène	Anesthésie-Réanimation
14.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
15.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
16.	Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
17.	Dr AFFOLABI Dissou	Bactériologie-Virologie
18.	Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules	Pédiatrie et Génétique Médicale
19.	Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix	Dermatologie- Vénérologie
20.	Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin	Physiologie
21.	Dr FIOSSI KPADONOU Emilie	Pédopsychiatrie
22.	Dr TONATO BAGNAN Josiane Angéline A.	Gynécologie-Obstétrique
23.	Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
24.	Dr OGOUYEMI HOUNTO Aurore Bertille.	Parasitologie
25.	Dr SAGBO Gratien	Pédiatrie
26.	Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
27.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
28.	ALAMOU Soulé	Ophtalmologie
29.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache	Pharmacologie Clinique
30.	Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
31.	Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
32.	Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
33.	Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin	Gynécologie Obstétrique
34.	Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

35.	Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
36.	Dr YEKPE AHOUANSOU Hermione Patricia Frida..	Imagerie Médicale
37.	Dr AGUEMON Badirou Din	Santé Publique
38.	Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
39.	Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
40.	Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
41.	Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
42.	Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
43.	Dr LALYA Francis Honorat	Pédiatrie et Génétique Médicale
44.	Dr VIGAN Jacques	Néphrologie

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

1.	Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
2.	Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3.	Dr LAWSON AFOUDA Sonia	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
4.	Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande	Parasitologie-Mycologie
5.	Dr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie
6.	Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
7.	Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
8.	Dr BAGNAN TOSSA Léhila	Pédiatrie et Génétique Médicale
9.	Dr GANFON M. Yowel Habib	Pharmacognosie
10.	Dr KEREKOU Annelie Célestine	Endocrinologie
11.	Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
12.	Dr WANVOEGBE Armand	Médecine Interne
13.	Dr CODJO Houétondji Léopold	Cardiologie
14.	Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
15.	Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukè	Ophtalmologie
16.	Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys	Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale
17.	Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Reanimation
18.	Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice	Dermatologie-Vénérologie
19.	Dr ALIHONOU Florence Nathalie Yacoba	Pédiatrie et Génétique Médicale
20.	Dr ANAGONOU Lary Lucrèce	Pédopsychiatrie
21.	Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles	Chirurgie Générale
22.	Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
23.	Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale

24. Dr BOGNON Gilles Modeste Alain.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
25. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
26. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
27. Dr GNANGNON Freddy Houehanou R.....	Cancérologie Chirurgicale
28. Dr HODONOU Dètondji Fred Jean-Martin...	Urologie-Andrologie
29. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
30. Dr KLIKPO Elvire	Psychiatrie Adulte
31. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
32. Dr LAWANI Ismaïla.....	Chirurgie Viscérale
33. Dr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle	Médecine du Travail
34. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
35. Dr PADONOU Abiodoun Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
36. Dr PADONOU Caroline Sourou Clémence.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
37. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique
38. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie et Cytologie Pathologique
39. Dr SONOU Djidjòho Joël Arnaud.....	Cardiologie
40. Dr TOGNIFODE Medesse Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
41. Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
42. Dr YEVI Dodji Magloire Inès.....	Urologie Andrologie
43. Dr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A.....	Cardiologie

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

MAITRES ASSISTANTS

1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3. Dr DJOSSOU Médéssè David.....	Odontologie Pédiatrique
4. Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou	Pédiatrie et Génétique Médicale
5. Dr AMOSSOU Labissi François.....	Traumatologie-Orthopédie
6. Dr BADOU Agnès Oladun Sylvie.....	Sociologie et Anthropologie sociale
7. Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
8. Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose...	Gynécologie-Obstétrique
9. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis.....	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
10. Dr ADJOBIMEY Mênonli.....	Santé au Travail
11. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A.....	Chirurgie Buccale
12. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
13. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane.....	Anesthésie-Réanimation

14. Dr AÏGBE Nestor.....	Ophtalmologie
15. Dr DANGBEMEY Djima Patrice.....	Gynécologie-Odstrétique
16. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis.....	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
17. Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle	Cardiologie
18. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
19. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle.....	Nutrition
20. AGBOKPONTO Janvier Engelbert.....	Chimie Analytique
21. Dr ASSANHOU Assogba Gabin.....	Pharmacie Galénique
22. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard.....	Psychiatrie
23. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana.....	Hématologie Biologie
24. Dr GOUKODADJA Oswald.....	Traumatologie Orthopédie
25. Dr SOSSA Jean	Urologie

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

ASSISTANTS

1. Dr VIGNON Cyprien Kossi.....	Chirurgie Générale
2. Dr LANKPEKO AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
4. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
5. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
6. Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué	Pédiatrie
7. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles.....	Biophysique
8. Dr DADJO Kinski Aumar.....	Traumatologie Orthopédie
9. Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin.....	Neurologie

Le Doyen,

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO

Dédicaces

Je dédie ce travail :

- **À Dieu le Père Tout Puissant**

Rien de tout ceci n'aurait été possible sans ta volonté. C'est toi qui as semé en moi ce rêve depuis l'enfance. C'est toi qui m'as donné la force d'y croire et le courage de ne jamais l'abandonner. C'est toi qui as su écrire droit avec des lignes courbes. Tu m'as donné la santé et la motivation pour y arriver. Tu as donné à mes parents les moyens pour pouvoir m'accompagner. Au terme de cette expérience qui s'achève, j'ai le cœur tout heureux pour les nombreuses grâces dont j'ai bénéficié tout le long de ce cursus. A présent, je voudrais mettre entre tes mains ma carrière et les défis du futur. Que ta faveur ne cesse de m'accompagner ! Je n'oublierai pas de mettre sous ton onction la vie de toutes les personnes que tu mets sur mon chemin en particulier ma famille, mes amis, mes collègues et mes patients. Bénis-les et que ton nom soit glorifié !

- **À mon père François Eugène GONÇALVES**

Papa, je te suis reconnaissant d'avoir toujours cru en moi. Tu m'as toujours poussé à donner le meilleur que ce soit dans la vie académique que celle sociale. Je tiens à honorer ici l'homme que tu es et le modèle que tu représentes pour moi. Un homme intègre, digne et responsable. Tu as toujours fait de mes études une grande priorité et tu as su me transférer l'amour du travail bien fait. Tu m'as également montré la voie de la polyvalence en m'orientant vers d'autres activités extrascolaires. Tu as toujours voulu que j'atteigne les sommets que tu n'as pu atteindre et pour cela, tu t'es fortement investi pour que mon rêve soit aujourd'hui une réalité. Malgré qu'après mon baccalauréat, je n'étais pas retenu boursier à la faculté, tu as tenu à ce que je fasse ce dont j'ai toujours rêvé malgré le coût que cela impliquait. Tu ne t'es jamais plaint des moyens devant moi et je me pose parfois la question de savoir comment tu arrivais à tout gérer. Je ne saurais te remercier pour les sacrifices indescriptibles que tu as sûrement consentis jusque-là pour moi. La réussite dans ce parcours, je te le dois en partie. Que l'Eternel te récompense et t'accorde longue vie avec une excellente santé afin que tu puisses jouir du fruit de ton investissement.

- **À ma mère Germaine AIZANNON**

Maman, je te suis reconnaissant d'être la première à avoir cru en mon rêve de médecin. En des moments, je me surprends à me demander si c'était ton rêve ou le mien. Tu m'as toujours soutenu dans mes choix et tu as toujours cru en moi. Tu n'as pas eu besoin d'avoir un doctorat en santé pour bien prendre soin de moi. Tu n'as pas non plus eu besoin d'un doctorat en enseignement pour me maintenir éveillé tôt les matins afin que je lise mes cours. Je me rappelle encore de tes astuces pour la règle des signes quand j'étais en classe de quatrième et des séances de dictée les week-ends à la maison. C'était si

agréable d'étudier avec toi. Aussi, tu ne cesses de te montrer présente chaque fois que le besoin se fait sentir. Ce que je peux clamer haut et fort, c'est que tu as un doctorat en amour maman. Tu m'as donné le goût du service et de l'attention. Je prie Dieu qu'il t'accorde de nombreuses années avec une santé de fer afin que tu puisses profiter de cet amour que tu m'as tant perfusé et que tu puisses le perfuser aussi à tes futurs petits-enfants.

- **À ma sœur Branda et à mon beau-frère Ulysse**

Branda, de là où tu es actuellement, je sais que tu peux être fière car ton frère a également décroché son doctorat. Je sais également que tu aurais voulu vivre ce moment en direct mais les circonstances en ont voulu autrement. En tant que grande sœur, je peux t'avouer que tu es un bel exemple pour moi et que ta perspicacité et ta résilience me sidèrent. Je suis fier de la grande femme que tu es déjà et de celle que tu seras d'ici-là. Je suis fortement convaincu que tu atteindras encore de plus grands sommets. Je me réjouis du chemin que tu as choisi et je prie Dieu qu'il te guide et t'assiste dans chacun de tes projets.

Ulysse, tu sais tout le bien que je pense de toi. Tu es une très belle personne agréable à vivre et je suis reconnaissant pour ton soutien et ton encouragement. Que Dieu t'accorde une parfaite santé et une épanouissante vie !

- **À ma tendre bien-aimée Celbelle DJONNON DJATO**

Celbelle, je voudrais avant toute chose remercier Dieu et tes parents pour ta vie. Tu es une femme extraordinaire et tu ne cesses de me le prouver depuis que nous avons eu la chance de nous rencontrer il y a quelques années de cela. Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour que je te porte. Je reconnais en toi une femme bien éduquée, attentionnée et très ambitieuse. Je prie Dieu de

bénir notre rapprochement afin qu'il devienne union et que nous réalisions ensemble nos rêves les plus fous.

- **À ma chère tante Honorine KEOUDA**

Tu as toujours été comme une mère pour moi. Habiter chez toi, c'est comme habiter à la maison. Pour toute l'affection et l'encouragement, je te remercie. C'est sur le portail de ta maison que j'ai dessiné mon plus beau schéma d'anatomie. Que Dieu te donne une longue vie avec une robuste santé !

- **A mon cher oncle Willibrod GONÇALVES**

Pour toutes ces fois où vous avez toujours répondu à mes sollicitations, je vous en suis fortement reconnaissant. Votre sérénité et votre savoir-être m'ont toujours sidéré. Merci pour toute l'affection que vous me portez. Dieu vous accorde une longue vie avec une parfaite santé. Sincère gratitude !

- **A vous cher Hervé GOUYIDJI,**

De simples mots de dédicaces ne sauraient traduire toute ma reconnaissance pour votre soutien et votre accompagnement précieux. Recevez par cette dédicace un symbole de toute mon estime.

- **À mes cousins et cousines**

Une dédicace spéciale à Sacha, Enoch, Armandine, Florencia, Alvina, Roy, Cédric, Yaël, Collinette, Rodolpho, Geovanni et Colombe.

Merci pour vos encouragements, votre précieux soutien et les agréables moments de détente qui participent au bon équilibre psychique.

Remerciements

- **À notre Maître et Directeur de thèse, le Professeur Benjamin HOUNKPATIN**

Merci à vous cher Maître d'avoir accepté conduire notre travail malgré vos nombreuses charges ministérielles et votre emploi du temps très chargé. Nous sommes profondément reconnaissant d'avoir effectué ce travail scientifique sous votre direction. Soyez béni !

- **À notre codirecteur, le Docteur Mathieu OGOUDJOBI**

Mes sincères remerciements cher Maître d'avoir cru en nous depuis le début et accepté codiriger ce travail. Malgré votre préparation pour le concours d'agrégation, vous avez su dégager le temps qu'il faut pour nous accompagner dans ce travail. C'est le lieu pour nous de vous présenter toutes nos félicitations pour votre brillante réussite. Merci pour tout ce que vous nous avez appris durant cette expérience. Profonde reconnaissance !

- **À notre codirectrice, le Docteur Arnette FIOGBE**

Nous vous remercions énormément pour le temps accordé pour codiriger ce travail malgré vos diverses obligations. Votre contribution énergique a été un socle pour l'amélioration de ce travail. Infiniment merci !

- **Au Collège National des Gynécologues Obstétriciens du Bénin, à travers le Projet de Plaidoyer pour l'Avortement Sécurisé**

Profonde gratitude d'avoir accepté que je sois le bénéficiaire de votre appui pour la réalisation de ce travail scientifique. Sincères remerciements !

- **À mes amis de longue date, Bill de-SOUZA, Carrel AKPATA, Mariano KOUNOU, Peace VODONNOU, Larissa HOUESSOU et Mohamed BOUSSARI,**

De si agréables souvenirs me reviennent quand je pense aux moments de qualité vécus ensemble. Veuillez trouver ici l'assurance de mon estime !

- **À mes amis devenus famille**

François AKOTEGNON, Razak ANDEMI, Mystère DJENONTIN, Cédric DOSSOU, Lysias AZONHAÏ, Emile HOUNKONNOU, Maurice DANGBEGNON, Fadel AGORO, Caleb GBAGUIDI, Fréjus ALAMOU, Josias HADJETE, nous avons su former une grande famille dans laquelle la solidarité et l'intégrité sont maîtres. Ensemble depuis nos débuts à la faculté, nous avons pu réaliser plusieurs prouesses et je suis fier d'avoir parcouru ce chemin à vos côtés. Vous êtes les amis que l'on peut souhaiter à ceux qu'on aime. Je vous souhaite une riche vie familiale et professionnelle. Puisse notre union perdurer et que nous puissions impacter positivement notre génération et contribuer significativement au développement du système sanitaire de notre pays le Bénin.

- **À mes amis Robert AMOUSSOU, Davy FANOU TOSSE, Dior LANVEDOU, Moïse ASSOHOUI**

Les grands tenants du groupe ‘‘Osons ensemble’’ devenus frères par alliance, je suis fier de votre dynamisme et je suis certain qu'il vous conduira aussi loin que vous le souhaitiez. Nous nous sommes davantage rapprochés ces dernières années et je peux témoigner qu'il y a du bonheur à vous côtoyer. Radieuse carrière mes chers !

- **À mes amis Volontaires du Centre de Traitement des Epidémies d'Allada**

A une période où la santé était devenue fragile du fait de la pandémie au coronavirus, vous n'avez pas hésité à apporter votre pierre précieuse à l'édifice en acceptant cette mission de volontaire à la riposte nationale. Ensemble, nous

avions passé des moments mémorables. J'ai côtoyé des agents de santé responsables et très dévoués. Depuis le rythme imprimé par notre cher Coordonnateur, le **Dr Rodrigue GLELE** en passant par le soutien du Directeur National des Hôpitaux, le **Dr Ange DOSSOU** sous le leadership de son Excellence le Ministre de la Santé, le **Professeur Benjamin HOUNKPATIN**, chacun de vous a su effectuer un travail de qualité pour donner le meilleur à nos patients. Je voudrais ici vous remercier et je prie pour que Dieu donne une excellente santé à chacun de vous ainsi qu'à vos familles respectives.

- **À mes jeunes collègues**

Faaiz, Nelly, Gilles, Sheriff et **Halima**, je vous remercie énormément pour votre aide dans l'accomplissement de ce travail scientifique surtout lors de la collecte de données sur le terrain. Votre temps et votre investissement m'ont été précieux. Sincère gratitude ! A très bientôt pour votre tour !

- **A mon groupe de stage, la Solidarity 3.0 de la team 43**

Hykmath AGBANRIN, Esther CONTAYON, Yasmine LASSISSI, Jade EWONO, Roxanne BATOSSI, Ella CODO, Corel GANGBO, Lamine ASSOUMA, Césaire KOUKPONOU, Orphé KITCHEY, Tarick AKINOTCHO, Flaubert AÏSSI, Eustache YOVO, Gérard SEMASSA, Gérard YABANA, Sylvers AWOUVOEDO, Bertrand ADJALLA et Romuald ASSOCLE, j'ai connu en vous des personnes formidables. Je vous souhaite le bonheur pur. Belle vie familiale et professionnelle à vous !

- **À la team 43**

Ce fut un véritable plaisir d'avoir été l'un de vôtres. Vous savez toute mon affection pour vous. Belle suite de carrière mes chers !

- **À mon groupe de stage, le Telos 335 de la team 44**

Eniola ENIOLORUNDA, Pérez KPADONOU, Dédisse MEVI, Régis PADONOU, Miness DAGBETO, Floriane FALY, Odélia GANSE, Alain SOTOGNON, Maurel LALEYE, Marius ZOKPODO, Eudoxie AFFEDJOU, Ariane HOUNKANRIN, Joan AFFOGNON, Romario ATIHOU, Mathias AVOCE, Faridath MOUNIROU, Fréjus ALAMOU, Ramziath MAMA, Nawalia DJIBRIL, Chancelle LOKOSSOU et Merleen GOUNADON, bien qu'ayant juste eu une seule année à passer avec vous, vous m'aviez témoigné beaucoup d'amour et de proximité. Je ne me suis guère ennuyé avec vous. On n'oubliera pas de sitôt la sonnerie du portable de Dr Z ni le jeu du loup garou à la sortie post-internat. Brillante carrière mes chers !

- **À mes amies Lucette AHOUANGAN, Paloma MEDENOU, Jouwaïrath RAOUFOU, Zaharath SOUMANOU et notre présidente Tibéria OKE,**

Chacune de vous a quelque chose de spécial en plus. Que Dieu vous protège !

- **À mon épidémiologiste Carrel GANDEGBAGNI,**

Ce travail est aussi le tien. Merci pour l'excellente collaboration**.**

- **À mes amis et collègues écrivains et écrivaines,**

Pour cette passion commune qui nous lie, recevez mon attachement.

- **À tous les agents de santé qui ont participé à notre enquête**

Merci pour votre contribution à ce travail.

- **À tous ceux qui nous ont soutenu tout au long de ce parcours**

Merci infiniment !

Hommages

Je rends hommage :

À nos Maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou, merci pour la formation de qualité reçue tout au long de notre formation. Merci pour vos efforts quotidiens à l'endroit des étudiants et des malades.

Hommages respectueux.

À notre Maître et Directeur de thèse, Professeur Titulaire Benjamin HOUNKPATIN

Cher Maître,

Nous vous sommes très reconnaissant d'avoir accepté et ce, malgré vos innombrables tâches de diriger cette thèse. Cela nous impressionne beaucoup et nous vous disons un sincère merci. Vos qualités, vos valeurs humaines et votre leadership vous précèdent. C'est inévitablement l'une des raisons pour lesquelles vous avez pu accéder à la tête du ministère de la santé de notre pays où vous effectuez un travail remarquable. Votre amour du travail bien fait, votre rigueur scientifique et votre dévouement à la cause humaine sont des qualités qui nous ont poussé à nous rapprocher de vous pour ce travail. Nous avons été heureux d'avoir appris de vous.

Veuillez trouver ici, cher maître, l'expression de toute notre gratitude.

Hommages respectueux.

À notre maître et Président du Jury,

Cher maître,

C'est un immense honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Vos conseils et recommandations nous aideront à le parfaire. Veuillez trouver ici, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

Hommages respectueux.

À nos maîtres et honorables Membres du Jury,

Chers maîtres,

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites de siéger dans ce jury pour apporter vos jugements sur ce travail et nous vous en remercions. Toutes vos recommandations pour l'amélioration de ce travail seront les bienvenues. Veuillez accepter l'expression de notre profonde gratitude.

Hommages respectueux.

Liste des sigles et abréviations

±	: Plus ou moins
%	: Pour cent
cm	: Centimètre
AEIU	: Aspiration électrique intra-utérine
AMIU	: Aspiration Manuelle Intra Utérine
AP	: Avortement Provoqué
AS	: Avortement Spontané
CAP	: Connaissances, Attitudes et Pratiques
CHU	: Centre Hospitalier et Universitaire
CHU-MEL	: Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune
CS	: Centre de santé
GS/RH	: Groupage Sanguin/Rhésus
hCG	: Human Chorionic Gonadotropin
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
IM	: Intramusculaire
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
IVG	: Interruption Volontaire de Grossesse
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PEC	: Prise en charge
PF	: Planification Familiale
PTME	: Prévention de la Transmission Mère Enfant
SA	: Semaine d'Aménorrhée
SAA	: Soins Après Avortement

SAT : Sérum antitétanique

SCA : Soins Complets d'Avortement

SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

VAT : Vaccination antitétanique

VB : Voie buccale

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VO : Voie orale

VSL : Voie sublinguale

VV : Voie vaginale

Liste des tableaux

Tableau I	**:**	Signes cliniques et paracliniques des avortements	14
Tableau II	**:**	Recommandations pour un avortement provoqué médicamenteux	20
Tableau III	**:**	Recommandations sur l'utilisation du misoprostol dans l'avortement incomplet	33
Tableau IV	**:**	Zones sanitaires de la ville de Cotonou	42
Tableau V	**:**	Répartition des agents de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction de la tranche d'âge, du sexe et de la religion	55
Tableau VI	**:**	Répartition des agents de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction de la situation matrimoniale et de la catégorie socio-professionnelle	56
Tableau VII	**:**	Répartition des agents de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction du nombre d'années d'expérience professionnelle, de pratique des soins d'avortement et du suivi d'une formation sur les soins après avortement	57
Tableau VIII	**:**	Répartition des agents de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction du type d'établissement d'exercice	57
Tableau IX	**:**	Répartition des établissements de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction de la disponibilité des ressources humaines	58
Tableau X	**:**	Répartition des établissements de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction de la disponibilité des ressources humaines (suite)	59
Tableau XI	**:**	Répartition des établissements de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction de la disponibilité des équipements, matériels et infrastructures	60
Tableau XII	**:**	Répartition des établissements de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction de la disponibilité des	61

médicaments et produits sanitaires pour les soins complets d'avortement

Tableau XIII : Répartition des établissements de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction de la disponibilité d'un partenariat avec la communauté 62

Tableau XIV : Répartition des agents de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction des connaissances générales sur l'avortement 63

Tableau XV : Répartition des agents de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction des connaissances des composantes des SCA 64

Tableau XVI : Répartition des agents de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction des méthodes d'évacuation utérine connues 65

Tableau XVII : Répartition des agents de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction de la connaissance du cadre légal béninois sur l'avortement 66

Tableau XVIII : Répartition du niveau de connaissance des agents enquêtés en 2021 en fonction des données sociodémographiques et professionnelles 68

Tableau XIX : Répartition des agents de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction de leur jugement de l'efficacité et de la pertinence des SCA 69

Tableau XX : Répartition des agents de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction du choix des méthodes d'évacuation utérine 70

Tableau XXI: : Répartition des agents de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction des soins nécessaires dans la prise en charge des avortements 71

Tableau XXII	**:**	Répartition des agents de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction de leurs ressentis et attitudes face aux avortements	72
Tableau XXIII	**:**	Répartition des attitudes des agents enquêtés en 2021 en fonction des données sociodémographiques et professionnelles	74
Tableau XXIV	**:**	Répartition des patientes enquêtées à Cotonou en 2021 en fonction de leur gestité et de leur parité	80
Tableau XXV	**:**	Répartition des patientes enquêtées à Cotonou en 2021 en fonction de leur dernier accouchement et des antécédents de fausse couche	81
Tableau XXVI	**:**	Répartition de patientes enquêtées à Cotonou en 2021 en fonction de la réalisation d'un examen physique initial et des examens paracliniques	83
Tableau XXVII	**:**	Répartition de patientes enquêtées à Cotonou en 2021 en fonction du diagnostic retenu et des complications de l'avortement	84
Tableau XXVIII	**:**	Répartition des patientes enquêtées à Cotonou en 2021 en fonction des autres soins et de l'évolution	87
Tableau XXIX	**:**	Répartition des pratiques des SCA par les agents enquêtés en 2021 en fonction des données sociodémographiques et professionnelles	89

Liste des figures

Figure 1	**:**	Vue postérieure des organes génitaux internes féminins	7
Figure 2	**:**	Première semaine du développement de l'œuf humain	9
Figure 3	**:**	Deuxième semaine du développement de l'œuf humain	10
Figure 4	**:**	Période embryonnaire précoce	11
Figure 5	**:**	Période embryonnaire tardive	12
Figure 6	**:**	Période fœtale	13
Figure 7	**:**	Cadre de prise en charge des SCA centrés sur la femme	18
Figure 8	**:**	Seringue pour AMIU	22
Figure 9	**:**	Seringue double valve et canules	23
Figure 10	**:**	Technique d'AMIU	26
Figure 11	**:**	Système d'aspiration électrique intra-utérine	28
Figure 12	**:**	Matériel pour dilatation et évacuation	29
Figure 13	**:**	Bloc paracervical	30
Figure 14	**:**	Evacuation utérine par aspiration et forceps	31
Figure 15	**:**	Répartition des agents de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction de leur niveau de connaissance des SCA (N=56)	67
Figure 16	**:**	Répartition des agents de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction de leur type d'attitude vis-à-vis des SCA (N=56)	73
Figure 17	**:**	Répartition des patientes enquêtées à Cotonou en 2021 en fonction de leur âge (N=50)	75
Figure 18	**:**	Répartition des patientes enquêtées à Cotonou en 2021 en fonction de leur situation matrimoniale (N=50)	76
Figure 19	**:**	Répartition des patientes enquêtées à Cotonou en 2021 en fonction de leur profession (N=50)	77
Figure 20	**:**	Répartition des patientes enquêtées à Cotonou en 2021 en fonction de l'âge des procréateurs de la grossesse (N=50)	78

Figure 21 : Répartition des patientes enquêtées à Cotonou en 2021 en fonction de la profession des procréateurs de la grossesse (N=50) 79

Figure 22 : Répartition des patientes enquêtées à Cotonou en 2021 en fonction de leurs antécédents médicaux (N=50) 82

Figure 23 : Répartition des patientes enquêtées à Cotonou en 2021 en fonction de leurs antécédents médicaux (N=50) 82

Figure 24 : Répartition des patientes enquêtées à Cotonou en 2021 en fonction de la prise en charge effectuée pour l'évacuation utérine (N=50) 85

Figure 25 : Répartition des patientes enquêtées à Cotonou en 2021 en fonction du traitement associé à l'évacuation utérine (N=50) 86

Figure 26 : Répartition des agents de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction de leur pratique des SCA (N=50) 88

Figure 27 : Répartition des agents de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction de leur score CAP sur les soins complets d'avortement (N=56) 90

PAR DELIBERATION, LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE DE COTONOU A ARRÊTE QUE LES OPINIONS EMISES DANS CETTE THESE N'ENGAGENT QUE SON AUTEUR

Sommaire

INTRODUCTION 1

1- GENERALITES 4

2- CADRE ET METHODE D'ETUDE 41

3- RESULTATS 53

4- DISCUSSION 91

CONCLUSION ET SUGGESTIONS 101

REFERENCES 106

ANNEXES A

TABLE DES MATIERES B

Introduction

La santé sexuelle et reproductive est fondamentale pour les individus, les couples et les familles, ainsi que pour le développement social et économique des communautés et nations **[1]**. C'est pourquoi partout dans le monde, l'avortement, en particulier celui provoqué est un sujet qui interpelle les agents de santé et la population civile. Il se décline de manière différente selon les époques et les contextes politiques, sociaux et culturels **[2]**. Chaque année, environs 73 millions d'avortements provoqués ont lieu dans le monde **[3]**. Parmi eux, plus du tiers sont à risque, c'est-à-dire pratiqués par des personnes non compétentes et/ou dans un environnement non adapté. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que les pays en développement supportent la plus forte charge de l'ensemble des avortements non sécurisés. En Afrique, plus de 8 millions d'avortements ont lieu chaque année dont 3 sur 4 dans des conditions non sécurisées **[4]**. L'Afrique de l'Ouest en dénombre plus de 2 millions par année dont 85% sont non sécurisés **[4]**. Les avortements non sécurisés ont le plus souvent lieu dans les pays ayant des lois restrictives interdisant cette procédure ou ne l'autorisant que dans certains cas **[5]**. Ces restrictions en matière d'accès à l'avortement ne permettent donc pas de réduire le nombre d'avortements mais ont une incidence non négligeable sur la qualité des avortements (sécurisés ou non). Au Bénin, les obstacles à l'avortement sécurisé sont d'une portée considérable et incluent entre autres les restrictions légales, la stigmatisation de l'avortement, la position des professionnels de la santé par rapport à l'avortement, le manque d'informations relatives à l'avortement et l'environnement de l'offre des soins **[6]**. Cette situation est responsable d'une morbidité et d'une mortalité maternelles importantes.

Dans les régions développées, l'OMS estime que pour 100000 avortements à risque, 30 femmes meurent. Ce nombre va jusqu'à 220 décès pour 100000 avortements dans les pays en voie de développement et atteint 520 en Afrique subsaharienne **[3]**. Le Bénin déplore chaque année environs 200 décès dus aux avortements, soit 13% de sa mortalité maternelle **[7]**. Conscient de cela et conformément à l'Objectif de Développement Durable n°3 fixé depuis 2015

visant à obtenir un taux mondial de mortalité maternelle en dessous de 70 pour 100000 naissances vivantes, le Bénin a adopté plusieurs mesures en vue de la mise en œuvre des soins après avortement (SAA), partie intégrante des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU). Malheureusement, malgré cette initiative, le nombre de femmes perdant la vie du fait des complications d'un avortement au Bénin tardait à baisser. Un concept évolué a donc été adopté : il s'agit des **soins complets d'avortement (SCA)**. Ils sont inscrits sur la liste des prestations de santé essentielles publiée par l'OMS en 2020 **[3]**.

Vu l'inexistence de données concernant leur mise en œuvre effective au Bénin, nous nous proposons d'investiguer les soins complets d'avortement à travers le sujet de recherche intitulé : **<<Disponibilité, connaissances, attitudes et pratiques des soins complets d'avortement dans cinq maternités de Cotonou en 2021 >>.**

OBJECTIFS

- **Objectif général**

Analyser la situation des soins complets d'avortement dans cinq maternités de Cotonou.

- **Objectifs spécifiques**

  - Répertorier la disponibilité du matériel, des ressources humaines et les services offerts pour les SCA ;
  - Mesurer le niveau de connaissances des SCA chez les prestataires de santé ;
  - Identifier les attitudes des prestataires de santé vis-à-vis des SCA ;
  - Décrire les pratiques de mise en œuvre des SCA.

1. Généralités

1.1 Définition des concepts

- ***Avortement :*** expulsion du produit de conception avant le 180ème jour de la grossesse, soit 6 mois, date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé pouvoir continuer à vivre et se développer **[8]**. Cette limite a été ramenée à 22 semaines d'aménorrhée (SA) ou à un poids fœtal de moins de 500g selon l'OMS **[3]**.

- ***Avortement sécurisé :*** interruption de grossesse pratiquée selon une méthode recommandée par l'OMS, adaptée à la durée de la grossesse et quand la personne pratiquant l'avortement a les compétences nécessaires **[3]**.

