Interroger au Bénin les usages populaires d'un médicament abortif, le misoprostol

Inès Boko[1] et Carine Baxerres[2].

1. Étudiante en Master II de sociologie du développement, UAC – Université d'Abomey-Calavi, IRD – Institut de Recherche pour le Développement (MERIT), CERPAGE – Centre d'études et de recherche sur le paludisme associé à la grossesse et à l'enfance.
2. Chargée de recherche, IRD – Institut de Recherche pour le Développement (MERIT), CERPAGE – Centre d'études et de recherche sur le paludisme associé à la grossesse et à l'enfance.

Au Bénin, la prévalence de la contraception dite « moderne » est très faible (09 % – EDS 2011-2012), pourtant la fécondité par femme est relativement maîtrisée (4,9) surtout à Cotonou (3,6). Ce rapport est étonnant si on le compare à d'autres capitales Ouest-africaines comme Ouagadougou où l'indice synthétique de fécondité pour une femme est à peu près le même (3,4 – EDS 2010) mais où la prévalence contraceptive « moderne » est plus de 2,5 fois plus élevée, 32,6 % à Ouagadougou contre 12,5 % à Cotonou. Se pose donc la question de l'avortement volontaire dont l'accès légal est très restrictif. Au Bénin, l'avortement est seulement autorisé dans les cas où la santé de la mère ou du futur enfant est menacée, en cas de viol ou d'inceste. Au-delà des nombreuses méthodes plus ou moins agressives et encadrées ou non par divers types de professionnels, un médicament – le misoprostol – est décrit dans la littérature comme étant utilisé en automédication comme abortif depuis les années 1990 dans certaines régions du monde, telles que l'Amérique Latine et les Caraïbes (Guillaume & Lerner, 2007 ; Prada, Singh & Villarreal, 2012). Il a permis selon plusieurs experts de faire baisser sensiblement la mortalité maternelle dont une bonne part est due à la pratique des avortements à risque (Harper *et al.*, 2007 ; Shah & Åhman, 2010 ; Singh, Monteiro & Levin, 2012). En Afrique de l'Ouest, ces avortements à risque représentent 12 % des causes de mortalité maternelle (Åhman & Shah, 2011) et nous disposons de peu d'information sur les usages du misoprostol dans cette région. Qu'en est-il alors de l'utilisation de ce médicament à Cotonou ? Est-il facilement accessible ? Est-il utilisé, en automédication ou non, par les

femmes qui sont confrontées à une grossesse non désirée ? Et si non, quelles autres méthodes ont-elles à leur disposition ?

1. Méthodologie développée et description des femmes enquêtées

1.1 Une méthodologie qualitative

Cette étude a commencé en février 2014 et comprend la réalisation d'entretiens auprès de 25 femmes ayant avorté relativement récemment. Vingt-et-un entretiens ont déjà été réalisés. Ces femmes sont contactées par le biais de connaissances, de rencontres dans des collèges et des centres de santé et d'associations qui travaillent auprès de « travailleuses du sexe », telles que ces femmes sont dénommées dans ce cadre. Des investigations complémentaires sont aussi réalisées dans les lieux de vente des médicaments (marchés et pharmacies). Enfin, des discussions libres avec des professionnels de la santé, des responsables d'ONG, des acteurs institutionnels ainsi qu'avec le maximum de personnes pouvant apporter des informations au sujet de l'avortement (étudiants, voisins, amis, famille, etc.) sont également menées dès que l'occasion se présente. Quelques entretiens formels avec certains de ces acteurs sont également conduits.

Notre difficulté majeure réside dans le fait de trouver des femmes qui veulent témoigner de leur avortement. En effet, ce sujet est un réel tabou dans la société béninoise.

