

Planification familiale après avortement: rompre le cycle des grossesses non planifiées et avortements répétés

On dénombre, chaque année, quelque 35 millions d'avortements dans le monde en développement. Environ 20 millions de ces avortements ne sont pas médicalisés et les complications qui s'ensuivent coûtent la vie à 67.000 femmes. Ces décès représentent 13% de la mortalité globalement imputable à la grossesse et, dans certains pays, jusqu'à 25% de la mortalité maternelle.¹ Dans les pays en développement, une femme sur 75 meurt de causes liées à la grossesse ou à l'accouchement, par rapport à une sur 7.300 dans le monde développé.²

Si la contraception était accessible et pratiquée régulièrement et correctement par les femmes qui désirent éviter une grossesse, les décès maternels diminueraient dans une mesure estimée à 25-35%.³ Cinquante-cinq millions de grossesses non planifiées dans le monde en développement affectent chaque année les femmes qui ne pratiquent pas la contraception. Vingt-cinq autres millions sont la conséquence d'une pratique incorrecte ou irrégulière de la contraception ou d'un échec de méthode.^{4,5}

Rôle des services de planification familiale après avortement

Ces statistiques démontrent clairement que la planification familiale réduit l'avortement, et donc le risque de décès maternel. Les données de ces 20 dernières années indiquent d'ailleurs de plus en plus que les interventions de planification familiale ont un rôle à jouer non seulement avant qu'une femme ne se retrouve enceinte, mais aussi après un avortement ou une fausse-couche.

En 1994, la communauté internationale de la santé a identifié les soins après avortement comme une importante stratégie de réduction de la mortalité maternelle, moyennant le traitement des complications de la fausse-couche et de l'avortement non médicalisés et l'apport d'un conseil et de services de planification familiale après avortement aptes à prévenir de nouvelles grossesses non planifiées et de nouveaux avortements. Bien que les prestations de conseil et services de planification familiale après avortement fassent partie de tous les modèles soins après avortement, les services effectivement offerts ont historiquement cherché à réduire la mortalité maternelle en traitant les symptômes de l'hémorragie et de la septicémie plutôt que le besoin non satisfait de planification familiale des femmes, omettant dès lors le potentiel que présentent les soins après avortement de mettre fin au cycle des grossesses non planifiées, des avortements à répétition et des complications qui mènent aux décès maternels.

Pour beaucoup de patientes après avortement, l'absence de conseil et de services de planification familiale mène ra-

pidement à un nouvel avortement provoqué, car la femme redevient féconde dans les deux à trois semaines qui suivent la fausse-couche ou l'IVG. Il est donc essentiel d'assurer l'offre de ces conseil et services après avortement à toutes les femmes recevant des soins obstétricaux ou après avortement d'urgence, indépendamment de la méthode (curetage instrumental, aspiration électrique ou manuelle) ou du lieu de traitement (salle d'opération ou salle de soins après avortement), de même qu'à toutes les femmes post-partum.

Modèles de services de planification familiale après avortement

La planification familiale après avortement est mise en œuvre selon deux grandes méthodologies. Dans les pays où l'IVG est légale, les programmes offrent simplement la planification familiale après avortement. Lorsque les femmes prennent rendez-vous pour se faire avorter, elles reçoivent aussi un conseil sur la planification familiale. Après l'avortement, elles reçoivent des services de planification familiale avant de quitter l'établissement.

Dans les pays où l'IVG est illégale, un traitement d'urgence, le conseil et les services de planification familiale après avortement sont assurés en un seul service. Les deux méthodes ont mené à une adoption accrue de la planification familiale et à un moindre nombre d'avortements répétés. Lorsqu'un effort délibéré est déployé pour renforcer l'élément de planification familiale des soins après avortement, l'adoption accrue de la contraception peut être réalisée en l'espace de 12 mois.

Avantages de la planification familiale après avortement

Indépendamment du modèle suivi, l'offre de services de planification familiale après avortement est bénéfique aux personnes, aux familles, aux communautés et aux pays à bien des égards: pratique accrue de la contraception moderne et recours moindre à l'avortement; réduction de la mortalité maternelle et infantile; prévention de la transmission mère-enfant et des nouvelles infections VIH; et réduction des coûts sociaux.