- ***Avortement à risque :*** interruption de grossesse pratiquée soit par une personne qui n'a pas de compétences/d'informations nécessaires ou dans un environnement où les normes minimales médicales ne sont pas appliquées, ou les deux **[3]**.

- ***Avortement à répétition :*** Survenue de trois avortements spontanés successifs chez une femme n'ayant pas changé de partenaire **[3]**.

- ***Soins complets d'avortement*** : ensemble des soins comprenant la fourniture d'informations, la prise en charge de l'avortement et les soins après avortement. Ils englobent les soins liés à une fausse couche, à l'avortement provoqué, à l'évacuation incomplète ainsi qu'à la mort fœtale intra-utérine **[4]**.

- ***Soins après avortement (SAA) :*** approche stratégique de prise en charge des complications des avortements spontanés ou provoqués en vue de réduire la morbidité et d'éviter la mortalité maternelle **[9]**.

1.2 Classification des avortements

- ***Selon le mode de survenue :***

- ***L'avortement spontané ou fausse couche spontanée :*** expulsion sans intervention extérieure d'une grossesse avant qu'elle ait atteint l'âge de la viabilité fœtale, soit actuellement pour l'OMS moins de 22 SA ou si le fœtus pèse moins de 500 g **[10]**.

- ***L'avortement provoqué :*** expulsion qui survient à la suite de manœuvres ou entreprises quelconques destinées à interrompre la grossesse **[10]**.

  Il peut s'agir de :

  - ***L'avortement provoqué thérapeutique :*** avortement médical provoqué dans le but de soustraire la mère du danger que la grossesse est censée lui faire courir **[8].**

  - ***L'avortement provoqué eugénique :*** est celui destiné à expulser un fœtus reconnu porteur d'une tare génétique, héréditaire ou congénitale ou suspect de l'être **[8]**.

  - ***L'avortement provoqué sans raison médicale :*** lorsque la loi l'autorise, il s'agit d'une interruption volontaire de grossesse (IVG) ; lorsqu'il est illégal, on parle d'avortement clandestin.

➢ ***Selon le délai de survenue :***

- ***L'avortement précoce :*** s'il apparait ou est réalisé avant 14^{e} SA **[10]**.

- ***L'avortement tardif :*** s'il apparait ou est réalisé après la 14^{e} SA **[10]**.

➢ ***Selon la méthode d'avortement :***

- ***Avortement médicamenteux :*** interruption de la grossesse par utilisation des médicaments **[11]**.

- ***Avortement chirurgical :*** interruption de la grossesse par des procédures transcervicales dont l'aspiration ; la dilatation et l'évacuation par aspiration **[11]**.

1.3 Rappels anatomique et physiologique

1.3.1 Rappel anatomique

L'utérus est un organe impair du petit bassin de la femme où se développe normalement la grossesse. Il présente trois parties : le corps, l'isthme qui devient segment inférieur pendant la grossesse, et le col. Il est en continuité avec les trompes ; ce qui facilite la diffusion des germes dans les annexes **[12]**. Les trompes utérines s'étendent de chaque côté de l'extrémité supérieure du corps de l'utérus à la paroi latérale du pelvis, et sont enfermées dans le bord supérieur des mésosalpinx, portions des ligaments larges **[13].**

L'utérus gravide est un utérus contenant le conceptus. C'est un organe évolutif qui s'adapte à son contenu. Du point de vue fonctionnel, l'utérus gravide peut être assimilé à un ensemble de muscles arciformes dont les ventres constitueraient le corps, les tendons, le segment inférieur et les insertions le col **[12].**

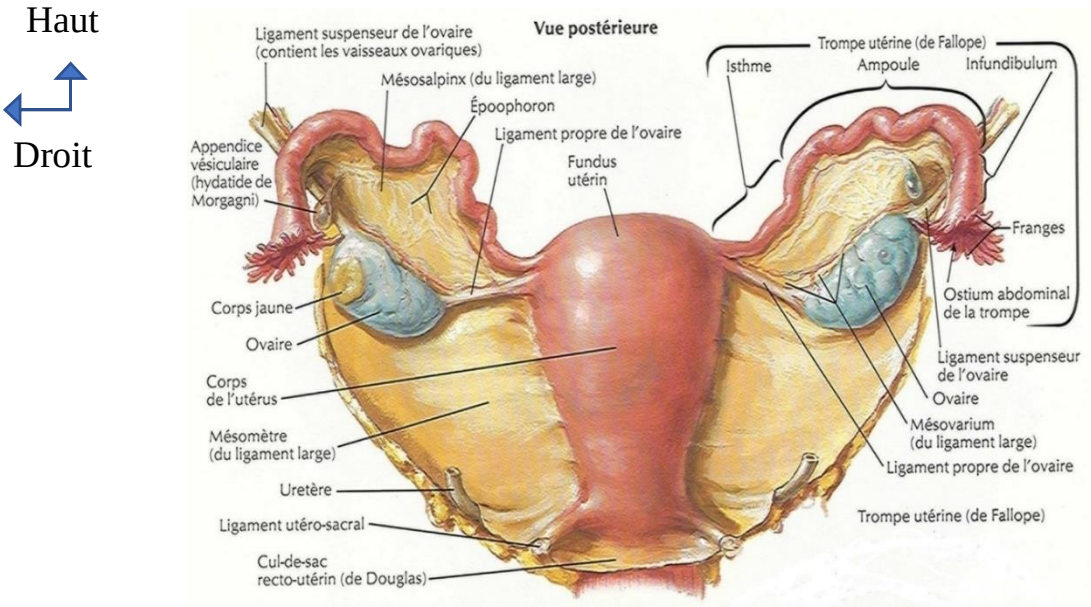


Figure 1 : Vue postérieure des organes génitaux internes féminins **[13]**

1.3.2 Rappel physiologique

- **La fécondation ou constitution du zygote**

Elle est la première étape de la vie de tout individu**.** Elle désigne la pénétration du spermatozoïde dans l'ovule mûr, puis la fusion des noyaux des deux gamètes donnant un œuf diploïde.

Au moment d'un rapport sexuel, les spermatozoïdes pénètrent dans les voies génitales féminines ; traversent le mucus cervical et remontent les voies génitales pour atteindre au niveau du tiers externe de la trompe, l'ovule capté par le pavillon. Lors de cette phase, deux étapes clés se succèdent : la capacitation ou acquisition de fécondance du spermatozoïde et l'interaction gamétique **[14]**.

- **Le développement de l'œuf**

Le développement prénatal peut être divisé en trois périodes. On distingue une période de division cellulaire (semaine 1 et 2 après la fécondation), une période embryonnaire (semaine 2 à 8) et une période fœtale (semaine 9 à 38).

Durant les deux premières semaines après la fécondation, un blastocyste se développe et pénètre dans la couche muqueuse de l'utérus (endomètre) durant l'implantation. Il consiste en un disque embryonnaire formé de deux couches, et de trois membranes (trophoblaste ou chorion, amnios et vésicule ombilicale) qui lui sont extérieures. La plupart des systèmes d'organes se développent principalement durant la période embryonnaire jusqu'à la 8ème semaine, au cours de laquelle l'embryon prend une apparence humaine. Les divisions cellulaires et l'élaboration de structures destinées à se situer à l'extérieur de l'embryon (extra-embryonnaires) caractérisent les deux premières semaines.

La **morula**, une sphère de cellules, devient une cavité pour former un blastocyste, qui se développe dans un placenta et des membranes qui vont entourer le futur embryon. L'embryon est d'abord identifiable comme une masse de cellules à l'intérieur du **blastocyste** à la fin de la première semaine. A la fin de la deuxième

semaine, l'embryon va se présenter comme un disque formé de deux couches cellulaires. Le **conceptus** (l'ensemble de tous les dérivés intra- et extra-embryonnaires issus de la fécondation) se déplace de la trompe de Fallope à la cavité utérine. Durant la 2ème semaine, le blastocyste s'enfonce dans l'endomètre utérin (implantation).

La période fœtale occupe les 7 derniers mois. C'est une période de croissance et de développement des organes déjà ébauchés **[14]**.

Haut

Droit

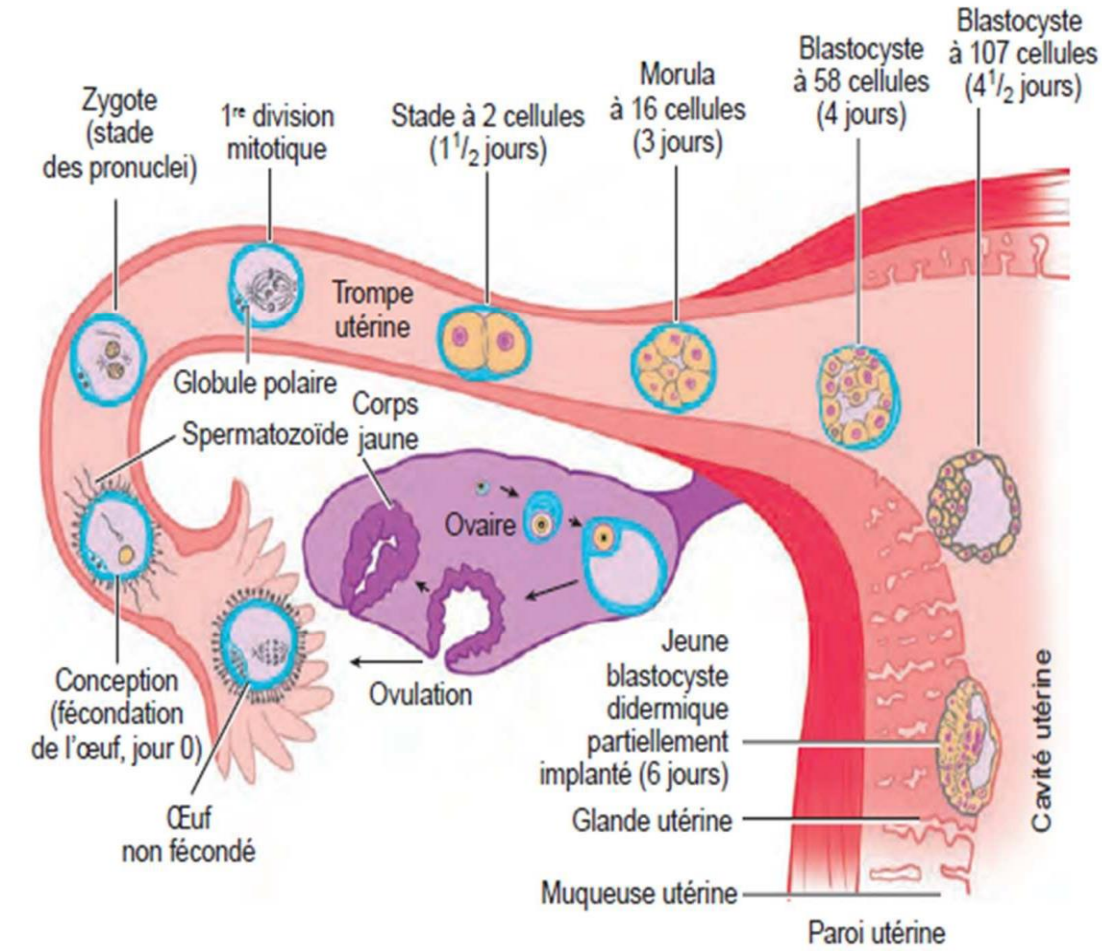


Figure 2 : Première semaine du développement de l'œuf humain **[14]**

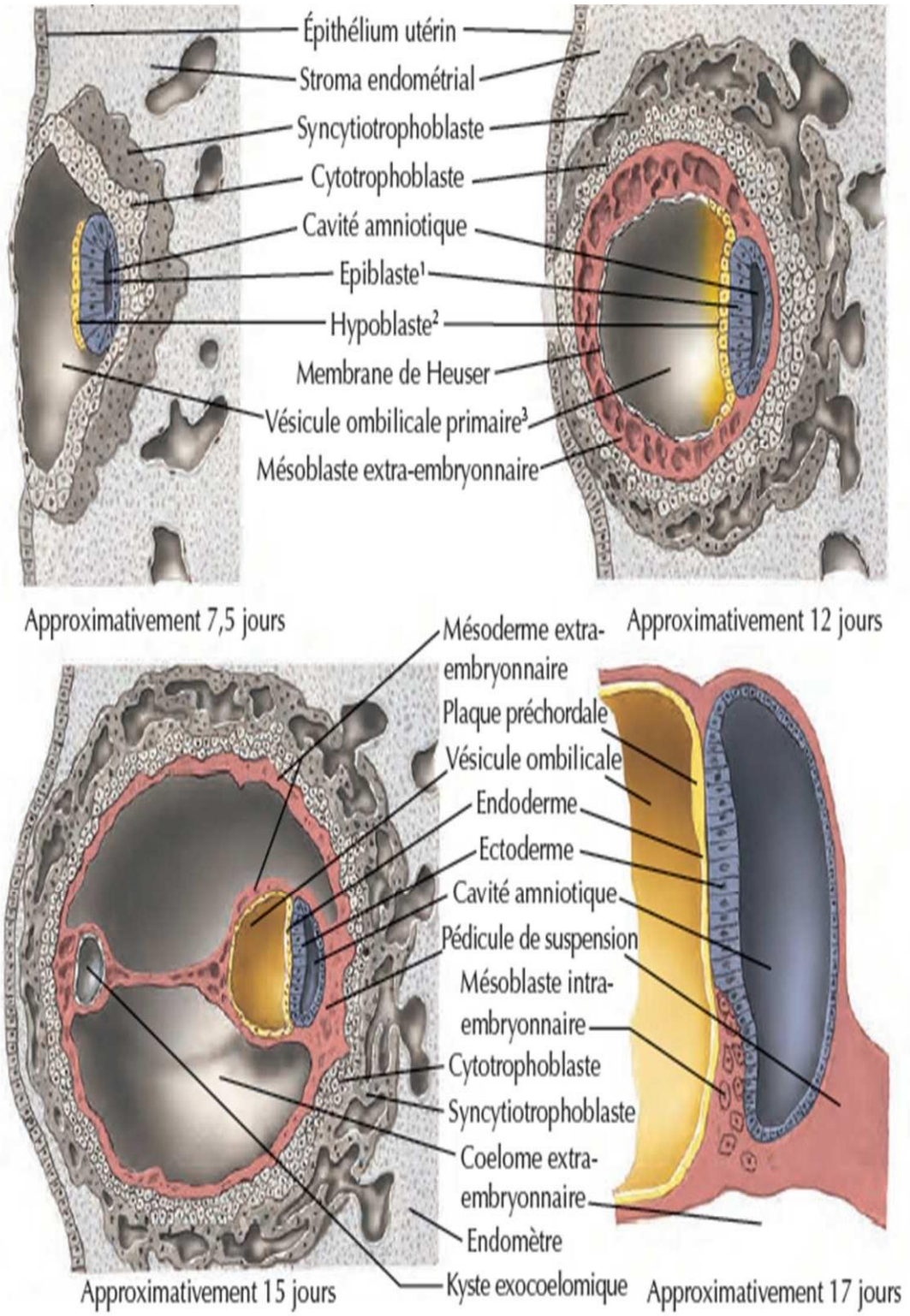


Figure 3 : Deuxième semaine du développement de l'œuf humain **[14]**

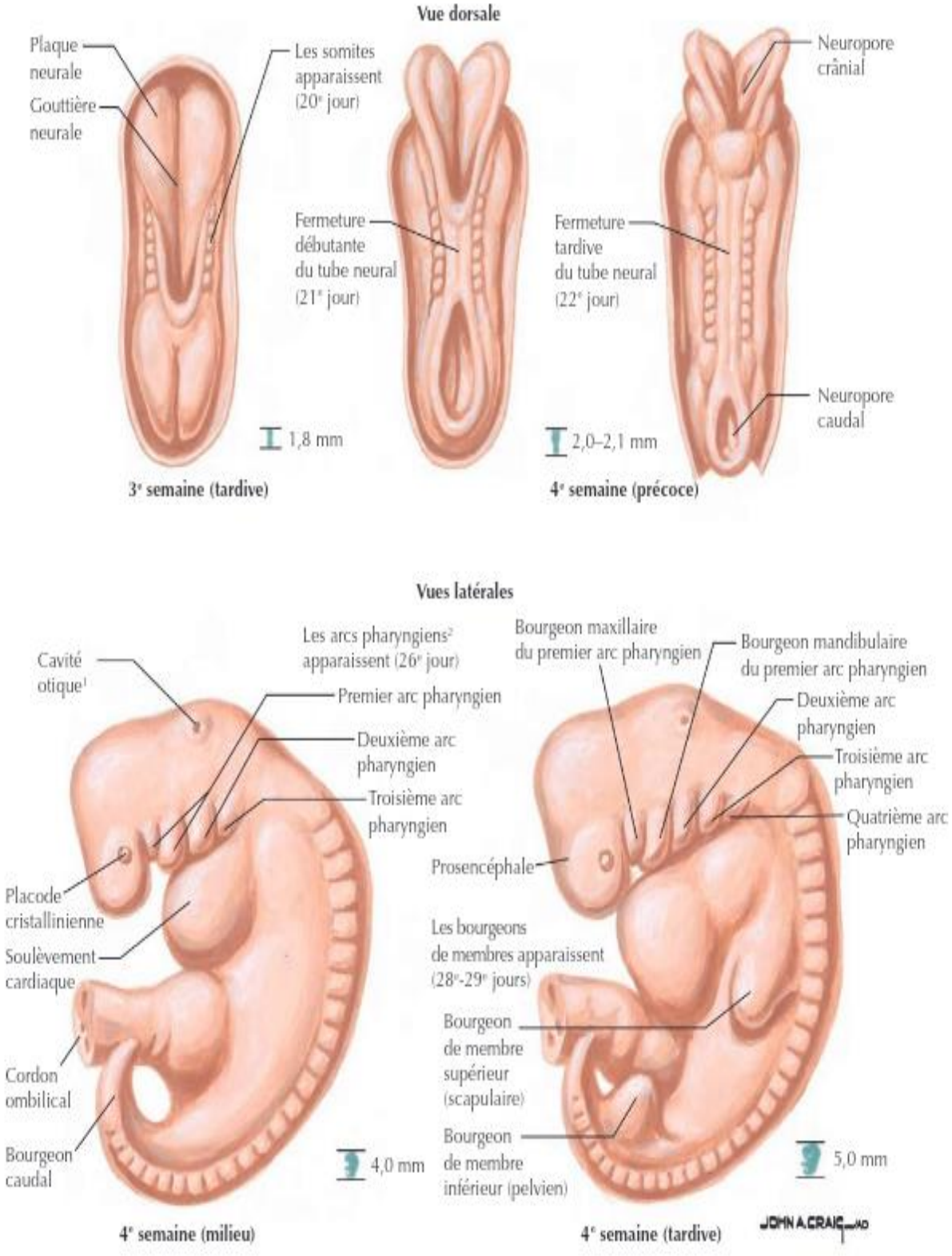


Figure 4 : Période embryonnaire précoce [14]

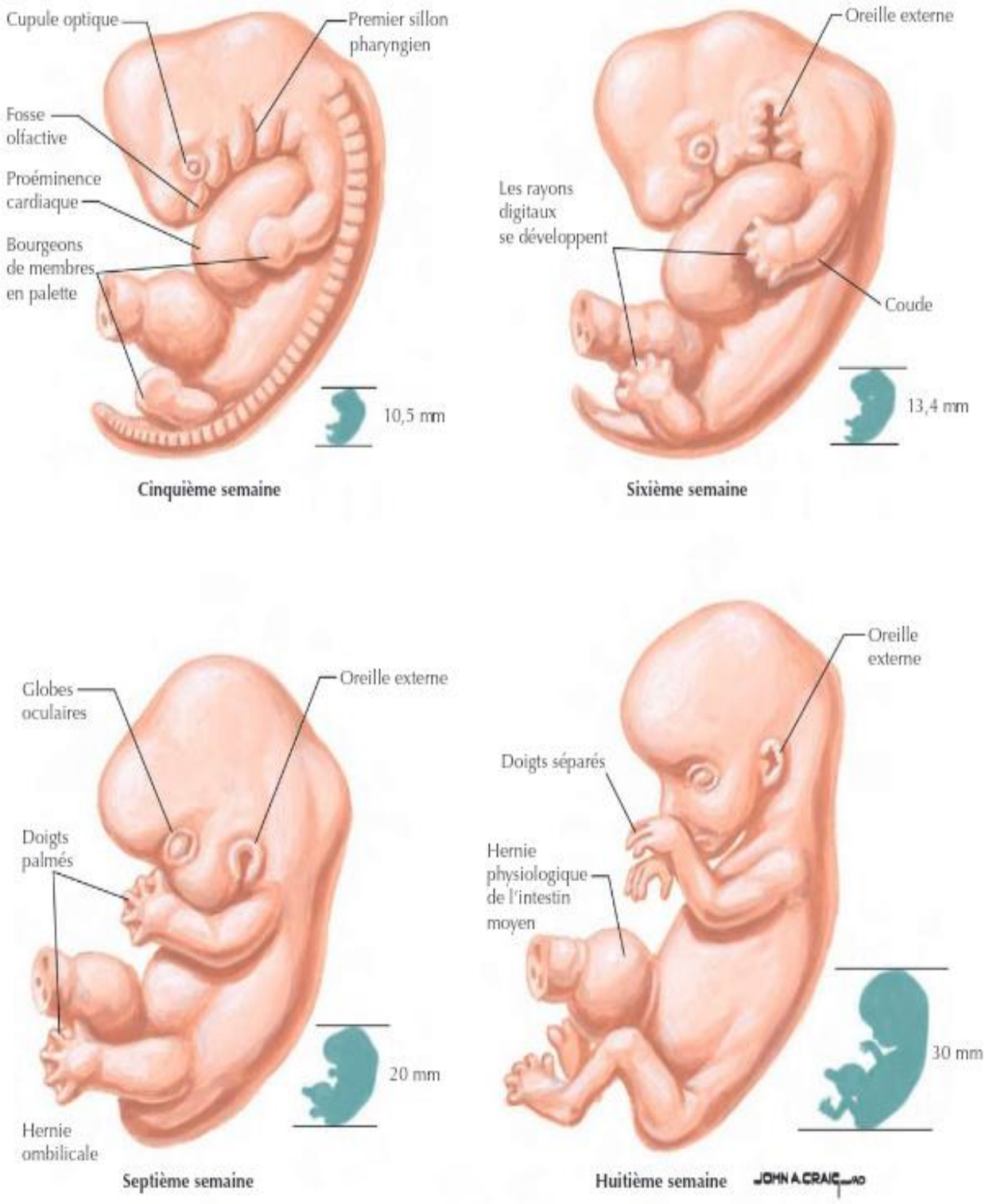
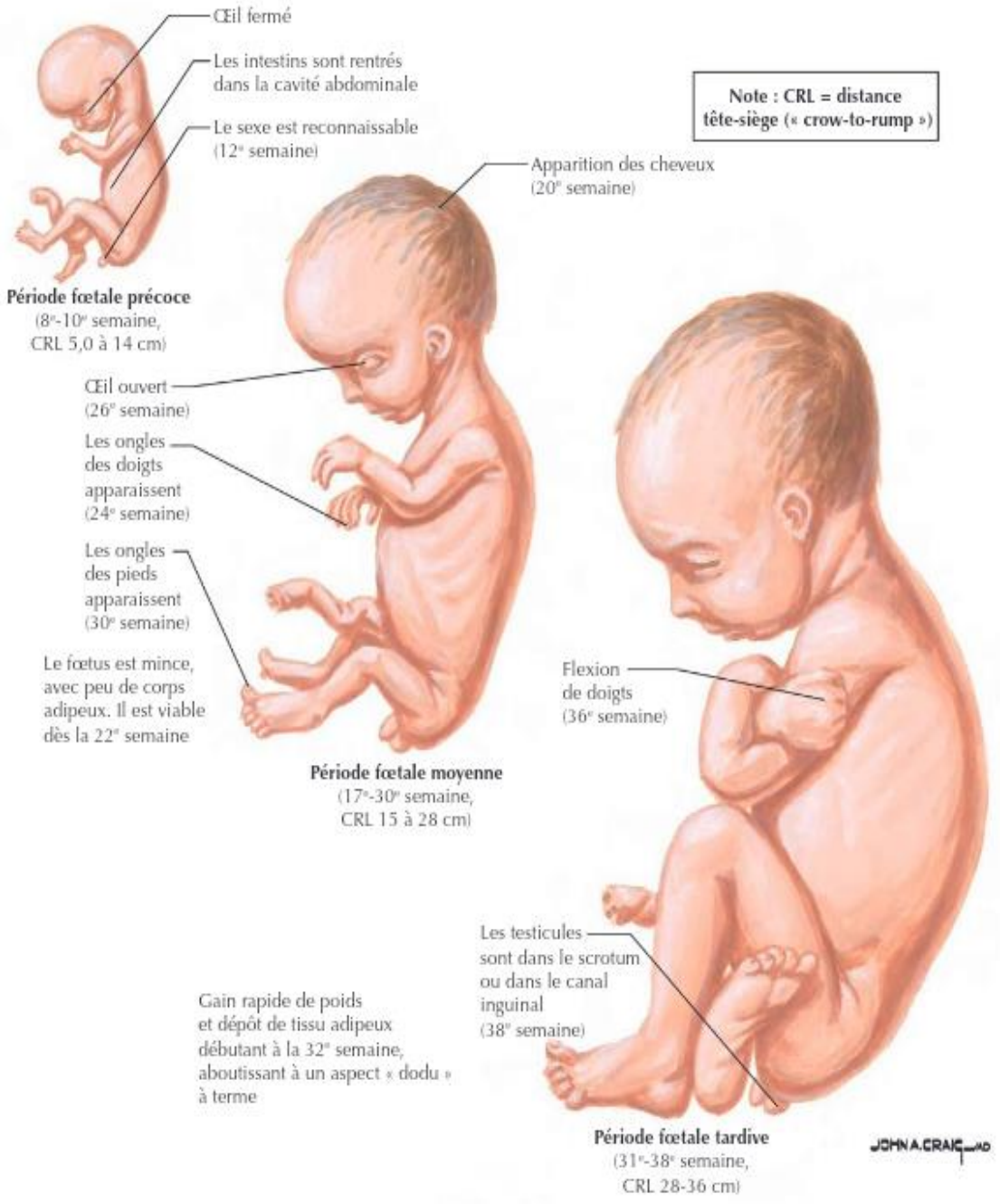


Figure 5 : Période embryonnaire tardive [14]



<u>Figure 6</u> : Période fœtale [14]

1.4 Diagnostic des avortements

L'avortement peut être spontané ou provoqué.

Sur le plan évolutif, on distingue : la menace d'avortement, l'avortement inévitable, l'avortement incomplet et l'avortement complet **[9]**.

Le diagnostic est fait dans un contexte de métrorragies du première trimestre de grossesse ou avant 22 SA.

Les signes cliniques et paracliniques en faveur d'un avortement sont résumés dans le tableau ci-après.

Tableau I : Signes cliniques et paracliniques des avortements

Types d'avortement	Signes fonctionnels	Signes physiques	Signes paracliniques
Menace d'avortement	-Douleurs pelviennes -Métrorragies minimes	-Col long fermé -Hauteur utérine correspondant au terme de la grossesse	- Produit de conception intra-utérin ± vitalité à l'échographie
Avortement inévitable	-Douleurs pelviennes basses -Métrorragies abondantes	-Col dilaté ou en toupie avec utérus sensible -Hauteur utérine correspondant au terme -Absence d'expulsion du produit de conception	-Echographie : œuf au niveau de l'isthme
Avortement incomplet	-Douleurs pelviennes -Métrorragies avec caillots	-Col raccourci perméable au doigt -Doigtier ramène des débris ovulaires	-Présence de débris à l'échographie
Avortement complet	-Saignement minime -Douleurs pelviennes	-Col fermé -Utérus plus petit que le terme	-Vacuité utérine à l'échographie

L'évolution des avortements se fait certaines fois vers les complications qui peuvent être précoces ou tardives.

1.5 Complications des avortements

Ces complications se rencontrent souvent au cours de l'avortement à risque et engagent très souvent le pronostic vital de la patiente **[15]**.

- **Complications précoces**

  - **Complications immédiates**

Ce sont :

- l'hémorragie d'abondance variable pouvant être responsable d'anémie voire de choc hypovolémique ;

- la rétention ovulaire ;

- la perforation utérine ;

- l'embolie gazeuse et amniotique ;

- la mort subite.

  - **Complications secondaires**

Elles sont infectieuses **[15]**. On peut citer :

- les complications locales (l'endométrite) ;

- les complications locorégionales (la salpingite, la pelvipéritonite, l'abcès du douglas voire la péritonite, le phlegmon des ligaments larges et de la gaine hypogastrique) ;

- les complications générales (le tétanos et la septicémie qui sont presque toujours mortels en raison de la responsabilité quasi-constante du *Clostridium*

perfringens). L'insuffisance rénale aiguë et l'hépatonéphrite (toxique et ou infectieuse), la phlébite et la thrombophlébite sont également des complications générales.

- **Complications tardives**

Elles sont gynéco-obstétricales et neuropsychiques. Les complications gynéco-obstétricales sont la stérilité, l'hypofertilité, les avortements ou les accouchements prématurés à répétition par synéchies utérines ou béances cervico-isthmiques, la grossesse extra utérine, le placenta accreta ou le placenta prævia, la rupture utérine pendant la grossesse et au cours du travail, l'hémorragie de la délivrance. Les séquelles neuropsychiques sont la névrose dépressive, le complexe de culpabilité et d'indignité, les algies pelviennes **[15]**.

1.6 Soins complets d'avortement

1.6.1 Principes directeurs

La prise en charge des soins complets d'avortement centrés sur la femme est une approche des soins d'avortement qui tient compte des besoins individuels en termes de santé physique et émotionnelle de chaque femme, de ses circonstances personnelles et de sa capacité à accéder aux soins. C'est une approche qui inclut **[9, 18]** :

- L'avortement sécurisé
- La prise en charge de la grossesse arrêtée
- Le traitement de l'avortement incomplet ou à risque et leurs complications
- Le counseling pour identifier et répondre aux besoins des femmes ;
- L'offre des services de contraception ;

- L'offre ou l'orientation vers des services de santé de la reproduction et d'autres services de santé ;
- Le partenariat entre la communauté et les services de santé.

Les soins complets d'avortement centrés sur la femme prennent en compte trois éléments essentiels : le choix, l'accessibilité et la qualité.

