

Questions aux soins après avortement : extension des services en Afrique francophone



Questions aux soins après avortement :
extension des services en Afrique francophone

2004

Cette publication a été produite par le projet Soutien pour l'Analyse et la Recherche en Afrique (SARA). SARA est géré par l'Académie pour le Développement de l'Éducation (AED), financé par l'Agence des États-Unis pour le Développement International, Bureau de l'Afrique, Division du Développement Durable aux termes du contrat n° AOT-C-00-99-00237-00.

Les vues exprimés dans ce document ne reflètent pas nécessairement celles de l'USAID ou de l'AED.

La photo à la couverture: Lemoyne/UNICEF. Les photos intérieures avec l'agrément de Photoshare, un service du INFO Project. Les personnes apparaissant dans les images de Photoshare ne représentent pas des vrais bénéficiaires de soins après avortement.

Pour de plus amples informations ou des copies, contactez:

SARA Project
Academy for Educational Development
1825 Connecticut Ave., NW, Suite 900
Washington, DC 20009-5721 USA
Téléphone : 202.884.8000
Télécopieur : 202.884.8400
Courrier électronique : sara@aed.org
Site Internet: <http://sara.aed.org>

Août 2004
Imprimé aux États-Unis



Table des matières

Avant propos	v
Remerciements	ix
Sigles et acronymes	x
I. Introduction.....	1
Dimension du problème.....	3
La conférence.....	4
Éléments des soins après avortement	6
2. Le contexte juridique/politique.....	9
Lois et politiques en matière d'avortement en Afrique subsaharienne	11
L'environnement politique.....	13
3. Introduire un modèle pour les soins après avortement	21
Inscrire les soins après avortement dans le programme de santé maternelle....	23
Éléments fondamentaux des soins après avortement	24
Étapes dans l'initiation d'un programme de soins après avortement	29
4. Développer les compétences des prestataires.....	33
Traitement d'urgence des complications de l'avortement.....	35
Counseling et services de planning familial après avortement	39
Formation de base et formation continue.....	40
La supervision facilitative et l'amélioration de la performance pour l'assurance de qualité	42
5. Extension, institutionnalisation et décentralisation.....	47
Se préparer pour décentraliser les soins après avortement.....	49
Extension et décentralisation des soins après avortement.....	53
6. Questions transversales	61
Le rôle des organisations locales	63
Les adolescentes et les services de soins après avortement	64
Violence sexuelle.....	65

Infections sexuellement transmissibles et soins après avortement	66
Double protection.....	67
7. Conclusion	69
Comprendre l'environnement politique	71
Perspectives futures	71
Prochaines étapes pour le Comité de l'Initiative Francophone de Soins Après Avortement.....	72
Bibliographie.....	75
Annexe	79
L'amélioration de la performance	81

Figures et tableaux

Figure 1 : Éléments essentiels des soins après avortement	7
Figure 2 : Pourcentage de patientes de soins après avortement obtenant une méthode contraceptive.....	28
Figure 3 : Cadre de l'amélioration de la performance.....	44
Tableau 1 : Données illustratives sur la politique de pays concernant l'avortement, la fertilité, l'utilisation de méthodes contraceptives modernes et les taux de mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest	12
Tableau 2 : Médicaments pour les soins après avortement	38
Tableau 3 : Principales méthodes d'engagement communautaire dans la gestion des complications de grossesse et des soins après avortement	60

Avant propos

Il a été largement documenté que les conséquences et complications provenant de l'avortement à risque sont à l'origine d'un grand nombre de décès maternels. Une étude effectuée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1999 a estimée que les causes directes de 18 pourcent de ces décès pouvaient être attribuées à des complications de l'avortement. En Afrique subsaharienne, le problème est aggravé par les besoins en planning familial qui demeurent insatisfaits. Étant donné que la plupart des avortements sont signalés en deçà de leur réelle dimension, le problème est très grave et mérite par conséquent davantage d'attention.

S'il est vrai que récemment les effets de complications de l'avortement (ou, en d'autres termes, les effets de l'avortement à risque) a fait l'objet d'une attention particulière en Afrique francophone, l'environnement politique entourant les soins pour les complications de l'avortement dans cette région n'est pas particulièrement favorable; souvent la question n'est pas perçue comme une priorité de santé au niveau national. Les efforts en vue d'accroître l'accès et la qualité des services pour les complications de l'avortement se limitent habituellement à de petits programmes pilotes qui, malgré leurs promesses, échouent souvent à cause d'obstacles politiques ou programmatiques.

Au cours des dernières années, les ministères de la santé dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest et Centrale ont commencé à accorder plus d'intérêt au problème de complications de l'avortement et cherchent à introduire des services de soins après avortement (SAA). Les services complets de SAA comportent le traitement médical d'urgence des femmes souffrant de complications de l'avortement, le planning familial (PF) et d'autres services appropriés de santé reproductive (SR). La documentation sur les programmes offrant des services complets de SAA met en évidence d'énormes besoins insatisfaits de PF chez des femmes ayant subi des avortements. La volonté exprimée est que les services de SAA contribuent à augmenter l'utilisation contraceptive chez les clientes de SAA.

Les services de SAA, notamment l'utilisation de l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU), ont été introduits sur une base restreinte dans quelques pays d'Afrique francophone. La recherche opérationnelle s'est avérée être un moyen efficace de lancer les activités de SAA et de gagner un soutien en leur faveur dans cette région. Elle a par ailleurs favorisé la collaboration Sud-Sud dans ce domaine délicat. Les résultats d'une étude de recherche dans le cadre de programmes pilotes au Burkina Faso et au Sénégal ont produit les données nécessaires pour convaincre les prestataires de services et les décideurs dans les ministères de la santé en Afrique de l'Ouest et Centrale à introduire et soutenir les programmes de SAA.

Afin d'initier des réponses et des solutions programmatiques aux questions de SAA, un consortium d'agences et de projets internationaux et régionaux, notamment le Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction (CEFOREP), Advance Africa, Frontières en Santé Reproductive (FRONTIERS), POLICY, IntraHealth/PRIME, le projet Soutien pour l'Analyse et à la Recherche en Afrique (SARA), Engender-Health, Family Care International, Ipas, JHPIEGO, Population Council, Population Reference Bureau (PRB), l'Agence Suédoise pour le Développement International, l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) et l'OMS se sont proposés de jouer un rôle catalyseur en mettant sur pied un comité SAA pour mettre en œuvre une initiative SAA francophone régionale. Le principal but de cette initiative est de promouvoir davantage l'accès et la qualité des services de SAA en Afrique francophone. Les trois principaux objectifs de l'initiative sont :

- créer un environnement politique propice à l'introduction et l'extension des services de SAA;
- évaluer, documenter et disséminer en Afrique francophone les principales leçons apprises dans la mise en œuvre des services de SAA dans la région et à l'échelle du globe;
- encourager les échanges Sud-Sud d'expertises techniques et d'expériences dans l'élaboration et la diffusion des services de SAA.

L'activité centrale de cette initiative a été une conférence majeure de quatre jours tenue à l'Hôtel Méridien Président de Dakar au Sénégal du 4 au 7 mars 2002. Les partenaires globaux pour cette activité étaient Ipas, la Fondation Internationale pour la Planification Familiale, la Fondation Ford, la Fondation David et Lucille Packard, la Fondation Rockefeller, UNFPA et l'OMS. La conférence visait à disséminer des informations de pointe sur les travaux de SAA entrepris au Burkina Faso, en Guinée et au

Sénégal, où des services avaient été introduits au niveau national et élargis aux hôpitaux régionaux, et au Ghana, où les services de SAA étaient décentralisés au niveau des soins de santé primaire. Le comité espère que la dissémination de ces expériences conduira à leur adoption, adaptation ou reproduction dans plusieurs pays de la région. Le but ultime de la conférence était d'établir des services de SAA de qualité durables et accessibles dans la région.

Ce rapport résume les questions cruciales liées à l'extension des services de SAA en Afrique francophone de l'Ouest. Il complète le rapport issu de l'atelier international de SAA tenu à Mombassa au Kenya en mai 2000. Comme tel, ce rapport a essayé de se focaliser sur des questions discrètes, quoique des recoupements soient dans une certaine mesure nécessaires. Les participants se sont réunis pour apprendre les uns les autres et générer des plans d'action pratiques en vue de diffuser les SAA dans leurs pays. Au-delà de la conférence, le comité régional et les personnes ressources ont promis de poursuivre leur soutien pour réduire les écarts de performance qui existent toujours aussi bien chez les prestataires que dans les services de santé afin d'optimiser la fourniture de services de SAA de qualité. Dans le souci d'aider à maintenir le mouvement, les organisateurs de la conférence et les membres du Comité de l'Initiative Francophone de SAA exhortent le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), l'USAID, l'OMS et les autres institutions à contribuer à intensifier l'appel à l'action généré par cette initiative.

Nous espérons que les rapports ultérieurs montreront des accroissements dans les pourcentages de femmes qui, ayant subi un avortement, sont conseillées en matière de PF et décident par la suite d'accepter une méthode moderne de contraception pour espacer ou limiter les grossesses, ainsi que des augmentations du nombre de clientes orientées en référence ou recevant d'autres services de SR. Le rôle d'institutions régionales telles que le CEFOREP, la Société Africaine des Gynécologues et Obstétriciens (SAGO) et d'autres sera crucial à mesure que nous documentons l'impact de l'Initiative Francophone de SAA sur la disponibilité et la qualité des services de SAA en particulier dans sa relation avec les soins de santé décentralisés.

PAPE GAYE
IntraHealth International

Remerciements

Le Comité de l'Initiative Francophone de SAA reconnaît les rôles essentiels joués par Placide Tapsoba (Population Council) et Pape Gaye (IntraHealth); sans leur enthousiasme et l'engagement inlassable à cette cause, ce comité n'aurait pas été créé. Fervents défenseurs des SAA, ils ont œuvré sans relâche pour concevoir et faire financer cette initiative et galvaniser la création d'un réseau informel d'agences de coopération de l'USAID, d'organisations régionales et internationales, et de partenaires nationaux qui ont amorcé un dialogue sur la nécessité de promouvoir plus efficacement le développement des services SAA en Afrique francophone.

Après la conférence, le Comité de l'Initiative Francophone de SAA a demandé au projet SARA et le Bureau de l'Afrique de l'USAID de coordonner ce rapport qui donne des conseils par rapport à des leçons apprises dans l'exécution des SAA à l'intention des planificateurs et des directeurs de programme. Ce rapport n'inclut pas les présentations données à la conférence de Dakar mais fournit une analyse plus détaillée sur les questions de programmation des SAA en Afrique francophone. Les personnes suivantes ont contribué à la rédaction de ce rapport : Pamela Bolton (Family Care International), Nadine Burton (Ipas), Issakha Diallo (Advance Africa/Management Sciences for Health), Rouguiatou Diallo, (Ipas, maintenant avec Family Health International), Thierno Dieng (CEFOREP), Pape Gaye (PRIME/IntraHealth), Norine Jewell (POLICY/Futures Group International), Celeste Marin (FRONTIERS/Tulane University), Seipati Mothebesoane-Anoh (OMS, Bureau Régional pour l'Afrique), Elizabeth Ransom (Population Reference Bureau), Amy Rial (JHPIEGO Corporation), Holley Stewart (SARA/Population Reference Bureau), Marcel Vekemans (PRIME/IntraHealth), et Ellen Wertheimer (PRIME/IntraHealth).

Holley Stewart et Renuka Bery du projet SARA ont géré la rédaction et la production de ce rapport. Le Comité de l'Initiative Francophone de SAA voudrait particulièrement remercier Norine Jewell, Celeste Marin et Raymond Lambert (SARA) pour leurs contributions à la rédaction et à l'édition de ce rapport.

Sigles et acronymes

AMIU	aspiration manuelle intra-utérine
AP	amélioration de la performance
CEFOREP	Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement, Cairo 1994
COPE	client-orienté/prestataire-efficace
D&C	dilatation et curetage
FCE	formation en cours d'emploi
IST	infections sexuellement transmissibles
JHPIEGO	Johns Hopkins Program for International Education on Gynecology and Obstetrics
ME	ministère de l'éducation
MS	ministère de la santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
OOAS	Organisation Ouest-Africaine de la Santé
PF	planning familial
PNP	politiques, normes et protocoles
PRB	Population Reference Bureau
RESAR	Reseau de Recherche en Santé de la Reproduction en Afrique
RO	recherche opérationnelle
SAA	soins après avortement
SAGO	Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique
SANFAM	Santé de la Famille
SARA	Soutien pour l'Analyse et la Recherche en Afrique
SM	santé maternelle
SOU	soins obstétricaux d'urgence
SR	santé reproductive
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International
VIH	virus immunodéficience humaine

1

Introduction

Dimension du problème

On estime que 500 000 filles et femmes meurent chaque année dans le monde en raison de causes liées à la grossesse – 120 000 d'entre elles provenant de la seule région de l'Afrique de l'Ouest et Centrale. Pour chaque fille ou femme qui décède, on estime que 20 à 30 autres rencontrent de graves problèmes. Les données sur les proportions de ces décès et blessures provenant des complications de l'avortement sont limitées. Les estimations vont de 18 à 50 pourcent de l'ensemble des décès maternels, tandis que des millions de filles et femmes souffrent, croit-on savoir, de dommages permanents de santé dus à des complications en rapport avec l'avortement. Tragiquement, ces décès et blessures sont largement évitables. Au-delà du prix humain élevé, le faible système de fourniture de santé en Afrique est extrêmement alourdi par le traitement des complications liées à l'avortement, qui nécessite souvent plusieurs jours d'hospitalisation et consomme le précieux temps du personnel médical et les rares produits médicaux.

Jusqu'à 20 pourcent de l'ensemble des grossesses se terminent par des avortements spontanés – également appelés fausses couches (Maternal and Neonatal Health Program, 2002). Les avortements spontanés, lorsqu'ils sont incomplets ou autrement compliqués, peuvent aussi entraîner des blessures ou le décès. La plus fréquente cause entraînant des avortements provoqués se trouve dans la grossesse non désirée. On estime qu'un tiers des grossesses en Afrique, soit 12 millions par an, sont non désirées ou non planifiées (Alan Guttmacher Institute, 1999). Ceci souligne l'écart entre la demande et la disponibilité de méthodes contraceptives et l'efficacité de l'utilisation contraceptive – à savoir l'accès limité à une gamme complète de méthodes, services et informations de planning familial (PF) et l'échec contraceptif. La prévalence contraceptive moyenne pour toutes les méthodes modernes est estimée à 13 pourcent pour l'Afrique subsaharienne, soit la plus faible de toutes les régions en développement (Population Reference Bureau, 2002b).

De nombreuses grossesses non désirées et non planifiées en Afrique sont également liées à la précocité de l'activité sexuelle. Bien que la plupart

des sociétés considèrent le mariage comme condition préalable pour les rapports sexuels, des proportions substantielles d'adolescents commencent leur vie sexuelle avant de se marier et les jeunes filles indiquent souvent que leurs premières expériences sexuelles sont soit forcées ou imposées par des partenaires plus âgés. Avec un accès limité aux soins de santé reproductive (SR) et des normes sociales interdisant la grossesse pré-nuptiale, de nombreuses adolescentes ayant contracté des grossesses non désirées, estiment que l'avortement constitue leur meilleur choix. Dans beaucoup de pays africains, 70 pourcent des femmes traitées pour des complications de l'avortement sont âgées de moins de 20 ans (Organisation Mondiale de la Santé, 1997).

En outre, les violences sexuelles, notamment le viol, se traduisent souvent par des grossesses non désirées. Par conséquent, un grand nombre de grossesses involontaires proviennent du déni de choix subi par des filles et femmes, à propos de leur activité sexuelle et de la contraception.

La conférence

Afin de réduire la morbidité et la mortalité découlant des complications de l'avortement et d'améliorer l'accès des femmes aux services de soins après avortement (SAA), l'Initiative Francophone de SAA a été lancée pour s'appuyer, en les développant, sur les efforts déployés dans la prise en charge des SAA en Afrique francophone. Placide Tapsoba (Population Council) et Pape Gaye (IntraHealth) ont créé cette initiative et ont œuvré sans relâche pour promouvoir et financer la conférence appelée « Réduire la mortalité maternelle à travers les soins après avortement : un atelier pour l'Afrique francophone » tenue à Dakar au Sénégal en Mars 2002. Cette conférence a rassemblé des représentants d'une douzaine de nations d'Afrique de l'Ouest pour mettre en exergue les questions liées aux complications de l'avortement et établir des stratégies sur les manières de réduire la mortalité maternelle par la fourniture de SAA. La rencontre a été organisée par un consortium d'organisations non gouvernementales (ONG) et d'agences coopérantes de l'USAID en collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé et les autorités de la santé des pays participants (le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Ghana, la Guinée, Haïti, Madagascar, le Mali, le Niger, la République Centrafricaine, le Rwanda, le Sénégal et le Togo).