1.2 Description des femmes enquêtées

Les femmes enquêtées sont de diverses catégories socio-économiques. Au regard des revenus de leur foyer, de leurs activités, des véhicules (moto, voiture) possédés ou non, de leur mode d'hébergement (locataire, propriétaire, hébergé gratuitement) et de leur niveau de scolarisation, 6 d'entre elles peuvent être considérées comme issues de familles « nanties », 8 « intermédiaires » et 7 « démunies ». Leur âge varie entre 18 et 43 ans et parmi ces femmes, certaines n'ont jamais été à l'école (2) ou ont le niveau primaire (3), d'autres ont le niveau secondaire du lycée (11) et d'autres encore ont obtenu le baccalauréat et ont étudié au-delà (5). Elles pratiquent une variété de religions (catholique, évangélique, musulmane, protestante) et leur situation familiale diverge. Parmi ces femmes, certaines (8) sont des célibataires sans enfant et vivent avec leurs parents ou un membre de leur

famille (cousine) ; ce sont toutes des lycéennes. D'autres femmes (6) sont des célibataires avec enfants et ont des partenaires et d'autres enfin, vivent maritalement (8).

L'âge moyen d'entrée en vie sexuelle des femmes interrogées est de 17 ans (entre 14 et 20 ans). Elles avaient toutes un homme dans leur vie au moment de l'entretien et avaient eu en moyenne chacune 3 partenaires (entre 1 et 5).

Il apparaît globalement au travers de ces premières données que toutes les femmes de Cotonou, de tous les âges et de toutes les catégories sociales, sont susceptibles d'être confrontées à des grossesses non désirées.

2. La question de la contraception

2.1 Les méthodes contraceptives connues ou utilisées par les femmes enquêtées

Si les femmes sont confrontées à des grossesses non désirées, cela ne veut pas dire qu'elles ne connaissent pas les méthodes de contraception dites « modernes ». Au cours des entretiens, elles ont précisé avoir entendu parler du stérilet, de l'implant, de la pilule, de l'injection, du préservatif, de la contraception d'urgence. Parmi ces femmes, il y en a qui utilisaient l'une de ces méthodes au moment de l'entretien.

En dehors de ces méthodes contraceptives « modernes », les femmes utilisent plus volontiers les méthodes naturelles comme le coït interrompu et la méthode du calendrier. Elles ont également cité d'autres pratiques contraceptives. Il arrivait à plusieurs d'entre elles de consommer des médicaments juste avant ou juste après la relation sexuelle. Il s'agissait alors de Sédaspir® (acide acétylsalicylique, phosphate de codéine hémihydraté et caféine), d'aspirine, de Stédiril® (norgestrel et éthinylestradiol), de quinine et de Cumorit® (progesterone et estradiol benzoate). Stédiril® et Cumorit® sont tous deux une pilule contraceptive (mais devant être prise quotidiennement) ; les trois autres produits sont des analgésiques ou des antipaludiques. Les femmes ont aussi parlé du port d'une bague comme méthode contraceptive qu'elles disent alors « traditionnelle ».

2.2 Perceptions des méthodes contraceptives « modernes »

Globalement, on peut dire que les femmes que nous avons interrogées sont réticentes à utiliser les méthodes contraceptives « modernes » parce qu'elles jugent leurs effets secondaires trop importants. Selon elles, ces méthodes rendent malade, font saigner, donnent une sensation de malaise, entraînent la ménopause précoce, rendent stérile et font maigrir. De plus, elles jugent qu'elles ne sont pas fiables et qu'elles sont contraignantes à prendre, notamment dans le cas de la pilule. La plupart des femmes pensent que ces méthodes sont bonnes pour celles qui ne veulent plus avoir d'enfant. L'une d'entre elles, par exemple, a expliqué que le stérilet perfore l'utérus au moment de son retrait.

Des études ont par ailleurs montré que d'autres raisons, en plus de celles citées plus haut par les femmes, justifient la non-utilisation des méthodes contraceptives : la mauvaise qualité des services de soins ou le choix limité de méthodes, l'opposition du conjoint, particulièrement pour les jeunes, les plus pauvres ou les célibataires (d'Arcangues, 2009). Une autre étude, toute récente, met en évidence la circulation en Afrique de l'Ouest au sujet de la contraception « moderne », de perceptions en termes de « théories du complot » et de volonté de l'occident de limiter les naissances en Afrique (Teixeira *et al.*, 2015).

