PN-ACR-201

Synthèse d'un programme

Satisfaire les besoins de santé des femmes après avortement

PN-ACR-201

Le défi des soins après avortement

Les femmes ayant besoin de soins d'urgence suite à des complications liées à l'avortement – hémorragie, infection et traumatismes de l'appareil génital – devraient être un groupe prioritaire dans le cadre des programmes de santé de la reproduction (SR). Ces femmes reçoivent souvent des services de qualité médiocre qui ne répondent pas à leurs multiples besoins de santé. Elles sont autorisées à quitter l'hôpital sans conseils sur leur suivi post-opératoire, sur la planification familiale (PF) ou sur d'autres aspects de la santé de la reproduction.

Les femmes ayant subi un avortement provoqué pour une grossesse non désirée sont à risques d'avortements à répétition si elles ne reçoivent pas des conseils et des services de PF. Prévenir la répétition des avortements à risque est important dans le cadre des programmes de SR, car cela permet de sauver la vie des femmes, protéger leur santé, et réduire les besoins de services d'urgence coûteux pour les complications liées à l'avortement.

A la Conférence internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue en 1994, tous les gouvernements ont demandé que des mesures soient prises pour améliorer la qualité des soins médicaux après avortement. Dans le cadre de l'initiative globale des soins après avortement, le projet de Recherches opérationnelles et d'Assistance technique (RO/AT) du Population Council, en collaboration avec Ipas, le Programme international de l'Université Johns Hopkins pour l'Education sur la Gynécologie et l'Obstétrique (JHPIEGO) et EngenderHealth (autrefois AVSC International), a conduit une recherche sur des interventions visant à améliorer les soins après avortement. Cette publication résume les principaux résultats de cette recherche et les études faites par d'autres organisations internationales.

Les soins après avortement (SAA) sont des services basés sur une stratégie articulée autour de trois axes :

1. **Traitement d'urgence pour les complications liées à un avortement spontané (fausse couche) ou à un avortement provoqué**
2. **Counseling en PF après avortement, prise en charge et services de référence**
3. **Rapports avec d'autres services de la SR.**

Population Council Frontières

Pourquoi les soins après avortement sont-ils importants?

Les SAA protègent la santé des femmes. A travers le monde, un décès sur huit liés à la grossesse est dû à l'avortement à risque. Un certain nombre de ces décès – 13 % de tous les décès maternels – auraient pu être évités par des soins après avortement appropriés, des informations et des services de PF donnés aux couples.

Les SAA réduisent la souffrance des femmes. La plupart des femmes souffrent physiquement et émotionnellement suite à l'avortement provoqué ou spontané. Cette souffrance pourrait être allégée par des soins médicaux de qualité donnés avec compassion.

Les SAA réduisent le coût des soins. Les complications liées à l'avortement à risque coûtent chères au système de santé, en terme de temps du personnel, d'équipements, d'anesthésie, de transfusions sanguines, d'antibiotiques, d'hospitalisation et de bloc opératoire.

Tous les gouvernements adhèrent à la mise en place des soins après avortement

Tous les gouvernements et les organisations intergouvernementales et non gouvernementales interessées sont vivement invités à renforcer leur engagement en faveur de la santé de la femme, à traiter les conséquences des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité en tant que problème majeur de santé publique et à réduire le recours à l'avortement en étendant et en améliorant les services de planification familiale. La plus haute priorité doit toujours être accordée à la prévention des grossesses non désirées et tout devrait être fait pour éliminer la nécessité de recourir à l'avortement. Les femmes qui ont des grossesses non désirées devraient avoir facilement accès à une information fiable et à des conseils empreints de compréhension. Toute mesure ou toute modification relatives à l'avortement au sein du système de santé ne peuvent être arretées qu'à l'échelon national ou local conformément aux procédures législatives nationales. Dans les cas où il n'est pas interdit par la loi, l'avortement devrait être pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité. Dans tous les cas, les femmes devraient avoir accès à des services de qualité pour rémedier aux complications découlant d'un avortement.

—Programme d'Action, Conférence internationale sur la Population et le Développement. Caire 1994, paragraphe 8.25 (NU 1994).

Les SAA améliorent la qualité des soins fournis aux femmes. Bien des femmes nécessitant des soins d'urgence pour des complications liées à l'avortement reçoivent des soins de mauvaise qualité dus à un diagnostic incorrect, un grand nombre de patientes, des attitudes punitives ou négatives, un manque d'équipement et de fournitures, et une absence de protocoles médicaux sur les soins après avortement. Corriger ces problèmes aideraient toutes les femmes se présentant pour des urgences en rapport avec la grossesse.

Les SAA permettent de satisfaire les besoins sanitaires multiples des femmes mal desservies. Pour certaines femmes, le premier contact avec le système sanitaire a lieu lors des soins d'urgence pour le traitement des complications liées à l'avortement. Ainsi, la mise en place des SAA permet d'informer les femmes sur les choix en matière de PF, de les orienter vers d'autres services de SR, et d'améliorer leur état général de santé.

Les SAA permettent de prévenir les avortements répétés. Des études dans plusieurs pays démontrent qu'entre 11 % et 48 % des femmes cherchant des soins d'urgence pour des complications d'avortement avaient déjà subi un avortement (Salter, Johnston et Hengen, 1997). La plupart des femmes ayant subi un ou plusieurs avortements provoqués sont plus motivées à éviter d'autres grossesses. Les services de counseling et de PF leur permettent d'éviter d'autres grossesses non désirées, et de réduire le recours à l'avortement et donc aux soins d'urgence après avortement.

Table des matières

Qualité des soins	4
Planification familiale	7
Accès	8
Planification des services	9
Partenaires masculins	10
Viabilité	11
Politique d'assistance	11
Priorités de recherche	11
Ressources pour les responsables de programmes	13

Améliorer les soins après avortement

De récentes études sur les interventions visant à améliorer les services de soins après avortement permettent plusieurs observations clés :

■ ***Les SAA sont un problème global.*** Les soins après avortement de mauvaise qualité sont généralisés et présentent un problème multidimensionnel, ce qui touchent les femmes de nombreux pays, quel que soit le statut légal de l'avortement.

■ ***La formation et la supervision ont un rôle important.*** Une formation technique et en communication interpersonnelle des prestataires, et une supervision régulière permettent d'améliorer considérablement la qualité des services après avortement.

■ ***Les patientes ayant besoin de SAA s'intéressent à la planification familiale.*** Si les patientes reçoivent un counseling approprié et ont accès aux services de PF, de nombreuses parmi elles utiliseront la contraception.

■ ***Les prestataires peuvent réduire les coûts des soins.*** Plusieurs mesures telles que la gestion rationnelle des soins aux patientes, la mise en place des consultations externes pour les cas appropriés, et l'utilisation de l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) sous anesthésie locale, contribuent à la réduction des coûts et à l'amélioration de la qualité des soins.