• *Pratique contraceptive accrue et moindre recours à l'avortement.* De 1991 à 1993, le ministère de la Santé de Turquie, où l'avortement est légal, a entrepris un programme pilote dans 12 établissements publics et 12 autres privés, dans le but d'améliorer les prestations de planification familiale aux patientes soins après avortement. La pratique de la contraception moderne parmi les clientes soins après avortement en est passée de 65% en 1991 à 97% en 1992. De 1992 à 1998, la stratégie a été étendue à 10 autres

Par Carolyn Curtis, Douglas Huber et Tamarah Moss-Knight

Carolyn Curtis est experte en santé publique/infirmière accoucheuse, à la tête de l'équipe soins après avortement à l'U.S. Agency for International Development (USAID), à Washington, DC. Douglas Huber est premier spécialiste en santé génésique chez Innovative Development Expertise and Advisory Services, Inc. (IDEAS), à Newton, (Massachusetts, USA). Au moment de la rédaction de cet article, Tamarah Moss-Knight, candidate au doctorat à la faculté du Travail social (School of Social Work) de Howard University, effectuait un stage d'été chez USAID sous l'égide du Global Health Fellows Program.

grands hôpitaux du secteur public. En 1999, le taux d'adoption de la contraception après avortement était supérieur à 90% dans ces 10 établissements. De 1998 à 2001, le taux global est passé de 37% à 72% dans 14 autres hôpitaux du secteur privé. Ces interventions ont servi de prototypes dans le programme pédagogique turc de la santé maternelle et infantile.⁶

Dans le Projet de santé des femmes et des nourrissons en Russie, où l'avortement est légal, la planification familiale a été renforcée pour les femmes post-partum et après avortement. En l'espace de quatre ans (de 1999 à 2003), le pourcentage de femmes pratiquant une méthode de contraception moderne a augmenté de 16% (passant de 50% à 58%). De 2003 à 2005, le nombre d'avortements par millier de femmes a diminué, passant de 49 à 43 pour mille.⁷

Dans une autre étude menée en 2000 à Perm, toujours en Russie, les chercheurs ont interviewé 1.516 femmes avant et après IVG dans l'un de cinq établissements soumis à deux interventions. La première, mise en œuvre dans trois hôpitaux, a apporté à toutes les patientes qui avaient subi un avortement un conseil et une information sur la planification familiale, de manière respectueuse et sans jugement, avant la sortie de l'hôpital. L'intervention a été accomplie par formation des prestataires de soins de santé au conseil de planification familiale et aux compétences de communication interpersonnelle, ainsi que par développement et apport de documentation de travail utile aux prestataires et de matériel de sensibilisation des clientes à la planification familiale après avortement. Le second modèle, mis en œuvre dans deux hôpitaux, reposait sur les mêmes interventions avec, en plus, la fourniture d'un approvisionnement initial gratuit de contraceptifs. La proportion de femmes ayant eu un avortement répété dans les 12 mois suivants s'est avérée de 10% aux sites de l'étude, par rapport à 20% dans la population générale. De plus, 67% des femmes qui avaient reçu des contraceptifs gratuits pratiquaient toujours une méthode moderne au bout de 12 mois, par rapport à 53% de celles qui n'avaient pas reçu d'approvisionnement gratuit.⁸

Au Zimbabwe, où la loi sur l'avortement est extrêmement restrictive, une étude comparative de deux hôpitaux menée en 1996–1998 a démontré que lorsque le site d'intervention offrait conseil et accès gratuit à la contraception au même endroit et en même temps que le traitement d'urgence, les femmes étaient significativement plus susceptibles que celles traitées au site témoin d'adopter des méthodes de contraception efficaces (96% contre 5%) et présentaient moins de la moitié de grossesses non planifiées (42 contre 96) durant l'année de suivi. Le pourcentage de patientes qui avaient subi un avortement répété pendant la période de suivi était plus de deux fois supérieur au site témoin, qui n'assurait que des services d'urgence (5,3% par rapport à 2,5% au site d'intervention).⁹