3. L'avortement

Les femmes qui avortent prennent tôt la décision d'avorter, dès le 1er trimestre de la grossesse, entre la 3ème semaine et les deux 1ers mois de grossesse. Il y a toujours des hésitations avant cette prise de décision, qui se fait principalement avec le conjoint. Quelques fois aussi la femme décide seule. Parfois encore, cette décision est imposée par le partenaire qui peut alors être aidé par des membres, notamment féminins, de sa famille. Dans certains cas, la femme n'en a même pas conscience avant que l'avortement ne soit réalisé.

Notons que plusieurs raisons poussent les femmes à prendre la décision d'avorter. Certaines femmes ont décidé d'avorter parce qu'elles sont trop jeunes, encore scolarisées ou parce que leurs parents se sont opposés à la grossesse. Pour d'autres, c'est parce qu'elles vivent avec leur partenaire une relation non stable ou sans lendemain ou encore parce que le partenaire refuse d'assumer sa responsabilité de futur père. D'autres femmes ont pris cette décision au cours de la grossesse où pour une raison

ou pour une autre, elles disent avoir découvert le « vrai visage » de leur partenaire. Pour d'autres encore, c'est parce qu'il n'y a pas d'avenir possible pour le couple, notamment en raison du veuvage en cours de la femme, ou encore de « l'incompatibilité » des familles (deux groupes sociolinguistiques trop différents au regard de la famille). En dehors de ces raisons, certaines femmes ont décidé d'avorter en raison d'un nombre d'enfants déjà trop élevé, ou d'une précédente grossesse trop récente.

Les analyses présentées ci-dessous portent sur 32 avortements pratiqués par les 21 femmes interrogées pour le moment. En effet, certaines femmes ont eu recours plusieurs fois à l'avortement (1 à 3).

3.1 Méthodes abortives pratiquées par les femmes enquêtées

Pour avorter, les femmes enquêtées ont eu principalement recours aux professionnels de la santé (méthode du curetage ou de l'aspiration). Certaines ont utilisé une association de médicaments (Sédaspir® ou aspirine) à une prise importante de bière. Trois femmes ont utilisé le misoprostol (il en sera question ci-après), une a introduit un produit que nous n'avons pu identifier (un produit en forme de boule, ressemblant à du « chewing-gum », selon les propos de la femme interrogée) dans son vagin, suite à quoi elle a consommé une bouteille de bière (60 cl). Seuls les avortements pratiqués par des professionnels de la santé ont abouti, en plus du dernier cas cité (introduction d'un produit non identifié dans le vagin).

La plupart des avortements ont été pratiqués dans des centres de santé privés de niveaux de soins hétérogènes : cabinet médical, cabinet à la maison, cabinet de soins. Quelques-uns ont aussi été réalisés chez la patiente par un professionnel de santé. Ces professionnels peuvent être des gynécologues, des infirmiers et parfois des aides-soignants. Seuls 8 de ces 32 avortements ont été pratiqués par un gynécologue. Les professionnels de la santé ne sont pas toujours parvenus à ce que la femme avorte effectivement ; 5 avortements ont échoué et les femmes ont dû être référées au Centre National Hospitalo-Universitaire (CNHU) ou auprès d'un gynécologue dans le secteur privé. La plupart des femmes qui ont eu recours aux professionnels de la santé, en raison de l'anesthésie qu'elles ont reçue, ne savent pas exactement quelles méthodes ont été pratiquées dans leur cas.