La conférence a fourni un forum qui a permis de partager les meilleures pratiques et expériences des pays dans la fourniture de SAA. Elle visait à aider les pays dans la définition de stratégies pour introduire et renforcer

la qualité des services de SAA. Les délégués ont pu beaucoup apprendre les uns les autres parce que les pays dans la région se situent à différentes étapes dans l'élaboration de leur système de prestation de services, dans la consolidation des appuis communautaires et politiques et dans la codification des normes à travers des processus législatifs nationaux.

La conférence a démarré par une « mini-université » d'une journée consistant en quatre périodes avec quatre séances concomitantes chacune. Les délégués de chaque équipe de pays se sont divisés pour assister à autant des seize séances que possible. Les trois autres jours étaient partagés en séances plénières et des séries de discussions de table ronde concomitantes sur des sujets spécifiques en rapport avec les SAA. Enfin, les représentants de tous les pays se sont réunis pour élaborer un plan d'action en vue d'introduire ou d'étendre les SAA dans leurs pays.

Afin d'élever le profil des questions de SAA à travers la région et faciliter une couverture médiatique efficace, le Comité de l'Initiative Francophone de SAA a organisé deux briefings en marge de la conférence pour les journalistes sur le sujet des SAA. Les médias constituent un puissant outil de communication pour atteindre les décideurs, leaders d'opinion et le public. Cependant, la couverture des sujets concernant la population et la santé requiert une certaine connaissance des sujets, l'accès à des informations de haute qualité, et des idées d'articles sur une base régulière. Le propos de ces briefings était d'éduquer les journalistes pour écrire de manière informée sur la maternité sans risque et en particulier le complexe sujet des SAA. Les journalistes ont pu s'informer sur les SAA et leur contexte politique et juridique et recevoir une vue d'ensemble de la conférence et de ses buts.

Pendant la conférence, les journalistes ont reçu des kits de presse sur les SAA et ils ont pu accéder à un centre d'information équipé de téléphones et d'ordinateurs reliés à l'Internet, leur permettant ainsi de traiter leurs articles immédiatement. Les journalistes ont participé à chaque partie de la conférence, notamment les exposés de la mini université, les séances plénières et les réunions sur les plans d'action des pays. Dans l'ensemble, ces journalistes ont rédigé seize articles et produit sept émissions radiodiffusées à l'intention de la presse écrite et des services d'information locaux.

Le contenu technique de la conférence était articulé sur trois principaux sujets :

- connaissances et compétence du prestataire de soins de santé;

- intégration des SAA dans les programmes nationaux de SR;
- politique et plaidoyer.

Ce sont les sujets du présent rapport d'analyse sur les SAA en Afrique francophone. Rédigé conjointement par les facilitateurs de la conférence, ce rapport partage les contenus de la réunion des SAA dans une forme élargie, offrant davantage de profondeur et de détail que ne pouvaient permettre les actuelles séances.

Éléments des soins après avortement

Le modèle original de SAA comprenait trois volets (Ipas, 1991) :

- services de traitement d'urgence pour les complications de l'avortement spontané ou provoqué dans le risque;
- counseling et services de PF après avortement;
- liens entre les services d'urgence et les soins complets de SR.

En 2002, le Consortium SAA, un groupe de travail regroupant plusieurs agences dont le but est de faire progresser les SAA à travers le monde, a développé et adopté un modèle élargi de SAA se focalisant sur la formation et l'équipement des cliniciens en vue d'accomplir l'évacuation utérine grâce à l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU),* l'expansion des services vers des points de prestation de services décentralisés et la liaison du traitement avec le PF et d'autres types de soins SR.

Le modèle élargi et mis à jour de SAA ajoute la communauté comme un élément essentiel et reconnaît qu'un partenariat solide et efficace parmi les membres de la communauté et les prestataires de soins de santé peut contribuer à renforcer les efforts en vue de réduire la mortalité et la morbidité maternelles causées par les complications de l'avortement. Le nouveau modèle souligne également le counseling comme un élément essentiel en soi-même – counseling qui prend en charge le planning familial et l'éducation contraceptive ainsi que les besoins émotionnels et physiques d'une femme qui rencontre des complications d'avortement. Les cinq principaux éléments du modèle élargi de SAA sont illustrés dans la Figure 1 (page 7).

Dans ce rapport, le modèle originel à trois éléments sera utilisé parce qu'au moment de la conférence il était le modèle international standard sur lequel les discussions et stratégies étaient basées. C'était aussi le

* USAID ne favorise ni l'achat ni la distribution des kits d'AMIU pour aucun service.

cadre de travail pour les SAA qui avait été préconisé et adopté dans les pays francophones africains. Il est important de noter qu'il n'y a rien de nouveau dans la description du modèle à cinq éléments. Le Consortium SAA a simplement rendu plus explicites certains aspects (communauté et counseling) qui étaient implicites dans la première version. En fait, cette conférence a consacré une considérable attention au plaidoyer et à la collaboration avec les organisations locales, malgré l'absence d'un élément de « communauté » spécifique dans le modèle.

Figure 1

Éléments essentiels des soins après avortement

<i>Partenariat de la communauté et des prestataires de services</i>	<p>prévenir les grossesses non désirées et l'avortement à risque</p> <p>mobiliser les ressources pour aider les femmes à recevoir des soins appropriés et opportuns pour les complications résultant de l'avortement</p> <p>veiller à ce que les services de santé reflètent et satisfassent les attentes et besoins de la communauté</p>
<i>Counseling</i>	identifier et répondre aux besoins de santé psychologique et physique et autres préoccupations des femmes
<i>Traitement</i>	traiter l'avortement incomplet et à risque ainsi que les complications constituant une menace potentielle à la vie
<i>Services contraceptifs et de planning familial</i>	aider les femmes à prévenir une grossesse indésirable ou pratiquer l'espacement des naissances
<i>Services de santé et de santé reproductive</i>	de préférence, les fournir sur place ou à travers des références vers d'autres structures accessibles dans les réseaux des prestataires

Source: Équipe spéciale communautaire du Consortium SAA. (2002).

2

Le contexte juridique/politique

Pendant la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue au Caire en 1994, les gouvernements du monde ont reconnu les complications de l'avortement comme une préoccupation majeure de santé publique et déclaré leur engagement à réduire le besoin pour l'avortement grâce à des services de planning familial (PF) élargis et améliorés. Il avait été noté que la prévention des grossesses non désirées devait toujours recevoir la plus grande priorité et que tous les efforts devaient être déployés en vue d'éliminer le besoin pour l'avortement provoqué. Dans tous les cas, les femmes devraient avoir accès à des services de qualité pour gérer les complications de l'avortement. Toute mesure ou tout changement lié à l'avortement dans le cadre du système de santé peut être déterminé seulement au niveau national ou local en fonction du processus législatif national. Ces changements doivent assurer qu'il n'y ait pas de lois contenant des dispositions punitives contre les femmes cherchant des soins pour des complications de l'avortement.

Lois et politiques en matière d'avortement en Afrique subsaharienne

Les lois sur l'avortement diffèrent parmi les pays et, dans beaucoup de cas, ils offrent peu ou pas de directives sur les circonstances dans lesquelles l'avortement n'est pas considéré comme un délit pénal (voir Tableau 1 sur page 12). En Afrique subsaharienne, plusieurs pays interdisent l'avortement en général ou le permettent seulement pour sauver la vie d'une femme. Certains pays permettent l'avortement pour protéger la santé physique ou mentale d'une femme sur des bases socio-économiques, lorsque le fœtus est compromis ou lorsque la grossesse procède d'un viol ou de l'inceste. Néanmoins, les délégués de pays qui se sont engagés à travers les déclarations de la CIPD et de la quatrième Conférence Mondiale sur les Femmes de Beijing ont tous convenu de fournir des services de soins après avortement (SAA) sans tenir compte du statut juridique de l'avortement dans leurs pays (Déclaration de Beijing et le Programme d'Action, 1995; Rapport de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, 1994).

Tableau I

Données illustratives sur la politique de pays concernant l'avortement, la fertilité, l'utilisation de méthodes contraceptives modernes et les taux de mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest

<i>Pays</i>	<i>Taux de fertilité total¹</i>	<i>Pourcentage de femmes de 15 à 49 utilisant des méthodes contraceptives modernes¹</i>	<i>Décès maternel pour 100 000 naissances vivantes²</i>	<i>Politique d'avortement³</i>
Bénin	6.3	7	880	C
Burkina Faso	6.8	5	1400	C
Cap-Vert	4.0	46	190	D
Côte d'Ivoire	5.2	7	1200	A
Gambie	5.9	9	1100	C
Ghana	4.3	13	590	C
Guinée	5.5	4	1200	C
Guinée-Bissau	5.8	4	910	A
Liberia	6.6	—	1000	C
Mali	7.0	6	630	B
Niger	7.5	4	920	A
Nigéria	5.8	9	1100	A
Sénégal	5.2	8	1200	A
Sierra Leone	6.3	4	2100	C
Tchad	6.6	2	1500	C
Togo	5.8	7	980	A

- A: interdit ou autorisé seulement pour sauver la vie d'une femme en danger
 B: autorisé seulement pour sauver la vie d'une femme ou dans des cas spéciaux (tel que le viol); le consentement marital/parental peut être requis
 C: autorisé sur base physique ou mentale et dans des cas spéciaux; le consentement marital/parental peut être requis
 D: autorisé sur large bases socioéconomique et de santé avec des limites gestationnelles

Sources: ¹ Population Reference Bureau. (2002b).

² Population Reference Bureau. (2002a).

³ Center for Reproductive Rights. (2003).

Depuis 1995, cinq pays dans la région ont adopté des législations augmentant l'accès à l'avortement : le Bénin, le Burkina Faso, la Guinée, le Mali et le Tchad. En 1996, le Burkina Faso a amendé son code pénal pour permettre l'avortement à tout moment de la grossesse lorsque la vie ou la santé d'une femme était en danger ou dans les cas de sévère atteinte au fœtus. L'avortement est également permis pendant les dix premières semaines de la grossesse pour les cas de viol ou d'inceste. Dans le cadre de la loi précédente, l'avortement était interdit sauf s'il était accompli pour sauver la vie d'une femme (Center for Reproductive Law and Policy, 2000).

L'environnement politique

Un environnement politique est composé par de nombreux éléments, notamment les lois et politiques, la volonté des leaders de prendre en charge les problèmes, la mobilisation de ressources matérielles et financières aux niveaux national et sous-national, l'impulsion pour des actions en vue de mettre en œuvre des solutions, les structures institutionnelles devant garantir des programmes à long terme et viables, ainsi que l'appui parmi les parties prenantes clés dans les secteurs publics et privés et au sein de la société civile.

Jugée à l'aune du cadre fourni par les recommandations de la CIPD, la région est en face de nombreux défis, le plus important desquels étant le faible engagement politique vis-à-vis de la santé reproductive (SR), et notamment des SAA. Ceci est le plus évident dans l'absence d'action cohérente et forte pour prendre en charge la mortalité maternelle élevée et le besoin insatisfait de PF qui alimente le problème des complications de l'avortement. Un faible programme de PF/SR par ailleurs affaiblit une stratégie qui se voudrait efficace et contraignante dans le plaidoyer pour les SAA – situant les SAA carrément dans un programme global de maternité sans risque. Par ailleurs, l'engagement politique aux niveaux national et décentralisé affecte la mesure où le secteur privé est impliqué, la suffisance des ressources humaines, matérielles et financières rendues disponibles, de même que la mesure où les attitudes socioculturelles sont capables de bloquer les efforts destinés à améliorer les SAA.

Le cadre politico-judiciaire présente d'autres difficultés. Les femmes et les filles sont moins susceptibles d'utiliser les services de SAA si elles craignent des poursuites dans le cadre de lois punissant les patientes et prestataires pour des avortements non permis par la loi. Les femmes et les filles sont aussi exposées à l'hostilité de la communauté, et de nombreux prestataires de services considèrent l'avortement comme criminel

ou immoral de manière inhérente, plutôt que médical dans sa nature – une opinion renforcée par le fait que l'avortement est considéré essentiellement à travers le code pénal.

Les lois et la politique nationale à elles seules, ne se traduisent pas par des services accessibles de qualité, de sorte qu'une mise en œuvre grâce à des politiques opérationnelles est essentielle. La région a connu des progrès considérable dans le développement des politiques, normes et protocoles (PNP) en matière de PF/SR incorporant les SAA. Cependant, les efforts pour mettre en œuvre les PNP doivent examiner critiqueusement et changer les politiques respectives, comme les systèmes de personnels ou de logistiques, ou garantir un engagement aux niveaux supérieurs en vue de prêter les concours et ressources nécessaires.

En Afrique francophone, l'environnement politique pour la prise en charge des questions d'avortement est extrêmement difficile. Même les pays qui ont accompli le plus de progrès vers l'institutionnalisation des SAA ont du faire face à des difficultés : certains pays ont défini les SAA dans les politiques ou documents de santé mais n'ont pas dressé des plans pour mettre en œuvre les services de SAA tandis que d'autres ont fourni des services d'urgence pour les complications obstétricales mais n'ont pas formellement fait une place pour les SAA dans les PNP sanitaires. Dans les pays où les services de SAA n'ont pas été formellement introduits, les difficultés de l'environnement politique ne se sont pas encore cristallisées.

ENGAGEMENT POLITIQUE

Ainsi que mentionné auparavant, les SAA ne cherchent pas à accroître l'accès à l'avortement; plutôt, ils cherchent à garantir que les complications de l'avortement soient traitées. L'objectif principal des SAA est de prévenir les avortements répétés en fournissant aux patientes du counseling et l'accès aux méthodes de PF ainsi que d'autres options de soins de SR.

Des programmes efficaces de SR : la base des SAA

Les programmes efficaces de SR sont le fondement des SAA. Ceux qui établissent les priorités d'un pays, allouent les ressources nationales et sous nationales et influencent le cours des investissements des bailleurs doivent être engagés vis-à-vis du renforcement des programmes de SR. Les lois et politiques, notamment les PNP, doivent être mises en œuvre et appliquées, et des plans d'action et stratégies pratiques et cohérents doivent accompagner les documents de planification. Les entités admin-

istratives responsables des services devraient jouir d'une autorité suffisante pour influencer des gouvernements de plus en plus décentralisés.

Tous les pays francophones possèdent des programmes gouvernementaux formels qui traitent expressément et implicitement de la santé maternelle et reproductive ainsi que du PF. Le cadre juridique/politique s'est amélioré de manière notoire dans de nombreux pays à travers les efforts de responsables nationaux et sous-nationaux et d'un nombre croissant de défenseurs de la SR dans les parlements et au sein de la société civile. Ces efforts sont devenus de plus en plus perceptibles au cours des quelques dernières années tandis que les défenseurs et autres prestataires de services dans la région francophone ont amélioré leurs communications et réseaux, renforcé leurs compétences pour exécuter les programmes de SR dans leurs pays respectifs et utilisé la preuve indiscutable de la demande pour la SR et particulièrement le PF.

Prise de décision nationale et décentralisée

Les efforts accomplis pour développer l'engagement politique au niveau national sont cruciaux, mais ils sont également importants aux niveaux communautaire, régional et de district où la plupart des pays ont formellement décentralisé leurs entités administratives de gouvernement pour s'assurer que les ressources soient plus disponibles au niveau communautaire. Les questions de SR et de SAA doivent être présentées efficacement à ces entités afin d'obtenir leur attention et soutien. Les décideurs locaux ont besoin d'informations exactes, à jour et opportunes sur le niveau et les caractéristiques des besoins insatisfaits de PF, le mauvais état de santé des femmes en général, l'impact sur leurs enfants, les meilleures approches pour améliorer la santé maternelle, notamment les SAA, ainsi que les actions spécifiques de politique et programme qu'il faut entreprendre.

Collaboration entre les secteurs public et privé

Les besoins de SR, et ceux de SAA en particulier, peuvent être satisfaits uniquement à travers la mobilisation des ressources des secteurs public et privé. Les ressources du gouvernement sont rares et doivent être réservées aux segments les plus vulnérables de la population, tandis que les secteurs du volontariat et commerciaux doivent cibler ceux qui peuvent être efficacement servis en dehors du système de santé publique. Les décideurs politiques doivent prendre des mesures législatives, réglementaires et politiques spécifiques en vue d'engager le secteur privé dans la politique ou le planning des SAA.