Alfonso Borrero

Frontières en Santé de la Reproduction
Synthèse d'un programme n°1

Auteur : Dale Huntington, Sc.D.

Editeurs : Cynthia P. Green, Ph.D.
Stephanie Joyce
Claudine Chen-Young

Nos remerciements et toute notre reconnaissance aux correcteurs suivants : Edmond Bagdé, Janie Benson, Deborah Billings, Nicole Buono, Sally Girvin, Lorelei Goodyear, Sarah Harbison, Marjorie Horn, Jen Marenberg, Suellen Miller, Emma Ottolenghi, Placide Tapsoba, John Townsend, Ricardo Vernon, Elizabeth Westley, Nancy Williamson, et Beverly Winikoff. La photo à la p. 6 est publiée avec la permission de M/MC Photoshare, www.jhuccp.org/mmc

Citation proposée par : Huntington, Dale. 2001. « Satisfaire les besoins de santé des femmes après avortement ». Synthèse d'un Programme n°1. Dakar, Sénégal : Population Council/FRONTIÈRES.

Frontières en Santé de la Reproduction
Population Council
128, Sotrac Mermoz
BP 21027 Dakar-Ponty
Sénégal
Tel. : 221-824-29 93/94
Fax : 221-824-19 98
E-mail : pcdakar@pcdakar.org ;
www.popcouncil.org

Ce document a été publié avec l'appui de The Office of Population, Bureau for Global Programs, Field Support and Research, Agence des Etats-Unis pour le Développement internationale (USAID), sous l'Accord de Coopération N° HRN-A-00-98-00012-00. Les opinions exprimées dans ce document n'engagent aucunement l'USAID.

Population Council

Family Health International

Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine

FRONTIÈRES

Cinq stratégies pour améliorer la qualité des SAA :

1. Améliorer les soins cliniques.

Les programmes devraient privilégier une gamme complète de soins pour les patientes. Les responsables de programmes doivent élaborer un plan systématique pour la mise en place de soins après avortement afin d'assurer une attention rapide aux patientes, une gestion efficace du temps pour le personnel, et un maintien de la qualité des soins. L'élaboration d'un plan systématique de soins ne nécessite pas d'importantes dépenses et peut améliorer sensiblement la qualité des soins administrés aux patientes. Au Kenya, par exemple, de 1996 à 1997, un programme pilote a testé une réorganisation des services, visant à (1) identifier des petites salles pour l'AMIU afin de libérer les principaux blocs opératoires ; (2) aménager des espaces pour le counseling pour plus de confidentialité ; (3) former médecins et infirmières des salles d'hôpital pour le counseling en planification familiale ; et (4) fournir des méthodes contraceptives. Cette réorganisation a permis de réduire le temps d'attente des patientes jusqu'à 60 % et d'augmenter de 31 fois les niveaux de pré interventions (Solo et al., 1999).

La plupart des patientes peuvent obtenir les soins après avortement en toute sécurité en consultation externe. Déplacer les SAA vers les services externes (si appropriés) peut rendre ces services plus efficaces et réduire les coûts (voir Stratégie n°4. Planifier des services élargis de SAA).

Une vigilance constante est requise pour maintenir des standards élevés de soins. Là où le personnel change fréquemment, le nouveau personnel doit avoir accès aux protocoles de services et à une formation adéquate. Tout le personnel doit être régulièrement supervisé.

Les éléments essentiels de services cliniques de haute qualité comprennent :

- **l'utilisation de technologies appropriées au contexte et aux besoins des patientes**
- **la gestion adéquate de la douleur avant, pendant et après la procédure clinique**
- **la prévention de l'infection pratiquée par tout le personnel**
- **l'approvisionnement adéquat en médicaments essentiels et en équipement chirurgical/fournitures**
- **l'amélioration des interactions entre les clientes et les prestataires.**

Ces éléments sont présentés plus en détail ci-dessous.

Utiliser des technologies appropriées. Dans de nombreux contextes, l'introduction de l'aspiration manuelle intra-utérine, combinée à la réorganisation des services, ont permis de réduire le taux de complications et le temps d'attente des patientes. De nombreuses études entreprises aux Etats-Unis et dans les pays en voie de développement ont démontré que l'AMIU est une méthode plus sûre, tout aussi efficace et qui nécessite moins de ressources pour le traitement des avortements incomplets pratiqués avant 12 semaines, comparé à un curetage ou à une dilatation et curetage (D&C), qui est le traitement standard dans de nombreux pays (Greenslade et al. 1993). Un personnel bien formé est capable de pratiquer l'AMIU dans les centres de santé primaire et les postes de santé. Des études entreprises au Burkina Faso, en Egypte, au

Population Council/Julie Solo

Population Council

Kenya, au Mexique, au Pérou et au Sénégal ont démontré qu'après avoir reçu une formation en AMIU, les prestataires préfèrent l'utiliser dans tous ou presque tous les cas non compliqués (PC/AFRICA OR/TA, 1999 ; PC/INOPAL 1998 ; Huntington et al. 1995). L'introduction de l'AMIU a aussi servi de catalyseur pour améliorer les soins obstétricaux d'urgence. En attirant l'attention des prestataires sur cette "nouvelle" méthode chirurgicale, des services tels que le contrôle de la douleur, le counseling et les rapports avec la planification familiale sont renforcés.

Cependant, les responsables des programmes, qui cherchent à améliorer les SAA, doivent comparer les avantages liés à l'introduction de nouvelles techniques telles que l'AMIU, à ceux consistant à améliorer les pratiques établies. Dans les lieux où la méthode D&C est déjà institutionnalisée, les prestataires ne connaissent pas la méthode AMIU et ont besoin de formation supplémentaire. La méthode AMIU nécessite des dépenses périodiques pour l'achat d'équipements et de fournitures. Son utilisation peut être restreinte par des réglementations limitant l'importation de l'équipement AMIU.

Tenir compte du contrôle de la douleur. Les patientes ayant subi un avortement ressentent souvent des douleurs et sont anxieuses avant, pendant et après une évacuation utérine (Huntington, Nawar et Abdel-Hady, 1997 ; Funtes, Valásquez et al., 1998). Si les cliniciens donnent habituellement une sédation ou anesthésient les femmes pendant la D&C, beaucoup d'entre eux ne donnent pas de médicaments contre la douleur au cours de l'AMIU. De plus, la majorité des prestataires ne cherchent pas à calmer la douleur ou l'anxiété des femmes qui doivent subir cette intervention ou qui sont en convalescence. Une étude menée au Kenya a démontré que seulement 3 % des patientes ayant subi une AMIU et 44 % des patientes ayant subi une D&C ont reçu des médicaments contre la douleur pendant l'intervention, et que les prestataires communiquent rarement avec les patientes pendant le traitement. Au cours d'une entrevue, trois patientes sur cinq ayant subi un avortement décrivent les douleurs ressenties au cours de l'intervention comme extrêmes (Solo et al., 1999).

