

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE PMA SUR L'AVORTEMENT : NIGER

Janvier 2022 – Mai 2022



RÉSULTATS CLÉS :

Malgré les restrictions légales de l'avortement au Niger, l'enquête de PMA a trouvé qu'il y a eu environ 6,7 avortements pour 1000 femmes de 15 à 49 ans au Niger en 2021, soit 36 856 avortements induits sur un an.

Plus de 9 avortements sur 10 sont non sécurisés. Les femmes non mariées et vivant en milieu rural ayant le plus de chances d'avoir un avortement non sécurisé.

62% des établissements de santé offrent des soins après avortement (SAA), et seulement 36% et 14% disposent de tous les éléments essentiels pour fournir des SAA de base et des SAA complet de qualité, respectivement.

L'AVORTEMENT AU NIGER : LÉGALEMENT RESTREINT ET RELATIVEMENT PEU COURANT

L'avortement induit est autorisé par la loi au Niger uniquement pour sauver la vie de la femme ou pour préserver sa santé. Néanmoins, certaines femmes ont recours à l'avortement pour réguler leur fécondité, et les modèles internationaux estiment à 15 pour 1000 femmes l'incidence annuelle de l'avortement induit.¹ Ces estimations mondiales sont en proie à beaucoup d'incertitudes et n'offrent aucune information sur les personnes qui ont recours à l'avortement et les conditions dans lesquelles ces avortements ont lieu. De nombreux avortements mènent à des complications nécessitant des soins après avortement (SAA), un élément essentiel des soins obstétricaux d'urgence.

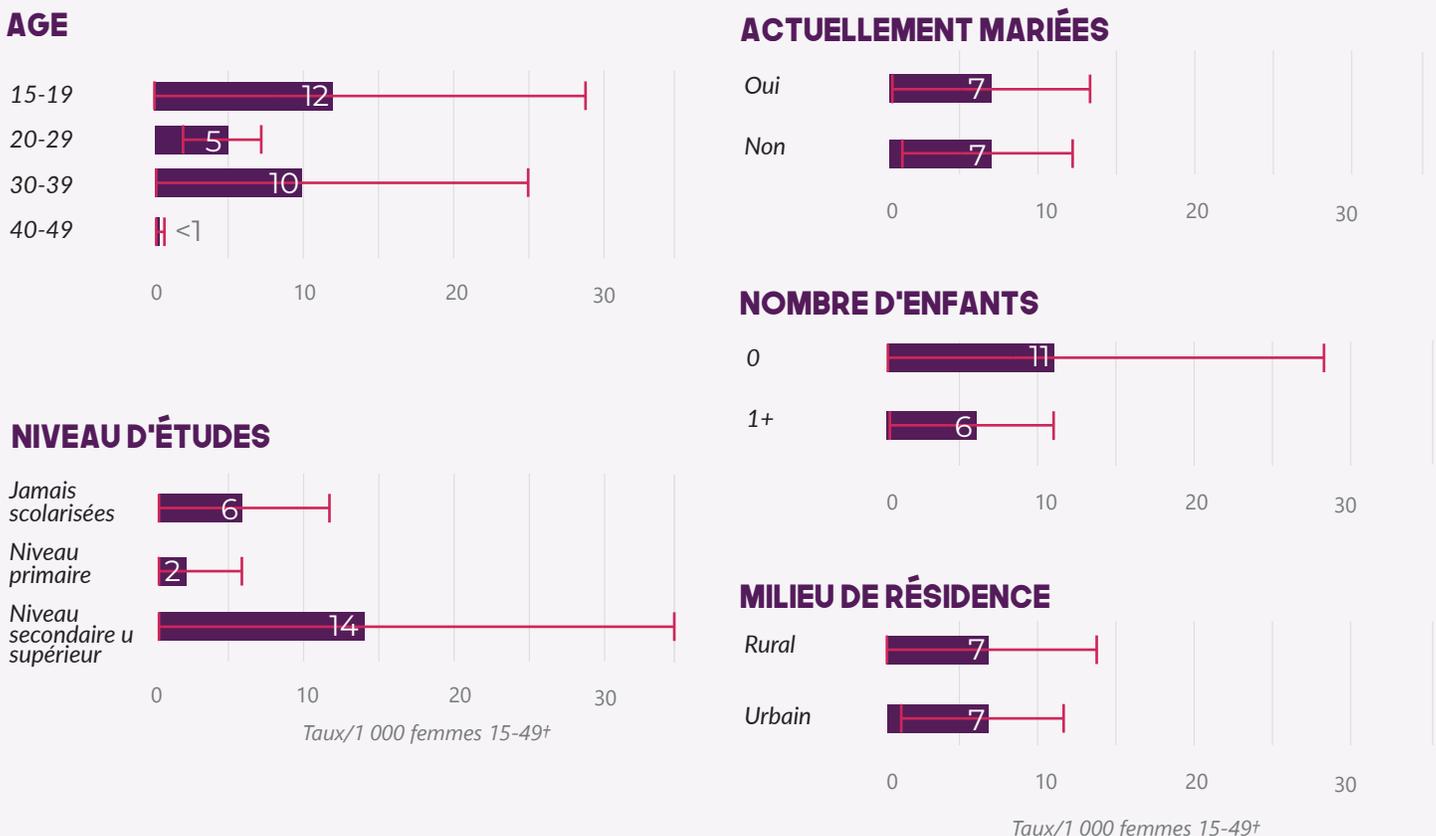
L'ÉTUDE DE PMA SUR L'AVORTEMENT AU NIGER