- **Le choix**, en matière de droits sexuels et génésiques, signifie que personne ne doit s'immiscer dans les décisions que prend une femme concernant son corps et sa santé.
- **L'accessibilité** aux soins et services d'une femme est en partie déterminée par la disponibilité de prestataires de soins qualifiés, techniquement compétents qui utilisent des technologies cliniques appropriées, qui peuvent être aisément atteints au sein des communautés locales et qui exercent dans toute une variété de centres de soins différents.
- **La qualité** implique différents aspects fondamentaux dont les suivants :
    - Des soins adaptés spécifiquement aux circonstances sociales et aux besoins individuels de la population locale ;
    - Des informations et un accompagnement qui favorisent la prise de décision en toute connaissance de cause, y compris dans le cas de femmes jeunes qui peuvent nécessiter davantage d'informations ou de temps pour parvenir à faire un choix véritablement éclairé ;
    - La disponibilité de technologies médicales internationalement recommandées **[16]**.

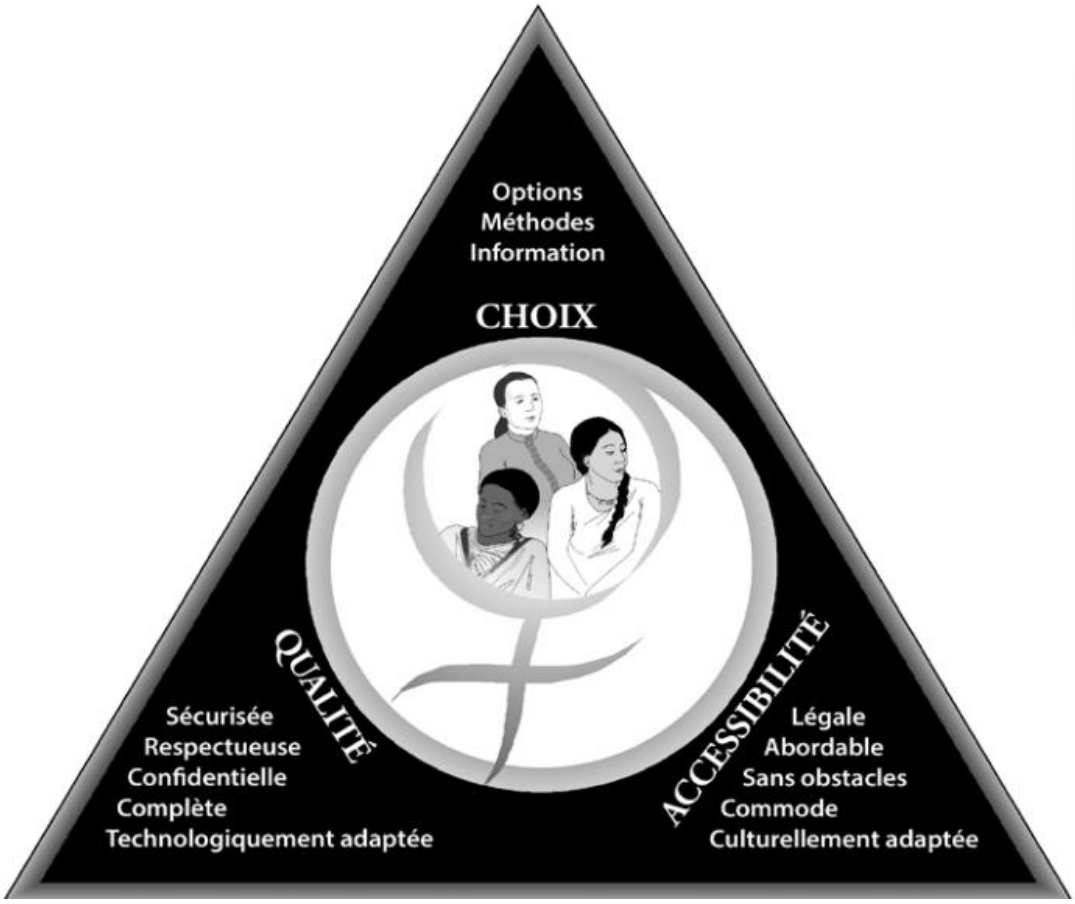


Figure 7 : Cadre de prise en charge des SCA centrés sur la femme **[16]**

1.6.2 Avortement sécurisé

Il s'agit des avortements pour lesquels les prestataires formés emploient des méthodes recommandées **[17]**. Ces avortements doivent se dérouler dans un environnement adapté.

- **Avant l'avortement**, l'agent de santé doit informer la patiente, lui offrir des conseils, recueillir ses antécédents médicaux, faire son examen physique, demander des examens complémentaires si nécessaire et discuter avec elle des options contraceptives.
- **L'avortement proprement dit** se fera selon la méthode choisie et la patiente bénéficiera en plus de soins complémentaires tels que la gestion de la douleur. Les méthodes abortives les plus appropriées diffèrent selon

l'âge de la grossesse. On distingue les méthodes médicamenteuses (prises de Misoprostol seul ou précédé de Mifépristone) et les méthodes chirurgicales (aspiration manuelle intra-utérine, aspiration électrique, dilatation et évacuation). Concernant les limites de terme, les méthodes récapitulées sont indicatives plutôt qu'impératives **[11].** Nous décrirons les méthodes chirurgicales un peu plus loin dans ce travail.

- **Méthodes utilisées jusqu'à 12-14 semaines d'aménorrhée**

On recommande l'aspiration manuelle ou électrique, ou bien des méthodes médicamenteuses associant la mifépristone suivie du misoprostol. L'association de la mifépristone suivie d'un analogue de prostaglandine s'est avérée sûre et efficace jusqu'à 9 semaines (63jours) de grossesse. La mifépristone est un antiprogestatif qui, se fixant sur les récepteurs de progestérone, inhibe l'action de celle-ci et empêche la poursuite de la grossesse **[11**]. Dans ses récentes publications, l'OMS suggère également comme option sûre et efficace l'utilisation du **létrozole** 10mg par voie orale chaque jour pendant 3 jours suivi de 800ug de misoprostol par voie sublinguale le quatrième jour **[1**].

- **Méthodes utilisées après 12-14 semaines d'aménorrhée**

La méthode chirurgicale recommandée est la dilatation et l'évacuation par aspiration manuelle et pinceforceps. La méthode médicamenteuse recommandée pour un avortement au-delà de 12 semaines d'aménorrhée est une prise de mifépristone suivie par plusieurs doses de misoprostol **[11].**

Tableau II : Recommandations pour un avortement provoqué médicamenteux

	Association (Option recommandée[a])		Misoprostol seul (option alternative)
Recommandations	Mifépristone	Misoprostol (après 1-2jours)	Misoprostol
Avortement provoqué < 12 SA	200 mg VO, une seule prise	800 µg VB, VV ou VSL[b]	800 µg VB, VV ou VSL[b]
Avortement provoqué ≥ 12 SA	200 mg VO, une seule prise	400 µg VB, VV ou VSL toutes les 3 heures[b]	400 µg VB, VV ou VSL toutes les 3 heures[b]
Mort du fœtus in utero à partir de 14 SA et jusqu'à 28 SA incluses	200 mg VO, une seule prise	400 µg VV ou VSL toutes les 4 à 6 heures[b]	400 µg VSL (privilégiée) ou VV toutes les 4 à 6 heures[b]

a Il est recommandé d'utiliser le schéma basé sur une association, car il s'agit du schéma le plus efficace.

b En cas de besoin, des doses répétées de misoprostol peuvent être administrées pour assurer la réussite de l'avortement.

- **Prise en charge de la douleur**

Il faut toujours proposer une prise en charge médicamenteuse de la douleur en cas d'avortement chirurgical ou médicamenteux et donner sans délai des antalgiques aux femmes qui le souhaitent. Pendant l'intervention, on utilise trois types de médicament, soit seuls soit associés : des analgésiques, qui

soulagent la sensation de douleur ; des tranquillisants, qui diminuent l'anxiété ; et des anesthésiques qui diminuent les sensations physiques au cours de l'avortement chirurgical. Des analgésiques, une anesthésie locale et/ou une sédation consciente accompagnés de paroles rassurantes suffisent dans la plupart des cas **[11].**

- **Après l'avortement**, toute complication immédiate sera traitée. Il est recommandé également de fournir les instructions de sortie orales et écrites claires notamment concernant les signes d'alerte et les comportements à éviter avant l'arrêt des saignements. L'agent de santé donnera également des informations sur la contraception et des médicaments (antalgiques, antianémiques) pourront être prescrits à la patiente. Un soutien émotionnel sera également fourni à la patiente si nécessaire **[18].**

1.6.3 Soins après avortement

Les soins après avortement comprennent 05 éléments essentiels :

-le traitement des avortements incomplets et à risque et de leurs complications ;

-le counseling pour identifier et répondre aux besoins de la patiente aussi bien sur les plans physique, psychologique et d'autres plans au besoin ;

-l'offre des soins de contraception ;

-l'offre des services de reproduction et autres services de santé ;

-et la participation communautaire **[18].**

1.6.3.1 Traitement des avortements incomplets et à risque et de leurs complications

- **Méthodes d'évacuation utérine**

Une évacuation utérine consiste à éliminer le contenu de l'utérus **[16].** On distingue les méthodes chirurgicales (aspiration intra-utérine, dilatation et évacuation) et les méthodes médicamenteuses. Dans certains cas, une prise en charge expectative peut être effectuée.

- **L'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU)**

C'est une méthode qui consiste à évacuer le contenu de l'utérus via une canule en plastique ou en métal raccordée à une source de vide. Elle utilise un aspirateur manuel portable **[16].** Elle fait partie des méthodes recommandées jusqu'à un âge gestationnel de 12 à 14 SA.

Matériel



1. Patte de l'embout 2. Pièce interne 3. Valve démontée avec ses reliefs 4. Piston 5. Bras du piston 6. Pied du piston 7. Cylindre 8. Click de retenu du collier de blocage 9. Collier de blocage 10. Canule de Karman

Figure 8 : Seringue pour AMIU [16]



Figure 9 : Seringue double valve et canules [16]

Technique

- Réexaminer la patiente et préciser les indications de l'AMIU ;

- Revoir les principes généraux à observer pour les soins ;

- Apporter un soutien affectif à la patiente, l'encourager et lui administrer du paracétamol 30 minutes avant l'intervention ;

- Préparer la seringue à AMIU :

Assembler la seringue ; fermer la valve de compression ; tirer sur le piston jusqu'à ce que les bras soient bloqués - Même si le saignement est léger, administrer 10 unités d'ocytocine en IM avant d'entreprendre l'intervention, pour contracter le myomètre et limiter le risque de perforation ;

- Faire un examen pelvien bimanuel pour apprécier le volume et la position de l'utérus et l'état des culs-de-sac vaginaux ;

- Insérer un spéculum ou un écarteur dans le vagin ;

- Badigeonner le vagin et le col avec une solution antiseptique (en particulier au niveau de l'orifice) ;

- Examiner le col et rechercher des déchirures ou une extériorisation des produits de conception. Si les produits de conception sont présents dans le vagin ou le col, les extraire en utilisant une pince porte-tampons ;

- Saisir délicatement la lèvre antérieure du col avec une pince de Museux ou une pince de Pozzi à un seul mors ;

Note : Dans le cas d'un avortement incomplet, il est préférable d'utiliser une pince porte-tampons qui a moins de chances que la pince de Pozzi de léser le col lors de la traction et dont la pose ne nécessite pas l'injection de lidocaïne. Si on se sert d'une pince de Pozzi pour abaisser le col, il convient de commencer par injecter 1 ml de solution de lidocaïne à 0,5 % dans la lèvre antérieure ou postérieure du col après l'avoir exposée à l'aide du spéculum.

-Il faut mesurer la hauteur utérine en utilisant un hystéromètre

-La dilatation n'est nécessaire que dans les cas de rétention d'œuf mort ou lorsque des débris ovulaires sont restés dans l'utérus pendant plusieurs jours après l'avortement :

Introduire délicatement la sonde ou la curette la plus large possible ; n'utiliser des dilatateurs numérotés que si la canule ou la curette ne pénètre pas ; aller du plus petit au plus gros pour obtenir une dilatation adéquate (en général, de 10 à 12 mm) ; veiller à ne pas léser le col et à ne pas créer de fausse route.

- Tout en exerçant une légère traction sur le col, faire passer la canule dans le col puis la faire pénétrer dans la cavité utérine, juste au-delà de l'orifice interne. Imprimer un mouvement de rotation à la canule en même temps qu'une légère pression pour faciliter son passage dans le canal cervical ;

- Pousser doucement la canule dans la cavité utérine jusqu'à ce qu'elle touche le fond utérin, sans dépasser 10 cm. Mesurer la hauteur utérine au nombre de pointillés visibles sur la canule puis tirer légèrement la canule vers l'arrière ;

- Fixer la seringue à AMIU préparée à la sonde en tenant la pince de Museux (ou la pince de Pozzi) et l'extrémité de la canule dans une main, la seringue dans l'autre ;

- Ouvrir la ou les valves de compression de la seringue de façon à créer un vide dans la cavité utérine ;

- Evacuer le contenu de l'utérus en imprimant une légère rotation à la seringue d'un côté à l'autre (entre les positions 10h et midi) puis en faisant lentement reculer et avancer la sonde dans la cavité utérine.

Note : Pour éviter de casser le vide, ne pas reculer le bout de la canule au-delà de l'orifice cervical. Si le vide est cassé ou si la seringue est plus qu'à moitié pleine, la vider puis faire à nouveau le vide.

Ne pas prendre la seringue par les bras du piston lorsqu'on fait le vide et que la canule se trouve dans l'utérus. Si les bras du piston venaient à se désolidariser, le piston risquerait de glisser dans la seringue, et de renvoyer les produits de conception dans l'utérus.

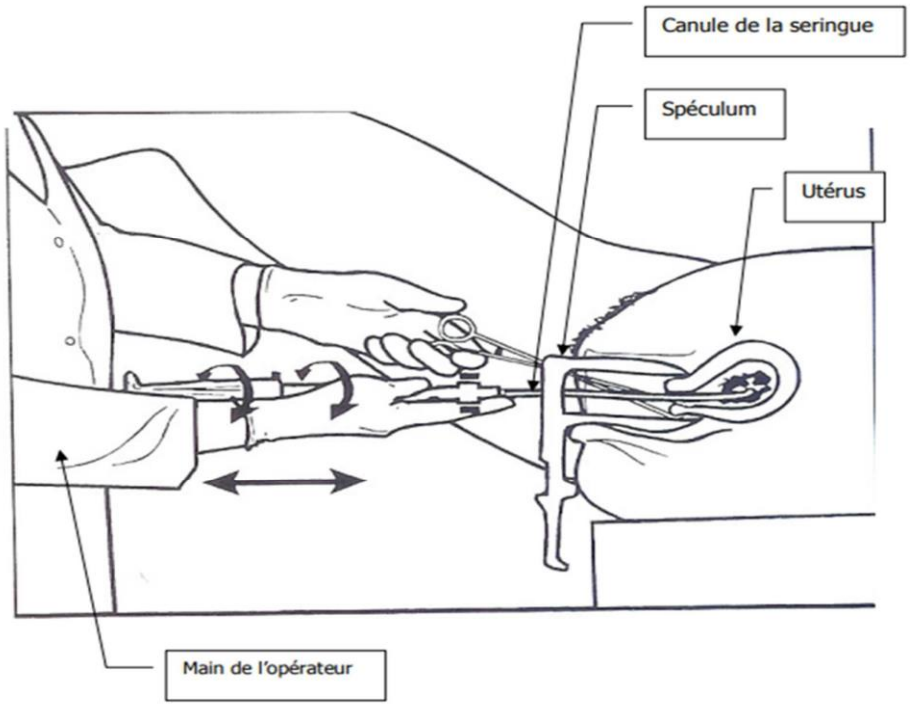


Figure 10 : Technique d'AMIU [22]

- Vérifier la présence de signes indiquant l'évacuation complète de l'utérus :

L'apparition d'une mousse rouge ou rose dans la canule et absence de tissus ; la sensation de crissement à l'entrée en contact de la canule avec la surface de l'utérus une fois celui-ci évacué ou l'utérus qui se contracte (se resserre sur la canule).

- Retirer la sonde, en détacher la seringue et la placer dans une solution de décontamination ;

- Ouvrir la valve et vider le contenu de la seringue à AMIU dans un bassinet doté d'un filtre en poussant sur le piston.

Note : Mettre la seringue vide sur un plateau ou dans un récipient désinfecté jusqu'à ce que la parfaite vacuité de l'utérus soit confirmée.

- Retirer la pince de Pozzi et le spéculum puis faire un examen bi-manuel pour vérifier le volume et la fermeté de l'utérus.

- Faire une inspection rapide des tissus extraits de l'utérus de façon à en évaluer la quantité et à vérifier la présence de produits de conception ; s'assurer de l'évacuation complète de l'utérus ; s'assurer de l'absence de grossesse môlaire.

Si nécessaire, filtrer et rincer les tissus pour en retirer l'excès de caillots sanguins, puis les mettre dans un récipient contenant de l'eau claire, du sérum physiologique ou de l'acide acétique dilué (vinaigre) pour l'examen anatomo-pathologique.

- Si les débris évacués ne contiennent apparemment pas de produits de conception :

Il se peut que ceux-ci aient été expulsés avant l'aspiration manuelle intra-utérine (avortement complet) ; il se peut que la cavité utérine paraisse vide mais ne le soit pas complètement, dans ce cas, renouveler l'évacuation ; il se peut que le saignement vaginal ne soit pas dû à un avortement incomplet (métrorragies observables notamment avec les contraceptifs hormonaux ou en cas de fibrome utérin, par exemple) ; il se peut que l'utérus soit anormal (il se peut qu'il s'agisse par exemple d'un utérus double et que la canule ait été introduite du côté qui ne contenait pas les produits de conception) **[22**

- **Aspiration électrique intra-utérine (AEIU)**

Elle fait également partie des méthodes d'évacuation utérine recommandées jusqu'à un âge gestationnel de 12 à 14 SA. L'AEIU fait usage d'une pompe ou d'un système d'aspiration électrique raccordé à une canule pour évacuer le contenu de l'utérus. On introduit la canule dans l'utérus puis on la raccorde aux

tuyaux du système d'aspiration. On ouvre ensuite la valve à commande digitale du tuyau et on met l'appareil en marche. On fait délicatement pivoter la canule tout en lui imprimant un mouvement de va-et-vient pour évacuer le produit de la grossesse dans un récipient en verre qui se trouve à l'extrémité du tuyau **[16].**

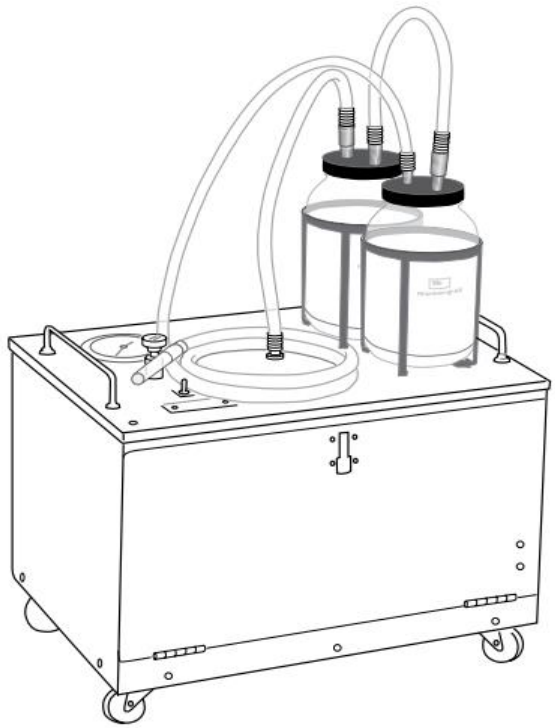


Figure 11 : Système d'aspiration électrique intra-utérine **[16]**

- **Dilatation et évacuation**

Elle consiste à associer aspiration intra-utérine et forceps **[16].** C'est la méthode chirurgicale recommandée lorsque l'âge gestationnel est supérieur à 12-14 SA.

Matériel

Pour cette méthode, il faut le matériel suivant : spéculum, pince de Pozzi, canules, dilatateur, forceps, compresses, matériel pour le bloc paracervical (anesthésique local, aiguille, seringue), matériel d'aspiration intra-utérine, antiseptique.

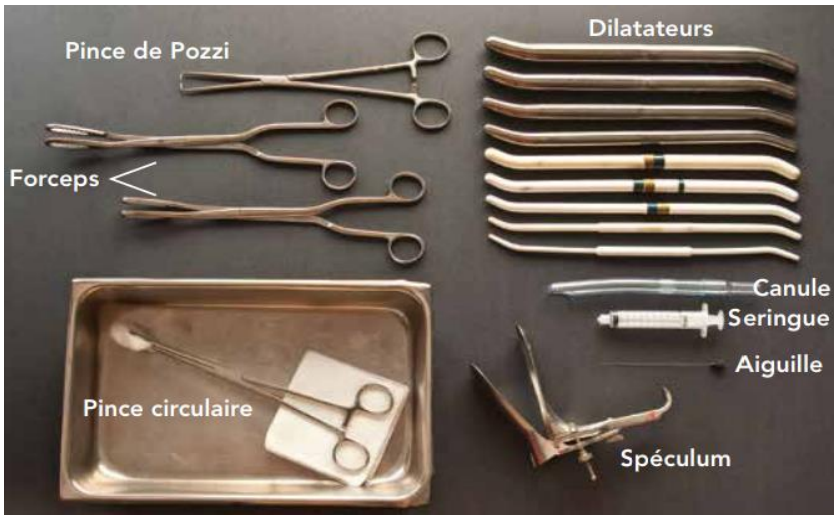


Figure 12 : Matériel pour la dilatation et l'évacuation **[16]**

Technique

- S'assurer que la patiente a compris la procédure et donné son libre consentement ;

- Effectuer un contrôle de sécurité et vérifier l'équipement ;

- Demander à la patiente de vider sa vessie avant d'entrer en salle d'opération ;

- Débuter l'administration intraveineuse d'analgésiques et/ou d'anxiolytiques. Les éventuels médicaments oraux doivent être administrés avant la procédure de dilatation et évacuation afin de pratiquer celle-ci au moment où leur effet est maximal ;

- Procéder à un examen bimanuel pour contrôler la taille et la position de l'utérus et le degré de dilatation cervicale ;

- Insérer le spéculum puis nettoyer le col avec une solution antiseptique, par exemple de la povidone iodée (Betadine®) ;

- Pratiquer un bloc paracervical et mettre en place la pince de Pozzi.

Avant

Droit

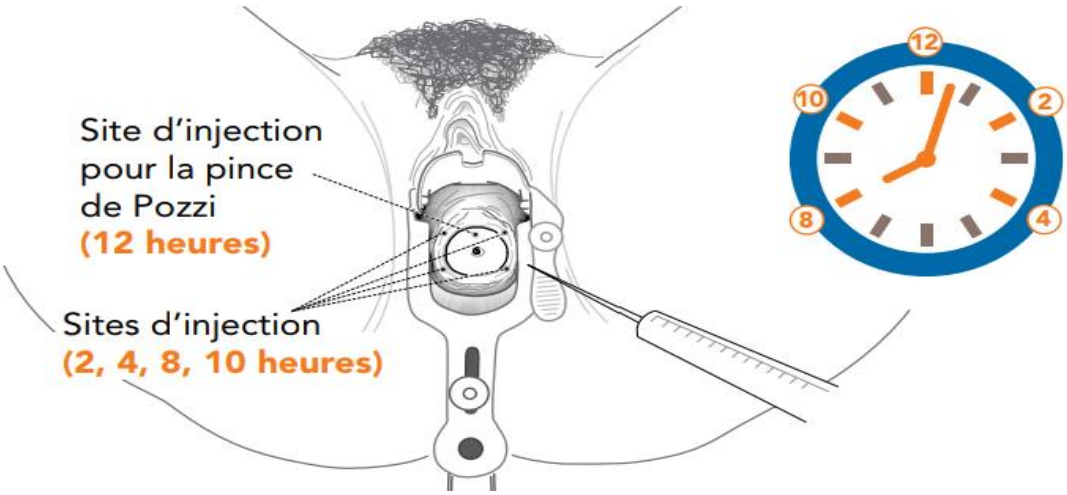


Figure 13 : Bloc paracervical [16]

- Appliquer une traction sur la pince de Pozzi pour descendre le col dans le vagin ;
- Dilater mécaniquement le col si nécessaire pour parvenir au degré de dilatation requis ;
- Pratiquer une aspiration intra-utérine avec la plus grosse canule disponible (12 à 16 mm) et aspirer le liquide amniotique. On peut recourir à une aspiration intra-utérine électrique ou manuelle.
- Maintenir une légère traction sur la pince de Pozzi pour redresser le canal endocervical, faire passer le forceps fermé au travers du col en direction verticale ;
- Dès que le forceps a traversé l'orifice cervical interne, l'ouvrir délicatement aussi largement que possible. Lors de l'ouverture du forceps,

abaisser la main et le forceps en direction du sol pour amener les mâchoires du forceps dans le segment antéro-inférieur de l'utérus ;

- Pour évacuer les tissus, fermer les mâchoires du forceps autour des tissus fœtaux et le faire pivoter de 90° pour faciliter la désarticulation avant de le retirer ;
- Répéter jusqu'à élimination complète du fœtus et de la majeure partie ou de la totalité du placenta ;
- Après évacuation de tous les tissus fœtaux, pratiquer une aspiration pour s'assurer qu'il ne subsiste plus de tissus résiduels ;
- Examiner les tissus fœtaux pour avoir la certitude que l'évacuation est complète **[23].**

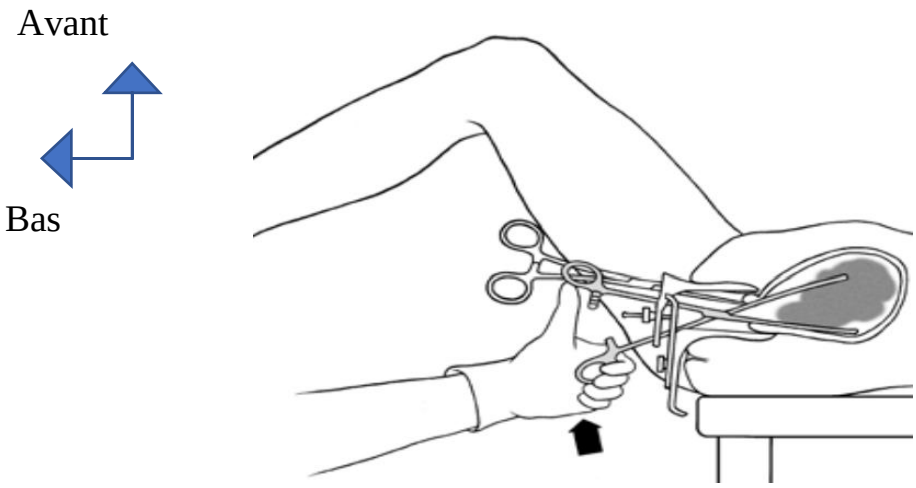


Figure 14 : Evacuation utérine par aspiration et forceps **[22]**

- **Méthode médicamenteuse : misoprostol**

Il peut être utilisé aussi bien dans les avortements précoces que ceux tardifs.

Propriétés

Le Misoprostol est un analogue synthétique de la prostaglandine E1, commercialisé pour la prévention et le traitement de l'ulcère gastrique lié à

l'utilisation chronique d'antiinflammatoire non stéroïdien (AINS). Induisant également des contractions utérines, il est souvent utilisé, hors indications officielles, pour le traitement des arrêts de grossesse. Plusieurs études ont montré l'efficacité et l'innocuité de cette indication **[24].**

Mécanisme d'action

La prostaglandine E entraîne des contractions du myomètre en interagissant avec les cellules myométriales. Cette interaction provoque une cascade d'événements, en particulier un changement dans la concentration en calcium, ce qui entraîne des contractions du muscle. Le misoprostol est un produit analogue de la prostaglandine E1. En interagissant avec les récepteurs de la prostaglandine, le misoprostol provoque un ramollissement du col de l'utérus et la contraction utérine entraîne l'expulsion du contenu de l'utérus **[24].**

Les contre-indications

- Allergie au misoprostol ou à d'autres prostaglandines ;

- Grossesse ectopique ;

- Péritonite et/ou septicémie ;

- Instabilité hémodynamique ou choc ;

- Insuffisance surrénale ou corticothérapie à long terme ;

- Troubles de l'hémostase et anémie sévère…etc **[24].**

Voies d'administration

-orale : les comprimés sont immédiatement avalés ;

-buccale : les comprimés sont placés entre la joue et la gencive et avalés au bout de 30 minutes ;

-sublinguale : les comprimés sont placés sous la langue et avalés au bout de 30 minutes ;

-vaginale : les comprimés sont placés dans les culs-de-sac vaginaux (parties les plus profondes du vagin), et l'on demande à la femme de s'allonger pendant 30 minutes **[24].**

Posologie

Elle dépend de l'âge gestationnel. Elle est résumée dans le tableau suivant :

Tableau III : Recommandations sur l'utilisation du misoprostol dans l'avortement incomplet

Recommandations	Misoprostol
Avortement incomplet avant 14 SA	600 µg VO[b] ou 400 µg VSL[b]
Avortement incomplet à partir de 14 SA	400 µg VB, VV ou VSL toutes les 3 heures[b]

b En cas de besoin, des doses répétées de misoprostol peuvent être administrées pour assurer la réussite de l'avortement tout en tenant compte des antécédents de la patiente.

- **Curage digital**

C'est une méthode d'évacuation utérine qui se fait à l'aide de deux doigts lorsque l'ouverture du col le permet **[25].**

- **Dilatation et curetage**

La méthode par dilatation et curetage est une méthode d'avortement chirurgical obsolète selon l'OMS et elle devrait être remplacée par l'aspiration ou les méthodes médicamenteuses **[11].** De ce fait, nous n'en parlerons pas dans ce travail.

- **Prise en charge expectative**

L'avortement spontané avec expulsion partielle des produits de conception se résout parfois en tant que partie du processus naturel. Avec le temps, le contenu utérin restant sera expulsé sans intervention. Le fait de permettre ce processus est la prise en charge expectative. Pendant ce temps, le prestataire doit surveiller la patiente pour détecter tout signe de complication et s'assurer que l'évacuation utérine a eu lieu. Il est nécessaire de suivre les directives locales pour offrir cette option aux femmes. En général, il ne faut offrir la prise en charge expectative que dans les circonstances suivantes :

- Patientes avec un avortement spontané sans complication ;

-Soins compétents et services d'urgence disponibles en cas de complication ;

-Ultrason et surveillance de hCG disponibles **[26].**

- **Prise en charge des complications des avortements**

Les soins d'urgence pour les complications faisant suite à un avortement comprennent :

- une évaluation initiale pour établir la présence de complications ;

- un entretien avec la femme à propos de sa condition et du traitement prévu ;

- un examen médical bref mais minutieux ;

- la référence ou le transfert rapide (après stabilisation des conditions d'urgence) d'une femme qui a besoin de soins dépassant la compétence de la formation sanitaire où elle s'est présentée ;

- le traitement des complications.