Les avortements sont majoritairement pris en charge financièrement par les conjoints qui trouvent d'une manière ou d'une autre les moyens de le faire. Le coût

de l'avortement chez un professionnel de la santé varie entre 15 et 55 000 frs CFA soit de 23 à 83 €, ce qui est relativement cher, en comparaison du revenu mensuel minimum légal au Bénin qui est de 40 000 frs CFA. Certaines femmes ne connaissent pas le coût de l'avortement. Ce sont la plupart du temps les conjoints qui proposent le lieu où pratiquer l'avortement.

Notons que même quand les conjoints n'ont pas les moyens ou lorsqu'ils ne sont pas associés, la plupart des femmes interrogées « se débrouillent » finalement pour trouver l'argent et aller dans un centre de santé (même si les soins peuvent y être de qualité très hétérogène), parfois après avoir tenté au préalable d'autres méthodes (prise de médicaments + bière).

3.2 Autres méthodes abortives connues

D'autres méthodes d'avortements à risque ont été rapportées par les femmes : il s'agit de rapports sexuels violents et répétés, de se jeter d'une table, d'introduire dans le vagin du permanganate de potassium, des plantes, des tiges, des rayons de moto, de la potasse. Elles ont également parlé de la consommation de certains produits, différemment associés les uns aux autres et parfois chauffés (bières de différentes marques, différentes plantes amères, café, alcool de palme, potasse, coca-cola, sucre en morceaux, certains médicaments, citron, etc.). Les femmes consomment fréquemment dans le but d'avorter les médicaments déconseillés aux femmes enceintes. Les médicaments qui ont été cités le plus fréquemment dans les entretiens sont Gynécocide® (méthyloestrénolone, méthyloestradiol), la quinine, Stédiril® et l'Apioline de Chapoteaut®. Certaines femmes se font également pratiquer une injection de Synergon® (progestérone, estrone) pour tenter d'avorter.

3.3 Connaissance du misoprostol

Trois femmes ont utilisé le misoprostol pour avorter. L'une se l'est vu prescrire dans un hôpital de référence après qu'elle ait eu des complications post-abortum. Ce médicament a été prescrit à la 2ème femme par une sage-femme qui travaille dans un centre de santé public. Celle-ci avait été contactée par le partenaire de la femme qui la connaissait personnellement. Cette prescription ne s'est donc pas faite dans le cadre d'une consultation classique. La 3ème a eu ce médicament grâce à une amie qui le lui a acheté dans le grand marché de Cotonou, Dantokpá. Trois autres femmes ont dit connaître le médicament mais seulement après que la question ait été abordée lors de l'entretien. Elles en avaient pris connaissance au CNHU et pour

des indications autres que l'avortement (aide à l'accouchement, prévention de l'hémorragie du post-partum). Toutes les autres femmes n'ont jamais entendu parler de ce médicament et ne savent pas à quoi il sert.

Parallèlement à cette connaissance plutôt restreinte du médicament parmi les femmes enquêtées, se procurer le misoprostol n'est pas chose aisée, loin de là, au Bénin. Pour des raisons avant tout morales, les pharmaciens et même les vendeurs informels sont réticents à distribuer ce médicament à cause de son caractère abortif. D'après nos investigations, aucune pharmacie ne vend le misoprostol sans ordonnance, ce qui est très rare au Bénin où la grande majorité des médicaments vendus en pharmacie peut l'être sans ordonnance. Le misoprostol constitue ainsi une des rares exceptions. Il est de plus recommandé aux vendeurs en pharmacie de photocopier l'ordonnance avant de vendre le produit pour qu'en cas de complication, la pharmacie ne soit pas considérée comme responsable. Un gynécologue rencontré a dit ne pas pouvoir prescrire ce médicament. Il l'achète en pharmacie pour les soins qu'il dispense dans sa clinique privée, notamment pour la prévention de l'hémorragie du post-partum. Le misoprostol est vendu de manière informelle dans le grand marché Dantokpá de Cotonou, mais malgré le caractère avant tout lucratif de ce commerce informel de médicaments, certaines vendeuses, qui ont par exemple elles-mêmes des problèmes pour concevoir, ont aussi expliqué ne pas vouloir vendre des médicaments qui servent à avorter. Il semble y avoir une superstition autour de la vente de tels médicaments.