Entre janvier et mai 2021, Performance Monitoring for Action (PMA) a mené une enquête auprès de la population pour générer des estimations représentatives du pays sur l'avortement induit au Niger. L'étude s'est basée sur les données représentatives des femmes en âge de procréer (15-49 ans) et les informations rapportées par les femmes sur leurs propres expériences de l'avortement et sur celles de leurs plus proches confidentes. Nous avons également collecté des données sur les soins après avortement auprès des sites de prestation de santé (SPS) dans les pays. Le modèle d'échantillonnage, les questions de l'enquête et la méthodologie de la confidente sont expliqués en plus amples de détails à la fin de ce résumé.

L'AVORTEMENT EST PLUS COURANT AU DÉBUT DE LA VIE REPRODUCTIVE DES FEMMES

Au total, l'étude PMA a trouvé environ 6,7 (intervalle de confiance [IC] de 95% ; 1,3-12,1) avortements induits pour 1000 femmes de 15-49 ans au Niger en 2021, soit 36 856 avortements induits sur un an. Les données de l'étude suggèrent que les avortements sont plus courants chez les adolescentes, les femmes avec un plus haut niveau d'études, et les femmes sans enfant. Toutefois, ces résultats pourraient sous-estimer l'ampleur de l'avortement au Niger.

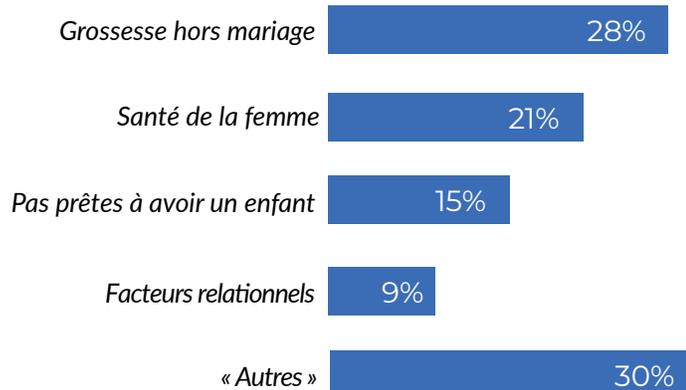
INCIDENCE DE L'AVORTEMENT SUR UN AN AU NIGER, PAR CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES FEMMES, 2021 (N=3 380)



[†]Les estimations de l'incidence de l'avortement proviennent des données ajustées des confidentes.

LES RAISONS PRINCIPALES DE L'AVORTEMENT INDUIT AU NIGER (N=20)

Les raisons de l'avortement induit varient au cours de la vie d'une femme, mais l'étude de PMA montre qu'elles sont souvent liées au fait de ne pas être mariée (28%) et au désir ou besoin de préserver sa santé (21%). Par ailleurs, 30% des femmes ont indiqué avoir d'« autres » raisons qui les ont poussées à se faire avorter.