Le traitement des complications de l'avortement est fonction du type de complication. Dans tous les cas, les thérapeutiques utilisées sont médicales et/ou chirurgicales.

- **Thérapeutiques médicales**

- La transfusion iso-groupe iso-rhésus guidée par le taux d'hémoglobine et le groupage sanguin rhésus. Elle est nécessaire en cas de perte sanguine excessive ou d'état de choc.

- La séroprophylaxie antitétanique pour prévenir le tétanos.

- Le sérum anti D pour la prévention d'une immunisation rhésus chez les patientes rhésus négatif quel que soit la cause de l'avortement. Une injection intraveineuse stricte d'une dose standard de 100 mg d'immunoglobuline anti-D sera faite chez ces patientes après la 12^{e} SA. Il est déconseillé l'administration d'immunoglobuline anti-D avant la 12^{e} SA **[1].**

- L'antibiothérapie en cas d'infection avérée mais aussi parfois à titre préventif. Les antibiotiques les plus couramment utilisés sont : l'ampicilline ou l'amoxicilline, la gentamicine, la ceftriaxone, le métronidazole.

- Les anticoagulants pour les thrombophlébites et embolies.

- Le diazépam pour lutter contre les spasmes du tétanos.

- La perfusion de fibrinogène en cas d'afibrinogénémie.

- L'utilisation d'antalgiques pour calmer la douleur, symptôme très fréquent en consultation post-abortum. Le choix de l'antalgique tient compte des conditions cliniques et précautions à prendre pour chaque type d'antalgique.

- Les antipyrétiques pour lutter contre la fièvre.

- Les utérotoniques pour une bonne rétraction utérine **[27].**

- **Techniques chirurgicales**

Elles peuvent être simples ou compliquées.

-Simples : l'évacuation utérine, la suture vaginale ou cervicale.

-Compliquées : il peut s'agir de laparotomie, d'hystérectomie ; de colpotomie ou d'un drainage d'un abcès du Douglas ou pelvien par exemple **[27].**

1.6.3.2 Counseling

Le counseling doit être intégré au cours de tous les soins d'avortement. Il est impossible d'énumérer tous les points de counseling dont chaque patiente a besoin et quand ils seront nécessaires. Le contenu, la synchronisation et le contexte du counseling varieront d'une patiente à une autre. Le prestataire doit considérer que la patiente aura besoin de **counseling avant, pendant, et après la procédure**. Il faut s'assurer que toute l'information sur les soins de santé est expliquée dans le langage que la patiente comprend. Expliquer également tous les termes médicaux et encourager toujours la patiente à poser ses questions et ses préoccupations éventuelles.

Avant la procédure, il faut entre autres expliquer le type d'évacuation et comment la procédure se déroule et introduire le counseling en planification familiale (PF).

Pendant la séance, il consistera à expliquer ce qui se fait, à fournir la rassurance nécessaire sans oublier de l'informer à la fin de la procédure.

Après l'avortement, il consiste à explorer les émotions et préoccupations de la patiente et utiliser l'échelle d'évaluation de la douleur pour pouvoir la gérer. Avant son départ de l'hôpital, elle sera conseillée sur les signes de danger et la réponse appropriée, la contraception sera discutée ainsi que les soins de suivi **[26].**

1.6.3.3 Offre des soins de contraception

Les méthodes contraceptives sont multiples et classées comme suit :

- les contraceptions naturelles,

- les contraceptions locales et de barrière,

- les contraceptions hormonales,

- les contraceptions d'urgence

- les dispositifs utérins,

- les méthodes chirurgicales.

Les SAA sont incomplets s'ils ne comportent pas des services de planification familiale. Les patientes qui ont fait un choix libre et éclairé d'une méthode sont plus susceptibles d'être satisfaites par la méthode et de continuer à l'utiliser efficacement **[28].** En fonction de l'état clinique et du temps après l'avortement, certains groupes de contraceptifs pourront être proposés à la patiente.

Si la patiente est en bonne santé et n'a aucune infection, les méthodes de planification familiale qui pourront être conseillées sans risque après un avortement incomplet sont : les préservatifs, les contraceptifs oraux ("la pilule"), les contraceptifs injectables, les implants, le diaphragme ou cape cervicale, le dispositif intra-utérin, la contraception chirurgicale volontaire masculine ou féminine **[28].**

1.6.3.4 Offre des services de reproduction et autres services de santé

Les services de santé de la reproduction et d'autres services de santé peuvent inclure :

-l'éducation pour la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles dont le virus de l'immunodéficience humaine ;

-le diagnostic, les conseils et un traitement pour l'infertilité ;

-l'éducation en matière de nutrition et d'hygiène ;

-le dépistage et la référence des cas de cancer **[9].**

1.6.3.5 Participation communautaire

De même que dans le cas d'autres services de santé essentiels, les systèmes de santé ont l'obligation de mettre les SCA à disposition des communautés dans lesquelles vivent et travaillent des femmes. Les communautés peuvent remplir un rôle déterminant dans la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles en établissant des partenariats avec les établissements de santé qui proposent des soins et services de santé sexuelle et reproductive en vue de garantir que les femmes disposent des informations, du soutien et des moyens d'accès aux soins dont elles ont besoin **[16].**

Parallèlement, les prestataires de soins, eux aussi, peuvent établir des liens avec les membres de la communauté en vue d'initier la mise en place de partenariat de ce type. En travaillant en étroite collaboration avec les communautés qu'ils servent, les prestataires de soins sont à même de mieux comprendre les circonstances dans lesquelles vivent les femmes, les obstacles qui les empêchent d'obtenir des soins, et peuvent apprendre ce que les femmes considèrent comme des soins de qualité optimale **[16].**

1.6.4 Cadre légal de l'avortement au Bénin

A travers le monde, les lois sur l'avortement sont variables. Elles vont de l'autorisation à la demande de la femme jusqu'à l'interdiction totale. Pendant que certains revendiquent l'avortement comme un droit humain, sexuel et reproductif, d'autres le condamnent au nom du droit à la vie de l'embryon **[2].**

En effet, le Bénin du fait de son passé colonial a été durant longtemps sous la contrainte de la loi française de 1920 qui interdisait l'accès à l'avortement et à la contraception **[17].** Avant 2003, l'avortement était réglementé au Bénin par le

code de déontologie médicale de 1973 qui spécifiait que l'avortement pouvait uniquement être pratiqué dans le but de sauver la vie de la femme et seulement si le médecin en charge avait consulté deux autres médecins prêts à certifier par écrit que l'avortement était bien une nécessité thérapeutique. En 2003, une partie du voile se lève et une nouvelle loi fut votée et promulguée et ladite loi est relative à la santé sexuelle et reproductive. Dans l'article 17 de cette loi, il est défini les conditions dans lesquelles se réaliseront l'IVG au Bénin **[6, 18].** Ces conditions sont les suivantes :

- *lorsque la poursuite de la grossesse met en danger la vie et la santé de la femme enceinte ;*

- *à la demande de la femme, lorsque la grossesse est la conséquence d'un viol ou d'une relation incestueuse ;*

- *lorsque l'enfant à naître est atteint d'une affection d'une particulière gravité au moment du diagnostic* **[18].**

Face aux complications lourdes de l'avortement, l'ancienne loi sur la santé sexuelle et reproductive n°2003-04 a connu une modification en ses articles 17 et 19. Elle est actuellement appelée loi n°2021-12 du 20 décembre 2021 modifiant et complétant la loi n° 2003-04 du 03 mars 2003 relative à la santé sexuelle et à la reproduction. Cette nouvelle loi en son article 17-1 prévoit désormais au Bénin une IVG sur prescription du médecin lorsque :

-*la poursuite de la grossesse met en danger la vie ou la santé de la femme enceinte ;*

-*la grossesse est la conséquence d'un viol ou d'une relation incestueuse et que la demande est faite par la femme enceinte s'il s'agit d'une majeure ou par ses représentants légaux s'il s'agit d'une mineure ;*

-*l'enfant à naitre est atteint d'une affection d'une particulière gravité au moment du diagnostic* **[19].**

L'article 17-2 stipule :

<<A la demande de la femme enceinte, l'interruption volontaire de la grossesse peut être autorisée, lorsque la grossesse est susceptible d'aggraver ou d'occasionner une situation de détresse matérielle, éducationnelle, professionnelle ou morale incompatible avec l'intérêt de la femme et/ou de l'enfant à naitre.>>

L'article 17-3 mentionne que cette IVG ne peut avoir lieu après douze semaines d'aménorrhée **[19].**

L'article 19 quant à elle prévoit les dispositions pénales en rapport avec l'IVG au Bénin.

2.Cadre et méthode d’étude

2.1 Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée à Cotonou, la capitale économique du Bénin. Elle a impliqué un centre de référence : le CHU-MEL et quatre centres de santé périphériques situés dans quatre zones sanitaires différentes de la ville.

Bref aperçu de la ville de Cotonou

La ville de Cotonou, capitale économique du Bénin et située dans le département du Littoral, est une région côtière limitée dans sa zone méridionale par l'océan Atlantique.

Sur le plan sanitaire, la ville est subdivisée en 4 zones sanitaires et 6 communes sanitaires résumées dans le tableau-ci-après.

Tableau IV : Zones sanitaires de la ville de Cotonou

Zone sanitaire	Commune sanitaire	Arrondissements urbains couverts
Cotonou 1 et 4	Cotonou 1	5e arrondissement
	Cotonou 4	6e arrondissement
Cotonou 2 et 3	Cotonou 2	4e arrondissement
	Cotonou 3	1er, 2e et 3e arrondissement
Cotonou 5	Cotonou 5	7e,8e,9e et 10e arrondissement
Cotonou 6	Cotonou 6	11e, 12e et 13e arrondissement

2.1.1 Centre hospitalier universitaire de la mère et de l'enfant Lagune

Le CHU-MEL est situé à Tokpa Hoho dans le 5ème Arrondissement de la ville de Cotonou au bord de la lagune. Créé depuis 1958, le CHU-MEL est un établissement public à caractère social, un Hôpital de référence dans les domaines de la gynécologie, de l'obstétrique et de la pédiatrie. Trois principales missions sont attribuées à ce centre : les soins, la formation et la recherche.

D'un point de vue organisationnel, on distingue le service médical de la mère, le service médical de l'enfant et les services transversaux. Le service ayant fait l'objet de notre étude est le service médical de la mère.

- **Les infrastructures**

Le service médical de la mère abrite différents sous-secteurs :

-le secteur des consultations externes : consultation prénatale, consultation gynécologique, consultation post-natale, planification familiale, kinésithérapie ;

-le bloc obstétrical regroupant le service des urgences, la salle d'accouchement, la salle de dilatation et le bloc opératoire ;

-le secteur d'hospitalisation maternelle : bâtiment D et G ;

-le service de réanimation ;

-les soins intensifs et

-le secteur de la vaccination (secteur commun au service de la mère et de l'enfant).

- **Les ressources humaines**

Elles sont constituées par :
-les médecins gynécologues obstétriciens
-les médecins anesthésistes-réanimateurs
-les sages-femmes
-les aides-soignants(es)
-les infirmiers(ières)
Le personnel est aidé dans ses fonctions par des médecins en spécialisation de gynécologie-obstétrique, les étudiants(es) en médecine, les étudiantes sages-femmes, des élèves infirmières et infirmiers.

➢ **Les activités**

Le service médical de la mère assure les activités suivantes :

- Les prestations de soins
  - Les consultations prénatales, postnatales et gynécologiques ;
  - Les accouchements ;
  - Les interventions chirurgicales ;
  - La vaccination ;
  - Le planning familial,
  - Le dépistage du cancer du col,
  - Les activités de la PTME chez les PVVIH
- Les activités de formation (stage pratique pour les étudiantes sages-femmes, les infirmières et infirmiers, les étudiants en médecine et les médecins en spécialisation).
- Des travaux de recherches à travers des thèses de doctorat d'état en médecine, des mémoires de fin de formation et d'autres publications médicales.

2.1.2 Centre de sante d'Ahouansori-ague

Le centre de santé d'Ahouansori-Agué appartient à la zone sanitaire Cotonou 1-4. Il est situé dans le 6e arrondissement de la ville de Cotonou à proximité du collège d'enseignement général Le Lac et à environ un kilomètre de l'église catholique Sainte Cécile d'Ahouansori.

Son secteur médical est constitué d'un dispensaire, d'un service de vaccination et d'un service de maternité.

Le service de maternité assure les consultations pré et postnatales, les consultations gynécologiques, l'accouchement et la planification familiale.

Le personnel est constitué des infirmiers(ières), des sages-femmes et des aides-soignants.

2.1.3 Maternité de Missessin

La maternité de Missessin appartient à la zone sanitaire Cotonou 2-3. Elle est située dans le 4e arrondissement de la ville de Cotonou en face de la place Lénine à côté de la recette de perception d'Akpakpa-centre, à deux kilomètres environ de l'église catholique Sacré-Cœur de Cotonou.

Elle abrite plusieurs secteurs médicaux dont le secteur maternité, la pédiatrie, un dispensaire, un laboratoire d'analyses biomédicales, une officine de pharmacie et le service de vaccination. Le service de maternité a en charge les consultations pré et post-natales, les consultations gynécologiques, les accouchements et les activités de planification familiale.

Le personnel est constitué d'un médecin généraliste, d'un gynécologue obstétricien disponible uniquement par téléphone, des infirmiers(ières), des sages-femmes et des aides-soignants.

2.1.4 Centre de santé d'arrondissement de Zogbo

Situé dans le 9e arrondissement de la ville de Cotonou, le centre de santé de Zogbo fait partie de la zone sanitaire Cotonou 5.

Il abrite en son sein un secteur de maternité, un dispensaire et d'autres services communs dont un laboratoire d'analyses biomédicales, une officine de pharmacie, un service de vaccination.

Le secteur de la maternité assure les consultations pré et post-natales, les consultations gynécologiques, les accouchements, les hospitalisations et les activités de planification familiale.

Son personnel est constitué par un médecin généraliste, des infirmiers(ières), des sages-femmes et des aides-soignants.

2.1.5 Centre de santé de Houénoussou

Le centre de santé de Houénoussou est inclus dans la zone sanitaire Cotonou 6. Il est situé dans le 13e arrondissement de Cotonou au quartier Ahogbohouè.

Son secteur médical est constitué d'un bloc maternité, un service d'ophtalmologie, un service de médecine, un service d'échographie, un service d'hygiène et un service de laboratoire d'analyses biomédicales. Les activités attribuées au secteur maternité sont les consultations pré et post-natales, les accouchements et les activités de planification familiale.

Le personnel du centre est constitué par un médecin généraliste, des infirmiers(ières), des sages-femmes, des aides-soignants et un assistant social.

2.2 Méthode d'étude

2.2.1 Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive et analytique qui s'est déroulée sur une période de trois mois allant du 4 octobre 2021 au 2 janvier 2022.

2.2.2 Population d'étude

Notre population d'étude a regroupé d'une part le personnel soignant et d'autre part les femmes prises en charge pour avortement pendant la période d'étude.

Concernant le personnel soignant, il s'est agi des :

- médecins gynécologues obstétriciens,

- médecins en spécialisation de gynécologie-obstétrique,

- sages-femmes et infirmiers(ères) en service au bloc technique (urgence, dilatation, accouchement) et au planning familial.

S'agissant des femmes prises en charge pour avortement, nous nous sommes servis de leur dossier médical pour une appréciation objective de la pratique des SCA.

- **Critères d'inclusion**

Ont été inclus dans l'étude :

- Les médecins gynécologues obstétriciens, les médecins en spécialisation de gynécologie obstétrique, les sages-femmes et les infirmiers (ères) en service dans lesdites maternités, ayant une expérience professionnelle de 6 mois au moins et ayant donné leur accord pour participer à l'étude ;

- Les patientes prises en charge durant la période d'étude pour un avortement.

- **Critères d'exclusion**

- Le personnel soignant absent au poste au moment de l'enquête ou ayant désisté secondairement ;

-Les patientes dont les dossiers n'ont pas été retrouvés ou renseignés.

2.2.3 Échantillonnage

Méthode et technique d'échantillonnage

L'échantillonnage était non probabiliste avec recrutement exhaustif des cibles remplissant les critères d'inclusion.

Taille de l'échantillon

Notre échantillon était constitué de 56 agents de santé et de 50 patientes prises en charge pour avortement pendant la période d'étude.

2.2.4 Variables étudiées

Variable dépendante

La variable dépendante de l'étude est représentée par les soins complets d'avortement selon les aspects disponibilité, connaissance, attitude et pratique.

Variables indépendantes

- **Variables indépendantes liées à la disponibilité**
  - Disponibilité des ressources humaines ;
  - Disponibilité des ressources matérielles et des services offerts
- **Variables indépendantes liées aux connaissances des prestataires**
  - Connaissances générales de l'avortement ;
  - Connaissance globale du concept des SCA ;
  - Connaissance des méthodes d'évacuation utérine ;
  - Connaissance du cadre légal béninois.
- **Variables indépendantes liées aux attitudes des prestataires**
  - Efficacité et pertinence des soins complets d'avortement ;
  - Intérêt d'une formation en soins complets d'avortement ;
  - Intérêt et choix des manœuvres d'évacuation utérine ;
  - Intérêt de l'antibioprophylaxie, des utérotoniques ;
  - Nécessité des utérotoniques et autres soins associés dans la prise en charge des avortements ;
  - Ressentis face à un avortement spontané et face à un avortement provoqué.
- **Variables indépendantes liées aux pratiques des prestataires**
  - Méthode d'évacuation utérine ;
  - Traitement associé à l'évacuation utérine ;
  - Autres soins et évolution.

- **Variables en rapport avec les caractéristiques socio-professionnelles des prestataires**
  - Âge, sexe, religion, situation matrimoniale ;
  - Qualification de l'agent, nombre d'années d'exercice de la fonction, le type d'établissement d'exercice.
- **Variables liées aux caractéristiques des patientes**
  - Caractéristiques sociodémographiques de la patiente : âge, profession, nationalité, situation matrimoniale, âge et profession du procréateur ;
  - Antécédents médicaux ;
  - Antécédents gynéco-obstétricaux ;
  - Renseignements cliniques : renseignement des plaintes à l'admission, réalisation d'un examen physique et d'examens paracliniques, pose d'un diagnostic et distinction des complications.

Opérationnalisation des variables

- **Critères de jugement pour la disponibilité des SCA**

Il s'agissait de la disponibilité effective des ressources humaines et matérielles ainsi que des services offerts dans le cadre des SCA.

Pour les ressources humaines, la disponibilité était évaluée selon que l'agent soit disponible 24h/24, disponible 5jours/7, disponible uniquement par téléphone ou qu'il ne soit pas disponible.

Pour les ressources matérielles et les services de SCA, il s'agissait d'évaluer selon que les ressources soient toujours, souvent, parfois ou ne soient jamais disponibles.

Un score global de la disponibilité des SCA a été calculé en faisant la moyenne de la disponibilité des ressources humaines et matérielles dans les centres d'étude.

- **Critères de jugement pour les connaissances, attitudes et pratiques des SCA**

La grille d'évaluation a été élaborée par référence au modèle proposé par **Essi et al**. pour l'évaluation des différentes composantes **[29].**

Ainsi, l'évaluation du niveau de connaissance a été quantifiée et restituée en 4 niveaux (mauvais, insuffisant, moyen et bon).

- < 50% de bonnes réponses = Mauvais
- [50- 65%[de bonnes réponses = Insuffisant
- [65- 85%[de bonnes réponses = Moyen
- ≥ 85% de bonnes réponses = Bon

Pour ce qui concerne l'attitude, la grille d'analyse a mis l'accent sur la qualification des verbatim. 4 critères (juste, approximatif, erroné et néfaste).

- < 50% de bonnes réponses = néfaste
- [50- 65%[de bonnes réponses = erroné
- [65- 85%[de bonnes réponses = approximatif
- ≥ 85% de bonnes réponses = juste

L'appréciation de la pratique a été faite en 3 niveaux (néfaste, inadéquat, adéquat).

- < 50% de bonnes réponses = néfaste
- [50- 85%[de bonnes réponses = inadéquat
- ≥ 85% de bonnes réponses = adéquat

Le score CAP global basé sur une adaptation du modèle proposé par **Essi et al.** a été calculé en faisant la moyenne des scores de la connaissance, des attitudes et des pratiques.

Trois critères ont été utilisés pour apprécier le score CAP global :

- Score global < 50% = mauvais
- Score global [50% - 85%[= acceptable
- Score global ≥ 85% = bon

Méthode de notation globale

- Une bonne réponse cochée juste a valu 1 point
- Une mauvaise réponse cochée ou la réponse « je ne sais pas » a valu 0 point.

2.2.5 Collecte de données

- **Equipe de collecte**

Les données ont été collectées par nous-mêmes aidé par une équipe de six enquêteurs dûment formés à l'étude et à l'utilisation des fiches.

- **Source de collecte des données**

Les données en rapport avec la disponibilité des soins complets d'avortement ont été recueillies sur place avec l'aide des responsables de ces maternités.

Les connaissances et attitudes ont été renseignées auprès du personnel soignant.

Les dossiers des patientes ont servi aux renseignements en rapport avec l'observation pratique. Ces dossiers ont été identifiés grâce aux registres des urgences, du bloc opératoire, de l'AMIU et de la salle de dilatation.

- **Technique et outils de collecte**

Après un pré-test effectué dans l'une des maternités choisie au hasard, la collecte s'est déroulée en 03 phases :

1ère phase : appréciation de la disponibilité du matériel et des ressources humaines par remplissage des fiches conçues à cet effet.

2e phase : enquête du personnel par l'administration d'un questionnaire relatif aux connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis des soins complets d'avortement.

3e phase : remplissage des fiches d'observation pratique à l'aide des dossiers des patientes prises en charge pour avortement pendant la période d'étude.

2.2.6 Traitement et analyse des données

Au terme de la collecte des données, un dépouillement manuel des fiches de collecte de données a été réalisé en vue de s'assurer de la complétude des données

collectées, de leur cohérence dans le remplissage et de leur validation. La saisie des données était effectuée dans le logiciel Epi Data, version 3.1. Cependant les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 20 (IBM Corporation, New York). Nous avons utilisé des mesures de fréquence pour décrire et analyser les données collectées. Ainsi les variables quantitatives ont été présentées sous forme de moyenne avec leur écart type.

Les variables qualitatives, quant à elles, ont été exprimées sous forme de proportions (%) avec leurs intervalles de confiance. La comparaison des proportions était effectuée avec le test de Chi2 de Pearson (ou le Test exact de Fisher selon que les effectifs théoriques soient inférieurs à 5) au seuil de signification statistique de 5 %.

Le traitement du texte a été fait à l'aide du logiciel d'application Microsoft WORD version 2016 et la confection des tableaux et graphiques grâce aux logiciels d'application Microsoft EXCEL version 2016.

2.2.7 Considérations éthiques

Notre présent travail a été fait dans le respect des normes déontologiques et hiérarchiques. Nous avons sollicité l'autorisation de la directrice départementale de la santé du Littoral et des responsables des différentes formations sanitaires et services de soins concernés. La confidentialité et l'anonymat ont été respectés à toutes les phases de notre étude.

3. Résultats

Nous avons réalisé une étude transversale à visée descriptive et analytique avec collecte prospective des données sur une période de trois mois allant du 4 octobre 2021 au 2 janvier 2022. L'étude a porté sur la disponibilité, les connaissances, attitudes et pratiques des soins complets d'avortement (SCA) dans cinq formations sanitaires de Cotonou et les résultats sont présentés en cinq points, à savoir :

- Les caractéristiques des centres et des agents de santé enquêtés ;
- La disponibilité des SCA ;
- Les connaissances du personnel de santé sur les SCA ;
- Les attitudes du personnel vis-à-vis des SCA ;
- Et les pratiques des SCA.

L'étude a impliqué 56 agents de santé ainsi que 50 dossiers de patientes prises en charge pour avortement pendant la période d'étude.

3.1 Caractéristiques des centres d'étude et des agents de santé enquêtés

3.1.1 Centres d'étude

Notre étude a concerné cinq formations sanitaires de la ville de Cotonou dont quatre centres de santé périphériques et un centre hospitalier universitaire.

3.1.2 Caractéristiques socio-professionnelles des agents de santé enquêtés

Dans nos centres d'étude, nous avons enquêté au total 56 agents de santé.

3.1.2.1 Age, sexe, religion

L'âge moyen des agents était de 38,4±8,1 ans avec les extrêmes de 24 et de 54 ans. Les agents de 35 à 44 ans étaient les plus représentés avec une proportion de 42,9%. La plupart des agents étaient des femmes avec un sex ratio à 0,3. La religion chrétienne était celle prédominante avec une proportion de 51 agents de santé sur 56, soit 91,1%.

Tableau V : Répartition des agents de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction de la tranche d'âge, du sexe et de la religion

	Effectifs **(N=56)**	%
Tranche d'âge		
[24-34]	21	37,5
[35-44]	24	42,9
[45-54]	11	19,6
Sexe		
Masculin	13	23,2
Féminin	43	76,8
Religion		
Chrétienne	51	91,1
Musulmane	04	07,1
Athée	01	01,8

3.1.2.2 Situation matrimoniale et catégorie socio-professionnelle

Parmi les 56 enquêtés, plus de la moitié, soit 33 agents (58,9%) étaient mariés et 35 (62,5%) étaient des sages-femmes.

Tableau VI : Répartition des agents de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction de la situation matrimoniale et de la catégorie socio-professionnelle

	Effectifs **(N=56)**	%
Situation matrimoniale		
Marié(e)	33	58,9
En concubinage	11	19,6
Célibataire	10	17,9
Veuf(ve)/divorcé(e)	02	03,6
Catégorie socio-professionnelle		
Sage-femme	35	62,5
Médecin (généraliste et/ou gynécologue-obstétricien)	16	28,6
Infirmier (ière)	05	08,9

3.1.2.3 Nombre d'années d'expérience professionnelle, de pratique des soins d'avortement et suivi d'au moins une formation sur les soins après avortement

Sur les 56 agents, 32 soit 57,1% avaient moins de 5 années d'expérience professionnelle et 25, soit 44,6% avaient moins de 5 années de pratique des soins d'avortement. Le nombre moyen d'années d'expérience professionnelle était de 12,75 ans ± 8,55 avec les extrêmes de 1 et 30 ans. Pour la pratique des soins d'avortement, le nombre moyen d'années était de 6,75 ans ± 6,8 avec les extrêmes de 0 et 25 ans.

Dans ce même échantillon, 41 agents sur les 56, soit 73,2% avaient suivi au moins une fois une formation sur les SAA.

Tableau VII : Répartition des agents de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction du nombre d'années d'expérience professionnelle, de pratique des soins d'avortement et du suivi d'une formation sur les soins après avortement

	Effectifs **(N=56)**	%
Années d'expérience professionnelle (ans)		
< 5	32	57,1
[5-10[	15	26,8
> 10	09	16,1
Années de pratique des soins d'avortement (ans)		
< 5	25	44,6
[5-10[	17	30,4
> 10	14	25,0
Avoir suivi au moins une formation sur les SAA	41	73,2

3.1.2.4 Type d'établissement d'exercice

Parmi les prestataires enquêtés, 39 sur les 56, soit 69,6% exerçaient dans un centre hospitalier universitaire et les autres dans un centre de santé périphérique.

Tableau VIII : Répartition des agents de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction du type d'établissement d'exercice

	Effectifs **(N=56)**	%
Type d'établissement d'exercice		
Centre hospitalier universitaire	39	69,6
Centre de santé périphérique	17	30,4
Total	56	100

3.2 Disponibilité

Au cours de notre étude, nous avons répertorié dans les 5 centres, la disponibilité des ressources humaines et matérielles nécessaires pour les SCA.

3.2.1 Disponibilité des ressources humaines pour les SCA

Sur les 5 centres enquêtés, 3 ne disposaient pas dans leur personnel de médecin gynécologue obstétricien ni d'autres médecins spécialistes. Quatre disposaient d'un médecin généraliste pendant 5 jours sur 7. Les sages-femmes étaient quant à elles disponibles 24h/24, 7jours sur 7 dans tous les centres.

Tableau IX : Répartition des établissements de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction de la disponibilité des ressources humaines

	Effectifs **(N=5)**	Proportion
Médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique		
Disponible 24h/24, 7 jours/7	1	1/5
Disponible uniquement par téléphone	1	1/5
Non disponible	3	3/5
Autre médecin spécialiste		
Disponible 24h/24, 7 jours/7	1	1/5
Disponible uniquement par téléphone	1	1/5
Non disponible	3	3/5
Médecin généraliste		
Disponible 5 jours /7	4	4/5
Non disponible	1	1/5
Sage-femme		
Disponible 24h/24, 7 jours/7	5	5/5

Les assistantes sociales n'étaient pas disponibles dans 3 des centres. Seulement un centre sur cinq disposait de psychologues ou d'agents de santé

communautaires. Par contre, les aides-soignants et les auxiliaires en pharmacie/pharmaciens étaient disponibles dans tous les centres.

Tableau X : Répartition des établissements de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction de la disponibilité des ressources humaines (suite)

	Effectifs **(N=5)**	Proportion
Assistante sociale		
Disponible 24h/24, 7 jours/7	1	1/5
Disponible 5 jours /7	1	1/5
Non disponible	3	3/5
Psychologue		
Disponible 5 jours /7	1	1/5
Non disponible	4	4/5
Aide-soignant		
Disponible 24h/24, 7 jours/7	5	5/5
Pharmacien/auxiliaire en pharmacie		
Disponible 24h/24, 7 jours/7	5	5/5
Agent de santé communautaire		
Disponible 24h/24, 7 jours/7	1	1/5
Non disponible	4	4/5

3.2.2 Disponibilité des équipements, matériels et infrastructures pour les SCA

Les équipements et matériels toujours disponibles dans les centres étaient : réfrigérateur, tensiomètre, stéthoscope médical, thermomètre, gants stériles, gants non stériles, compresses stériles, sérum, seringue, aiguille, spéculum vaginal, pince de Pozzi ou de Museux. Certains matériels et équipements ainsi que certaines infrastructures n'étaient pas toujours disponibles dans tous les centres. Le dispositif d'AMIU n'était disponible que dans 3 des 5 centres.