Ressources humaines et financières allouées aux SAA

Les quatre pays de l'Afrique de l'Ouest qui ont introduit les services de SAA, à savoir le Burkina Faso, le Ghana, la Guinée et le Sénégal, doivent à présent institutionnaliser les programmes de SAA. Pour ce faire, le leadership national et sous-national devrait réordonner les priorités et allouer des ressources humaines, matérielles et financières suffisantes pour les volets essentiels des SAA – la formation de base et continue, le monitoring et la supervision, de même qu'un système d'équipement et de fourniture intégré dans d'autres systèmes essentiels de produits et maintenus grâce à la participation du secteur privé. Les pays qui prévoient d'introduire les SAA sont principalement concentrés sur la fourniture de ressources suffisantes pour conduire de la recherche opérationnelle dans le cadre du plaidoyer pour les SAA.

Réalités socioculturelles

Un engagement solide parmi les décideurs qui sont pourvus de compétences, connaissances et outils appropriés peut aider à atténuer les conflits des réalités socioculturelles qui inhibent les efforts pour accroître les ressources et étendre les services. Le leadership ainsi que la direction peuvent aussi aider à surmonter les réticences des prestataires de services, notamment les responsables des hôpitaux et autres structures sanitaires – des individus qui sont essentiels pour un programme viable de SAA. Tandis que l'attitude généralement négative vis-à-vis de l'avortement peut empêcher le dialogue public sur les SAA, une certaine dose de compassion et de soutien pour les filles et femmes existent, sur la base desquels des leaders engagés et informés peuvent développer le plaidoyer et les ressources pour les SAA.

LE CADRE JURIDIQUE/POLITIQUE

Les lois et politiques à elles seules ne garantissent pas l'accès et la qualité, mais sans elles, il est difficile d'institutionnaliser les programmes. Grâce au travail d'organisations non gouvernementales (ONG) affiliées à la Fédération Internationale pour la Planification Familiale, le PF a été inclus dans tous les programmes de santé nationale en Afrique francophone. Certains pays sont en train de développer des PNP pour des programmes de SR et d'y intégrer les services de SAA tels que définis par la CIPD. Certains pays sont à présent en train d'intégrer les SAA dans leurs stratégies de SR et de les inclure dans leurs « paquets de services minimum ». D'autres pays, comme le Niger, utilisent les soins obstétricaux d'urgence comme principe pour organiser les SAA.

Plusieurs politiques requièrent encore de l'attention. La loi coloniale française de 1920 interdisant la propagande contraceptive doit être abrogée de sorte que les décideurs et prestataires de santé puissent soutenir et promouvoir les services de PF. Des politiques explicites doivent être instituées permettant aux filles et femmes souffrant de complications de l'avortement de rechercher de l'aide. Les codes sanitaires doivent être révisés lorsqu'ils sont soit en conflit avec d'autres lois, ou lorsqu'ils sont trop vastes pour guider les SAA, ou lorsqu'ils manquent de donner des indications sur les exceptions permises pour les avortements légaux, comme celles pour sauver la vie d'une fille ou femme enceinte. Les règlements concernant les professionnels de la santé doivent être revus ou clarifiés afin d'enlever les restrictions sur les personnes autorisées à fournir certains genres de services de PF ou SAA, et les codes déontologiques doivent être conséquents avec les codes sanitaires et les lois connexes affectant les SAA.

Traduire les lois et politiques nationales en action

Un cadre juridique/politique favorable ne profite pas automatiquement aux femmes et filles dans le besoin. Les lois et politiques nationales doivent se traduire en politiques opérationnelles qui gouvernent la fourniture de services au niveau local et qui soient mises en œuvre grâce à un processus réaliste et réactif. Certains pays ont accompli ceci en intégrant les SAA dans les protocoles de services, les paquets de services minimum et dans les programmes de formation continue.

Implications politiques de l'intégration des SAA dans les programmes de santé

Plusieurs sections du présent rapport décrivent les volets nécessaires pour des services de SAA de qualité et soutenables dans la durée. Chaque volet a des implications de politique publique qui doivent être examinées et éventuellement changées pour garantir qu'il soit institutionnalisé et durable. Par exemple, une myriade de politiques publiques affecte l'allocation des ressources budgétaires de santé, l'évaluation des besoins en formation, la manière dont le personnel est déployé à travers le pays, la suffisance de la logistique et du système de fourniture, la fréquence et la valeur de la supervision, le paquet minimum de services, ainsi que d'autres questions cruciales. Ces politiques doivent être revues pour s'assurer qu'elles appuient plutôt qu'elles ne sapent la réussite de l'intégration des SAA. Par ailleurs, les politiques, réglementations, règles et autres dispositions opérationnelles dans le secteur public doivent être analysées pour déterminer la manière dont elles influencent la fourniture de services dans le secteur privé.

Processus de planification

Le processus par lequel les lois et politiques nationales sont mises en œuvre est autant crucial que les documents de planning stratégique eux-mêmes. Simplement dit, si les plans doivent être réactifs et réalistes, alors le leadership doit être engagé à les fonder dans des données exactes et récentes, facilitant une approche participative de la part de toutes les parties prenantes de sorte qu'elles puissent détenir des contributions à travers tout le processus, et adoptant une approche stratégique dans le choix de ce qui est faisable et pratique avec les ressources humaines et financières disponibles.

PLAIDOYER POUR AMÉLIORER L'ENVIRONNEMENT POLITIQUE POUR LES SAA

Objectifs politiques et étapes dans le plaidoyer

Cette section offre une introspection dans les stratégies de plaidoyer qui peuvent être taillées sur mesure pour les objectifs politiques particuliers identifiés. Le plaidoyer est généralement défini comme un processus pour produire une action politique (c'est-à-dire qu'il n'est pas entrepris en l'absence d'un objectif politique clairement défini). Ainsi, le plaidoyer se distingue des activités de sensibilisation, information, éducation et communication qui ont généralement d'autres buts et audiences.

Étant donné les sensibilités exacerbées et la nature controversée de l'avortement dans la région francophone, un important premier pas dans le plaidoyer des SAA consiste à définir, clarifier et donner un ordre de priorité des actions politiques spécifiques qui soient pratiques et faisables. Cette mesure exige la revue détaillée des obstacles à l'introduction ou l'extension des services ainsi que les questions politiques sous-jacentes, notamment l'absence de lois et réglementations ou l'ambiguïté dans celles existantes. Elle requiert aussi une compréhension des forces favorables et hostiles qui se trouvent dans les deux camps.

Tandis que les SAA présentent certaines difficultés inhabituelles, les principes sous-jacents du plaidoyer en matière de SR sont applicables et bien développés dans un certain nombre de documents ressources.* Le plaidoyer de SAA s'est avéré réussi en Afrique francophone pour des objectifs politiques limités – l'introduction formelle des SAA dans le secteur

*Par exemple, *Introduction au plaidoyer : guide de formation* par Ritu Sharma et *Création de réseaux pour le changement de politiques : un manuel de formation pour le plaidoyer* par le POLICY Project.

public, l'autorisation pour différents cadres de professionnels de la santé autres que les médecins à dispenser des services clés, et le changement de la formation de base. Les pays francophones commencent maintenant à plaider pour des objectifs politiques plus ambitieux comme les ressources pour former et équiper de nouveaux sites de services de SAA.

Stratégies utilisées dans la région pour les SAA et les questions liées

Le plaidoyer sera une réussite lorsqu'il sera appuyé par la recherche opérationnelle, des projets de démonstration et les meilleures pratiques. Pour être une réussite le plaidoyer exige aussi l'engagement des décideurs au plus haut niveau possible, assez tôt dans le processus de sorte qu'ils puissent comprendre le besoin et l'efficacité de coût des SAA et s'engager à veiller à la mise en œuvre et la reproduction des programmes, ainsi qu'à leur provision en ressources complémentaires et leur institutionnalisation à travers un changement ou une action politique.

On peut tirer des leçons à partir des stratégies de plaidoyer réussies qui ont été employées dans des domaines liés en Afrique francophone comme l'excision féminine, le PF et le VIH/SIDA qui présentent toutes leurs propres controverses et sensibilités. Les réseaux d'ONG, les journalistes, parlementaires, groupements féminins et leaders des principales institutions religieuses se sont tous engagés dans le plaidoyer. La clé pour le succès est d'identifier la préoccupation particulière de chaque groupe, comme les droits reproductifs de la femme, la vulnérabilité des adolescents, la mortalité maternelle et de les aider à organiser des données d'appui et élaborer des messages destinés à des audiences spécifiques. Des praticiens traditionnels et communautaires sélectionnés qui démontrent une compréhension et une préoccupation pour les grossesses non désirées peuvent être recrutés pour atteindre les décideurs locaux et ensuite formés dans les principes du plaidoyer et l'art de l'exposé persuasif.

Photo: Danielle Barony/CCP



3

Introduire un modèle pour les soins après avortement

Inscrire les soins après avortement dans le programme de santé maternelle

Beaucoup de praticiens de la santé reproductive (SR) en Afrique francophone comprennent déjà la nécessité des services de soins après avortement (SAA) de qualité ainsi que les avantages que de tels services fournissent, mais souvent ils sont en bute à une forte opposition pour réorganiser ou initier de nouveaux services selon le modèle de SAA pour un certain nombre de raisons. Premièrement, l'avortement provoqué est souvent étroitement restreint et il est toujours sujet à controverse – et la plupart des décideurs préfèrent éviter la controverse. Certains craignent également que la fourniture d'un meilleur traitement ou d'un traitement quelconque n'encourage un plus grand nombre de femmes à se tourner vers les avortements clandestins. Enfin, dans les pays aux ressources faibles, les femmes qui ont choisi d'avoir un avortement illégal sont considérées comme une faible priorité.

S'il est vrai que ces obstacles sont incontestablement formidables, néanmoins la présentation des SAA dans le cadre de la maternité sans risque est une stratégie payante. L'Afrique francophone détient des taux de mortalité maternelle très élevés, et les pays se sont débattus, avec peu de succès, pour réduire ces taux. Les SAA de qualité sont un moyen relativement simple, efficace et efficient de coût pour faire baisser les taux de mortalité maternelle; ils sont dispensés à un moment où les femmes sont dans un danger immédiat, et donc sauvent des vies autrement perdues. Les services de counseling et de planning familial (PF) peuvent aider à réduire les grossesses non désirées de même que le besoin pour des avortements provoqués et répétés. Les clientes de SAA, déjà à l'hôpital avec un besoin insatisfait pour des informations en SR et méthodes de PF, peuvent facilement être ciblées pour recevoir des services de counseling et de PF. Enfin, les équipements, compétences, services et systèmes qui font un programme de SAA de qualité sont également

« Mettre l'accent sur la santé des femmes pour réduire le stigma associé aux complications de l'avortement. »

— Dakar, 2002

essentiels pour un programme de maternité sans risque de qualité. En fait, le but à long terme pour les responsables de programme et décideurs politiques devrait être d'institutionnaliser les SAA comme un élément fondamental de la santé maternelle et infantile.

Dans le plaidoyer en direction des prestataires et administrateurs dans les structures sanitaires, de nombreux autres avantages du modèle de SAA peuvent être cités. Les complications provenant de l'avortement et des fausses couches constituent un pourcentage substantiel des hospitalisations, ce qui utilise une énorme quantité de ressources rares. L'amélioration et la réorganisation des services en vue de dispenser des soins holistiques (ainsi que le recommande la Conférence de Dakar en 2002), particulièrement avec l'introduction de l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU), peuvent considérablement réduire les coûts aussi bien pour l'hôpital et la patiente et ainsi laisser davantage de ressources disponibles pour d'autres besoins tout en augmentant l'accès des femmes au traitement.

Parce que seulement quelques pays d'Afrique francophone ont établi des programmes de SAA, un des principaux points de focalisation de la conférence a été un échange entre des pays expérimentés et d'autres qui désirent démarrer le processus de plaidoyer et d'introduction des SAA. Les pionniers des SAA provenant du Burkina Faso, du Ghana et du Sénégal ont facilité des séances plénières où ils ont partagé leurs expériences en matière d'introduction et d'extension des services de SAA. D'autres séances ont examiné dans les détails les conditions de base pour la fourniture du modèle de SAA : le traitement d'urgence, le planning familial et les liens à l'autres types de soins en matière de SR.

Éléments fondamentaux des soins après avortement

COUNSELING

Le counseling joue un rôle essentiel dans tous les aspects de SAA. À partir de l'instant où une femme arrive dans une structure sanitaire, ses prestataires et elle doivent communiquer. Les soins peuvent être considérés de grande qualité seulement si une femme est informée de ce qui va se passer avant, pendant et après une procédure d'évacuation utérine. Par ailleurs, les femmes devraient être conseillées en PF, sur les infections sexuellement transmissibles (IST), les soins de suivi, les signes d'alerte qui nécessite une attention médicale ainsi que toutes autres questions pouvant s'avérer nécessaires pour le recouvrement de leur bonne san-

té. Il est important de former les prestataires en counseling avant d'introduire l'AMIU, parce qu'il existe une tendance à confondre les SAA avec l'AMIU, ramenant les SAA à une simple technique médicale nouvelle et non un service holistique pour traiter les patientes.

Les prestataires doivent apprendre à reconnaître et réagir en face des besoins psychologiques, émotionnels et physiques de la patiente tout en conservant une attitude non moralisatrice. Ainsi que l'a souligné un prestataire formé au Ghana :

« Counseling est un dialogue. Le counseling en matière des SAA va au-delà du planning familial et traite des problèmes médicaux, sociaux, économiques et émotionnels. »

— Dakar, 2002

Au début, notre attitude vis-à-vis des clientes n'était pas bonne; lorsque nous voyions une jeune fille avec un problème, les insultes commençaient. Mais à présent, nous les encourageons et nous essayons de nous mettre à leur place (Taylor, 2002).

Dans son exposé de mini-université sur le counseling en PF lors de la Conférence de Dakar en 2002, le Dr Isaiah Ndong (EngenderHealth) a résumé les principaux éléments d'un curriculum de formation où les prestataires apprennent à évaluer les besoins en counseling, fournir les informations nécessaires et permettre aux femmes de faire un choix avisé (EngenderHealth, 2003). La formation souligne l'importance de la confidentialité, de l'intimité et de la dignité, et se penche sur les valeurs et comportements des prestataires, le moment approprié pour les messages ainsi que d'autres besoins de SR.

SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE

Pour gérer les avortements incomplets, les prestataires doivent être capables de prévenir et de gérer les infections, évacuer l'utérus et arrêter les saignements. Ces compétences sont capitales pour les soins obstétricaux d'urgence (SOU) aussi bien que pour d'autres services hospitaliers d'urgence.

Pour prévenir ou gérer la septicémie, les structures de soins de santé doivent prendre des mesures adéquates pour prévenir les infections. Même si un hôpital ne procède à aucun autre changement, la formation des prestataires en techniques adéquates de prévention de l'infection améliorera les résultats de santé pour toutes les patientes, notamment celles nécessitant des SOU. La crise du VIH/SIDA a rendu les prestataires et décideurs plus conscients de la nécessité de disposer d'environnements et d'équipements stériles.

L'AMIU est la méthode préconisée pour l'évacuation utérine dans les cas d'avortements incomplets et sans complications parce que, entre autres raisons, elle est facile à utiliser et ne nécessite pas une anesthésie générale ou un grand temps de recouvrement. En plus d'apprendre comment exécuter la procédure, les prestataires doivent apprendre de nouvelles façons de gérer la douleur chez une femme.

Pendant la conférence, les participants ont cité le manque d'équipements d'AMIU comme une barrière principale à la mise en œuvre ou institutionnalisation du modèle de SAA dans leur pays et ont recommandé que les kits d'AMIU soient inclus dans la liste des équipements essentiels pour les structures sanitaires. Dans beaucoup d'endroits, les équipements d'AMIU sont restreints, indisponibles ou d'un coût prohibitif.* En réponse, certains experts ont souligné que les services intégrés de SAA ne devraient pas dépendre uniquement de l'AMIU. La dilatation et le curetage (D&C) exécutés par des prestataires chevronnés pour traiter un avortement incomplet ou des complications peuvent faire partie d'un programme de SAA de haute qualité, lorsqu'ils sont accompagnés par les autres éléments décrits ici. Les représentants de pays ont été exhortés à renforcer les services en utilisant les ressources disponibles plutôt que d'attendre que les équipements d'AMIU deviennent plus facilement disponibles.

PLANNING FAMILIAL

Le planning familial (PF) est important pour toutes les femmes, en particulier celles qui ont subi un avortement. Les discussions de la Conférence de Dakar en 2002 se sont concentrées sur comment intégrer des services de PF dans le plus vaste cadre des soins obstétricaux d'urgence et de santé maternelle. Au cours d'une séance, les participants ont discuté du plaidoyer pour offrir la contraception d'urgence comme option pour les femmes qui veulent éviter les grossesses non désirées, sans tenir compte de leur utilisation ou non d'une autre forme de contraception.