Toutefois, les professionnels de la santé rencontrés (hôpitaux de niveau national) perçoivent une diminution des cas de complications liées à l'avortement. Ce qu'ils expliquent par l'utilisation du misoprostol en automédication. De plus, des cas de « contournement » de la loi pour l'utilisation du misoprostol (déclaration abusive d'avortements thérapeutiques) commenceraient à être réalisés, d'après nos informations, dans certains centres de santé et ONG.

Conclusion

D'après notre étude, de nature qualitative et donc réalisée auprès d'un nombre restreint de femmes, il n'y a pas encore d'usages populaires massifs du misoprostol à Cotonou. Les femmes que nous avons interrogées ne l'utilisent pas en automédication et finalement encore assez rarement suite à une prescription pour un avortement volontaire. Mais depuis la fin de l'année 2013, ce médicament a été inclus dans la liste des médicaments essentiels du Bénin. Ainsi, même si ce fait est pour

l'instant surtout théorique (le médicament n'est pas encore importé et distribué comme les autres médicaments essentiels), on peut imaginer qu'il entraînera des modifications dans les pratiques de prescription, de distribution et de consommation du misoprostol. Notre étude se situe ainsi peut-être à un moment charnière, celui du début d'une diffusion de l'utilisation du misoprostol pour la pratique des avortements volontaires, que ce soit en automédication ou non.

Références

– Åhman, E. et Shah, I.H. (2011). New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. *International Journal of Gynecology & Obstetrics. 115*(2). pp.121-126.

– d'Arcangues, C. (2009). La contraception au niveau mondial : les grands enjeux. *Médecine de la reproduction, gynécologie Endocrinologie. 11*(5). pp.329-337.

– Guillaume, A. et Lerner, S. (2007). *L'avortement en Amérique Latine et dans la Caraïbe.* Paris: CEPED.

– Harper, C.C. Blanchard, K. Grossman, D. Henderson, J.T. Darney, P.D. (2007). Reducing maternal mortality due to elective abortion: Potential impact of misoprostol in low-resource settings. *International Journal of Gynecology & Obstetrics. 98*(1). pp.66-69.

– Ministère du Développement, de l'Analyse Économique et de la Prospective du Bénin et Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE). (2013). Enquête Démographique et de Santé (EDSB-IV) 2011-2012.

– Prada, E. Singh, S. Villarreal, C. (2012). Health consequences of unsafe abortion in Colombia, 1989–2008, *The health, social, and economic consequences of unsafe abortion : Papers presented at an IUSSP Seminar, Mexico, 2010.* 118, Supplement. *2*(0). pp.92-98.

– Shah, I. et Åhman, E. (2010). Unsafe abortion in 2008 : global and regional levels and trends. *Reproductive Health Matters. 18*(36). pp.90-101.

– Singh, S. Monteiro, M.F.G. Levin, J. (2012). Trends in hospitalization for abortion-related complications in Brazil, 1992–2009: Why the decline in numbers and severity ?, *The health, social, and economic consequences of unsafe abortion : Papers presented at an IUSSP Seminar, Mexico, 2010.* 118, Supplement. *2*(0), pp.99-106.

– Teixeira, M. Bajos, N. Guillaume, A. L'équipe ECAF. (2015). De la contraception hormonale en Afrique de l'Ouest : Effets secondaires et usages à la marge. Dans Desclaux, A. et Egrot, M. (Eds). *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges.* Paris: IRD/L'Harmattan. pp.181-195.

« Automédication choisie ou subie » – Recherches e...