Tableau XI : Répartition des établissements de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction de la disponibilité des équipements, matériels et infrastructures

	Effectifs **(N=5)**	Proportion
Toilettes adaptées		
Toujours disponibles	4	4/5
Dispositif de stérilisation de haut niveau		
Toujours disponible	4	4/5
Equipement minimum de réanimation et oxygène		
Toujours disponible	4	4/5
Disponible la plupart du temps	1	1/5
Pince longuette		
Toujours disponible	4	4/5
Dilatateurs de Hegar (de 4 à 14mm)		
Toujours disponibles	3	3/5
Dispositif d'AMIU		
Toujours disponible	3	3/5
Plat en verre transparent		
Toujours disponible	2	2/5
Curettes de diamètres différents		
Toujours disponibles	3	3/5

3.2.3 Disponibilité des médicaments, produits sanitaires et autres composantes des SCA

Les produits et médicaments toujours disponibles dans tous les centres sont : eau propre, détergent ou savon, agent de désinfection, solution antiseptique aqueuse sans alcool, antibiotiques, analgésiques, lidocaïne ou similaire pour le bloc paracervical, les utérotoniques, les moyens contraceptifs, le fer/acide folique, les solutés de perfusion par voie intraveineuse et le kit de dépistage du VIH.

Les autres produits de santé et les autres composantes des SCA n'étaient pas toujours disponibles dans les centres notamment la transfusion sanguine qui n'était disponible que dans un centre.

Tableau XII : Répartition des établissements de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction de la disponibilité des médicaments et produits sanitaires pour les SCA

	Effectifs **(N=5)**	Proportion
Produits sanguins		
Toujours disponibles	1	1/5
Sérum anti D		
Toujours disponible	4	4/5
Solution IVA et/ou IVL pour dépistage du cancer du col de l'utérus		
Toujours disponible	3	3/5

3.2.4 Disponibilité d'un partenariat avec la communauté

Le partenariat avec la communauté s'est souvent établi dans 2 parmi les 5 centres d'étude.

Tableau XIII : Répartition des établissements de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction de la disponibilité d'un partenariat avec la communauté

	Effectifs **(N=50)**	Proportion
Disponibilité d'un partenariat avec la communauté		
Toujours	1	1/5
Souvent	2	2/5
Parfois	1	1/5
Jamais	1	1/5
Total	5	5/5

3.2.5 Score global de la disponibilité des SCA

La disponibilité globale des ressources humaines nécessaires pour les SCA dans notre étude était de 45% et celle des ressources matérielles nécessaires était de 56,7%. La disponibilité globale des SCA dans les 05 maternités enquêtées était de 50,85%.

3.3 Connaissances

Notre étude a permis d'apprécier les connaissances des agents sur les SCA.

3.3.1 Connaissances générales sur l'avortement

Dans notre échantillon, tous les 56 agents avaient entendu parler de l'avortement et 89,3% soit 50 agents l'avaient entendu au cours de leur formation initiale. Une bonne définition de l'avortement a été donnée par 29 agents, soit 51,8%. La plupart des agents, soit 52 sur 56 (92,9%) connaissaient les signes cliniques d'un avortement et les complications d'un avortement ont été reconnues par la majorité

des agents. La névrose était la complication la moins connue des avortements et elle était citée par 33,9% des agents (19/56).

Tableau XIV : Répartition des agents de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction des connaissances générales sur l'avortement

	Effectifs **(N=56)**	%
Avoir entendu parlé de l'avortement	56	100,0
Source d'information		
Au cours de leur formation initiale	50	89,3
Au cours d'une formation continue	04	07,1
Dans les médias	02	03,6
Bonne définition de l'avortement		
Oui	29	51,8
Non	27	48,2
Connaissance des signes cliniques		
Métrorragies	52	92,9
Douleurs pelviennes	52	92,9
Connaissance des complications		
Stérilité	53	94,6
Endométrite	52	92,9
Perforation utérine	47	83,9
Hémorragie	46	82,1
Péritonite	39	69,6
Névrose	19	33,9

3.3.2 Connaissance des composantes des soins complets d'avortement

Tous les agents de santé enquêtés avaient connaissance d'au moins une composante des SCA. Les composantes les plus connues étaient l'offre de la contraception (87,5%), le counseling (83,9%) et le traitement de l'avortement à risque et de ses complications (80,4%). La composante la moins connue était la participation communautaire qui était citée par 25 agents sur 56, soit 44,6%. Certains agents de l'étude avaient cité des composantes qui ne faisaient pas partie de ce concept telles que la réanimation néonatale et l'accouchement sécurisé.

Tableau XV : Répartition des agents de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction des connaissances des composantes des SCA

	Effectifs **(N=56)**	%
Composants des SCA		
Avortement sécurisé	34	60,7
Offre de la contraception	49	87,5
Counseling	47	83,9
Traitement de l'avortement à risque et de ses complications	45	80,4
Offre des soins de reproduction et autres services de santé	33	58,9
Participation communautaire	25	44,6

3.3.3 Méthodes d'évacuation utérine

Presque la totalité des agents, soit 54 sur les 56 (96,4%) avaient reconnu l'AMIU comme méthode d'évacuation utérine. Les autres méthodes d'évacuation utérine au cours d'un avortement étaient moins connues. Certaines mauvaises réponses étaient mentionnées telles que la révision utérine.

Tableau XVI : Répartition des agents de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction des méthodes d'évacuation utérine connues

	Effectifs **(N=56)**	%
AMIU	54	96,4
Curetage	48	85,7
Curage	43	76,8
Dilatation et évacuation	26	46,4
Administration de misoprostol	45	80,4
Administration de mifépristone puis misoprostol	26	46,4

3.3.4 Connaissance du cadre légal béninois sur l'avortement

La majorité des sujets de notre étude (51 sur 56), soit 91,1% avaient connaissance d'une loi encadrant l'avortement au Bénin. Plus de 45 sur 56 agents, soit plus de 80% connaissaient les conditions légales béninoises pour un avortement.

Tableau XVII : Répartition des agents de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction de la connaissance du cadre légal béninois sur l'avortement

	Effectifs **(N=56)**	%
Connaissance de la loi encadrant l'avortement au Bénin	51	91,1
Conditions légales pour l'avortement au Bénin		
A la demande de la femme si la grossesse est issue d'un viol ou d'un inceste	48	85,7
Si l'évolution de la grossesse est susceptible de porter atteinte à la vie de la femme	47	83,9
Si l'enfant à naître présente une tare incompatible avec la vie	45	80,4

3.3.5 Score global de connaissance

Sur les 56 agents de l'étude, 31 soit 55,4% des prestataires enquêtés avaient un niveau de connaissance moyen et 20 agents, soit 35,7% un niveau bon. Deux agents, soit 3,6% avaient un niveau insuffisant et 3 agents, soit 5,4% avaient un niveau mauvais de connaissance des SCA.

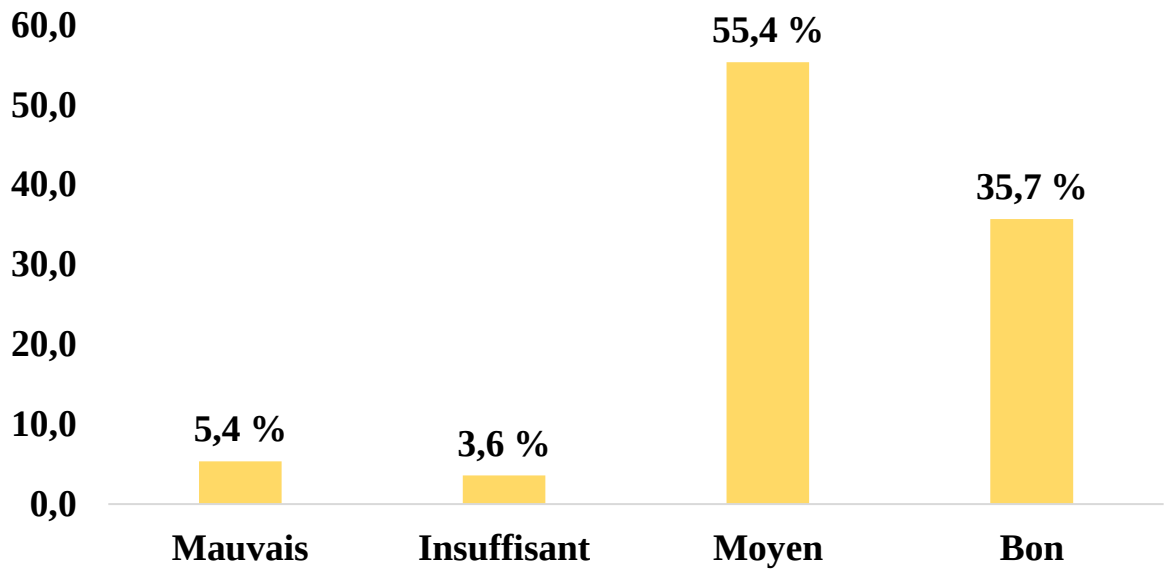


Figure 15 : Répartition des agents de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction de leur niveau de connaissance des SCA (N=56)

3.3.6 Facteurs influençant les connaissances des agents

Il existait une association significative entre le niveau de connaissance des agents de santé sur les SCA et la religion (p-value=0,011). Le niveau de connaissance était également influencé par la catégorie socioprofessionnelle des agents (p-value=0,038). Aucune relation significative n'existait entre le niveau de connaissance des SCA chez les agents enquêtés et les autres données sociodémographiques et professionnelles renseignées dans le tableau ci-dessous.

Tableau XVIII : Répartition du niveau de connaissance des agents enquêtés en 2021 en fonction des données sociodémographiques et professionnelles

	N	Bonne connaissance				p-value
		Oui		Non		
		n	%	n	%	
Sexe						
Masculin	13	12	92,3	1	7,7	0,858
Féminin	43	39	90,7	4	9,3	
Religion						
Chrétienne	51	48	94,1	3	5,9	**0,011**
Musulmane	04	02	50,0	2	50,0	
Athée	01	01	100,0	0	0,0	
Situation matrimoniale						
Célibataire	10	08	80,0	2	20,0	0,595
Marié(e)	33	30	90,9	3	9,1	
En concubinage	11	11	100,0	0	0,0	
Veuf(ve)	01	01	100,0	0	0,0	
Divorcé(e)	01	01	100,0	0	0,0	
Catégorie socioprofessionnelle						
Médecin	16	15	93,8	1	6,3	**0,038**
Sage-femme	35	33	94,3	2	5,7	
Infirmier(ière)	05	03	60,0	2	40,0	
Type d'établissement						
Centre hospitalier universitaire	39	36	92,3	3	7,7	0,623
Centre de santé périphérique	17	15	88,2	2	11,8	
Âge (ans)						
[24-35[	21	20	95,2	1	4,8	0,662
[35-45[	24	21	87,5	3	12,5	
[45-54[	11	10	90,9	1	9,1	
Nombre d'année d'expérience (ans)						
< 5	15	14	93,3	1	6,7	0,477
[5-10]	09	09	100,0	0	0,0	
> 10	32	28	87,5	4	12,5	
Nombre d'année de pratique des SAA (ans)						
< 5	25	23	92,0	2	8,0	0,224
[5-10]	17	14	82,4	3	17,6	
> 10	14	14	100,0	0	0,0	
Avoir suivi une formation sur les SAA						
Oui	41	37	90,2	4	9,8	0,720
Non	15	14	93,3	1	6,7	

3.4 Attitudes

Notre étude a également permis l'identification des attitudes des 56 agents de santé vis-à-vis des soins complets d'avortement.

3.4.1 Efficacité et pertinence des soins complets d'avortement

Dans notre étude, selon la majorité des agents (48 sur 56), soit 85,7%, les SCA sont pertinents. L'avortement sécurisé a été jugé pertinent par 43 des 56 agents, soit 76,8% des prestataires enquêtés. Quant aux SAA, ils ont été reconnus efficaces par la plupart des agents, soit 50 sur les 56 agents, représentant 89,3%.

Tableau XIX : Répartition des agents de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction de leur jugement de l'efficacité et de la pertinence des SCA

	Effectifs **(N=56)**	%
Jugement de la pertinence des SCA		
Pertinent	48	85,7
Pas pertinent	02	03,6
Je ne sais pas	06	10,7
Jugement de la pertinence de l'avortement sécurisé		
Pertinent	43	76,8
Pas pertinent/sans intérêt	03	05,4
Je ne sais pas	10	17,9
Jugement de l'efficacité des SAA		
Efficace	50	89,3
Pas efficace	06	10,7

3.4.2 Intérêt d'une formation en soins complets d'avortement

Selon 51 des 56 agents, soit 91,1% des enquêtés, une formation en SCA pourrait améliorer la morbidité et la mortalité maternelle dans les maternités.

3.4.3 Intérêt et choix des manœuvres d'évacuation utérine

Pour la plupart des prestataires, soit 52 sur les 56 enquêtés (92,9%), les manœuvres d'évacuation utérine sont obligatoires dans les avortements incomplets. Avant la 12^{e} SA, la méthode d'évacuation utérine chirurgicale préférée par la majorité des agents, soit 43 sur 56 (76,8%) est l'aspiration manuelle intra-utérine.

Tableau XX : Répartition des agents de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction du choix des méthodes d'évacuation utérine

	Effectifs **(N=56)**	%
Intérêt des manœuvres d'évacuation utérine dans les avortements incomplets		
Obligatoires	52	92,9
Pas nécessaires	04	07,1
Méthode d'évacuation utérine chirurgicale préférée avant 12 SA		
AMIU	43	76,8
Dilatation et évacuation	10	17,9
Curetage	03	05,4

3.4.4 Nécessité des utérotoniques et autres soins dans la prise en charge des avortements

La majorité des agents de notre étude, soit 44 sur 56 (78,6%) ont jugé nécessaires l'administration des utérotoniques et des autres soins dans la prise en charge des avortements.

Tableau XXI : Répartition des agents de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction des soins nécessaires dans la prise en charge des avortements

	Effectifs **(N=56)**	%
Utérotonique dans la PEC des hémorragies compliquant les AP	54	96,4
Antibioprophylaxie dans la PEC des avortements chirurgicaux	54	96,4
Transfusion sanguine en cas d'hémorragie	52	92,9
Antibioprophylaxie dans les avortements chirurgicaux	47	83,9
Sérum anti-D après la 12e SA si la femme est de rhésus négatif	47	83,9
SAT/VAT si femme non vaccinée	44	78,6

3.4.5 Ressentis et attitudes face à un avortement spontané ou provoqué

Face à un avortement spontané, 43 des 56 agents, soit 76,8% ont affirmé éprouver de l'empathie tandis que face à un avortement provoqué, 24 agents sur 56 (42,9%) ont affirmé ressentir de l'antipathie. Parmi les 56 agents, 40 soit 71,4% étaient favorables à la prise en charge d'un avortement spontané et seulement 24 agents (42,9%) étaient favorables à la prise en charge d'un avortement provoqué et d'un avortement sécurisé. Chez ceux qui n'étaient pas favorables à la prise en charge d'un avortement sécurisé, la principale raison était la religion qui était évoquée chez 16 agents sur 56, soit 59,3% des prestataires.

Tableau XXII : Répartition des agents de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction de leurs ressentis et attitudes face aux avortements

	Effectifs **(N=56)**	%
Ressenti face à un avortement spontané		
Empathie	43	76,8
Antipathie	05	08,9
Aucun sentiment	08	14,3
Ressenti face à un avortement provoqué		
Empathie	21	37,5
Antipathie	24	42,9
Aucun sentiment	11	19,6
Favorable à la prise en charge d'un avortement spontané	40	71,4
Favorable à la prise en charge d'un avortement provoqué	24	42,9
Favorable à la pratique de l'avortement sécurisé	24	42,9
Si non favorable, raison évoquée (n=27)		
Religion	16	59,3
Convenance personnelle	10	37,0
Coutumes	01	03,7

3.4.6 Score attitude

Parmi nos 56 agents enquêtés, 32 soit 57,1% avaient une attitude approximative, 17 agents soit 30,4% une attitude juste, 5 agents soit 8,9% une attitude erronée et 2 agents soit 3,6% une attitude néfaste tel qu'illustré sur la figure ci-dessous.

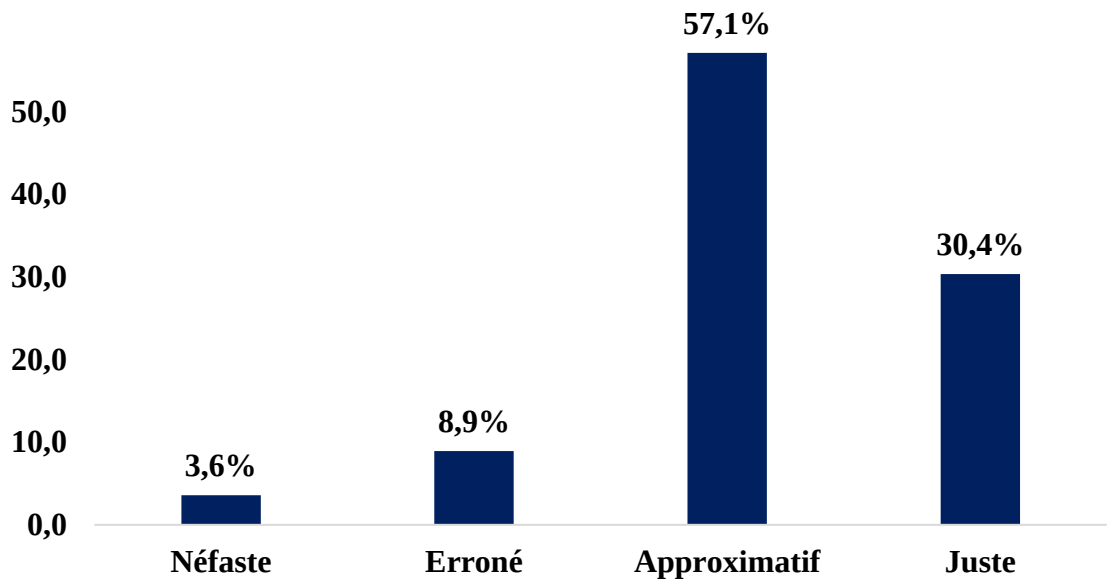


Figure 16 : Répartition des agents de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction de leur type d'attitude vis-à-vis des SCA (N=56)

3.4.7 Facteurs influençant les attitudes des agents

Seule la religion était significativement associée à la bonne attitude observée chez les agents de santé.

Tableau XXIII : Répartition des attitudes des agents enquêtés en 2021 en fonction des données sociodémographiques et professionnelles

	N	Bonne Attitude				p-value
		Oui		Non		
		n	%	N	%	
Sexe						
Masculin	13	11	84,6	2	15,4	0,720
Féminin	43	38	88,4	5	11,6	
Religion						
Chrétienne	51	45	88,2	6	11,8	**0,022**
Musulmane	04	04	100,0	0	0,0	
Athée	01	0	0,0	1	100,0	
Situation matrimoniale						
Célibataire	10	10	100,0	0	0,0	0,418
Marié(e)	33	29	87,9	4	12,1	
En concubinage	11	08	72,7	3	27,3	
Veuf(ve)	01	01	100,0	0	0,0	
Divorcé(e)	01	01	100,0	0	0,0	
Catégorie socioprofessionnelle						
Médecin	16	14	87,5	2	12,5	0,863
Sage-femme	35	31	88,6	4	11,4	
Infirmier(ière)	05	04	80,0	1	20,0	
Type d'établissement						
Centre hospitalier universitaire	39	35	89,7	4	10,3	0,442
Centre de santé	17	14	82,4	3	17,6	
Âge (ans)						
[24-35[	21	18	85,7	3	14,3	0,151
[35-45[	24	23	95,8	1	4,2	
[45-55[	11	08	72,7	3	27,3	
Années d'expérience (ans)						
< 5	15	14	93,3	1	6,7	0,537
[5-10]	09	07	77,8	2	22,2	
>10	32	28	87,5	4	12,5	
Année de pratique des SAA (ans)						
< 5	21	21	84,0	4	16,0	0,720
[5-10]	15	15	88,2	2	11,8	
>10	13	13	92,9	1	7,1	
Avoir suivi une formation sur les SAA						
Oui	41	37	90,2	4	9,8	0,305
Non	15	12	80,0	3	20,0	

3.5 Pratiques

Les pratiques des SCA par les agents de santé ont été évaluées en utilisant les dossiers médicaux de 50 patientes prises en charge pour avortement pendant la période d'étude.

3.5.1 Caractéristiques socio-démographiques des patientes

3.5.1.1 Âge de la patiente

L'âge moyen des patientes était de 26,1±5,6 ans avec les extrêmes de 15 et de 39 ans. Les patientes de 20 à 25 ans étaient les plus représentées avec une proportion de 34%.

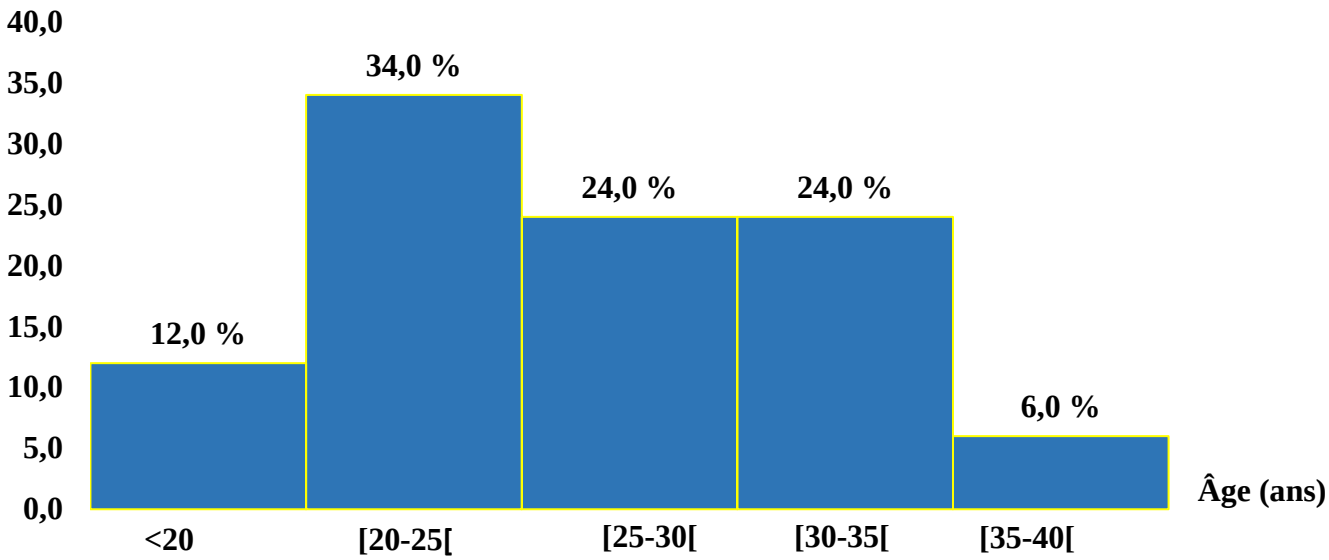


Figure 17: Répartition des patientes enquêtées à Cotonou en 2021 en fonction de leur âge (N=50)

3.5.1.2 Nationalité de la patiente

Dans notre étude, la quasi-totalité des patientes, soit 48 sur 50 (96%) étaient de nationalité béninoise.

3.5.1.3 Situation matrimoniale

La moitié des patientes, soit 25 sur 50 (50%), vivaient en concubinage.

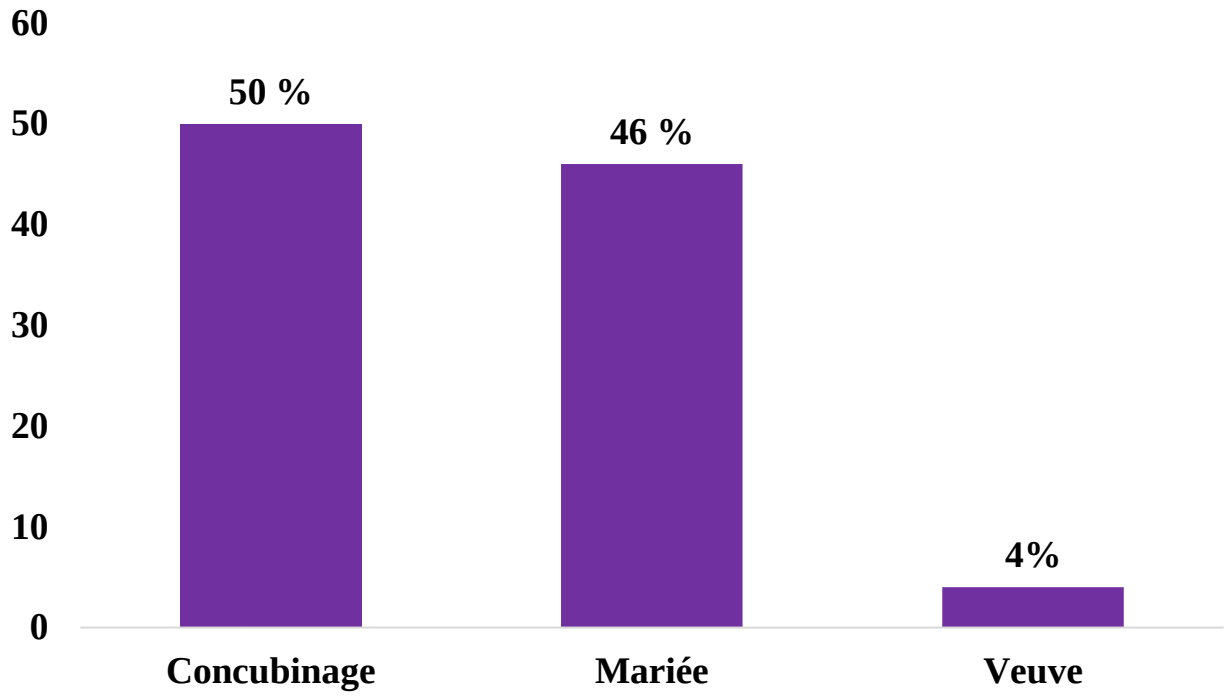


Figure 18 : Répartition des patientes enquêtées à Cotonou en 2021 en fonction de leur situation matrimoniale (N=50)

3.5.1.4 Profession des patientes

Sur les 50 patientes de l'étude, 20 d'entre elles (40%) étaient des artisanes/ouvrières.

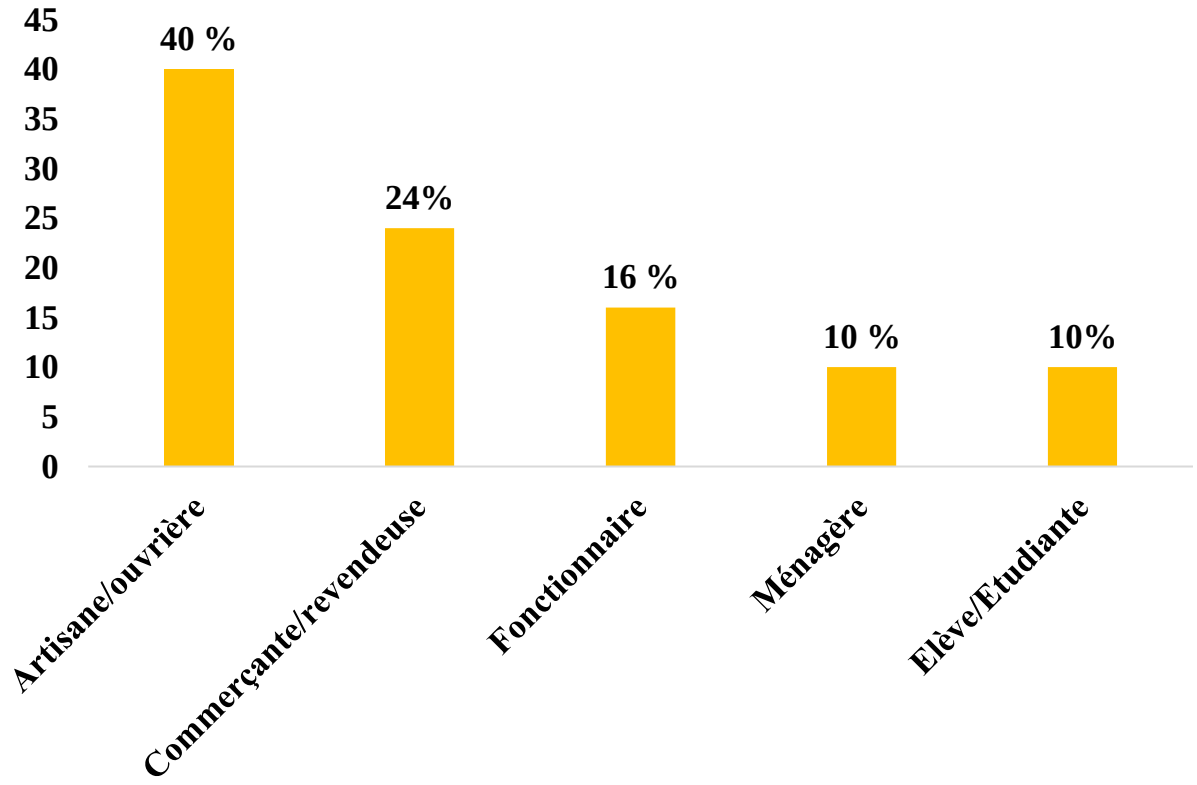


Figure 19 : Répartition des patientes enquêtées à Cotonou en 2021 en fonction de leur profession (N=50)

3.5.1.5 Âge du procréateur

L'âge moyen des procréateurs était de 30,7 ± 6,7 ans avec les extrêmes de 20 et de 43 ans. Les procréateurs de 25 à 30 ans étaient les plus représentés avec une proportion de 32%.