Les études ont montrées que les femmes sont le plus susceptibles d'initier une méthode de PF si elles peuvent l'obtenir immédiatement au moment de leur traitement de SAA, plutôt que de revenir pour une autre visite pour l'obtenir ou d'être orientées ailleurs en référence pour cela. Au

* Depuis la conférence, Ipas a installé trois nouveaux distributeurs africains de l'AMIU au Cameroun, en Côte d'Ivoire et au Sénégal. Cela permettra l'augmentation de l'accès aux équipements d'AMIU ainsi que la durabilité des équipements. L'USAID ne favorise ni l'achat ni la distribution des kits d'AMIU pour aucun service.

Kenya par exemple, Solo et al. (1999) ont trouvé que le PF dispensé dans la clinique a été adopté par 92 pourcent des femmes, comparé à 54 pourcent pour les femmes qui devaient se déplacer vers un endroit séparé. Idéalement, les services et le counseling de PF devraient être dispensés dans le pavillon des urgences par les mêmes prestataires, mais, même si cela n'est pas possible, des mesures devraient être prises pour garantir qu'aucune femme désirant une méthode contraceptive ne rentre chez elle sans l'avoir reçu. Une possibilité est de combiner le PF de post-partum et après avortement comme un service de routine dispensé aux femmes avant leur sortie.

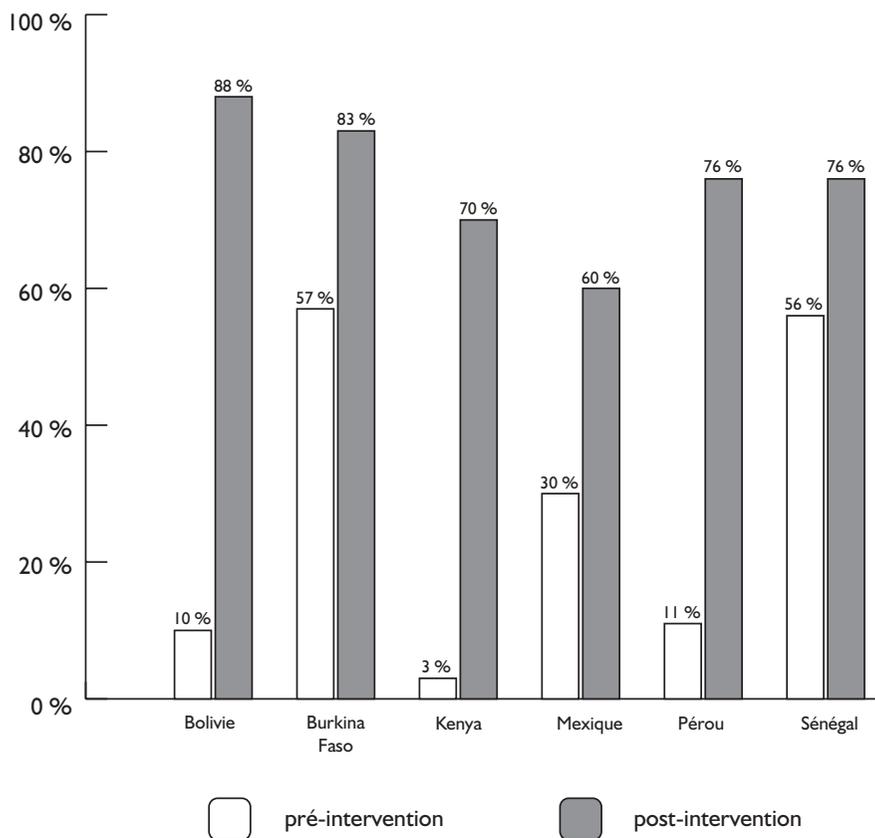
Les programmes introduisant les SAA en Afrique subsaharienne et dans les autres pays en développement ont montré de grandes augmentations dans les taux d'adoption contraceptive sur les niveaux antérieurs, ainsi qu'on peut les voir dans la Figure 2 (page 28). Cependant, les taux de continuation sont moins connus. Quelques rares études longitudinales prospectives ont été entreprises par exemple en Egypte et au Zimbabwe. Dans l'étude du Zimbabwe, Johnson et al. (2002) ont trouvé que plus de femmes utilisaient des méthodes efficaces de contraception, qu'un plus petit nombre de grossesses non désirées survenait, et que moins d'avortements répétés étaient effectués dans le site d'intervention que dans un hôpital d'un site de comparaison. Cependant, ces études longitudinales peuvent rencontrer plusieurs obstacles, notamment une perte élevée au suivi et des difficultés à maintenir la confidentialité.

LIENS AVEC LES AUTRES SERVICES

Les SAA sont contingents à d'autres services de SR et les liens nécessaires doivent être établis. Les plus évidents sont ceux avec le PF, notamment la contraception d'urgence, la prévention, détection et traitement des IST, y compris le VIH, l'infertilité dans le cas de fausses couches répétées et bien sûr, tous les programmes traitant de la morbidité et de la mortalité maternelle. Les liens avec les activités de SR sont expressément cités dans la définition de SAA adoptée par le Consortium SAA. À travers ces liens, les SAA peuvent apporter une contribution encore plus grande à l'amélioration de la santé des populations.

Figure 2

Pourcentage de patientes de SAA obtenant une méthode contraceptive



Sources:

- ¹ Bolivie: Diaz et al. (1999).
- ² Burkina Faso: Ministère de la Santé, Burkina Faso. (1998).
- ³ Kenya: Population Council/Africa OR/TA. (1999).
- ⁴ Mexique: Langer et al. (1999).
- ⁵ Pérou: Benson & Huapaya. (2002).
- ⁶ Sénégal: Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction & Clinique Gynécologique et Obstétricale, Centre Hospitalier Universitaire le Dantec. (1998).

Étapes dans l'initiation d'un programme de soins après avortement

Un certain nombre de séances se sont concentrées sur l'introduction des services de SAA là où il n'en existait pas auparavant, que ce soit au niveau national ou au niveau régional ou local lorsque le programme des SAA devient décentralisé. Au cours de leur séance de table ronde sur les « Étapes de l'élaboration d'un programme de SAA », le Dr Fatimata Diabaté (CRESAR-Mali) et le Dr Isaiah Ndong (EngenderHealth) ont résumé les conditions et actions fondamentales nécessaires pour introduire, élargir et institutionnaliser les services de SAA dans un pays donné. Les éléments suivants ont été identifiés comme essentiels pour introduire les SAA :

- un champion local qui demeure activement impliqué depuis la décision d'introduire le nouveau modèle de services jusqu'à l'adoption totale du programme par les parties prenantes appropriées;
- le plaidoyer pour expliquer la nécessité, la simplicité et les avantages des services de SAA;
- le respect pour les droits des clientes par les officiels, administrateurs, prestataires et autres;
- un programme vertical dès le départ pour clairement démontrer les effets du nouveau modèle de services;
- initialement quelques sites pour garantir une qualité élevée grâce à des efforts concentrés et faciliter la supervision;
- une phase intensive d'introduction, peut être une étude de recherche opérationnelle ou un projet pilote avec un volet d'évaluation rigoureuse, accompagnée suffisamment par une assistance technique et un soutien financier externes;
- une formation par des formateurs qualifiés et expérimentés;
- une surveillance et une supervision intensives pour garantir que les prestataires continuent d'appliquer les nouvelles compétences et identifier toute barrière potentielle au succès de l'intervention;
- équipements et fourniture nécessaires pour tous les services.

MÉTHODES POUR INTRODUIRE LES SAA

La recherche opérationnelle (RO) est une méthode utilisée pour identifier et résoudre les problèmes de programme. La RO examine le côté relative à la fourniture des programmes, et les données RO sont utilisées

pour améliorer les services existants ou introduire de nouveaux services (Fisher et al., 1991). Ainsi que mentionné dans la section précédente, la RO (avec un procédé quasi expérimental) est une méthode souvent employée pour introduire le modèle de SAA dans un pays. En Afrique francophone, la RO a été utilisée avec succès pour introduire le modèle de SAA au Burkina Faso et au Sénégal.

Les études de cas du Burkina Faso et du Sénégal – présentées par Celeste Marin (Université de Tulane/Frontiers), le Dr André Jules Bazie (CRESAR-Burkina Faso) et Thierno Dieng (CEFOREP) – illustre un nombre d'avantages dans l'utilisation de l'approche de RO. Même après plusieurs années de plaidoyer mené par une large palette de participants, les SAA ont rencontré une farouche opposition de la part des autorités sanitaires dans ces deux pays. Un compromis a finalement été atteint, d'abord au Burkina Faso et par la suite au Sénégal, pour permettre aux organisations nationales et internationales de mener une étude d'intervention au niveau de plusieurs hôpitaux universitaires sous la direction des ministères de la santé (MS) et de l'éducation (ME). La nature expérimentale et la durée limitée d'une étude RO ont nécessité un plus faible niveau d'engagement des autorités; sachant qu'ils pouvaient facilement arrêter ou s'éloigner des services de SAA au besoin, les décideurs se sont sentis plus à l'aise, soucieux de s'exposer à la controverse.

Lorsque les études ont démontrées les nombreux avantages du modèle de SAA, les décideurs politiques du MS ont rapidement reconnu la valeur de l'intervention comme une stratégie de santé maternelle et ils en ont assumé l'appropriation pour les phases d'expansion et d'institutionnalisation. Les données de RO, y compris celles relatives aux coûts, fournissaient par ailleurs une base permettant d'incorporer les SAA dans les politiques, normes et protocoles nationaux. La RO est un processus qui se prête aussi à l'amélioration et à l'extension des programmes. Le Ghana, le Kenya et le Sénégal ont tous testé les approches pour décentraliser les services de SAA, notamment la formation des sages-femmes infirmières pour dispenser des services dans des structures sanitaires rurales sans la supervision directe d'un médecin. Au Ghana, Billings et al. (1999) ont trouvé que la formation des sages-femmes constituait une manière faisable et acceptable de décentraliser les services de SAA, et la formation des sages-femmes travaillant dans les centres de niveau primaire et les médecins provenant des hôpitaux de district contribuaient à augmenter le nombre de références et à renforcer les liens entre les deux niveaux.

Les informations relatives aux coûts sont particulièrement importantes pour les décideurs aussi bien pour le niveau politique qu'au niveau des

structures. Contrairement à beaucoup d'interventions de santé publique, le modèle de SAA produit des économies de coûts directs et indirects. Beaucoup d'études de RO introduisant des services de SAA ont comporté une certaine évaluation des coûts, et la plupart ont démontré de substantielles économies en termes de temps, ressources et coûts d'opportunités, comparées à des traitements précédents de femmes présentant des complications d'avortement. En particulier, les réductions de coûts ont été attribuées à la réduction des séjours hospitaliers associés à l'utilisation de l'AMIU (Ministère de la Santé, Burkina Faso, 1998; Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction & la Clinique Gynécologique et Obstétricale, Centre Hospitalier Universitaire le Dantec, 1998; Brambila, Garcia & Heimburger, 1998; Benson et al., 1998)

Les projets pilotes d'échelle réduite ou les projets de démonstration sont également préconisés pour introduire les SAA en vue d'en démontrer la faisabilité aux professionnels et décideurs dans la domaine de la santé. Les projets pilotes permettent aux prestataires de tester le modèle de SAA et de l'adapter à leur situation locale en identifiant et solutionnant les problèmes éventuels, tout en affinant l'intervention avant de procéder à son extension.

4

Développer les compétences des prestataires

Traitement d'urgence des complications de l'avortement

Au cours de la Conférence de Dakar en 2002, un certain nombre d'exposés ont examiné dans les détails toutes les compétences devant être présentes pour fournir des services de soins après avortement (SAA) de qualité. D'abord et principalement, la compétence du prestataire devrait se concentrer sur les trois volets essentiels des SAA. Idéalement, les politiques, normes et protocoles (PNP) des SAA devraient identifier les volets cruciaux pour lesquels le prestataire doit être efficace, et la formation dans ces compétences devrait être rendue disponible pour ce dernier. La gestion efficace des services, la prévention de l'infection ainsi que l'évaluation et le monitoring des programmes ont aussi un profond impact sur la compétence.

Lors de séances plénières et tables rondes, le Professeur Yolande Hyjazi (JHPIEGO), le Dr Isaiah Ndong (EngenderHealth), et le Dr Joseph Taylor (Ministère de la Santé, Ghana) ont parlé de la formation des sages-femmes en SAA, notamment l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU), comme moyen de conserver les ressources et garantir un plus grand accès aux soins. Ainsi, les médecins traitent uniquement les cas compliqués et sont libres de dispenser d'autres services exigeant leur expertise technique, tandis que les femmes peuvent être prises en charge plus rapidement qu'auparavant. Cette division du travail rend les SAA particulièrement adaptés à leur élargissement vers des niveaux inférieurs du système sanitaire, où un médecin possédant les compétences pour la dilatation et le curetage (D&C) n'est pas toujours disponible. Les sages-femmes et infirmières peuvent traiter les cas routiniers d'avortements incomplets, dans le proche voisinage des domiciles des femmes et continuer à orienter en référence celles exigeant davantage de soins pointus vers les hôpitaux.

COUNSELING

Dans un environnement d'intimité et de confidentialité, un prestataire compétent basera son counseling sur les principes suivants :

- comprendre et reconnaître les droits de la cliente;
- considérer le contexte culturel de la cliente;
- utiliser un langage approprié pour l'âge de la patiente;
- dispenser des soins de manière non moralisatrice;
- être sans préjugés tout en restant sensible aux besoins de la cliente;
- savoir écouter activement;
- comprendre les communications non verbales;
- orienter la patiente en référence si les soins sont hors du champ pratique du prestataire.

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS D'URGENCE

Le prestataire devrait être en mesure d'accomplir avec compétence une évaluation initiale de l'état clinique de la patiente et détecter les graves complications comme le choc, l'hémorragie, les blessures intra-abdominales ou la septicémie qui peuvent accompagner les complications de l'avortement. Une fois que les complications présentant une menace de mort sont écartées, le prestataire devrait solliciter des informations sur les antécédents menstruels, saignements et dysménorrhées ainsi que les éventuels passages de tissus de la patiente. Un examen physique comportant l'observation pelvienne grâce à un spéculum et/ou un examen bimanuel, fournit d'autres importantes informations sur la nature de la grossesse, la taille et la position de l'utérus ainsi que la dilatation du col. C'est seulement après cette évaluation complète que le prestataire peut terminer le traitement des complications d'urgence en utilisant l'AMIU ou, au besoin, la D&C.

Il est important pour le prestataire de maîtriser la capacité de parler aux patientes de manière encourageante, confidentielle et non moralisatrice. À travers tout le processus d'examen initial, diagnostic, procédure et recouvrement, le prestataire devrait donner des explications complètes à la patiente pour atténuer son angoisse.

À la suite du traitement, le prestataire devrait s'assurer que chaque femme comprenne l'existence d'une possibilité de retour immédiat de la fertilité et donc un risque de grossesse, ainsi que les signes d'alerte après un traitement de SAA. Une visite de suivi dans la même structure ou un centre plus pratique par rapport au domicile de la femme peut être programmée.

PRÉVENTION DE L'INFECTION

Le prestataire devrait minimiser le risque de la transmission de la maladie pour lui-même et pour la patiente grâce à l'utilisation méticuleuse

use de mesures de prévention de l'infection. Celles-ci sont notamment l'utilisation correcte de gants stériles et propres, instruments appropriés et stériles et de la technique du non-contact pour la procédure de l'AMIU.* La vigilance pour l'observation de mesures éprouvées de prévention de l'infection est un effort d'équipe au sein du personnel de la structure sanitaire qui exige la contribution des autres cliniciens, gardiens et administrateurs.

GESTION DE LA DOULEUR

La gestion de la douleur pour les femmes subissant un traitement pour les complications de l'avortement devrait être systématique et donc un important élément de la compétence du prestataire.

La gestion efficace de la douleur

minimise l'anxiété et l'inconfort ainsi que le risque global de santé des patientes. Au cours de leurs séances de mini-université, le Dr Lamine Cissé (CEFOREP) et le Dr Blami Dao (CRESAR-Burkina Faso) ont résumé les éléments clés d'une gestion effective de la douleur pendant les SAA. Les prestataires qui accomplissent avec compétence l'enquête sur les antécédents médicaux, l'examen médical et le diagnostic, en ayant recours à une communication prestataire-patiente positive, arrivent habituellement à obtenir un contrôle efficace de la douleur. Dans la plupart des situations, les patientes avec un avortement incomplet peuvent rester à l'aise pendant le traitement avec une intervention minimale. Les étapes clés pour une gestion efficace de la douleur sont :

« Mettre la femme au centre de la gestion de la douleur. »

— Dakar, 2002

- une attention bienveillante du personnel avant, pendant et après la procédure, notamment l'anesthésie verbale ou « verbocaine »;
- une technique douce mais confiante;
- la sélection d'un niveau approprié d'analgésique (e.g., anti-inflammatoires non stéroïdiens et injection d'anesthésie paracervical).