La perception de la douleur ressentie par les femmes peut être diminuée si elles reçoivent un support verbal des prestataires tout au long de leur séjour dans la structure sanitaire.

World Bank/Curt Carnemark

Population Council/James F. Phillips

Une étude menée au Pérou a démontré qu'une formation en communication interpersonnelle aide les prestataires à soulager la peur et l'anxiété des femmes. Les patientes hospitalisées pour AMIU rapportent moins de douleur avant la procédure qu'un groupe de patientes qui subissent D&C. La réorganisation des services cliniques, qui a permis de réduire le temps d'attente, a peut-être influencé la manière dont les femmes perçoivent la douleur (Benson et al., 1998).

Malgré tous ces rapports qui attestent d'une réduction de la douleur, presque toutes les études ont établi que beaucoup de femmes continuent de souffrir énormément pendant le traitement après un avortement. Cela met en évidence la nécessité de mettre en œuvre des protocoles de gestion de la douleur avant, pendant et après l'intervention, et de renforcer les compétences en relations interpersonnelles de prestataires pour leur permettre de mieux diminuer plus efficacement la peur et l'anxiété des patientes.

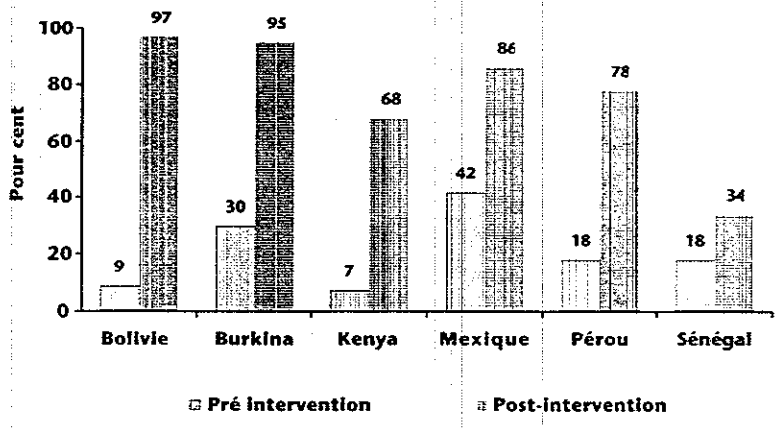
Pratiquer la prévention de l'infection. Les pratiques clés de prévention contre l'infection consistent à se laver les mains, utiliser des gants, bien préparer la patiente, utiliser la technique du « non-toucher », décontaminer, désinfecter à haut niveau ou stériliser les instruments médicaux, et disposer des déchets biologiques dangereux (Margolis, Léonard et Yordy, 1993 ; King et al., 1998b). La prévention contre l'infection est simple et peu coûteuse, mais elle continue d'être un problème dans beaucoup de structures sanitaires. Des études menées en Bolivie, au Honduras, au Mexique et au Pérou ont montré que, malgré les protocoles appropriés mis en place, les pratiques de prévention de l'infection sont inadéquates dans beaucoup d'hôpitaux (King et al., 1988b). Les responsables de programmes doivent s'assurer que les prestataires ont une formation suffisante en prévention de l'infection, une supervision et suffisamment de produits en vue de maintenir des standards élevés.

Assurer un approvisionnement adéquat. Pour assurer des SAA de haute qualité, il faut toujours disposer de médicaments et de fournitures. Des évaluations effectuées dans plusieurs pays avant les interventions en SAA ont indiqué que beaucoup d'hôpitaux ne disposaient pas d'équipements nécessaires, y compris des spéculums, des gants, des stérilisateurs et des tables d'examen. Les ruptures périodiques de stock de médicaments et de désinfectants sont courantes dans de nombreux pays. Les responsables de programmes doivent toujours s'assurer de la disponibilité de l'équipement et des fournitures dans tous les services. Dans le secteur public, les fournitures nécessaires doivent figurer sur la liste d'approvisionnement du Ministère de la Santé pour que les services de santé puissent faire les commandes. Les équipements utilisés pour l'AMIU sont généralement obtenus auprès d'un distributeur local de produits médicaux. Le distributeur peut avoir besoin de l'autorisation du gouvernement pour importer et vendre les équipements AMIU.

Renforcer les interactions client-prestataire. Dans beaucuoup de contextes, quelques prestataires ont des attitudes négatives envers les femmes qui ont subi un avortement. Ces préjugés les empêchent de traiter les femmes ayant besoin de SAA avec compassion et sensibilité. Les différences de sexe, de classe sociale et de langue peuvent être source de tension entre les prestataires et les patientes. Une formation en qualité de soins et en communication interpersonnelle peut aider les prestataires à changer d'attitudes, et les motiver à améliorer leur relations interpersonnelles avec les patientes.

Au Mexique, une formation de deux jours sur les relations interpersonnelles et autres améliorations de la qualité des soins ont permis aux prestataires de fournir aux patientes ayant subi des SAA plus d'information sur le suivi. La proportion des patientes qui ont déclaré être satisfaites des informations reçues est passée de 18 % avant la formation à 73 % après la formation. Les patientes ayant subi les SAA ont témoigné qu'une nette amélioration s'est opérée dans de nombreux aspects du counseling en planification familiale, y compris les informations fournies et le traitement reçu de la part du personnel du counseling (Langer et al., 1999).

Graphique 1 : Pourcentage de patientes ayant reçu des SAA et assisté aux séances de counseling

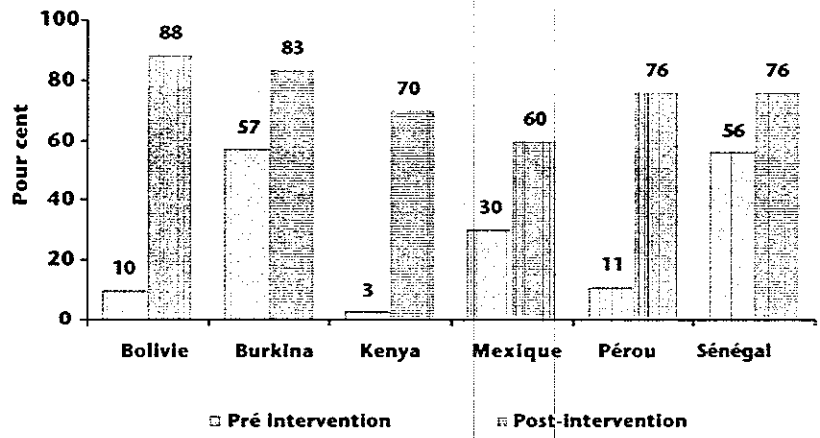


Sources : Bolivie (PC/INOPAL 1998) . Burkina Faso (MS, 1998) ; Kenya (PC/Africa/OR/TA, 1999) ; Mexique (Langer et al., 1999) ; Pérou (Benson et al., 1998) ; Sénégal (CEFOREP, 1998).