Face aux solides données selon lesquelles la réorganisation des services de manière à offrir des prestations de conseil et services en même temps et au même endroit que

le traitement d'urgence améliorerait l'adoption de la planification familiale, l'Hôpital de la Croix-Rouge de Phnom Penh, au Cambodge, a mené un programme pilote incorporant ces changements. Le conseil a ainsi augmenté légèrement, de 96% à 100%, tandis que l'adoption de la contraception avant la sortie de l'hôpital passait de 51% à 90%. La différence clé est que les services de planification familiale ont été offerts aux femmes dans la salle même où elles se trouvaient déjà, plutôt que de les orienter vers un autre service de l'hôpital. Sur la base de ces conclusions, une réorganisation des services a été approuvée pour les hôpitaux régionaux de Pursat et de Siem Riep.¹⁰ Dans une ONG privée du Cambodge, le taux d'adoption de la contraception est passé de 7% à 30% en l'espace d'un an après le renforcement du composant planification familiale des services soins après avortement.¹¹

- **Mortalité infantile réduite.** Assurer que chaque femme demandeuse de services soins après avortement pour cause de complications d'une fausse-couche ou d'un avortement non médicalisé bénéficie de prestations de conseil sur la planification familiale et de l'offre d'une méthode contraceptive avant sa sortie de l'établissement contribue à la réduction des grossesses non planifiées et des avortements à répétition.¹² La planification familiale après avortement aide de plus à réduire la mortalité infantile. Les enfants dont la mère meurt sont beaucoup plus susceptibles d'être malades et de mourir eux-mêmes que ceux dont la mère reste en vie.¹³

- **Prévention de la transmission mère-enfant et de nouvelles infections VIH.** La planification familiale après avortement est importante aussi pour les femmes séropositives. Ces femmes courent un plus grand risque de fausse-couche que les femmes séronégatives. Elles risquent aussi de transmettre leur infection à leur enfant en cours de gestation ou par l'allaitement. L'amélioration de la contraception volontaire après avortement pour ce groupe de femmes les aide à considérer leur propre santé et leur désir d'avoir d'autres enfants compte tenu de leur statut VIH. La promotion de la double protection par le conseil de planification familiale après avortement et la prestation de services permet d'éviter de nouvelles infections VIH et de prévenir les grossesses non planifiées.

- **Coûts sociaux réduits.** Les coûts de l'avortement non médicalisé s'étendent bien au-delà de ceux du système de santé. Les sociétés doivent assumer le coût économique d'une productivité réduite sous l'effet d'incapacités à long terme, ainsi que de la mortalité due à l'avortement non médicalisé. Ces coûts seraient, d'après les estimations, au moins trois fois supérieurs à celui des soins après avortement, composant de planification familiale compris, aux systèmes de la santé.¹⁴ Dans une étude menée sur un modèle soins après avortement à Oaxaca, au Mexique, le coût total par patiente de l'apport d'un conseil de planification familiale et d'une méthode contraceptive a été estimé à USD 2,90,¹⁵ par rapport à \$35–180 par patiente pour une autre visite due à une nouvelle grossesse non planifiée et un avortement répété.¹⁶

Obstacles à la planification familiale après avortement

En 2001, une évaluation mondiale des programmes de soins après avortement a constaté que, dans la prestation de soins après avortement, le second élément (le conseil et les services de planification familiale) ne reçoit pas autant d'attention que le premier (traitement d'urgence).¹⁷

Un rapport de la Banque mondiale préconise le renforcement des soins après avortement moyennant l'assurance du conseil contraceptif, ainsi que l'apport de services de planification familiale dans l'établissement même où l'évacuation utérine a été pratiquée afin de réduire les coûts d'opportunité.³ Les analyses situationnelles effectuées dans la région d'Amérique latine et des Caraïbes viennent appuyer ces arguments.¹⁸⁻²⁰ Les conclusions du rapport d'évaluation mondiale USAID 2001, les analyses situationnelles effectuées en Amérique latine et aux Caraïbes et les plans d'action de la Bolivie, du Kenya et du Sénégal identifient les obstacles à la planification familiale après avortement auxquels il convient de prêter une attention délibérée et continue à différents niveaux.¹⁷⁻²⁰

Au niveau national, les obstacles à l'offre de la planification familiale après avortement sont le financement insuffisant de la planification familiale dans les budgets nationaux, le manque de formation adéquate, le manque d'accompagnement et le manque de services soins après avortement dans les centres de santé et autres établissements de niveau inférieur.