* L'utilisation de la technique du non-contact pour la procédure de l'AMIU signifie qu'aucun instrument entrant dans l'utérus de la femme ne peut rentrer en contact avec les surfaces contaminées avant d'être inséré dans sa col de l'utérus. Spécifiquement, la pince de Pozzi, la canule ou les dilateurs ne doivent pas toucher les gants du prestataire, les parois du vagin de la patiente ou les surfaces non stérile de l'instrument.

Tableau 2

Médicaments pour les soins après avortement (à adapter par chaque pays selon le niveau de soins)

<i>Classes de médicaments</i>	<i>Médicaments fréquemment utilisés</i>
anesthésiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ atropine ■ diazepam ■ lignocaine 1 % sans adrénaline
analgésiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ acide acétylsalicylique ■ ibuprofène ■ paracétamol
antibiotiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ dérivés de pénicilline ■ ampicilline ■ chloramphenicol ■ metronidazole ■ tétracyclines ■ sulfaméthoxazole ■ sulfaméthoxazole-triméthoprim
antiseptiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ chlorhexidine ■ betadine
désinfectants	<ul style="list-style-type: none"> ■ eau de Javel ■ formaldéhyde ■ glutaraldehyde
utérotoniques	<ul style="list-style-type: none"> ■ ergométrine (injecté et à travers l'os) ■ injection d'oxytocine ■ misoprostol (perspective future et prometteuse*)
globuline anti-Rhésus	
sérum et vaccin antitétaniques	
sang pour transfusions	
solutions intraveineuses	<ul style="list-style-type: none"> ■ glucose ■ ringer ■ chlorure de sodium ■ chlorure de potassium

* Le misoprostol évite 30 % à 40 % des AMIU ou curettages. Le médicament est peu coûteux et élimine le risque de perforation utérine. Les effets secondaires sont notamment la nausée, les vomissements, la diarrhée et les douleurs nécessitant des analgésiques.

Counseling et services de planning familial après avortement

Certaines structures sanitaires qui traitent les urgences liées à l'avortement peuvent ne pas offrir des services de planning familial (PF), et donc les prestataires devront apprendre de nouvelles compétences. Pour offrir des services de SAA, les prestataires doivent être capables d'aider la patiente à comprendre les facteurs entraînant une grossesse non désirée, décider si elle désire ou non une méthode contraceptive et le cas échéant, choisir une méthode appropriée et en connaître l'utilisation correcte. Les services de SAA ne devraient pas dépendre de l'acceptation du PF, et toutes les femmes devraient être capables de faire des choix libres et informés.

Le prestataire compétent combine une base de connaissances cliniques en PF avec de fortes compétences de counseling et devrait :

- comprendre et considérer les facteurs culturels et personnels affectant la décision d'une femme de recourir au PF;
- fournir des informations et du counseling sur les méthodes aussi bien que leurs caractéristiques, efficacité et effets secondaires;
- comprendre les choix parmi les méthodes et les limites de chaque méthode;
- fournir des informations correctes sur l'utilisation d'une méthode choisie;
- dispenser du counseling sur la double protection pour éviter la transmission des infections sexuellement transmissibles (IST), notamment le VIH/SIDA;
- expliquer de manière explicite que la patiente peut contracter une nouvelle grossesse en moins de deux semaines;
- référer la patiente pour des soins de suivi ou des méthodes appropriées qui ne sont pas immédiatement disponibles (à savoir, stérilisation volontaire).

LIENS ENTRE LES SERVICES APRÈS AVORTEMENT D'URGENCE ET LES AUTRES SOINS DE SANTÉ REPRODUCTIVE

Au cours de sa séance de mini-université, le Dr Kampatibe Nagbandja (Advance Africa) a mis en exergue les liens entre les IST et les SAA. La femme en quête de services de SAA est souvent négligée en matière de counseling et d'identification des IST, notamment le VIH/SIDA, en partie à cause de l'urgence qui accompagne le besoin de traitement et que le saignement peut rendre difficile l'identification d'une IST. Les prestataires devraient considérer les services de SAA comme des opportunités

pour identifier et traiter les IST et également d'encourager les femmes à rechercher le counseling et le dépistage volontaire du VIH.

AUTRES DOMAINES AFFECTANT LA COMPÉTENCE DU PRESTATAIRE

Les prestataires devraient être conscients que les patientes de SAA peuvent nécessiter des services non liés aux complications de l'avortement. Dans son exposé sur les compétences minimales dans la fourniture de SAA, le Dr Marcel Vekemans (IntraHealth) s'est penché sur plusieurs sujets qui complètent et perfectionnent la qualité des services de SAA. Les structures devraient disposer d'équipements appropriés et d'espaces privés et adéquats pour le counseling, le traitement et la récupération. Le coordinateur de la maternité ou des services de SAA devrait collecter et analyser les statistiques de fourniture de services sur les SAA et utiliser ces informations pour la prise de décision. Enfin, un programme complet de SAA devrait impliquer la communauté dans la prévention et le traitement des avortements incomplets. Les activités à destination de la communauté comprennent notamment des campagnes d'information pour faire connaître à la communauté les signes d'alerte et la nécessité pour les références, l'organisation communautaire pour les systèmes de transport et les fonds villageois pour la référence des complications de la grossesse et de l'accouchement et aussi, le counseling en PF pour éviter les grossesses non désirées.

Formation de base et formation continue

Les services de formation de base et continue comportent des approches complémentaires dont l'utilisation est optimale lorsqu'elles sont des éléments liés d'une seule approche coordonnée pour renforcer la qualité et la pérennité des services de SAA. Parce que ce processus de renforcement exige du temps, la formation continue est utilisée pour développer les compétences du prestataire, améliorer la performance et développer les sites de formation clinique. À mesure que les stagiaires sortant des institutions de formation de base viennent s'ajouter au pool national de prestataires, le besoin pour la formation continue baissera. Les liens entre les deux, comme l'implication du personnel des institutions de formation de base dans la formation continue, permettront de renforcer le système de formation.

LES AVANTAGES ET DIFFICULTÉS D'UN SYSTÈME EFFICACE DE FORMATION DE BASE

L'audience de la formation de base inclut tous les prestataires de soins de santé. L'avantage d'un programme de formation de base est que, une

fois établi, il peut atteindre un nombre relativement important de prestataires en une fois, et la période plus longue d'apprentissage est propice pour maîtriser les compétences. Un programme de formation de base revient cher au début, puisque les ressources – curriculums, manuels de référence, équipements et sites de formation clinique – doivent être obtenus ou développés. Le développement des ressources humaines pour la formation de base est par ailleurs plus complexe parce que les enseignants et les instructeurs cliniques doivent mettre à jour leurs propres connaissances et compétences. D'autre part, le fait de permettre aux étudiants de maîtriser l'AMIU est une question sensible pour beaucoup de pays. Ces questions et le coût élevé d'une formation de base en SAA ont été pris en charge à travers l'utilisation d'un système de formation en cours d'emploi.

LA CONTRIBUTION ET LES CONTRAINTES D'UN SYSTÈME DE FORMATION CONTINUE EFFICACE

Les systèmes de formation continue ont été un élément de grand succès des programmes pilotes de SAA. En général, la formation continue a un impact immédiat sur la capacité des prestataires et sur l'accès aux services. Les sites peuvent également noter une amélioration dans d'autres domaines de la fourniture de services : l'organisation des sites peut s'améliorer dans son ensemble; les sites peuvent réaliser des améliorations globales dans la prévention

de l'infection et les attitudes et approches du prestataire peuvent s'adoucir. La formation continue permet aussi de développer les sites de formation clinique pour appuyer l'éducation de base.

La formation hors site et à base collective est coûteuse et dérangementante pour une structure sponsorisant des participants. La formation en cours d'emploi (FCE) est une approche complémentaire, qui se penche sur les difficultés de la formation à base collective. Une approche de FCE se concentre sur le stagiaire dans son site et veille à ce que l'apprentissage se déroule dans des conditions ré-



Photo: Marilyn Noguera/FPLM/JSI

elles. Le temps pour atteindre la compétence peut être plus long, mais il est, après tout, une fonction du nombre de cas rencontrés dans les lieux de travail des stagiaires. En fin de compte, les structures doivent assumer une plus grande part des coûts de la FCE et l'appropriation des activités de formation.

La supervision facilitative et l'amélioration de la performance pour l'assurance de qualité

Les agences qui ont utilisé la formation comme unique intervention pour traiter de la qualité des services pendant de nombreuses années soutiendront maintenant que de nombreux autres facteurs affectent les performances du site et individuel et que la formation en elle-même est insuffisante. L'assurance qualité devrait inclure la supervision efficace, des fournitures et équipements suffisants, des infrastructures appropriées et la gestion des services. Plusieurs exposés se sont appesantis sur les éléments de la supervision et l'amélioration de la qualité de la performance comme moyens d'améliorer et maintenir la qualité des services de SAA. Dans leur exposé sur l'assurance qualité et les liens avec les autres services de santé reproductive et sexuelle, le Dr Isaiah Ndong (EngenderHealth) et le Dr Cheikh Cissé (Hôpital le Dantec/Dakar) ont présenté plusieurs outils et approches pouvant servir à garantir la qualité des services de SAA. Parmi ceux-ci, on peut noter la supervision efficace, l'approche client-orienté/prestataire-efficace (COPE), un outil d'analyse de coûts et le mesurage de la qualité. M. Pape Gaye (IntraHealth) et le Dr Manuel Pina (JHPIEGO) ont décrit le processus d'amélioration de la performance et son application aux services de SAA.

SUPERVISION EFFICACE

La supervision est un processus qui consiste à guider, aider, former et encourager le personnel pour améliorer sa performance dans la fourniture de services de santé de haute qualité. Une supervision efficace facilite le développement d'une équipe et motive les prestataires à fournir constamment des services de haute qualité. Les superviseurs appliquent les techniques de leadership pour :

- identifier les standards de bonne performance et les communiquer efficacement aux membres du personnel;
- évaluer périodiquement en collaboration avec les membres du personnel la performance de ce dernier en regard des standards;
- fournir du feedback au personnel sur sa performance;

- identifier, en collaboration avec les membres du personnel et la communauté, les interventions appropriées devant améliorer la performance du travailleur et la fourniture de services de santé de haute qualité;
- mobiliser les ressources en provenance de nombreuses sources différentes pour mettre en œuvre les interventions.

L'APPROCHE CLIENT-ORIENTÉ/PRESTATAIRE-EFFICACE (COPE)

L'approche COPE est une approche tournée vers le résultat qui encourage le personnel et les superviseurs de la structure et leur permet d'évaluer les services qu'ils fournissent, mais à partir du point de vue du client (EngenderHealth, 1995). En utilisant divers outils, ils identifient les problèmes, en trouvent les causes fondamentales et élaborent des solutions efficaces. Ce processus d'autoévaluation rend le personnel conscient des bonnes pratiques parce que les guides d'évaluation sont basés sur des normes internationales. L'approche d'autoévaluation crée l'engagement et l'appropriation du processus d'amélioration de la qualité.

ANALYSE DE COÛTS

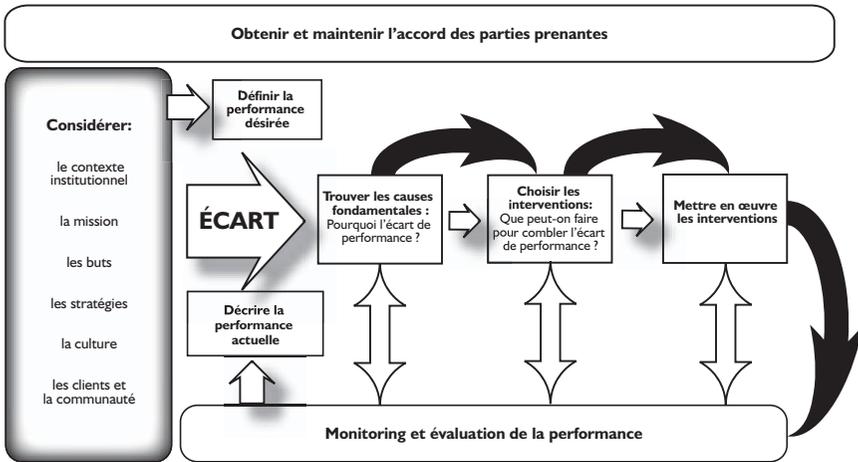
Un outil d'analyse des coûts mesure les coûts directs de fourniture de services de santé spécifiques, notamment le coût du temps passé par le personnel en contact direct avec les clientes tout comme les coûts des produits, fournitures, consommables et médicaments (EngenderHealth, 2000). Les managers peuvent utiliser ces informations pour distribuer plus efficacement les ressources humaines et autres, et pour établir des redevances d'utilisation pour les différents services qui reflètent les coûts directs réels.

AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE

L'amélioration de la performance (AP) est un processus conçu pour fournir des services de santé durables de haute qualité (Caiola & Sullivan, 2000). Le processus considère le contexte institutionnel, décrit les standards de la performance désirée, identifie les écarts entre la performance désirée et la performance actuelle, identifie les causes fondamentales, sélectionne des interventions pour combler les écarts et mesure les changements dans la performance. Le processus d'AP est une approche précieuse lorsque appliquée aux services de SAA. Elle met l'accent sur les résultats plutôt que les apports et permet d'obtenir un meilleur rendement de l'investissement et des activités de formation. Le cadre de l'AP est illustré ci-dessous dans la Figure 3 (une description de chaque étape

se trouve dans l'Annexe). Le processus d'AP peut identifier les facteurs contribuant à la performance désirée, et aussi comment les renforcer et s'assurer du transfert de la formation vers le lieu de travail.

Figure 3
Cadre de l'amélioration de la performance



Source: La définition et le cadre de l'amélioration de la performance sont les produits d'un effort de collaboration par les membres du Groupe de Concertation sur l'Amélioration de la Performance. Ce groupe est composé de représentants d'agences de coopération financées par l'USAID.

Principales étapes de l'application de l'amélioration de la performance aux services de SAA : résultats obtenus au Sénégal

Les prestataires de services de l'Hôpital Roi Baudoin à Guédiawaye, dans la banlieue dakaroise au Sénégal, ont appliqué le processus d'AP pour améliorer la qualité des services de SAA. Pendant l'étape initiale, les prestataires, superviseurs et représentants communautaires ont travaillé ensemble pour définir des standards de performance. Bien que les résultats de la performance désirée soient basés sur des normes et directives de services nationales, les participants ont suggéré des moyens de créer des standards plus élevés.

Sur la base de ces standards, les participants ont élaboré un outil d'observation de la performance pour mesurer la performance actuelle et mettre sur pied un plan d'action pour combler les écarts de performance. Au moment de la Conférence de Dakar en 2002, les prestataires de l'Hôpital Roi Baudoin étaient en train de mettre en œuvre cette intervention. L'approche d'AP permettra aux prestataires de services de SAA de mesurer leur performance et prendre des mesures pour maintenir la qualité des services de SAA.

5

Extension, institutionnalisation et décentralisation

Se préparer pour décentraliser les soins après avortement

Dans l'ensemble, les premiers cadres de soins de santé ayant profité de l'introduction des soins après avortement (SAA) sont concentrés dans les centres urbains et sont relativement en avance dans le système de soins de santé, comme au niveau des hôpitaux de référence. L'expansion géographique des SAA dans de nouvelles régions ou à travers tout un pays ainsi que son intégration dans les soins de santé primaire et les communautés devrait provoquer l'accès aux services de SAA de la meilleure qualité possible pour la population toute entière. Par définition, les SAA devraient également garantir l'accès aux services depuis le planning familial (PF) et l'utilisation des méthodes contraceptives jusqu'à la prévention des grossesses non désirées.

La transition d'un environnement expérimental/d'investigation où d'énormes quantités d'énergie et de ressources sont déjà investies vers les structures de santé disposant de moins de ressources humaines et matérielles pose d'énormes défis, tout comme la continuation de ces activités au-delà de la période initiale d'expérimentation. Pour faire face à ces difficultés, les questions suivantes doivent être réglées :

- Comment pouvons-nous répliquer l'expérience réussie dans d'autres endroits et à d'autres moments?
- Comment pouvons-nous garantir la continuité des activités existantes?

La décentralisation consiste en deux types de responsabilités périphériques : gérer les activités au niveau du district (ou province, préfecture ou tout terme utilisé dans un pays donné) et fournir des services à des niveaux locaux.