2. Fournir des informations et des services de planification familiale.

Offrir le counseling en PF et des services SAA. Dans de nombreux cas, les femmes qui ont besoin de soins d'urgence suite aux complications liées à l'avortement quittent l'hôpital sans recevoir des informations adéquates sur la planification familiale et elles peuvent avoir des difficultés à accéder à ces services. Les prestataires peuvent aider les femmes à éviter les grossesses non désirées à l'avenir en mettant à leur disposition des informations et des services de planification familiale après l'avortement.

Graphique 2 : Pourcentage de patientes ayant reçu les SAA et assisté à des séances de counseling qui ont obtenu une méthode de contraception



Sources : Bolivie (PC/INOPAL, 1998) . Burkina Faso (MS, 1998) ; Kenya (PC/Africa/OR/TA, 1999) ; Mexique (Langer et al., 1999) ; Pérou (Benson et al., 1998) ; Sénégal (CEFOREP, 1998)

Il est important d'offrir une contraception aux femmes qui reçoivent des soins d'urgence, étant donné que le retour de la fertilité est possible deux semaines après un avortement.

Ainsi, beaucoup de femmes ayant eu des SAA ont besoin de PF afin d'éviter une nouvelle grossesse non planifiée. Des études menées en Bolivie, au Burkina Faso, au Kenya, au Mexique, au Pérou et au Sénégal ont démontré qu'après l'introduction des services de SAA améliorés, le nombre de patientes ayant reçu une assistance en planification familiale a augmenté (voir graphique 1).

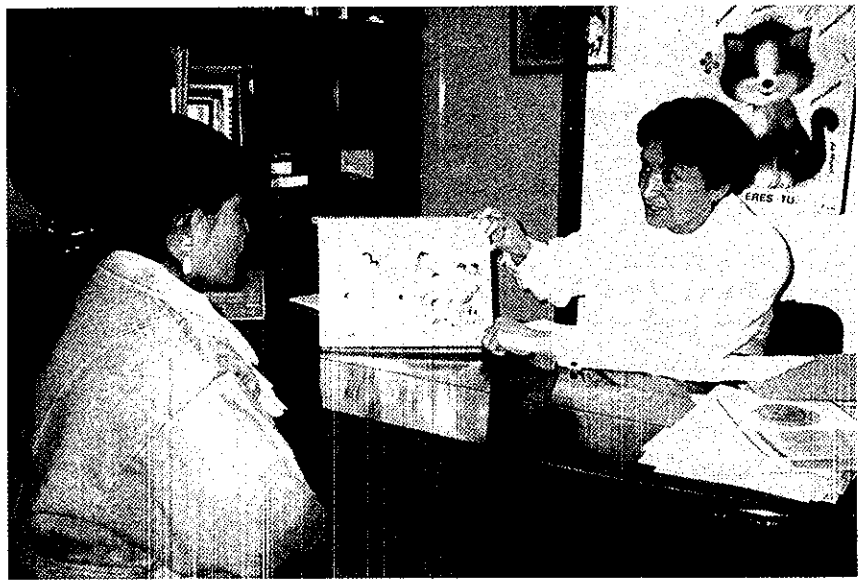
En outre, la plupart des patientes qui ont reçu des conseils choisissent d'utiliser une méthode de contraception (voir graphique 2).

La consolidation des services peut aider le personnel à mieux utiliser son temps, ce qui rendra les services de PF plus accessibles. Après la réorganisation des services dans six hôpitaux au Kenya, 68 % des patientes en SAA ont assisté à des séances de counseling sur la planification familiale, comparé à 7 % auparavant. Cette étude a établi qu'il est plus pratique d'impliquer le personnel hospitalier dans l'information et l'offre des services sur la PF que de faire venir le personnel du service SMI/PF, ou d'orienter les patientes vers des cliniques de SMI/PF. Lorsque les services de planification familiale sont fournis par le personnel des salles, on constate que 92 % des patientes en SAA reçoivent du counseling en planification familiale, comparé à 63 % lorsqu'il s'agit de visite d'agents SMI/PF et 54 % lorsqu'elles sont orientées vers des cliniques de SMI/PF (Solo et al., 1999).

3. Elargir l'accès aux SAA.

Former les agents de santé communautaires à fournir des services de PF et à référer les patientes aux services spécialisés. La mise en place des services SAA dans les milieux ruraux isolés permet de sauver des vies et protéger la santé des femmes. Les agents de santé peuvent jouer un rôle important en fournissant des services de base en SR, y compris la planification familiale, et en orientant les femmes vers les services de soins obstétricaux d'urgence et d'autres services de santé.

Rendre les SAA disponibles au niveau de la communauté. Dans de nombreux contextes, les médecins spécialisés en obstétrique et gynécologie dispensent les soins d'urgence lors des complications liées à l'avortement, limitant ainsi les services de SAA au niveau des hôpitaux. Toutefois, les SAA sont des soins d'urgence simple et si les protocoles de soins sont observés, il est possible de dispenser ces soins dans les postes de santé communautaire et les centres de santé.



Population Council/Mary Geissman

Former les prestataires du niveau intermédiaire à l'AMIU. Plusieurs études ont prouvé que les prestataires du niveau intermédiaire, tels que les infirmier(e)s et les sages-femmes, pouvaient en toute sécurité, dispenser des soins d'urgence avec l'AMIU dans les structures de niveau primaire. Une étude entreprise entre 1996 et 1998 au Ghana et financée par MotherCare/John Snow Inc., a observé que les sages-femmes d'état ayant reçu une formation spécialisée pouvaient pratiquer en toute sécurité l'AMIU dans les centres de santé et les maternités en milieu rural. Les patientes prises en charge par les sages-femmes perdaient moins de temps et dépensaient moins d'argent que celles traitées par les médecins au niveau des hôpitaux de districts. Les patientes en SAA traitées par les sages-femmes ont reçu plus de counseling en PF et ont adopté plus souvent une méthode de contraception (Billings et al. 1999).

Améliorer les systèmes de références vers les services de santé de la reproduction. L'orientation rapide des patientes en soins obstétricaux d'urgence, y compris pour complications liées à l'avortement, peut sauver des vies. Au Pakistan rural, former les accoucheuses traditionnelles à orienter les femmes présentant des complications obstétricales vers les structures médicales a permis de réduire la mortalité maternelle générale de manière significative (Bashir, 1991).