Au niveau de l'établissement, les obstacles aux services de planification familiale après avortement se classent en deux catégories.

- **Directives, dotations en personnel et matériels d'information des patientes (IEC).** Absence de directives écrites concernant la planification familiale dans les hôpitaux; dotations en personnel insuffisantes pour le conseil et la prestation de services de planification familiale; manque de matériels IEC pour la mise au courant des clientes; et manque d'accès aux méthodes contraceptives durant les postes de l'après-midi, de nuit et du week-end.

- **Méthodes contraceptives.** Indisponibilité de méthodes contraceptives au point de prestation, même en présence de contraceptifs dans les établissements; indisponibilité d'un vaste éventail de méthodes, limitant par conséquent le choix des clientes; et absence de systèmes d'enregistrement aptes à rappeler la nécessité d'utiliser les stocks les plus vieux en premier, pour éviter l'expiration des méthodes avant leur usage, et de systèmes indiquant si les femmes recevant des soins après avortement reçoivent aussi le conseil et les méthodes de planification familiale prévus avant leur sortie de l'établissement.

Au niveau du prestataire, les obstacles incluent un manque de connaissances concernant le rétablissement rapide de la fécondité; le refus de certaines méthodes ou de toutes à certains groupes (les adolescentes ou les femmes qui n'ont pas encore eu d'enfant, notamment); l'absence de conseil à la patiente sur la procédure soins après avortement, le moment du retour à la fécondité et sur le choix et l'obtention d'une méthode de planification

familiale avant la sortie de l'établissement.

Au niveau de la cliente, les obstacles à l'usage des services de planification familiale après avortement incluent la peur d'effets secondaires; la conviction que le risque d'une nouvelle grossesse est faible pour des raisons d'âge, de rapports sexuels peu fréquents ou autres; le manque de sensibilisation aux méthodes de planification familiale ou l'ignorance de ces méthodes; et la désapprobation de la pratique contraceptive par le partenaire.

Tendances prometteuses

- **Décentralisation.** La décentralisation des services, des hôpitaux tertiaires vers le niveau du centre de santé et du poste sanitaire, a réussi à accroître l'adoption de la planification familiale après avortement. De 2003 à 2005, les services de soins après avortement, qui n'étaient auparavant assurés que dans les hôpitaux tertiaires, ont été institués dans les centres de santé et les postes sanitaires ruraux et urbains du Sénégal. La proportion des femmes ayant reçu un conseil contraceptif avant de quitter l'établissement est ainsi passée de 36% à 78% entre ces deux années. Malgré l'absence de données de base sur l'acceptation de la contraception après avortement, 56% avaient reçu une méthode avant de rentrer chez elles en 2005 – un taux impressionnant dans le contexte de l'Afrique occidentale.²¹

La décentralisation des services soins après avortement en Tanzanie a donné lieu à la prestation d'un conseil de planification familiale à plus de 95% de clientes soins après avortement traitées dans les centres de santé de ce pays aussi, ainsi qu'à une hausse, de 89% à 97%, de la proportion de clientes ayant accepté une méthode avant de quitter l'établissement. À l'hôpital de district, dans les centres de santé et dans les dispensaires qui n'avaient pas renforcé les services de planification familiale au lieu de traitement soins après avortement, 41% des clientes seulement avaient adopté un contraceptif. Dans les dispensaires qui n'avaient pas renforcé leurs services de planification familiale, 14% de clientes seulement quittaient l'établissement avec une méthode.²¹

- **Mobilisation communautaire.** Depuis 2004, les activités de mobilisation communautaire relatives aux soins après avortement mises en œuvre en Bolivie, au Kenya et au Sénégal ont élargi la connaissance des méthodes de planification familiale, sensibilisé l'opinion aux complications liées à l'avortement non médicalisé et réduit l'opprobre associé aux soins après avortement.²² L'intervention a consisté en trois sessions de huit heures sur les causes de l'avortement non médicalisé et les moyens de le prévenir, les services de soins de santé disponibles et le dialogue apte à améliorer les soins et contribuer à la réduction de la fausse-couche et de l'avortement non médicalisés. En Bolivie, la mobilisation communautaire a sensibilisé les familles à la prise en charge des soins après avortement par l'assurance nationale. Les communautés ont revendiqué la formation des prestataires, l'amélioration de la qualité des services, de meilleures relations avec les prestataires de soins de santé, l'amélioration des routes et des ponts