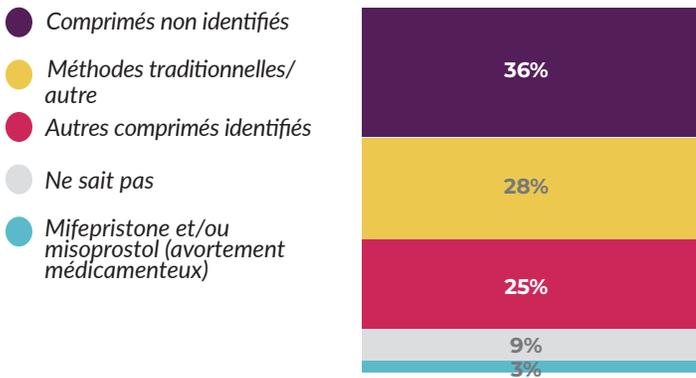


LES PARCOURS DE SOINS DE L'AVORTEMENT IMPLIQUENT PRESQUE SYSTÉMATIQUEMENT DES MÉTHODES NON RECOMMANDÉES

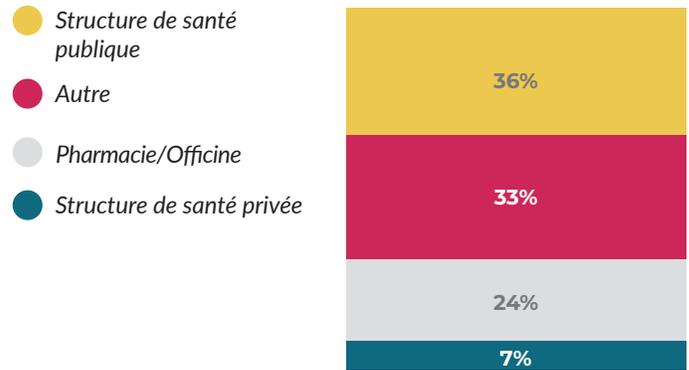
Seulement 13% des femmes connaissent une méthode d'avortement sécurisé, à savoir l'avortement chirurgical (9%) et l'avortement médicamenteux (6%). Les femmes avec un niveau d'études secondaire et les femmes vivant en milieu urbain ont plus de chances de connaître une méthode d'avortement sécurisé.

Presque toutes les femmes ont eu recours à des méthodes d'avortement non recommandées, y compris des comprimés autres que ceux utilisés pour l'avortement médicamenteux et des moyens traditionnels, avec 17% de femmes essayant de mettre un terme à leurs grossesses de plusieurs façons différentes. Environ un tiers des femmes se sont rendues dans des structures de santé publiques, tandis qu'un quart se sont tournées vers une pharmacie ou une officine.