Cependant, beaucoup d'endroits manquent de systèmes de références et beaucoup de femmes ne savent pas où obtenir des soins d'urgence en cas de complications liées à l'avortement. Une étude entreprise au Sénégal a démontré que deux femmes sur trois ont dû visiter deux ou trois hôpitaux après

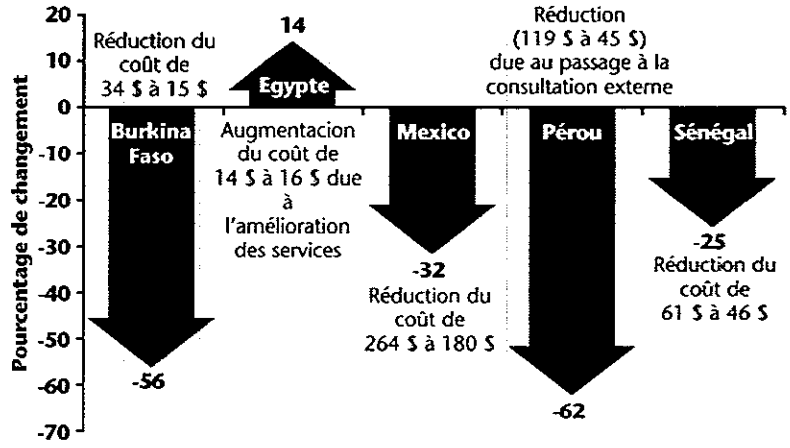
les premiers symptômes avant de recevoir le traitement approprié, ce qui avait retardé l'accès aux soins jusqu'à cinq jours (CEFOREP, 1998). Une collaboration entre les centres de santé de la reproduction, les cliniques d'urgence, les organisations de planification familiale et les réseaux communautaires permettrait de mieux guider les femmes devant recevoir des soins d'urgence et autres services de santé de la reproduction, y compris le traitement d'infections sexuellement transmissibles.

4. Planifier des services élargis de SAA.

Planifier les SAA pour une meilleure qualité des soins à moindre coût. De nombreux hôpitaux continuent de fournir des soins après avortement sans aucune planification et de manière improvisée. Une étude entreprise en Egypte a noté qu'une patiente en gynécologie sur cinq est admise pour soins d'urgence suite aux complications liées à l'avortement incomplet (Huntington et al.1998). Lorsque le taux de complications après avortement est élevé, les services non planifiés contribuent à épuiser considérablement les ressources allouées aux soins de santé. En Bolivie, par exemple, les responsables de services de santé estiment que 60 % des dépenses effectuées pour les services d'obstétrique/ gynécologie proviennent des traitements après avortement (Friedman et al., 1999).

L'institutionnalisation d'un plan stratégique de soins après avortement peut contribuer à améliorer la qualité des soins et réduire la consommation des ressources. L'ensemble des 21 études entreprises en 1998 dans six pays a

Graphique 3 : Coût des services améliorés de SAA ($EU)



Sources: Burkina Faso (MS, 1998); Egypte (Nawar, Huntington et Fattah 1999); Mexique (Fuentes Valásquez et al., 1998); Pérou (Benson et al., 1998); Sénégal (CEFOREP, 1998).

démontré qu'une stratégie d'amélioration des soins après avortement peut réduire de 30 % en moyenne la durée de séjour des patientes et de 61 % le coût du traitement (King, Benson et Stein 1998a). Des études entreprises au Burkina Faso et au Sénégal ont démontré qu'en améliorant les services de SAA, on pouvait réduire d'environ 50 % la durée d'hospitalisation, diminuant ainsi de 56 % et 25 % respectivement les coût d'hospitalisation par patiente (voir graphique 3).

Suite à une réorganisation des services de SAA et à l'introduction de l'AMIU dans un grand hôpital de Oaxaca au Mexique, le coût moyen des soins après avortement est passé d'environ 264 $EU à 180 $EU, soit une réduction d'un tiers. L'addition des services de planification familiale (y compris les fournitures) était d'environ 3 $EU par patiente (Brambila et al., 1999).

Toutefois, l'amélioration des services de SAA n'entraîne pas toujours une baisse des coûts. En Egypte, la réorganisation des services dans deux hôpitaux a permis d'améliorer les normes des soins fournis aux patientes, telles que l'introduction du contrôle de la douleur et des conditions d'asepsie. Ces améliorations ont nécessité de modestes augmentations des coûts (Nawar, Huntington, et Fattah, 1999).

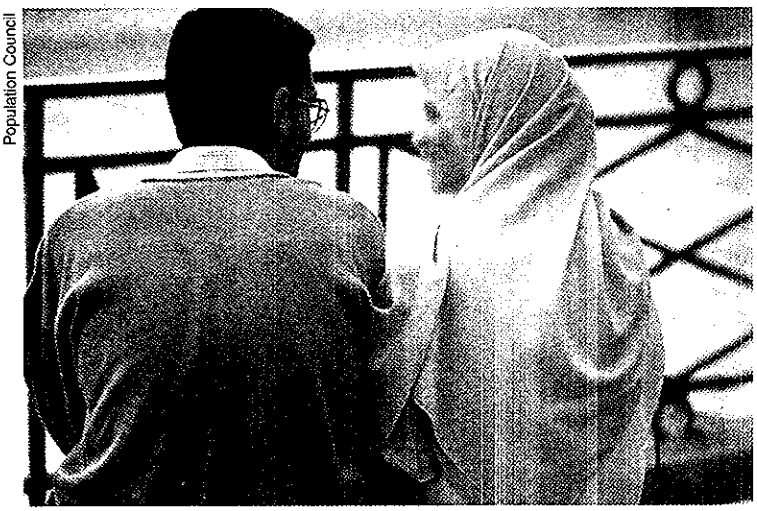
Ipas 2000

Offrir des services de consultations externes de SAA. Là où il est possible et approprié à des patientes individuelles, dispenser les SAA en consultation externe permet de réduire les frais. Après qu'un hôpital à Callao au Pérou a transféré les SAA à la consultation externe, les patientes restaient 6 heures en moyenne, alors qu'elles restaient 33 heures lorsque seuls les services hospitaliers étaient disponibles - soit une réduction de 81 % sur la durée de séjour. Les économies effectuées par la réduction de la durée d'hospitalisation ont permis de compenser les frais supplémentaires en personnel et en fournitures - respectivement de 13 % et 44 %. Compte tenu de ces économies, l'hôpital a réduit de moitié les frais des services de SAA pour les patientes. De plus, la réorganisation a d'autres avantages dont l'amélioration des relations entre les prestataires et les patientes, et un meilleur accès aux méthodes de planification familiale (Benson et al. 1998).