pour faciliter l'accès aux soins et de nouveaux ou meilleurs établissements de soins après avortement et autres services de santé. En Bolivie, les statistiques de planification familiale de base et de fin d'intervention n'ont pas été collectées dans le cadre du programme. Des études de connaissances, attitudes et pratiques (CAP) pré- et post-intervention ont cependant été effectuées. Les femmes ne cherchaient pas à obtenir de services de planification familiale par manque de connaissances détaillées sur les méthodes, par timidité ou par souci de confidentialité, et par crainte de ne pas être traitées avec respect. Elles ne savaient rien non plus de l'assurance de santé nationale offerte par l'État. Les adolescentes en particulier évitaient, sous l'emprise de ces inquiétudes, les services de santé génésique.²²

Les études CAP pré- et post-intervention indiquent une connaissance accrue des méthodes contraceptives. La conscience de l'existence de méthodes contraceptives est passée de 83% à la base à 92% lors de l'étude post-intervention. Les femmes ont dit avoir appris les avantages de l'espacement des naissances, découvert les méthodes disponibles et appris comment les obtenir et les pratiquer. Elles ont également déclaré ne plus redouter la demande de services de planification familiale car elles étaient traitées avec respect.²²

En 2005, le programme bolivien de mobilisation communautaire soins après avortement a été reproduit au Kenya. Durant l'année suivant le déploiement des efforts de mobilisation communautaire, les consultations de planification familiale par les clientes après avortement et la population générale ont augmenté. Les nouvelles consultations pour raisons contraceptives aux établissements de santé participants ont augmenté de plus de 60% (de 8.500 à 13.800), tandis que celles de suivi faisaient plus que doubler (de 2.000 à 4.300). Ces résultats peuvent être dus, en partie, à l'établissement de plans d'action communautaire ayant accru l'accès aux services après avortement et de planification familiale. Notamment: des plans de transport d'urgence, des stratégies de paiement des services après avortement et l'allocation de fonds des gouvernements locaux à la construction de routes, de ponts et de nouveaux dispensaires. Les fonds obtenus de donateurs privés et les contributions de la communauté ont couvert la formation des prestataires et les équipements nécessaires. Par suite de ces interventions, USAID/Kenya a entrepris la promotion du modèle dans d'autres provinces.²³

Les cotes CAP pré- et post-test des participantes au programme de Mobilisation communautaire soins après avortement du Sénégal révèlent un accroissement de la connaissance des avantages de la planification familiale (35% à 65%); un accroissement de la pratique contraceptive (27% à 62%); une plus grande proportion de jeunes mères décidant du nombre d'enfants qu'elles désirent (56% à 60%) et une réduction de la perception selon laquelle la planification familiale ne concerne que les femmes (61% à 51%).²³

Pratiques d'excellence

En 2004, plus de 400 articles sur les soins après avortement couvrant la période 1994 à 2004 ont été évalués selon les cinq niveaux factuels de Gray dans le but d'identifier les approches de traitement les plus efficaces. Les données laissent clairement entendre que les approches suivantes ont accru le conseil et l'adoption de la planification familiale après avortement et qu'il convient dès lors de les intégrer aux programmes de soins après avortement:¹²

- **Offrir** conseil et méthodes de planification familiale à l'endroit même où la femme reçoit un traitement d'urgence.
- **Conseiller** aux femmes qui ont fait une fausse-couche et qui désirent une nouvelle grossesse dans de brefs délais d'attendre au moins six mois avant d'essayer de concevoir. Ce délai réduit l'incidence de l'anémie maternelle, de la rupture prématurée des membranes, du faible poids à la naissance et de l'accouchement prématuré lors de la grossesse suivante.
- **Inform**er les partenaires masculins, avec le consentement de la femme, de sa condition, de son traitement, de ses soins de suivi et de sa méthode de planification familiale. Inclure les partenaires masculins dans le conseil de planification familiale si la femme le désire.
- **Former** les sages-femmes à conseiller les patientes après avortement sur la planification familiale, les IST/VIH et la nutrition, ainsi qu'à assumer d'autres aspects des soins, y compris le traitement d'urgence.
- **Recourir** aux infirmières-conseillères spécialisées de la planification familiale plutôt qu'à l'orientation vers d'autres organisations pour les services de contraception, de manière à accroître l'acceptation immédiate de la contraception par les patientes après avortement.
- **Organiser** des recyclages technologiques et des ateliers de conseil sur la contraception à l'intention des prestataires au niveau primaire afin de renforcer leurs compétences en matière de conseil de planification familiale après avortement et d'offre de méthode avant de laisser sortir la patiente.