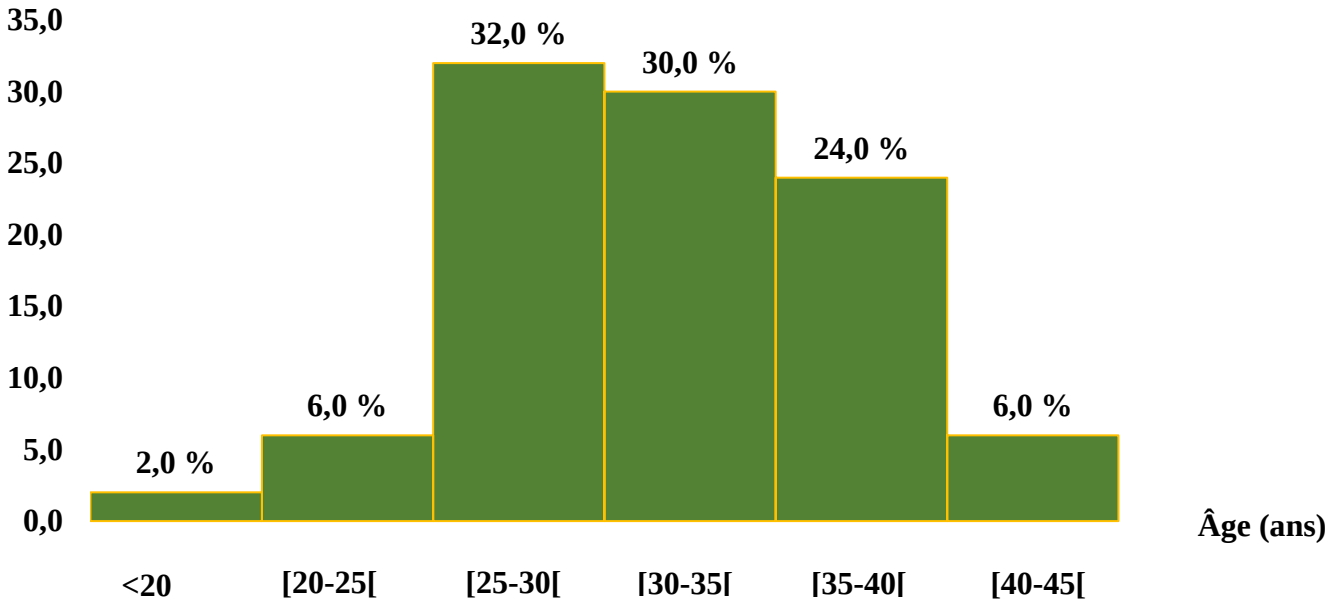


Figure 20 : Répartition des patientes enquêtées à Cotonou en 2021 en fonction de l'âge des procréateurs de la grossesse (N=50)

3.1.3.6 Profession du procréateur

Dans notre étude, 22 procréateurs sur les 50, soit 44% étaient des fonctionnaires.

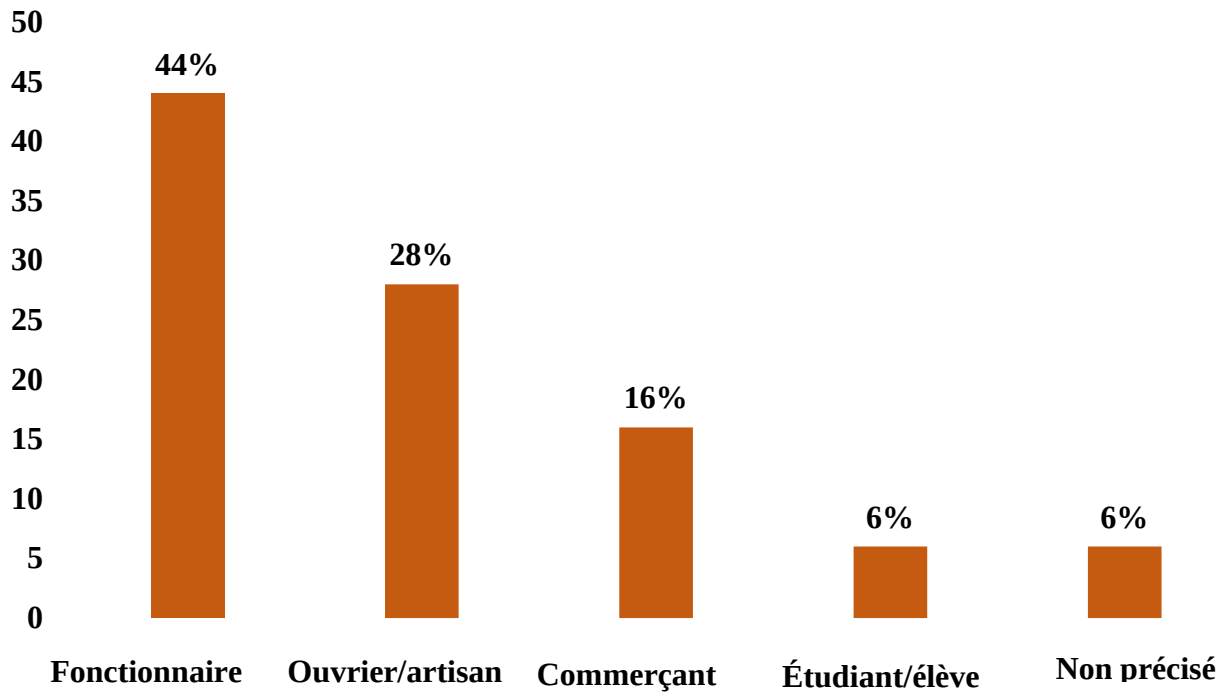


Figure 21 : Répartition des patientes enquêtées à Cotonou en 2021 en fonction de la profession des procréateurs de la grossesse (N=50)

3.5.2 Caractéristiques cliniques des patientes

3.5.2.1 Renseignement des antécédents des patientes

- **Antécédents gynéco-obstétricaux**

- **Gestité et parité**

La gestité et la parité de toutes les patientes étaient renseignées par les agents. Concernant la gestité, 20 patientes sur les 50, soit 40% étaient des pauci gestes et concernant la parité, 21 des 50 patientes, soit 42% étaient des nullipares.

Tableau XXIV : Répartition des patientes enquêtées à Cotonou en 2021 en fonction de leur gestité et de leur parité

	Effectifs **(N=50)**	%
Gestité		
Primigeste (1)	15	30,0
Paucigeste (2-3)	**20**	**40,0**
Multigeste (4-5)	15	30,0
Parité		
Nullipare (0)	**21**	**42,0**
Primipare (1)	11	22,0
Paucipare (2-3)	13	26,0
Multipare (4-5)	05	10,0

- **Dernier accouchement, antécédents de fausse couche**

Le dernier accouchement et les antécédents de fausse couche étaient également renseignés. Seulement 3 patientes sur les 50, soit 6% avaient leur dernier accouchement qui remontait à moins de 2 ans. Dans ce même échantillon, 18 patientes sur les 50, soit 36% avaient des antécédents de fausses couches et parmi elles, 11 soit 61,1% avaient un antécédent d'une (1) seule fausse couche.

Tableau XXV : Répartition des patientes enquêtées à Cotonou en 2021 en fonction de leur dernier accouchement et des antécédents de fausse couche

	Effectifs **(N=50)**	%
Dernier accouchement < 2ans	03	06,0
Antécédents de fausses couches	18	36,0
Nombre de fausse couche (n=18)		
1	11	61,1
2	04	22,2
3	02	11,1
6	01	5,6
Type de fausse couche (n=18)		
Fausse couche spontanée	18	100
Fausse couche provoquée	02	11,1

- **Antécédents médicaux des patientes**

  Dans notre échantillon, 3 patientes soit 6% avaient une hypertension artérielle et 6% une drépanocytose. 2 patientes, soit 4% avaient des antécédents d'asthme et 1 patiente avait un antécédent d'IST en dehors de l'HIV qui était une gonococcie.

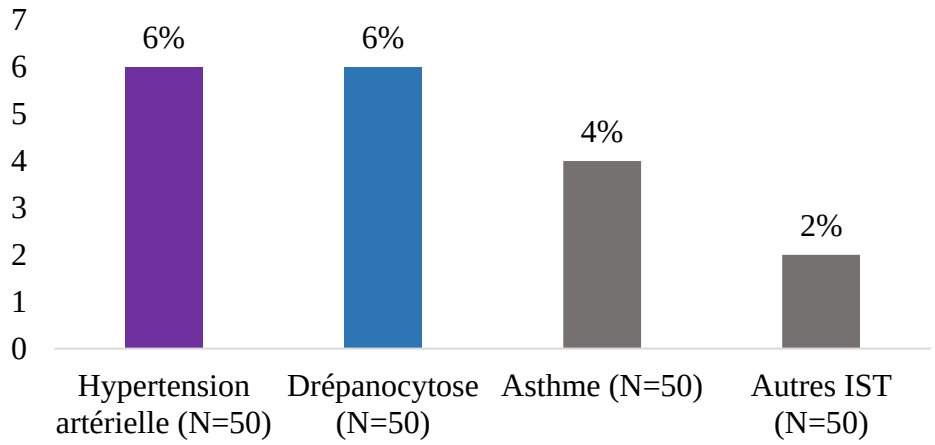


Figure 22 : Répartition des patientes enquêtées à Cotonou en 2021 en fonction de leurs antécédents médicaux (N=50)

3.5.2.2 Plaintes à l'admission

Sur nos 50 patientes, 20 soit 40% avaient présenté seulement des douleurs pelviennes, 17 soit 34% seulement des métrorragies et 13 sur 50 (28%) les deux signes à la fois.

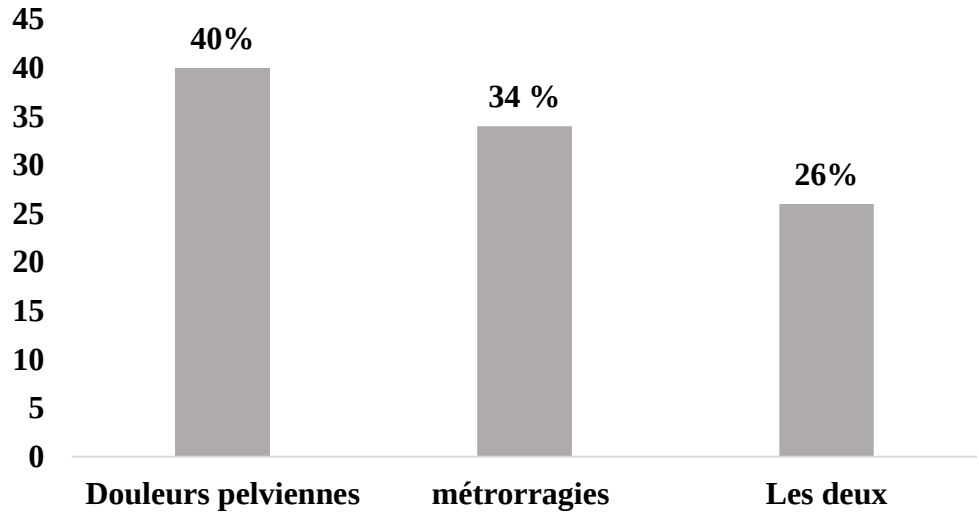


Figure 23 : Répartition des patientes enquêtées à Cotonou en 2021 en fonction des plaintes à l'admission (N=50)

3.5.2.3 Réalisation d'un examen physique initial et des examens paracliniques

L'état général avait été apprécié chez la quasi-totalité des patientes, soit 49 sur 50 (98%) et 39 sur les 50, soit 78% des patientes avaient les muqueuses bien colorées. La presque totalité des patientes, soit 49 sur 50 (98%) ont bénéficié d'un examen physique initial et 32 patientes, soit 64% de l'échantillon étaient de rhésus positif. L'échographie obstétricale avait été réalisée chez 36 des 50 patientes, soit 72%.

Tableau XXVI : Répartition de patientes enquêtées à Cotonou en 2021 en fonction de la réalisation d'un examen physique initial et des examens paracliniques

	Effectifs **(N=50)**	%
Appréciation de l'état général	**49**	**98,0**
Etat des muqueuses		
Colorées	39	78,0
Pâles	09	18,0
Non précisé	02	04,0
Examen physique initial fait	**49**	**98,0**
Rhésus		
Positif	32	64,0
Négatif	05	10,0
Non précisé	13	26,0
Echographie obstétricale réalisée	**36**	**72,0**

3..5.2.4 Diagnostic retenu et complications

- **Diagnostic posé**

Le diagnostic le plus fréquemment retenu était l'avortement spontané sans complication. Il a été retenu chez 32 des 50 patientes, soit 64 % de l'échantillon. Dans notre étude, 35 des 50 patientes, soit 70% n'ont présenté aucune

complication suite à l'avortement. Dans les autres cas, il s'agissait comme complications de l'anémie chez 12 patientes (24%), d'une rétention de débris chez 2 patientes (4%) et d'une infection ovulaire chez 1 parmi les 50 patientes (2%).

Tableau XXVII : Répartition de patientes enquêtées à Cotonou en 2021 en fonction du diagnostic retenu et des complications de l'avortement

	Effectifs **(N=50)**	%
Diagnostic posé		
Avortement spontané sans complication	32	64,0
Avortement spontané avec complication	11	22,0
Avortement provoqué sans complication	03	06,0
Avortement provoqué avec complication	03	06,0
Demande d'avortement sécurisé	01	02,0
Complications de l'avortement		
Anémie modérée	10	20,0
Anémie sévère	02	04,0
Infection ovulaire	01	02,0
Rétention de débris	02	04,0
Aucune complication notée	35	70,0

3.5.3 Prise en charge et évolution

3.5.3.1 Evacuation utérine

- **Prise en charge effectuée pour l'évacuation utérine**

Dans notre échantillon, plus de la moitié des patientes (52%), soit 26 sur 50 ont bénéficié comme méthode d'évacuation utérine de l'aspiration manuelle intra-utérine.

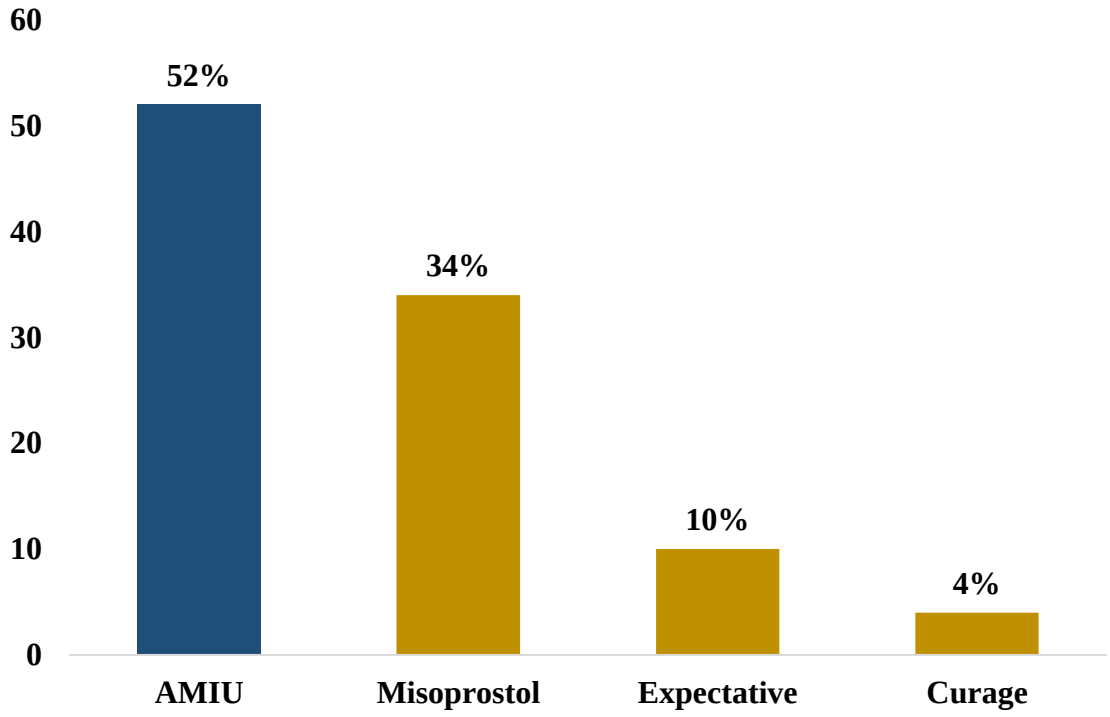


Figure 24 : Répartition des patientes enquêtées à Cotonou en 2021 en fonction de la prise en charge effectuée pour l'évacuation utérine (N=50)

3.5.3.2 Traitement associé à l'évacuation utérine

Presque toutes les patientes, soit 49 sur 50 (98%) avaient bénéficié d'un traitement par antibiotiques et antalgiques. Les autres traitements associés étaient les antianémiques (fer, acide folique), la transfusion sanguine et le sérum anti-D.

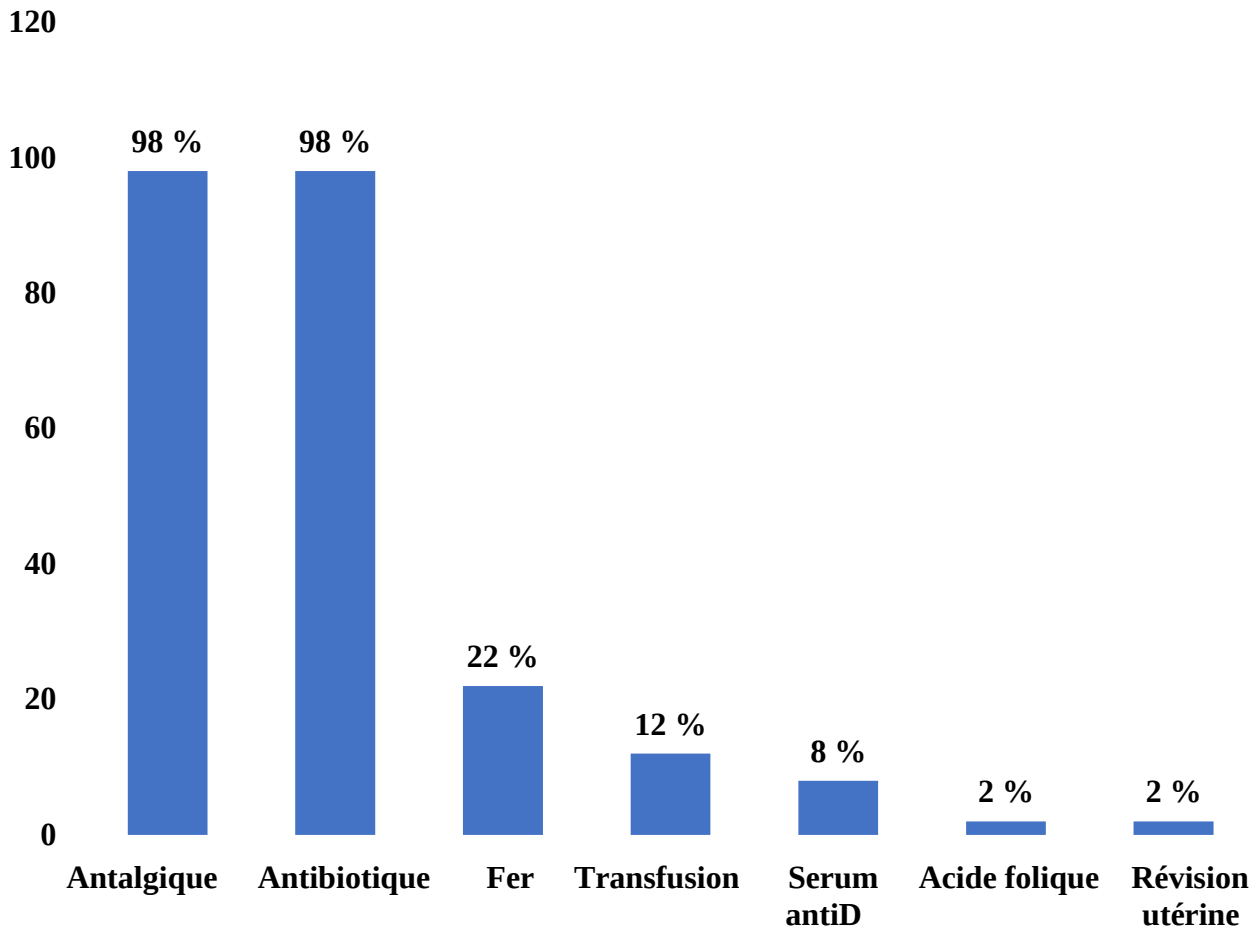


Figure 25 : Répartition des patientes enquêtées à Cotonou en 2021 en fonction du traitement associé à l'évacuation utérine (N=50)

3.5.3.3 Autres soins et évolution

La presque totalité des patientes de l'étude, soit 48 sur les 50 (96%), avaient été hospitalisées. L'évolution était favorable chez toutes les patientes. Des soins de contraception ont été offerts à 45 patientes sur 50, soit 90% et des soins de santé de reproduction et autres services de santé à 36 sur les 50 patientes, soit 72% d'entre elles.

Tableau XXVIII : Répartition des patientes enquêtées à Cotonou en 2021 en fonction des autres soins et de l'évolution

	Effectifs **(N=50)**	%
Mode de prise en charge		
Hospitalisation	48	96,0
Ambulatoire	02	04,0
Evolution		
Favorable	50	100,0
Issue de la patiente		
Exéat	46	92,0
Evasion	04	08,0
Offre des soins de contraception	**45**	**90,0**
Offre des services de reproduction et autres services de santé	**36**	**72,0**

3.5.4 Score pratique

Comme l'illustre la figure ci-dessous, la majorité des prestataires, soit 39 sur les 56 (69,6%) ont eu une pratique adéquate des SCA tandis que 15 agents, soit 26,8% ont une pratique inadéquate et 2 agents sur les 56, soit 3,6% ont une pratique néfaste des SCA.

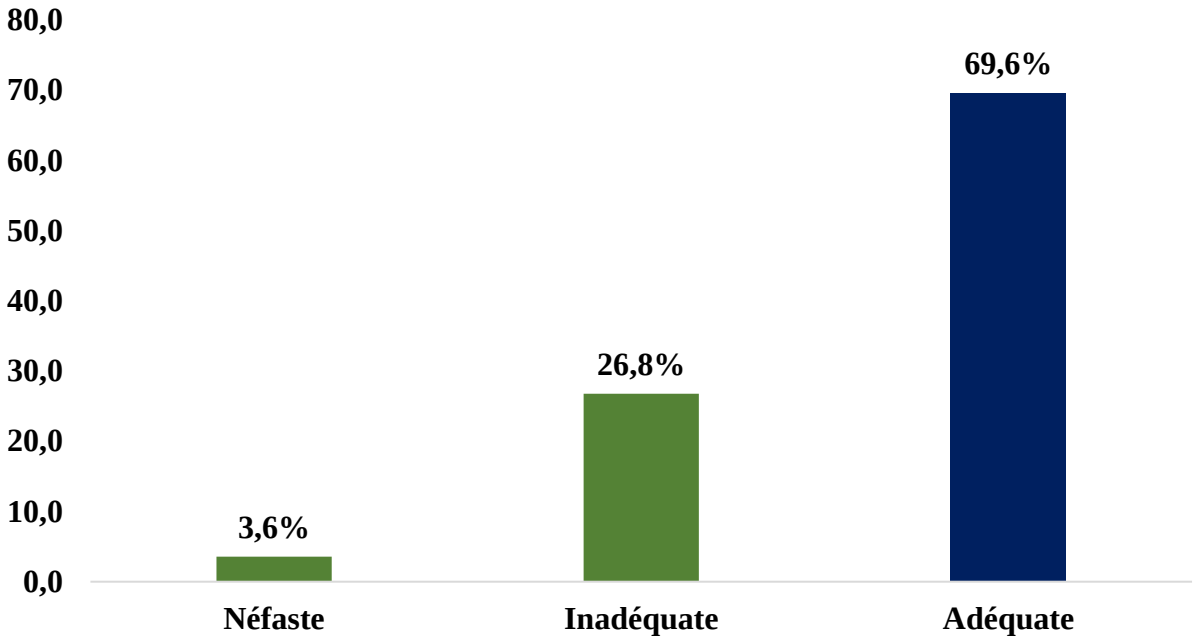


Figure 26 : Répartition des agents de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction de leur pratique des SCA (N=50)

3.5.5 Facteurs influençant les pratiques des agents

On ne notait aucune relation statistiquement significative entre les pratiques et les données sociodémographiques et professionnelles.

Tableau XXIX : Répartition des pratiques des SCA par les agents enquêtés en 2021 en fonction des données sociodémographiques et professionnelles

	N	Bonne pratique				p-value
		Oui		Non		
		n	%	n	%	
Sexe						
Masculin	13	07	53,8	6	46,2	0,157
Féminin	43	32	74,4	11	25,6	
Religion						
Chrétienne	51	36	70,6	15	29,4	0,552
Musulmane	04	02	50,0	2	50,0	
Athée	01	01	100,0	0	0,0	
Situation matrimoniale						
Célibataire	10	06	60,0	4	40,0	0,544
Marié(e)	33	25	75,8	8	24,2	
En concubinage	11	06	54,5	5	45,5	
Veuf(ve)	01	01	100,0	0	0,0	
Divorcé(e)	01	01	100,0	0	0,0	
Catégorie socioprofessionnelle						
Médecin	16	08	50,0	8	50,0	0,128
Sage-femme	35	27	77,1	8	22,9	
Infirmier(ière)	05	04	80,0	1	20,0	
Type d'établissement						
Centre hospitalier universitaire	39	29	74,4	10	25,6	0,245
Centre de santé périphérique	17	10	58,8	7	41,2	
Âge (ans)						
[24-35[	21	15	71,4	6	28,6	
[35-45[	24	16	66,7	8	33,3	0,913
[45-55[	11	08	72,7	3	27,3	
Année d'expérience (ans)						
<5	09	06	66,7	3	33,3	
[5-10]	32	24	75,0	8	25,0	0,568
>10	15	09	60,0	6	40,0	
Années de pratique des SAA (ans)						
<5	25	17	68,0	8	32,0	
[5-10]	17	12	70,6	5	29,4	0,970
>10	14	10	71,4	4	28,6	
Avoir suivi une formation sur les SAA						
Oui	41	30	73,2	11	26,8	0,342
Non	15	09	60,0	6	40,0	

3.5.6 Score CAP global

Sur les 56 agents de santé enquêtés, 46 soit 82,1% ont eu un score CAP acceptable, 9 soit 16,1% un bon score et 1 agent soit 1,8% un mauvais score CAP sur les SCA.

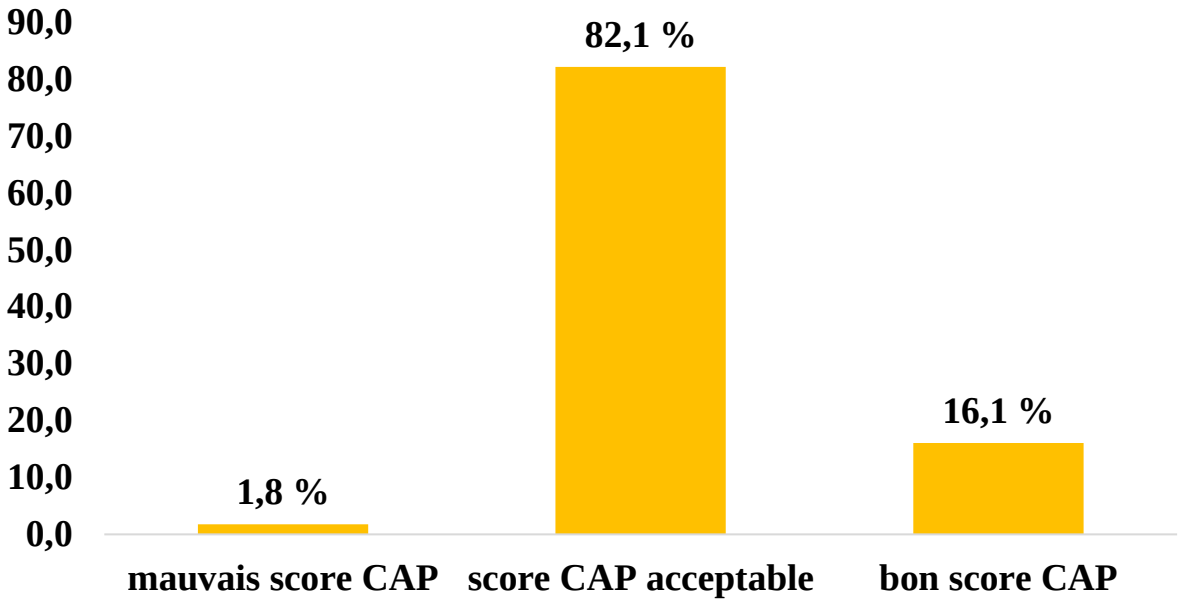


Figure 27 : Répartition des agents de santé enquêtés à Cotonou en 2021 en fonction de leur score CAP sur les soins complets d'avortement (N=56)

4. Discussion

La discussion des résultats de notre étude s'articulera autour des trois axes suivants :

- La qualité et la validité des résultats ;
- L'atteinte des objectifs de l'étude ;
- L'analyse des résultats et comparaison avec les données de la littérature.

4.1 Qualité et validité des résultats

4.1.1 Validité

Notre objectif principal était d'analyser la situation des soins complets d'avortement dans cinq maternités de Cotonou. Pour cela, nous avons réalisé une étude transversale à visée descriptive et analytique sur une période de 3 mois, soit du 4 octobre 2021 au 2 janvier 2022 dans cinq maternités de la ville de Cotonou. Il s'est agi de la maternité du CHU-MEL et des maternités de Zogbo, Houénoussou, Ahouansori-ague et Missessin.

Nous avons réalisé un échantillonnage non probabiliste avec un recrutement exhaustif des cibles répondant à nos critères d'inclusion. Après l'appréciation de la disponibilité du matériel et des ressources humaines par remplissage des fiches conçues pour cette évaluation, nous avions procédé à une enquête du personnel par l'administration d'un questionnaire relatif aux connaissances, attitudes et pratiques des agents par rapport aux SCA. Ce questionnaire rédigé tenait compte des informations à rechercher pour atteindre les différents objectifs spécifiques de notre étude. Enfin nous avons évalué les pratiques des SCA en nous appuyant sur les dossiers des patientes prises en charge pour avortement pendant les trois mois de l'étude.

4.1.2 Forces et limites de l'étude

Notre étude présente quelques forces majeures notamment :

-le cadre d'étude choisi qui incluait aussi bien un centre de niveau central et des centres de niveau périphérique situés dans des zones sanitaires différentes ;

-le type d'enquête qui nous a permis d'évaluer simultanément la disponibilité des ressources, la connaissance complète, les attitudes motivant les comportements ainsi que les pratiques réelles des soins complets d'avortement ;

-la technique de collecte utilisée qui incluait le recrutement exhaustif de tout personnel disponible et répondant à nos critères d'une part et de tous les dossiers de patientes prises en charge pour avortement durant la période d'étude d'autre part.

Notre étude présentait néanmoins certaines limites. Les principales étaient :

-le remplissage incomplet de quelques fiches de questionnaire par certains agents ayant conduit à l'élimination de deux fiches ;

-le manque de données cliniques dans des dossiers médicaux des patients ayant conduit à l'exclusion de trois dossiers ;

-les biais d'informations qui ont pu être introduits car la partie des connaissances, et attitudes a été effectuée essentiellement sur la base de déclarations à travers des réponses à des questions souvent de type choix multiple. Cependant pour réduire cela, nous nous sommes assurés d'expliquer correctement notre fiche d'enquête aux agents ainsi que les modalités de réponse.

4.2 Atteinte des objectifs de l'étude

Les objectifs définis ont été atteints au terme de l'étude. En effet, cette étude nous a permis de :

- Répertorier la disponibilité du matériel, des ressources humaines et les services offerts pour les SCA ;

- Apprécier le niveau de connaissances des SCA chez les prestataires de santé ;
- Identifier les attitudes des prestataires de santé vis-à-vis des SCA ;
- Décrire les pratiques de mise en œuvre des SCA dans les cinq maternités choisies.