La gestion au niveau du district reflète l'organisation générale des services de santé dans un pays. Dans les secteurs public et privé, un nombre croissant de responsabilités sont déléguées aux structures régionales, notamment certains types de décision, de gestion de budgets et finances,

supervision, stockage de médicaments et de fournitures, et collecte de données. Ainsi, pour ce qui concerne les SAA, le rôle du district et celui de son responsable médical seront d'importance essentielle.

Les prestataires de services devront comprendre les SAA et être formés (ou recyclés) et supervisés. Tous les prestataires de services ayant des responsabilités en santé reproductive (SR) sont affectés – depuis le chef du département de gynécologie et obstétrique à l'ensemble des infirmiers, sages-femmes, matrones, accoucheuses traditionnelles et agents de vulgarisation sanitaire dans les villages. Toute décentralisation doit maintenir les soins de haute qualité, notamment une gestion médicale et psychologique de qualité, le respect des considérations éthique et de confidentialité, ainsi que le souci de prévenir la transmission des infections au moment des prestations.

La décentralisation de la fourniture des services de SAA au niveau local exige éventuellement un système de référence et contre-référence qui connecte tous les niveaux des structures de santé, depuis les hôpitaux locaux jusqu'aux services périphériques (petites cliniques, dispensaires, postes de santé et cases de santé), et les communautés sans structures sanitaires (villages, zones rurales ou banlieues urbaines).

Afin d'atteindre les communautés locales, il est important d'établir dans la mesure possible un contact direct avec les femmes en âge de procréation et leurs partenaires aussi bien que les personnes influentes dans la famille comme les belles-mères. À ce stade, l'objectif est d'éliminer ou tout du moins diminuer les causes bien connues qui retardent les interventions d'urgence – notamment le temps nécessaire pour identifier un problème, prendre une décision et trouver un moyen de transport et le temps nécessaire pour que le système de soins de santé prenne les choses en main. Le succès de ces efforts dépend d'un système fonctionnel de référence et contre référence.

Les communautés, par exemple, pourraient organiser des services de transport d'urgence et des fonds villageois pour être prêts pour les actuels services. Ils doivent obtenir le soutien des autorités locales et personnes influentes (« les décideurs »); les chefs des groupements locaux (particulièrement les groupements féminins et de jeunesse); les organisations non gouvernementales (ONG) concernées; les leaders administratifs, religieux et traditionnels ainsi que tous ce qui sont susceptibles de promouvoir l'éducation sur la SR et les SAA comme les clubs sportifs, les lieux de travail et les écoles.

RÔLE DU PLAIDOYER

Le plaidoyer est important à toutes les étapes de l'extension, de l'institutionnalisation et de la décentralisation des SAA. Ainsi que noté plus haut, l'objectif de la politique doit être clair à chaque étape de sorte que les diverses audiences cibles puissent comprendre précisément quelles actions leur sont demandées.

De nombreux obstacles existent lorsqu'on introduit les SAA dans des pays où l'avortement est illégal parce que la plupart des gens lient les SAA à l'avortement. Lorsque les SAA sont nettement distingués de l'avortement, l'environnement est plus réceptif à son introduction et à son institutionnalisation.

La décision de décentraliser les SAA doit provenir du niveau central. C'est une décision qui implique le ministère de la santé (MS) et donc le gouvernement. Le plaidoyer est important pour obtenir cet engagement – un plaidoyer basé sur le succès des programmes pilotes dans les principaux hôpitaux ou hôpitaux universitaires du pays et sur le succès de programmes similaires dans des pays voisins et dans le reste du monde. La Conférence de Dakar en 2002 a donné d'amples preuves de pareilles histoires de réussite. Outre les programmes cliniques pilotes, des manifestations de plaidoyer comme les journées nationales des SAA



Photo: Danielle Baron/CCP

sont recommandées pour rallier le soutien et la participation des parties prenantes nationales et régionales pour l'élargissement de l'accès aux services de SAA.

Les SAA doivent être bien organisés et complets – c'est-à-dire, ils comprennent le PF, le counseling et les autres soins de SR – pour servir de modèle. L'introduction réussie de services de SAA de qualité devrait être documentée et les résultats rendus disponibles aux décideurs et prestataires dans les structures sanitaires périphériques. Des études spéciales et une collecte de données exactes (avec les outils de collecte de données les accompagnants) seront nécessaires dans le cadre du processus. Des études en profondeur menées par des observateurs indépendants et le ministère de la santé sur l'expérience sont également indispensables pour générer des soutiens en vue de l'extension des SAA.

INCLURE LES SAA DANS LES PROGRAMMES NATIONAUX DE SANTÉ

L'objectif derrière l'institutionnalisation des SAA est de garantir sa pérennité en définissant soigneusement tous ses éléments et en les incluant dans les activités de planification aux différents niveaux du système sanitaire. Le moyen le plus facile d'inclure les SAA dans les programmes sanitaires d'un pays consiste à les incorporer dans les politiques, normes et protocoles (PNP) pour les managers et prestataires de services. Les PNP devraient décrire les catégories de personnel, les structures impliquées, les questions spécifiques aux secteurs public et privé, et la disponibilité des équipements, fournitures, techniques d'investigation et médicaments. L'institutionnalisation des SAA dans chaque pays devrait commencer avec la définition des PNP codifiant les conditions d'utilisation et les procédures cliniques par type de personnel médical et par niveau dans le système.

Les SAA ont été intégrés dans le cadre plus large des soins obstétricaux d'urgence (SOU) au Sénégal à travers ce mécanisme d'institutionnalisation des PNP de SAA. Ainsi, les SAA n'étaient pas considérés comme une activité clinique séparée qui exigerait une approche et des ressources humaines au-delà de celles existant déjà dans le système de santé. Au Burkina Faso, Ghana et Sénégal, les personnes chargées d'élaborer les PNP se sont concentrés sur le besoin de réduire la charge de travail excessive du personnel de santé et les coûts élevés de gestion des complications de l'avortement. Un accent spécial a été mis sur les tâches confiées aux différentes catégories de personnel sanitaire et la réorganisation des services en vue de maximiser les ressources disponibles. Les sages-femmes et infirmières étaient impliquées à chaque étape du processus, à côté des médecins.

FORMATION

La préparation des prestataires à la mise en œuvre de services de SAA de qualité exige de la formation. La plupart de la formation en SAA s'est faite par le biais de la formation continue dans des structures de santé aux niveaux national et régional, bien qu'elle soit en train de se frayer une voie lentement vers le niveau du district dans des pays comme le Sénégal. Le Ghana a intégré les SAA dans l'éducation de base du personnel de santé. Il y a de grands avantages en cela, mais il faut des changements dans les curriculum de formation des écoles médicales, d'infirmiers et sages-femmes, et ceci prend du temps ainsi qu'un engagement politique sans faille au niveau ministériel.

Le contenu de la formation consiste en la gestion clinique (notamment le counseling sur les attitudes vis-à-vis des jeunes, célibataires et couples), certains aspects de la violence sexuelle, la gestion de la douleur, la prévention des infections dans les hôpitaux et autres cadres de soins de santé grâce à la stérilisation et la désinfection très complète, ainsi que les éléments de SR qui sont en rapport avec les SAA. Il est également important d'inclure les aspects psychologiques comme l'état émotionnel des patientes, les préoccupations liées à l'infertilité et la santé, la crainte des répercussions légales et le stigmatisme social, et la dignité, le confort et la libre expression des patientes. Des explications devraient être fournies à travers chaque étape de la procédure. Des aides de travail comme les listes de vérification des procédures cliniques et des dépliants illustrés pour le counseling ont été préconisés pour appuyer les prestataires et renforcer leurs nouvelles compétences.

Extension et décentralisation des soins après avortement

Les manifestations de plaidoyer de SAA impliquant des partenaires et décideurs sont un bon moyen pour lancer l'extension d'un programme de SAA. Au moins, la préparation et la diffusion d'un bref document résumant la politique nationale en matière de SAA et le système de décentralisation médicale dans le pays permettraient d'engager les parties prenantes. Les directeurs et administrateurs médicaux des hôpitaux, les chefs des centres de santé et postes de santé ainsi que tous les participants à l'initiative – bailleurs, agences coopérantes, consultants et leaders d'ONG et d'associations – tireront parties de ce résumé.

Les prochaines étapes consisteront à développer une stratégie avec le MS et parfois avec le ministère de l'éducation (ME), de même qu'un plan d'action avec les parties prenantes locales. Il sera important d'impliquer autant de parties prenantes que possible dans ces étapes. L'élaboration d'une stratégie disposera les cours de recyclage et de formation nécessaires selon les niveaux impliqués et permettra de garantir la disponibilité de protocoles de SAA précis ainsi que des équipements et fournitures.

L'introduction réussie des SAA dans une université ou plusieurs universités ou hôpitaux de référence est une étape indispensable sur la voie vers la décentralisation. Le processus d'introduction commence par une évaluation des besoins des services existants, compétences des prestataires et équipements dans les hôpitaux pilotes. Les exemples suivants de types de questions cliniques pour le traitement des complications de l'avortement devront être examinés :

- techniques de drainage utérin (de préférence aspiration manuelle intra-utérine [AMIU] mais aussi curetage et nettoyage);
- nettoyage d'urgence du col ou du vagin;
- transfusions sans risque;
- gestion immédiate du problème;
- traitement de l'atonie utérine dans les avortements au dernier terme;
- gestion et prévention des infections;
- traitement des lacérations (ou empoisonnement dans le cas de certains avortements provoqués);
- diagnostic des grossesses molaires et extra-utérines.

L'expansion sera progressive. Un ou deux districts seront les sites pilotes. La recherche d'action et la recherche opérationnelle collecteront les données de base pouvant être comparées à un district n'ayant pas d'intervention. Le monitoring sera fait sur un ou deux ans, ainsi que la formation, la supervision, l'organisation d'un système de référence et de suivi et l'implication de la communauté.

Les sites doivent être soigneusement choisis, en ayant à l'esprit la capacité d'agir, les financements disponibles et la présence d'un hôpital de référence effectuant des SAA avec succès. Aux niveaux périphériques, les prestataires peuvent être formés pour reconnaître les signes de danger et stabiliser et référer les patientes selon les protocoles. À ce niveau, un diagnostic précis ne sera pas fait parce qu'il est souvent difficile de distinguer entre une fausse couche complète ou incomplète, une grossesse

extra-utérine, une grossesse molaire et des pathologies non liées à la grossesse comme l'endométriose ou l'expulsion d'un myome.

Le choix des sites d'intervention devra prendre en considération les désirs des prestataires locaux et leur volonté de participer, particulièrement au niveau de la direction de la santé et des hôpitaux, qui constituent les piliers de l'initiative et qui sont responsables pour ou du moins impliqués dans l'organisation, la formation et les cours cliniques.

SERVICES EFFICACES

Pour établir la pérennité des SAA dans le système de santé, il faut un service qui réagisse rapidement, efficacement et effectivement devant la cliente. Les tâches et responsabilités doivent être clairement définies et attribuées, notamment la gestion des fournitures d'AMIU, les services de dilatation et curetage (D&C) et les autres fournitures de médicaments. Les SAA sont le plus souvent un service d'urgence et les sites choisis doivent être prêts 24 heures par jour, sept jours par semaine. L'intégration efficace des SAA dans les SOU requiert un sérieux planning des ressources pour garantir une gestion des patientes de grande qualité. En effet, pour dispenser des SAA, les structures peuvent nécessiter une restructuration de leurs services.

La D&C requiert plus de personnel (anesthésistes, infirmiers et techniciens) que l'AMIU. Inversement, le prestataire de services passe plus de temps avec une patiente pour un traitement d'AMIU que pour la D&C. Par ailleurs, plusieurs prestataires ont remarqué lors de la Conférence de Dakar en 2002 que la charge de travail supplémentaire nécessaire pour le counseling aux patientes rend difficile la fourniture d'un bon counseling de manière constante dans un cadre d'urgence. Cette charge supplémentaire de travail pourrait être absorbée par la formation et l'équipement non seulement des médecins pour accomplir l'AMIU, mais aussi des sages-femmes et infirmières.

MONITORING ET ÉVALUATION DES SAA

L'assurance de la qualité et la supervision facilitative peuvent être imbriquées dans les SAA et autres programmes de SR comme un moyen de réduire les coûts et accroître la pérennité des SAA. Bien que la supervision soit nécessaire, il est souvent difficile de l'organiser dans les pays en développement à cause d'un manque de fonds, de personnel et de moyens de transport suffisant. De nouvelles techniques sont actuellement

étudiées, notamment la supervision par les pairs et « l'intervision » qui consiste en discussion parmi des pairs avec la possibilité de faire venir des spécialistes au besoin. Au Sénégal par exemple, ces techniques sont pratiquées à tous les niveaux du système de santé, et chaque district possède un superviseur de SR pour surveiller les activités dans ce domaine.

Bien que certains indicateurs soient conçus pour mesurer l'efficacité et la qualité des services de SAA, l'élaboration d'indicateurs plus spécifiques contribuerait à améliorer le monitoring. Des indicateurs propres aux SAA devraient mettre l'accent sur le maintien ou l'amélioration de la qualité des soins et services et sur la garantie de la continuité des soins. Le monitoring et l'évaluation des SAA devraient également couvrir les systèmes de référence et contre référence. Les conditions pour la référence et la contre référence sont énoncées dans les protocoles. Des documents de référence avec des pictogrammes pour les cadres les plus périphériques avec des prestataires non alphabétisés (matrones et aides accoucheuses dans les villages) sont distribués pour s'assurer que chaque niveau de structure sanitaire est informé du résultat de la référence de patiente faite à partir du niveau précédent.

TECHNOLOGIE ET PÉRENNITÉ DE L'INSTRUMENT

Définir la technologie la plus appropriée pour divers niveaux institutionnels dans un pays est une décision prise lorsque les directives médicales et les protocoles de traitement standard sont élaborés. L'AMIU est une technologie appropriée pour l'évacuation utérine parce qu'elle se prête facilement aux cadres d'infrastructures les plus sophistiquées et dans la plupart des contextes de soins primaires. Les instruments d'AMIU sont à la fois sophistiqués et simples. Le caractère silencieux et la vitesse des instruments sont hautement appréciés dans les cadres de haut niveau, et la manipulation ainsi que le nettoyage facile sont des particularités appréciées dans les contextes de soins primaires. Les prestataires doivent être formés à l'utilisation et à l'entretien corrects des instruments d'AMIU pour en garantir l'utilisation renouvelée.

La pérennité des instruments est un volet essentiel pour garantir une haute et constante qualité des services de SAA. Les prestataires doivent avoir accès aux instruments indiqués. La technologie de l'instrument doit être appropriée au cadre où le service est dispensé, et le coût des instruments doit être tolérable. Les instruments doivent être disponibles au moment voulu et le prestataire doit être formé à leur utilisation. Cet ensemble de conditions apparemment simples masque une combinaison complexe de forces qui affectent la pérennité des services de SAA.

POLITIQUES LIÉES À L'APPROVISIONNEMENT

Fournitures

L'approvisionnement ininterrompu en instruments d'évacuation utérine et autres fournitures est crucial au maintien de services de SAA de haute qualité. Afin de garantir cela, un système efficace est nécessaire pour distribuer les fournitures à partir du bureau d'achat central vers les structures périphériques et privées. La gestion des fournitures tout comme les systèmes de réquisition au niveau central doivent être en place et gérés avec soin. Les distributeurs commerciaux sont de très utiles partenaires pour garantir la pérennité des instruments.

Au Sénégal, certains cadres de soins achètent eux-mêmes ces produits tandis que d'autres les inscrivent sur les ordonnances des patientes. Cette dernière approche manque de garantir la disponibilité des produits nécessaires pour le traitement dans un cadre de temps raisonnable, étant donné le faible pouvoir d'achat des patientes, tandis que le stockage des produits dans la structure fait entrer le risque lié au problème de recouvrement de coûts. Quand bien même, la meilleure solution serait que les structures de soins de santé fournissent les produits nécessaires et élaborent un système efficace de recouvrement de coûts.

Coût

Les instruments d'AMIU ne sont pas de fabrication coûteuse, mais ils exigent un excellent contrôle de la qualité. De petites erreurs de mesure peuvent entraîner une perte d'étanchéité du vide ou une déchirure d'une canule qui est non fonctionnelle. Les instruments d'AMIU sont conçus pour effectuer des procédures répétées sans aucun changement dans la performance, permettant d'étaler le coût d'un instrument sur de nombreuses interventions. Le coût par intervention qui en résulte est si faible que les structures les plus pauvres peuvent se permettre d'offrir cette intervention vitale. Cependant, les fonds initiaux nécessaires pour acheter le premier instrument peuvent être un obstacle que Ipas et d'autres institutions s'attèlent à mitiger.