Implications programmatiques

Les objectifs programmatiques futurs doivent inclure l'accès universel et, s'ils sont désirés, l'offre de services de planification familiale après avortement, provoqué (médicalisé ou non) ou spontané. La nécessité d'un intervalle gravidique d'au moins six mois avant de tenter une nouvelle grossesse après une fausse-couche guide les prestataires à recommander la planification familiale à toutes les femmes recevant des services après avortement. La planification familiale après avortement va main dans la main avec celle post-partum pour toutes les femmes, en dépit de quelques différences quant aux méthodes contraceptives appropriées.

• **Établissements et prestataires.** Pour aider les femmes qui ne veulent plus avoir d'enfants à éviter une grossesse non désirée, les prestataires de la planification familiale doivent veiller à leur proposer des méthodes durables et permanentes efficaces, de même que des méthodes réversibles propices à l'espacement des naissances. Par exemple, les

programmes doivent rafraîchir la formation des cliniciens au conseil sur le stérilet et à son insertion, en particulier en ce qui concerne le dispositif Copper T 380, efficace pendant 12 ans ou même davantage. Étant donné le profil d'innocuité favorable des stérilets cuivre, ils méritent une plus grande attention au niveau des services après avortement et post-partum.

La réorganisation des services après avortement sur la base de simples systèmes de prestation, auxiliaires de travail, approches de conseil efficaces et instructions écrites sera requise si l'on veut que les systèmes de santé proposent la contraception à toutes les clientes, indépendamment du traitement chirurgical, médical et anesthésique reçu. Les instructions post-traitement et l'information contraceptive doivent être remises par écrit, en plus des instructions verbales, étant donné le stress physique et affectif propre au contexte de l'avortement et à l'incapacité de retenir l'information reçue souvent causée par les tranquillisants et les analgésiques narcotiques. Les femmes analphabètes ont généralement accès à des parents ou voisins capables de leur lire les instructions écrites reçues.

L'adoption de la planification familiale après avortement est tout aussi nécessaire et peut être tout aussi réussie pour les femmes traitées par curetage instrumental sous anesthésie générale que pour celles traitées par aspiration sous vide sous anesthésie locale.^{24,25} La réorganisation des services est donc nécessaire aussi dans les établissements où les femmes sont traitées en salle d'opération.

• **Décideurs politiques.** Les décisions de politique et de financement doivent mettre l'accent sur les besoins de planification familiale après avortement. L'allocation de ressources suffisantes, au niveau des budgets nationaux et des dons internationaux, est essentielle. Ces ressources ne doivent pas se limiter à la formation aux services de soins après avortement, mais doivent inclure aussi les produits de planification familiale et autres équipements nécessaires à l'assurance de l'ensemble complet de services de soins après avortement, à inclure dans les budgets nationaux, régionaux, du district et de l'établissement. La formation des prestataires en service et pré-service devra refléter ces nouvelles priorités. Aussi les descriptions d'emploi devront-elles être changées pour inclure aussi le conseil de planification familiale après avortement et la prestation de services.