4.3 Analyse des résultats et comparaison avec les données de la littérature

4.3.1 Disponibilité

Au cours de notre étude, nous avions enquêté cinq centres de la ville de Cotonou. Les centres périphériques étaient ceux ne disposant pas de toutes les ressources humaines nécessaires pour les SCA (disponibilité 45%). Les ressources humaines les moins disponibles étaient les médecins gynécologues-obstétriciens, les autres médecins spécialistes, les psychologues, les assistants sociaux et les agents de santé communautaires. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que le système sanitaire béninois est caractérisé par une insuffisance de ces professionnels dans les formations sanitaires. De plus, tous les centres de santé ne disposent pas d'un service social et il existe une couverture insuffisante des centres de promotion sociale. Du fait de l'insuffisance de médecins spécialistes, la gestion des centres de santé et maternités périphériques est assurée souvent par des médecins généralistes ayant des compétences supplémentaires. Nos résultats diffèrent par contre de ceux de **Hounkpatin et al.** en 2015 qui retrouvaient 88,4% de disponibilité du personnel qualifié pour les SONU qui incluent entre autres les SAA **[30]**. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que l'étude de **Hounkpatin et al.** a impliqué un plus grand nombre de centres dont les hôpitaux de niveau central, intermédiaire et plusieurs centres privés du Bénin **[30]**.

Dans notre étude, les ressources matérielles étaient quant à elles disponibles dans la plupart des cas (disponibilité 56,7%) sauf les produits sanguins. Ces derniers étaient toujours disponibles seulement dans 20% des centres enquêtés. Cela se rapproche de l'observation de **Hounkpatin et al. en 2015 qui** avaient également

retrouvé une faible disponibilité des produits sanguins pour la transfusion sanguine (25,8%) **[30]**. Nos résultats sont semblables également à ceux de **Ogoudjobi et al.** à Porto-Novo au sud du Bénin en 2020 qui retrouvaient une disponibilité effective des ressources matérielles nécessaires pour les SONU à 68,5% **[31]**. Cette disponibilité n'est pas encore optimale. L'OMS recommande selon le standard 8.3 des chartes de qualité en matière de soins maternels, que des stocks suffisants de médicaments, de fournitures et de matériel soient immédiatement disponibles dans les maternités pour assurer les soins courants et la prise en charge des complications de la grossesse **[32].**

4.3.2 Connaissances, attitudes et pratiques des SCA

4.3.2.1 Caractéristiques sociodémographiques des agents de santé

Dans notre étude, l'âge moyen des agents était de 38,4 ans ±8,1 avec des extrêmes de 24 et 54 ans. En 2018, un résultat semblable a été rapporté par **Tognifode et al.** qui avaient retrouvé un âge moyen de 38 ans ±6 dans le département du Borgou-Alibori au Bénin avec des extrêmes de 32 ans et de 53 ans **[33]**. Des résultats similaires ont également été rapportés par **Alassane** en 2017 à Parakou avec un âge moyen de 36,87 ans ± 7,30 **[34]**.

Les femmes étaient les plus représentées dans notre étude avec un sex ratio à 0,3 et 62,5% des enquêtés étaient des sages-femmes. Cela rejoint le résultat de **Alassane** à Parakou en 2017 avec 82,42% de femmes et un sex ratio à 0,21 **[34]**. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que le personnel soignant en service dans les maternités est constitué majoritairement de sages-femmes.

Du point de vue de la religion, les agents de santé les plus nombreux dans notre étude étaient les chrétiens à 91,1%, suivis par les musulmans à 7,1%. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que le christianisme est la première religion la plus représentée au Bénin. **Etuk et al.** en 2003 au Calabar avaient une observation semblable à la nôtre avec 93.8% de chrétiens, suivis par les musulmans (2,1%)

[35]. Nos observations sont également similaires à celles de **Tognifode et al.** en termes de prédominance des chrétiens et musulmans mais diffèrent en termes de proportion. Dans leur étude réalisée dans le Nord du Bénin en 2018, 75% de chrétiens et 25% de musulmans étaient retrouvés **[33]**.

Dans notre étude, 57,1% des sujets enquêtés avaient moins de 5 ans d'expérience professionnelle et 44,6% avaient moins de 5 ans de pratique des soins d'avortement. **Tognifode et al.** en 2018 ont retrouvé des taux différents. Plus de 68,8% avaient au moins 10 années d'expérience professionnelle. De plus, dans leur étude, plus de 50% des prestataires avaient au moins 6 ans de pratiques des SAA **[33]**.

4.3.2.2 Connaissances sur les SCA

L'avortement est un sujet assez courant et il est enseigné dans les sciences médicales et paramédicales. Tous les agents de santé enquêtés avaient déjà entendu parler de l'avortement et la plupart au cours de leurs études académiques. La moitié (51,8%) des sujets a reconnu la définition de l'avortement comme l'expulsion spontanée ou provoquée du produit de conception avant 22 SA.

Presque la totalité des agents connaissaient les signes cliniques d'un avortement et la plupart des complications qui pourraient en découler. Par contre, plus de la moitié des agents ignoraient que la névrose pouvait compliquer des avortements. Cela pourrait être dû à la rareté de cette complication en général.

Notre étude révèle aussi que le concept des SCA n'est pas très bien connu par les agents de santé. Le score moyen de connaissance des composantes des SCA était de 69,3%. Aussi, plus du tiers des agents (39,3%) ne reconnaissaient pas l'avortement sécurisé comme faisant partie des SCA. Cela peut s'expliquer par le caractère nouveau de ce concept des SCA qui réunit aussi bien les informations

avant l'avortement, les soins d'avortement (y compris l'avortement sécurisé) et les soins après avortement.

Presque tous les agents avaient connaissance de l'AMIU (96,4%) et un peu moins des autres méthodes d'évacuation utérine utilisées en cas d'avortement mais plus du tiers a mentionné la révision utérine. Ce résultat est similaire à celui de celui de **Tognifode et al.** qui avaient retrouvé la révision utérine comme méthode d'évacuation utérine mentionnée en cas d'avortement chez 37,5% des agents **[33].** Toutes ces observations pourraient s'expliquer par l'insuffisance de formations continues intra-hospitalières du personnel pour une mise à niveau de la pratique professionnelle des agents de santé.

73% de nos sujets enquêtés avaient suivi au moins une formation sur les soins après avortement, ce qui pourrait expliquer les connaissances dont ils disposaient sur le sujet. Le suivi d'une formation sur les soins maternels augmenterait significativement le niveau de connaissance des agents de santé sur ces soins ($p<0,05$) **[36].**

Selon le Programme d'Appui de la Santé Maternelle et Infantile, le niveau de compétences théoriques requis est de 85% **[37].** Globalement dans notre étude, seulement 20 prestataires sur 56, soit 35,7% ont atteint le niveau de connaissance requis sur les SCA. Cependant, dans l'étude de **Tognifode et al.** en 2018, 61,7% des prestataires ont atteint ce niveau de connaissances théoriques requis **[33].**
Cette différence pourrait s'expliquer par les nombres d'années d'expérience professionnelle et d'années de pratiques des SCA qui sont plus élevés dans l'étude de **Tognifode et al.** par rapport à la nôtre **[33].**
Par ailleurs, les connaissances des agents de santé étaient significativement associées à la religion et à leur catégorie socio-professionnelle. Cela rejoint l'étude de **Taddele et al.** en Ethiopie en 2016 dans laquelle il existait une relation significative entre les connaissances des agents de santé sur les SAA et la catégorie socio-professionnelle ($p<0,0001$).

4.3.2.2 Attitudes par rapport aux SCA

La plupart des agents de santé de notre étude ont reconnu la pertinence des SCA (85,7%), la pertinence de l'avortement sécurisé (76,8%) et l'efficacité des SAA (89,3%) dans la promotion de la santé maternelle et la réduction de la mortalité maternelle.

Ils sont en général d'accord sur l'intérêt d'une formation en soins complet d'avortement et sur l'intérêt d'une gestion adéquate des complications d'un avortement y compris l'antibioprophylaxie dans la prévention des complications des avortements chirurgicaux ou incomplets. L'OMS en 2022 rapporte que l'administration d'une dose unique de nitroimidazolés, de tétracyclines ou de pénicilline s'est avéré efficace lorsqu'elle est utilisée comme antibiotique prophylactique pour un avortement chirurgical **[1]**.

Face à un avortement spontané, la plupart des agents (76,8%) ont affirmé éprouver de l'empathie tandis que face à un avortement provoqué, près de la moitié des agents ont affirmé éprouver de l'antipathie (42,9%). Ces résultats sont semblables à ceux de l'étude de **Tognifode et al.** dans laquelle la plupart des agents (87%) ont affirmé éprouver de l'empathie face à un avortement spontané et la moitié d'entre eux de l'antipathie face à un avortement provoqué **[33]**. Ces résultats n'honorent guère les professionnels de santé qui sont tenus de manifester de l'empathie dans leur prise en charge des SCA.

Ainsi dans notre étude, plus de la moitié des agents n'étaient pas favorables à la pratique d'un avortement sécurisé (57,1%). Les raisons évoquées étaient surtout d'ordre religieux, coutumier et les convenances personnelles. Ces résultats diffèrent largement de ceux de **Tadesse et al.** en Ethiopie dont 94,6% des agents étaient favorables à l'avortement sécurisé **[39]**. Cette différence pourrait s'expliquer par les conditions juridiques favorables autorisant l'avortement sécurisé en Ethiopie. Au Bénin, il existe une loi relative à la santé sexuelle et

reproductive et elle dispose des conditions restreintes en matière d'avortement sécurisé, mais dont l'application n'est pas encore réelle.

D'un point de vue global, seulement 17 agents sur 56, soit 30,4% avaient une attitude juste. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les agents de santé n'ont pas assez bien intégré les différentes notions reçues lors de leurs formations sur les soins après avortement. Associé à cela, on pourrait ajouter l'influence de la religion sur les attitudes des agents de santé.

4.3.2.3 Pratiques des SCA

Les résultats de notre étude révèlent que la technique d'évacuation utérine la plus utilisée par les agents de santé enquêtés était l'AMIU (52%) suivie par l'utilisation du misoprostol. Le curetage n'a pas été utilisée chez les patientes enquêtées. Ce résultat prouve que cette méthode obsolète a bien été écartée des techniques d'évacuation utérine dans un avortement. Ce constat était également fait en comparant les études de **Lombat** en 2000, **Bonou** en 2009 et **Hounkponou et al.** en 2012 au Bénin. Dans leurs études respectives, ils ont noté des proportions de 0,4% ; 17,4% ; et 78% pour l'AMIU et 77,7 % ; 48,3% et 0% pour le curetage **[40, 41, 42] ;** ce qui prouve qu'au fil des années, le curetage a été délaissé au profit des autres méthodes d'aspiration intra-utérine**.** Cependant, en Egypte, selon les résultats de **Ibrahim et al.** en 2020, aucun médecin n'avait utilisé l'AMIU pour un avortement **[43].** Ces résultats pourraient s'expliquer par les restrictions légales limitant fortement l'avortement en Egypte.

Dans notre étude comme dans la littérature, la prise en charge des avortements passe par une bonne prévention des infections notamment en cas d'avortements incomplets ou chirurgicaux ou à risque ainsi qu'une bonne gestion de la douleur et des complications éventuelles. Ainsi les principales autres thérapeutiques associées à l'évacuation utérine étaient l'antibiothérapie (98%), les antalgiques (98%), les antianémiques (22%), la transfusion sanguine en cas d'anémie (12%),

la sérothérapie antitétanique (8%). Pour l'antibiothérapie, on notait des résultats semblables avec une couverture antibiotique dans 94,1% pour l'étude de **Tognifode et al.,** 95,1% pour l'étude de **Hounkponou et al.** et 100% pour **Ligali [27, 33, 42].**

Pour la couverture antitétanique, nos taux sont par contre inférieurs à ceux de **Cikwanine et al.** qui ont montré une couverture antitétanique dans 92% des cas **[44]**. Cette différence pourrait s'expliquer entre autres par le fait que leur étude a concerné uniquement les avortements clandestins qui sont à risque souvent de complications dont les infections au *Clostridium tetani*.

Nos résultats montrent que 90% des patientes enquêtées ont bénéficié d'une offre des services de contraceptions et 72% d'une offre des services de reproduction ou d'une orientation vers des services appropriés de santé. Le taux pour l'offre des services de contraception est légèrement inférieur à celui de l'étude de **Tognifode et al.** dans laquelle tous les patients en auraient bénéficié mais supérieur à celui de **Ligali en 2019** ainsi que celui de **Ibrahim et al. en 2020** avec respectivement 52,9% et 20,5% d'offre de service de contraception **[27,33,43]**. Le taux pour l'offre des services de reproduction est également supérieur à celui de **Ibrahim et al.** en 2020 en Egypte avec 13,6% seulement d'offre. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait qu'au fil des années, il y a une amélioration de l'offre des services de contraception et de reproduction du fait des sensibilisations répétées auprès du personnel des maternités.

Globalement dans notre étude, la majorité des agents (39 sur 56), soit 69,6% avaient une pratique adéquate des soins complets d'avortement.

Conclusion et suggestions

Conclusion

Au terme de notre étude qui avait pour objectif principal d'analyser la situation des soins complets d'avortement dans cinq maternités de Cotonou, il en ressort que :

- la disponibilité des ressources humaines nécessaires pour la pratique des SCA était insuffisante (45%) surtout dans les centres périphériques contrairement aux ressources matérielles qui étaient pour la plupart disponibles dans les structures sanitaires (56,7%). Les ressources humaines les moins disponibles étaient les médecins gynécologues-obstétriciens, les autres médecins spécialistes, les psychologues, les assistants sociaux et les agents de santé communautaires. Toutefois, on note une couverture insuffisante des structures sanitaires pour assurer les services de la transfusion sanguine.

-le niveau de connaissances des agents de santé en matière de SCA était moyen chez la majorité des agents (55,4%).

-les attitudes des prestataires étaient approximatives chez la plupart des agents enquêtés (57,1%).

-quant à la pratique des agents, elle était adéquate dans 69,6% des cas, soit chez 2/3 des agents.

En résumé selon notre étude, le niveau global de connaissances, d'attitudes et de pratiques des prestataires en matière de SCA était acceptable chez la majorité des agents représentant 82,1%. Ainsi l'aspiration manuelle intra-utérine était la méthode d'évacuation utérine la plus utilisée. Par ailleurs, l'offre des services de contraception, de reproduction et des autres services de santé n'étaient pas cependant optimales.

En dehors de la religion qui avait une relation significative avec les niveaux de connaissance et d'attitude des soins complets d'avortement, la catégorie socio-

professionnelle était statistiquement liée de façon significative aux connaissances des agents sur les SCA. Il n'existait aucune autre relation significative entre les niveaux de connaissance, d'attitude et de pratique des soins complets d'avortement et les autres données sociodémographiques et professionnelles.

Pour une optimisation des SCA, des mesures idoines devraient être prises pour assurer une bonne disponibilité des ressources nécessaires et une attention particulière devrait être portée sur les insuffisances en matière de connaissances, d'attitudes et de pratiques des agents de santé dans nos maternités.

Suggestions

- **A l'endroit des autorités politico-administratives**

  - Améliorer le plateau technique en termes de disponibilité des ressources humaines nécessaires pour les SCA et faciliter la pratique de la transfusion sanguine dans toutes les formations sanitaires ;
  - Établir des partenariats avec des organisations de la société civile pour la vulgarisation des lois et directives nationales en matière de SCA ;
  - Lancer un projet d'établissement d'un guide national de prise en charge des soins complets d'avortement au Bénin.

- **A l'endroit du directeur du CHU-MEL et des médecins-chefs des maternités de Houénoussou, de Missessin et des CS d'Ahouansori et de Zogbo**

  - Promouvoir des formations continues intra hospitalières pour améliorer la pratique des SCA par les agents de santé des maternités ;
  - Informer et sensibiliser davantage les prestataires sur l'importance des services de reproduction et de l'offre de contraception dans les SCA ;
  - Assurer une informatisation des dossiers médicaux des patientes.

- **A l'endroit des agents de santé des maternités**

  - Renseigner au mieux toutes les données relatives aux patientes dans les dossiers médicaux ;
  - Offrir des soins de qualité en matière d'avortement en restant conforme aux standards des SCA ;
  - Veiller à donner l'information complète nécessaire aux patientes pour un choix éclairé avec un accompagnement psychologique en cas de besoin.

- **A l'endroit de la population**

  - Collaborer avec les agents de santé des maternités pour une meilleure gestion des SCA ;
  - Participer aux séances d'information organisées par les autorités pour éviter les grossesses non désirées et pour l'adoption d'une contraception sûre et efficace ;
  - Effectuer les dons de sang réguliers en vue d'assurer la pérennité du système de transfusion sanguine.

Références

[1] World Health Organization. Abortion care guideline. Geneva : World Health Organization ; 2022 : 210p.

[2] Guillaume A, Rossier C. L'avortement dans le monde. Etat des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences. Population-F ; 73 (2) ;2018:225-322.

[3] Organisation Mondiale de la Santé. Principaux repères ; Centres des médias. OMS Avortement. [Consulté le 01-12-2021]

Disponible sur https://www.who.int/fr/health-topics/abortion#tab=tab_1

[4] S. Shing, L. Remez, G. Sedgh, L. Kwok, T. Ondaand. Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access, New York: Guttmacher Institute; 2018: 68p.

[5] Guttmacher Institute. Abortion in Africa: fact sheet. 2018 : 2p.

[6] Collège National des Gynécologues Obstétriciens du Bénin (CNGOB). Evaluation des besoins de plaidoyer pour l'avortement sécurisé. Rapport CNGOB ; 2018 : 40p.

[7] Ministère de la Santé, Direction de la programmation et de la prospective, Plan National de Développement Sanitaire 2018 – 2022. Cotonou 2018. [Consulté le 26-08-2021]

Disponible sur https://www.prb.org/wp-content/uploads/2020/06/Benin-Plan-National-de-D%C3%A9veloppement-Sanitaire-2018-2022.pdf

[8] Merger R, Levy J, Melchior J. Précis d'obstétrique. 6ème édition. Paris : Masson et cie ; 2001.

[9] République du Bénin. Direction de la santé de la mère et de l'enfant (DSME). Soins après avortement. Guide du formateur. Juin 2015.

[10] Lansac J, Magnin G, Sentilhes L. Obstétrique pour le praticien. 6ème édition. Paris : Elsevier Masson ; 2013.

[11] Organisation Mondiale de la Santé. Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé. 2ème édition ; 2013.

[12] Kamina P. Anatomie clinique. 2e édition. Paris : Maloine ; 2008.

[13] Drake R, Vogl W, Mitchell A, J. Duparc, F. Duparc. Gray's anatomie pour les étudiants. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2006.

[14] Netter FH. Atlas d'embryologie humaine. 1ère édition. Louvain-la-Neuve : De Boeck ; 2015.

[15] Dafolo Kone I. Evaluation de la prise en charge des avortements du premier trimestre au CHU et au CS REF de KATI. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie. Bamako ; 2015 : 95p.

[16] IPAS. Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence. 2e édition. Chapell Hill; 2016 : 307p.

[17] Baxerres C, Boko I, Konkobo A, Ouattara F, Guillaume A. Gestion des grossesses non désirées au Bénin et au Burkina Faso : situations affectives et pratiques populaires d'avortement. Anthropologie et Santé. 2018;16:1-21

[18] Présidence de la République du Bénin. Loi N° 2003-04 du 03 mars 2003 relative à la santé sexuelle et à la reproduction. [Consulté le 26-08-2021] Disponible sur https://sgg.gouv.bj/doc/loi-2003-04/

[19] République du Bénin. Présidence de la République. Loi N° 2021-12 du 20 décembre 2021 modifiant et complétant la loi n° 2003-04 du 03 mars 2003 relative à la santé sexuelle et à la reproduction. [Consulté le 28-12-2021] Disponible sur https://sgg.gouv.bj/doc/loi-2021-12/

[20] Mesce D. Avortement faits et chiffres. Population reference bureau. 2021: 62p.

[21] World Health Organization. Clinical practice handbook for safe abortion. 2014.

[22] OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin. Section 3 : interventions (AMIU ; et dilatation et curetage) : 128p.IPAS

[23] Edelman A, Kapp N. Guide de référence sur la technique de dilatation et évacuation : interruption volontaire de grossesse et soins après avortement à partir de la treizième semaine de grossesse (« deuxième trimestre »). Chapel Hill, NC : Ipas; 2018.

[24] Kone M. Utilisation du misoprostol dans la prise en charge des avortements incomplets au service de gynécologie et d'obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune I du District de Bamako en 2014. Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie. Bamako ; 2015. 88p.

[25] Zohoun L. Soins après avortement : Conditions de mise en œuvre au Bénin. Thèse de doctorat en médecine. Faculté des sciences de la santé. Cotonou ; 2003. N°1076.113p.

[26] Groupe de travail des SAA, USAID. Soins après avortement : manuel de référence : Jhpiego; 2010 : 247p.

[27] Ligali A. Les complications des avortements clandestins au CHU-MEL et à la CUGO sur une période de 5ans : de janvier 2014 à décembre 2018. Thèse de doctorat en médecine. Faculté des sciences de la santé. Cotonou ; 2019. N°2162. 101p.

[28] Dovoedo N. Connaissances, attitudes et pratiques de la sexualité chez les adolescentes de 14 à 19ans en milieu scolaire académique à Cotonou en 2021. Thèse de doctorat en médecine. Faculté des sciences de la santé. Cotonou ; 2021. N°2341. 104p.

[29] Essi MJ, Njoya O. Enquête CAP en recherche médicale. Health Sci. 2013;14(2):1-3.

[30] Hounkpatin BIB, Obossou AAA, Aguemon CT, Hounkponou FN, Onzo R, Perrin RX. Availability of Obstetric and Neonatale Emergency Cares (Emonc) in Benin. OMICS publishing group, Gynecol Obstet (Sunnyvale). 2015;5(5):90.

[31] Ogoudjobi OM, Aboubakar M, Tognifode MV, Atade SR, Dangbemey P, Batcho ISOM et al. Disponibilité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Centre Hospitalier Universitaire Départemental Ouémé Plateau à Porto-Novo au sud du Bénin en 2020. Journal de la Société de Biologie Clinique du Bénin. 2022;(039):153-158.

[32] Organisation mondiale de la Santé (OMS). Recommandations de l'OMS sur les soins intra-partum pour une expérience positive de l'accouchement. OMS. Bureau régional de l'Afrique, Brazzaville; 2021:238p. [Consulté le 20 Novembre 2022]

Disponible sur: https://apps.who.int/iris/handle/10665/339794

[33] Tognifode MV, Tonato Bagnan A, Aboubakar M, Lokossou S, Ogoudjobi M, Perrin RX. Connaissances, attitudes et pratiques des soins après avortement au centre hospitalier universitaire départemental du Borgou-Alibori. Journal de la Société de Biologie Clinique du Bénin. 2018;(028):15-20.

[34] Alassane IO. Soins obstétricaux d'urgence à Parakou : disponibilité dans les maternités ; connaissances, attitudes et pratiques des prestataires. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de médecine. Parakou; 2017. N°482. 158p.

[35] Etuk SJ, Ebong IF, Okonofua FE : Knowledge, Attitude and Practice of Private Medical Practitioners in Calabar towards Post-Abortion Care : Afr J Reprod Health. 2003;7(3):55–64.

[36] Ameh CA, Kerr R, Madaj B, Mdegela M, Kana T, Jones S, et al. Knowledge and Skills of Healthcare Providers in Sub-Saharan Africa and Asia before and after Competency-Based Training in Emergency Obstetric and Early Newborn Care. Plos one. 2016;11(12):1-14.

[37] Programme d'Appui de la Santé Maternelle et Infantile (PASMI) : Guide de Formation en soins obstétricaux et néonataux d'urgence SONU ; Guide du formateur septembre 2015.

[38] Taddele T, Getachew T, Taye G, Getnet M, Defar A,Teklie H et al. Factors associated with health care provider knowledge on abortion care in Ethiopia, a further analysis on emergency obstetric and newborn care assessment 2016 data. BMC Health service research. 2019;19(1):10-14. DOI: 10.1186/s12913-019-4857-8. PMID: 31888618; PMCID: PMC6936068.

[39] Tadesse Z, Kahsay AB, Tilahun W, Berhe KK. Assessment of health care providers attitudes and associated factors to wards safe abortion at public hospitals, in Mekelle City, Tigray, Ethiopia ; a Cross sectional study. Global Journal Inc. 2014;14(3):5-15.

[40] Lombat D. Les soins post-abortum à la maternité Lagune de Cotonou. Thèse de doctorat en médecine. Faculté des sciences de la santé. Cotonou; 2000. N°906. 125p.

[41] Bonou J. Avortements à risque : étude épidémiologique, clinique et pronostique et enquête sociologique du vécu des femmes victimes (HOMEL et CUGO). Thèse de doctorat en médecine. Faculté des sciences de la santé. Cotonou; 2009. 117p.

[42] Hounkponou NFM, Tshabu Aguemon C, Oossou AAA, Salifou K, Tchaou B, Hounkpatin B et al. Complications et traitements des avortements provoqués clandestins au centre hospitalier et universitaire de Parakou. Journal de la Société de Biologie Clinique du Bénin. 2014;(021):45-48.

[43] Ibrahim ZM, Mohamed ML, Taha OT, Ghoneim HM, Mohamed HS, Abdellah AM, Aboelroose AA, Fiala LA, Nassr AA, Abbas AM, Atwa KA. Knowledge, attitude and practice towards abortion and post abortion care among Egyptian private obstetricians and gynaecologists. Eur Contracept and Reprod Health Care. 2020;25(4):245-250.

[44] Cikwanine B, Mwambali N, Alumeti MD, Mapatano SH, Raja M, Mponyi T, Nyakio O. Complications des avortements clandestins; un motif d'admission aux soins intensifs de l'hôpital général de référence de PANZI: à propos de 38 cas. Rev méd Gd Lacs.2018;9(1).

Annexes

Annexe A : Fiche d'enquête 1

DISPONIBILITE

Type de centre : 1-Centre Hospitalier Universitaire 2-Centre de santé

N°	Ressources humaines et matérielles	Disponibilité	Réponse
1.1		**Ressources humaines**	
1.1.1	Médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique	1- Disponible 24h/24, 7 jours/7 ; 2-Disponible 5 jours /7 3-Disponible uniquement par téléphone ; 4- Non disponible	
1.1.2	Autre médecin spécialiste	1- Disponible 24h/24, 7 jours/7 ; 2-Disponible 5 jours /7 3-Disponible uniquement par téléphone ; 4- Non disponible	
1.1.3	Médecin généraliste	1- Disponible 24h/24, 7 jours/7 ; 2-Disponible 5 jours /7 3-Disponible uniquement par téléphone ; 4- Non disponible	
1.1.4	Sage-femme diplômée d'Etat	1- Disponible 24h/24, 7 jours/7 ; 2-Disponible 5 jours /7 3-Disponible uniquement par téléphone ; 4- Non disponible	
1.1.5	Infirmiers/ères	1- Disponible 24h/24, 7 jours/7 ; 2-Disponible 5 jours /7 3-Disponible uniquement par téléphone ; 4- Non disponible	
1.1.6	Assistante sociale	1- Disponible 24h/24, 7 jours/7 ; 2-Disponible 5 jours /7 3-Disponible uniquement par téléphone ; 4- Non disponible	

1.1.7	Psychologue	1- Disponible 24h/24, 7 jours/7 ; 2-Disponible 5 jours /7 3-Disponible uniquement par téléphone ; 4- Non disponible	
1.1.8	Aides-soignants/tes	1- Disponible 24h/24, 7 jours/7 ; 2-Disponible 5 jours /7 3-Disponible uniquement par téléphone ; 4- Non disponible	
1.1.9	Pharmaciens	1- Disponible 24h/24, 7 jours/7 ; 2-Disponible 5 jours /7 3-Disponible uniquement par téléphone ; 4- Non disponible	
1.1.10	Auxiliaires de pharmacie	1- Disponible 24h/24, 7 jours/7 ; 2-Disponible 5 jours /7 3-Disponible uniquement par téléphone ; 4- Non disponible	
1.1.11	Agents communautaires	1- Disponible 24h/24, 7 jours/7 ; 2-Disponible 5 jours /7 3-Disponible uniquement par téléphone ; 4- Non disponible	
1.2	**Equipements, matériel et infrastructures**		
1.2.1	Salle ou espace pour avortement sécurisé	1-Toujours disponible ; 2-Souvent disponible ; 3-Parfois disponible ; 4-Non disponible	
1.2.2	Salle ou espace pour SAA	1-Toujours disponible ; 2-Souvent disponible ; 3-Parfois disponible ; 4-Non disponible	
1.2.3	Salle ou espace pour counseling	1-Toujours disponible ; 2-Souvent disponible ; 3-Parfois disponible ; 4-Non disponible	
1.2.4	Hall ou salle d'IEC/CCC	1-Toujours disponible ; 2-Souvent disponible ; 3-Parfois disponible ; 4-Non disponible	
1.2.5	Dispositif de sensibilisation audiovisuelle (télévision et autres)	1-Toujours disponible ; 2-Souvent disponible ; 3-Parfois disponible ; 4-Non disponible	

1.2.6	Document ou protocole pour avortement sécurisé (affichés ou non)	1-Toujours disponible ; 2-Souvent disponible ; 3-Parfois disponible ; 4-Non disponible	
1.2.7	Documents ou protocole pour SAA (affiché ou non)	1-Toujours disponible ; 2-Souvent disponible ; 3-Parfois disponible ; 4-Non disponible	
1.2.8	Toilettes adaptées	1-Toujours disponible ; 2-Souvent disponible ; 3-Parfois disponible ; 4-Non disponible	
1.2.9	Réfrigérateur	1-Toujours disponible ; 2-Souvent disponible ; 3-Parfois disponible ; 4-Non disponible	
1.2.10	Dispositif de stérilisation de haut niveau (autoclave, autres)	1-Toujours disponible ; 2-Souvent disponible ; 3-Parfois disponible ; 4-Non disponible	
1.2.11	Tensiomètre	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	
1.2.12	Stéthoscope médical	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	
1.2.13	Thermomètre	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	
1.2.14	Torche ou source de lumière	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	
1.2.15	Gants stériles	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	

1.2.16	Gants d'examen non stériles	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	
1.2.17	Compresses stériles ou boules de coton	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	
1.2.18	Seringues + aiguille	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	
1.2.19	Equipement minimum de réanimation et oxygène	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	
1.2.20	Spéculum vaginal	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	
1.2.21	Pince de Pozzi ou de Museux	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	
1.2.22	Pince longuette	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	
1.2.23	Dilatateurs de Hegar (de 4 à 14mm)	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	
1.2.24	Dispositif AMIU	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	
1.2.25	Plat en verre transparent pour l'inspection des tissus (produits de la conception)	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	

1.2.26	Curettes de diamètres différents	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	
1.3	**Médicaments, produits et autres composantes des SCA**		
1.3.1	Eau propre	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	
1.3.2	Détergent ou savon	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	
1.3.3	Agent de désinfection ou de stérilisation de haut niveau	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	
1.3.4	Solution antiseptique aqueuse (sans alcool) pour nettoyer vulve et vagin	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	
1.3.5	Mifépristone	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	
1.3.6	Antibiotiques	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	
1.3.7	Analgésiques (par exemple paracétamol, ibuprofène, codéine)	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	
1.3.8	Lidocaïne ou similaire : 0.5, 1 ou 2	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	

	% pour le bloc paracervical		
1.3.9	Utérotoniques (ocytocine injectable, misoprostol ou ergométrine)	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	
1.3.10	Moyens contraceptifs (y compris contraception d'urgence)	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	
1.3.11	Fer/acide folique	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	
1.3.12	Soluté de perfusion par IV (lactate de sodium, glucose, solution saline, Ringer)	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	
1.3.13	Produits sanguins	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	
1.3.14	Sérum anti D	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	
1.3.15	Autres services de SAA	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	
1.3.16	Solution IVA et/ou IVL pour dépistage	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	

	du cancer du col de l'utérus		
1.3.17	Documents ou protocole IVA/IVL	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	
1.3.18	Colposcope	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	
1.3.19	Kit de dépistage VIH	1-Toujours disponible ; 2-Disponible la plupart du temps 3-Souvent en rupture ; 4-Non disponible	
1.3.20	Partenariat avec la communauté	1-Toujours ; 2-Souvent ; 3-Parfois ; 4-Jamais	

Annexe B : Fiche d'enquête 2

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES SCA

CONNAISSANCES		
N°	**Questions**	**Réponse**
2.1	**Profil socio-professionnel des agents de santé**	
2.1.1	Quel est votre âge ? …….(en année)	
2.1.2	Quel est votre sexe ? 1-Masculin 2-Féminin	
2.1.3	Quelle est votre religion ? 1-Chrétienne 2-Musulmane 3-Animiste 4-Athée 5-Autre, préciser	
2.1.4	Quelle est votre situation matrimoniale ? 1-Célibataire 2-Marié(e) 3-En concubinage 4-Veuf(ve) 5-Divorcé(e) 6-Autre, préciser	
2.1.5	Quelle est votre catégorie socioprofessionnelle ? 1-Médecin 2- Sage-femme 3- Infirmier(ière)	
2.1.6	Combien d'années d'expérience professionnelle avez-vous ? …… (en année)	
2.1.7	Nombre d'année de pratique des soins complets d'avortement …… (en année)	**…**
2.1.8	Dans quel type d'établissement exercez-vous ?	