5. Impliquer les hommes.

Informer les partenaires sur les SAA et le suivi. Même si les hommes accompagnent souvent leurs partenaires à l'hôpital quand celles-ci reçoivent des soins après avortement, ils n'en demeurent pas moins souvent ignorés par les prestataires qui omettent de leur donner des informations de base sur la condition de la femme et les soins post-opératoires nécessaires. Par des échanges directs avec les hommes ou le counseling en couple, entrepris avec le consentement préalable de la patiente, les hommes pourraient mieux comprendre comment assister leur partenaire après la procédure; décider de méthodes de planification familiale à utiliser ; éviter des grossesses non planifiées et des avortements à répétition. Une étude menée en Egypte en 1997 a démontré que chez les couples dont les maris recevaient les conseils d'un médecin, la femme utilisait plus fréquemment une méthode de contraception un mois après sa sortie de l'hôpital, comparé aux couples où le mari n'avait pas reçu de conseils d'un médecin (Abdel-Tawab et al. 1999). Au Sénégal, deux tiers (soit 65 %) des patientes ayant reçu des SAA ont dit qu'elles auraient souhaité avoir leur époux ou partenaire à leurs côtés lors des séances de counseling en planification familiale. Une étude effectuée en 1995 dans un hôpital en Turquie a indiqué qu'environ 98 % des couples qui ont participé aux séances de counseling utilisaient une méthode de contraception après un avortement et les hommes qui y ont participé étaient plus disposés à opter pour la vasectomie, comparé à ceux qui n'y avaient pas assisté (Blaney, 1997).

Cependant, dans la même étude effectuée au Sénégal, 35 % des femmes ne souhaitent pas que leurs partenaires soient présents lors des séances de counseling. Un souhait qu'il faut aussi respecter.



Population Council

Quelle aide les décideurs politiques peuvent-ils apporter dans l'amélioration de la diffusion des services de SAA ?

Les décideurs politiques peuvent :

■ Encourager des services de haute qualité pour les femmes.

■ Développer des normes nationales pour les SAA, y compris le contrôle de la douleur, la prévention des infections, le counseling et les services de planification familiale.

■ Décentraliser les services pour les rendre plus accessibles aux femmes du monde rural et des quartiers urbains marginalisés, et réduire la congestion des hôpitaux urbains.

■ Inclure dans les budgets des programmes de santé, le coût des achats d'instruments et de fournitures des SAA, y compris des kits AMIU et des médicaments analgésiques.

■ Renforcer les capacités locales en matière de formation pour s'assurer que les prestataires travaillant dans le domaine de la santé de la reproduction reçoivent une formation de routine sur les SAA comme modèle de gamme complète de soins, y compris les techniques de l'AMIU, le contrôle de la douleur, la prévention des infections, la planification familiale après avortement, les compétences en counseling et les références à d'autres services spécialisés en SR.

■ Mettre en place des systèmes de supervision et d'appui pour assurer et maintenir les services de qualité.

Les services améliorés de SAA sont-ils viables ?

Les responsables de programmes doivent s'assurer de la viabilité des services améliorés de SAA. Une étude menée dans un hôpital à Callao, au Pérou, a identifié cinq facteurs principaux pouvant contribuer à la continuité de ces services :

1. La volonté de l'hôpital d'engager des fonds et du personnel pour entreprendre les améliorations nécessaires et s'approvisionner en contraceptifs et autres fournitures

2. Amélioration des installations

3. Introduction des SAA dans tous les cycles de formation du personnel en obstétrique et gynécologie

4. Appui du personnel hospitalier pour l'amélioration des services

5. Appui politique du Ministère de la Santé pour aider à élaborer l'intervention et diffuser ces résultats à d'autres organisations (Benson et al. 1998).

L'institutionnalisation des soins après avortement nécessite la création de partenariats avec les programmes de maternité sans risque et les cliniques de planification familiale, ainsi que l'expansion du nombre de groupes informés sur les SAA dans les districts sanitaires (Huntington 1998).

Quelles sont les priorités dans la recherche sur les SAA ?

Même si beaucoup de connaissances ont été acquises récemment, il reste encore des domaines non explorés ou sous-explorés (Billings 1998). Les priorités en matière de recherche dans les années à venir incluent :

■ ***Décentralisation des services.*** La plupart des études de recherches opérationnelles ont été entreprises dans les hôpitaux, particulièrement dans les zones urbaines. Etant donné la décentralisation des services des hôpitaux vers les centres de santé et le niveau des soins de santé primaires, il est urgent de mieux comprendre les ressources nécessaires pour l'assistance au personnel paramédical qui fournit les services de soins après avortement en dehors des zones urbaines. Il faut, en particulier, identifier des procédures telles que l'appui à la supervision formative, pour améliorer la qualité des services.

■ ***Counseling aux membres de la famille et mobilisation des systèmes d'appui social.*** Malgré la perception accrue du rôle des hommes dans l'amélioration du statut reproductif de la femme, peu de programmes de santé en ont tenu compte. L'exploration des stratégies spécifiques qui permettent d'impliquer davantage les hommes et d'autres membres de la famille constitue un pas important vers des programmes qui tiennent compte de la sensibilité genre.

■ ***Réduction des coûts relatifs à l'amélioration des services de SAA.*** Les études réalisées jusqu'à présent ne sont pas allées au-delà des questions relatives aux coûts immédiats des soins après avortement. De nouvelles recherches

sont nécessaires pour réallouer les ressources dégagées suite à l'amélioration des soins, et sur l'importance de ces économies pour les directeurs d'hôpitaux, les patientes et leurs familles.

■ ***Assurer l'approvisionnement en fournitures AMIU et les médicaments essentiels.*** La technique de l'AMIU s'est avérée rentable et efficace dans certains contextes. Vu les règlements en vigueur et certaines contraintes locales, il est important de redoubler d'efforts pour favoriser la commercialisation locale en vue d'assurer des fournitures ininterrompues de l'AMIU et du nécessaire pour la désinfection ou la stérilisation des instruments.