• **Organisations professionnelles.** Les organisations telles que la Confédération internationale des sages-femmes (ICM), la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) et le Conseil international des infirmières (CII) doivent engager solidairement les responsables politiques, leurs membres et les établissements dans lesquelles ils travaillent pour réaliser le changement. Dans de nombreux cas, ces professionnels sont les mieux placés pour influencer les politiques et les priorités d'allocation des ressources de santé dans leur pays, de même que la portée de la pratique de leurs membres. La décentralisation des services aux cliniciens de niveau intermé-

diaire exigera collaboration et esprit d'équipe parmi les prestataires médicaux, infirmiers et obstétricaux (sages-femmes) et les organisations professionnelles. Pour attirer l'attention sur l'urgence du besoin de renforcer la planification familiale après avortement, une déclaration commune sur la question a été avalisée par la FIGO, l'ICM, le CII et USAID en septembre 2009.²⁶

• **Organisations d'inspiration religieuse.** D'après une enquête menée en mai 2008 auprès des organisations de santé chrétiennes, de nombreuses organisations d'inspiration religieuse désirent renforcer les services de planification familiale et combler les lacunes des services de contraception, en Afrique surtout, y compris en ce qui concerne les clientes après avortement. Comme les organisations d'inspiration religieuse assurent 30% à 70% des soins de santé dans de nombreux pays d'Afrique, elles ont le potentiel d'accroître l'adoption de la planification familiale parmi les clientes après avortement et de réduire le besoin non satisfait de planification familiale et les avortements non médicalisés à répétition.²⁷

• **Suivi et évaluation.** Les taux de prévalence contraceptive sont les mesures de santé critiques de la performance des programmes de planification familiale. Une mesure de sortie clé de la performance de la planification familiale après avortement est la proportion de femmes quittant l'établissement avec une méthode. Cet indicateur enregistre une hausse rapide dans les établissements et programmes après avortement où les services de planification familiale ont été renforcés. D'importantes mesures de qualité des programmes de soins après avortement permettent de documenter que la femme a bien reçu un conseil de planification familiale, qu'elle a reçu des instructions écrites concises concernant l'emploi de sa méthode choisie, qu'elle a un plan de suivi, que son mari ou partenaire est impliqué si elle y consent et qu'un plan d'approvisionnement continu en contraceptifs a été élaboré.

CONCLUSIONS

La planification familiale a toujours été un élément clé des soins après avortement; elle justifie solidement les services soins après avortement. Dans la pratique toutefois, le traitement des complications est généralement le seul point de concentration et la planification familiale est souvent négligée. Il est essentiel de rétablir le composant de planification familiale dans les services après avortement, non seulement pour éviter les grossesses non planifiées et les avortements à répétition, mais aussi parce qu'il fait partie intégrante de la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement, des objectifs de l'UNGASS sur le VIH et d'autres objectifs de santé: réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, de la transmission VIH mère-enfant et des nouvelles infections VIH. Certains des obstacles identifiés ici peuvent être surmontés par recours aux outils en ligne factuels gratuits proposés par USAID sur <www.postabortioncare.org> (guide de navigation présenté en français sur <http://info.k4health.org/pac/PresentationOnUsingGlobalPackage_French.pdf>) et à

ceux d'autres organisations. Fortes des exemples que nous avons présentés sur la manière dont les services peuvent donner lieu à des économies de coûts tout en produisant des résultats rapides, les femmes et les communautés doivent exiger des prestations de soins après avortement de qualité qui leur assurent des services de planification familiale accessibles et économiques, utiles à la réduction des grossesses non planifiées et des avortements répétés, à la lutte contre les nouvelles infections VIH, à l'amélioration de la santé du prochain enfant de la femme et, en fin de compte, à l'amélioration de la santé de toute sa famille.