	1-Centre hospitalier universitaire 2-Hôpital de zone 3-Centre de santé	
2.2	**Connaissances proprement dites**	
2.2.1	Avez-vous entendu parler au moins une fois de l'avortement ? 1-oui 2-non	
2.2.2	Où en avez-vous entendu parler ? 1-Au cours de vos études académiques 2-Au cours d'une formation spéciale 3-Dans les médias 4-Auprès de vos amis 5-Autre, précisez	
2.2.3	Qu'est-ce qu'un avortement ? 1-Expulsion spontanée ou provoquée du produit de conception avant 12SA 2-Expulsion spontanée ou provoquée du produit de conception avant 22SA 3-Expulsion spontanée ou provoquée du produit de conception avant 28SA 4-Expulsion spontanée ou provoquée du produit de conception avant 37SA 5-Je ne sais pas	…
2.2.4	Quels sont les signes cliniques d'un avortement ? 1-Douleurs pelviennes/abdominales 2-Métrorragies 3-Polyphagie 4-Epistaxis 5-Rhinorrhée 6-je ne sais pas	
2.2.5	Quelles sont les complications des avortements que vous connaissez ? 1-Hémorragie génitale 2-Endométrite 3- Stérilité secondaire 4-Perforation utérine 5-Névrose dépressive 6-Péritonite	
2.2.6	Connaissez-vous le concept des soins complets d'avortement ? 1-oui 2-non	
2.2.7	Quels sont les éléments faisant partie de ce concept ?	

	1-Soins après avortement 2-réanimation néonatale 3-avortement sécurisé 4-accouchement sécurisé 5-césarienne 6-autre, préciser	
2.2.8	Connaissez-vous le concept des soins après avortement ? 1-oui 2-non	
2.2.9	Quelles sont les composantes des soins après avortement ? 1-Traitement des avortements à risque et de leur complications 2-Counseling 3-Offre de la contraception 4-Offre des soins de reproduction et autres services de santé 5-Participation communautaire 6-Césarienne	
2.2.10	En matière d'avortement, quelles sont les méthodes d'évacuation utérine que vous connaissez ? 1-AMIU 2-Curage 3-Curetage 4-Révision utérine 5-Dilatation et évacuation 6-Administration de misoprostol 7-Administration de mifépristone puis misoprostol	
2.2.11	Quand dit-on qu'un avortement est à risque ?	

	1-Lorsqu'il est pratiqué par des personnes non compétentes 2-Lorsqu'il est pratiqué dans un environnement non adéquat 3-Lorsqu'il est illégal 4-Lorsqu'il est fait à la demande de la femme 5-Je ne sais pas	
2.2.12	Avez-vous suivi au moins une fois une formation sur l'avortement sécurisé ? 1-Oui 2-Non	
2.2.13	Avez-vous suivi au moins une fois une formation sur les soins après avortement ? 1-Oui 2-Non	
2.2.14	Savez-vous s'il existe une loi encadrant l'avortement au Bénin ? 1-Oui 2-Non	
2.2.15	Si oui, quelles sont les conditions dans lesquelles l'avortement est prévu par la loi au Bénin ? 1-A la demande de la femme si la grossesse est issue d'un viol ou d'un inceste 2-Si l'évolution de la grossesse est susceptible de porter atteinte à la santé ou à la vie de la femme 3-Si l'enfant à naitre présente une tare incompatible avec la vie 4-Si la femme le désire 5-Je ne sais pas	
2.2.16	A propos des avortements spontanés et provoqués : 1-il existe une différence au plan juridique 2-les avortements spontanés surviennent d'eux-mêmes sans aide extérieure 3-les avortements provoqués font suite à des manœuvres extérieures 4-les complications font plus souvent suite aux avortements provoqués	

ATTITUDES		
3.1	Comment jugez-vous l'efficacité des soins administrés en cas d'avortement ? 1-inefficace 2-pas assez efficace 3-assez efficace 4-très efficace	
3.2	Que pensez-vous de pertinence de l'avortement sécurisé ? 1-pertinent 2-pas pertinent/sans intérêt 3-je ne sais pas	
3.3	Que pensez-vous de la pertinence des soins complets d'avortement? 1-pertinente 2-pas pertinent 3-je ne sais pas	
3.4	La formation en soins complets d'avortement pourrait-elle améliorer la morbidité et la mortalité maternelle dans votre maternité ? 1-oui 2-non 3-je ne sais pas	
3.5	Selon vous, dans les avortements incomplets, les manœuvres d'évacuation utérine sont : 1-pas nécessaires 2-obligatoires 3-inefficaces 4-efficaces	
3.6	Selon vous, avant la 12^{e} semaine d'aménorrhée, il faut préférer comme méthode d'évacuation utérine chirurgicale : 1-l'AMIU 2-le curage 3-le curetage 4-Dilatation et évacuation 5-la laparotomie	
3.7	Dans la prise en charge des avortements incomplets, l'antibioprophylaxie est : 1-obligatoire 2-pas obligatoire 3-efficace 4-inefficace	
3.8	Selon vous, dans la gestion des hémorragies compliquant les avortements provoqués, l'administration d'utérotonique est : 1-nécessaire 2-pas nécessaire 3-efficace 4-inefficace	

3.9	Selon vous, les soins suivants font partie des soins d'urgence en cas d'avortement incomplet : 1-évacuation utérine 2-antibiothérapie/antibioprophylaxie 3-transfusion sanguine si hémorragie abondante 4-Serum antiD si la femme est de rhésus négatif 5-SAT/VAT si femme non vaccinée	
3.10	Face à un avortement spontané, que ressentez-vous ? 1-de l'empathie 2-de l'antipathie 3-aucun sentiment	
3.11	Face à un avortement provoqué, que ressentez-vous ? 1-de l'empathie 2-de l'antipathie 3-aucun sentiment	
3.12	Etes-vous favorable à la prise en charge d'un avortement spontané ? 1-oui 2-non 3-je ne sais pas	
3.13	Etes-vous favorable à la prise en charge d'un avortement provoqué ? 1-oui 2-non 3-je ne sais pas	
3.14	Etes-vous favorable à la pratique de l'avortement sécurisé ? 1-oui 2-non 3-je ne sais pas	
3.15	Si non, quelles sont vos raisons ? 1-réligion 2-coutumes 3-convenance personnelle 4-sans raison 5-absence de cadre légal 6-autre, préciser	
PRATIQUES		
4.1	**Préparation de la patiente**	

4.1.1	Accueillez-vous bien vos patientes reçues pour avortement ? 1-oui 2-non	
4.1.2	Informez-vous vos patientes des procédures pour sa prise en charge ? 1-oui 2-non	
4.1.3	Donnez-vous l'opportunité à la patiente de faire ses choix pour la prise en charge ? 1-oui 2-non	
4.1.4	Témoignez-vous votre soutien aux femmes reçues pour avortement ? 1-oui 2-non	
4.2	**Préparation de l'agent de santé**	
4.2.1	Mettez-vous l'équipement de protection individuelle (blouse, masque…) ? 1-oui 2-non	
4.2.2	Respectez-vous l'hygiène des mains avant et après les soins faits à votre patiente ? 1-oui 2-non	
4.2.3	Vérifiez-vous la stérilité du matériel de soin ? 1-oui 2-non	
4.3	**Examen initial de la patiente**	
4.3.1	Un interrogatoire est-il réalisé à votre patiente ? 1-oui 2-non	
4.3.2	L'âge gestationnel est-il déterminé pour votre patiente ? 1-oui 2-non	

4.3.3.	L'appréciation de l'état général est-elle faite ? 1-oui 2-non	
4.3.4	Une recherche de douleur et de métrorragie est-elle faite ? 1-oui 2-non	
4.3.5	Mesurez-vous la hauteur utérine chez ces patientes ? 1-oui 2-non	
4.3.6	Posez-vous un spéculum à ces patientes ? 1-oui 2-non	
4.3.7	Un toucher vaginal est-il réalisé chez elles ? 1-oui 2-non	
4.3.8	Une recherche de lésions traumatiques est-elle faite ? 1-oui 2-non	
4.3.9	Le diagnostic d'avortement est-il posé ? 1-oui 2-non	
4.3.10	La gravité est-elle appréciée ? 1-oui 2-non	
4.3.11	Une échographie est-elle réalisée ? 1-oui 2-non	
4.4	**Technique d'évacuation utérine** Quelles sont les techniques d'évacuation utérine que vous utilisez ? 1-AMIU 2-Curetage 3-Curage 4-Protocole Misoprostol 5-Protocole Mifépristone et Misoprostol 6-Dilatation et évacuation	
4.5	**Prise en charge des complications**	

	De quel(s) soin(s) la patiente bénéficie(nt)-t-elle ? 1-antibiothérapie systématique 2-transfusion sanguine si anémie décompensée 3-suture en cas de lésions vulvovaginales 4-gestion systématique de la douleur 5-autre (préciser)	
4.6	**Prise en charge de la douleur** Quel(s) moyen(s) thérapeutiques(s) utilisez-vous pour la prise en charge de la douleur ? 1-antalgiques/antispasmodiques 2-anesthésie locale 3-anesthésie générale 4-autre(préciser)	

4.7	**Tâche après réalisation de l'évacuation utérine** Quelle(s) est (sont) la(les) tâche(s) effectuée(s) après l'évacuation utérine ? 1-examen du produit de conception 2-surveillance de la patiente 3-hospitalisation 4-administration de SAT/VAT 5-Administration de sérum antiD si rhésus négatif 6-demande d'examen anatomopathologique 7-prescription d'une ordonnance médicale 8-réalisation d'une échographie de vacuité 9-demande de rendez-vous 10-counseling post avortement	
4.8	**Offre de service de contraception** Offrez-vous des services de contraception à vos patientes reçues pour avortement ? 1-oui 2-non	
4.9	**Offre des services de reproduction et autres services de santé** Vos patientes bénéficient-elles d'une offre de service de reproduction ou d'une orientation vers des services appropriés de santé ? 1-oui 2-non	

Annexe C : Fiche d'enquête 3

OBSERVATION PRATIQUE

	Questions	**Réponse**
5.1	**Caractéristiques sociodémographiques de la patiente**	
5.1.1	Age de la patiente ……. (en année)	
5.1.2	Nationalité : 1-béninoise 2-autre, préciser	
5.1.3	Réligion : 1-Chrétienne 2-Musulmane 3-Animiste 4-Athée 5-Autre, préciser 6-non précisé	
5.1.4	Situation matrimoniale : 1-Mariée 2-En concubinage 3-Divorcée 4-Célibataire 5-Veuve 6-autre, préciser	
5.1.5	Profession : 1-Ménagère 2-Fonctionnaire 3-Artisane/ouvrière 4-Elève/Etudiante 5-Commerçante/revendeuse 6-autre, préciser	
5.1.6	Age du procréateur ……. (en année)	
5.1.7	Profession du procréateur 1-Enseignant 2-Fonctionnaire 3-Artisan/ouvrier 4-Elève/Etudiante 5-Commerçant/revendeur 6- autre, préciser 7-non précisé	
5.2	**Antécédents médicaux**	

5.2.1	Hypertension artérielle 1-oui 2-non	
5.2.2	Diabète 1-oui 2-non	
5.2.3	Drépanocytose 1-oui 2-non	
5.2.4	Asthme 1-oui 2-non	
5.2.5	Infection au VIH 1-oui 2-non	
5.2.6	Autres IST : 1-oui, préciser 2-non	
5.3	**Antécédents gynéco-obstétricaux**	
5.3.1	Gestité :	
5.3.2	Parité :	
5.3.3	Dernier accouchement <2ans : 1-oui 2-non 3-pas d'accouchement 4-non précisé	
5.3.4	Antécédents de fausses couches : 1-oui 2-non	
5.3.5	Nombre de fausses couches :	
5.3.6	S'il y en a, quel type de fausse couche :	

	1-Fausse couche spontanée 2-Fausse couche provoquée c-non précisé	
5.4	**Renseignements cliniques**	
5.4.1	Terme actuel:	
5.4.2	Plaintes à l'admission : 1-Douleurs abdomino-pelviennes 2-Métrorragies abondantes 3-Les deux 4-Autre, préciser	
5.4.3	Appréciation de l'état général : 1-Oui 2-Non 3-Non précisé	
5.4.4	Etat des muqueuses 1-Colorées 2-Pâles 3-Non précisé	
5.4.5	Examen physique initial fait : 1-Oui 2-Non 3-Non précisé	
5.4.6	Rhésus 1-Positif 2-Négatif 3- Non précisé	
5.4.7	Echographie réalisée : 1-Oui 2-Non	
5.4.8	Diagnostic retenu : 1-Avortement spontané sans complication 2-Avortement spontané avec complication 3- Avortement provoqué sans complication 4- Avortement provoqué avec complication 5-Demande d'avortement sécurisé 6-Autre, préciser	

5.4.9	Si complication, préciser laquelle	
5.5	**Prise en charge et évolution**	
5.5.1	Traitement reçu pour l'évacuation utérine : 1-AMIU 2-Curage 3-Curetage 4- Misoprostol 5-Dilatation et évacuation 6-Expectative 7-Laparotomie 9-Hystérectomie 10- Autre	
5.5.2	Traitement associé à l'évacuation utérine: 1-Antibiothérapie 2-Antalgiques 3- SAT/VAT 4-Transfusion sanguine 5-Sérum anti D 6-Suture du col 7-Autre, préciser	
5.5.3	Mode de prise en charge : 1-Hospitalisation 2-Ambulatoire	
5.5.4	Evolution : 1-Favorable 2-Défavorable, préciser complication	
5.5.5	Issue de la patiente : 1-Exéat 2-Décès 3-Autre, préciser	
5.5.6	Offre de soins de contraception 1-Oui 2-Non 3-Non précisé	
5.5.7	Offre de services de reproduction et autres services de santé : 1-Oui 2-Non 3-Non précisé	

Annexe D : Fiche de consentement

DISPONIBILITE, CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES SOINS COMPLETS D'AVORTEMENT DANS CINQ MATERNITES DE COTONOU EN 2021

Fiche de consentement

Je soussigné (e) …..... atteste que j'ai compris le but de cette étude et j'y participe librement.

En effet, j'ai eu l'occasion de poser toutes les questions aux membres de l'équipe de recherche. Des réponses m'ont été fournies dans un langage que je comprends. Les avantages et les contraintes liés à la participation à cette étude m'ont été clairement exposés.

Ainsi donc j'ai compris que :

- Ma participation à cette étude est volontaire et anonyme et que je peux me retirer à tout moment.
- Les données qui me concernent seront gardées confidentielles, et je n'autorise leur consultation qu'aux personnes collaborant avec l'équipe de recherche.
- Les informations collectées pourront être publiées sous anonymat, dans les revues scientifiques.
- Les dossiers de recherche pourraient être inspectés par le comité d'éthique pour s'assurer du bon déroulement de l'étude.

Il m'a été clairement expliqué et j'ai compris, que mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leur responsabilité, et que je conserve tous mes droits tels que garantis par la loi.

Signature du participant : **Date** ……..

Annexe E : Fiche d'autorisation 1

BP 01-882
BENIN
Tél. +229 21 33 2178/ 21 33 21 63
info@sante.gouv.bj
www.sante.gouv.bj

MINISTERE DE LA SANTE
REPUBLIQUE DU BENIN

N° 2958 /21/MS/DDS LIT/SPIRS/SA

Cotonou, le 22 NOV 2021

AUTORISATION DE RECHERCHE

****

Dans le cadre de la réalisation de sa thèse sur le thème **"Disponibilité, Connaissances, Attitudes et Pratiques des Soins Complets d'Avortement dans six maternités de Cotonou en 2021", Monsieur GONÇALVES Frangilo Justino,** Etudiant en 6ème année de Médecine Générale à la Faculté des Science de la Santé (FSS) de l'Université d'Abomey-Calavi est autorisé à collecter les informations nécessaires dans les maternité des Zones Sanitaires du Littoral, pour la période **du 22 novembre 2021 au 18 février 2022.**

L'intéressé devra déposer une copie de sa thèse à la Direction Départementale de la Santé du Littoral.

Les Médecins Coordonnateurs de Zone, le Directeur du Centre Hospitalier et Universitaire de Zone de Suru-Léré sont priés de lui accorder le concours nécessaire à la réussite de sa recherche.

En foi de quoi, la présente autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Direction Départementale de la Santé
La Directrice

Dr Adjoavi Mathilde HOUSSOU
DDS Littoral

Ampliations
- MS.....01 (ATCR)
- MCZS 04
- D/CHUZ S/L.....01
- INTERESSEE..... 01
- Archives.....01

01 BP 05 Téléphone : 21 31 42 96 Fax : 21 31 09 93 Mail : ddsatlit@yahoo.fr

Annexe F: Fiche d'autorisation 2



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
DE LA MERE ET DE L'ENFANT-LAGUNE
(CHU – MEL)
****
DIRECTION GENERALE

01 BP 107 -
COTONOU
.: +229 21-14-94-38 / 65 19 38 09
homelag@gmail.com
laloko@gouv.bj

Intertek
0015494-00

N° 2022/DG/DAF/SRH/DGPFE/SA

Cotonou, le 24 JAN 2022

AUTORISATION DE RECHERCHE

****

Je soussigné **Hyacinthe GBAGUIDI**, Directeur Général par intérim du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune (CHU-MEL), autorise le nommé **GONÇALVES Frangilo Justino**, étudiant en sixième année de Médecine Générale à la Faculté des Sciences de la Santé (FSS), à collecter dans ledit Centre, des données dans le cadre de ses travaux de recherche de fin de Formation portant sur le thème **« DISPONIBILITÉ, CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES SOINS COMPLETS D'AVORTEMENT DANS SIX MATERNITÉS DE COTONOU EN 2021 ».**

En foi de quoi, la présente autorisation lui est établie pour servir et valoir ce que de droit.

Le Directeur Général, P.I

Le Directeur Général

Hyacinthe GBAGUIDI
(Directeur de l'Administration et des Finances)

AMPLIATIONS

Commission Médicale d'Etablissement	1
Tous Surveillants Secteurs Concernés	2
Intéressé	1
Chrono/Archives	1

Table des matières

Liste des enseignants **ii**
Dédicaces **viii**
Remerciements **xiii**
Hommages **xviii**
Liste des sigles et abréviations **xxi**
Liste des tableaux **xxiv**
Liste des figures **xxviii**
Sommaire **xxxii**
Introduction **1**
1. Généralités **1**
1.1 Définition des concepts 5
1.2 Classification des avortements 5
1.3 Rappels anatomique et physiologique 7
1.3.1 Rappel anatomique 7
1.3.2 Rappel physiologique 8
1.4 Diagnostic des avortements 14
1.5 Complications des avortements 15
1.6 Soins complets d'avortement 16
1.6.1 Principes directeurs 16
1.6.2 Avortement sécurisé 18
1.6.3 Soins après avortement 21
1.6.3.1 Traitement des avortements incomplets et à risque et de leurs complications 22
1.6.3.2 Counseling 36
1.6.3.3 Offre des soins de contraception 36
1.6.3.4 Offre des services de reproduction et autres services de santé 37
1.6.3.5 Participation communautaire 38

1.6.4 Cadre légal de l'avortement au Bénin 38

2.Cadre et méthode d'étude 41

2.1 Cadre d'étude 42

2.1.1 Centre hospitalier universitaire de la mère et de l'enfant Lagune 42

2.1.2 Centre de sante d'Ahouansori-ague 44

2.1.3 Maternité de Missessin 45

2.1.4 Centre de santé d'arrondissement de Zogbo 45

2.1.5 Centre de santé de Houénoussou 46

2.2 Méthode d'étude 46

2.2.1 Type et période d'étude 46

2.2.2 Population d'étude 46

2.2.3 Échantillonnage 47

2.2.4 Variables étudiées 48

2.2.5 Collecte de données 51

2.2.6 Traitement et analyse des données 51

2.2.7 Considérations éthiques 52

3. Résultats 53

3.1 Caractéristiques des centres d'étude et des agents de santé enquêtés 54

3.1.1 Centres d'étude 54

3.1.2 Caractéristiques socio-professionnelles des agents de santé enquêtés 54

3.1.2.1 Age, sexe, religion 54

3.1.2.2 Situation matrimoniale et catégorie socio-professionnelle 55

3.1.2.3 Nombre d'années d'expérience professionnelle, de pratique des soins d'avortement et suivi d'au moins une formation sur les soins après avortement 56

3.1.2.4 Type d'établissement d'exercice 57

3.2 Disponibilité 58

3.2.1 Disponibilité des ressources humaines pour les SCA 58

3.2.2 Disponibilité des équipements, matériels et infrastructures pour les SCA 59

3.2.3 Disponibilité des médicaments, produits sanitaires et autres composantes des SCA 61

3.2.4 Disponibilité d'un partenariat avec la communauté 61

3.2.5 Score global de la disponibilité des SCA 62

3.3 Connaissances 62

3.3.1 Connaissances générales sur l'avortement 62

3.3.2 Connaissance des composantes des soins complets d'avortement 64

3.3.3 Méthodes d'évacuation utérine 64

3.3.4 Connaissance du cadre légal béninois sur l'avortement 65

3.3.5 Score global de connaissance 66

3.3.6 Facteurs influençant les connaissances des agents 67

3.4 Attitudes 69

3.4.1 Efficacité et pertinence des soins complets d'avortement 69

3.4.2 Intérêt d'une formation en soins complets d'avortement 70

3.4.3 Intérêt et choix des manœuvres d'évacuation utérine 70

3.4.4 Nécessité des utérotoniques et autres soins dans la prise en charge des avortements 70

3.4.5 Ressentis et attitudes face à un avortement spontané ou provoqué 71

3.4.6 Score attitude 72

3.4.7 Facteurs influençant les attitudes des agents 73

3.5 Pratiques 75

3.5.1 Caractéristiques socio-démographiques des patientes 75

3.5.1.1 Âge de la patiente 75

3.5.1.2 Nationalité de la patiente 75

3.5.1.3 Situation matrimoniale 76

3.5.1.4 Profession des patientes 76

3.5.1.5 Âge du procréateur 77

3.1.3.6 Profession du procréateur 78

3.5.2 Caractéristiques cliniques des patientes 79

3.5.2.1 Renseignement des antécédents des patientes 79

3.5.2.2 Plaintes à l'admission 82

3.5.2.3 Réalisation d'un examen physique initial et des examens paracliniques 83

3..5.2.4 Diagnostic retenu et complications 83

3.5.3 Prise en charge et évolution 84

3.5.3.1 Evacuation utérine 84

3.5.3.2 Traitement associé à l'évacuation utérine 85

3.5.3.3 Autres soins et évolution 86

3.5.4 Score pratique 87

3.5.5 Facteurs influençant les pratiques des agents 88

3.5.6 Score CAP global 90

4. Discussion **91**
4.1 Qualité et validité des résultats 92
4.1.1 Validité 92
4.1.2 Forces et limites de l'étude 92
4.2 Atteinte des objectifs de l'étude 93
4.3 Analyse des résultats et comparaison avec les données de la littérature 94
4.3.1 Disponibilité 94
4.3.2 Connaissances, attitudes et pratiques des SCA 95
4.3.2.1 Caractéristiques sociodémographiques des agents de santé 95
4.3.2.2 Connaissances sur les SCA 96
4.3.2.2 Attitudes par rapport aux SCA 98
4.3.2.3 Pratiques des SCA 99
Conclusion et suggestions **101**
Conclusion 102
Suggestions 104
Références **106**
Annexes **A**
Table des matières **B**

Serment d'Hippocrate

Devant le peuple Béninois,

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine,

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination,

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité,

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance,

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères,

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail,

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs,

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie, ni ne provoquerai délibérément la mort,

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission,

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !

VU LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN DE LA FSS

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

RESUME

Introduction : Le Bénin déplore chaque année environs 200 décès maternels dus aux avortements. Pour réduire ce taux et la morbidité liée à l'avortement, il a été adopté le concept des soins complets d'avortement (SCA).

Objectif : Analyser les SCA à travers la disponibilité des ressources nécessaires, les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des agents de santé dans 05 maternités de Cotonou en 2021.

Méthode d'étude : Il s'est agi d'une étude transversale descriptive et analytique menée dans 05 maternités de Cotonou qui a impliqué le personnel soignant et les femmes prises en charge pour avortement. La collecte des données s'est déroulée sur une période de 3 mois allant du 4 octobre 2021 au 2 janvier 2022. Un modèle d'évaluation de la disponibilité et le modèle des enquêtes CAP proposé par Essi et al. ont servi de grille d'évaluation. Le test de Chi2 de Pearson et le test exact de Fisher ont permis la comparaison des proportions. Les logiciels Epi Data version 3.1, SPSS 20 et EXCEL 2016 ont été utilisés pour le traitement des données.

Résultats : Au total, 1 CHU et 4 centres périphériques de Cotonou ont été sélectionnés pour l'étude. L'âge moyen des agents était de 38,4ans ±8,1 avec un sex ratio de 0,3. La disponibilité des ressources humaines nécessaires pour la pratique des SCA était insuffisante (45%) dans les centres périphériques contrairement aux ressources matérielles qui étaient globalement disponibles dans les structures sanitaires (56,7%) en dehors de la transfusion sanguine. Les connaissances des agents en matière de SCA étaient moyennes (55,4%) et les attitudes approximatives (57,1%) chez la plupart des agents. Quant aux pratiques, elles étaient adéquates chez 69,6%. D'un point de vue général, le score CAP global était bon chez 16,1%, acceptable chez 82,1% et mauvais chez 1,8% des agents. Par ailleurs, la pratique des agents suit les normes requises et ainsi donc, l'AMIU est la méthode d'évacuation utérine la plus utilisée.

Conclusion : Nos résultats permettent d'attirer l'attention sur les fonctions des SCA dont l'offre doit être améliorée ainsi que sur les insuffisances des agents de santé des maternités en matière de connaissances, attitudes et pratiques par rapport aux SCA.

Mots-clés : Soins complets d'avortement-Disponibilité-Connaissance-Attitude-Pratique-Cotonou.

SUMMARY

Introduction : Benin has approximately 200 abortion-related deaths per year. To reduce this rate as well as abortion-related morbidity, the concept of comprehensive abortion care (CAC) has been adopted.

Objective : To analyze CAC through the availability of necessary resources, knowledge, attitudes and practices(KAP) of CAC in 5 maternity hospitals in Cotonou in 2021.

Methodology of study: This was a descriptive and analytical cross-sectional study conducted in five Cotonou maternity hospitals that involved the nursing staff and women who were seen for abortion. Data collection was prospective and took place over a 3-month period from october 4, 2021 to january 2, 2022. The availability assessment model and the KAP survey model proposed by Essi et al. were used as the evaluation grid.The Chi2 test and Fisher's exact test allowed the comparaison of the proportions. Epi Data version 3.1, SPSS 20, and Excel 2016 software were used for data processing.

Results : A total of 1 university hospital and 4 peripheral centers in Cotonou were selected to participate in the study. The average age of the agents was 38.4 ± 8.1 years with a sex ratio of 0.3. The availability of the human resources was insufficient in the peripheral centers, in contrast to the material resources that were globally available in all the health structures apart from blood transfusion. Agents' knowledge of CAC was good in 35.7%, average in 55.4% and their attitudes were approximate in 57.1%. As for the practices, 69.6% of the agents were adequate. In general, the overall KAP score was good for 16.1%, acceptable for 82.1% and bad for 1.8% of the agents. In addition, the practice of the agents followed the required standards and thus, MVA is the most used method of uterine evacuation.

Conclusion : Our results allow us to draw attention to the functions of CAC, the provision of which must be improved, as well as to the inadequacies of maternity health workers in terms of knowledge, attitudes and practices with respect to CAC.

Keywords : Comprehensive abortion care-Availability-Knowledge-Attitude-Practice-Cotonou.