MÉTHODE D'AVORTEMENT*



SOURCE DE L'AVORTEMENT*

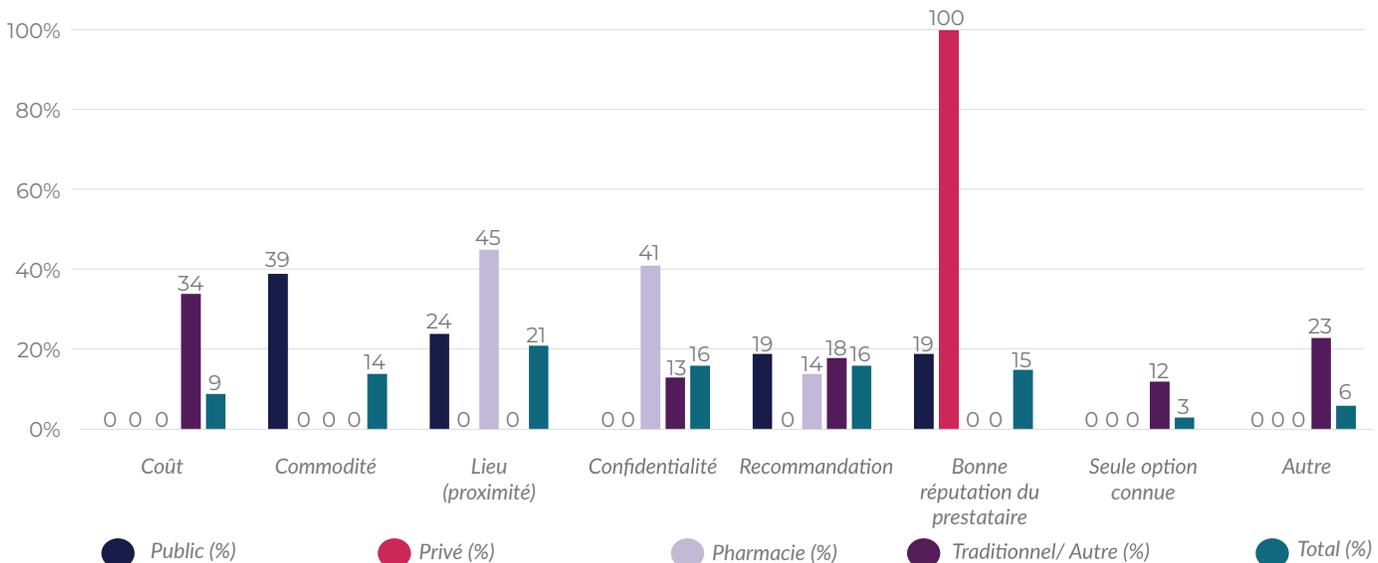


*Les estimations des méthodes et sources d'avortement proviennent des répondantes.

Prise de décision

La commodité et le coût sont les deux facteurs principaux qui ont déterminé la décision des femmes de l'endroit où se faire avorter. La proximité du lieu est la raison la plus courante du choix d'une source d'avortement en général (18%), en particulier des femmes qui se sont rendues en pharmacie (45%). Pour les établissements privés, la réputation (100%) est la raison la plus couramment citée, tandis que la commodité (39%) est le facteur de décision déterminant des femmes qui se sont rendues dans des structures publiques. Enfin, le coût (34%) est la raison la plus couramment citée par les femmes ayant eu recours à un moyen traditionnel ou un « autre » moyen de se faire avorter.

RAISONS DU PARCOURS DE SOINS

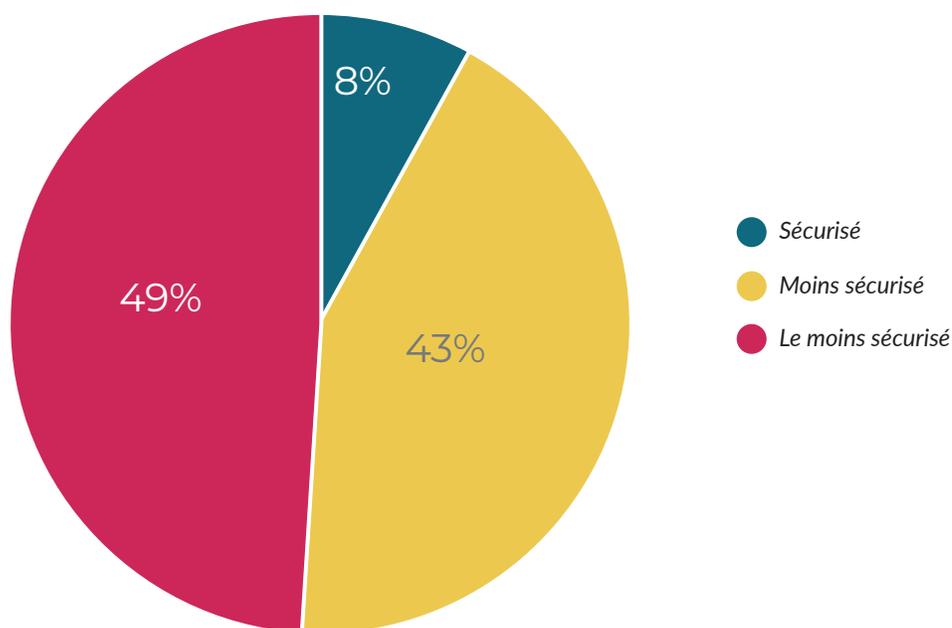


Les répondantes pouvant sélectionner plus d'une raison

PRESQUE TOUS LES AVORTEMENTS SONT NON SÉCURISÉS

Plus de 9 avortements induits sur 10 sont non sécurisés (92%), c'est-à-dire qu'ils n'impliquent pas d'intervention chirurgicale de source clinique ni de comprimés prescrits pour un avortement médicamenteux à aucun moment du parcours de soins. Les résultats de l'enquête suggèrent que les femmes plus âgées, mariées, et résidant en milieu rural ont plus de chances d'avoir un avortement non sécurisé, mais on observe peu de variabilité, les niveaux généraux de l'avortement non sécurisé étant très élevés.