(2015) ACTES DES RENCONTRES NORD/SUD DE L'AUTOMÉDICATION ET DE SES DÉTERMINANTS

Un institut de recherche et deux universités se sont associés pour l'organisation de Rencontres autour de l'automédication et de ses déterminants : l'Institut de recherche pour le développement (IRD), l'Université de Nantes (France) et l'Université d'Abomey-Calavi (Bénin) qui a accueilli ces journées scientifiques. **Les Rencontres francophones Nord/Sud de l'automédication et de ses déterminants se sont déroulées dans la ville de Cotonou au Bénin, les 4, 5 et 6 mars 2015.** L'automédication s'est révélée être une thématique transversale de recherche pour analyser les sociétés contemporaines. Cette démarche nous mène au cœur de plusieurs enjeux : économiques et marchands d'abord, mais aussi thérapeutiques et de santé publique et enfin socio-culturels dans un contexte de mondialisation et de globalisation. Nous présentons ici les Actes de ces Rencontres (*mise en ligne : décembre 2015*).

Partie 1
Son marché et ses circuits de distribution

Alice Desclaux.
L'automédication comme pratique collective. Pratiques et fonctions dans la vente de compléments nutritionnels au Sénégal

Stéphanie Mahamé et Carine Baxerres.
Distribution grossiste du médicament en Afrique : fonctionnement, commerce et automédication. Regards croisés Bénin-Ghana

Chiarella Mattern.
Les circuits de distribution des médicaments pharmaceutiques industriels à Madagascar. Le cas du marché informel d'Ambohipo

Codjo Adolphe Kpatchavi.
Espaces thérapeutiques et usages des médicaments du secteur informel dans la ville de Cotonou (Bénin)

Moïse Djralah, Anani Agossou, Aubierge Kpatinvoh, Carine Baxerres.
Automédication et recours aux acteurs privés et informels de la distribution détaillante au Bénin

Pascal Dohou et Dodji H. Amouzouvi.
Quand l'automédication constitue un problème sociétal chez les détenus de la prison civile de Cotonou

Partie 2
Ses pratiques et leurs rapports aux professionnels du soin

Jacques Rodriguez et Jean-Michel Wachsberger.
L'automédication, une contrainte négociée ? Le cas de la République Démocratique du Congo

Jean-Yves Le Hesran, Inès Boko, Laurent Brutus.
Besoins et pratiques de soins : mesure de « l'iceberg » à Cotonou

Laurent Brutus et Charlie Marquis.
La face cachée de l'iceberg : enquête dans la salle d'attente des médecins généralistes de l'ouest de la France

Sébastien Fleuret.
Automédication et territoire : la pertinence de la lecture géographique

Pierre Codjo Meliho.
Représentations et pratiques de l'automédication dans l'univers domestique en milieu Ayízɔ (Sud-Bénin). Expériences de la plurithérapie des soins de l'angine chez les enfants. Vers une anthropologie de l'autothérapie

Anne-Laure Bergot-Le Floch, Pierre Moulin, Claudie Haxaire.

L'autonomie en matière d'automédicamentation et ses limites telles que perçues dans les comptes rendus de « pharmacies familiales » en pays messin

Partie 3
Ses usages et leurs significations questionnées

Véronique Guienne et Anne-Lise Le Hesran.
Les bricolages singuliers de l'automédication Entre déterminations et émancipations

Marc Egrot.
Produits frontières, légitimité, confiance et automédication : interférences autour de quelques médicaments néotraditionnels circulant en Afrique de l'ouest

Ida Bost.
Quand la plante dialogue avec le corps. Se soigner en utilisant le savoir herboristique

Emilienne Anago, Audrey Hemadou, Carine Baxerres.
S'approprier un médicament : comment un nouveau traitement intègre t-il les habitudes de consommation des familles ?

Roch A. Houngnihin.
Écart entre recommandations officielles et pratiques des acteurs : éléments d'analyse de l'automédication en cas de fièvre en milieu rural à Dassa-Zoumé (Bénin)

Inès Boko et Carine Baxerres.
Interroger au Bénin les usages populaires d'un médicament abortif, le misoprostol