Les subventions ont considérablement augmenté l'accessibilité des produits contraceptifs. Elles permettent à une patiente qui accepte une méthode de PF de rentrer chez elle avec un produit contraceptif à la portée de sa bourse. Cette approche, mise en exergue dans une étude faite au Kenya, s'est avérée utile pour améliorer la couverture de PF pour des patientes souffrant de complications de l'avortement (Solo et al., 1999).

Immatriculation et autorisation

L'immatriculation et l'autorisation commerciale des produits sont nécessaires pour leur vente légale; autrement, ils ne peuvent être utilisés que dans le cadre de la recherche. Les procédures d'immatriculation varient d'un pays à l'autre – de l'absence d'immatriculation à de très complexes conditions d'immatriculation. De nombreux pays fondent leurs propres exigences sur celles de la Communauté Européenne et ou de la Food and Drug Administration des États-Unis. Une institution gouvernementale séparée qui peut être en dehors de la structure du MS s'occupe habituellement de l'immatriculation des produits.

Fournitures d'AMIU

Concernant les fournitures d'AMIU, les systèmes de stockage ne sont pas encore clairement codés par les autorités sanitaires des pays ayant déjà expérimenté les SAA. Ces fournitures sont toujours dispensées par les institutions partenaires. Aucun pays de l'Afrique francophone n'a apparemment encore officiellement autorisé ni la fourniture de produits d'AMIU ni un mécanisme pour les distribuer. Cependant, étant donné le faible coût des seringues et canules, il serait avantageux de les inclure sur la liste des fournitures et produits établie par les MS, comme c'est le cas au Ghana.

Règlements, procédures et redevances d'importation

Les règlements et procédures ainsi que les redevances douanières de l'importation devraient être considérés dans la structure de prix du service, et le chronogramme de prestation de services pour garantir la disponibilité de l'instrument au moment voulu. Les règlements et redevances des douanes sont habituellement gérés par une entité nationale s'occupant des règlements commerciaux. Des statuts d'importation spéciaux et/ou exemption de droits peuvent être négociés avec les leaders du MS. Les distributeurs sont habituellement informés des procédures d'importation et droits de douane.

Systèmes de commande et de distribution

Les systèmes de distribution (commerciaux et publics) sont importants pour mettre les instruments à la disposition des centres sanitaires et hôpitaux ruraux et urbains. Les distributeurs commerciaux se spécialisant dans la fourniture d'instruments médicaux et produits de soins de santé sont souvent les plus efficaces de coûts et les plus fiables; ils sont

également très expérimentés en matière d'immatriculation de produits et de procédures douanières. Le MS peut avoir un département spécial traitant des commandes de produits sanitaires et de leur distribution dans les structures du secteur public.

Directives et protocoles de traitement et nouvelles technologies

Les pionniers parmi les utilisateurs influents définissent les guides et les directives médicales et protocoles de traitement et examinent les nouvelles technologies pour le compte des institutions gouvernementales de régulation. Ces conseillers sont souvent associés avec le ME et par conséquent ne sont pas dans une position qui leur permette d'effectuer des changements politiques au sein du MS; plutôt, ils jouent un rôle important de plaidoyer dans l'introduction de nouvelles technologies et de nouveaux traitements.

Classification des services et fournitures « essentiels »

Les systèmes de soins de santé contrôlent les soins prioritaires et les services et définissent les dépenses médicales du gouvernement à travers des paquets essentiels de services et instruments. Ces paquets essentiels sont le fondement pour les directives médicales et les protocoles de traitement standard. Lorsqu'un service a été défini comme essentiel, il est plus facile d'acheter les équipements et de définir les postes budgétaires, aussi bien dans le budget ordinaire du MS que dans les budgets d'appui de l'assistance internationale.

ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE

L'extension des services de SAA aux niveaux périphériques requiert l'implication de la communauté. Le but de l'implication communautaire est double : premièrement, les communautés peuvent prévenir les urgences obstétricales par la promotion du PF, et deuxièmement, les communautés peuvent apprendre à reconnaître les complications liées aux avortements et fausses couches et réagir devant de telles urgences de manière opportune. Beaucoup de pays ont connu des progrès considérables dans la construction d'infrastructures gouvernementales pour les urgences obstétricales. Mais dans les endroits où de telles infrastructures font défaut, les communautés locales doivent établir des systèmes de transport pratiques et de coût tolérable et qui soient toujours prêts. Ces systèmes peuvent exiger des véhicules motorisés, des charrettes avec des ânes, des pirogues ou autres moyens de transport. Les fonds villageois mis de côté pour les urgences de SAA sont également utiles.

Pour engager l'appui de la communauté aux SAA, il est utile d'identifier un leader qui sera un « champion », hautement motivé afin de diriger le processus tout entier dans sa zone. L'étape suivante consiste à identifier les partenaires locaux, mettre sur pied des équipes locales et démarrer le plaidoyer avec les personnes influentes et les décideurs. Ceci comporte notamment, les chefs de villages, chefs coutumiers, chefs religieux, assistants sociaux, enseignants, représentants de groupements féminins, de jeunesse, de travail et sportifs, leaders d'ONG et d'autres. Il est important et délicat de respecter l'historique local. Un faux pas peut anéantir tout un effort. Le Tableau 3 ci-dessous montre comment les communautés impliquées peuvent prendre en charge les complications de la grossesse et les SAA.

Tableau 3

Principales méthodes d'engagement communautaire dans la gestion des complications de grossesse et des soins après avortement

- Identifier un représentant à partir de la communauté.
- Donner à la communauté des informations sur les avantages de l'utilisation des services.
- Former les matrones et autres agents de santé communautaires ou villageois.
- Accroître les connaissances de la communauté sur les signaux d'alerte à travers les matrones et autres agents.
- Établir un système de transport d'urgence comportant :
 - ▷ un plan d'évacuation;
 - ▷ un fond pour les urgences et remboursements;
 - ▷ un moyen de transport;
 - ▷ un moyen d'évacuation;
 - ▷ un système pour surveiller les femmes qui ont été évacuées.

L'extension, l'institutionnalisation et la décentralisation des SAA sont possibles. Elles ont pu être introduites avec succès dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne (particulièrement les pays anglophones) tant dans le secteur privé (à savoir le Kenya) que dans le secteur publique (à savoir le Ghana), incluant des projets qui impliquaient d'autres professionnels de la santé que les médecins (le Burkina Faso, le Ghana, la Guinée, le Kenya et le Sénégal). Une telle entreprise doit être soigneusement planifiée et il faut observer les étapes décrites ci-après : plaidoyer au niveau national; décisions gouvernementales; études pilotes dans les grands hôpitaux; établir des normes et protocoles; décider de la décentralisation et de l'extension; formation et supervision; et engagement communautaire.

6

Questions transversales

Bien que les conférences internationales fournissent des forums pour élaborer un consensus et adopter des programmes d'action, la responsabilité d'interpréter et traduire ceux-ci en interventions et projets demeure entre les mains de l'État. Des ressources suffisantes ainsi qu'une volonté et un engagement politique conséquents sont nécessaires pour promouvoir la santé reproductive (SR) en Afrique subsaharienne. La controverse autour des questions comme l'avortement et la sexualité des adolescents a diminué la capacité des États à adopter des politiques et législations fortes. La peur de l'opposition sociale, politique et culturelle est un obstacle formidable. Par conséquent, le rôle des autres organisations devient crucial dans la promotion des soins après l'avortement (SAA). L'augmentation de la capacité des organisations locales à relever le défi des grossesses non désirées et prendre en charge les complications des avortements illégaux est cruciale, étant donné l'écart dans les ressources de soins de santé existantes dans cette région du monde.

Actuellement en Afrique subsaharienne, il n'est pas possible de discuter d'un seul aspect des SR sans considérer la dynamique de l'épidémie du VIH/SIDA. Le risque potentiel d'exposition au VIH/SIDA et aux autres infections sexuellement transmissibles (IST) est considérable parmi les femmes nécessitant des services de SAA. Les preuves documentées confirment également une montée de la violence sexuelle contre les femmes, particulièrement les jeunes, les pauvres et celles dans des cadres de conflits et d'après conflits. La contribution de la violence sexuelle à la grossesse non désirée doit être prise en charge et intégrée dans les services de SAA.

Le rôle des organisations locales

Les ressources financières et techniques limitées disponibles pour les services de SAA présentent de sérieux obstacles aux organisations locales. Malgré ces contraintes, leur rôle en matière de promotion des SAA dans le cadre de leurs missions est crucial. Ainsi qu'on l'a reconnu lors de la Conférence de Dakar en 2002, les SAA requièrent non seulement des interventions sanitaires, mais aussi le plaidoyer, la politique et la recherche

opérationnelle pour renforcer et améliorer la gestion, si les femmes doivent tirer partie des services disponibles. Par ailleurs, les organisations chargées de mettre en œuvre les programmes de SAA doivent œuvrer pour susciter un environnement où les femmes se sentent à l'aise dans leur quête de ces services. Les organisations locales peuvent aussi expliquer les conséquences résultant d'un déni d'accès aux soins de SR dans les communautés, en particulier les services appropriés de counseling et planning familial (PF) qui empêchent les femmes de se tourner vers les pratiques d'avortements illégaux. Bien que ces éléments constituent des parties intégrantes du modèle de SAA, ils peuvent facilement être négligés lorsque les prestataires de services de SAA doivent s'occuper des urgences médicales des femmes recherchant des services de SAA.

Lors de la Conférence de Dakar en 2002, les organisations régionales africaines ont eu l'occasion de développer des projets locaux basés sur les meilleures pratiques en SAA. Au cours d'un atelier de deux jours à la suite de la conférence, les membres du Pan-African Regional Technical Assistance Group (PARTAGE) – un réseau d'organisation de santé avec une large gamme de spécialités institutionnelles et d'expertise technique – ont sélectionné les meilleures pratiques à mettre en œuvre dans le cadre de leurs propres activités. Sur la base des idées discutées lors de la conférence, chaque organisation a préparé une proposition pour un projet de six mois comportant la mise en œuvre et l'évaluation de PF renforcé au sein d'activités de SAA. Par exemple, l'organisation non gouvernementale sénégalaise Santé de la Famille (SANFAM) est en train de former ses prestataires cliniques afin d'inclure le counseling et l'information en matière de PF dans ses services de SAA.

Les adolescentes et les services de soins après avortement

Les adolescentes en quête de services de SAA ont souvent des besoins et expériences différents des adultes. Lors de la réunion du Consortium SAA en novembre 2002, un groupe de travail a été formé pour se pencher spécifiquement sur les besoins des adolescentes en élaborant des directives pour des services de SAA conviviaux pour les jeunes. Au moins un avortement sur dix dans le monde est pratiqué sur des femmes âgées de 15 à 19 ans. Ainsi que noté auparavant, dans beaucoup de pays africains, 70 pourcent des femmes traitées pour des complications de l'avortement ont moins de 20 ans. Chaque année, plus de 4,4 millions de jeunes femmes dans ce groupe d'âge subissent des avortements dont 40 pourcent sont effectués dans des conditions de risque (Les Fonds des Nations Unies pour la Population, 2001). Les adolescentes subissent de

manière disproportionnée les complications d'avortements à cause de leur accès limité aux soins et informations en matière de SR confidentiel et de qualité. Quand et si des adolescentes utilisent des contraceptifs, souvent elles ne les utilisent pas constamment ou correctement, ce qui entraîne des grossesses non désirées et souvent des avortements provoqués. Les managers de programmes de SAA devraient s'assurer que leurs activités accordent aux adolescentes un accès correct à des services confidentiels de haute qualité, exempts de stigmatisation et de discrimination. Les prestataires doivent s'assurer que les jeunes sont pourvus de méthodes fiables pour se protéger à la fois contre la grossesse et les IST.

Les communautés et les prestataires de services doivent dispenser des services confidentiels et conviviaux pour les adolescentes qui soient accessibles et financièrement abordables. En particulier, les adolescentes célibataires peuvent subir la stigmatisation à la suite d'un avortement. Le counseling est particulièrement important parce que les jeunes femmes indiquent que leurs premières expériences sexuelles sont ou forcées ou imposées par des partenaires plus âgés. Le traitement des complications est critique pour les adolescentes, surtout parce qu'elles ont tendance à se faire avorter après le premier trimestre par des prestataires incompetents. L'avortement autoprovocqué est commun chez les adolescentes dans beaucoup de pays. Les adolescentes en quête de SAA ont également besoin d'accès à des informations en SR et counseling en PF qui soient conviviaux pour les jeunes et leur permettent de faire des choix avisés et éviter les avortements répétés. Les SAA pour les adolescentes doivent également prendre en charge d'autres conséquences des rapports non protégés, en particulier les IST et surtout le VIH/SIDA.

Violence sexuelle

Presque tous les pays du monde condamnent le viol et sont signataires de législations nationales et internationales traitant de la question de la violence sexo-spécifique. Cependant, le fardeau de la preuve, la honte et la stigmatisation associés avec le signalement des cas de viol, ainsi que la clémence des tribunaux à l'endroit de ce qui ont commis des délits de viol, rendent difficile pour les femmes de se protéger efficacement contre l'agression sexuelle. Aussi bien les lois civiles et coutumières en Afrique subsaharienne accordent à la victime un soutien limité. L'urbanisation, la rupture des structures de la famille élargie et l'usage de drogues et d'alcool peuvent accroître les comportements anti-sociaux sexuels et déviants parmi les adolescents de sexe masculin et parfois de sexe féminin. Les croyances associées avec les cures pour le VIH/SIDA (à savoir rapport

sexuel avec des jeunes filles) contribuent également à accroître les actes de violence sexuelle. Ces victimes finissent habituellement par rechercher des services d'avortement et nécessitent ainsi des SAA.

La Conférence de Dakar en 2002 s'est penchée sur l'impact des conséquences sociales et sanitaires des violences sexuelles. Le viol – dans plusieurs cas, le résultat des nombreux conflits et turbulences civils dans la région – souvent amène les femmes à chercher des avortements (souvent illégalement) ou à donner naissances à des enfants non désirés. Pour faire face à ce problème, les participants ont encouragé les décideurs politiques à adopter des lois et règlements appropriés susceptibles de protéger les victimes des violences sexuelles et de réprimer sévèrement ceux ayant perpétré de tels actes. Les participants ont marqué leur soutien au renforcement de l'autonomie des femmes par l'éducation et l'augmentation de la prise de conscience des questions d'équité chez les hommes.

Infections sexuellement transmissibles et soins après avortement

Les femmes se présentant pour des SAA sont à l'évidence exposées au risque potentiel d'IST, notamment le VIH. L'urgence de la situation amène les prestataires souvent à se concentrer sur la résolution des complications associées avec l'avortement. Le saignement causé par l'avortement peut aussi cacher les signes évidents de certaines IST comme la vaginite ou l'urétrite. Lors de la Conférence de Dakar en 2002, les participants ont noté que les opportunités de prendre en charge les questions comme les IST étaient perdues si les interventions pour traiter de ces questions n'étaient pas renforcées.

La première recommandation faite à la Conférence de Dakar en 2002 était d'appliquer un contrôle strict de l'infection afin d'éviter de transmettre une infection de la cliente aux prestataires. Deuxièmement, chaque cliente de SAA devrait être conseillée, diagnostiquée et traitée pour des IST, et son partenaire devrait être averti pour éviter la réinfection. Ceci devrait être complété par des mesures appropriées de prévention de l'infection. Enfin, les clientes devraient être conseillées d'aller à un centre de counseling et de dépistage volontaire. Autant que possible, la référence devrait être faite directement à partir du centre de services de SAA. Le counseling pour prévenir de futurs avortements devrait insister sur la double protection contre les grossesses non désirées et les IST.

Double protection

La double protection est une méthode efficace pour prévenir les grossesses non désirées et les IST. L'utilisation correcte de cette méthode prévient la nécessité des avortements. La double protection comporte les éléments suivants :

- l'abstinence;
- l'utilisation d'une méthode contraceptive associée avec la fidélité réciproque de partenaires non infectés;
- l'utilisation du préservatif et d'une autre méthode contraceptive;
- l'utilisation constante du préservatif masculin ou féminin.