DISTRIBUTION DES NIVEAUX DE SÉCURITÉ DE L'AVORTEMENT SELON LES RECOMMANDATIONS DE L'OMS *



*Estimations du niveau de sécurité de l'avortement basées sur les données ajustées des confidentes (n=25).

DÉFINITIONS DE LA PMA SUR LA SÉCURITÉ DE L'AVORTEMENT

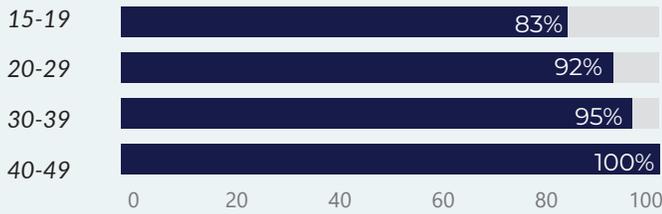
Le niveau de sécurité de l'avortement est divisé en trois catégories, de manière similaire aux mesures de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).² Cette définition reflète les changements récents apportés aux lignes directrices de l'OMS sur l'avortement sécurisé, qui comprennent désormais l'avortement auto-administré.³ Les catégories de sécurité sont les suivantes :

1. Sécurisé : avortement chirurgical en milieu clinique ou avortement médicamenteux indépendamment du prestataire
2. Moins sécurisé : avortement chirurgical d'une source non clinique ou méthode non recommandée d'une source clinique
3. Le moins sécurisé : ni une méthode recommandée, ni une source clinique

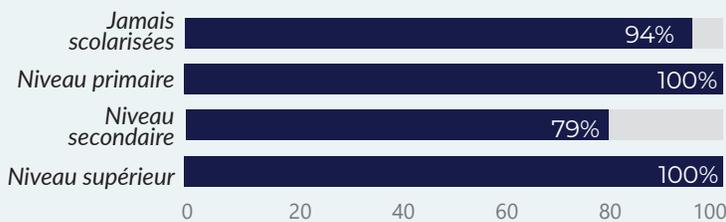
*Les catégories « moins sécurisé » et « le moins sécurisé » combinées sont considérées comme des avortements non sécurisés.

POURCENTAGE DES AVORTEMENTS INDUITS NON SÉCURISÉS AU NIGER PAR CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES (N=25)*

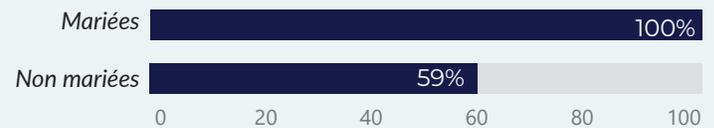
AGE



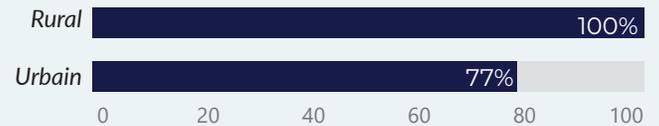
NIVEAU D'ÉTUDES



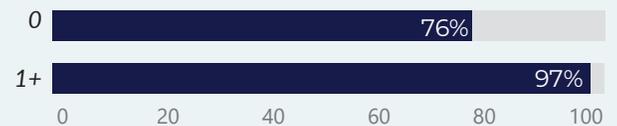
STATUT CONJUGAL



MILIEU DE RÉSIDENCE



NOMBRE D'ENFANTS



*Les estimations de la sécurité de l'avortement proviennent des données ajustées des confidentes.