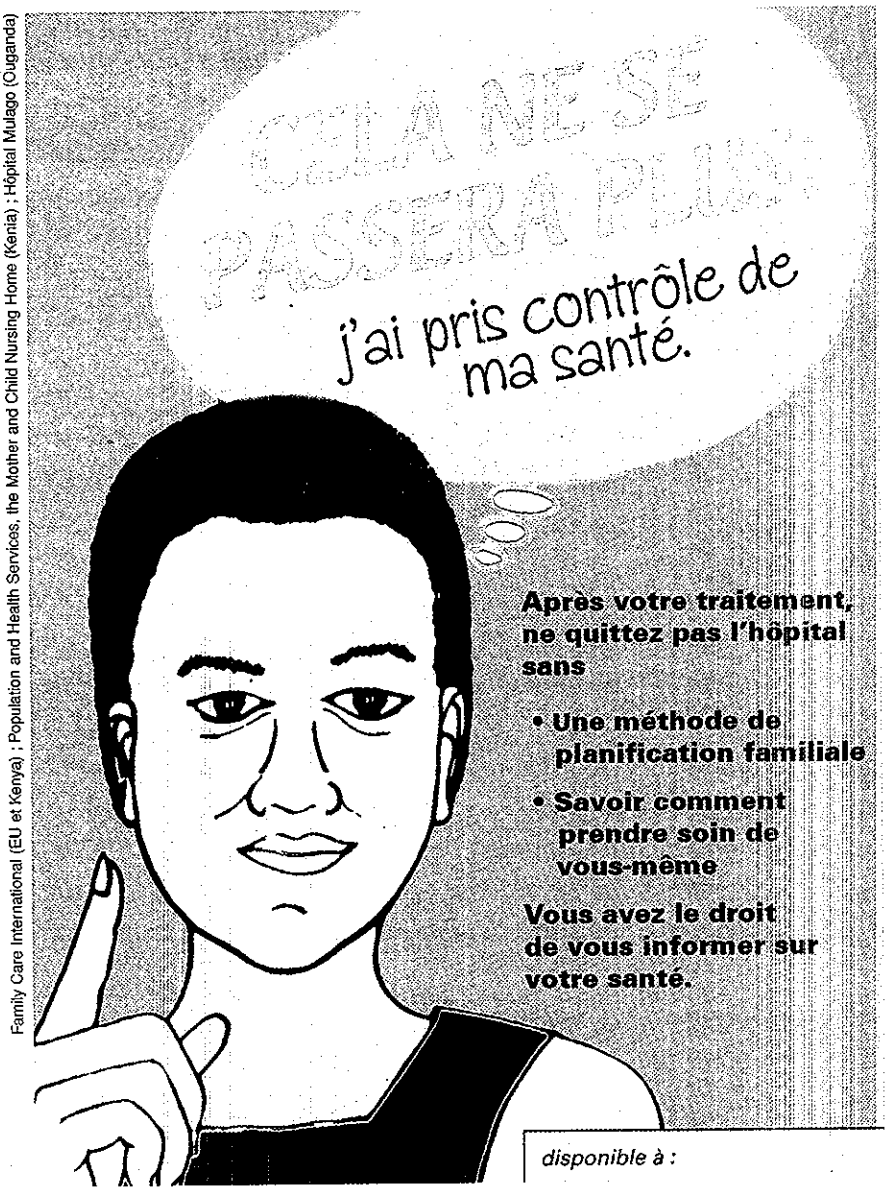
■ ***Perception des femmes sur l'avortement et les grossesses non désirées.*** Pour interrompre le cycle des avortements à répétition, il est nécessaire de comprendre les interrelations qui existent entre l'utilisation des contraceptifs (y compris la contraception d'urgence), les grossesses non désirées et les avortements provoqués. Des études qualitatives doivent être entreprises sur ces questions, particulièrement celles portant sur les interventions programmées qui répondent aux perceptions et aux besoins des femmes et à leur contexte social.

■ ***Stratégies d'amélioration, diffusion des meilleurs modèles et plaidoyer.*** De nombreuses recherches ont été entreprises sur les soins après avortement. Il est maintenant important de les disséminer et de faire du plaidoyer pour maximiser les bénéfices de ces recherches.

■ ***Etudes sur le suivi après avortement.*** Il n'y a eu que quelques études à long terme sur le suivi des patientes ayant subi un avortement, ce qui reflète en partie les difficultés, la sensibilité et la complexité morale de telles études. Plus de travail reste à faire, notamment sur la documentation des effets de la contraception en termes de baisse des avortements répétés.

■ ***Attitudes néfastes des agents de santé.*** Des études doivent être entreprises pour déterminer quelles sont les attitudes adoptées par les prestataires qui peuvent constituer des barrières à l'amélioration des services de SAA et à la planification familiale après l'avortement.

■ ***Rapport entre les SAA et les autres services de SR.*** Des recherches sont nécessaires pour examiner les rapports qui peuvent exister entre le traitement des complications liées à l'avortement et les soins en rapport avec la santé de la reproduction. Dans les régions où le taux de prévalence des infections au virus du VIH/SIDA et autres maladies sexuellement transmissibles est élevé, ces rapports sont spécialement critiques pour le bien-être des femmes ayant besoin de SAA.



Family Care International (EU et Kenya) ; Population and Health Services, the Mother and Child Nursing Home (Kenia) ; Hôpital Mulago (Ouganda)

Documents techniques à la disposition des responsables de programmes

Baird, T.L., M.V. Chambers, et C.E. Hord. 1998. « Implementing Postabortion Care », en Technical Resources for Postabortion Care. Vol. 1. Carrboro, N.C. : IPAS. Une référence de base pour les coordonnateurs de programmes.

Brazier, Ellen, Rahna Rizzuto, et Merrill Wolf. 1998. Prévention et prise en charge des avortements à risque. New York : Family Care International. Résumé des ressources disponibles pour les responsables de programmes.

Ghosh, Anita, Dana Lewinson, et Enriquito R. Lu (eds). 1999. Issues in Establishing Postabortion Care Services in Low-Resource Settings. Baltimore : JHPIEGO Corporation. Ensemble des stratégies pour la vulgarisation des SAA.

Hord, Charlotte E., Traci l. Baird, et Debbie L. Billings. 1999. « Advancing the Role of Midlevel Providers in Abortion and Postabortion Care : A Global Review and Key Future Actions ». Issues in Postabortion Care 6. Chapel Hill, NC : IPAS. Directives pour une assistance aux agents de santé au niveau intermédiaire.

Huntington, Dale. 1998. Recherches opérationnelles sur les soins post-abortum: progrès et défis. Compte rendu d'une réunion mondiale. New York : Population Council. Résumé des recherches sur les programmes SAA.

Huntington, Dale et Nancy J. Piet-Pelon (eds.). 1999. Postabortion Care : Lessons from Operations Research. New York : Population Council. Recueil de la recherche opérationnelle des études sur les SAA.

Otsea, K. et al. 1999. « Monitoring Postabortion Care ». Technical Resources for Postabortion Care. Vol. 3. Chapel Hill, NC : Ipas. Un guide pour le développement de systèmes de suivi.

Salter, Cynthia, Heidi Bart Johnston, et Nicolene Hengen. 1997. « Soins de complications post-avortement : sauver la vie des femmes ». Population Reports. Series L, N° 10. Baltimore : John Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Septembre. Ensemble multidimensionnel des SAA et des ressources de formation.

Organisation mondiale de la santé. 1997. Prise en charge clinique des complications de l'avortement – Guide pratique. Genève : OMS, Division de la Santé de la Reproduction (Appui Technique). Guide détaillé pour le renforcement des programmes SAA.

Conclusions

Les modèles essentiels pour la mise en place des soins après avortement de qualité ont été testés dans différents contextes et se sont révélés positifs et moins coûteux. Une fois que ces modèles ont été introduits dans les hôpitaux, les prestataires et les responsables de programmes ont rapidement apprécié leurs avantages quant à l'amélioration de la qualité des soins aux femmes présentant des complications d'avortement.

Les avantages ont couvert d'autres aspects de la SR et ceux relatifs aux procédures hospitalières.