RÉFÉRENCES

1. Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Unsafe Abortion; Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003*, 5^e édition, Genève: OMS, 2007.
2. OMS, *Maternal Mortality in 2005; Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*, Genève: OMS, 2007.
3. Lule E, Singh S et Chowdhury SA, *Fertility Regulation Behavior and Their Costs: Contraception and Unintended Pregnancies in Africa and Eastern Europe and Central Asia*, Washington, DC: Banque Mondiale, 2007.
4. Sedgh G et al., Women with an unmet need for contraception in developing countries and their reasons for not using a method, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2007, No. 37.
5. Singh S et al., *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*, New York: Guttmacher Institute and UNFPA, 2003.
6. Senlet P et al., Bridging the gap: integrating family planning with abortion services in Turkey, *International Family Planning Perspectives*, 2001, 27(2):90-95.
7. Cappa L et al., *Russia: Integrating Family Planning into the Health System: A Case Study of the Maternal and Child Health Initiative*, Arlington, VA: John Snow, 2007.
8. Savelieva I et al., *Postabortion Family Planning Operations Research Study in Perm, Russia*, Washington, DC: Population Council, 2003.
9. Johnson BR et al., Reducing unplanned pregnancy and abortion in Zimbabwe through postabortion contraception, *Studies in Family Planning*, 2002, 33(2):195-202.
10. Nasy S, Postabortion family planning: using results to advocate for integrated services, Powerpoint presentation at Asia and Near East (ANE) Best Practices Meeting, Bangkok, Thailand, 6 septembre 2007.
11. Ping C, Best practices for postabortion family planning: RHAC's experience, Powerpoint presentation at the ANE Best Practices Meeting, Bangkok, Thailand, 6 septembre 2007.
12. U.S. Agency for International Development (USAID), *What Works: A Policy and Program Guide to the Evidence on Family Planning, Safe Motherhood, and STI/HIV/AIDS Interventions—Module 2: Postabortion Care*, Washington, DC: USAID, 2007.
13. UNFPA, Focus on 5. Women's health and the MDGs, <https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/images/publications/2009/focus_on_5.pdf>, site consulté le 16 mars 2010.
14. Vlassoff M et al., Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges, Research

Report No. 59, <<http://www.ids.ac.uk/ids/bookshop/rr/Rr59.pdf>>, site consulté le 15 mars 2009.

15. Brambila C et al., Estimating costs of postabortion services at Dr. Aurelio Valdivieso General Hospital, Oaxaca, Mexico, dans: Huntington D et Piet-Pelon N, eds., *Postabortion Care: Lessons from Operations Research*, New York: Population Council, 1999.
16. Hamilton M, Is there value in adding a second visit to postabortion care? Washington, DC: The Policy Project, 2006.
17. Cobb L et al., Global evaluation of USAID's postabortion care program, Washington, DC: USAID, 2001.
18. Fuentes ER et al., Situation analysis of the integration of family planning services in postpartum, postabortion, and prevention of mother to child transmission programs in Haiti, Washington, DC: Population Council, 2008.
19. Quitero G et al., Situation analysis of the integration of family planning services in postpartum, postabortion, and prevention of mother to child transmission programs in the Dominican Republic, Washington, DC: Population Council, 2008.
20. Solis F et al., *Situation Analysis of the Integration of Family Planning Services in Postpartum, Postabortion, and Prevention of Mother-to-Child Transmission Programs in Nicaragua*, Washington, DC: Population Council, 2008.
21. Curtis C, Decentralization of postabortion care services in Senegal and Tanzania, *Global Health Technical Briefs*, Washington, DC: USAID, 2007.
22. Curtis C, What the community is telling us about their needs in PAC: Synthesis of Phase I community action plans from Bolivia, Senegal, and Kenya, presentation at Moving Forward with Postabortion Care: Lessons Learned from Five Postabortion Care Focus Countries, 18 mars 2008, Washington, DC.
23. The ACQUIRE Project, *Community Postabortion Care Project (COMMPAC) in Nakuru District, Kenya: Summary Report, Phase I: July 2005–September 2006*, New York: The ACQUIRE Project/EngenderHealth, 2007.
24. Billings DL, Fuentes VJ et Perez-Cuevas R, Comparing the quality of three models of postabortion care in public hospitals in Mexico City, *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29(3):112-120.
25. Rasch V, Huber D et Akande EO, *Report of the Postabortion Care Technical Advisory Panel*, USAID, Washington, DC: USAID, 2007.
26. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), International Confederation of Midwives (ICM), International Council of Nurses (ICN) and USAID, Family planning: a key component of post abortion care, consensus statement, Washington, DC: FIGO, ICN, ICN and USAID, 2009.
27. Huber D et al., *International Family Planning: Christian Actions and Attitudes*, McLean, VA: Christian Connections for International Health, 2008.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier USAID pour l'appui donné à Carolyn Curtis dans la réalisation de cet article, le projet *Extending Service Delivery Project* pour le temps accordé à Douglas Huber pour sa participation à la rédaction de l'article et Jeffrey Spieler pour sa révision d'une première version.

Coordonnées de l'auteur: ccurtis@usaaid.gov