DES SOINS APRÈS AVORTEMENT DE QUALITÉ SONT NÉCESSAIRES POUR TRAITER LES COMPLICATIONS RÉSULTANT DES AVORTEMENTS NON SÉCURISÉS

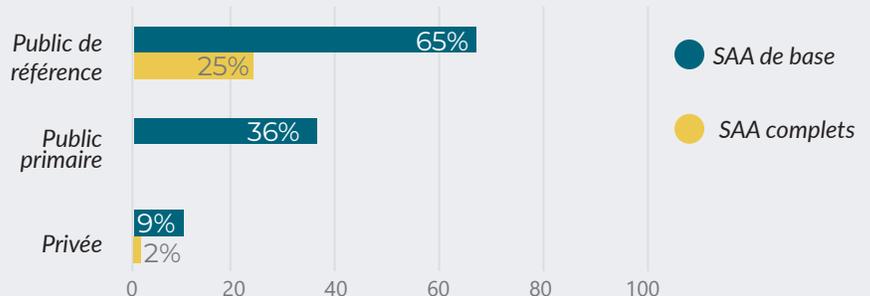
Plus de 4 femmes sur 10 (43%) ont rapporté avoir subi des complications potentiellement graves (fièvre, écoulements vaginaux ou complications nécessitant une intervention chirurgicale). Seulement 40% de celles ayant subi des complications potentiellement graves ont indiqué avoir obtenu des soins après avortement (SAA) auprès d'une structure de santé.

Faible disponibilité et préparation aux SAA complets

En général, 62% des structures de santé desservant un échantillon représentatif des femmes en âge de procréer au Niger rapportent fournir des SAA. Cependant, seules 37% sont préparées à fournir tous les éléments des SAA de base*, et 14% seulement sont préparées à fournir tous les éléments des SAA complets**.

DISPONIBILITÉ DES SAA PAR TYPE D'ÉTABLISSEMENT

TYPE D'ÉTABLISSEMENT[§]



*Les SAA de base comprennent les éléments suivants : SAA ≤ 12 semaines de grossesse ; antibiotiques ; ocytociques ; fluides de remplacement en intraveineuse ; méthodes de contraception.

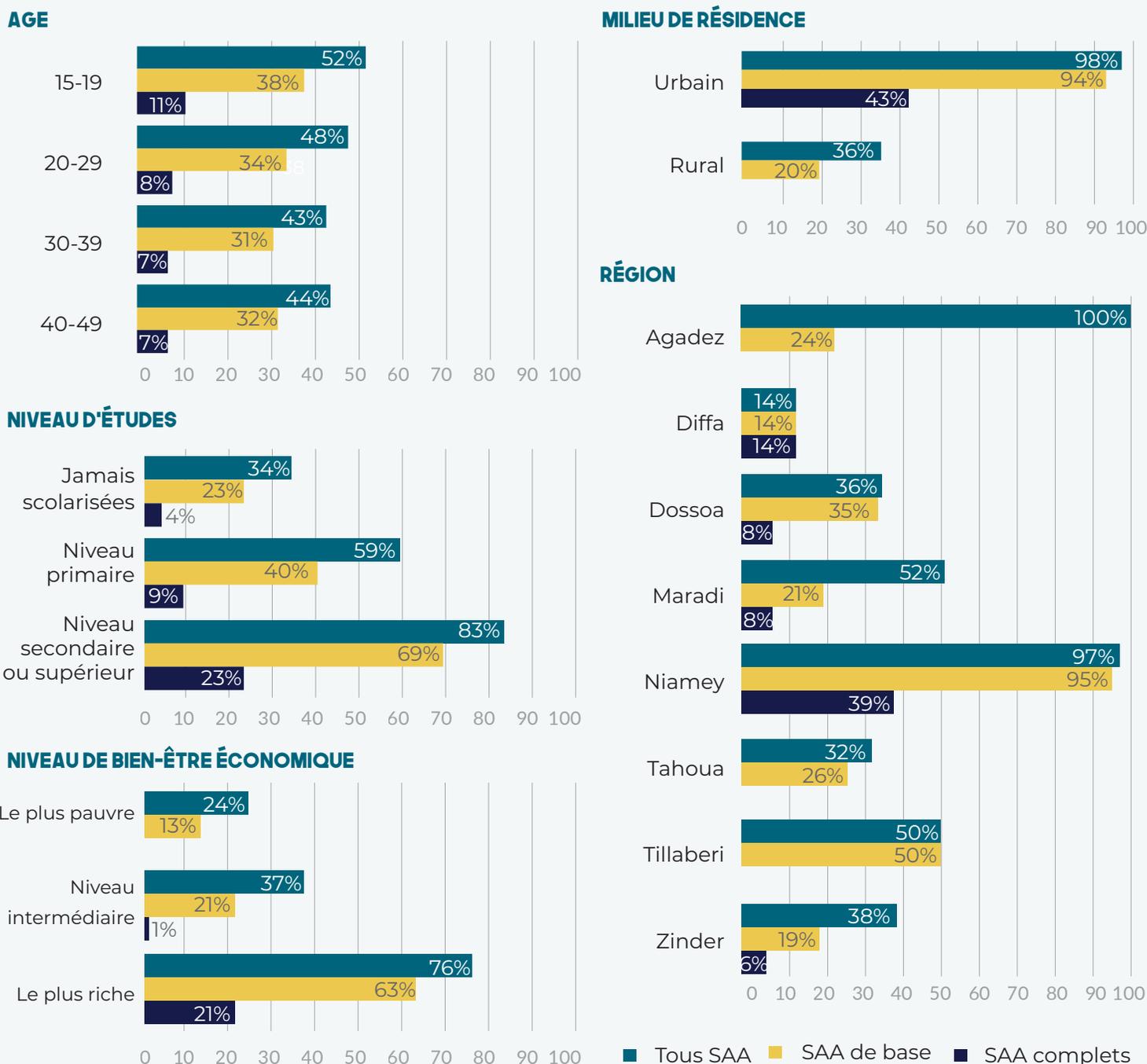
**Les SAA complets comprennent : tous les éléments des SAA de base ; SAA > 12 semaines de grossesse ; transfusion sanguine ; laparotomie ; services de SAA disponibles 24h/24 et 7j/7 ; méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action (LARC). Les méthodes LARC comprennent les implants et les dispositifs intra-utérins (DIU).