Les conseillers et prestataires devraient promouvoir la double protection pour celles en quête de SAA. Pour celles qui ne peuvent pas négocier des rapports sans risque avec leurs partenaires, les conseillers devraient mettre l'accent sur des moyens permettant aux femmes de contrôler les situations et éviter de se retrouver exposées à des rapports sexuels non protégés. Le Dr Marcel Vekemans (IntraHealth) a davantage souligné le lien entre la prévention des IST et les SAA au cours de sa séance de mini-université sur la double protection : puisque les clientes ayant des grossesses non désirées sont souvent également en face d'un risque élevé d'IST, les prestataires devraient encourager toutes les clientes de SAA à



Photo: Carlyn Saltman/CCP

utiliser la double protection, notamment les adolescentes, les femmes dont les partenaires ont des comportements à risque, les travailleuses du sexe ou les personnes vivant dans des zones à haute prévalence de VIH.

7

Conclusion

Comprendre l'environnement politique

Les discussions et plans d'actions subséquents élaborés à la Conférence de Dakar en 2002 reflètent la préoccupation à travers l'Afrique francophone pour améliorer l'environnement politique comme une mesure nécessaire à l'introduction ou expansion des soins après avortement (SAA).

Les caractéristiques de l'environnement politique en Afrique francophone doivent être considérées afin de baliser le chemin pour des services durables de SAA. La plupart des questions politiques sont communes à tous les pays dans la région. Par conséquent, si la plupart des pays francophones identifient, établissent des priorités, et poursuivent des questions politiques similaires, les améliorations dans l'environnement politique peuvent être accélérées. Les pays peuvent partager une information stratégiquement sur les évolutions politiques de sorte à pouvoir tous profiter des résultats et leçons apprises à la suite d'efforts nationaux individuels. Cependant, les pays ont besoin d'un surcroît d'assistance pour développer des stratégies efficaces, engager d'autres collègues et développer des plans d'action concrets avec un volet spécifique qui se concentre sur les questions politiques.

Perspectives futures

Certaines questions politiques ont été soulevées sans être discutées en profondeur au cours des débats formels de la conférence. Cependant, les questions suivantes sont importantes et requièrent plus de discussions.

IMPLIQUER LE SECTEUR PRIVÉ

Les gouvernements ne peuvent souvent pas satisfaire les besoins de SAA. Plus tôt le secteur privé (prestataires commerciaux et volontaires) sera-t-il invité à participer au planning et à la prise de décision, plus les pays seront-ils aptes à mobiliser d'autres ressources humaines, matérielles et financières.

CONSIDÉRER LES FACTEURS SOCIOCULTURELS DANS LE PLAIDOYER

Les champions pour les SAA doivent reconnaître et considérer à la fois des attitudes et des pratiques punitives et encourageantes. Certaines stratégies prometteuses ont engagé des leaders religieux, des organisations de femmes, des parlementaires, journalistes, organisations non gouvernementales (ONG) et autorités publiques dans un plaidoyer réussi sur des questions sensibles et controversées, notamment l'excision des femmes et le planning familial. Un bon nombre de ces stratégies peuvent être adaptées aux SAA.

Prochaines étapes pour le Comité de l'Initiative Francophone de Soins Après Avortement

Depuis la Conférence de Dakar en 2002, le secrétariat du Comité de l'Initiative Francophone de SAA a sondé les délégations nationales pour évaluer les progrès accomplis dans la mise en œuvre de leurs plans d'action. Les résultats ont été présentés lors de la réunion de la Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique (SAGO) en janvier 2003 à Bamako au Mali. La plupart des pays avaient formalisé leurs plans avec les autorités du ministère de la santé (MS); toutefois, l'appui politique et le soutien financier pour mettre en œuvre les plans ont été dans l'ensemble faible. Les délégués ont cité le besoin de plaidoyer pour promouvoir l'importance des services de SAA et mobiliser des fonds pour les équipements et la formation.

Lors de la réunion de la SAGO, les membres du Comité de l'Initiative Francophone de SAA se sont réunis pour discuter des prochaines étapes de l'initiative. Afin de prendre en charge le besoin pour un appui continu en faveur des plans d'action nationaux et d'une meilleure communication et coordination au sein des partenaires, le Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction (CEFOREP) a été désigné pour coordonner l'Initiative Francophone de SAA, un rôle qui avait été joué auparavant par IntraHealth. Les rôles définis pour l'agence de coordination (secrétariat) sont :

- collecter des informations à partir des pays et des partenaires internationaux concernant l'introduction et l'extension de SAA (notamment des informations sur les politiques, programmes, calendriers, résultats, activités des partenaires, meilleures pratiques, leçons apprises et nouveaux développements);

- partager les informations parmi les partenaires et les pays francophones;
- établir des relations de travail avec les institutions régionales comme l'Organisation Ouest-Africaine de la Santé (OOAS), l'Organisation Mondiale de la Santé, Bureau Régional pour l'Afrique (OMS/AFRO), Réseau de Recherche en Santé de la Reproduction en Afrique (RESAR), et d'autres organisations pouvant assister dans le plaidoyer des SAA;
- appuyer les pays dans la mise en œuvre des plans d'action (identifier des sources potentielles de financement, identifier ou fournir une assistance technique pour l'extension des programmes de SAA et pour préparer des propositions, budgets et plans de monitoring et évaluation).

Le but du secrétariat est de veiller à la mise en œuvre de l'Initiative Francophone de SAA. Ses quatre objectifs sont :

- établir un réseau fonctionnel de pays et institutions francophones œuvrant dans les SAA;
- collecter et évaluer des informations ayant trait à l'introduction et l'extension des programmes de SAA;
- documenter et disséminer les informations en Afrique francophone périodiquement à travers des bulletins et forums régionaux;
- appuyer les pays pour mettre en œuvre leurs plans d'action de SAA.

Résultats attendus :

- augmentation de l'appui des partenaires et institutions régionales pour mettre en œuvre les plans d'action de SAA;
- augmentation de la collaboration sur les SAA parmi les partenaires et les institutions régionales dans les pays francophones;
- augmentation de la participation des institutions régionales dans l'Initiative Francophone de SAA (RESAR, OOAS et OMS/AFRO);
- amélioration de l'environnement politique pour les SAA dans les MS francophones;
- augmentation de la connaissance et de l'utilisation des meilleures pratiques et leçons apprises des SAA;
- progrès dans la mise en œuvre des plans d'action de SAA dans les pays francophones.

Le succès de l'Initiative Francophone de SAA a démontré la nécessité de partager les informations et mobiliser les ressources collectivement pour prendre en charge les problèmes croissants associés avec les conséquences des complications de l'avortement en Afrique subsaharienne. Le processus d'organisation de cette conférence a été un excellent exemple de collaboration pertinent pour tous ce qui travaille dans la santé reproductive en Afrique francophone. La coopération des organisations internationales a été exemplaire et chacune a apporté ses propres expériences et ressources à la conférence pour en faire un exercice plein de signification pour les participants.

Le Consortium SAA illustre le type de synergie qui peut être obtenue et les résultats qui peuvent être générés, lorsque des organisations internationales travaillent efficacement ensemble. L'engagement et l'appui actif de l'OMS à l'endroit de l'initiative a constitué un facteur clé qui a suscité la participation des pays à l'initiative. La mesure récemment adoptée par le CEFOREP pour assurer qu'une coordination et un leadership africain poussent l'initiative dans le futur servira à créer la pérennité et permettre aux pays d'améliorer les résultats de santé reproductive pour les femmes à travers toute l'Afrique francophone.

Bibliographie

RÉFÉRENCES

- Allen Guttmacher Institute. (1999). *Sharing responsibility: Women, society and abortion worldwide*. New York: Auteur. Trouvé à <http://www.agi-usa.org/pubs/sharing.pdf>.
- Beijing Declaration and Platform for Action, Fourth World Conference on Women, 15 September 1995, Beijing, China. Trouvé à <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/e5dplw.htm>.
- Benson, J., Huapaya, V., Abernathy, M., & King, T. (1998). *Improving quality and lowering costs in an integrated postabortion care model in Peru: Final report*. Pérou: Population Council.
- Benson, J. & Huapaya, V. (2002). Sustainability of postabortion care in Peru. In *FRONTIERS final report*. Washington, DC: Ipas et Population Council.
- Billings, D., Baird, T.L., Ankrah, V., Taylor, J.E., Ababio, K., & Ntow, S. (1999). Midwives and comprehensive postabortion care in Ghana. Dans D. Huntington and N. J. Piet-Pelon (Eds.), *Postabortion care: Lessons from operations research*. New York: Population Council.
- Brambila, C., Garcia, C., & Heimburger, A. (1998). *Estimating costs of postabortion services at Aurelio Valdivieso General Hospital, Oaxaca, Mexico: Final report*. Mexique: Population Council.
- Caiola, N. & Sullivan, R. (2000). *Performance improvement Developing a strategy for reproductive healthservices*. Baltimore, MD: JHPIEGO. Trouvé à <http://www.reproline.jhu.edu/english/6read/6pi/pistrat/pistrat1.htm>.
- Center for Reproductive Law and Policy. (2000). *Reproductive rights 2000: Moving forward*. New York: Auteur.
- Center for Reproductive Rights. (2003). *World's abortion laws 2003*. Washington, DC: Auteur.

- Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction & Clinique Gynecologique et Obstetricale, Centre Hospitalier Universitaire le Dantec. (1998). *Introduction des soins obstetricaux d'urgence et de la planification familiale pour les patientes presentant des complications liees à un avortement incomplet*. Dakar, Sénégal: Auteurs.
- Diaz, J., Loayza, M., Flores de Yopez, Y., Lora, O., Alvarez, F., & Camacho, V. (1999). Improving the quality of services and contraceptive acceptance in the postabortion period in three public-sector hospitals in Bolivia. Dans D. Huntington et N. Piet-Pelon (Eds.), *Postabortion care: Lessons from operations research*. New York: Population Council.
- EngenderHealth. (1995). *COPE: Client-oriented, provider-efficient services*. New York: Auteur.
- EngenderHealth. (2000). *Cost analysis tool: Simplifying cost analysis for managers and staff of health care services*. New York: Auteur.
- EngenderHealth. (2003). *Counseling the postabortion client: A training curriculum*. New York: Auteur.
- Équipe spéciale communautaire du Consortium SAA. (2002). Éléments essentiels des soins après avortement : un modèle élargi et actualisé. *PAC in Action* N° 2, Supplement.
- Fisher, A., Laing, J., Stoeckel, J., & Townsend J. (1991). *Handbook for family planning operations research design* (2nd ed.). New York: Population Council.
- Ipas. (1991). *Strategy for the next decade*. Carrboro, NC: Auteur.
- Johnson, B.R., Ndhlovu, S., Farr, S., & Chipato, T. (2002). Reducing unplanned pregnancy and abortion in Zimbabwe through postabortion contraception. *Studies in Family Planning* 33(2): 195-202.
- Langer, A. et al. (1999). Improving postabortion care with limited resources in a public hospital in Oaxaca, Mexico. Dans D. Huntington et N. J. Piet-Pelon (Eds.), *Postabortion care: Lessons from operations research*. New York: Population Council.

- Les Fonds des Nations Unies pour la Population. (2001). *Future generations ready for the world: UNFPA's contribution to the goal's of the world summit*. New York: Auteur.
- Maternal and Neonatal Program/JHPIEGO. (2002). *Postabortion care: Skilled care and comprehensive services*. Baltimore, MD: Auteur. Trouvé à www.mnh.jhpiego.org/best/pac.pdf.
- Ministère de la Santé, Burkina Faso. (1998). *Introduction of emergency medical treatment and family planning services for women with complications from abortion in Burkina Faso*. Ougadougou, Burkina Faso: Auteur.
- Population Council/Africa OR/TA. (1999). Strengthening reproductive health services in Africa through operations research. *Final report of the Africa Operations Research and Technical Assistance Project II*. Nairobi, Kenya: Auteur.
- Population Reference Bureau. (2002a). *Women of our world*. Washington, DC: Auteur.
- Population Reference Bureau. (2002b). *World population data sheet: Demographic data and estimates for the countries and regions of the world*. Washington, DC: Auteur.
- Rapport de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, le Caire, Egypte, 5-13 septembre 1994. Trouvé à <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>.
- Solo, J., Billings, D., Aloo-Obunga, C., Achola, O., & Makumi, M. (1999). Creating linkages between incomplete abortion treatment and family planning services in Kenya. *Studies in Family Planning* 30(1): 17-27.
- Taylor, J. (2002, March 5). *Création d'un environnement politique favorable aux soins après avortement essentiels: l'expérience du Ghana*. Présentation à Réduire la mortalité maternelle à travers les soins après avortement : un atelier pour l'Afrique francophone, Dakar, Sénégal.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1997). *Unsafe abortion: Global and regional estimates of incidence of a mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data* (3rd ed.). Genève: Auteur.

AUTRES RESSOURCES

- Abdel Tawab, N., Huntington, D., Osman Hassan, E., Youssef, H., & Nawar, L. (1999). Effects of husband involvement on postabortion patients' recovery and use of contraception in Egypt. Dans D. Huntington et N.J. Piet-Pelon (Eds.), *Postabortion care: Lessons from operations research*. New York: Population Council.
- Brazier, E., Rizzuto, R., & Wolf, M. (1998). *A guide for action: Prevention and management of unsafe abortion*. New York: Family Care International.
- Fuentes Velasquez, J., Billings, D., Cardona Perez, J., & Otero Flores, J. (1998). *A comparison of three models of postabortion care in Mexico: Final report*. Mexique: Population Council.
- Huntington, D. (1998). *Advances and challenges in postabortion care operations research: Summary report of a global meeting*. New York: Population Council.
- POLICY Project. (1999). *Création de réseaux pour le changement de politique : un manuel de formation pour le plaidoyer*. Washington, DC: USAID & POLICY Project.
- Population Council/INOPAL III. (1998). *Reproductive health operations research: 1995-1998*. Mexique: Auteur.
- Program for Appropriate Technology in Health. (2001). *Reproductive health, gender and human rights: A dialogue*. Seattle, WA: Auteur.
- Sharma, R. (1997). *Introduction au plaidoyer : guide de formation*. Washington, DC: USAID & SARA/AED.

Annexe

L'amélioration de la performance

I. Analyser la performance

Une analyse de la performance identifie quels écarts, s'il y en a, existent entre la performance réelle et la performance désirée. Cette étape se focalise sur la performance d'un individu ou d'un groupe. Il peut être nécessaire de définir la performance désirée en demandant aux acteurs clés de clarifier les attentes des prestataires et d'instaurer des indicateurs de performance. Ceux impliqués dans le processus devraient tenir compte du contexte institutionnel, des politiques et priorités nationales, et des protocoles de service. Ils devraient obtenir autant de participation des acteurs clés que possibles y compris des prestataires, des superviseurs et des clients.

II. Trouver les causes fondamentales

Une analyse des causes fondamentales demande pourquoi les écarts identifiés dans la performance existent. Ceux engagés dans le processus de l'amélioration de la performance recueillent des informations auprès d'autant d'acteurs clés que possible et identifient les causes d'une faible performance avant de choisir des interventions appropriées. Les causes communes à la faible performance peuvent inclure ce qui suit :

- attentes peu claires du travail;
- manque de feedback sur la performance;
- motivation faible;
- management ou leadership faible;
- manque de connaissance et de compétences;
- infrastructures, équipement ou fournitures mal adaptés;
- manque de focus sur le client et la communauté.

III. Sélectionner les interventions

Les prochaines étapes seront de choisir et de concevoir des interventions afin de résoudre les causes des écarts de la performance.

IV. Mettre en œuvre des interventions

Pendant cette phase, mettre en pratique les interventions et instaurer des systèmes de suivi. Ceux qui sont engagés intègrent le concept du changement dans le travail quotidien et gèrent soigneusement l'impact direct et

indirect de ce changement afin de maintenir l'efficacité organisationnelle et atteindre les buts d'amélioration de la performance.

V. Monitoring et évaluation de la performance

Le processus de monitoring et d'évaluation est continu. Puisque certaines interventions peuvent avoir un effet immédiat sur la performance organisationnelle et individuelle, les facilitateurs devraient être sûrs d'instaurer des systèmes de suivi qui se focalisent sur un changement mesurable pour obtenir un feedback rapide sur les résultats de l'intervention. Pour évaluer l'impact des interventions pour combler les écarts de performance, ceux qui sont impliqués peuvent comparer des mesures formelles de la performance actuelle et de la performance désirée du travail, et obtenir des informations des évaluations et les employer pour guider davantage l'analyse des écarts de performance et des causes fondamentales. Les acteurs clés sur le site peuvent s'appuyer des informations collectées pour modifier les interventions selon le besoin.



PRIME II



FRONTIERS
IN REPRODUCTIVE HEALTH



PRB



Cette publication a été produite par le projet Soutien pour l'Analyse et la Recherche en Afrique (SARA). SARA est géré par l'Académie pour le Développement de l'Éducation (AED), financé par l'Agence des États-Unis pour le Développement International, Bureau de l'Afrique, Division du Développement Durable aux termes du contrat n° AOT-C-00-99-00237-00.