Les décideurs politiques jouent un rôle crucial puisqu'ils permettent aux leaders d'opinion, aux autorités médicales, aux experts juridiques et au public en général de comprendre les besoins de services après avortement, ainsi que l'importance de rendre accessibles au plus grand nombre de personnes les informations sur les méthodes et les services de contraception qui permettent d'éviter les grossesses non désirées. Donner des soins complets et le counseling aux patientes SAA est la première étape pour sauver des vies, réduire le taux des avortements à risque et répétés, aider les femmes à se prendre en charge en cas de fausse couche et à améliorer leur état de santé en général.

Références

Abdel-Tawab, Nahla et al. 1999. « Effects of Husband Involvement on Postabortion Patients' Recovery and Use of Contraception », en *Postabortion Care : Lessons from Operations Research*, ed. D. Huntington et N.J. Piet-Pelon. New York : Population Council, pp. 16-37.

Bashir, A. 1991. « Maternal Mortality in Pakistan : A Success Story of the Faisalabad District ». *IPPF Medical Bulletin* 25(2) : 1-3 Avril.

Benson, Janie et al. 1998. *Improving Quality and Lowering Cost in an Integrated Postabortion Care Model in Peru : Final Report.* Lima, Pérou : IPAS et Population Council.

Billings, Deborah L. 1998. « Integration of Postabortion Care with Other Reproductive Health Services ». Position Paper for Frontiers in Reproductive Health. Washington, DC : Population Council.

Billings, Deborah et al. 1999. « Midwives and Comprehensive Postabortion Care in Ghana », en *Lessons from Operations Research*, ed. D. Huntington et N. J. Piet-Pelon. New York : Population Council, pp. 141-156.

Blaney, Carol Lyn. 1997. « Impliquer les hommes après la grossesse », *Network en française* (Family Health International), Eté, p. 24.

Brambila, Carlos et al. 1999. « Estimating Costs of Postabortion Services at Dr. Aurelio Valdivieso General Hospital, Oaxaca, Mexico », en *Postabortion Care : Lessons from Operations Research*, ed. D. Huntington et N.J. Piet-Pelon. New York : Population Council pp. 108-124.

Centre de Formation et de Recherche sur la Santé de la Reproduction (CEFOREP) et Clinique Gynécologique et Obstétricale CHU A. Le Dantec. 1998. *Introduction des soins obstétricaux d'urgence et de la planification familiale pour les patientes présentant des complications liées à un avortement incomplet.* Dakar, Sénégal : Population Council.

Friedman, Alison et al. 1999. *An Assessment of Postabortion Care (PAC) Services in the Bolivian Public Health System.* Mexico : Population Council, p. 2.

Fuentes Valásquez, Jaime et al. 1998. *A Comparison of Three Models of Postabortion Care in Mexico : Final Report.* Mexico : IMSS, Ipas, et Population Council.

Greenslade, Forrest C. et al. 1993. *Manual Vacuum Aspiration : A Summary of Clinical and Programmatic Experience Worldwide.* Carrboro, NC : Ipas.

Huntington, Dale et al. 1995. « Improving the Medical Care and Counselling of Postabortion Patients in Egypt », *Studies in Family Planning* 26(6) : 350-362.

Huntington, Dale, Laila Nawar et Dalia Abdel-Hady. 1997. « Women's Perceptions of Abortion in Egypt », *Reproductive Health Matters*, N° 9, mai.

Huntington, Dale. 1998. *Advances and Challenges in Postabotion Care : Summary Report of a Global Meeting.* New York : Population Council, pp. 22-27.

Huntington, Dale et al. 1998. « The Postabortion Caseload in Egyptian Hospitals : A Descriptive Study », *International Family Planning Perspectives* 24(1) : 25-31.

Huntington, Dale et Nancy J. Piet-Pelon (eds.). 1999. *Postabortion Care : Lessons From Operations Research.* New York : Population Council.

King, Tim, Janie Benson, et Karen Stein. 1998a. « Comparing the Cost of Postabortion Care in Africa and Latin America : The DATAPAC Project ». Document présenté à la Réunion Générale sur la Recherche Opérationelle sur les Soins Post Avortement, New York : Population Council, janvier.

King, Timothy et al. 1998b. « Postabortion Care in Latin America : A Summary of Operations Research » , en *Reproductive Health Operations Research.* Mexico : Population Council/INOPAL III, pp. 59-79.

Langer, Ana et al. 1999. « Improving Postabortion Care with Limited Resources in a Public Hospital in Oaxaca, Mexico », en *Postabortion Care : Lessons from Operations Research*, ed. D. Huntington and N.J. Piet-Pelon. New York : Population Council, pp. 81-107.

Margolis, Alan, Ann H. Leonard et Laura Yordy, 1993. « Pain Control in the Treatment of Incomplete Abortion with MVA », *Advances in Abortion Care* 3(1) : 1-8.

Ministère de la Santé, Burkina Faso. 1998. *Introduction des soins médicaux d'urgence et des services de planification familiale pour les femmes présentant des complications liées à l'avortement au Burkina Faso.* Ouagadougou, Burkina Faso : Population Council.

Nawar, Laila, Dale Huntington, et Mohammed Naguib Abdel Fattah. 1999. « Cost Analysis of Postabortion Services in Egypt », en *Postabortion Care : Lessons from Operations Research,* ed. D. Huntington et N.J. Piet-Pelon. New York : Population Council, pp. 125-140.

Nations unies (NU). 1994. *Rapport sur la Conférence internationale sur la Population et le Développement* (Caire, 5-13 septembre 1994). New York : NU.

Population Council/INOPAL III. 1998. *Reproductive Health Operations Research : 1995-1998.* Mexico : Population Council/INOPAL III.

Population Council/Africa OR/TA. 1999. *Strengthening Reproductive Health Services through Operations Research : Final Report of the Africa Operations Research and Technical Assistance Project II.* Nairobi, Kenya : Population Council, p. 63.

Salter, Cynthia, Heidi Bart Johnston, et Nicolene Hengen. 1997. « Soins de complications post-avortement : sauver la vie des femmes ». *Population Reports,* Series L, N° 10, septembre.

Solo, Julie et al. 1999. « Creating Linkages between Incomplete Abortion Treatment and Family Planning Services in Kenya », *Studies in Family Planning* 30(1) : 17-27.

Synthèses de Recherches

Frontières en Santé de la Reproduction
Population Council
128, Sotrac Mermoz
BP 21027 Dakar-Ponty
Sénégal

Tel. : 221-824-29 93/94
Fax : 221-824-19 98
E-mail : pcdakar@pcdakar.org
www.popcouncil.org

Ce document a été publié avec l'appui de The Office of Population, Bureau for Global Programs, Field Support and Research, Agence des Etats-Unis pour le Développement internationale (USAID), sous l'Accord de Coopération N° HRN-A-00-98-00012-00. Les opinions exprimées dans ce document n'engagent aucunement l'USAID.