§Les établissements publics de référence comprennent les hôpitaux publics généraux, nationaux, régionaux et des districts, le centre Madonna, ainsi que les polycliniques publiques. Les établissements publics primaires comprennent les cases de santé et les centres de santé intégrés. Les installations privées comprennent les chambres et les cabinets privés, ainsi que toute autre installation gérée par des parties privées.

Accessibilité des SAA

Au Niger, 47% des femmes vivent à moins de 5 kilomètres d'une structure de santé offrant des SAA, et 33% et 8% habitent à moins de 5 kilomètres d'une structure offrant tous les éléments des SAA de base et complets, respectivement. Les femmes avec un niveau d'études moins élevé, vivant dans un plus grand degré de pauvreté et en milieu rural ont moins de chances de vivre dans un rayon de 5 kilomètres d'une structure de santé remplissant l'un de ces critères, avec des inégalités plus marquées en termes de distance à parcourir pour se rendre dans une structure de santé remplissant tous les critères des SAA de base et complets. Ces disparités pourraient expliquer les résultats de recherche précédents qui montrent que les femmes plus pauvres et vivant en milieu rural ont plus de chances de subir les impacts négatifs de l'avortement non sécurisé (Singh et al 2010). Ainsi, l'accès limité aux structures offrant des SAA pourrait exacerber les inégalités face aux lésions et décès liés à l'avortement non sécurisé au Niger.

POURCENTAGE DE FEMMES VIVANT À MOINS DE 5 KILOMÈTRES D'UNE STRUCTURE DE SANTÉ OFFRANT DES SAA, TOUS LES ÉLÉMENTS DES SAA DE BASE, ET TOUS LES ÉLÉMENTS DES SAA COMPLETS



La contraception après avortement

Seules 26% (n=6) des femmes qui ont indiqué s'être fait avorter ont adopté une méthode de contraception après leur avortement. Toutes les femmes qui ont adopté la contraception ont reçu une méthode moderne, dont 68% ont choisi la pilule, 32% l'implant et 17% la contraception d'urgence.

RECOMMANDATIONS

Les résultats de l'étude PMA indiquent que les femmes au Niger ont occasionnellement recours à l'avortement – presque toujours dans des conditions non sécurisées. De nombreuses femmes subissent des complications, et la plupart ne reçoivent aucun soin après avortement. Seules 62% des structures de santé offrent des soins après avortement, obligeant une proportion importante de la population à parcourir plus de 5 kilomètres pour accéder à des services de SAA de base. À la lumière de ces résultats, les actions suivantes peuvent être menées pour réduire les avortements non sécurisés et ses impacts négatifs associés sur la santé maternelle :

- Augmenter les informations sur les méthodes et services de planification familiale, y compris dans les programmes scolaires, et améliorer l'accès aux méthodes de contraception pour prévenir les grossesses non désirées.
- Former les prestataires et assurer la disponibilité des services d'avortement sécurisé et des soins après avortement de qualité autant que la loi le permet, particulièrement dans les structures de santé primaires.
- Augmenter la conscience des conséquences de l'avortement non sécurisé sur la santé publique.

Menées ensemble, ces actions peuvent réduire significativement l'ampleur des avortements non sécurisés, leurs complications associées, et les lésions et décès maternels liés à l'avortement non sécurisé qui ont lieu chaque année au Niger.

¹ Bearak J et al., Country-specific estimates of unintended pregnancy and abortion incidence: a global comparative analysis of levels in 2015–2019, *BMJ Global Health*, 2022, 7(3); ² Ganatra, B., et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*. 2017; 390(10110): 2372-8; ³ World Health Organization (WHO). *Abortion care guideline*. 2022. Geneva: WHO.

Modèle d'échantillonnage

PMA Niger a collecté des informations sur les connaissances, les pratiques et la couverture des services de planification familiale dans 103 zones de dénombrement sélectionnées selon un modèle d'enquête par grappes stratifiées en plusieurs étapes, avec des strates urbaines et rurales. Les résultats sont représentatifs à l'échelle nationale et des zones urbaines/rurales. Les données de la Phase 2 de l'enquête ont été collectées entre janvier et mai 2022 auprès de 3428 ménages (taux de réponse de 98,8%), 3696 femmes de 15-49 ans (taux de réponse de 96,3%) et 288 établissements de santé (taux de réponse de 97,6%). Seuls les établissements de santé censés fournir des soins après avortement ont été inclus dans l'échantillon analytique final (n=258), à l'exclusion des pharmacies et des magasins. Ces établissements desservent l'échantillon national représentatif des femmes. Pour plus d'informations sur l'échantillonnage et pour obtenir les ensembles de données complets, consultez www.pmadata.org/countries/niger.

Pour cette phase de la collecte des données, nous avons introduit un module sur l'avortement pour estimer l'incidence et la sécurité de l'avortement chez les femmes enquêtées et parmi un échantillon de substitution de leurs confidentes les plus proches. Cette approche indirecte a pour postulat de base que l'échantillon des confidentes est semblable à celui des répondantes, que les répondantes connaissent les expériences d'avortement de leurs confidentes, et qu'elles seraient plus enclin à parler des expériences de leurs amies que des leurs. La méthodologie de la confidente et le module d'enquête sur l'avortement sont expliqués en plus amples détails ailleurs [Bell, S. O., M. Shankar, E. Omoluabi, A. Khanna, H. K. Andoh, F. OlaOlorun, D. Ahmad, G. Guiella, S. Ahmed et C. Moreau (2020). "Social network-based measurement of abortion incidence: promising findings from population-based surveys in Nigeria, Cote d'Ivoire, and Rajasthan, India." *Population Health Metrics* 18(1): 1-15; Bell, S. O., E. Omoluabi, F. OlaOlorun, M. Shankar et C. Moreau (2020). "Inequities in the incidence and safety of abortion in Nigeria." *BMJ Global Health* 5(1): e001814.].

PMA utilise la technologie mobile et des enquêtrices résidentes pour administrer des enquêtes permettant une restitution rapide des résultats afin de suivre les indicateurs clés de santé et de planification familiale en Afrique et en Asie. PMA Niger est dirigée par l'Institut National de la Statistique du Niger. L'Institut Bill & Melinda Gates pour la Population et la Santé de la Reproduction à l'École de Santé Publique Bloomberg de l'Université de Johns Hopkins et Jhpiego apportent leur soutien et une direction générale à projet. PMA est financé par la Fondation Bill & Melinda Gates, et le module sur l'avortement est financé par la Fondation Hewlett.